

Leefstijlonderzoek in de praktijk

Een handreiking voor complexe
evaluatie-uitdagingen



Inhoudsopgave

1. Inleiding	3	Referenties	31
2. Gestructureerde benadering van interventie-evaluatie	4	Appendices	
Stap 1. Wat en wie wil je bereiken met het onderzoek?	5	Appendix 1: Toelichting Richtlijn passend bewijs	35
Stap 2. Volstaat een eenvoudige onderzoeksapproach voor het evalueren van effectiviteit?	7	Appendix 2: Kwaliteit van bewijs: van onderzoek naar contractering in de basisverzekering	36
Stap 3. Wat zijn de evaluatiedoelen: effectiviteit en/of implementatie?	8	Appendix 3: Hulpmiddelen en bronnen voor inzichtelijk maken van werkingsmechanismen	37
Stap 4. Wat evalueer je? Waarom is het complex?	10		
Stap 5. Kies een passend onderzoeksdesign	18		
Stap 6. Wat doe je met de resultaten van je evaluatie?	25		
3. Fictieve voorbeelden	26		
3.1 Leefstijlprogramma in huisartsenpraktijk voor kinderen met obesitas	26		
3.2 Leefstijlinterventie voor ouderen met dementie in de wijk	27		
3.3 Leefstijlinterventie voor mensen met diabetes type 2 in de eerstelijnszorg	28		
3.4 'Gezond gewicht in de wijk' programma voor inwoners met obesitas die via gemeente, huisarts en welzijnswerk worden begeleid	29		
4. Begrippen en definities	30		



1. Inleiding

De Coalitie Leefstijl in de Zorg richt zich in het verlengde van het Integraal Zorgakkoord (IZA) op de implementatie van leefstijl in de zorg. Het team Onderzoek binnen de Coalitie brengt deze handreiking uit om onderzoekers, beleidsmakers, financiers, patiëntenorganisaties en zorgprofessionals te ondersteunen in het ontwerpen en uitvoeren van onderzoek naar leefstijl-interventies. Eerder identificeerde Team Onderzoek de [strategische kennisvragen leefstijl-geneeskunde](#) [1](#), deed een aanzet voor een duurzame [kennis- en infrastructuur](#) [2](#) en publiceerde een [handreiking onderzoeksdesigns voor eenvoudige leefstijlinterventies](#) [3](#) en bracht de kennis-bundel [Wetenschappelijk bewijs Leefstijlgeneeskunde](#) uit [4](#).

Leefstijlinterventies worden ingezet om gedrag te beïnvloeden en de gezondheid van individuen of bevolkingsgroepen te verbeteren. We richten ons in deze handreiking op complexe uitdagingen die ontstaan bij onderzoek naar leefstijl en gezondheid. De evaluatiedesigns zelf hoeven niet per se complex te zijn. We schetsen de diversiteit aan perspectieven, overwegingen en mogelijke onderzoeksdesigns die recht doen aan de gelaagdheid en complexiteit van dit type onderzoek. Factoren zoals de leefomgeving, sociale netwerken en het zorgsysteem beïnvloeden deze interventie- en onderzoeksprocessen en maken de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van effectieve interventies uitdagend.

Interventies worden doorgaans als ‘complex’ beschouwd wanneer ze bestaan uit meerdere, onderling verbonden factoren die elkaar beïnvloeden. Dit is bijvoorbeeld het geval bij interventies die zich richten op diverse aspecten van leefstijl, uit meerdere onderdelen bestaan (en daardoor vaak effectiever zijn [5](#)) of ingebed zijn in een integrale aanpak. Ook de context, omgeving en specifieke doelgroepen kunnen bijdragen aan deze complexiteit. In de praktijk geldt deze complexiteit echter voor vrijwel alle leefstijlinterventies, aangezien gedrags-

verandering een proces is waarin veel verschillende factoren meespelen en dus aangepakt dienen te worden. Het is daarom belangrijk dat de onderzoeker vooraf expliciet bepaalt of en hoe deze gelaagdheid wordt meegenomen in de onderzoeksvraag.

Om deze complexiteit op een gestructureerde manier te benaderen, is het essentieel om bij de start van elk onderzoekstraject een doordacht onderzoeksdesign te ontwikkelen. Een goed onderzoeksdesign vormt de ruggengraat van elk leefstijlonderzoek: het helpt om relevante onderzoeksvragen scherp te formuleren, passende methoden te kiezen en de vertaalslag naar de praktijk te maken en zo passend bewijs te genereren. De recent ontwikkelde [richtlijn Passend bewijs preventie](#) [6](#) sluit hierbij aan. Deze richtlijn biedt handvatten voor de onderbouwing van preventiemaatregelen waarbij publieke middelen worden ingezet. Een korte toelichting is opgenomen in [Appendix 1](#).

In het volgende hoofdstuk presenteren we een concreet en hands-on stappenplan dat onderzoekers helpt om tot een robuust en contextsensitief onderzoeksdesign te komen. Dit stappenplan biedt houvast bij het maken van keuzes in elke fase van het onderzoeksproces en is bedoeld als praktisch hulpmiddel voor iedereen die bij wil dragen aan de verdere professionalisering van leefstijlonderzoek in de zorg.

In deze handreiking ligt de focus specifiek op de evaluatie van de effectiviteit en implementatie van een interventie, niet op de ontwikkeling ervan.



2. Gestructureerde benadering van interventie-evaluatie

Leefstijlinterventies zijn vaak veelzijdig, gericht op verschillende doelgroepen en hebben uiteenlopende subdoelen. Daarom is een op maat gemaakte aanpak van het onderzoek van groot belang. Eigenlijk ligt de basis voor evalueren al bij de ontwikkeling van een interventie. Een gestructureerde opzet en onderbouwing van de ontwikkeling van een interventie draagt namelijk niet alleen bij aan een helder en doelgericht ontwikkelproces, maar vormt ook een essentieel onderdeel van de evaluatie. Door vanaf het begin inzicht te bieden in de onderliggende aannames, doelen en werkingsmechanismen, kan de effectiviteit en uitvoerbaarheid systematisch worden geëvalueerd.

Een gestructureerde benadering bij het kiezen van een passend onderzoeksdesign zorgt er vervolgens voor dat het onderzoek goed aansluit bij deze doelstellingen. Zo leveren de resultaten waardevolle inzichten op voor zowel de praktijk, het beleid als de wetenschappelijke gemeenschap. Het volgende stappenplan biedt een beknopte en pragmatische leidraad. Voor wie meer verdieping zoekt, zijn er via de genoemde links en in Appendices 1 en 2 aanvullende bronnen beschikbaar.



Stap 1 »

Wat en wie wil je bereiken met je onderzoek?

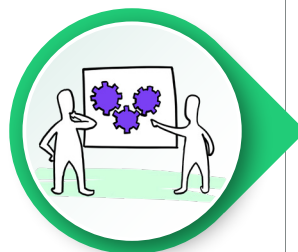
Bepaal de beoogde gebruikers van de resultaten en wat de evaluatie moet opleveren voor praktijk en beleid.



Stap 2 »

Volstaat een eenvoudige onderzoeks-aanpak voor het evalueren van effectiviteit?

Ja: stop hier; het vervolg van het stappenplan is niet nodig.
Nee: ga door naar stap 3.



Stap 3 »

Wat zijn de evaluatie-doelen: effectiviteit en/of implementatie?

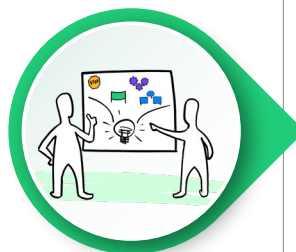
Maak een overzicht van de veronderstelde mechanismen en werkzame elementen van de interventie en/of de implementatie ervan, en hun relatie tot de bredere context.



