



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Towards the effective introduction of physical activity interventions in primary health care

Huijg, J.M.

Citation

Huijg, J. M. (2014, October 8). *Towards the effective introduction of physical activity interventions in primary health care*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/29082>

Version: Corrected Publisher's Version

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/29082>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Cover Page



Universiteit Leiden



The handle <http://hdl.handle.net/1887/29082> holds various files of this Leiden University dissertation.

Author: Huijg, Johanna Maria

Title: Towards the effective introduction of physical activity interventions in primary health care

Issue Date: 2014-10-08

Nederlandse Samenvatting



Lichamelijke activiteit

Regelmatige lichamelijke activiteit heeft een gunstig effect op de mentale en fysieke gezondheid. Het bevordert de kwaliteit van leven [206] en vermindert het risico op de ontwikkeling van chronische ziekten, zoals diabetes, hart- en vaatziekten, hypertensie, osteoporose, verschillende vormen van kanker en depressie [207,208,244,245]. Ondanks de positieve effecten van lichamelijke activiteit, voldoen veel mensen niet aan de internationale beweegnorm van ten minste 30 minuten matige tot intensieve lichamelijke activiteit per dag [246–249]. In Nederland beweegt 40% van de algemene bevolking [210–212] en 50% van de mensen met een chronische aandoening onvoldoende [212].

Bewegingsstimulering in de eerstelijnszorg

In de laatste decennia is een groot aantal interventies ontwikkeld om lichamelijke activiteit te bevorderen [250,251]. Een belangrijke setting waarin deze interventies worden aangeboden is de eerstelijnszorg [60]. Voorbeelden van dit soort interventies in Nederland zijn de BeweegKuur, Bewegen Op Recept, Samen Sportief Afvallen en SLIMMER. De eerstelijnszorg is erg geschikt om de algemene bevolking te stimuleren om meer te gaan bewegen [60,116,213,252], omdat de meerderheid van de algemene bevolking ten minste één keer per jaar een eerstelijnszorgprofessional bezoekt [213] en positief is over het ontvangen van beweegadvies van deze professionals [253–255]. Daarbij vinden eerstelijnszorgprofessionals, zoals huisartsen, praktijkverpleegkundigen en fysiotherapeuten, bewegingsstimulering belangrijk en een onderdeel van hun werk [55,65,116,215].

Onderzoek heeft uitgewezen dat eerstelijnszorgbeweeginterventies, zoals het geven van beweegadvies, het voorschrijven van beweging en het trainen van patiënten in beweegprogramma's, effectief zijn in het bevorderen van beweging [60–63]. Derhalve wordt eerstelijnszorgprofessionals aanbevolen deze interventies aan hun patiënten aan te bieden [231,244,256]; zowel aan patiënten met (een verhoogd risico op) chronische ziekten [230] als aan gezonde patiënten die niet voldoen aan de beweegnorm [230,231].

De introductie van beweeginterventies in de eerstelijnszorg

Ondanks deze aanbevelingen en de veelbelovende bevindingen over de effectiviteit van eerstelijnszorgbeweeginterventies verloopt de introductie van deze interventies in de praktijk niet optimaal. Eerstelijnszorgprofessionals stimuleren hun patiënten onvoldoende om meer te gaan bewegen [50–52] en beweeginterventies worden niet uitgevoerd zoals bedoeld door interventieontwikkelaars [1,9,53–57]. Uit hun systematisch literatuur review concludeerden VanWormer et al. [52] dat 30–50% van de Amerikaanse huisartsen hun patiënten regelmatig over beweging adviseert. In de uitvoering van beweeginterventies lukt het eerstelijnszorgprofessionals niet goed om de motivatie van hun patiënten met betrekking gedragsverandering in te schatten [53], behandeldoelen omtrent bewegen op te stellen [56], beweeginterventies aan te passen aan doelen en de fase van gedragsverandering van de patiënt en vervolgfafspraken aan te bieden [55]. Deze kloof tussen onderzoek en praktijk vermindert de impact van eerstelijnszorgbeweeginterventies op de publieke gezondheid [1,10–16]. Met andere woorden, wanneer beweeginterventies niet (goed) worden uitgevoerd in de praktijk, dan zullen ze er niet optimaal voor zorgen dat mensen meer gaan bewegen.

Het introductieproces

De afstand tussen onze kennis over beweeginterventies vanuit het onderzoek en de uitvoering van deze interventies in de praktijk van de eerstelijnszorg kan deels worden verklaard door de complexiteit van de introductie van innovaties (waar beweeginterventies een voorbeeld van zijn) in de gezondheidszorg [5,15,17–22]. Verschillende theoretische raamwerken beschrijven dit proces van introductie (voor een overzicht van raamwerken zie Damschroder et al. [8], Tabak et al. [23], en Grol et al. [22]). Een aantal van deze raamwerken indiceert dat het introductieproces uit verschillende fasen bestaat en dat het proces wordt beïnvloed door een verscheidenheid aan factoren (e.g., [17,24–29]).

