

Implementatiekennissynthese

Opschalen van Preventieve Interventies

Januari 2024

Geschreven door:

Rixt Smit, MSc (Amsterdam UMC, locatie VUmc)

Gioia Muru, MSc (Amsterdam UMC, locatie VUmc)

Femke van Nassau, PhD (Amsterdam UMC, locatie VUmc)

Werkgroepleden:

Kathelijne Bessems, PhD (Maastricht University)

Sandra Bukman, PhD (Kenniscentrum Sport & Bewegen)

Vincent Busch, PhD (GGD Amsterdam)

Djoeke van Dale, PhD (RIVM)

Sanne Gerards, PhD (Maastricht University)

Sacha van Twillert, PhD (UMC Groningen)

Expertpanel:

Prof. Dr. Adrian Bauman (University of Sydney)

Dr. Karen Lee (University of Sydney)

Dr. Harriet Koorts (Deakin University)

Dr. Nicole Nathan (Hunter Medical Research Institute)



Inhoud

Samenvatting	3
<i>Aanbevelingen praktijk/beleid</i>	<i>5</i>
<i>Aanbevelingen onderzoek</i>	<i>5</i>
Introductie.....	6
<i>Aanleiding</i>	<i>6</i>
<i>Vraagstelling kennissynthese.....</i>	<i>6</i>
<i>Afbakening.....</i>	<i>6</i>
<i>Methodologische verantwoording</i>	<i>7</i>
Resultaten	9
Aanbevelingen.....	29
<i>Praktijk/beleid.....</i>	<i>29</i>
<i>Onderzoek</i>	<i>30</i>
Conclusies.....	31
Reflectie op methoden	32
Dankwoord.....	32
Referenties	33
Bijlagen.....	34
<i>Bijlage 1 – Interviewguide.....</i>	<i>34</i>
<i>Bijlage 2 – Codeboek.....</i>	<i>35</i>
<i>Bijlage 3 - Vragenlijst</i>	<i>36</i>
<i>Bijlage 4 - Kennisinfrastuctuur Publieke Gezondheid</i>	<i>39</i>

Samenvatting

Inleiding: Er wordt veel onderzoeksgeld geïnvesteerd in de ontwikkeling en evaluatie van evidence-based (bewezen effectieve) interventies in de (publieke) gezondheidszorg. De stap van evidence-based naar inbedding en opschaling is niet vanzelfsprekend [1]. Opschaling gaat helaas niet vanzelf en veel evidence-based interventies worden daardoor niet breed of helemaal niet geïmplementeerd in de praktijk en hebben daardoor beperkt of geen impact op de publieke gezondheid. Er zijn inmiddels verschillende hulpmiddelen beschikbaar om opschaling te ondersteunen, maar er is nog weinig bekend over welke determinanten een rol spelen bij het succesvol opschalen van interventies, welke routes hiervoor doorlopen worden en welke opschaalstrategieën bijdragen aan succesvol opschalen. Dit rapport geeft daarom antwoord op de vraag: welke determinanten, opschaalroutes en opschaalstrategieën hebben geleid tot het succesvol opschalen van preventieve interventies in Nederland?

Methode: Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is er gebruik gemaakt van een mixed methods onderzoeksdesign, waarbij eerst kwalitatieve semigestructureerde diepte-interviews met interventie-eigenaren en stakeholders zijn gehouden, om vervolgens een op maat vragenlijst onder interventie-eigenaren uit de landelijke database van het RIVM en Kenniscentrum Sport & Bewegen uit te zetten. Data werd verzameld over het definiëren van opschaaclusces, opschaalroutes, determinanten voor opschalen en opschaalstrategieën (geordend via het WHO Expandnet Framework). De kwalitatieve en kwantitatieve data is complementair aan elkaar geanalyseerd. Daarnaast is er een werkgroep opgesteld bestaande uit professionals met uitgebreide ervaring in de implementatiewetenschap en/of –praktijk, die allen actief betrokken zijn geweest tijdens de verschillende fasen van het project middels maandelijkse bijeenkomsten en tussentijdse input- en feedbackrondes. Ook gaf een internationaal panel van vier experts op het gebied van opschalen van interventies in drie bijeenkomsten advies over de opzet en uitvoering van de kennissynthese.

Resultaten: In totaal zijn er 36 mensen gesproken tijdens 26 interviews, waarvan 19 interviews met interventie-eigenaren (betrokken bij opschaling van 21 preventieve interventies) en 7 interviews met overige stakeholders (medewerkers bij verschillende kennisinstellingen en GGD'en). De vragenlijst werd verspreid onder 254 interventie-eigenaren en ingevuld voor 117 preventieve interventies (46%), waarvan 113 (44%) complete reacties.

Uit de interviews bleek dat succesvol opschalen werd gezien als bereik hebben (dus de doelgroep bereiken), impact hebben (doelgroep veranderen) of kwaliteit borgen (focus op interventie uitvoeren zoals bedoeld), of de interventie inbedden in een bepaalde (beleid)structuur.

Er werden verschillende opschaalroutes bewandeld. In de vragenlijst gaven interventie-eigenaren aan dat 73% van de interventies landelijk werd geïmplementeerd, 6% regionaal en 13% lokaal. Daarnaast was 44% van de interventies aangepast voor implementatie in andere doelgroepen dan waar de interventie origineel voor ontwikkeld was. Voor één op de drie interventies gold dat de interventie inmiddels ook gebruikt werd door andere uitvoerders dan de oorspronkelijke uitvoerders.

Determinanten die van invloed zijn op het succesvol opschalen van interventies werden opgehaald in de interviews en in de vragenlijst bekrachtigd: toegewijde aanjager (vaak de interventie-eigenaar), financiering (voor doorontwikkeling, onderzoek en overheadkosten), meerwaarde interventie (effectiviteit, maar ook waardering door de doelgroep of uitvoerders), juiste moment (fit met beleid of subsidies) en tijd (opschalen kost meerdere jaren).

Deze determinanten voor opschaling zijn beïnvloedbaar door opschaalstrategieën. Qua opschaalstrategieën wordt er ingezet op veel lobby werk, PR en communicatie activiteiten om beleidsmakers, stakeholders, uitvoerders of de einddoelgroep te bereiken. Financiering najagen voor ontwikkeling, onderzoek en overhead kosten werd veel genoemd. Andere strategieën zijn gericht op het organisatorische proces, zoals blijvend ontwikkelen en meebewegen met de vraag en behoefte. En tot slot, worden strategieën gericht op monitoring en evaluatie veel ingezet door interventie-eigenaren, onder andere om erkend te worden in de databases of om implementatie- en opschaalprocessen te verbeteren.

Conclusie:

Opschalen is geen kwestie van geluk. Het actief blijvend inzetten van de aanjager, vaak de interventie-eigenaar en opschaalteam is hierbij cruciaal. Zij zetten verschillende opschaalstrategieën in om hun interventies op te schalen. Deze zijn wezenlijk anders dan implementatiestrategieën en nog maar beperkt beschreven in de literatuur. Er is niet zoiets als één succesvolle opschaalstrategie en/of route die werkt in alle contexten.

De definitie van opschalen volgens de literatuur is 'ingebed zijn in beleid, en onderdeel van routine'. Dit is nog maar beperkt het geval bij de onderzochte interventies. Dus volgens de gehanteerde definitie zijn velen nog niet opgeschaald en vragen dus continue om inzet en aanjagen.

Diverse routes worden bewandeld in het opschaalproces met een aanjagende rol voor vaak de interventie-eigenaar, maar bij allen was voldoende tijd, financiën, juiste moment en meerwaarde van belang. Dit lijkt daardoor een cocktail voor opschaalessucces. Echter binnen de huidige preventie-infrastructuur staat of valt het opschalen van interventies nu dus vaak bij een aanhoudende aanjager die in eigen tijd hierin investeert, wat onwenselijk is en duurzame borging kwetsbaar maakt. Voor duurzame opschaling hebben dus zowel lokaal, regionaal als landelijk verschillende partijen hier een rol in.

Aanbevelingen praktijk/beleid

- Opschalen is hard werken, dus denk in een vroeg stadium na over interventie-eigenaarschap, welke partners betrokken dienen te worden, welke determinanten van belang zijn, welke opschaalstrategieën nodig zijn, en hoe deze ook financieel ingebed kunnen worden binnen de bestaande financieringscontext.
- Interventie-eigenaarschap doet men er vaak bij. Daarom is er een noodzaak voor inbedding van deze taken binnen beleid in een organisatie.
- Het is van belang dat er niet alleen financiering is voor steeds nieuwe initiatieven, maar ook juist budget voor doorontwikkeling van interventies, blijvende evaluatie en dekken van overhead kosten.
- Wie is verantwoordelijk voor opschaling? Er is geen gouden formule voor het inrichten van eigenaarschap, en er zijn meerder varianten mogelijk. Denk hier al over na bij de ontwikkeling van interventies.
- Voorwaarde voor opschaling is dat interventies aansluiten op de lokale context. Gemeenten willen ook graag lokale initiatieven inzetten, die naar hun mening goed passen binnen de lokale context. Opname van erkende interventies in landelijke programma's die actief gemeenten ondersteunen hierbij van belang.
- Er moet geïnvesteerd worden in een goede preventie-infrastructuur in Nederland, waarbij gezondheidsbevordering op een integrale en duurzame manier wordt aangepakt, en bovendien domein overstijgend. Er is nu nog sprake van versnippering, dus er wordt veel vanuit losse interventies gedacht en minder vanuit preventie als integrale aanpak, waar interventies een plek in hebben.

Aanbevelingen onderzoek

- Opschaling is nog maar beperkt onderwerp van evaluatie en er zijn weinig subsidies, die onderzoek hiernaar faciliteren. Deze synthese laat zien dat opschaling vaak een langdurig proces is. Dit vraagt dus om onderzoeksubsidies met een lange duurloop (5-10 jaar).
- Er is behoefte aan handvaten/meetinstrumenten voor het monitoren van opschaling. Door te investeren in een infrastructuur om opschaalprocessen te monitoren kan er dus meer generaliseerbare kennis opgedaan worden op het opschalen van preventieve interventies.
- Er nog weinig bekend over de effectiviteit van opschaalstrategieën. Middels evaluaties waarbij er gerandomiseerd wordt op opschaalstrategie, waardoor de effectiviteit echt getoetst kan worden, kan hier onderzoek naar gedaan worden.
- Echter brengt dit wel het probleem van beperkte capaciteit voor onderzoekers gericht op opschaling aan het licht. De kennisagenda implementatie liet dit hiaat ook al duidelijk zien.
- Er is nog weinig bekend over de werkzame onderdelen (werkzame elementen) van interventies en het opschaalproces, en hoe deze vertaald kunnen worden naar een andere context, wat in een opschalingsproces altijd nodig is. Hier is meer onderzoek naar nodig.
- Deze kennissynthese laat veel strategieën zien die ingezet worden vanuit de interventie-eigenaar, maar er mist kennis over *wie/wat voor professional/organisatie dat dan moet doen*. Deze analyse laat zien dat dit vaak een natuurlijk proces is en 'getolereerd' wordt binnen de organisatie. Dit brengt de vraag naar voren: Wat als er wel een soort preventie infrastructuur is, werkt dit dan wel? Daarom is het belangrijk om dat de komende jaren te gaan volgen met de ontwikkelingen vanuit IZA en GALA/SPUK.

Introductie

Aanleiding

ZonMw heeft in het kader van het Nederlands Implementatie Collectief (NIC) in 2021-2022 een verkenning laten uitvoeren naar de mogelijke inhoud en organisatievorm van een implementatiekennisprogramma bij ZonMw. Deze verkenning leidde tot een kennisagenda implementatie. In het verlengde van deze verkenning heeft ZonMw op drie onderwerpen een kennissynthese uit laten voeren: 1) matchen van determinanten aan implementatiestrategieën, 2) ontwikkelen van implementatiestrategieën binnen actiegericht onderzoek, en 3) deze verkenning over opschalen van preventieve interventies.

Er wordt veel onderzoeksgeld geïnvesteerd in de ontwikkeling en evaluatie van evidence-based interventies en innovaties in de publieke gezondheid. Indien evidence-based is de stap naar inbedding en opschaling niet altijd een logisch vervolg (1). Dit proces van opschalen wordt in de literatuur ook wel “Scale up” of “Scaling up” genoemd, wat betekent: *“deliberate efforts to increase the impact of successfully tested health interventions so as to benefit more people and to foster policy and program development on a lasting basis”* (2). Opschaling gaat helaas niet vanzelf en veel evidence-based interventies en innovaties worden daardoor niet breed of helemaal niet opgeschaald in de praktijk en hebben dus mogelijk beperkte impact. Implementeren wordt binnen deze kennissynthese gezien als het uitvoeren van de interventie op een locatie, gepaard met implementatie strategieën die ingezet worden. Opschalen wordt dus gezien als het implementeren van een interventie op meerdere plekken, waarbij de interventie-eigenaar ook acties onderneemt (opschaalstrategieën) om deze parallelle implementaties te ondersteunen, stimuleren en breder aan te wakkeren.

Er zijn inmiddels verschillende hulpmiddelen beschikbaar om opschaling te ondersteunen, zoals voor het bepalen van de readiness voor opschalen van een interventie (Intervention Scalability Assessment Tool (3)), het plannen van opschaling (PRACTIS guide (4)) en de reflectie op het opschalingsproces (Scale-up Reflection Guide (5)), welke bovendien niet altijd voor de specifieke Nederlandse context ontwikkeld zijn. Al deze hulpmiddelen hebben een sterke theoretische onderbouwing gebaseerd op literatuuronderzoek waarin determinanten, routes [6] en strategieën [7] in kaart gebracht zijn. Echter zijn dit internationale studies en hebben we nog geen inzicht in welke determinanten, routes en opschaalstrategieën tot succesvolle opschaling van preventieve interventies in Nederland leiden.

Vraagstelling kennissynthese

Deze kennissynthese werd uitgevoerd naar aanleiding van de Kennisagenda Implementatie in samenwerking met het Nederlandse Implementatie Collectief (NIC) en in opdracht van ZonMw. De kennissynthese beantwoordt de volgende vier onderzoeksvragen:

- 1) Welke determinanten zijn belangrijk voor het succesvol opschalen van preventieve interventies in Nederland?
- 2) Welke routes hebben deze preventieve interventies doorlopen om tot succesvolle opschaling te komen?
- 3) Welke opschaalstrategieën zijn ingezet om tot succesvolle opschaling van preventieve interventies te komen?
- 4) Wat is de betekenis en mogelijke toepassing van deze kennis voor het opschalen van interventies in het veld van zorg, preventie en ondersteuning in Nederland?

Afbakening

Gezien de doorlooptijd van 6 maanden van dit project ligt de focus op preventieve interventies gericht op gezond leven, geregistreerd in de landelijke database van het RIVM en Kenniscentrum Sport & Bewegen. De keuze voor preventieve interventies is gebaseerd op 1) haalbaarheid en afkadering binnen dit project, het project heeft maar een doorloop van 6 maanden; 2) de kennis en expertise van de betrokkenen; 3) de landelijke database van het RIVM en Kenniscentrum Sport & Bewegen bevatten veel interventies die ook in de andere databases zitten, dus in die zin worden deze databases ook in het onderzoek betrokken. Daarnaast is opschaling van

preventieve interventies ingewikkeld en er zijn minder structuren waarin interventies kunnen landen zoals richtlijnen en zorgstandaarden en beroepsverenigingen, wat een verdere verkenning rechtvaardigt.

Methodologische verantwoording

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is er gebruik gemaakt van een mixed methods onderzoeksdesign, waarbij zowel kwalitatieve (semigestructureerde diepte-interviews met interventie-eigenaren en overige stakeholders) als kwantitatieve onderzoeksmethoden (een vragenlijst onder interventie-eigenaren uit de landelijke database van het RIVM en Kenniscentrum Sport & Bewegen¹) zijn ingezet.

Er is een werkgroep ingericht bestaande uit onderzoekers en stakeholders met uitgebreide ervaring in de implementatiewetenschap en/of –praktijk, die allen actief betrokken zijn geweest tijdens de verschillende fasen van het project. De werkgroep heeft middels maandelijkse (online) bijeenkomsten en tussentijdse input- en feedbackrondes via mail de voortgang van het project besproken, vervolgstappen bepaald, en gediscussieerd over o.a. de vraagroute voor de interviews, de inhoud van de vragenlijst en de strategie voor het uitzetten van de vragenlijst.

Daarnaast heeft er meerdere malen online overleg plaatsgevonden met een internationaal expertpanel, bestaande uit vier experts op het gebied van opschalen van interventies in Australië (prof. dr. Adrian Bauman (University of Sydney), dr. Nicole Nathan (Hunter Medical Research institute), dr. Harriet Koorts (Deakin University) en dr. Karen Lee (University of Sydney). Het expertpanel heeft advies gegeven over de opzet en uitvoering van de kennissynthese en meegedacht over de duiding van de bevindingen.