Stap 4 »

Wat evalueer je? Waarom is het complex?

Bepaal of je je wilt richten op de effectiviteit van een interventie, de implementatie ervan, of op beide tegelijk - een zogenaamde hybride evaluatie.



Stap 5 »

Kies een passend onderzoeksdesign

Stel een onderzoeksopzet op die aansluit bij de keuzes en uitkomsten van stappen 1 t/m 4.



Stap 6 »

Wat doe je met de resultaten van je evaluatie?

Communiqueer de resultaten in de juiste vorm naar de beoogde gebruikers (stap 1).



2. Gestructureerde benadering van interventie-evaluatie

Stap 1

Stap 2 >>

Stap 3 >>

Stap 4 >>

Stap 5 >>

Stap 6 >>

Stap 1. Wat en wie wil je bereiken met het onderzoek?

De eerste stap is om vooraf duidelijk vast te stellen waarom je het onderzoek uitvoert en voor wie de resultaten relevant zijn. Afhankelijk van het doel — zoals vergoeding, registratie of verbetering van de interventie — kunnen er aanvullende voorwaarden, richtlijnen of eisen gelden. Deze brengen vaak extra aandachtspunten met zich mee die van invloed zijn op de opzet van je onderzoek. Denk bijvoorbeeld aan specifieke eisen voor dataverzameling, eisen vanuit subsidieverstrekken of verplichtingen rondom ethische toetsing. Het is daarom essentieel om deze aspecten vroegtijdig te inventariseren en mee te nemen in het onderzoeksdesign.

Tabel 1 biedt een overzicht van de belangrijkste evaluatieredenen, gekoppeld aan de relevante stakeholders en bijbehorende vervolgstappen. Hoewel dit overzicht niet uitputtend is, geeft het een goed vertrekpunt.

Tabel 1. Overzicht evaluatieredenen, betrokkenen en te ondernemen acties

Waarom evalueer je de interventie?	Voor wie?	Actie
a) Vergoeding: Bewijslast verzamelen voor vergoeding onder de Zvw*	Zorginstituut Nederland (ZIN)	Controleer de voorwaarden van ZIN voor benodigde bewijslast (zie Appendix 2). Let op: In sommige gevallen heeft ZIN in het verleden (bv. valpreventie, GLI*, kinder-GLI) als aanvullende voorwaarde gesteld dat ook erkenning door het RIVM (Loket Gezond Leven; zie c) vereist is voor financiering. Controleer daarom vooraf of deze aanvullende eis ook van toepassing is op jouw situatie.
b) Vergoeding vanuit publieke middelen: Richtlijn Passend bewijs preventie	Zorginstituut Nederland (ZIN)	Om in aanmerking te komen voor vergoeding vanuit de publieke middelen is de richtlijn Passend bewijs preventie ontwikkeld. Hierin staat aangegeven wat de ondergrens voor passend bewijs voor preventie is en de randvoorwaarden voor toepassing van de interventie (zie Appendix 1).
c) Registratie: Bewijslast verzamelen voor registratie en erkenning van Loket Gezond Leven	RIVM	Controleer de voorwaarden voor van het Loket Gezond Leven (RIVM): - Algemene informatie - Stappen en voorwaarden - Veelgestelde vragen
d) Inzicht in verbeterpunten voor effectiviteit en/of implementatie	Interventie-ontwikkelaar	Geen additionele acties of voorwaarden om rekening mee te houden.



2. Gestructureerde benadering van interventie-evaluatie

Stap 1

Stap 2 >>

Stap 3 >>

Stap 4 >>

Stap 5 >>

Stap 6 >>

Waarom evalueer je de interventie?	Voor wie?	Actie
e) Contextuele doelen: Beter inzicht in de context (beïnvloedbare factoren met invloed op implementatie en/of effectiviteit).	Interventie-ontwikkelaar	Geen additionele acties of voorwaarden om rekening mee te houden.
f) Uitvoerbaarheid vergroten	Zorgprofessionaal en interventie-ontwikkelaar	Geen additionele acties of voorwaarden om rekening mee te houden.
g) Leer- en verbeterpunten voor borging en opschaling	Interventie-ontwikkelaar	Geen additionele acties of voorwaarden om rekening mee te houden.

*Zvw: zorgverzekeringswet; GLI: gecombineerde leefstijlinterventie

Betrekken van stakeholders bij twijfel over aanvullende voorwaarden

Wanneer onzekerheid bestaat over welke aanvullende voorwaarden gelden bij a), b) en c), is het cruciaal om het RIVM en het Zorginstituut Nederland actief te betrekken. Andere stakeholders om te raadplegen kunnen bijvoorbeeld financiers, beleidsmakers, ethische commissies, uitvoerende organisaties, belangenorganisaties, richtlijnontwikkelaars of vertegenwoordigers van de doelgroep zijn. Door hen te raadplegen:

- krijg je duidelijkheid over vereisten en verwachtingen;
- voorkom je onvoorziene complicaties tijdens de uitvoering;
- kun je focus aanbrengen in het onderzoek;
- kun je het onderzoeksdesign realistischer en uitvoerbaarder maken binnen de gestelde randvoorwaarden.



2. Gestructureerde benadering van interventie-evaluatie

Stap 1 ▶▶

Stap 2

Stap 3 ▶▶

Stap 4 ▶▶

Stap 5 ▶▶

Stap 6 ▶▶

Stap 2. Volstaat een eenvoudige onderzoeksaanpak voor het evalueren van effectiviteit?

Leefstijlinterventies richten zich op gedragsverandering, waarbij diverse factoren een rol spelen en zo bijdragen aan de complexiteit van het onderzoek. Deze complexiteit wordt vaak versterkt door de context, waardoor onderzoek meestal in het veld plaatsvindt en niet in een geïsoleerde laboratoriumsetting. In de praktijk zal deze complexiteit zich vaak voordoen. Toch kunnen onderzoekers er bewust voor kiezen om zich in hun onderzoek te richten op een beperkt aantal factoren. Soms betreft het ook relatief eenvoudige interventies, zoals een stappenteller die gebruikers stimuleert om meer te bewegen, of een app die herinnert om regelmatig water te drinken.

Wanneer het onderzoek primair gericht is op het vaststellen van effectiviteit en weinig variabelen omvat, volstaat vaak een minder uitgebreide aanpak. Met 'eenvoudig effect' bedoelen we in dit geval een enkelvoudige leefstijlinterventie (bijv. een stoppen met roken-programma bij de huisarts/POH) zonder implementatieonderzoek of systeemanalyse.

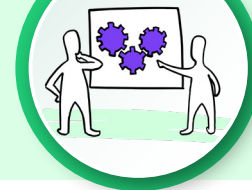
Voor deze typen effectonderzoek is een aparte handreiking beschikbaar: ['Handreiking onderzoeksmethoden leefstijlinterventies in de zorg – Mogelijkheden voor het evalueren van effectiviteit'](#) ³. Deze handreiking bevat een beslisboom voor het selecteren en toepassen van passende onderzoeksdesigns voor effectonderzoek en is met name geschikt voor interventies waarbij de contextuele, beleidsmatige en organisatorische complexiteit beperkt is en waarin de evaluatie zich uitsluitend richt op het vaststellen van effectiviteit van een leefstijlinterventie.

Let op:

Het is aan te raden om bij het bepalen of een interventie als 'eenvoudig' kan worden beschouwd, een ervaren onderzoeker te betrekken. Deze kan helpen beoordelen of de aard van de interventie, de doelgroep en de context inderdaad een minder uitgebreide onderzoeksaanpak rechtvaardigen.

Op basis hiervan:

- Ja: een eenvoudige effectiviteitsonderzoeks aanpak volstaat; het vervolg van het stappenplan is niet nodig.
- Nee; ga verder naar stap 3.