Met als doel verschillende prominente theorieën en modellen over de introductie van innovaties in de gezondheidszorg te integreren, hebben Fleuren et al. [17] een raamwerk ontwikkeld waarin de belangrijkste fasen van het introductieproces en gerelateerde categorieën van beïnvloedende factoren zijn opgenomen. Volgens dit raamwerk moeten gezondheidszorgorganisaties en professionals zich eerst bewust worden van een innovatie (de disseminatiefase), waarna ze de beslissing kunnen nemen om met de innovatie te werken (de adoptiefase). Vervolgens voeren ze de innovatie uit, al dan niet zoals bedoeld (de implementatiefase), en kunnen ze dit voor een langere periode doen, waarin werken met de innovatie routine kan worden (de continueringsfase). De verschillende categorieën van factoren die van invloed zijn op het gehele introductieproces worden door het raamwerk samengevat als gerelateerd aan kenmerken van de 1. innovatie, 2. sociaal-politieke context, 3. organisatie, 4. adopterende professional en 5. innovatie strategie.

Het gedrag van gezondheidszorgprofessionals

Het gedrag van gezondheidszorgprofessionals en de factoren die hierop van invloed zijn spelen een belangrijke rol in de effectieve introductie van innovaties in de gezondheidszorg. Immers, gezondheidszorgprofessionals zijn degenen die innovaties moeten adopteren, uitvoeren zoals bedoeld en volhouden voor langere tijd. Het veranderen van het gedrag van gezondheidszorgprofessionals is daarom essentieel voor de verbetering van het introductieproces. Om het gedrag van gezondheidszorgprofessionals te veranderen is het belangrijk om te weten welke factoren het gedrag van gezondheidszorgprofessionals beïnvloeden [6,30–32].

Individuele gedragsveranderingstheorieën kunnen bijdragen aan het identificeren van factoren die van invloed zijn op het gedrag van gezondheidszorgprofessionals [6,30–32]. In het Theoretical Domains Framework (hierna TDF raamwerk) [30,31] zijn constructen van een groot aantal verschillende gedragsveranderingstheorieën geïntegreerd tot een lijst met 12 domeinen. Deze lijst omvat zo een volledige reeks van verklaringen voor menselijk gedrag. Volgens de originele versie van het raamwerk [31] kunnen de factoren die potentieel van invloed zijn op het gedrag van gezondheidszorgprofessionals worden samengevat in de domeinen Kennis, Vaardigheden, Sociale/professionele rol en identiteit, Geloof in eigen kunnen, Uitkomstverwachtingen, Motivatie en doelen, Geheugen, aandacht en besluitvormingsprocessen, Omgeving en hulpbronnen, Sociale invloed, Emotie, Gedragsregulatie, en de Aard van het gedrag.

Doel van het proefschrift

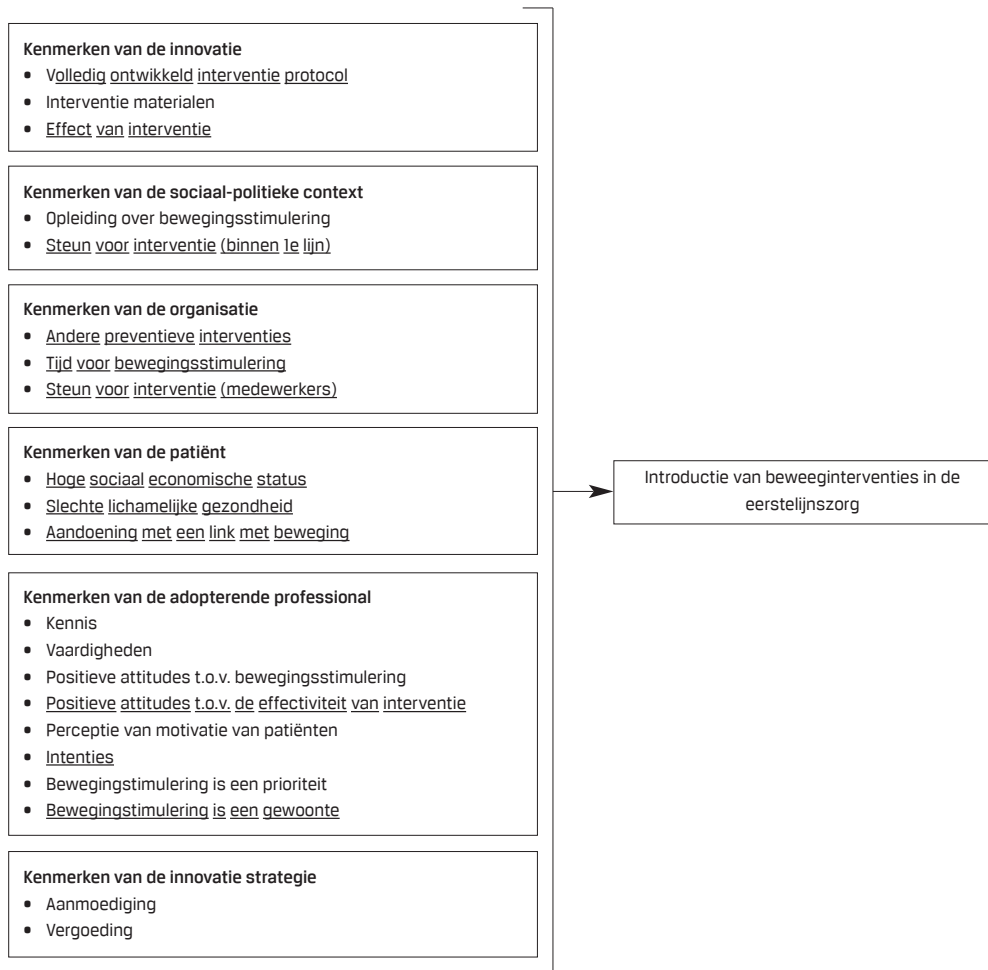
Kennis over de factoren die van invloed zijn op de introductie van innovaties in de gezondheidszorg is cruciaal om effectieve introductiestrategieën te ontwikkelen [1,6,7,17,22,33–39]. Factoren kunnen