Na overleg met de werkgroep is besloten om te starten met interviews en daarna een vragenlijst uit te zetten, zodat de eerste analyses van de data uit de interviews gebruikt konden worden om de inhoud van de vragenlijst te verfijnen.

Interviews

De werkgroep heeft een selectie gemaakt van diverse gezondheidsbevorderende (preventieve) interventies die succesvol zijn opgeschaald. Bij het uitnodigen van de deelnemers voor de interviews is gelet op een brede spreiding van het type interventie, op basis van een aantal criteria (erkenningniveau in database van RIVM Gezond Leven/Kenniscentrum Sport & Bewegen, implementatiesetting, gezondheidsthema van de interventie, einddoelgroep die met de interventie wordt beoogd, type uitvoerder van de interventie, etc.) opgesteld. De selectie voor deelnemers aan de interviews bevatte zowel interventies uit de landelijke databases van het RIVM en Kenniscentrum Sport & Bewegen als interventies die niet in de database zijn opgenomen, maar waarvan uit de praktijk bekend was dat er succesvol opgeschaald is. Daarnaast heeft de werkgroep een aantal stakeholders benaderd, die betrokken zijn bij of ervaring hebben met opschalen, voor deelname aan een interview (o.a. medewerkers bij verschillende kennisinstellingen en GGD'en).

Op basis van literatuur en tools over opschaling en input van het expertpanel is er een interviewgide opgesteld (zie bijlage 1), waarin de volgende vragen en onderwerpen aan bod kwamen: wanneer is een interventie succesvol opgeschaald, hoe is het proces van opschalen verlopen, welke determinanten spelen een (bevorderende of belemmerende) rol bij het opschalen, welke strategieën zijn ingezet om opschalen te bevorderen, de rol van financiën, de rol van interventie-eigenaren en van stakeholders in opschalen. De interviewgide bevatte dezelfde onderwerpen voor de interviews met interventie-eigenaren en stakeholders. In de interviews met interventie-eigenaren lag de nadruk echter meer op ervaringen met het opschalen van een specifieke interventie, terwijl de interviews met stakeholders meer gericht waren op het verkrijgen van een algemeen/breder beeld van de context en algemenere factoren van invloed bij het opschalen van preventieve interventies.

Eind januari 2023 is er gestart met het afnemen van interviews. Deelnemers gaven voorafgaand aan het interview schriftelijke toestemming voor het interview en het gebruik van de data. De interviews waren semi-structureerd en duurden 30-60 minuten.

¹ Met ook enkele leefstijlinterventies die bij NJi, Movisie, Vilans of Trimbos erkend zijn.

Analyse interviewdata

De eerste interviews dienden ter verfijning van de interviewgids en als input bij het opstellen van de items voor de vragenlijst. De interviews zijn letterlijk getranscribeerd. Na een aantal interviews is aan de hand van de onderzoeksvragen en een combinatie van inductieve en deductieve codering een eerste codeboek opgesteld. Drie onderzoekers (RS, GM, FvN) hebben hiervoor ieder twee interviews gelezen en individueel gecodeerd. Met deze open codes is een eerste codeboek gemaakt. Daarnaast is gekeken naar onderdelen die nog onvoldoende belicht waren in de interviews, zodat daar in toekomstige interviews meer over gevraagd kon worden. Tevens is dit codeboek gebruikt om de vragenlijst te verfijnen met items voor determinanten en strategieën. Vervolgens zijn alle interviews gecodeerd in MAXQDA en waar nodig zijn extra codes toegevoegd om het codeboek volledig te maken (zie bijlage 2). Deze eerste resultaten zijn tijdens een gezamenlijke meeting met de werkgroepleden besproken om zo tot passende thema's en definities te komen waarmee de onderzoeksvragen beantwoord konden worden. De resultaten van de analyses zijn vervolgens ter bevestiging en voor verdere verdieping aan het internationale expertpanel voorgelegd.

Vragenlijst

De vragenlijst is opgesteld op basis van bestaande frameworks, tools en literatuur (2-9) over opschaling en de bevindingen uit de interviews. Daarnaast hebben alle werkgroepleden en het internationale expertpanel meerdere malen input gegeven, om tot de definitieve versie te komen (zie bijlage 3). De definitieve vragenlijst bevatte 11 vragen (4 open en 7 gesloten vragen), waarmee verschillende onderdelen van opschalen werden uitgevraagd: niveau van opschalen (bijv. landelijk, regionaal), vorm van opschalen (bijv. implementatie bij andere doelgroepen of door andere uitvoerders), rol van interventie-eigenaar in opschalen, welke stakeholders hebben bijgedragen aan opschalen, duur van opschalen, welke factoren (determinanten) een positieve invloed hebben gehad op opschalen en in hoeverre bepaalde opschaalstrategieën hebben bijgedragen aan succesvol opschalen. Daarnaast was er ruimte om antwoorden toe te lichten of suggesties te noteren. De vragenlijst is gemaakt in Survalyzer.

Begin maart 2023 is de vragenlijst door het RIVM uitgezet via email onder 254 interventie-eigenaren die met één of meerdere interventies geregistreerd staan in de database van het RIVM. Deelnemers aan de interviews ontvingen ook een uitnodiging voor het invullen van de vragenlijst. Indien een interventie-eigenaar meerdere interventies in de database had staan, werd hen gevraagd om de vragenlijst eenmaal in te vullen voor de interventie die volgens hen het meest succesvol was opgeschaald. Vervolgens is twee weken later door onderzoekers van het Amsterdam UMC nog een herinneringsmail verstuurd.

Analyse vragenlijstdata

De vragenlijst data is uit de Survalyzer software gedownload. Vervolgens is er beschrijvende statistiek toegepast en zijn er in Excel figuren gemaakt ter illustratie.

Ethische toetsing en informed consent

De niet-WMO commissie van de Medisch Ethische Toetsingscommissie Amsterdam UMC heeft bepaald dat het onderzoek niet onder de reikwijdte van de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO) valt (2022.0872). Alle deelnemers aan de interviews en de vragenlijst hebben schriftelijk toestemming gegeven voor deelname.

Resultaten

Deze mixed methods studie heeft data gecombineerd van interviews met interventie-eigenaren en stakeholders met data uit een vragenlijst onder interventie-eigenaren.

Deelnemers aan de interviews

Van de selectie van 29 interventie-eigenaren die werden uitgenodigd voor een interview, zijn uiteindelijk 21 interventies besproken in 19 interviews (66%) met interventie-eigenaren (een aantal interventie-eigenaren was betrokken bij meerdere interventies). De besproken interventies vertegenwoordigden uiteenlopende doelgroepen (kinderen, jongeren, werkenden, ouderen, mensen met overgewicht en/of diabetes, mensen in kwetsbare posities) en thema's (GLI, mentale gezondheid, voeding, sport/beweging, stoppen met roken, valpreventie). Van de selectie van 10 stakeholders die werden uitgenodigd voor een interview, hebben uiteindelijk 7 stakeholders deelgenomen aan een interview. In totaal zijn er 36 mensen gesproken tijdens 26 interviews (9 interviews vonden plaats met meerdere personen). Kenmerken van de besproken interventies en deelnemende stakeholders worden weergegeven in Tabel 1.

Tabel 1. Kenmerken van deelnemende interventies en stakeholders aan de interviews.

	n
Totaal interviews	26
Interviews met interventie-eigenaren	19
Thema interventies (n=21)	
<i>Beweging</i>	3
<i>Diabetes</i>	1
<i>Gezonde leefstijl (incl. GLI)</i>	5
<i>Maatschappelijke participatie</i>	1
<i>Mentale gezondheid</i>	1
<i>Middelengebruik: stoppen met roken</i>	2
<i>Seksuele gezondheid</i>	1
<i>Valpreventie</i>	1
<i>Voeding</i>	6
Erkenningsniveau (n=21)	
<i>Niet in database</i>	2
<i>Goed beschreven</i>	1
<i>Goed onderbouwd</i>	7
<i>Aanwijzingen voor effectiviteit</i>	
<i>Eerste aanwijzingen</i>	7
<i>Goede aanwijzingen</i>	3
<i>Sterke aanwijzingen</i>	1
Interviews met stakeholders	7
GGD	1
Kennis-/onderzoeksinstituut	5
Huisarts	1

Respondenten van de vragenlijst

In totaal hebben 117 interventie-eigenaren (46%) de vragenlijst ingevuld, waarvan voor 113 interventies (44%) de vragenlijst volledig was ingevuld. Tabel 2 geeft een weergave van kenmerken van de interventies waarvoor de vragenlijst is ingevuld.

Tabel 2. Kenmerken van de interventies waarvoor de vragenlijst is ingevuld.

Interventies	n
	117
Erkenningsniveau	
Goed beschreven	20
Goed onderbouwd	63
Aanwijzingen voor effectiviteit	
<i>Eerste aanwijzingen</i>	16
<i>Goede aanwijzingen</i>	13
<i>Sterke aanwijzingen</i>	5
Doelgroep	
Kinderen 0-12 jaar	42
Jongeren 13-25 jaar	40
Volwassenen	45
Ouderen	11
Thema	
Beweging	21
Gezonde leefstijl (incl. GLI)	12
Maatschappelijke participatie	6
Mentale gezondheid	16
Middelengebruik	6
Opvoeding/ouderschap	16
Seksuele gezondheid	10
Sociaal-emotionele ontwikkeling	11
Valpreventie	3
Voeding	13
Overig	3

Definitie succesvol opschalen

Uit de analyse van de interviews bleek dat er verschillende aspecten zijn op basis waarvan interventie-eigenaren en stakeholders een interventie als succesvol opgeschaald beschouwen.

Ten eerste wordt succesvol opschalen vaak gekoppeld aan het bereik van een interventie. Dit kan gaan om het bereiken van een zo hoog mogelijk percentage van de beoogde doelgroep of het aantal uitvoerders dat de interventie uit kan voeren. Ook kan het gaan om een interventie die op meerdere plekken uitgevoerd wordt dan het aantal pilotplaatsen. Of een interventie die van lokale naar regionale of landelijke uitvoering wordt opgeschaald.

“Opschalen is voor ons in eerste instantie echt in het hele land meer beschikbaar zijn.” (R028)

“Het feit dat het buiten die trial-plaatsen draait in andere plaatsen, dat is al een opschaaalsucces. Het draait nu op meer plekken dan waar je origineel in gestart was. Dat je buiten die initiële groep die je ooit volgt of waar je het getest hebt of mee ontwikkeld hebt, als je daar stappen in zet, dan vind ik dat al een vorm van opschalen.” (R001)

Een tweede aspect aan de hand waarvan succesvolle opschaling gedefinieerd wordt, is de impact en kwaliteit van interventie-implementatie. Hierbij geven interventie-eigenaren aan dat de nadruk minder op het bereik van de interventie ligt. Men vindt het met name belangrijk dat de interventie daadwerkelijk een positieve impact heeft op de doelgroep, waarbij de interventie op meerdere plekken en binnen meerdere settings succesvol kan worden uitgevoerd, maar daarnaast de kwaliteit van de implementatie van de interventie wel geborgd blijft.

“Bij mij voldoet een succesvol opgeschaalde interventie aan als het op meerdere plekken toegepast kan worden, maar ook aangepast kan worden aan die setting. Dat is het geval als de kernelementen, die impact maken op gedragsverandering, succesvol zijn in verschillende omstandigheden.” (R031, werkzaam bij een kennis-/onderzoeksinstituut)

“Het succesvol opschalen is als kwaliteit en inhoud ook bij verdere groei, in handen van andere professionals, op hetzelfde niveau blijft en daarmee ook opschalen mogelijk is.” (R005)

“Als we er minstens één iemand mee bereiken die er ook mee geholpen is. Het gaat ons niet om de aantallen mensen. De truc is bezig te zijn met opschaling, maar dat je dat alleen doet als je de kwaliteit kunt waarborgen van je interventie, anders moet je er niet aan beginnen.” (R020)

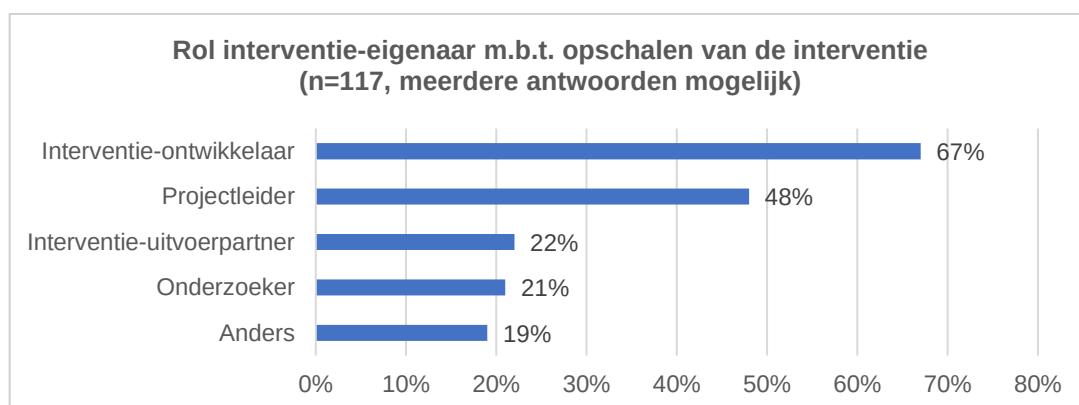
Ten derde werd een interventie ook als succesvol opgeschaald beschouwd wanneer deze ingebed is in een bepaalde (beleid)structuur, daarmee standaard wordt uitgevoerd en geen constant aanjagen meer nodig heeft om te blijven draaien.

“Vanaf 2009 is die interventie ontwikkeld, daarna heel veel aandacht gekomen, maar hij is nu ingebed bij fysiotherapie, bij sportfysiotherapeut, hij staat op thuisarts.nl. Het is een interventie die nu zonder al te veel aandacht zichzelf kan bedruipen en waar gebruik van gemaakt wordt. Dan heb je het pas echt over het opgeschaald zijn, het landelijk gebruikt worden.” (R018)

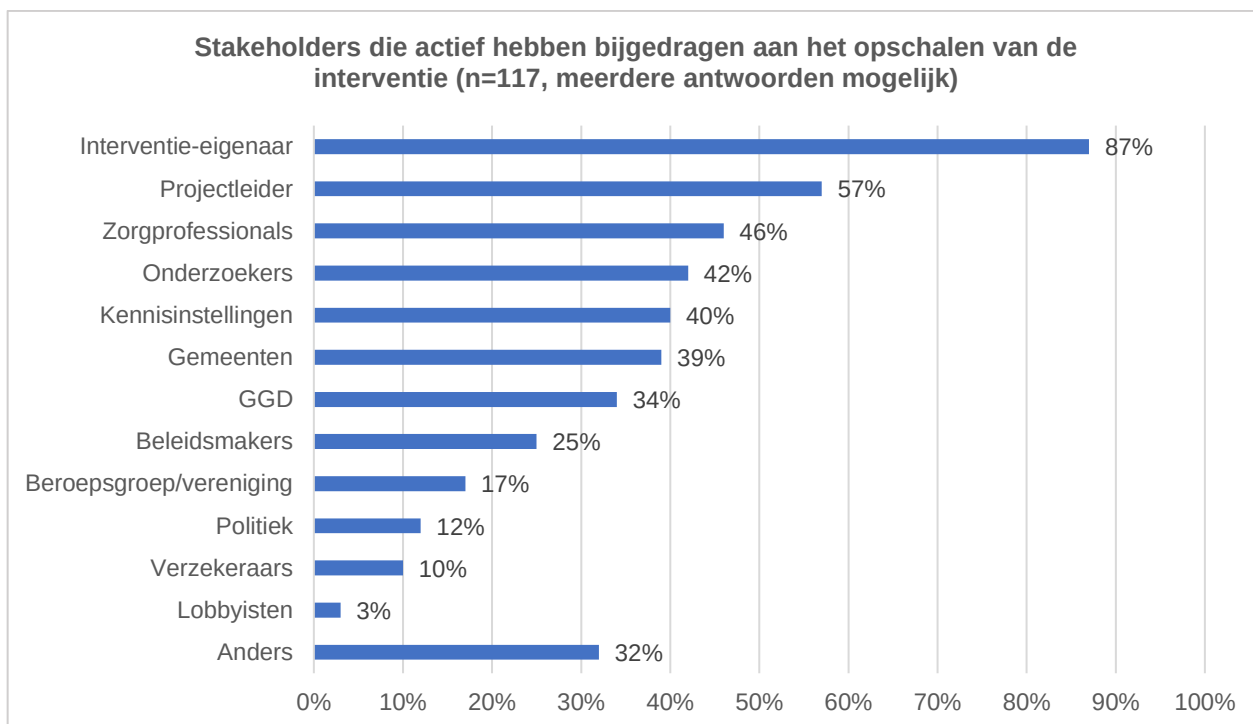
“Maar opschalen is wat mij betreft dat het landelijk uitgerold wordt en dat het ook geborgd is binnen de sport zelf. Dus vaak via de bond, in een opleiding, dat daar ook structuur in zit. Dat noem ik opschalen en ook het op een bepaalde manier in de regio's ook terecht komt.” (R019)

Opschaalroutes

Deelnemers aan de vragenlijst gaven aan dat zij in 67% van de gevallen interventie-ontwikkelaar waren tijdens het opschaalproces, en in 48% projectleider. In 21% van de gevallen waren zij (ook) als onderzoeker betrokken. Deelnemers konden meerdere rollen aanvinken (zie figuur 1). Figuur 2 laat zien dat in 87% van de gevallen de interventie-eigenaar een actieve rol had in het opschalingsproces, 57% de projectleider en in mindere mate de politiek (12%) en zorgverzekeraars (10%).