2. Gestructureerde benadering van interventie-evaluatie

Stap 1 >>

Stap 2 >>

Stap 3

Stap 4 >>

Stap 5 >>

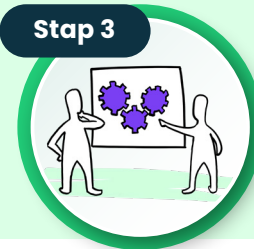
Stap 6 >>

Stap 3. Wat zijn de evaluatiedoelen: effectiviteit en/of implementatie?

Bij het opzetten van een evaluatie is het belangrijk om helder te krijgen wat je precies wilt evalueren: de effectiviteit van een interventie, de implementatie ervan, of een combinatie van beide – een hybride evaluatie. Elk van deze doelen vraagt om een passend onderzoeksdesign.

Tabel 2. Typen evaluatie van interventies: doelen en voorbeelden

Waarom evalueer je de interventie?	Actie
Effectiviteitsevaluatie	Doel: Vaststellen of de interventie werkt zoals bedoeld (gewenste gezondheidsuitkomsten of gedragsverandering bij de deelnemer aan de interventie). Het draait hierbij om de gezondheidsuitkomst van de interventie. Voorbeeld: Onderzoeken of een beweegprogramma leidt tot gewichtsverlies bij mensen met obesitas.
Implementatie-evaluatie	Doel: In kaart brengen hoe de interventie in de praktijk is uitgevoerd, zoals bereik en uitvoeringstrouw en bevorderende en belemmerende factoren. Dit helpt bij het opsporen van belemmeringen en ondersteunende factoren. Het draait hierbij om de uitvoering van de interventie. Voorbeeld: Onderzoeken of diëtisten een voedingsinterventie aanbieden zoals bedoeld en waarom wel/niet en of ze de juiste doelgroep weten te bereiken. NB. Sommige onderzoekers beschouwen een procesevaluatie ⁷ als een afzonderlijk onderdeel binnen het bredere implementatie-evaluatiekader. Procesevaluatie wordt dan als complementair aan implementatie-evaluatie gezien. In deze handreiking maken we echter geen onderscheid tussen proces- en implementatie-evaluatie. Dit voorkomt terminologische verwarring en benadrukt dat het in beide gevallen gaat om het begrijpen van hoe en onder welke omstandigheden een interventie daadwerkelijk wordt gerealiseerd.
Hybride-evaluatie	Doel: In kaart brengen van zowel de effectiviteit als implementatie ⁸. Deze hybride designs zijn vooral nuttig bij de vertaling van wetenschappelijke interventies naar de praktijk, zodat zowel de werking als de uitvoerbaarheid in real-life settings duidelijk wordt.



2. Gestructureerde benadering van interventie-evaluatie

Stap 1 >>

Stap 2 >>

Stap 3

Stap 4 >>

Stap 5 >>

Stap 6 >>

Op basis van het raamwerk van [Curran et al.](#) ⁸ worden drie typen hybride-designs onderscheiden, elk met een eigen focus en toepassingsgebied. Onderstaande tabel geeft een overzicht van deze drie typen, hun doelstelling en een illustratief voorbeeld. In het betreffende artikel worden meerdere voorbeelden beschreven die aanvullend inzicht kunnen bieden en dienen ter illustratie.

Tabel 3. Hybride designs voor het evalueren van leefstijlinterventies ⁸

Type hybridedesign	Doel	Voorbeeld
Hybride type 1	Primair gericht op de evaluatie van de effectiviteit van de interventie, met beperkte meting van de implementatie, die met name gericht is op het begrijpen van de context waarin de interventie wordt geïmplementeerd.	Een randomized controlled trial (RCT) naar een leefstijlapp, met daarnaast interviews met zorgverleners over gebruiksgemak.
Hybride type 2	Gelijkwaardige aandacht voor effectiviteit van de interventie en de implementatie.	Een studie naar de invoering van een voedingsinterventie in buurthuizen waarbij zowel gezondheidsuitkomsten als uitvoeringskwaliteit worden onderzocht.
Hybride type 3	Primair gericht op de evaluatie van de implementatie met beperkte meting van de effectiviteit van de interventie.	Evaluatie van strategieën die ingezet worden om een beweegprogramma uit te rollen in verschillende praktijken, met monitoring van deelname en tevredenheid, en beperkte meting van gezondheidswinst.



2. Gestructureerde benadering van interventie-evaluatie

Stap 1 ▶▶

Stap 2 ▶▶

Stap 3 ▶▶

Stap 4

Stap 5 ▶▶

Stap 6 ▶▶

Stap 4. Wat evalueer je? Waarom is het complex?

Voordat een leefstijlonderzoek wordt uitgevoerd, is het belangrijk een duidelijk overzicht te hebben van de veronderstelde mechanismen en de werkzame elementen van de interventie. Met werkzame elementen worden de specifieke onderdelen bedoeld die naar verwachting bijdragen aan het gewenste effect, zoals bijvoorbeeld coaching, feedback of sociale steun via groepsactiviteiten. Daarnaast is het van belang te beschrijven hoe deze veronderstelde mechanismen en elementen zich verhouden tot de leefstijlcontext van de doelgroep.

Een leefstijlinterventie werkt zelden los van haar omgeving. De effectiviteit van de interventie of implementatie hangt niet alleen af van **wat** er wordt gedaan, maar ook **hoe** en **waar** dit gebeurt. Daarom is het van belang om stil te staan bij de onderliggende aannames: welke mechanismen zorgen ervoor dat een interventie (of de implementatie daarvan) naar verwachting werkt? En hoe sluiten deze werkzame elementen aan op de specifieke omstandigheden (context) van de doelgroep en setting?

Door deze veronderstellingen expliciet te maken, wordt duidelijk welke factoren mogelijk bijdragen aan het succes — of juist het uitblijven daarvan. Dit inzicht vormt een belangrijke basis voor het kiezen van passende evaluatievragen en onderzoeksdesigns, en helpt om resultaten beter te interpreteren binnen hun context. Dergelijke inzichten worden bovendien steeds vaker expliciet gevraagd door subsidieverstrekkers, omdat ze aantonen dat de interventie theoretisch en praktisch goed onderbouwd is.

Het ontrafelen van de manier waarop een interventie werkt, welke elementen daadwerkelijk effect hebben, en hoe dit samenhangt met de context, is zelden een eenvoudige opgave. Een goed onderbouwd inzicht ontstaat dan ook niet vanzelf; het vraagt om een gestructureerde aanpak waarin aannames, verbanden en invloeden expliciet in kaart worden gebracht.

Om dit proces te ondersteunen, worden in het vervolg van deze handreiking concrete stappen beschreven:

- In [stap 4.1](#) worden verschillende modellen en theoretische kaders toegelicht die kunnen helpen om inzicht te krijgen in de complexiteit van de interventie.
- In [stap 4.2](#) wordt uitgelegd hoe de benodigde informatie en input verzameld kan worden, bijvoorbeeld door middel van interviews, observaties of documentanalyse.
- In [stap 4.3](#) wordt ten slotte besproken hoe deze informatie kan worden verwerkt tot een visueel overzicht, waardoor de complexiteit van de interventie op een overzichtelijke manier zichtbaar wordt.

Op deze manier biedt stap 4 een systematische aanpak om de complexiteit van leefstijl-interventies te verkennen en inzichtelijk te maken, zodat evaluatievragen en onderzoeksdesigns goed kunnen worden afgestemd op de interventie en haar context.



2. Gestructureerde benadering van interventie-evaluatie

Stap 1 ▶▶

Stap 2 ▶▶

Stap 3 ▶▶

Stap 4

Stap 5 ▶▶

Stap 6 ▶▶

Stap 4.1 Kies een geschikt model om inzicht te verschaffen in complexiteit

Bij het analyseren van de complexiteit van een leefstijlinterventie is het belangrijk om een model te kiezen dat past bij het doel van je evaluatie, de aard van de interventie en de mate van complexiteit die je wilt weergeven. Afhankelijk van of je onderzoek zich richt op **effectiviteit**, **implementatie** of een **hybride combinatie van beide**, zijn verschillende modellen bruikbaar.