variëren voor verschillende innovaties, adopterende professionals en toepassingsgebieden, wat maakt dat het belangrijk is om factoren te identificeren die de introductie van een specifieke innovatie in een specifieke context beïnvloeden [38,49]. Als een eerste stap om de kloof tussen onze wetenschappelijke kennis over beweeginterventies en de uitvoering van deze interventies in de praktijk te verkleinen was het doel van dit proefschrift om te onderzoeken welke factoren van invloed zijn op de introductie van beweeginterventies in de eerstelijnszorg. Het eerste deel van dit proefschrift beschrijft de factoren die van invloed zijn op de adoptie, implementatie en continuering van beweeginterventies door eerstelijnszorgorganisaties en professionals. Voor het identificeren van deze factoren is gebruik gemaakt van het raamwerk van Fleuren et al. [17] met de verschillende fasen en gerelateerde categorieën van beïnvloedende factoren. Het tweede deel gaat specifiek over de implementatiefase van het introductieproces en beschrijft het onderzoek naar de factoren die van invloed zijn op eerstelijnszorgprofessionals' uitvoering van beweeginterventies zoals bedoeld. Voor het exploreren van deze factoren is gebruik gemaakt van het TDF raamwerk [30,31].

Belangrijkste bevindingen

In *Hoofdstuk 2* is een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd om inzicht te krijgen in de factoren die in de wetenschappelijke literatuur worden beschreven als van invloed op bewegingsstimulering door eerstelijnszorgprofessionals. Ook de methoden die gebruikt zijn om deze factoren te identificeren werden onderzocht. Analyse van 59 artikelen gepubliceerd in de afgelopen 20 jaar resulteerde in een groot aantal potentieel beïnvloedende factoren. De factoren werden beschreven als potentieel van invloed, omdat voor slechts een klein deel van de factoren significante relaties met bewegingsstimulering door eerstelijnszorgprofessionals werden gevonden. De meeste factoren werden door stakeholders van eerstelijnszorgbeweeginterventies genoemd als van invloed op bewegingsstimulering. Voor enkele van deze factoren werd wél een significante relatie met bewegingsstimulering gevonden. De meest belangrijke potentiële invloeden op bewegingsstimulering staan in *Figuur 1*.

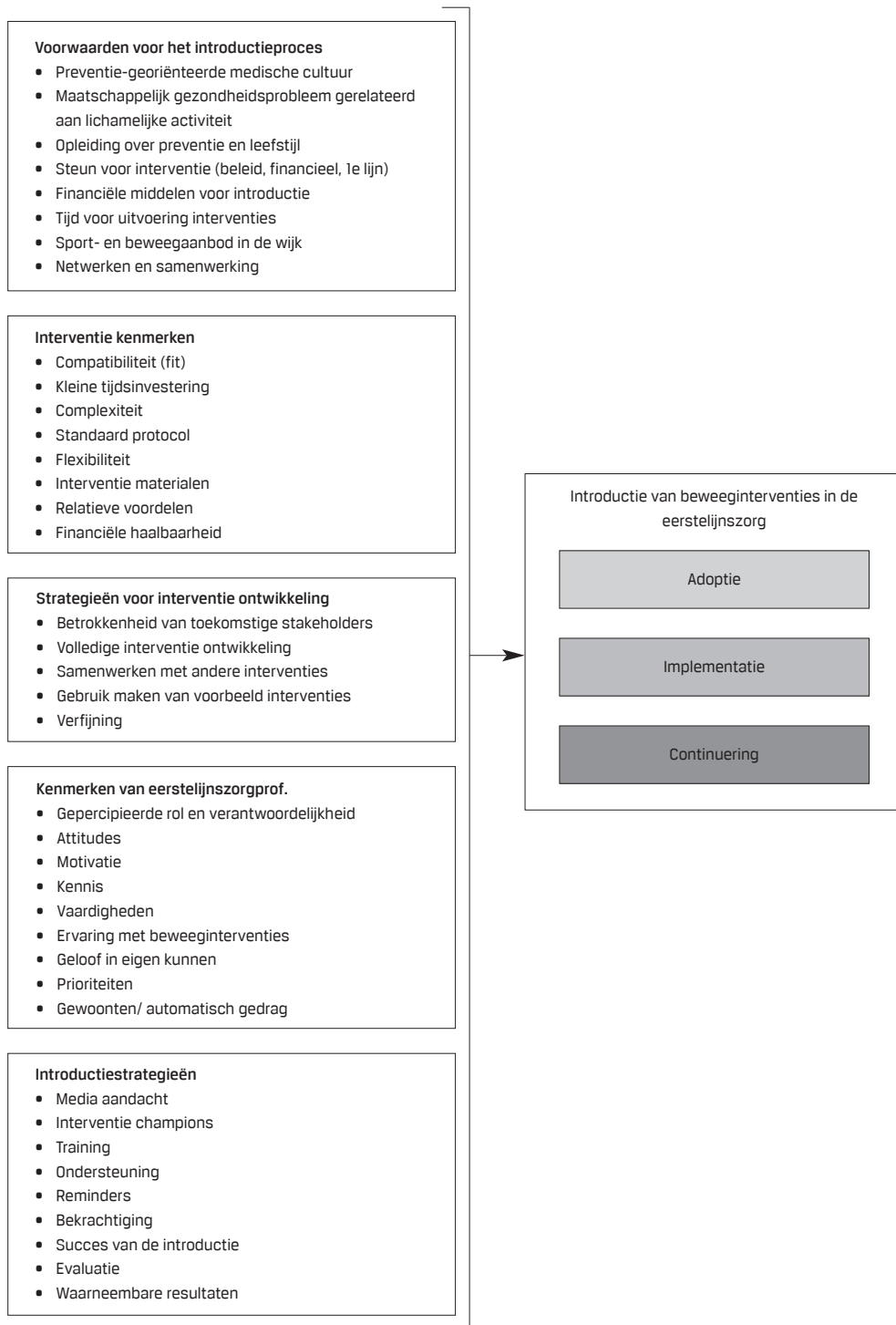
Hoofdstuk 3 beschrijft een kwalitatief onderzoek naar de factoren die van invloed zijn op de introductie van beweeginterventies in de eerstelijnszorg. Op de volgende onderzoeksvragen werd in deze studie een antwoord gezocht: 1. welke factoren worden door stakeholders gezien als van invloed op de introductie van deze beweeginterventies in de eerstelijnszorg, en 2. worden factoren gezien als belangrijk voor een specifieke fase van het introductieproces (adoptie, implementatie, continuering)? Om deze vragen te beantwoorden werden 28 semigestructureerde interviews gehouden met coördinatoren, uitvoerders, verwijzers en eerstelijnszorgadviseurs van vijf verschillende eerstelijnszorgbeweeginterventies. De stakeholders werden bevraagd over hun ervaringen met de introductie van hun specifieke beweeginterventie in de eerstelijnszorg. Daarbij werd gevraagd naar hun perceptie van de belemmerende en bevorderende factoren voor de verschillende fasen van het introductieproces (adoptie, implementatie en continuering). Stakeholders rapporteerden een groot aantal potentieel beïnvloedende factoren. Deze konden worden ingedeeld in de volgende categorieën: voorwaarden voor de introductie van beweeginterventies in de eerstelijnszorg, kenmerken van beweeginterventies en eerstelijnszorgprofessionals, en strategieën voor de ontwikkeling van beweeginterventies en hun introductie in de eerstelijnszorg (zie *Figuur 2*). De meerderheid van de factoren werd genoemd met betrekking tot één of twee van de fasen van het introductieproces. De resultaten suggereren dat voorwaarden voor het introductieproces (bijv. preventie-georiënteerde medische cultuur, opleiding over