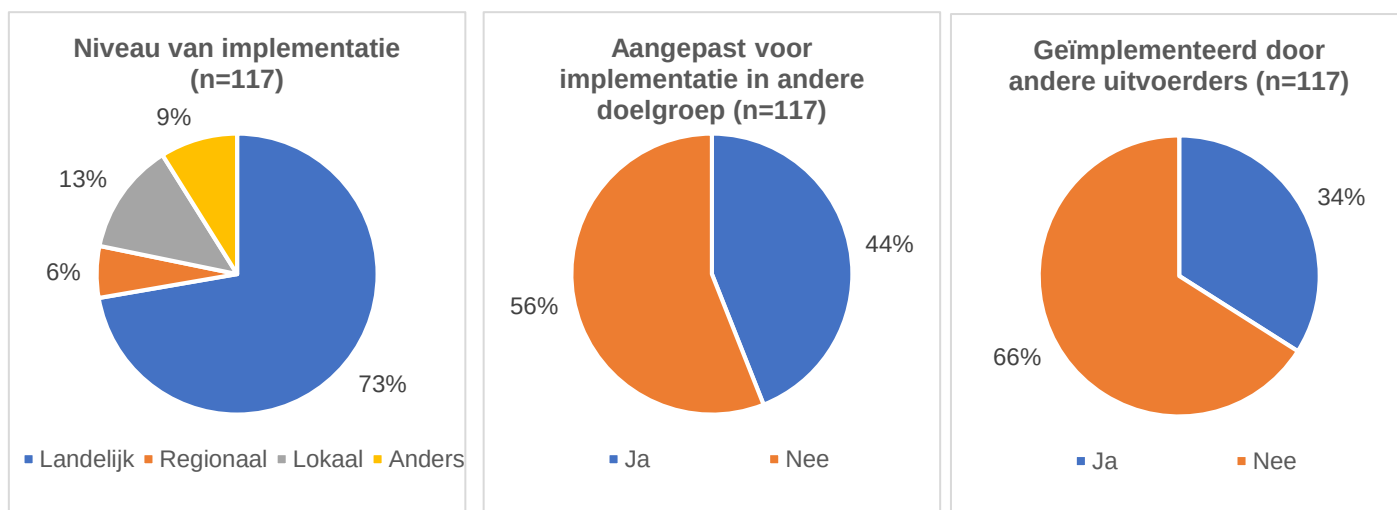


Figuur 1. Rol van interventie-eigenaar met betrekking tot het opschalen van de interventie.



Figuur 2. Stakeholders die actief hebben bijgedragen aan het opschalen van de interventie.

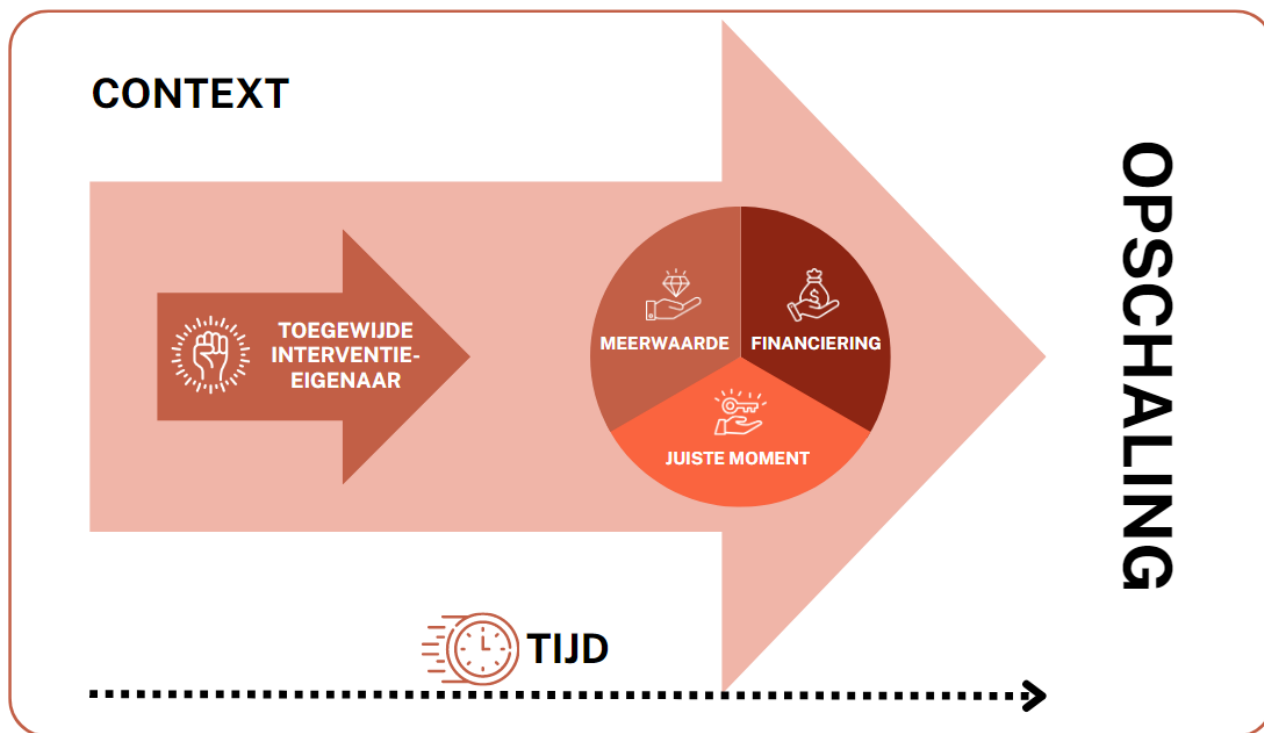
In de vragenlijst gaven interventie-eigenaren aan dat 73% van de interventies landelijk werd geïmplementeerd, 6% regionaal en 13% lokaal (zie figuur 3). Daarnaast was 44% van de interventies aangepast voor implementatie in andere doelgroepen dan waar de interventie origineel voor ontwikkeld was. Voor één op de drie interventies gold dat de interventie inmiddels ook gebruikt werd door andere uitvoerders dan de oorspronkelijke uitvoerders.



Figuur 3. Niveau van implementatie, aanpassing voor implementatie in andere doelgroepen en door andere uitvoerders.

Determinanten van opschalen

Uit analyses van de interviews konden een aantal determinanten worden geïdentificeerd die binnen een context van een specifieke interventie en in samenhang met elkaar voor opschaling kunnen zorgen (zie figuur 4). Met context wordt bedoeld dat iedere interventie in een bepaalde setting geïmplementeerd wordt en dus te maken heeft met daaraan gelinkte stakeholders, beleidsregels en financieringsmogelijkheden. Die context is daarom indirect van invloed op de verschillende determinanten.



Figuur 4. Determinanten van opschalen van interventies.

Er zijn 5 groepen determinanten in de analyses naar voren gekomen die in grote mate van invloed zijn op het succesvol opschalen van interventies: toegewijde aanjager (vaak de interventie-eigenaar), financiering, meerwaarde van de interventie, juiste moment en voldoende tijd. Deze determinanten hangen nauw samen met opschaalstrategieën die de determinanten kunnen beïnvloeden.

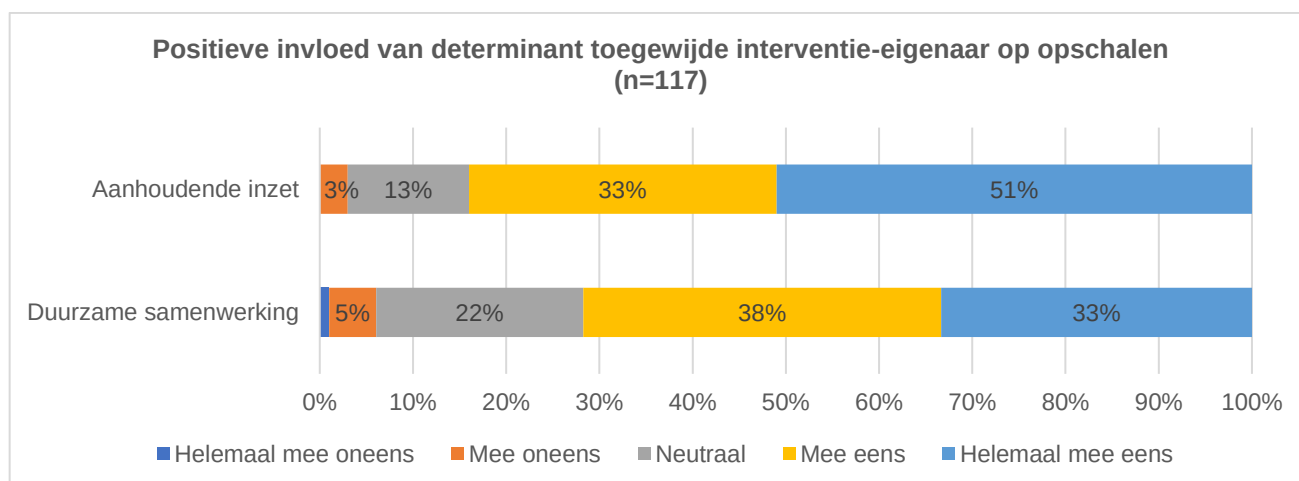
Toegewijde interventie-eigenaar

Uit de interviews blijkt dat een actieve aanjager, vaak een toegewijde interventie-eigenaar, met als rol een aanhoudende inzet en motivatie om de interventie tot een succes te brengen een aanzienlijke bijdrage levert aan het (succesvol) opgeschaald zijn. Dit komt ook naar voren in de vragenlijst, waar 84% aangeeft dat de aanhoudende inzet heeft bijgedragen aan succesvolle opschaling (figuur 5).

Tijdens interviews gaven interventie-eigenaren aan dat zij veel tijd en moeite hebben geïnvesteerd in het blijven zoeken naar mogelijkheden voor financiering en haakjes om de interventie aan te laten sluiten bij beleidsprogramma's en het blijven aanjagen en onder de aandacht brengen van de interventie bij stakeholders. Zelfs als deze inzet van de interventie-eigenaar niet financieel gedekt is.

“Ook het feit dat [...] en ik ons hier nog steeds voor inzetten als onderzoekers, ondanks dat we geen budget hebben, maar omdat we zo geloven in de interventie zijn wij daar nog steeds een aanjager in.” (R001)

“Wij hebben vooral heel veel geïnvesteerd aan de voorkant, in tijd en energie. Misschien niet zozeer met financiële middelen, maar vooral onze eigen invulling qua tijd. In de hoop dat dat ooit een keer ging terugbetalen.” (R011)



Figuur 5. In hoeverre interventie-eigenaren het eens of oneens zijn dat determinant “Toegewijde interventie-eigenaar” een positieve invloed heeft gehad op het opschalen van de interventie.

Dit doen interventie-eigenaren door middel van het blijven zoeken naar financieringsmogelijkheden, blijven aanjagen (lobby, aansluiten bij overleggen/bijeenkomsten (onder de aandacht brengen), samenwerkingen zoeken, netwerk benutten), en zoeken naar haakjes/mogelijkheden om aan te sluiten bij beleid. Dit sluit aan bij de opschaalstrategieën die later in dit rapport worden besproken. Zij doen dit niet alleen, stakeholders in de context hebben hier ook een invloed op.

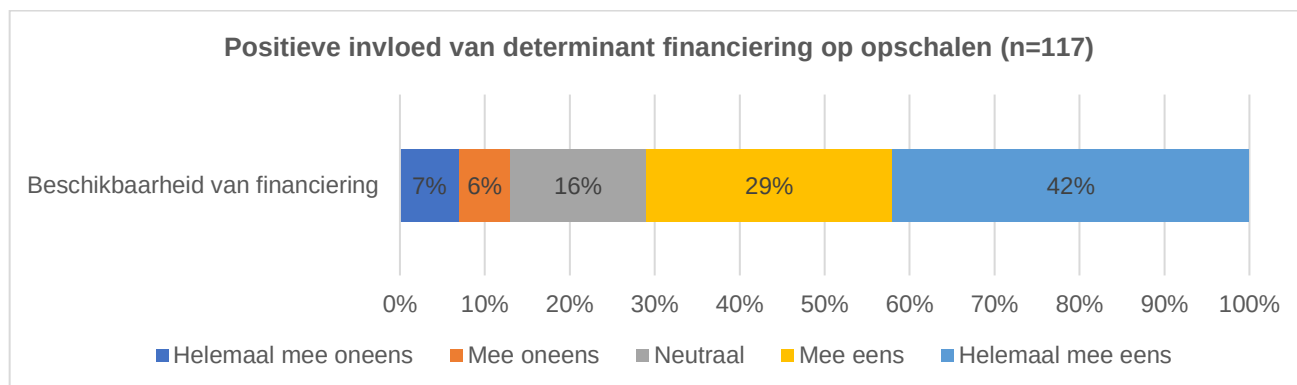
“Meer een drijvende kracht om een interventie verder op te schalen en daarmee de modder in te gaan, overall aan te kloppen en ook 'nee' te horen. En dan niet zomaar op te geven. Dat gaat niet zozeer om het commerciële, maar het gaat meer om het verder willen brengen van je organisatie en daar heel veel op inzetten.” (R020)

Deze moeite en investering van de interventie-eigenaar komt grotendeels voort uit het geloof in het potentieel van de interventie en de intrinsieke motivatie om de interventie tot een succes te brengen. Hierbij gaven interventie-eigenaren aan dat het belangrijk is om een “lange adem” te hebben, niet op te geven en bereid te zijn om tijd te investeren, ondanks dat hier mogelijk niet altijd budget voor is.

“Lange adem, niet opgeven en stug vol blijven houden en weer naar dat overleg gaan, en weer naar dat overleg gaan, en weer naar dat overleg gaan.” (R007)

Financiering

Financiering werd regelmatig genoemd tijdens de interviews als een bepalende en cruciale factor waardoor opschaling mogelijk kon worden gemaakt. Dit kwam ook naar voren in de vragenlijst, waarbij 71% van de respondenten aangaf dat financiering een positieve invloed had gehad op het succesvol opschalen van de interventie (zie Figuur 6).



Figuur 6. In hoeverre interventie-eigenaren het eens of oneens zijn dat determinant “Financiering” een positieve invloed heeft gehad op het opschalen van de interventie..

Op het moment dat er subsidies worden toegekend, impulsen/gelden beschikbaar komen, (co)financieringsstructuren worden opgezet, een zorgverzekeraar de interventie gaat vergoeden, kunnen deze financieringsvormen ingezet worden voor verschillende opschaalstrategieën, waarmee uiteindelijk wordt bijgedragen aan het opschalen van de interventie. Zo wordt financiering ingezet om effect- en/of procesonderzoek te bekostigen, de interventie door te ontwikkelen (bijvoorbeeld het ontwikkelen van (nieuwe) materialen, opschaalbaar maken van de interventie, zoals uitdenken kernonderdelen en mate van flexibiliteit), organisatorische processen beter in te richten en PR-communicatie-activiteiten uit te voeren.

“Ten eerste hadden we de mogelijkheid om een subsidieaanvraag te doen, wat betekende dat er op kantoor extra mankracht bij kon. Het had ook echt een financiële achtergrond waardoor we konden groeien. Dat was echt wel financieel gedreven.” (R007)

“Alles heeft met geld te maken. Als je meer geld hebt, kun je meer adverteren in onderwijs bladen en campagnes laten lopen op Facebook. Je kunt op verschillende manieren zichtbaar zijn, zodat je het bewustzijn bij die scholen verhoogd. Doordat je meer zichtbaar bent, weten scholen je beter te vinden en kun je op die manier dus meer scholen bereiken. Op die manier kun je in ieder geval het bereik van je programma verhogen.” (R012)

“Een belangrijke stap daarin was ook om de zorgverzekeraars erbij te betrekken, omdat die vanuit de collectieve verzekeringen een stukje gezondheidsbudget beschikbaar hebben. Dat is een jaarlijks budget en verzekeraars of organisaties kunnen dat budget gebruiken voor initiatieven die bijdragen aan vitaliteit en preventief de premies lager houden. Wij zijn al in een vroeg stadium gaan aankloppen bij verzekeraars en hebben daar voet aan de grond gekregen. Zo hebben we ook behoorlijk wat organisaties laten kennismaken met wat we doen. Daarmee zijn op verschillende plekken de opleiding of onze interventies bekostigd. De potjes van de verzekeraars helpen zo enorm mee.” (R020)

Een aantal respondenten is interventie-eigenaar van een interventie die opgenomen werd in de zorgverzekeringswet en daardoor vanuit de basisverzekering vergoed wordt. Deze interventie-eigenaren gaven aan dat de opname van hun interventie in de basisverzekering een belangrijk keerpunt was, in de zin dat het een positief effect had op het opschalen van de interventie. Hierdoor was een deel van hun financiering (met name kosten voor de uitvoering van de interventies) geborgd en konden zij flinke stappen zetten in hun opschaalproces.