Er zijn verschillende modellen beschikbaar om tot een visueel overzicht te komen van de complexiteit. Hieronder staan drie veelgebruikte modellen opgesomd die elk een ander perspectief bieden op complexiteit. Achtergrondinformatie en aanvullende bronnen over deze modellen is te vinden in [Appendix 3](#).

Uitleg bij de terminologie: In deze stap is bewust gekozen voor de term 'model' in plaats van 'werkvorm', omdat het hier gaat om theoretische of conceptuele kaders die helpen om de complexiteit van een interventie te structureren en te begrijpen, en niet om praktische werkvormen of methodieken voor uitvoering of begeleiding.

Bij elk model wordt een fictief voorbeeld gegeven om de toepassing te verduidelijken. Deze voorbeelden zijn **gegenereerd met behulp van kunstmatige intelligentie (AI, via CoPilot)** en dienen uitsluitend ter illustratie. Ze zijn bedoeld om de werking van de modellen concreet en begrijpelijk te maken, en zijn niet gebaseerd op echte personen of situaties.

Tabel 4. Modellen voor het in kaart brengen van complexiteit van leefstijlinterventies

Model	Focus	Complexiteit	Gebruik bij
Logic model	Lineaire structuur	Laag	Effectiviteits- en/of implementatie onderzoek, (evt. communicatie en implementatieplanning; hier niet de primaire focus)
Theory of Change	Aannames en causale ketens	Middel	Implementatieonderzoek, hybride evaluaties beleidsontwikkeling
Causal Loop Diagram (CLD)	Systeem-dynamiek en feedback	Hoog	Systeemanalyse, adaptieve interventies, complexe hybride- of implementatievragen

NB: Er bestaan nog veel meer termen en modellen om inzicht te verschaffen in de complexiteit. In dit document is echter bewust gekozen voor een **versimpelde indeling**, zodat de informatie overzichtelijk en praktisch toepasbaar blijft.



2. Gestructureerde benadering van interventie-evaluatie

Stap 1 ▶▶

Stap 2 ▶▶

Stap 3 ▶▶

Stap 4

Stap 5 ▶▶

Stap 6 ▶▶

Logic model: structuur en overzicht

Gebruik wanneer je een helder, lineair overzicht wilt van hoe een interventie werkt. Het logic model laat zien welke onderdelen relevant zijn voor de evaluatie meegenomen en visualiseert de relatie en causaliteit hiertussen:

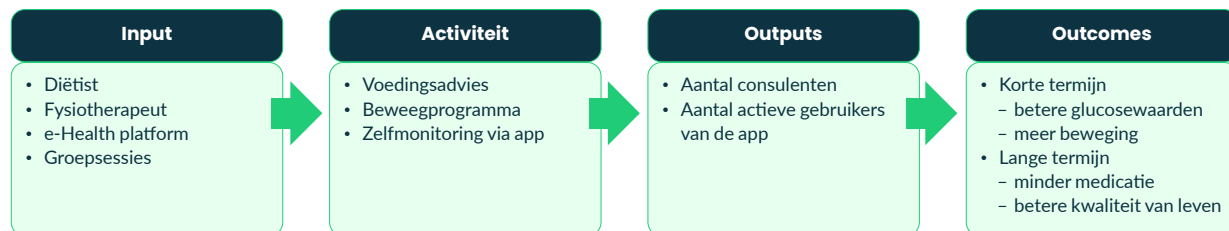
- **Inputs** (middelen zoals geld, personeel, tijd),
- **Activiteiten** (wat er wordt gedaan),
- **Outputs** (directe resultaten van de activiteiten),
- **Outcomes** (korte- en langetermijneffecten).

Het logic model is vooral geschikt voor onderzoek met **lage complexiteit**, en wordt ook gebruikt voor communicatie met stakeholders en implementatieplanning.

→ Fictief voorbeeld:

Implementatie van leefstijlprogramma voor mensen met diabetes type 2 (zie Figuur 1).

Figuur 1. Fictief voorbeeld van een logic model van een leefstijlprogramma van type 2 diabetes-patiënten. Zie voorbeelden uit de praktijk in [Appendix 3](#)





2. Gestructureerde benadering van interventie-evaluatie

Step 1 ▶▶

Step 2 ▶▶

Step 3 ▶▶

Step 4

Step 5 ▶▶

Step 6 ▶▶

Theory of Change: aannames en mechanismen

Gebruik dit model wanneer je de onderliggende aannames en mechanismen van verandering wilt expliciteren. De Theory of Change verklaart hoe en waarom een gewenste verandering wordt verwacht. Het model:

- Identificeert langetermijndoelen
- Werkt terug naar noodzakelijke voorwaarden
- Maakt aannames expliciet
- Verheldert causale ketens en contextuele factoren

Theory of Change is geschikt voor **implementatieonderzoek, beleidsontwikkeling** en **hybride evaluaties** waarin zowel werking als context centraal staan.

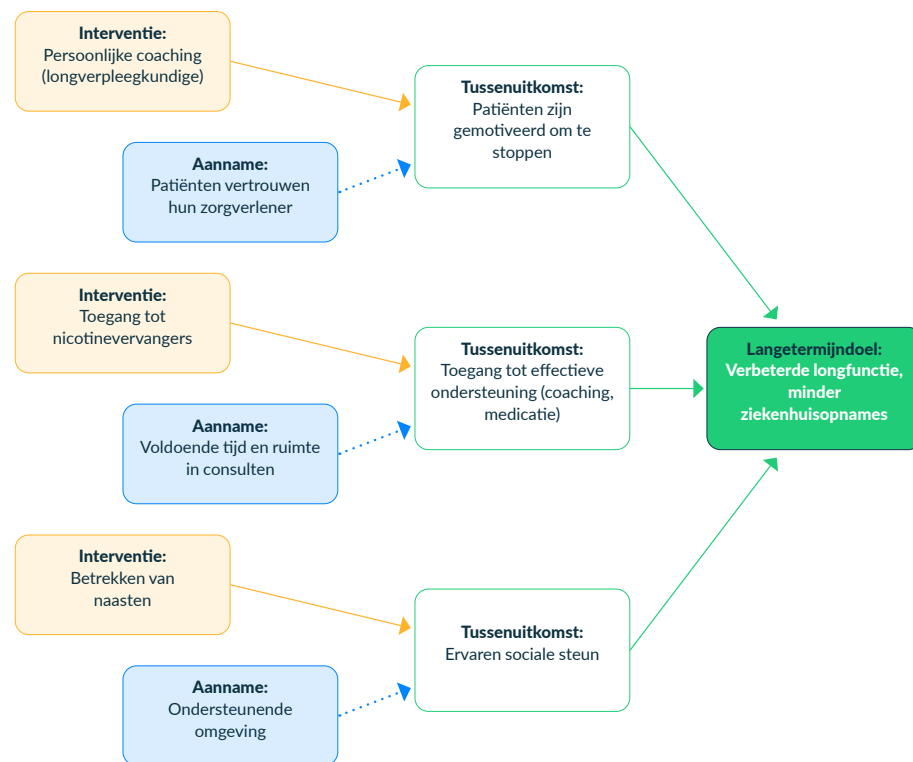
→ Fictief voorbeeld:

Stoppen met roken bij COPD-patiënten (zie Figuur 2).