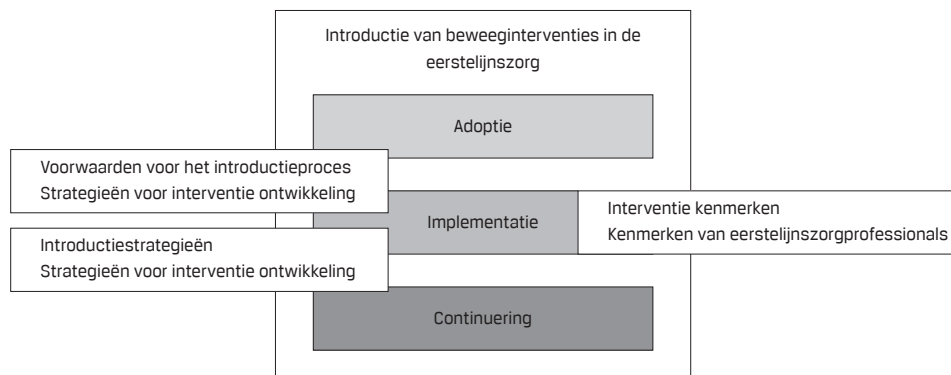
Figuur 1. Meest belangrijke potentiële factoren in de literatuur beschreven als positief van invloed op bewegingsstimulering door eerstelijnszorgprofessionals

Noot. Onderstreepte factoren zijn gepercipieerde beïnvloedende factoren waarvoor een significante relatie met bewegingsstimulering was gevonden, de andere factoren zijn meest geciteerde gepercipieerde beïnvloedende factoren

preventie en leefstijl) het meest belangrijk zijn voor de adoptie en implementatie van beweeginterventies, dat interventie kenmerken (bijv. compatibiliteit, flexibiliteit) en kenmerken van eerstelijnszorgprofessionals (bijv. kennis, geloof in eigen kunnen) voornamelijk een rol spelen tijdens de implementatiefase, en dat introductiestrategieën (bijv. training, bekrachtiging) de meeste invloed hebben op de implementatie- en continueringsfase. Wat betreft de ontwikkeling van beweeginterventies lijken sommige strategieën vooral belangrijk in het begin van het proces (bijv. betrokkenheid van toekomstige stakeholders, volledige interventie ontwikkeling), terwijl anderen juist later van belang zijn (bijv. gebruik van voorbeeld interventies, verfijning) (zie Figuur 3).