“Het is wel één van de aanjagers geweest, waarom de interventie groter is geworden, omdat die zorgverzekeringswet wel heel veel verschil heeft gemaakt.” (R011)

Meerwaarde

Uit de interviews blijkt dat het opschalen van een interventie gestimuleerd kan worden doordat een interventie een bepaalde meerwaarde heeft. Volgens interventie-eigenaren en stakeholders zijn er verschillende aspecten die bijdragen aan de meerwaarde van de interventie en daarmee ook aan de opschaling.

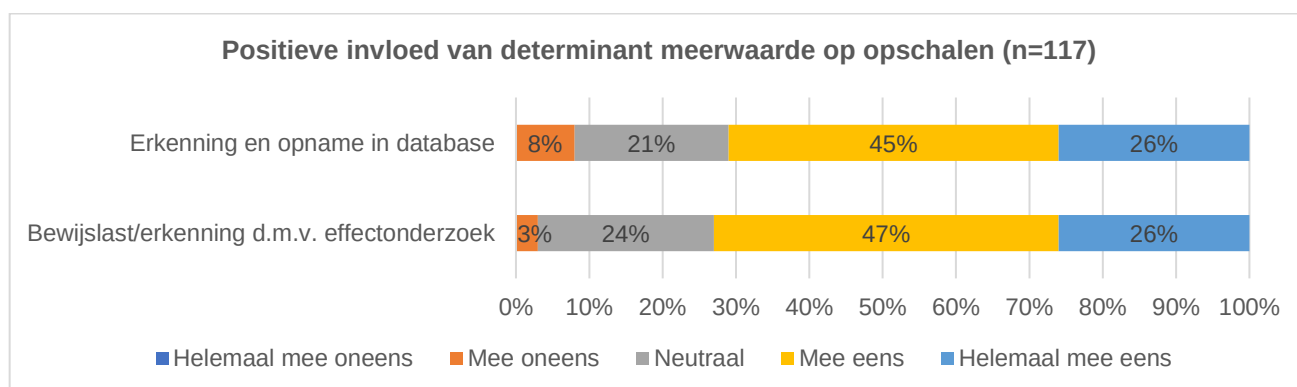
Ten eerste geven veel interventie-eigenaren tijdens interviews aan dat een interventie met een erkenningsstatus van een van de organisaties met erkenningscommissie, zoals RIVM Gezond Leven, Kenniscentrum Sport & Bewegen, Nederlands Jeugdinstituut, Movisie, Vilans en Trimbos opschaling kan bevorderen. Dit kwam ook naar voren in de vragenlijst (figuur 7), waarbij 71% aangaf dat erkenning een positieve invloed had gehad op het opschalingsproces.

Een erkenningsstatus kan een bepaalde waarde geven aan een interventie of nationale en lokale partijen stellen het erkend zijn als een voorwaarde, waardoor zij geneigd zijn sneller te kiezen voor een erkende interventie. Daarnaast geven interventie-eigenaren aan dat partijen hun interventie sneller en makkelijker vinden, wanneer de interventie opgenomen is in een interventie-database.

“Als je heel simpel gaat Googelen of kijkt in de database zie je dat het een erkende interventie is. Zo worden we ook vaak gevonden en willen intermediairs of programmeurs praten met de ontwikkelaars of met ons over hoe we dit doen en welke mogelijkheden er zijn om dit te doen.” (R002)

Een erkenningsstatus is niet alleen van belang voor mogelijke geïnteresseerden, maar kan ook als eis worden gesteld in subsidie-oproepen, die vervolgens weer ingezet kunnen worden ten behoeve van het opschalen van de interventie.

“Het is een soort keurstempel. [...] We hebben er zeker veel aan gehad, want als je met gemeenten in gesprek bent, dan gaan ze toch kijken: is dit een erkende interventie? En als ik het af moet zetten tegen een andere interventie, hoe verhoudt dat zich dan?” (R008)



Figuur 7. In hoeverre interventie-eigenaren het eens of oneens zijn dat determinant “Meerwaarde” een positieve invloed heeft gehad op het opschalen van de interventie..

Ten tweede beargumenteren interventie-eigenaren en stakeholders dat het voor opschaling van belang is dat een interventie wetenschappelijk onderbouwd is en er ook aangetoond kan worden dat de interventie effectief is. Dit kwam ook naar voren in de vragenlijst (figuur 7) waarbij 73% aangaf dat dit van invloed is geweest. Een wetenschappelijke onderbouwing en bewijs van effectiviteit is van belang voor het bereiken van de hogere effectiviteitsniveaus in een erkenningstraject.

“Er moet wel een soort van controlesysteem zitten en een effectmeting moet erop. Je moet wel bewijzen, vind ik dan, dat die werkt na een twee jaar. Wat zijn dan de effecten? Niet alleen op BMI en buikomvang, maar ook gewoon op wat andere zaken waardoor je zorgverzekeraars nog steeds aan boord houdt om te blijven vergoeden.” (R029)

Daarnaast kan het helpen om aan stakeholders te laten zien wat de (blijvende) effecten zijn, dat de interventie ook daadwerkelijk impact heeft. Verder blijkt dat de betrokkenheid van een onderzoeksinstelling ook hierin ook helpend kan zijn.

“Nu heb je een interventie met bewijslast, dus het voelde voor [stakeholder] ook als een soort evidentie, dat wij ook daadwerkelijk impact hebben met de projecten die we doen.” (R001)

“Aanvullend zie ik ook heel sterk omdat er onderzoek naar gedaan is en omdat de universiteit er aan verbonden is. Dat heeft een extra betrouwbaarheid, ook van deze interventie. Dat is ook de aantrekkingskracht voor andere professionals. Het is onderzocht en onderbouwd. Dat helpt erg mee in het verspreiden, de verbreding en het opschalen van deze interventie. Als het een mooie interventie is die door een GGD of diëtistenpraktijk is ontwikkeld, is dat leuk voor de regio. Met de toevoeging van het onderzoek en vooral de universiteit is er toch een soort kwaliteitskeurmerk of stempel, wat erg helpt. Dat versterkt natuurlijk wel het gemak waarmee je dit kan verspreiden en opschalen.” (R002)

Een derde aspect wat een interventie meerwaarde kan geven en wat bij kan dragen aan opschalen, relateert aan de meerwaarde die de doelgroep hecht aan de interventies, dus sluit deze aan bij de behoefte van de doelgroep en betrokken stakeholders.

“Uiteindelijk denk ik dat dit het grootste succes voor opschalen is, dat de [uitvoerende organisaties] het leuk vinden. De deelnemers vinden het leuk, en dat maakt dat er energie ontstaat en dat men zich hier nog voor wil inzetten. “ (R001)

Door in gesprek te gaan met de doelgroep en stakeholders, en goed aan te sluiten bij hun behoeften, merken interventie-eigenaren dat de doelgroep enthousiast is en willen deelnemen aan de interventie. Dit kan ook weer een positief effect hebben op de betrokkenheid en inzet van stakeholders.

“We vertelden ook dat we het gesprek met de doelgroep aangaan en blijven aangaan. Want wij kunnen het als professional op papier wel leuk neerzetten: zo gaat het eruit zien, en zo gaan we doen maar als de doelgroep denkt: leuk dat je dat hebt bedacht maar het past niet, dan gaat het mis. Wij blijven echt in verbinding met de praktijk, waardoor wij ons programma kunnen blijven doorontwikkelen en verbeteren en kunnen zorgen dat het nog meer past. Ik denk dat dat een mooie is. (R026/R027)

Per type stakeholder kan het dus variëren welke meerwaarde ze belangrijk achten. Zo zal een zorgverlener mogelijk meer geïnteresseerd zijn in de effectiviteit, terwijl een beoogde implementeerder mogelijk meer interesse heeft in wat de doelgroep van de interventie vindt.

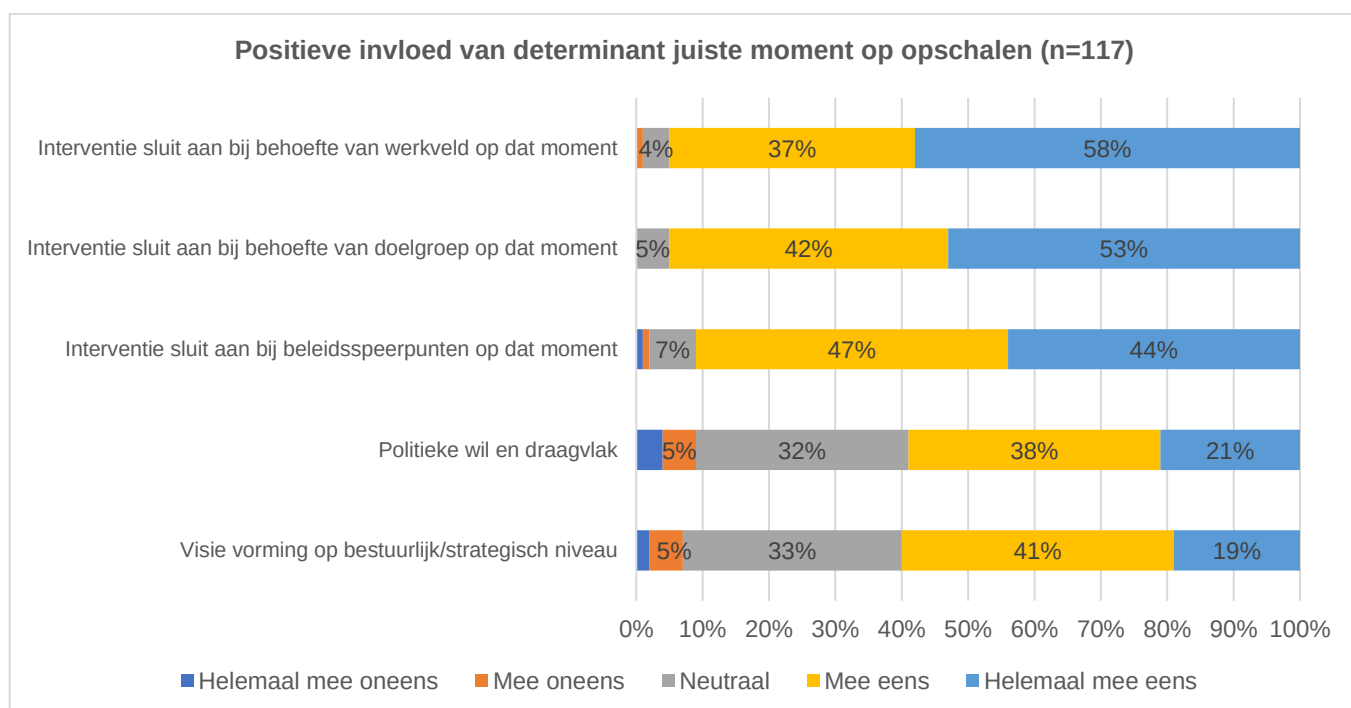
Juiste moment

Veel interventie-eigenaren geven aan dat opschaling vaak het gevolg is van een samenkomst of opeenvolging van meerdere factoren, zoals de eerdergenoemde toegewijde interventie-eigenaar, de financieringsmogelijkheden en de meerwaarde van de interventie. Een factor waar interventie-eigenaren niet altijd direct invloed op kunnen uitoefenen, maar wat wel een belangrijke rol kan spelen in opschaling, is in hoeverre de interventie aansluit bij wat er speelt in de actualiteit. Op het moment dat een interventie aansluit bij ontwikkelingen in de maatschappij, vergemakkelijkt en stimuleert dit het opschaalproces. Interventie-eigenaren zijn daarom vaak actief op zoek naar mogelijkheden om de interventie aan te laten sluiten bij (nieuwe) beleidsprogramma's, akkoorden, en regelingen.

“Uiteindelijk resulteerde dat dan ook in dat [interventie] met naam en toenaam in dat akkoord genoemd wordt als goedlopende interventie die te gebruiken is binnen gemeentes. Sinds dat er stond en er gelden vrijkwamen, stond de telefoon roodgloeiend, want toen wilde de ene na de andere gemeente met [interventie] gaan werken.” (R007)

In de vragenlijst (figuur 8) gaf men aan dat aansluiten bij de behoeften van de doelgroep, het werkveld en beleid van dat moment in grote mate invloed hebben op succesvol opschalen. Maar ook visievorming op bestuurlijk/strategisch niveau binnen de eigen organisatie (60%) en politieke wil en draagvlak (59%) dragen hieraan bij.

“Toen duidelijk werd dat er een link was tussen overgewicht, leefstijl en COVID, was dat ook weer gelijk een boost voor de [interventie]. Wij hebben toen ook wel heel veel aanwas gehad van nieuwe uitvoerders. [...] Wij gingen alle kanten op, we dachten: we kunnen de interventie opdoeken en in één keer zagen we weer heel veel toestroom. Heel bijzonder om te zien hoe dat heeft uitgedaakt, maar het heeft wel een rol gespeeld.” (R010)



Figuur 8. In hoeverre interventie-eigenaren het eens of oneens zijn dat determinant “Juiste moment” een positieve invloed heeft gehad op het opschalen van de interventie.

Daarnaast kan het juiste momentum ook ontstaan of gecreëerd worden doordat de zichtbaarheid en bekendheid van de interventie toeneemt, wanneer externe partijen hier aandacht aan besteden in bijvoorbeeld een presentatie, nieuwsbrief, of via een interview of mond-op-mond reclame.

“Het helpt wel, los van de financiële middelen, als er grootse namen uitspraken doen over het nut en de noodzaak van bepaalde interventies en dat was bij [interventie] natuurlijk heel fijn dat de duiding werd uitgebracht, dat het in het regeerakkoord kwam, dat het in het GALA staat. Dat is natuurlijk ook verbonden aan de financiële middelen, maar toch, het geeft het een autoriteit. Zo'n autoriteit is heel erg fijn, ook om heel duidelijk te kunnen maken, ook in je communicatie naar buiten toe. ZIN heeft geduid dat het effectieve zorg is, daar valt niet meer over te twisten.” (R030)

“Het feit bijvoorbeeld dat RIVM ons in de schijnwerpers heeft gezet, was een hartstikke mooi iets. We hadden de bewezen werkzaamheid, we hadden de erkenning door RIVM en het RIVM zette ook nog - dat was ten tijde van corona – [interventie] in de schijnwerpers omdat het de op dat moment relevante thema's aanpakte. Dat is gewoon prachtig. Hun geld is nog niet het belangrijkste, maar vooral het feit dat zij dat doen, daar kan je gewoon weer heel dankbaar van gebruikmaken. Daardoor kwam het ook weer in de handleiding van de VNG. Als je dat allemaal weer uitbuit, sta je er gewoon weer heel mooi op. Dat heb je echt nodig.” (R032)

Tijd voor opschalen

Tijd was een belangrijk thema dat tijdens de interviews naar voren kwam. Daarbij gaat het om tijd hebben als interventie-eigenaar om opschalen te stimuleren, maar ook het feit dat het vaak meerdere jaren kost om tot opschaling te komen en te kijken wat goed werkt. Wanneer interventie-eigenaren de mogelijkheid hebben om langere tijd (vaak meerdere jaren) een interventie (door) te ontwikkelen, (effect)onderzoek te doen, te bepalen wat de werkzame elementen en cruciale randvoorwaarden zijn, bevordert dit opschaling en borging. Niet altijd lagen al deze taken bij eenzelfde persoon of organisatie. Het was ook zo dat dit eigenaarschap over de tijd door verschillende werd ingevuld. Zowel interventie-eigenaren als stakeholders geven aan dat het tijd kost, en daarmee ook geld, om vat te krijgen op wat wel en niet werkt qua implementatie.