Toelichting Theory of Change-elementen van Figuur 2:

- 1. Langetermijndoel:**
 - Verbeterde longfunctie en minder ziekenhuisopnames.
- 2. Tussenliggende uitkomsten:**
 - Patiënten zijn gemotiveerd om te stoppen.
 - Ze hebben toegang tot effectieve ondersteuning (coaching, medicatie).
 - Ze ervaren sociale steun.
- 3. Interventies:**
 - Persoonlijke coaching door longverpleegkundige.
 - Toegang tot nicotinevervangers.
 - Betrekken van naasten bij het proces.
- 4. Aannames:**
 - Patiënten vertrouwen hun zorgverlener.
 - Er is voldoende tijd en ruimte in consulten.
 - De omgeving van de patiënt is ondersteunend.

Figuur 2. Fictief voorbeeld van een Theory of Change met betrekking tot rookstopinterventies bij patiënten met COPD. Zie voor praktijkvoorbeelden [Appendix 3](#).





2. Gestructureerde benadering van interventie-evaluatie

Stap 1 ▶▶

Stap 2 ▶▶

Stap 3 ▶▶

Stap 4

Stap 5 ▶▶

Stap 6 ▶▶

Causal loop diagram (CLD): systeemdyndiek en feedback

Gebruik dit model wanneer je het gedrag van een systeem, terugkoppelingen en dynamiek binnen dat systeem wilt analyseren. CLD's tonen hoe variabelen elkaar beïnvloeden via:

- versterkende (R) feedbackloops en
- balancerende (B) feedbackloops.

Ze zijn vooral nuttig bij **complexe systemen** en worden ingezet in **hybride evaluaties** en **implementatieonderzoek** met veel contextuele factoren. De inzichten helpen niet alleen bij het evalueren van een interventie, maar ook bij het aanpassen of versterken van interventie-strategieën.

Het opstellen van een CLD is arbeidsintensief en vraagt om actieve participatie van stakeholders. In de praktijk wordt daarom vaak begonnen met bestaande CLD's die vervolgens worden aangepast aan de lokale context.

→ **Eenvoudig fictief voorbeeld:** (zie Figuur 3).

Toelichting CLD-elementen van Figuur 3:

- **R1 – Zelfmonitoring → Motivatie → Activiteit → Gewichtsverlies → Bloedglucose → Motivatie**

Als patiënten gegevens van zichzelf bijhouden (bijvoorbeeld via een app), neemt de motivatie toe, ze bewegen meer, verliezen gewicht en zien betere glucosewaarden – dat versterkt de motivatie en dus de zelfmonitoring. Een positieve feedbacklus die gewenste verandering versnelt.

- **R2 – Activiteit ↔ Energie / fitheid**

Meer beweging verbetert energie en fitheid, waardoor iemand makkelijker en vaker beweegt – nog een versterkende lus.

- **R3 – Gewichtsverlies → (–) Medicatie → (+) Perceptie van verbetering → (+) Motivatie → (+) Gewichtsverlies**

Gewichtsverlies vermindert de medicatiebehoefte. Minder medicatie wordt vaak ervaren als een teken van verbetering, wat de motivatie versterkt om door te gaan. Deze lus versterkt het positieve effect via perceptie en intrinsieke motivatie.

- **B1 – Activiteit → Vermoeidheid → (–) Activiteit**

Intensivering van activiteit kan tijdelijk vermoeidheid of blessures veroorzaken, wat de activiteit vermindert – een balancerende lus die verdere toename afremt (focus hier: blessurepreventie, geleidelijke opbouw).

- **B2 – Gewichtsverlies → (–) Energiereserves → (+) Hongergevoel → (–) Gewichtsverlies**

Naarmate iemand gewicht verliest, dalen de vetreserves. Dit kan het hongergevoel versterken, waardoor de energie-inname toeneemt of de motivatie voor beweging afneemt. Dit werkt als een natuurlijke rem op verder gewichtsverlies.



2. Gestructureerde benadering van interventie-evaluatie

Stap 1 >>

Stap 2 >>

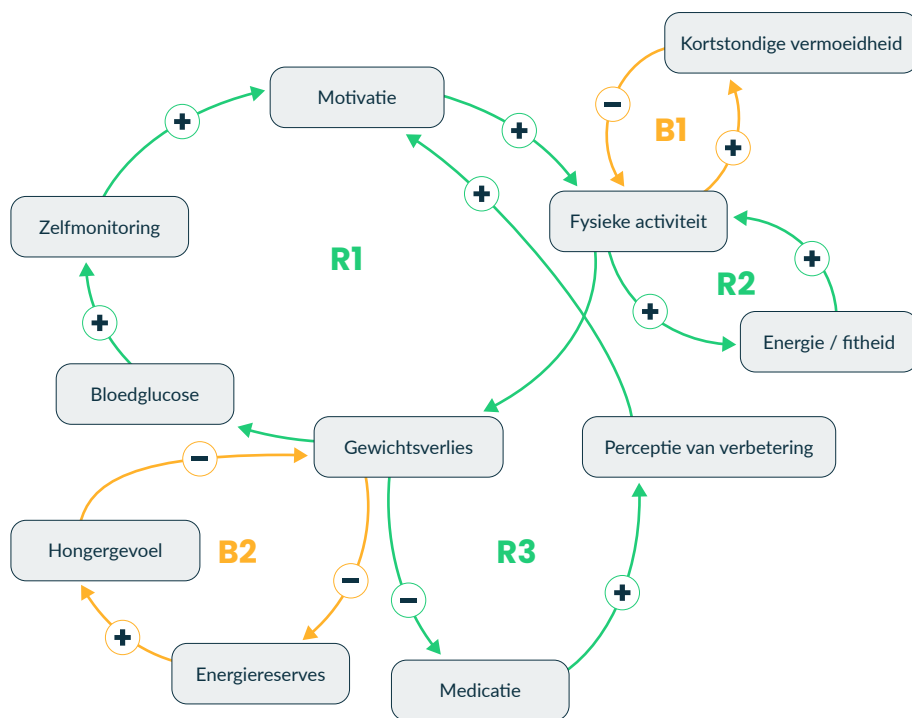
Stap 3 >>

Stap 4

Stap 5 >>

Stap 6 >>

Figuur 3. Fictief voorbeeld van een CLD om inzicht krijgen in de invloed van een leefstijlinterventie bij personen met diabetes type 2, weergegeven met versterkende (R) en balancerende (B) feedbackloops. In de praktijk is een CLD vaak complexer door meer factoren en interacties, zie voorbeelden uit de praktijk in [Appendix 3](#).



Hulpmiddelen: Gedragsveranderingsmodellen

Bij het opstellen van het Logic Model, Theory of Change of CLD, kun je gebruikmaken van gedragsverklaringsmodellen. Deze modellen helpen om inzicht te krijgen in de determinanten van gedrag en hoe deze beïnvloed kunnen worden [9](#) [10](#). Veelgebruikte modellen zijn onder andere:

- Health Belief Model [11-13](#)
- Theory of Planned Behavior [14](#)
- Social Cognitive Theory [15, 16](#)
- Behaviour Change Wheel [17](#)
- Self-Determination Theory [18](#)
- Transtheoretisch model [19, 20](#)
- I-Change model [21](#)

Daarnaast biedt het [Theoretical Domains Framework](#) een overzicht van factoren die van invloed zijn op gedragsverandering. Het framework combineert inzichten uit meerdere theorieën en helpt bij het systematisch identificeren van zowel belemmerende als bevorderende factoren voor gedragsverandering. Het model onderscheidt 14 domeinen: kennis, vaardigheden, sociale invloeden, overtuigingen over eigen kunnen, overtuigingen over gevolgen, optimisme, reinforcements, intenties, doelen, geheugen, aandacht en besluitvorming, omgevingscontext en beschikbare middelen, rol en identiteit, emoties en gedragsregulatie [22](#).