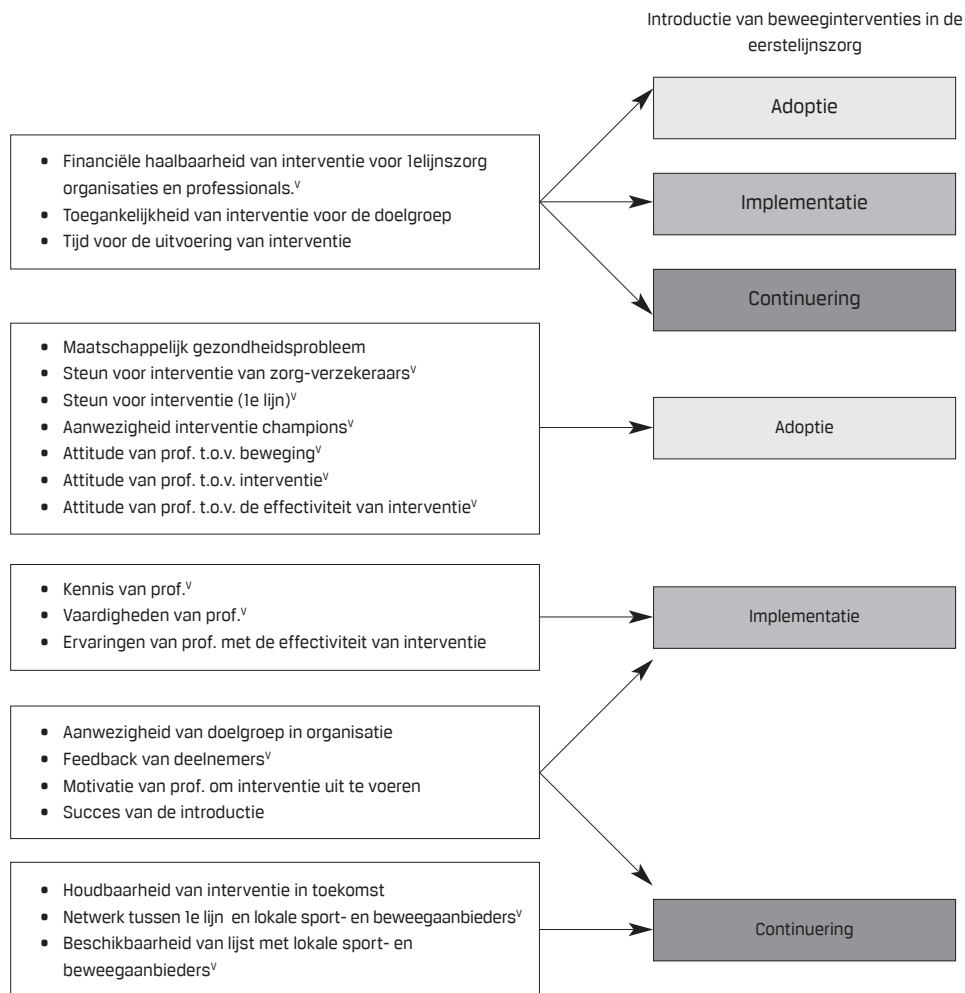
Figuur 2. Factoren door stakeholders gezien als van invloed op de introductie van beweeginterventies in de eerstelijnszorg



Figuur 3. Categorieën van factoren en de verschillende fases van het introductieproces

Het systematische literatuuronderzoek en het kwalitatieve onderzoek resulteerden in een uitvoerige lijst met factoren die potentieel van invloed zijn op de introductie van beweeginterventies in de eerstelijnszorg. Het doel van het onderzoek beschreven in *Hoofdstuk 4* was om consensus tussen experts te bereiken over de relevantie (belangrijkheid en veranderbaarheid) van deze factoren voor het introductieproces. In de eerste ronde van het onderzoek scoorden 44 experts op het gebied van de introductie van beweeginterventies in de eerstelijnszorg de factoren op hun belangrijkheid voor de adoptie-, implementatie- en continuëeringsfase. Daarbij scoorden ze ook de veranderbaarheid van de factoren. In de tweede ronde selecteerden 37 van deze experts een top-10 van meest belangrijke factoren voor iedere fase en scoorden ze weer de veranderbaarheid van de factoren. Aan de hand van deze zogenaamde Delphi methode werden zowel de meest belangrijke factoren voor het gehele introductieproces als de meest belangrijke factoren voor iedere specifieke fase geïdentificeerd. Factoren gerelateerd aan tijd en geld werden door experts belangrijk gevonden voor alle fasen, terwijl andere factoren belangrijk werden gevonden voor een specifieke fase van het proces. Voorbeelden van deze laatste groep belangrijke factoren zijn de aanwezigheid van interventie 'champions' in de organisatie voor de adoptiefase, de kennis van de uitvoerder van de interventie voor de implementatiefase en de houdbaarheid van de interventie voor de toekomst voor de continuëeringsfase (voor een overzicht van factoren en hun belang voor het introductieproces zie Figuur 4).

Het tweede deel van dit proefschrift beschrijft het onderzoek naar de factoren die van invloed zijn op de uitvoering van beweeginterventies door eerstelijnszorgprofessionals (de implementatiefase). Hiervoor is op basis van eerder onderzoek (Hoofdstuk 3 en Hoofdstuk 4) en het TDF raamwerk [30,31] een vragenlijst ontwikkeld waarmee de factoren die potentieel van invloed zijn op het implementatiegedrag van gezondheidszorgprofessionals kunnen worden gemeten. Hoofdstuk 5 en Hoofdstuk 6 beschrijven de ontwikkeling en eerste validatie van deze vragenlijst. Het belangrijkste doel van *Hoofdstuk 5* was om een algemene vragenlijst te ontwikkelen waarmee de 14 domeinen van beïnvloedende factoren uit de laatste versie van het TDF raamwerk [30] kunnen worden gemeten. Daarbij werd de validiteit van de vragenlijst onderzocht. De vragenlijst werd ontwikkeld op basis van eerder gepubliceerde vragenlijsten, items werden aangepast op basis van resultaten van eerder onderzoek (Hoofdstuk 3 en Hoofdstuk 4) en nieuwe items werden ontwikkeld. De validatie van de vragenlijst hield in dat 19 beoordelaars (experts op het gebied van gedragsverandering,