“Ik denk dat de belangrijkste factor tijd is. We zijn sinds 2009 met [...] bezig. We hebben tot 2016 een basissubsidie gehad waardoor we er tijd en aandacht aan konden besteden. Waardoor je jaar in jaar uit kon kijken: wat werkt nu wel en wat werkt niet. Zo kom je uiteindelijk bij de [professionals/implementeerdere] terecht. Je hebt de financiële mogelijkheden en ook de uren om er aan te besteden.” (R018)

“Wat ik eigenlijk nog belangrijker vind, is dat als je dat soort hogere stadia van effectiviteit wilt bereiken, dan moet je een tijd met een interventie bezig zijn geweest. Dan leer je ook. Maar volgens mij is met name dat leren van hoe een interventie nu werkt en steeds meer vat krijgen op de context en de randvoorwaarden waarbinnen je moet werken hele simpele en hele nuttige kennis.” (R015)

Opschaalstrategieën

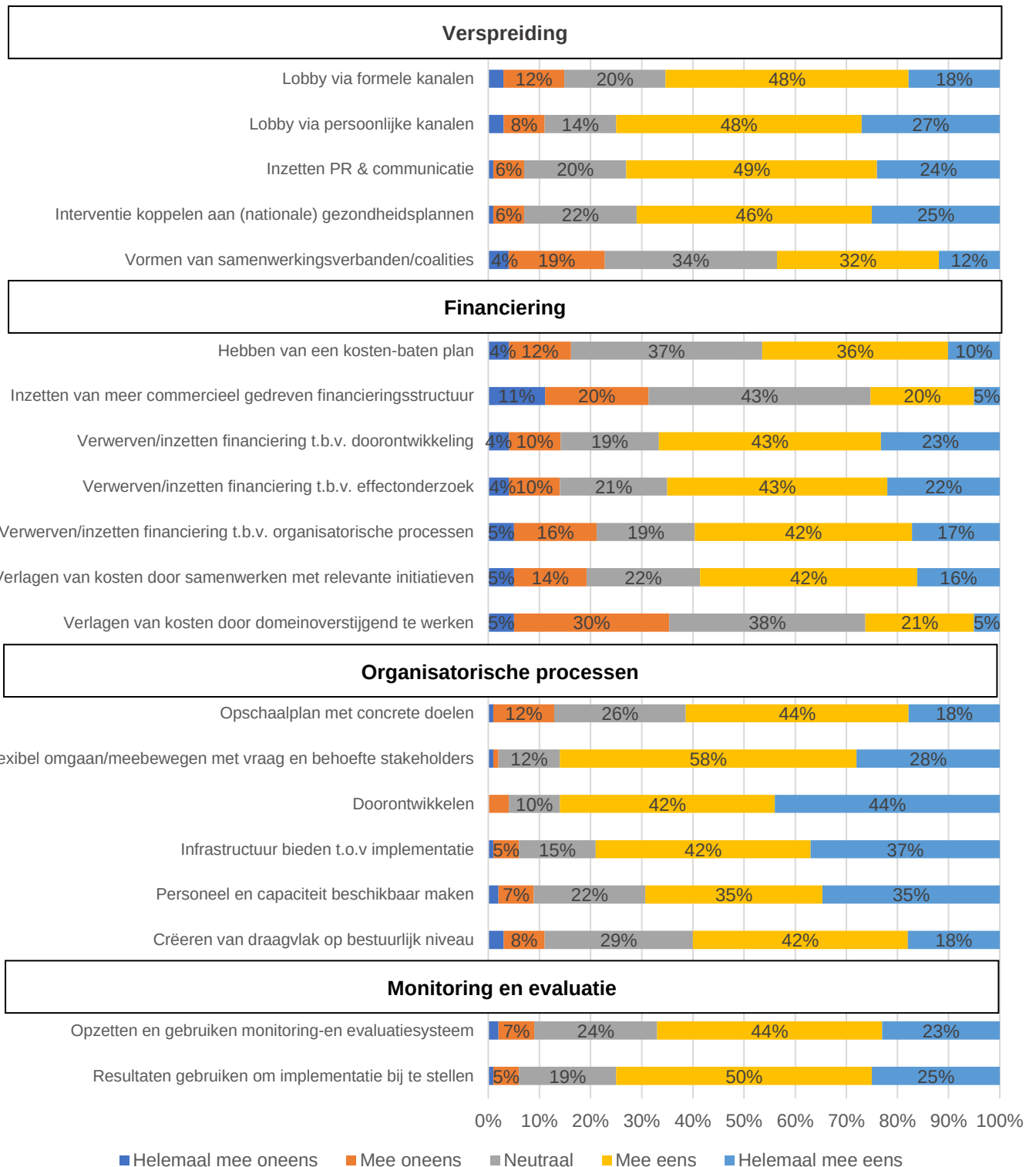
Uit de interviews volgen verschillende opschaalstrategieën, die zijn onderverdeeld en worden besproken volgens de vierdeling in opschaalstrategieën van het WHO Expandnet Framework (2, 6).

1. Verspreiding

Samenwerken

Om opschaling mogelijk te kunnen maken, geven zowel interventie-eigenaren als stakeholders aan dat het belangrijk is binnen het veld samenwerkingen te zoeken en op te zetten. In de vragenlijst geeft 44% van de respondenten aan dat het vormen van samenwerkingen heeft bijgedragen aan het opschalen van de interventie (zie figuur 9).

Bijdrage van opschaalstrategieën aan opschalen (n=113)



Figuur 9. In hoeverre interventie-eigenaren het eens of oneens zijn dat een strategie heeft bijgedragen op het opschalen van de interventie.

Er zijn verschillende doeleinden waarvoor samenwerkingen worden gezocht en opgezet, zoals het verbreden en het vergroten van het bereik van de interventie. Zo kunnen secundaire preventie interventies bijvoorbeeld gebaat zijn bij een samenwerking met een huisartsengroep of ziekenhuis, om zo de potentiële doelgroep beter te kunnen bereiken. Sport- en beweeginterventies zoeken bijvoorbeeld de samenwerking met sportbonden en overkoepelende sportorganisaties om hun interventie zo breder weg te kunnen zetten.

“We zijn nu bezig met een samenwerking met [sportbond] op te zetten. Dat is nu het hoofddoel, om die samenwerking verder uit te breiden, en de zichtbaarheid te vergroten. Uit onderzoek bleek dat die zichtbaarheid iets afneemt, dus vandaar.” (R009)

Andere interventie-eigenaren zoeken, afhankelijk van het doel en de doelgroep van de interventie, samenwerkingen met gemeenten, GGD'en, scholenkoepelorganisaties, hogescholen, verslavingszorginstellingen, sociale werkbedrijven, verzekeraars, etc.

“Die samenwerking met een ziekenhuis of huisartsen is nodig om verwijzingen te krijgen. Door die verwijzingen krijgen wij veel mensen binnen die dus ook daadwerkelijk willen gaan stoppen met roken, meer dan wanneer ze gewoon uit zichzelf gaan googelen en bij ons terechtkomen. Als het een samenwerking betreft, dan weet je ook als iedereen bij wijze van spreken vanuit [ziekenhuis] verwezen wordt, dat zij daar waarschijnlijk ook enigszins in de buurt zullen wonen, dus dan kun je een groepstraining op die locatie geven.” (R034)

Door de samenwerking te zoeken en verschillende partijen te betrekken bij implementatie en opschaling, is er een breed bereik, kunnen in sommige gevallen financiële en organisatorische lasten gedeeld worden, kan er gekeken worden hoe lokaal de randvoorwaarden geregeld moeten worden, en kan er op organisatie/bestuurlijk niveau draagvlak wordt gevormd.

“We hebben het echt samen ontwikkeld met partijen, dus we hebben een programma ontwikkeld vanuit de [universiteit], die was erbij als partner. We hebben de [sportbonden], die waren vanaf het begin betrokken. We hadden echt een heel breed palet en daardoor werd het goed uitgerold.” (R019)

“We hebben nu drie verzekeraars aan ons verbonden. Dat is denk ik, heel mooi. Toen merkten we dat we in die regisseursrol een netwerk konden bouwen, en de voorwaarden scheppen waardoor er op wijkniveau beter samengewerkt kon worden.” (R017)

Lobby

Interventie-eigenaren voeren regelmatig lobby om hun interventie onder de aandacht te brengen bij invloedrijke personen of organisaties. In de vragenlijst geeft 66% aan dat lobby via formele kanalen heeft bijgedragen aan opschalen, en 75% is het eens met de bijdrage van lobby via persoonlijke informele kanalen aan opschalen. (zie figuur 9). Dit is een tijdrovende klus, maar loont op termijn wel.

“Ik heb echt wel heel veel tijd verluid - als je het zo plat wil zeggen - waarbij ik ook echt moedeloos naar huis kon gaan en dacht: volgende keer, bekijk het maar, dan ga ik niet. Dan ging ik toch maar weer, want als ik niet ga, wie gaat er dan? Uiteindelijk resulteert dat.” (R007)

Dit doen interventie-eigenaren door zelf aan te kloppen bij voor hen relevante organisaties of personen, en actief op zoek te gaan naar mogelijkheden om aan te sluiten bij bijeenkomsten of overleggen. Hiermee hopen interventie-eigenaren onder andere de zichtbaarheid en bekendheid van hun interventie te vergroten, problemen onder de aandacht te brengen waar de interventie op inspeelt, en kansen voor nieuwe (co)financieringsmodellen te vergroten.

“Over twee weken is er een Kamerdebat over drugsbeleid bij justitie en veiligheid. Dan schrijven we een brief waarin we aangeven dat er basispakket is van verslavingspreventie en dat daarop ingezet moeten worden. Langdurig en structureel, in plaats van de hele tijd al die losse interventies. Of een Kamerlid opbellen en uitleggen dat we wel degelijk veel rond lachgas doen. Ja, regelmatig dat soort

dingen gedaan. Op lokaal niveau doe je dat ook. Als je uitgenodigd wordt, of je nodigt jezelf uit, dat hebben we wel eens gedaan.” (R022)

“En we willen nu weer de volgende stap maken naar uitbreiding, we willen dit in meerdere gemeentes gaan doen. Wat we daarvoor hebben gedaan, is dat we nu veel landelijke lobby doen bij fondsen en ministeries om meer uitvoeringsbudget mee te geven.” (R017)

Netwerk benutten

Samenwerking en lobby hangen samen met hebben van een breed en sterk netwerk. Hierin blijven investeren en gebruik maken van dit netwerk vinden interventie-eigenaren belangrijk, en ook een taak van de interventie-eigenaar.

“Het waren deels mensen uit mijn netwerk of via via. Ze kenden mij al vanuit dat ik op een bepaalde manier altijd bezig was [...] Dat scheelt - denk ik - wel. Ik kende de mensen wel al of ik maakte gebruik van een relatie van iemand die ik weer kende.” (R032)

“We probeerden het uit te voeren, gebruikmakend van het netwerk wat we hadden. Alle [professionals] die we kenden in [gemeente] hebben we meer betrokken.” (R028)

“Ik had al een soort denktank van allerlei landelijke organisaties verzameld die ook al tijdens de pilot meekeken. Die heb ik natuurlijk allemaal uitgenodigd op die bijeenkomst over die resultaten, maar vervolgens ook allemaal gevraagd: wat kun jij doen aan promotie, in welke vorm wil je het? Ik heb dus meegewerkt aan allerlei vormen van communicatie, zodat zij hun achterban allemaal zouden informeren over [...] als succesvolle interventie.” (R032)

Interventie-eigenaren geven aan dat het belangrijk is om je persoonlijke en zakelijke netwerk te benutten om de interventie te promoten, te kijken waar mogelijkheden voor samenwerkingen liggen, te lobbyen.

“We organiseren twee bijeenkomsten per jaar, waarin we vertellen wat we doen, daar komt ons hele netwerk samen en daar doen we ook een oproep voor nieuwe partijen om langs te komen om informatie te krijgen over zo'n dag. Daarnaast gaat er een call open, dan kunnen mensen hun projectaanvraag indienen en op basis van die projectaanvragen gaan we gesprekken aan door middel van pitches die ze komen geven. Dan is het daarna wel of niet samen in zee gaan. We werken met verschillende sportnetwerken waar we dat uitzetten en we hebben heel veel contacten al binnen de zorginstellingen, via-via wordt het veel doorgestuurd.” (R017)

PR/Communicatie

Interventie-eigenaren maken gebruik van verschillende communicatiemiddelen (nieuwsbrief, social media, websites, etc.) om de doelgroep en uitvoerders te bereiken en om de interventie onder de aandacht te (blijven) brengen bij stakeholders, door bijvoorbeeld resultaten of succesverhalen van de interventie te delen. In de vragenlijst geeft 73% aan dat dit heeft bijgedragen aan het opschalen van de interventie (zie figuur 9).

“We hebben in bladen gestaan, het blad van [professionals], interviews. We hebben er ook voor gezorgd dat we heel veel aandacht kregen.” (R019)

“We hebben een aantal weken binnen de week voor de gezonde jeugd, waar er binnen onze gemeente aandacht is voor gezonde voeding en bewegen. Waarbij we dus ook de ambassadeurs inzetten en daar dan vaak communicatie, persberichten, en filmpjes, maken we heel veel. Zo hebben we ook een aantal filmpjes op de website staan.” (R009)

2. Financiering

Interventie-eigenaren proberen op verschillende manieren en voor verschillende doeleinden financiering te werven, wat uiteindelijk direct dan wel indirect bij kan dragen aan het opschalen van de interventie. Uit de vragenlijst blijkt dat voor de meerderheid van de interventie-eigenaren het verwerven en inzetten van financiering voor doorontwikkeling (65%), onderzoek (65%), en verbeteren van organisatorische processen (59%) bijgedragen heeft aan opschaling. Verder geeft 46% aan dat het hebben van een kosten-baten plan ook heeft bijgedragen (zie figuur 9).

Interventie-eigenaren geven aan dat zij voortdurend moeten blijven zoeken naar (nieuwe) financieringsmogelijkheden.

“Tegelijkertijd hebben we gekeken van: wat is nodig om dan wel tot die structurele financiering te komen. Toen hebben we jaarlijks, dat hebben we volgens mij twee keer gedaan, een soort seminar georganiseerd met belangrijke stakeholders. Dit om te kijken van: hoe kunnen we inderdaad toch dat vuurtje warm houden en kijken wat er ook nog wel nodig is of hoe we wel die structurele financiering kunnen organiseren.” (R014)

Veel interventie-eigenaren proberen daarom via (vaak tijdelijke) subsidies, impulsen, en/of fondsen financiering binnen te halen en kijken naar mogelijkheden om tot een meer structurele financieringsvorm te komen, bijvoorbeeld via opname in de zorgverzekeringswet.

“Vanaf 2014 zijn we bezig geweest om ervoor te zorgen dat we genoeg bewijs verzamelden om structurele financiering voor elkaar te krijgen. Daar hebben we enorm veel subsidies voor aangevraagd, in allerlei verschillende vormen, maar wel altijd meer op de kwetsbare doelgroep gericht omdat daar wat meer subsidies voor beschikbaar waren.” (R029)

“Via het VWS hebben we een subsidieaanvraag gekregen om dat project op te schalen naar meer steden en meer locaties.” (R008)

Ook zijn er interventie-eigenaren die gebruik maken van een licentiestructuur, wat aan de ene kant is opgezet om uitvoerders te kunnen scholen en certificeren, maar aan de andere kant ook kan bijdragen aan het in de lucht houden van de interventie.

“We hebben gekeken hoe we een soort van training-/scholingstraject kunnen opzetten en we hebben dus ook een kostenplaatje daaraan gehangen door middel van die licenties. Dus tegelijkertijd met dat je een licentie koopt, zodat wij ook de middelen hadden om het in de lucht te kunnen houden en konden uitzetten.” (R014)

Verder zijn er ook interventie-eigenaren die een cofinancieringsstructuur opzetten om (het opschalen van) de interventie te financieren. In de vragenlijst geeft 33% aan dat samenwerken met relevante initiatieven om kosten te drukken heeft bijgedragen aan opschaling, waar 26% aangeeft dat domeinoverstijgend werken om kosten te drukken heeft bijgedragen aan opschaling (zie figuur 9). Hierbij worden er bijvoorbeeld afspraken gemaakt met partijen zoals verzekeraars of gemeenten om lasten te delen of een vorm van cofinanciering te vinden.

“We zijn in contact gekomen met een verzekeraar, en die hadden eigenlijk dezelfde visie: regionaal samenwerken, bewegen als belangrijk speerpunt. We hebben een soort cofinanciering georganiseerd tussen de regio..” (R008)

“Dat is een stichting die gelieerd is aan zorgverzekeraar [...], die co-financiert ons programma en wil graag dat de achttien gemeenten in [provincie] dat in gaan zetten.” (R013)

Een aantal interventie-eigenaren geeft aan dat zij, i.p.v. te varen op tijdelijke subsidies en impulsen, een ander (meer bedrijfskundig) verdienmodel gebruiken om hun uren/inzet te kunnen bekostigen en de interventie draaiende te houden. In de vragenlijst geeft 25% van de interventie-eigenaren aan dat dit bij heeft gedragen aan het opschalen van de interventie.

"Ik denk dat het vanuit het bedrijfskundige aanvliegen cruciaal is. Ik denk dat dat het enige is wat opschaling ongeveer mogelijk maakt, want op het moment dat je niet op deze manier kan denken... Wij hebben heel veel aandacht voor de inhoud, dus we zijn heel erg bezig om te zorgen zo'n goed mogelijke dienstverlening kunnen leven, maar ik denk dat op het moment dat je niet de slag naar meer bedrijfskundig denken kunt maken, dat het dan ook niet gaat lukken." (R006)

"Maar ik moet wel zeggen, we hebben uiteindelijk wel gezocht naar een werkwijze, een bedrijfsmodel waarbij je ook iets terug gaat krijgen voor het werk wat je erin stopt. Dat is door middel van die licentiestructuur die we nu hebben uitgewerkt." (R010)

"Wat wij willen doen is eigenlijk de budgetten zo gaan inzetten, waarbij een groot gedeelte twee derde van die prijs gewoon naar de uitvoering gaat, en één derde naar ons ondersteuning, zodat wij - ook weer een beetje commercieel gedacht - onze inkomsten en onze mensen, dat wij de kwaliteit kunnen toevoegen." (R008)

De bevinding dat (structurele) financiering een cruciale factor voor opschaling is, bleek ook uit het feit dat interventie-eigenaren en stakeholders het ontbreken van financiering vaak beschreven als een belemmerende factor in het opschaalproces. Interventie-eigenaren blijven voortdurend op zoek naar financiële mogelijkheden om de interventie draaiende te houden en op te kunnen schalen. Hiervoor wordt bijvoorbeeld gebruik gemaakt van subsidies, maar deze zijn niet altijd dekkend voor alle kosten (overhead) die komen kijken bij opschalen.