2. Gestructureerde benadering van interventie-evaluatie

Stap 1 ▶▶

Stap 2 ▶▶

Stap 3 ▶▶

Stap 4

Stap 5 ▶▶

Stap 6 ▶▶

Stap 4.2 Verzamel input voor het gekozen model

Na het kiezen van een passend model (Logic Model, Theory of Change of CLD), verzamel je gerichte input om het model te kunnen invullen. Deze input komt uit drie bronnen: **contextanalyse, literatuur en praktijkervaringen**.

Stap 4.2.1 Breng de bredere gedrags- en omgevingscontext in kaart

Een leefstijlinterventie werkt zelden los van haar omgeving. Het is daarom essentieel om de context waarin de interventie plaatsvindt systematisch te analyseren. Deze context beïnvloedt zowel het gedrag van de doelgroep als de werking en haalbaarheid van de interventie. In sommige gevallen kan het in kaart brengen van deze bredere gedrags- en omgevingscontext zelfs het primaire doel van het onderzoek zijn – bijvoorbeeld wanneer het onderzoek zich richt op het begrijpen van mechanismen, belemmeringen of randvoorwaarden voor gedragsverandering.

Belangrijke contextfactoren:

- **Doelgroep:** kenmerken van de deelnemers, zoals leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, sociaaleconomische status, gezondheid, motivatie en gedragsprofielen.
- **Fysieke en sociale omgeving:** woonomgeving, toegang tot gezonde voeding en beweegmogelijkheden, sociale netwerken, werk- of schoolsituatie.
- **Implementatiecontext:** de setting waarin de implementatie plaatsvindt, zoals de expertise van de implementeerders, de organisatie die implementeert, lokaal en landelijk beleid en andere bredere contextuele factoren (Fleuren et al., 2014, Damschroder et al., 2022, Damschroder et al., 2025) ²³⁻²⁵.

- **Sociaal politieke context:** wet- en regelgeving, politieke prioriteiten en maatschappelijke structuren die van invloed zijn op de uitvoering en effectiviteit van de interventie.
- **Culturele en structurele invloeden:** normen, waarden, tradities en maatschappelijke trends die gedrag en acceptatie van de interventie beïnvloeden.
- **Economische omgeving:** kosten, financiële toegankelijkheid en prikkels of barrières die gezond gedrag bevorderen of belemmeren, zoals prijs van gezonde voeding, lidmaatschap van sportclubs.

Door al deze contextfactoren mee te nemen, ontstaat een completer beeld van de factoren die het succes bepalen van een leefstijlinterventie en de haalbaarheid ervan in de praktijk.

Praktische methoden voor contextanalyse

- Deskresearch: gebruik bronnen als VZinfo.nl, Loket Gezond Leven, CBS, RIVM, GGD-rapportages en wijkprofielen
- Voer interviews en/of focusgroepen uit
- Voer observaties of werkbezoeken uit
- Organiseer een contextworkshop of stakeholdersessie (zie stap 4.2.3)

In de praktijk is het echter niet altijd haalbaar om alle contextuele factoren vooraf volledig in kaart te brengen. Bovendien kunnen deze veranderen over de tijd, dus dit is eigenlijk een continue verkenning. Contextanalyse verloopt daarom vaak iteratief en kan onderdeel zijn van de onderzoeksvraag zelf.



2. Gestructureerde benadering van interventie-evaluatie

Step 1 ▶▶

Step 2 ▶▶

Step 3 ▶▶

Step 4

Step 5 ▶▶

Step 6 ▶▶

Stap 4.2.2 Inventariseer causale verbanden en aannames

Gebruik bestaande interventies en wetenschappelijke literatuur om causale verbanden en aannames te identificeren. Deze vormen de basis voor het gekozen model.

Waar naar te zoeken:

- **Werkzame elementen:** o.a. gedragsveranderingstechnieken zoals zelfmonitoring, feedback, sociale steun. Meer informatie hierover is te vinden op de website van [Loket Gezond Leven](#), [Zwikker et al., 2018](#), [TNO Factsheet werkzame elementen van voeding- en beweeginterventies](#). [26-28](#)
- **Mechanismen van verandering:** bijvoorbeeld motivatie, zelfregulatie, empowerment.
- **Effectieve contexten:** zoals settings (school, wijk, zorg), doelgroepkenmerken en uitvoeringscondities.

Stap 4.2.3 Stakeholderconsultatie en co-creatie

Ongeacht het gekozen model is het altijd belangrijk om stakeholders actief te betrekken bij het verzamelen van input en te betrekken in de ontwikkeling, omdat dit de relevantie en toepasbaarheid van het model vergroot.

Stakeholders kunnen zijn:

- Professionals en uitvoerders
- Interventie eigenaren
- Deelnemers en ervaringsdeskundigen

Consultatie levert inzicht in:

- Praktijkervaringen en uitvoeringsrealiteit
- Barrières en succesfactoren
- Lokale context en culturele aspecten

Stap 4.3 Verwerk alle input in visueel schema van het gekozen complexiteitsmodel

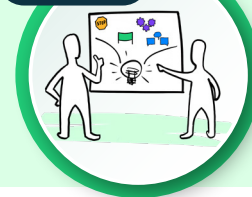
Na het verzamelen van input uit contextanalyse, literatuur en stakeholderconsultatie (stap 4.2), is het tijd om deze informatie te structureren in een visueel model. Dit model helpt om de samenhang tussen elementen te verduidelijken en vormt een basis voor het formuleren van evaluatievragen en het kiezen van een passend onderzoeksdesign (stap 5).

Algemene werkwijze:

- Orden de verzamelde input
- Plaats elk element op de juiste plek binnen het gekozen model
- Visualiseer de samenhang tussen de onderdelen
- Pas waar nodig de terminologie aan voor helderheid en consistentie.

Bronnen: combineer uiteenlopende informatiebronnen, zoals:

- **Projectdocumentatie** (projectplannen, subsidieaanvragen, interventiehandleidingen)
- **Monitoring- en evaluatiedata** (deelnamecijfers, uitkomstindicatoren, procesevaluaties)
- **Wetenschappelijke literatuur** (evidence over werkzame mechanismen en contextfactoren)
- **Praktijkervaringen** (inzichten van uitvoerders, professionals, beleidsmakers)
- **Stakeholder- en expertinput** (via interviews, workshops of participatieve sessies)
- **Bestaande modellen of analyses** (zoals eerder ontwikkelde ToC's, logic models of CLD's).
Tip: gebruik bestaande modellen of analyses uit vergelijkbare domeinen als startpunt en pas deze aan op je eigen context. Dit bespaart tijd en vergroot de herkenbaarheid voor stakeholders)



2. Gestructureerde benadering van interventie-evaluatie

Stap 1 ▶▶

Stap 2 ▶▶

Stap 3 ▶▶

Stap 4 ▶▶

Stap 5

Stap 6 ▶▶

Stap 5. Kies een passend onderzoeksdesign

Na het doorlopen van stappen 1 t/m 4 heb je inzicht in:

- De leefstijlcontext en doelgroep voor de evaluatie
- De veronderstelde werkingsmechanismen
- Eventuele voorwaarden van stakeholders
- Of je de effectiviteit, implementatie of een hybride evaluatie wil evalueren

Op basis hiervan bepaal je nu het onderzoeksdesign dat het beste aansluit bij je evaluatiedoelen.