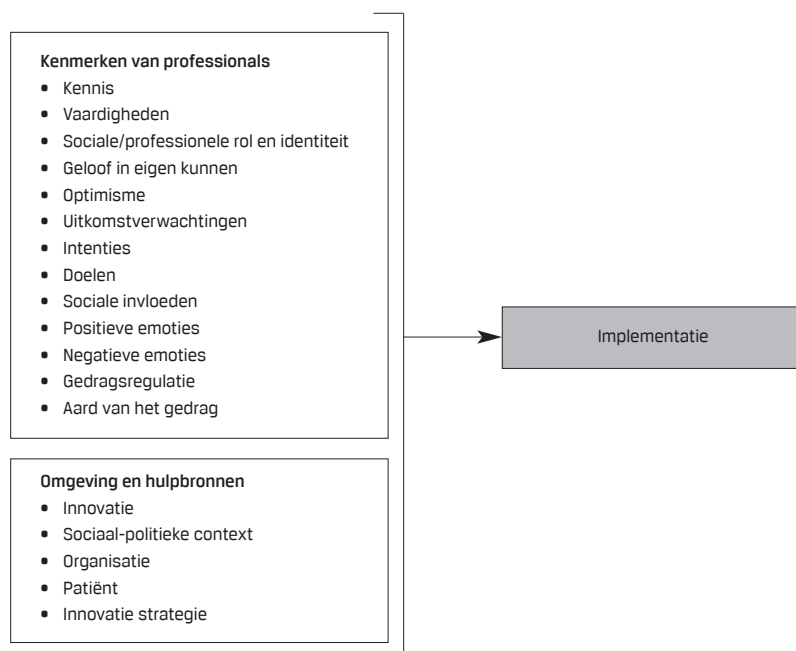


Figuur 4. Factoren meest belangrijk voor de adoptie, implementatie en continuering van beweginginterventies in de eerstelijnszorg

Noot. ^v, veranderbare factoren

gedragsveranderingsinterventies en/of de implementatie van deze interventies in de zorg) de 79 items van de ontwikkelde vragenlijst toewezenen aan het domein dat zij denken dat het item meet. Daarbij scoorden ze de mate waarin ze vertrouwen hadden in de toewijzingen. Dit resulteerde in 32 items die werden beoordeeld 11 van de 14 domeinen te meten. De domeinen Bekrachtiging, Doelen en Gedragsregulatie konden niet worden gemeten met de ontwikkelde vragenlijst, omdat beoordelaars deze items toewezenen aan een combinatie van domeinen. De vragenlijst is aan de hand van deze resultaten aangepast, en vormde vervolgens een belangrijke basis voor het meetinstrument dat gebruikt is in de twee laatste empirische studies van dit proefschrift.

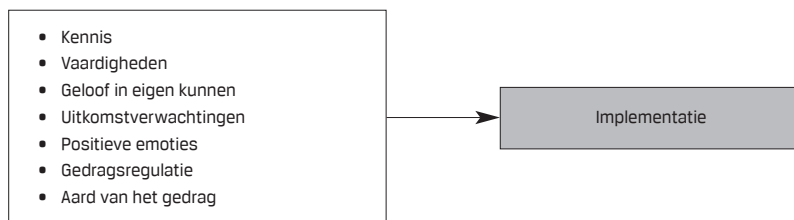
In *Hoofdstuk 6* wordt de ontwikkeling van de vragenlijst op basis van het originele TDF raamwerk met 12 domeinen (in plaats van 14) beschreven. In dit onderzoek werden de psychometrische kenmerken van de vragenlijst in een sample van gezondheidszorgprofessionals onderzocht. Voor de validatie van deze vragenlijst, genaamd de Determinants of Implementation Behavior Questionnaire (hierna DIBQ vragenlijst), werden de volgende onderzoeksvragen geformuleerd: 1. ondersteunt confirmatieve factoranalyse de vooropgestelde structuur van de TDF vragenlijst (constructvaliditeit), 2. meet de vragenlijst de domeinen van het TDF raamwerk op een betrouwbare manier (betrouwbaarheid), en 3. zijn de domeinen van de vragenlijst voldoende onderscheidend van elkaar te meten (discriminante validiteit)? De DIBQ vragenlijst werd ontwikkeld op basis van eerder gepubliceerde vragenlijsten, waarvan de items werden aangepast op basis van resultaten van eerder onderzoek (*Hoofdstuk 3* en *Hoofdstuk 4*). Daarbij werden items gebruikt uit de vragenlijst in *Hoofdstuk 5* en werden nieuwe items ontwikkeld. Er werd veel aandacht besteed aan het ontwikkelen van een vragenlijst die de volledige breedte van TDF domeinen en eerder geïdentificeerde factoren potentieel van invloed op de implementatie van beweeginterventies in de eerstelijnszorg omvat. De vragenlijst werd toegespitst op de implementatie van beweeginterventies door eerstelijnszorgprofessionals en een groep fysiotherapeuten werd gevraagd om de vragenlijst in te vullen. Analyse van de 270 ingevulde vragenlijsten resulteerde in een vragenlijst met 93 items en 18 onderliggende domeinen van factoren potentieel van invloed op het implementatiegedrag van gezondheidszorgprofessionals (zie *Figuur 5*). De belangrijkste aanpassing met betrekking tot de structuur van de vragenlijst op basis van de resultaten was het opsplitsen van het domein Omgeving en hulpbronnen in vijf verschillende omgevingsgerelateerde domeinen: Innovatie,