"Parallel daaraan ook het feit dat wij geen inkomsten hadden toen, want in de hele financieringsstructuur was geen idee over eigenaarschap en hoe je dat financiert. Dat moet je zelf maar regelen, want als je kijkt naar de financiering is dat puur en alleen voor de uitvoerder." (R010)

Ook is de financiering soms afhankelijk van partijen zoals gemeenten of zorgverzekeraars. Wanneer deze partijen door andere prioritering of bezuinigingen de financiering stoppen, ligt de interventie soms tijdelijk stil en moet er gezocht worden naar een nieuwe vorm van financiering. Daarnaast geven interventie-eigenaren aan dat het helpend is om subsidies toegewezen te krijgen, maar dat deze ook tijdelijk en dus eindig zijn, waardoor opschaling soms stil komt te liggen.

"We hebben daarna zoveel opschalingsstappen genomen om te kijken: waar liggen onze knelpunten? Hoe kunnen we daarin verbeteren? Ook wel een beetje: waar leiden de subsidies ons naartoe? Want als je niet een duurzaam financieel model hebt, is dat helaas de manier waarop je moet kijken." (R008)

Tenslotte bleek het ontstaan van een structurele financieringsvorm zoals via een vergoeding vanuit de basisverzekering nog niet gelijk dekkend te zijn voor alle kosten die komen kijken bij opschalen.

"Net zoals er op voorhand bij de implementatie niet is nagedacht over de rol van de interventie-eigenaren, is er ook niet altijd even goed nagedacht over de rol van de zorggroepen. Die hadden in de pilot wel een rol, maar bijvoorbeeld qua financiering was daar geen apart potje voor. Dat is iets waar ze nu tegenaan lopen. Die zorggroepen worden wel naar voren geschoven als zijnde belangrijke partijen in de hele uitvoering van de GLI, maar daar staat geen financiële vergoeding tegenover. Terecht, dat zo een zorggroep zegt: "Wacht even, er wordt heel veel van mij gevraagd, maar hoe moet ik dat financieren?" Dat zijn dan dingen waar ik van denk: dat is jammer, dat daar niet aan de voorkant even over is nagedacht. Hoe gaan we dat goed stroomlijnen zodat dat voor alle partijen goed werkt? Dat weeft zich ook weer in de markt. In sommige regio's pakt dat heel goed uit, hebben ze daar echt wel een weg in gevonden en in sommige regio's niet, nog niet." (R011)

3. Organisatie

Doorontwikkeling van de interventie

Interventie-eigenaren zijn voortdurend bezig met het doorontwikkelen van de interventie, 86% is van mening dat dit heeft bijgedragen aan succesvolle opschaling (zie figuur 9). Dit kan gaan om het verder ontwikkelen/finetunen van de interventie in zijn initiële vorm, maar kan ook gaan om het doorontwikkelen naar nieuwe vormen van de interventie, bijvoorbeeld voor andere doelgroepen, voor andere uitvoerders, of op andere locaties. Hierbij wordt gekeken naar zowel inhoudelijke als organisatorische aspecten van de interventie en hoe deze aangepast en/of verbeterd kunnen worden.

“Eigenlijk zijn we gaandeweg op inhoud aan het doorontwikkelen geweest, maar ook organisatorisch zijn we heel erg aan doorontwikkelen geweest. We hebben verschillende financieringsmodellen gehad, waarbij we steeds weer hebben geleerd wat werkt. Ik zie eigenlijk het opschalen van de start nu eigenlijk als een heel groot soort van leerproces. We weten steeds beter wat werkt en minder werkt. De start is dus eigenlijk geweest met een inhoud hebben en daarmee starten en dat verder doorontwikkelen op alle vlakken.” (R006)

“We zijn nu bijvoorbeeld bezig om een inhoudelijke e-learning voor onze uitvoerders te ontwikkelen die niet voor iedereen even relevant meer is, maar wel juist voor degene die op dat vlak iets minder beslagen ten ijs komen. Dat ze in ieder geval vanuit hetzelfde startpunt qua kennis naar de mensen kijken, dat is wat we bedoelen met doorontwikkelen.” (R010)

Meebewegen met vraag/behoefte en maatwerk leveren

Interventie-eigenaren geven tijdens interviews aan dat het voor opschaling belangrijk is om in te spelen op de vraag en behoefte vanuit het veld (86% in de vragenlijst – zie figuur 9). Hierbij geven ze ook aan dat het van belang is om te weten wat de cruciale, effectieve elementen zijn van een interventie, maar daarnaast flexibel te zijn in de uitvoering van de interventie en deze dus waar mogelijk aan te passen aan de lokale vraag en behoefte.

“Toen hebben we de interventie ook vertaald vanuit de vraag die we kregen vanuit onze eigen klanten, naar dit kunnen we ook voor jongeren doen. Op een gegeven moment kregen we in organisaties ook heel veel de vraag over dat we medewerkers leren om eigen regie te pakken op dat stukje mentale gezondheid, maar het zou goed zijn als leidinggevendenden wisten van het gedachtegoed. Ze zeiden dat ze het fijn zouden vinden als de leidinggevendenden ook dat stukje kennis zouden hebben. Daar kwam een nieuwe interventie uit voort.” (R020)

Invulling interventie-eigenaarschap

Interventie-eigenaren geven aan dat het eigenaarschap ook bij een team of meerdere organisaties kan liggen en ook met de tijd kan veranderen. De betrokkenheid van verschillende complementaire disciplines in een team helpt hierbij. Dit heeft een positieve invloed op de invulling van de interventie, iedereen heeft een bepaalde functie/discipline met specifieke kennis, er is een breed netwerk wat ingezet kan worden.

“Ik denk dat ik zelf wel het één en ander ben blijven aanjagen. Dan had je de gemeente [...] als een belangrijke factor, dus dat zij het ook bestuurlijk onder de aandacht konden blijven brengen. De Academische Werkplaats was ook een hele belangrijke, dus dat is ook een collega. Dat is dan ook inderdaad de verbinding met die wetenschap blijven houden, maar ook dat stukje praktijk en beleid.” (R014)

Een andere optie die tijdens de interviews naar voren kwam was om het interventie-eigenaarschap te delen met meerdere partijen. Op deze manier kan iedereen interventie-eigenaar van een onderdeel zijn en kan je breed kijken waar hiaten liggen, en vanuit daar interventies opschalen. Dit komt ook de overheadkosten ten goede, omdat op deze manier ook de lasten gedeeld kunnen worden.

Tot slot gaven interventie-eigenaren aan dat de invulling van het eigenaarschap bij opschaling ook kan veranderen. Bijvoorbeeld door te professionaliseren. Hierbij gaven zij aan dat het van belang is om te kijken wat je zelf nog kunt dragen als interventie-eigenaar en welke taken of onderdelen je kan “delegeren”.

“Ik denk wat ook geholpen heeft, is dat we zelf toch kritischer zijn gaan kijken: wat hoort echt bij ons? Want je bent ook geneigd om alles op te pakken voor je uitvoerders omdat je zo graag wil dat ze van start kunnen. Maar op een gegeven moment zijn we toch kritischer gaan kijken: is dit überhaupt iets waar wij wat mee kunnen. Maar anders hebben we onszelf meer een rol gegeven van: wij leggen je probleem bij de instantie waar het thuis hoort en op het moment dat we feedback krijgen, komen we weer bij je terug. In plaats van dat we zeggen: we gaan dit voor je oplossen, want dat is iets heel anders. Ik denk dat dat ons ook heeft geholpen op dat moment, kritischer kijken naar je eigen rol.” (R010)

Kwaliteitsborging

Interventie-eigenaren proberen op verschillende manieren de kwaliteit van de interventie te borgen. Zo werken sommige interventies met een licentiestructuur, waarbij uitvoerders een trainings-/scholingstraject volgen waarmee ze een licentie kunnen halen. Daarnaast gebruikt een aantal interventie-eigenaren een monitoringsysteem. Ook worden er materialen ontwikkeld om de implementatie van de interventie te bevorderen en te borgen.

“We hebben een portal en trainers die wij certificeren krijgen daar toegang toe. Onderdeel van het protocol is dat alle deelnemers via de portal worden ingevoerd en van daaruit gefaciliteerd worden over bijvoorbeeld waar de training plaatsvindt, een voormeting, een nameting. Dus de praktische kant gaat allemaal via de portal, zodat wij kunnen zien hoe en wat. In de nameting stellen we een aantal kwalitatieve vragen, dus ook de vraag om de kwaliteit van de trainer te waarborgen en ook de kwaliteit van de training en de impact van de deelnemer. Op die manier houden we het allemaal onder controle en kunnen we kwaliteit waarborgen bij onze trainers.” (R020)

Als barrière geeft men hierbij aan dat kwaliteitsmonitoring tijdens opschaling ook problemen met zich mee kan brengen. Doordat het groter wordt uitgerold staan interventie-eigenaren vaak verder van de uitvoerende organisaties af en is het lastiger om ook daadwerkelijk data te krijgen. Wat resulteert in een gebrek aan inzicht in kwaliteit.

“Wij hebben in de afgelopen jaren heel vaak pogingen gedaan om monitors op te zetten om dan te kijken: hoe vaak worden onze interventies uitgevoerd en wat is het bereik? Daar hebben we vaak pogingen toe gedaan, maar dat is heel ingewikkeld, omdat [professionals] dat ervaren als een administratielast als ze dat allemaal moeten gaan bijhouden. Nu met de landelijke ontwikkelingen biedt het wel weer nieuwe kansen, omdat het RIVM dat gaat doen. Het RIVM heeft [voor de verzekerde zorg interventies] de taak gekregen om ook op landelijke schaal te gaan monitoren en ook gemeenten moeten daar een rol in gaan spelen, dat zij gaan monitoren wat er wordt gedaan aan [interventiethema]. Dat biedt wel nieuwe kansen, maar daarin zit nog de uitdaging: wat ga je dan monitoren en wat ga je dan meten en hoe meet je dat dan in die kwaliteit, zonder dat het nog weer een gigantische administratielast wordt, want dat hebben [professionals] al zoveel.” (R030)

Het hebben van een opschaalplan en –doelen

Een aantal interventie-eigenaren geeft aan gericht bezig te zijn met opschalen en het vergroten van het bereik van de interventie, door gerichte doelen te stellen. Sommige interventie-eigenaren zijn minder gericht op het bereik van de interventie, maar hebben voor zichzelf wel een bepaalde ambitie bedacht of maken plannen om bepaalde strategieën meer in te zetten en uit te voeren. Uit de vragenlijst bleek dat 62% van de interventie-eigenaren het hebben van een plan voor opschalen vond bijdragen aan het succesvol opschalen van de interventie (zie figuur 9).

“We hebben een tienjarenplan, maar daar staat volgens mij niet expliciet in dat je zoveel procent moet bereiken. We zitten op dit moment op 25 procent. Dat is eigenlijk gigantisch, maar het is niet zo dat het

volgend jaar 27 procent moet zijn. De doelen zijn meer op een niveau van: "Oké, we willen op een aantal plekken dat ook gecommuniceerd hebben, we willen dat de website up to date blijft en we willen kijken of er een keer een artikel kan komen om de mensen te informeren door op een congres te presenteren. Dus de doelen zijn meer op de strategieën die we willen inzetten." (R003)

"We hebben wel een doel ja. We hebben een plan. We zijn aan het investeren in de organisatie, in het plan. We hebben het doel om over vijf jaar 500.000 deelnemers te hebben." (R026/R027)

4. Monitoring en evaluatie

Interventie-eigenaren gaven in de interviews aan dat zij het belangrijk vinden om (effect)onderzoek uit te voeren, waarmee de wetenschappelijke onderbouwing van de effectiviteit van de interventie kan worden aangetoond en vastgelegd. Deze kennis draagt bij aan de verdere implementatie en doorontwikkeling van de interventie, maar is ook essentieel wanneer interventie-eigenaren een erkenningstraject willen doorlopen. Daarnaast helpt bewijs van effectiviteit en een wetenschappelijke onderbouwing interventie-eigenaren om steun van stakeholders te verkrijgen. Ook in de vragenlijst is terug te zien dat volgens een groot deel van de interventie-eigenaren (67%) het opzetten en gebruiken van een monitoring/evaluatiesysteem heeft bijgedragen aan het opschalen van de interventie (zie figuur 9).

"En blijven meten bij iedere deelnemer. Dat is wat we doen, zodat je kunt zien of er inderdaad nog vooruitgang wordt geboekt." (R020)

"Een belangrijk onderdeel is toch ook het doen van onderzoek, het goed in beeld hebben wat de effecten zijn, maar ook wat niet werkt. Op basis daarvan een ontwikkeling doormaken die ertoe leidt dat je steeds verder verfijnt en inslijpt." (R013)

"We hebben ook geïnvesteerd in een wetenschappelijk model voor [interventie]. Dat moeten we sowieso voor onszelf hebben, maar dat hebben we ook vertaald voor onze uitvoerders. Wat is de onderbouwing? Waarom werkt het? Welke elementen zorgen dat het werkt? Dat is toch wel echt een wetenschappelijke onderbouwing van het programma, waarom het doet wat het moet doen. Dat vinden wij belangrijk." (R010)

Naast effectonderzoek, wordt er ook procesonderzoek uitgevoerd, wat meer gericht is op het verbeteren van implementatie en organisatorische processen. Hiermee kan bijvoorbeeld geïdentificeerd worden welke aspecten van de interventie essentieel zijn en welke aanpassingen eventueel nodig zijn bij implementatie in een andere context of doelgroep of kan deze kennis gebruikt worden om implementatie en opschaalplannen te optimaliseren. In de vragenlijst geeft 75% aan dat het gebruiken van monitorings- en evaluatie informatie om interventie- en implementatieprocessen te verbeteren heeft bijgedragen aan het opschalen van de interventie. Middels procesevaluatie weten interventie-eigenaren welke kernelementen van de interventie behouden moeten blijven tijdens opschalen, maar ook welke aanpassingen mogelijk zijn om te voldoen aan lokale behoeften en omstandigheden.

"We hebben net een procesevaluatie gedaan op het hele basispakket, waarbij we ook gekeken hebben wat de implementatiegraad is van verschillende interventies. Daar halen we dan uit dat we op bepaalde interventies extra in moeten zetten om die beter geïmplementeerd te krijgen. Daarnaast hebben we ook gekeken naar waar zitten dan nog hiaten in het pakket en waar zitten mogelijk nog dingen die ontwikkeld moeten worden?" (R022)

Sommige interventie-eigenaren zijn vanuit een functie als wetenschappelijk onderzoeker begonnen met het ontwikkelen en implementeren van een interventie, en/of werken gedeeltelijk voor een universiteit. Andere interventie-eigenaren (vanuit praktijkorganisaties) zoeken voor het uitvoeren van onderzoek de samenwerking met universiteiten of onderzoeksinstellingen/bureaus. Interventie-eigenaren gaven aan dat de betrokkenheid van dit soort instituten de betrouwbaarheid van de interventie en het onderzoek naar het bewijs van de

effectiviteit kan verhogen. Daarnaast worden er soms ook studenten ingezet om onderzoek uit te voeren, wat voor interventie-eigenaren een goede uitkomst is in het geval er (tijdelijk) weinig/geen financiering is.

“Daar [met de Universiteit] werkten we al langer mee samen met allerlei effectonderzoeken. Voor de erkenning moet je evidence-based zijn. Zij hebben heel veel effectonderzoeken voor ons gedaan - samen met ons, eigenlijk, met verschillende promovendi en master studenten.” (R017)

“Dus die monitoring is belangrijk, zodat je wel inzicht krijgt van: gaat het goed, of gaan het wat minder, of waar moeten we op inzetten en dat krijg je dan terug. Dat doen we wel met [een onderzoeksinstituut] samen, jaarlijks, waardoor je dan ook een rapportage krijgt.” (R009)

Context/preventiestructuur in Nederland

Eerder benoemde determinanten en strategieën werden door interventie-eigenaren aangedragen, maar werden ook door geïnterviewde stakeholders herkend als zijnde belangrijk voor het succesvol opschalen van gezondheidsinterventies. Naast de gerichte resultaten van de onderzoeksvragen, kwamen er ook nog aan aantal zaken naar voren tijdens de interviews met de zeven andere stakeholders die wij van belang achten om toch in de resultatensectie te vermelden.