Stap 5.1 Formuleer de onderzoeksvraag, wat wil je precies weten van je interventie

Afhankelijk van je focus formuleer je een onderzoeksvraag die past bij:

1. Evaluatie van de effectiviteit

Onderzoeksvragen kunnen zich richten op:

- Korte- en langetermijneffecten
- Verandering in leefstijlgedrag bij de deelnemers aan de interventie (eindgebruikers) en duurzaamheid daarvan
- Mechanismen van verandering (bijv. motivatie, sociale steun)

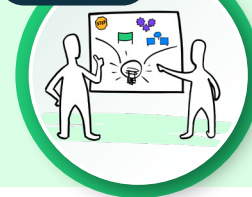
2. Evaluatie van de implementatie

Onderzoeksvragen kunnen zich richten op o.a.:

- Bereik: wie van de beoogde doelgroep krijgt toegang tot en neemt deel aan de interventie?
- Acceptatie: hoe wordt de interventie ervaren door deelnemers en uitvoerders?
- Adoptie: in welke mate wordt de interventie toegepast door de uitvoerder?
- Uitvoering en uitvoeringstrouw (dosage en fidelity): wordt de interventie uitgevoerd zoals bedoeld en met de juiste intensiteit door de uitvoerder?
- Adaptaties: welke aanpassingen vinden plaats door de uitvoerder en waarom?
- Bevorderende en belemmerende factoren: welke factoren hebben invloed op de implementatie?

3. Hybrideonderzoek

Combineer beide perspectieven: effectiviteit én implementatie. Dit is nuttig bij interventies die in de praktijk worden uitgerold en waarbij zowel de werking als de uitvoerbaarheid relevant zijn. Een hybride onderzoek kan echter ook al worden toegepast binnen gecontroleerde onderzoeksopzetten, zoals een RCT. Op die manier kunnen al tijdens de trial waardevolle lessen worden getrokken over de implementatie-ervaringen en de factoren die succesvolle toepassing in de praktijk beïnvloeden.



2. Gestructureerde benadering van interventie-evaluatie

Step 1 ▶▶

Step 2 ▶▶

Step 3 ▶▶

Step 4 ▶▶

Step 5

Step 6 ▶▶

Step 5.2 Kies je onderzoeksdesign

Het onderzoeksdesign an sich hoeft niet complex te zijn, maar de uiteindelijke inrichting van de studie (juiste gematchte controlegroepen, context, verscheidenheid van uitkomstmaten etc.), bepaalt de mate van complexiteit. De klassieke evidence-hiërarchie (met RCT's bovenaan), is bij leefstijlonderzoek niet altijd toepasbaar.

Passend bewijs als alternatief voor 'hard' bewijs

Zoals beschreven door [Heymans, Kleijnen en Verstijnen \(2013\)](#) ^[29], is het 'hardste' bewijs (zoals RCT's) niet altijd haalbaar of ethisch verantwoord in de praktijk van medisch-specialistische en leefstijlinterventies. Zij ontwikkelden een passend-bewijsvragenlijst die helpt om op basis van de klinische setting en haalbaarheid te bepalen welke onderzoekskenmerken (zoals randomisatie, controlegroep, blinding) wenselijk en mogelijk zijn. Deze benadering maakt ruimte voor alternatieve designs en sluit beter aan bij de realiteit van leefstijlgeneskunde. De [Richtlijn Passend bewijs voor preventie](#) ^[6] kan hierbij ook nuttig zijn, omdat zij handvatten biedt om op een gestructureerde manier te beoordelen welk design methodologisch verantwoord én praktisch uitvoerbaar is, ook wanneer RCT's niet haalbaar zijn (zie ook [Appendix 1](#)).

Er is geen universeel beste evaluatiemethode voor leefstijlinterventies; de keuze hangt af van de specifieke context en de mate waarin de resultaten representatief zijn voor de daadwerkelijke doelgroep.

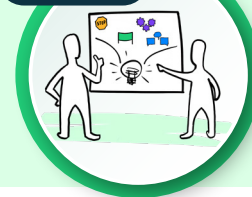
Effectiviteit evalueren?

Gebruik dan de beslisboom uit Figuur 4 (overgenomen uit de [Handreiking Onderzoeksmethodologie van de Coalitie Leefstijl in de Zorg](#) ^[8]). Deze helpt je bij het kiezen van een passend effectiviteitsdesign, zoals bijvoorbeeld een RCT, quasi-experimenteel of observationeel design.

- De beslisboom bevat 17 veelvoorkomende onderzoeksdesigns die in de bovenstaande handreiking zijn beschreven. Op basis van de onderzoeksvraag en context leidt de beslisboom je stapsgewijs naar het meest geschikte design. De nummering in de figuur verwijst naar de nummering gebruikt in bovenstaande handreiking.

Implementatie evalueren?

Bij het evalueren van de implementatie gaat het om het begrijpen **hoe** en **onder welke omstandigheden** een interventie daadwerkelijk wordt uitgevoerd. De focus ligt op het verzamelen van gegevens bij de personen of groepen die betrokken zijn bij de uitvoering van de interventie (zoals professionals, projectleiders, samenwerkingspartners of doelgroepen/patiënten) of diegenen die de interventie ondergaan. **Ook routinematige implementatiegegevens** kunnen hierbij een waardevolle bron van informatie vormen.



2. Gestructureerde benadering van interventie-evaluatie

Stap 1 ▶▶

Stap 2 ▶▶

Stap 3 ▶▶

Stap 4 ▶▶

Stap 5

Stap 6 ▶▶

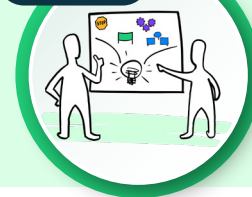
Er bestaat dus geen specifieke procedure om een 'juiste' onderzoeksdesign te kiezen. In plaats daarvan draait het om een zorgvuldige afstemming van de timing van de dataverzameling (wanneer meten we wat er gebeurt?), de selectie van de relevante doelgroepen (bij wie halen we informatie op?) en op welke manier (welke meetmethoden gebruiken we?). Samen bepalen deze keuzes feitelijk hoe de implementatie-evaluatie wordt ingericht. Het gaat hierbij dus niet om een formeel onderzoeksdesign zoals bij effectstudies, maar om een praktische en systematische aanpak om inzicht te krijgen in de uitvoering van de interventie.

Hybride evalueren?

In dat geval combineer je beide benaderingen. Gebruik de beslisboom voor effectiviteit (figuur 4) en vul deze aan met implementatiecomponenten.

Let op:

Wanneer je niet de uitvoering, maar de effectiviteit van de implementatiestrategie wilt beoordelen (dus onderzoeken of de gekozen aanpak daadwerkelijk leidt tot betere implementatie-uitkomsten), voer je in feite een effectiviteitsstudie uit. In dat geval volg je de procedure zoals beschreven bij het evalueren van effectiviteit en gebruik je de beslisboom uit figuur 4. Het verschil is dat de effectiviteit van de implementatiestrategie hierbij je primaire uitkomstmaat is.