Figuur 5. 18 domeinen van factoren potentieel van invloed op implementatiegedrag

Sociaal-politieke context, Organisatie, Patiënt en Innovatie strategie. Daarbij werden sommige domeinen van elkaar gescheiden (Geloof in eigen kunnen en Optimisme, Intenties en Doelen, en Positieve emoties en Negatieve emoties) en anderen juist bij elkaar gevoegd (Geheugen, aandacht en besluitvormingsprocessen en Aard van het gedrag). De laatste versie van de vragenlijst bleek in deze eerste studie naar de psychometrische kenmerken over een goede constructvaliditeit te beschikken (op basis van confirmatieve factor analyse) en de meerderheid van de domeinen kon met de vragenlijst betrouwbaar en onderscheidend van elkaar worden gemeten.

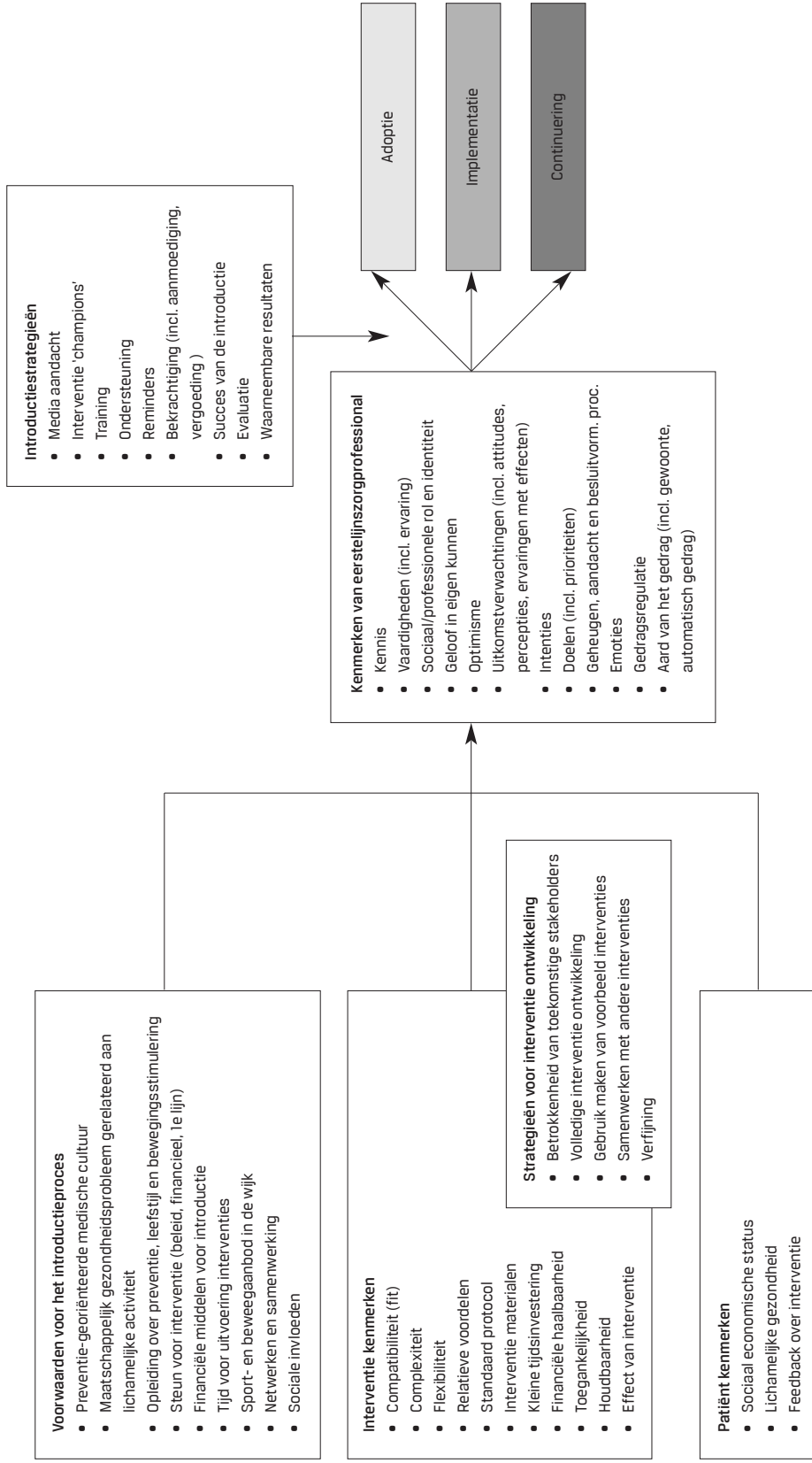
In *Hoofdstuk 7* is de DIBQ vragenlijst gebruikt om te onderzoeken welke TDF domeinen geassocieerd zijn met de implementatie van beweginginterventies door fysiotherapeuten. Het doel van dit onderzoek was om te onderzoeken in hoeverre fysiotherapeuten beweginginterventies uitvoeren zoals bedoeld en welke factoren geassocieerd zijn met implementatietrouw. De vragen waarop in dit onderzoek een antwoord werd gezocht waren als volgt: 1. in welke mate voeren fysiotherapeuten alle kernelementen van beweginginterventies bij al hun patiënten uit (mate van uitvoering), 2. hoe goed voeren fysiotherapeuten beweginginterventies uit, en 3. welke TDF domeinen zijn geassocieerd met de mate en kwaliteit van uitvoering van beweginginterventies door fysiotherapeuten? Implementatietrouw werd geoperationaliseerd als de mate waarin de beweginginterventie wordt uitgevoerd zoals bedoeld en de kwaliteit van de uitvoering. Een groep van 268 fysiotherapeuten vulden een online versie van de DIBQ vragenlijst in. Vragen over de mate en kwaliteit van uitvoering werden gebaseerd op de kernelementen van beweginginterventies (de intake, het trainingsprogramma, de evaluatie, aandacht voor het behouden van beweging en contact met de verwijzende professional) en de taken die hieronder vallen zoals beschreven in de Standaarden Beweginginterventies door het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF; [221]). Fysiotherapeuten rapporteerden dat ze beweginginterventies zoals bedoeld uitvoeren bij een kleine meerderheid van de deelnemers en dat ze redelijk tevreden zijn met de kwaliteit die ze bieden. Dit betekent dat hoewel hun implementatietrouw redelijk goed is, er ook ruimte is voor verbetering. Op basis van de meest belangrijke factoren die geassocieerd bleken met de mate en kwaliteit van uitvoering is het plausibel dat implementatietrouw zou kunnen worden verbeterd door specifieke implementatiestrategieën te ontwikkelen. Deze strategieën zouden dan vooral gericht moeten zijn op het verhogen van de kennis, vaardigheden, geloof in eigen kunnen, uitkomstverwachtingen en positieve emoties van fysiotherapeuten met betrekking tot de implementatie van beweginginterventies, op het verbeteren van de kwaliteit van hun implementatieplannen en de mate waarin het uitvoeren van beweginginterventies zoals bedoeld een gewoonte is (Figuur 6).