Structurele preventiestructuur nodig in Nederland

Stakeholders geven aan dat het belangrijk is dat er in Nederland een goede preventie-infrastructuur komt, waarbij gezondheidsbevordering op een integrale en duurzame manier wordt aangepakt, en bovendien domein overstijgend. Er is nu nog sprake van versnippering, dus er wordt veel vanuit losse interventies gedacht en minder vanuit preventie als integrale aanpak, waar interventies een plek in hebben. Dus meer een kennisinfrastructuur waarbij verschillende partijen in bv een regio samenwerken op het gebied van preventie. Structureel capaciteit, op alle lagen, dus zowel lokaal, regionaal als nationaal, inzetten op het organiseren van gezondheidsbevordering is daarvoor een vereiste.

Lokale en nationale coördinatie en afstemming is hierbij van belang. Hiermee wordt bijvoorbeeld bedoeld dat er bij GGD'en, kennisinstellingen en andere partijen betrokken bij gezondheidsbevordering een rol ligt voor professionals die weten hoe complexe gezondheidsvraagstukken opgelost kunnen worden, goed domein overstijgend kunnen samenwerken en weten welke interventies er ingezet kunnen worden.

Shift van individuele en lokale interventie-ontwikkeling naar landelijke infrastructuur

Een aantal stakeholders (met name kennisinstituten) geeft aan dat opschaling bevorderd zou kunnen worden door minder uit te gaan van het lokaal ontwikkelen van een interventie, maar meer door vanuit landelijke sturing en landelijke voorbeelden een eenheid te vormen. En hierbij goed te kijken wat er al beschikbaar is aan interventies. Dit was in het verleden zo georganiseerd, maar nu niet meer. Een voorbeeld is dat een kennisinstelling een aantal interventies 'beheert' en zo centraal eigenaarschap najaagt. Men geeft aan dat dit toch wel een goede infrastructuur was.

Het groots uitrollen en opschalen van iedere interventie over het hele land is daarbij niet per definitie het doel, maar juist het kiezen van een interventie op basis van de lokale situatie en behoefte. Hierbij is het van belang om kennis te hebben over welke elementen van een interventie werkzaam en cruciaal zijn, maar moet er lokaal/regionaal gekeken waar er precies behoefte aan is en hoe de organisatorische randvoorwaarden geregeld kunnen worden.

“Een ervaring die wij zelf hebben is dat je ook kunt zeggen: “We beginnen met een heel goed samenwerkingsverband en we bepalen wat de hiaten zijn.” Dan komt de opschaling bijna vanzelf. Als je met een hele groep instituten gaat bepalen wat de hiaten zijn en wat er ontwikkeld moet worden.” (R023)

Aanbevelingen

Bijlage 4 schetst de kennisinfrastructuur Publieke Gezondheid. Gegeven deze structuur worden de volgende aanbevelingen gedaan voor praktijk/beleid en onderzoek.

Praktijk/beleid

Deze kennissynthese geeft inzicht in de huidige context waarbinnen preventieve interventies op dit moment in Nederland opgeschaald worden.

Er is nog weinig inzicht in opschaalprocessen, omdat deze niet vaak onderwerp van evaluatie zijn. Daarnaast wordt geacht dat men dit 'gewoon' doet. Deze kennissynthese laat zien dat er weldegelijk veel ervaring is met opschalen in Nederland en dat opschalen hard werken is. Voor de praktijk (interventie-eigenaren, implementatiedeskundigen, maar ook subsidieverstrekkers) is het daarom relevant om al in een vroeg stadium na te denken over interventie-eigenaarschap, welke partners betrokken dienen te worden, welke determinanten van belang zijn, welke opschaalstrategieën nodig zijn, en hoe deze ook financieel ingebed kunnen worden binnen de bestaande financieringscontext.

Het ontbreekt *interventie-eigenaren* aan de capaciteit die nodig is om op te kunnen schalen. Het eigenaarschap past vaak niet binnen hun taak/functieomschrijving. Het is niet het doel van hun organisatie. Het resultaat is dat men het vaak 'erbij' doet. Interventie-eigenaren hebben dus baat bij financiële ondersteuning, maar ook inbedding van deze taken binnen beleid in hun organisatie, maar ook regionaal of landelijk. Dit is voorwaarde om kwaliteit van opschaling en van implementatie te borgen.

Interventie-eigenaarschap is geen formele en erkende functie. Vaak staat of valt dit met een aanhoudende inzet van de ontwikkelaar of uitvoerders. Hierin kan de regionale en lokale kennisinfrastructuur een rol spelen, waarbij ook een keuze gemaakt kan worden welke interventies opgeschaald kunnen worden en wie hier verantwoordelijk voor is. De huidige preventie infrastructuur biedt hier nog onvoldoende support en draagvlak voor en zou hier explicieter in moeten zijn: Bij wie ligt eigenaarschap en hoe kan dat ingebed worden..

Er ligt (nu) een grote rol/taak bij de interventie-eigenaar voor succesvol opschalen. Deze kennissynthese doet de vraag rijzen of dit wel bij de oorspronkelijke interventie-eigenaar moet blijven liggen. Er is nog niet bekend wat hiervoor een geschikte aanpak is. Uit deze synthese komt wel naar voren dat er geen gouden formule is voor het inrichten van eigenaarschap, en dat er meerder varianten mogelijk zijn en dat dit ook samenhangt met de karakteristieken van de interventie-eigenaar (bijv. onderzoekers, praktijkorganisatie, koepelorganisatie). Echter is een aanhoudende aanjagersrol de gemeenschappelijke deler tussen alle interventies onderzocht in deze synthese.

Deze synthese beschrijft vooral de huidige situatie, maar geeft ook de spanning met de huidige preventie structuur weer. Er zou dus verder verkend kunnen worden waar dit eigenaarschap zou moeten liggen en hoe dit structureel goed ingebed kan worden. Er ligt een kans om kennisinstituten een ondersteunende rol te laten hebben voor interventie-eigenaren door kennis over implementeren/opschalen te delen en handvatten te bieden voor wat er nodig is voor borging via verschillende kanalen.

Nationaal en lokaal beleid moet inzetten op het gebruik van effectieve/erkende interventies, zoals bij de Gezonde school aanpak waarin scholen gestimuleerd worden tot een integrale aanpak en inzet van erkende interventies door het ondersteuningsprogramma waarin er budget beschikbaar is voor o.a. inzet van erkende interventies, dus ook tijd en geld voor de interventie-eigenaar. Ook in de IZA² en GALA³ akkoorden wordt ingezet op ondersteuning bij implementatie van de ketenaanpakken waar erkende interventies een rol spelen. Dit kan als voorbeeld dienen en door goed te evalueren ook vertaald worden naar andere sectoren.

² [Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg' | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

³ [GALA -Gezond en Actief Leven Akkoord | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

Er ligt een lokale aanjagersrol bij de GGD. De GGD kan een rol hebben in het ontwikkelen (bijdrage te leveren aan) van regionale en lokale preventie infrastructuur, zoals dat wordt gestimuleerd binnen het ZonMw programma Versterking Kennisinfrastuctuur voor Gezondheidsbevordering en Preventie. In dit programma werken GGD-en aan de versterking van de regionale infrastructuur voor preventie en testen dat concreet aan de hand van een van de vier (erkende) interventies (valpreventie, GLI, Kind op Gezond Gewicht en Welzijn op Recept). Dit principe zou ook breder ingezet kunnen worden voor andere interventies. Voorwaarde hiervoor is dat interventies beter aansluiten op de lokale context. Want gemeenten willen ook graag lokale initiatieven inzetten, die naar hun mening goed passen binnen de lokale context. Hoe kunnen we dat beter op elkaar laten aansluiten is hierbij dus nog een vraagstuk. Daarnaast is opname van erkende interventies in landelijke programma's die actief gemeenten ondersteunen hierbij van belang.

Financiering blijkt een belangrijk factor van invloed op succesvolle opschaling. En opname in zorgverzekering is voor het merendeel niet weggelegd omdat het binnen het gemeentelijk domein aangeboden wordt. Hierbij is het van belang dat er dus niet alleen financiering voor steeds nieuwe initiatieven is, maar ook juist budget voor doorontwikkeling, blijvende evaluatie en dekken van overhead kosten. Daarnaast is er onder interventie-eigenaren behoefte aan kennis over hoe men een financieel plan kan maken voor het opschalen van een interventie. Het vraagstuk blijft staan wie er verantwoordelijkheid moet nemen voor deze kosten.

Onderzoek

Opschaling is nog maar beperkt onderwerp van evaluatie en er zijn weinig subsidies, die onderzoek hiernaar faciliteren. Deze synthese laat zien dat opschaling vaak een langdurig proces is, waarbij men ook de tijd nodig heeft om uit te vinden wat wel en niet werkt. Dit vraagt dus om *onderzoeksubsidies met een lange duurloop* (5-10 jaar).

Daarnaast is er behoefte om *opschaling ook structureel te monitoren*, echter zijn daar geen handvaten/meetinstrumenten voor en wordt dit niet uniform gedaan, wat evaluatie over verschillende opschaalprojecten hindert. Door te investeren in een infrastructuur om opschaalprocessen te monitoren kan er dus meer generaliseerbare kennis opgedaan worden op het opschalen van preventieve interventies, om zo praktijk en beleid te voeden.

In aanvulling hierop is er nog weinig bekend over de *effectiviteit van opschaalstrategieën*. Het internationale expertpanel deelde voorbeelden van evaluaties waarbij er gerandomiseerd wordt op opschaalstrategie, waardoor de effectiviteit echt getoetst kan worden. Dit is ook wenselijk voor de Nederlandse context. Echter brengt dit wel het probleem van *beperkte capaciteit voor onderzoekers* gericht op opschaling aan het licht. De kennisagenda implementatie liet dit hiaat ook al duidelijk zien.

Flexibiliteit van de interventie-eigenaar, maar ook de flexibiliteit van interventies (mate waarin aanpassingen mogelijk zijn) kwamen als belangrijke factoren naar voren in deze kennissynthese. Echter is er nog weinig bekend over de *werkzame onderdelen (werkzame elementen)* van interventies en het opschaalproces, en hoe deze vertaald kunnen worden naar een andere context, wat in een opschalingsproces altijd nodig is. Hier is meer onderzoek naar nodig. Daarnaast biedt dat ook meteen handvatten voor monitoring van de kwaliteit en biedt dit handvatten voor organisaties zoals het RIVM en Kenniscentrum Sport & Bewegen die hier veel vragen over krijgen.

De keuze voor een pijl in figuur 4 doet vermoeden dat opschalen een lineair proces is. Echter is dat zeker niet het geval. Daarnaast laat deze verkenning zien dat er verschillende factoren bijdragen aan succesvolle opschaling, maar dat meer inzicht in het *'tipping point'* nodig is. Ook inzicht in 'gefaalde' opschaaltrajecten kan bijdragen aan inzicht hierin.

Deze kennissynthese laat veel strategieën zien die ingezet worden vanuit de interventie-eigenaar, maar er mist kennis over *wie/wat voor professional/organisatie dat dan moet doen*. Deze analyse laat zien dat dit vaak een natuurlijk proces is en 'getolereerd' wordt binnen de organisatie. Dit brengt de vraag naar voren: Wat als er wel een soort preventie infrastructuur is, werkt dit dan wel? Daarom is het belangrijk om dat de komende jaren te gaan volgen met de ontwikkelingen vanuit IZA en GALA/SPUK.

Conclusies

Opschalen is geen kwestie van geluk. Het actief blijvend inzetten van de aanjager, vaak de interventie-eigenaar en opschaalteam is hierbij cruciaal. Zij zetten verschillende opschaalstrategieën in om hun interventies op te schalen. Deze zijn wezenlijk anders dan implementatiestrategieën en nog maar beperkt beschreven in de literatuur. Er is niet zoiets als één succesvolle opschaalstrategie en/of route die werkt in alle contexten.

De definitie van opschalen volgens de literatuur is 'ingebod zijn in beleid, en onderdeel van routine'. Dit is nog maar beperkt het geval bij de onderzochte interventies. Dus volgens de gehanteerde definitie zijn velen nog niet opgeschaald en vragen dus continue om inzet en aanjagen.

Diverse routes worden bewandeld in het opschaalproces met een aanjagende rol voor vaak de interventie-eigenaar, maar bij allen was voldoende tijd, financiën, juiste moment en meerwaarde van belang. Dit lijkt daardoor een cocktail voor opschaacluses. Echter binnen de huidige preventie-infrastructuur staat of valt het opschalen van interventies nu dus vaak bij een aanhoudende aanjager die in eigen tijd hierin investeert, wat onwenselijk is en duurzame borging kwetsbaar maakt.

Reflectie op methoden

Kracht van deze kennissynthese is de grote bereidheid van interventie-eigenaren en stakeholders om te participeren in de interviews en het vragenlijstonderzoek. Hiervoor hebben we ervaringen van veel diverse interventies, zowel in doelgroep, setting, mate van opschaling en organisatie, kunnen meenemen in deze synthese. Daarnaast hebben we primair eerst zelf een selectie gemaakt voor interventie-eigenaren die we benaderd hebben voor een interview. Echter bestaat er wel de mogelijkheid dat de meer gemotiveerde interventie-eigenaren geparticipeerd hebben, wat mogelijk tot een vertekening van de resultaten heeft geleid. Door de nauwe betrokkenheid en reflectie van de werkgroepleden hebben we dit tot een minimum proberen te beperken.

De vraagstelling van dit onderzoek was 'welke determinanten, opschaalroutes en opschaalstrategieën hebben geleid tot het succesvol opschalen van preventieve interventies in Nederland?'. Door deze vraagstelling is er vooral gekeken naar de succesverhalen en niet naar de verhalen en ervaringen van interventies die niet opgeschaald zijn. Onderzoek onder dat soort interventies brengt mogelijk andere barrières en factoren aan het licht die in deze kennissynthese niet opgehaald zijn.

Een andere kracht van het onderzoek is de mixed methods aanpak. Oorspronkelijk was het plan om eerst een vragenlijst uit te zetten en vervolgens interviews te houden. Doordat we deze werkwijze omgedraaid hebben zijn we in de mogelijkheid geweest om een betere focus aan te brengen in de dataverzameling middels de vragenlijst. Juist de aanvullende verhalen opgehaald via de interviews zijn een kracht om de cijfers tot leven te brengen en nader toe te lichten.

Het ophalen van cijfers middels een vragenlijst brengt ook mogelijke beperkingen met zich mee. Aangezien er geen gevalideerde vragenlijst bestond voor het uitvragen van determinanten, strategieën en opschaalroutes hebben we deze zelf ontwikkeld. Kracht hiervan is dat we deze hebben gebaseerd op de theoretische concepten zoals beschreven in het WHO Expandnet Framework en we deze getest hebben alvorens breed uit te zetten. Echter kan het zijn dat dit mogelijk voor een vertekening van de resultaten heeft gezorgd, bv door met een 'oneens' te antwoorden bij een strategie als men deze niet uitgevoerd heeft, terwijl de vraagstelling zich richtte op het feit of deze bijgedragen had aan succesvol opschalen. Door juist ook interview data te analyseren (mixed methods) hebben we dit tot een minimum proberen te beperken.

De kennissynthese richt zich op het succesvol opschalen van preventieve interventies in Nederland. De keuze voor preventieve interventies was grotendeels pragmatisch: 1) de korte doorlooptijd van 6 maanden, dus een focus was nodig, 2) de werkgroepleden waren allen werkzaam in dit gebied, en 3) de database met interventies bood een mooie ingang om interventie-eigenaren te benaderen voor deelname aan de studie, 4) opschaling van preventieve interventies is ingewikkeld en er zijn minder structuren waarin interventies kunnen landen zoals richtlijnen en zorgstandaarden en beroepsverenigingen. Dit heeft wel invloed op de generaliseerbaarheid van de resultaten en deze dienen dan ook verder verkend te worden voor andere contexten.

Het betrekken van een internationaal expertpanel is een laatste kracht van deze synthese die we willen benoemen. Door de onderzoeksmethoden en resultaten op verschillende momenten met hen te delen hebben we ervoor gezorgd dat deze ook aansluit bij de reeds bestaande internationale kennis over opschalen. Waarbij het wel van belang is om te benoemen dat de Nederlandse preventieve context erg verschilt van die in Australië, dus dat er wel een vertaalslag nodig was.

Dankwoord

Onze dank gaat uit naar de geïnterviewden en interventie-eigenaren en de zeer betrokken inzet en bijdrage van het expertpanel.