Figuur 6. Meest belangrijke factoren geassocieerd met de uitvoering van beweginginterventies door fysiotherapeuten

In *Hoofdstuk 8* worden de belangrijkste bevindingen van dit proefschrift samengevat en vergeleken met de literatuur. Daarbij worden de sterke en minder sterke kanten van het proefschrift beschreven en is er aandacht voor het gebruik van theorie. Het hoofdstuk wordt afgesloten met aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.

Samengevat kan gezegd worden dat de resultaten van de studies beschreven in dit proefschrift bevestigen dat de introductie van beweeginterventies in de eerstelijnszorg kan worden verbeterd. Om dit te bereiken levert dit proefschrift inzicht in de factoren die van invloed kunnen zijn op de introductie van beweeginterventies in de eerstelijnszorg. Hierbij is aandacht besteed aan het belang van factoren voor de verschillende fasen van het proces. Het overzicht van factoren waarin het proefschrift heeft geresulteerd (zie Figuur 7) kan voorafgaand aan de introductie van beweeginterventies in de eerstelijnszorg worden geraadpleegd om het proces zo effectief mogelijk te laten verlopen. Het belang van specifieke factoren voor de verschillende fasen van het introductieproces geeft aanleiding om te verwachten dat met verschillende specifieke factoren rekening gehouden moet worden tijdens de adoptie-, implementatie- en continuëeringsfase en dat er fase-specifieke strategieën nodig zijn om de verschillende fasen positief te beïnvloeden. Het relatieve belang van de beïnvloedende factoren kan variëren voor verschillende adopterende professionals, settingen en landen [38,49]. Dit indiceert het belang om voorafgaand aan de introductie van een beweeginterventie in de eerstelijnszorg belemmerende en bevorderende factoren voor de specifieke beweeginterventie in kaart te brengen. De ontwikkeling van de DIBQ vragenlijst, waarmee de factoren die potentieel van invloed zijn op het implementatiegedrag van gezondheidszorgprofessionals kunnen worden gemeten, draagt bij aan de kennis over factoren die van invloed zijn op het implementatiegedrag van gezondheidszorgprofessionals en theorie en methoden in implementatie onderzoek. Een eerste studie naar de psychometrische kenmerken van de vragenlijst wijst op een acceptabele betrouwbaarheid en validiteit, hoewel deze kenmerken nader moeten worden onderzocht. De vragenlijst is het startpunt geweest voor de ontwikkeling van een op het TDF raamwerk gebaseerde kortere checklist waarmee de praktijk (mensen verantwoordelijk voor de implementatie van beweeginterventies, bijv. coördinatoren van beweeginterventies, zorgadviseurs) de uitvoering van beweeginterventies systematisch in kaart kan brengen. Deze wordt op dit moment nader onderzocht. Eerste resultaten geven aan dat coördinatoren en uitvoerders positief zijn over de checklist en het doel van de checklist. Ze vinden de checklist relevant, praktische toepasbaar, makkelijk, compact en compleet. Bovendien geven ze aan dat de checklist inzicht geeft in de bevorderende en beperkende factoren en zijn veel coördinatoren van plan om hiertoe actie te ondernemen. Tot slot denken coördinatoren en uitvoerders dat actie ondernemen op basis van de ingevulde checklists positieve resultaten zal opleveren.



Figuur 7. Overzicht van factoren die potentieel van invloed zijn op de introductie van beweeginventies in de eerstelijnszorg