Referenties

1. Greenhalgh T, Papoutsi C. Spreading and scaling up innovation and improvement. *Bmj*. 2019;365.
2. Organization WH. Nine steps for developing a scaling-up strategy: World Health Organization; 2010.
3. Milat A, Lee K, Conte K, Grunseit A, Wolfenden L, Van Nassau F, et al. Intervention Scalability Assessment Tool: A decision support tool for health policy makers and implementers. *Health research policy and systems*. 2020;18:1-17.
4. Koorts H, Eakin E, Estabrooks P, Timperio A, Salmon J, Bauman A. Implementation and scale up of population physical activity interventions for clinical and community settings: the PRACTIS guide. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2018;15(1):1-11.
5. Lee K, Crane M, Grunseit A, O'Hara B, Milat A, Wolfenden L, et al. Development and Application of the Scale-Up Reflection Guide (SRG). *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(11):6014.
6. Organization WH. Practical guidance for scaling up health service innovations: World Health Organization; 2009.
7. Indig D, Lee K, Grunseit A, Milat A, Bauman A. Pathways for scaling up public health interventions. *BMC public health*. 2018;18(1):1-11.
8. Barker PM, Reid A, Schall MW. A framework for scaling up health interventions: lessons from large-scale improvement initiatives in Africa. *Implementation Science*. 2015;11(1):1-11.
9. Schloemer T, Schröder-Bäck P. Criteria for evaluating transferability of health interventions: a systematic review and thematic synthesis. *Implementation Science*. 2018;13:1-17.

Bijlagen

Bijlage 1 – Interviewguide.

VRAAGROUTE – OPSCHALEN VAN INTERVENTIES

Context respondent

- Kunt u wat vertellen over uw achtergrond? (functie/betrokkenheid bij interventie)

Context van opschalen

- In dit interview hebben we het over het opschalen van interventies. Wanneer is volgens u een interventie succesvol opgeschaald?
- Hoe is ooit de interventie gestart? En wat is er daarna gebeurd?
(manier van opschalen, hoe/wat is er precies opgeschaald)

Besluitvorming (redenen voor opschalen, “push buttons”)

- Kunt u iets vertellen over wat de aanleiding was voor het opschalen van de interventie?
- Waren er factoren die een “boost” gaven om de interventie op te schalen?
- Waren er ook factoren die het opschalen van de interventie juist belemmerden?

Financiering

- Kunt u iets vertellen over hoe de financiering voor het opschalen van de interventie tot stand gekomen?
- Wat was er voor nodig om deze financiering te realiseren?
- Welke betrokkenen waren hierbij van belang? Veranderde dit in de loop van de tijd?
- Waren er factoren die het financieren van het opschalen belemmerden/bevorderden?
- Wat voor afspraken zijn er gemaakt over financiering in de toekomst?

Rol van interventie-eigenaar/andere betrokkenen

- Wat was uw rol precies in het opschalingsproces? Veranderde dit in de loop van de tijd?
- Welke betrokkenen waren verder belangrijk in het opschalingsproces? (waarom, wat was hun rol) Veranderde dit in de loop van de tijd?

Proces van opschalen (opschaalroutes)

- Was er vooraf een plan voor het opschalen van de interventie? Of is dit meer spontaan verlopen?
- In welk tijdsbestek heeft het opschalen plaatsgevonden?

Strategieën voor opschalen voering en aanpassing van de interventie

- Wat is er gedaan om het opschalen van de interventie te stimuleren/te bevorderen/succesvol te laten verlopen?
- Hoe is dat tot stand gekomen? / Wat was hiervoor nodig?
- Welke betrokkenen waren hierbij van belang en welke rol hadden zij? Veranderde dit in de loop van de tijd?
- Wat wordt er aan evaluatie/monitoring/borging gedaan?

Bevorderende en belemmerende factoren voor opschalen

- (Naast de factoren die u mogelijk al eerder heeft genoemd) Zijn er nog andere factoren die helpend of juist belemmerend waren wat betreft het opschalen?
- Op wat voor manier bevorderden/belemmerden deze factoren het opschalen?
- Hoe is er omgegaan met deze factoren?
- Wat is volgens u de grootste succesfactor (geweest) in het opschalen van de interventie?

Bijlage 2 – Codeboek

OPSCALEN VAN GEZONDHEIDSINTERVENTIES

CODEBOEKSTRUCTUUR

1. Definitie (succesvol) opschalen

- 1.1 Bereik
- 1.2 Impact/kwaliteit
- 1.4 Interventie ingebed/geborgd in structuur/beleid

2. Determinanten

- 2.1 Financiering
- 2.2 Meerwaarde
- 2.3 Juiste moment
- 2.4 Tijd voor opschalen
- 2.5 Inzet interventie-eigenaar

3. Opschaalstrategieën

- 3.1 Financiering zoeken
 - 3.1.1 Subsidies
 - 3.1.2 Licentie/certificeringstructuur
 - 3.1.3 Cofinanciering
 - 3.1.4 Vergoeding zorgverzekeraar
- 5.2 Onderzoek en erkenning
- 5.3 Samenwerken
- 3.4 Lobby
- 3.5 Netwerk benutten
- 3.6 PR/Communicatie (zichtbaarheid/bekendheid vergroten)
- 3.7 Organisatorische processen
 - 3.7.1 Doorontwikkeling van interventie
 - 3.7.2 Meebewegen met vraag/behoefte en maatwerk leveren
 - 3.7.3 Kwaliteitsborging
 - 3.7.4 Het opstellen van een opschaal plan en doelen
 - 3.7.5 Samenstelling interventie-eigenaarschap

4. Belemmerende factoren

- 4.1 Erkenningstraject (vertragend, bewijslast aantonen lastig)
- 4.2 Financiering
- 4.3 Marktwerving in de zorg
- 4.4 Kwaliteitsborging bij groei
- 4.5 Randvoorwaarden interventie
- 4.6 Wisseling van de wacht
- 4.7 Tijd/capaciteit investering interventie-eigenaar
- 4.8 Vraag naar vernieuwing/innovatie
- 4.9 Wisselende belangen
- 4.10 Scepticisme t.o.v. bedrijfsmatige/"commerciële" aanpak

5. Context/preventie-structuur in Nederland

- 5.1 Systeem vs. interventie-denken
- 5.2 Structurele preventiestructuur nodig

Bijlage 3 - Vragenlijst

Introductie

Fijn dat u onze vragenlijst wilt invullen. Deze vragenlijst gaat over uw ervaring met het opschalen van uw interventie.

Met opschalen bedoelen we o.a. het implementeren van de interventie op meerdere locaties. Ook het implementeren van de interventie onder meerdere doelgroepen en/of intermediaire gebruikers/uitvoerders beschouwen we als opschalen.

De antwoorden worden tussentijds opgeslagen. Na elk onderdeel in de vragenlijst is er ruimte om opmerkingen en suggesties te noteren.

Toestemming voor gegevensverwerking

Voordat u van start gaat, willen we u vragen toestemming te geven voor deelname aan deze studie.

1. Ik heb de Proefpersonen informatiebrief gelezen (zie link naar de informatiebrief in de uitnodigingsmail). Ook kon ik vragen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.
2. Ik weet dat meedoen vrijwillig is. Ook weet ik dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen of te stoppen met het onderzoek. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.
3. Ik geef toestemming voor het verzamelen en gebruiken van mijn gegevens op de manier en voor de doelen die in de informatiebrief staan. Ik geef toestemming om mijn gegevens nog 10 jaar na dit onderzoek te bewaren.
4. Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Door onderaan te klikken op 'Ik geef toestemming' gaat u akkoord met bovenstaande punten.

- **Ik ga akkoord**

Over uw interventie

1. **Wat is de naam van de interventie waar u deze vragenlijst voor invult?**

Open vraag

2. **A. Op wat voor niveau wordt de interventie geïmplementeerd?**

- Lokaal
- Regionaal
- Landelijk
- Anders, namelijk ...

B. Op hoeveel locaties is de interventie geïmplementeerd (het bereik van de interventie)? *Een schatting is voldoende. Indien u dit niet weet, schrijf dan 'weet ik niet'.*

Open vraag

3. **Is de interventie aangepast om te implementeren bij andere doelgroepen dan de doelgroep waar de interventie oorspronkelijk voor ontwikkeld was?**

- Ja
- Nee

4. **Wordt de interventie gebruikt door andere intermediaire gebruikers (uitvoerders/ implementeerders) dan de intermediaire gebruikers waar de interventie oorspronkelijk voor ontwikkeld was?**

(bijv. eerst door diëtisten uitgevoerd, en later ook door leefstijlcoaches of fysiotherapeuten)

- Ja
- Nee

> Heeft u opmerkingen of suggesties met betrekking tot dit onderdeel van de vragenlijst, dan kunt u deze hier noteren.

Ervaring met opschalen

5. Wat is uw rol met betrekking tot het opschalen van de interventie?

(meerdere antwoorden mogelijk)

Let op: dit gaat niet over uw rol bij de initiële ontwikkeling van de interventie. Uw rol m.b.t. opschalen kan anders zijn.

- Interventie-ontwikkelaar
- Interventie-uitvoerpartner
- Projectleider
- Onderzoeker
- Anders, namelijk ...

6. Welke betrokkenen hebben actief bijgedragen aan het opschalen van de interventie? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Interventie-eigenaar
- Projectleider
- GGD
- Gemeenten
- Onderzoekers
- Beleidsmakers
- Politiek
- Kennisinstituten/instellingen
- Zorgprofessionals
- Beroepsgroep/vereniging
- Verzekeraars
- Lobbyisten
- Anders, namelijk ...

7. Naar schatting, hoe lang heeft het geduurd om van de initiële ontwikkeling van de interventie tot het huidige stadium van opschaling te komen?

(... maanden/jaren)

> Heeft u opmerkingen of suggesties met betrekking tot dit onderdeel van de vragenlijst, dan kunt u deze hier noteren.

Factoren die opschalen bevorderen

8. In hoeverre hebben onderstaande omstandigheden/factoren een positieve invloed (gehad) op het opschalen van de interventie?

5 punt likert schaal: helemaal mee oneens, mee oneens, neutraal, mee eens, helemaal mee eens.

- Interventie sluit aan bij de behoefte/vraag van het werkveld op dat moment
- Interventie sluit aan bij de behoefte/vraag van de doelgroep op dat moment
- Interventie sluit aan bij beleidsspeerpunten op dat moment
- Bewijslast/erkenning van effectiviteit d.m.v. onderzoek
- Erkenning in de database van het RIVM
- Beschikbaarheid van financiering
- Politieke wil en draagvlak
- Visie vorming op bestuurlijk/strategisch niveau binnen eigen organisatie
- Duurzame samenwerking interventie-eigenaar/ontwikkelaars
- Aanhoudende inzet interventie-eigenaar/ontwikkelaars

> Heeft u opmerkingen of suggesties met betrekking tot dit onderdeel van de vragenlijst, dan kunt u deze hier noteren.

Opschaalstrategieën

9. In hoeverre hebben onderstaande strategieën bijgedragen aan het opschalen van de interventie?

5-punt likert schaal: helemaal mee oneens, mee oneens, neutraal, mee eens, helemaal mee eens.

➤ **Verspreiding**

- Lobby via formele kanalen, zoals door aansluiten bij relevante bijeenkomsten, overleggen, etc.
- Lobby via persoonlijke, informele kanalen, zoals via sleutelfiguren/ ambassadeurs
- Inzetten PR en communicatie
- Interventie koppelen aan (nationale) gezondheidsplannen/doelen
- Het vormen van samenwerkingsverbanden/coalities (bv. om te pleiten voor veranderingen in beleid die nodig zijn om op te kunnen schalen)

➤ **Organisatorische processen**

- Een opschalingsplan hebben met concrete doelen
- Flexibel omgaan en meebewegen met de vraag en behoefte van stakeholders (bv. doelgroep, uitvoerders of samenwerkingspartners)
- Doorontwikkelen van de interventie
- Bieden van een infrastructuur ter ondersteuning van implementatie (bijv. training, technische middelen en ondersteuning)
- Personeel en capaciteit beschikbaar maken voor training, implementatie en ondersteuning
- Het creëren van draagvlak op bestuurlijk niveau

➤ **Financiering**

- Het hebben van een kosten-baten plan (bv licentiestructuur)
- Het inzetten van een meer commercieel gedreven i.p.v. subsidie gedreven financieringsstructuur
- Het verwerven en inzetten van financiering voor doorontwikkeling van de interventie
- Het verwerven en inzetten van financiering om effectonderzoek uit te voeren
- Het verwerven en inzetten van financiering om organisatorische processen voor de interventie te stimuleren
- Het verlagen van (overhead)kosten door samen te werken met relevante initiatieven
- Het verlagen van (overhead)kosten door domein overstijgend te werken

➤ **Monitoring en evaluatie**

- Het opzetten en gebruiken van monitoring- en evaluatiesystemen
- Resultaten van monitoring en evaluatie gebruiken om interventie en implementatieprocessen bij te stellen

10. Zijn er nog andere factoren of strategieën die belangrijk zijn (geweest) voor het opschalen van de interventie?

Open vraag

> Heeft u nog aanvullende opmerkingen of suggesties?

Indien u alle vragen heeft beantwoord, kunt u rechtsonder op deze pagina op de knop "Antwoorden versturen" klikken. Daarna kunt u niet meer terugkeren naar de vragenlijst en zijn uw antwoorden verstuurd.

Bedankt voor uw deelname aan deze vragenlijst!

Bijlage 4 - Kennisinstructuur Publieke Gezondheid

VWS (directie Publieke Gezondheid) is verantwoordelijk voor de zorg voor publieke gezondheid in Nederland. Het beleid en uitvoering van dat beleid richt zich o.a. op het bevorderen van de algehele gezondheidstoestand, het voorkomen van ziekten (preventie) en medische ethiek. VWS (directie PG) agendeert en faciliteert dit thema daarom bij andere overheden, maatschappelijke sectoren en het bedrijfsleven.

Landelijke kennisinstructuur

In de wet is vastgelegd dat VWS verantwoordelijk is voor de instandhouding en versterking van landelijke ondersteuningsinstructuur. Daarin spelen verschillende organisaties een rol, zoals het RIVM en ZonMw die uitvoeringstaken invullend van de ministeries. Daarnaast zijn er andere landelijke organisaties die in opdracht van VWS werken aan publieke gezondheid. Hieronder staat een globale omschrijving van wat de verschillende organisaties doen.

1. RIVM als generiek landelijk kennisinstituut met als taken:

- Verrijken en ontsluiten van kennis en data;
- Ondersteunen van beleidsadviseurs en professionals op nationaal, regionaal en lokaal niveau bij het gebruik van data en toepassen van kennis, tools en interventies door het bieden van handelingsperspectieven;
- Monitoring en evaluatie waaronder het ook gaat over het weten wat er lokaal en regionaal speelt;
- Toekomstverkenningen.

2. ZonMw als onderzoeksinstituut:

- Financiert onderzoek en vernieuwing in gezondheid, zorg en welzijn;
- Stimuleert het gebruik van kennis dat via onderzoek beschikbaar komt in beleid en praktijk;
- Signaleert als onderzoeksinstituut de lacunes in kennis.

3. Landelijke kennis- en thema instituten en programma's

Hier gaat het onder andere over de landelijke thema-instituten verenigt in het LOT-i. Dit zijn Trimbos-instituut, Voedingscentrum, Pharos, VeiligheidNL, Kenniscentrum Sport & Bewegen, SOA AiDS Nederland en Rutgers. Andere belangrijke kennisinstituten zijn o.a. Movisie, Vilans, NCJ, AiG en JOGG. Deze instituten zijn verantwoordelijk voor:

- het ontsluiten van kennis en het bieden van handelingsperspectieven specifiek op inhoudelijke thema's voor gemeenten en professionals werkzaam in zorg en welzijn;
- ondersteunen van gemeenten en professionals bij de toepassing van deze kennis.

4. GGD GHOR, VNG en VSG als landelijke belangenorganisaties van respectievelijk de regionale GGD'en, de gemeenten (zorg en welzijn) en gemeenten (sport). Zij hebben een regie- en makelaarsfunctie om de samenwerking landelijk-lokaal te ondersteunen.

Regionale ondersteuningsinstructuur

Vanuit o.a. de akkoorden Integraal Zorgakkoord (IZA)⁴, Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA)⁵ zet VWS in op een versterking van de regionale instructuur. Doel van deze versterking is een efficiënter gebruik van landelijke kennis, inv regionale vraagstukken en vice versa. Een ander doel is dat er regionale afspraken worden gemaakt over het aanbod van preventie, zorg en welzijn met gemeenten en zorgverzekeraars en aanbieders van preventie, zorg en welzijn. De inzet wordt het realiseren van regionale kennisplatforma.

Onderdeel van deze regionale kennisplatforma zijn in ieder geval:

- Regionale GGD-en en ROS
- Gemeenten
- Vertegenwoordiging van landelijke kennis & ondersteuningspartijen
- Regionale kennispartijen zoals AWP, lectoraten, kenniswerkplaatsen

⁴ [Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg' | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

⁵ [GALA -Gezond en Actief Leven Akkoord | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

Lokale structuur

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het beleid en uitvoering van lokaal beleid op het gebied gezondheid, welzijn en sport. Gemeenten worden ondersteund met kennis, data en handelingsperspectieven door de GGD-en en werken met de regionale kennispartijen zoals AWP, GGD en lokale organisaties, aan de toepassing van kennis in lokale vraagstukken en verrijken landelijke kennis met praktijk kennis.