2. Gestructureerde benadering van interventie-evaluatie

Stap 1 ▶▶

Step 2 ▶▶

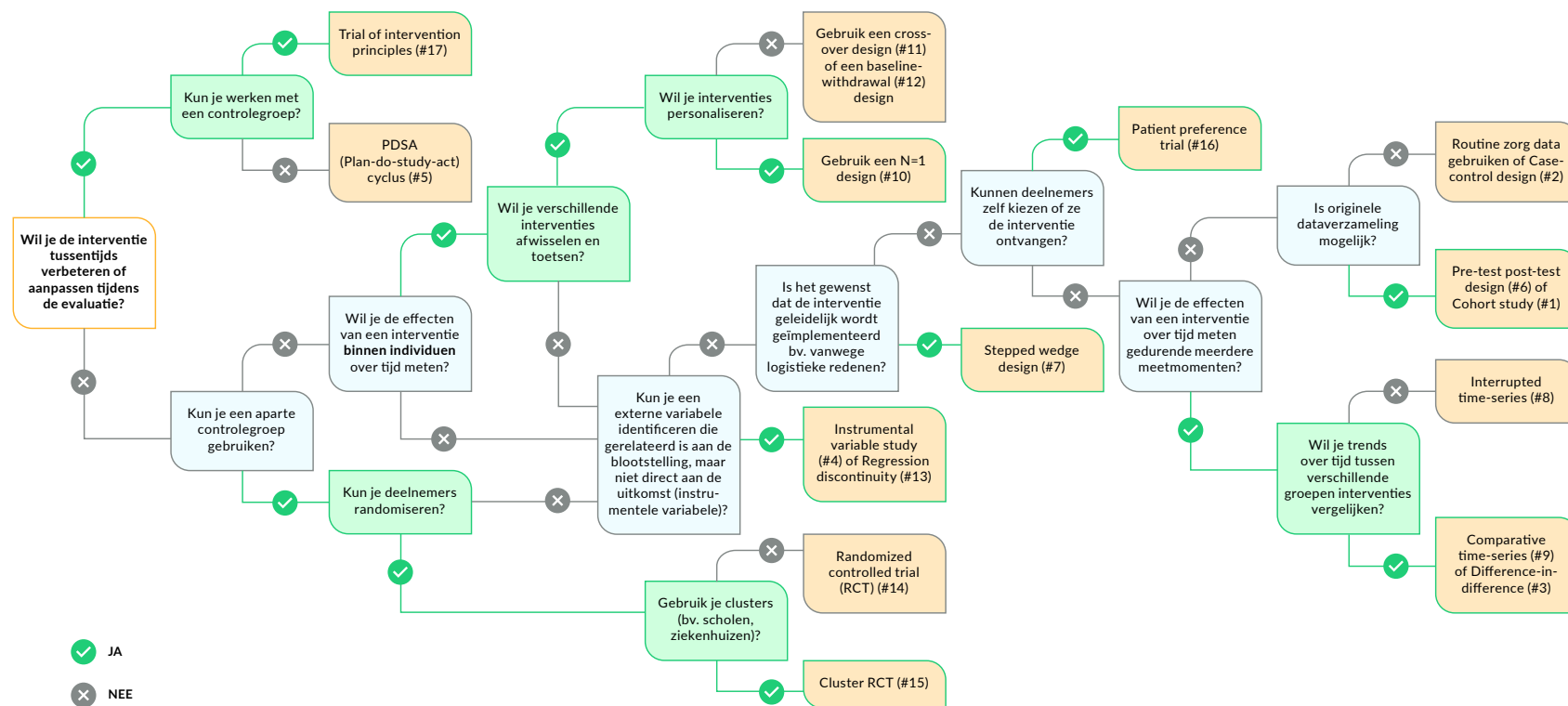
Step 3 ▶▶

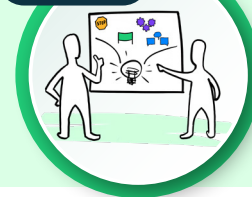
Step 4 ▶▶

Step 5

Step 6 ▶▶

Figuur 4. Beslisboom voor het kiezen van onderzoeksdesigns bij effectiviteitsevaluaties. De genummerde onderdelen verwijzen naar de bijbehorende beschrijvingen in de oorspronkelijke ‘Handreiking onderzoeks-methoden leefstijl-interventies in de zorg – Mogelijkheden voor het evalueren van effectiviteit’ ³.





2. Gestructureerde benadering van interventie-evaluatie

Stap 1 ▶▶

Stap 2 ▶▶

Stap 3 ▶▶

Stap 4 ▶▶

Stap 5

Stap 6 ▶▶

Stap 5.3 Bepaal geschikte uitkomstmaten

Stap 5.3.1 Effectiviteit

Kies uitkomstmaten op basis van je onderzoeksvraag, eventueel aangevuld met eisen van stakeholders (zie stappen 1 en 3). Denk aan:

- Gedragsdeterminanten (bv verhoogde motivatie)
- Gedragsuitkomsten (bv voeding, beweging, slaap)
- Biomedische uitkomsten (bv HbA1c, gewicht)
- Kwaliteit van Leven (dagelijks functioneren en welzijn)
- Onverwachte of neveneffecten (bv meer sociale contacten of frustratie bij uitblijvend resultaat)

Tip: Raadpleeg de Handreiking Uitkomstmaten voor Effectiviteitsonderzoek (Coalitie Leefstijl in de Zorg, verwacht jan 2026) voor voorbeelden, definities en aanbevelingen.

Let op:

De keuze voor uitkomstmaten moet in lijn zijn met het gekozen onderzoeksdesign. Zoals [Heymans et al. 29](#) benadrukken, is het belangrijk om uitkomstmaten te koppelen aan wat binnen de klinische setting haalbaar en ethisch verantwoord meetbaar is. De passend-bewijsvragenlijst helpt hierbij door inzicht te geven in welke onderzoekskenmerken realistisch zijn binnen jouw context.

Stap 5.3.2 Implementatie

Gebruik erkende uitkomstmaten en frameworks, voor het selecteren van geschikte implementatie uitkomstmaten zoals beschreven in:

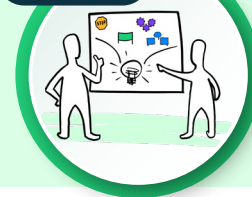
- [Proctor et al., 2011 – Outcomes for implementation research 30](#)
- [Powell et al., 2023 – Updated implementation outcomes 31](#)
- [Nilsen, 2015 – Making sense of implementation theories, models and frameworks 32](#)

Voorbeelden van implementatie-uitkomsten:

- Bereik: wie van de beoogde doelgroep krijgt toegang tot en neemt deel aan de interventie?
- Acceptatie: hoe wordt de interventie ervaren door deelnemers en uitvoerders?
- Adoptie: in welke mate wordt de interventie toegepast?
- Uitvoering en uitvoeringstrouw (dosage en fidelity): wordt de interventie uitgevoerd, en ook zoals bedoeld?
- Duurzaamheid: in hoeverre blijft de interventie behouden na afloop van het project?
- Adaptaties: welke aanpassingen vinden plaats en waarom?
- Bevorderende en belemmerende factoren: welke factoren hebben invloed op implementatie?

Let op:

Houd rekening met eisen of randvoorwaarden uit **Stap 1** (bijv. gegevensbehoeften van financiers of stakeholders) bij het bepalen van je meetstrategie.



2. Gestructureerde benadering van interventie-evaluatie

Stap 1 ▶▶

Stap 2 ▶▶

Stap 3 ▶▶

Stap 4 ▶▶

Stap 5

Stap 6 ▶▶

Stap 5.3.3 Kaders voor het structureren van de uitkomstmaten

Zoals [Per Nilsen \(2015\)](#) in zijn review beschrijft ³² zijn er meerdere raamwerken om uitkomstmaten te ordenen. We presenteren er hier twee ter inspiratie, maar willen wel benoemen dat dit niet de enige raamwerken zijn en dat men zelf hierin een keuze kan maken, of wellicht meerdere raamwerken kan combineren.

MRC-framework:

Het MRC-framework (Medical Research Council; [Skivington et al., 2021](#) ³³) helpt bij het structureren van uitkomstmaten door interventies te beoordelen in relatie tot context, mechanismen en uitvoering. Belangrijke aandachtspunten zijn:

- Effectiviteit: veranderingen op individueel en/of populatieniveau
- Proces/mechanismen: inzicht in hoe en waarom effecten optreden, inclusief interactie met context en interventiecomponenten
- Implementatie: uitvoering in de praktijk en factoren die de implementatie bevorderen of belemmeren
- Context: alle externe en interne factoren die de uitvoering, werking en haalbaarheid van de interventie beïnvloeden, zoals organisatorische structuren, beleidsomgeving, sociale en culturele omstandigheden, en beschikbare middelen.

Toegevoegde waarde: het biedt een **holistisch perspectief**, waardoor uitkomsten als onderliggende mechanismen, implementatie en contextfactoren worden meegenomen.

RE-AIM-model:

Het [RE-AIM-model](#) ^{34,35} is primair een raamwerk, geen set vaste uitkomstmaten. Het is ontworpen om uitkomstmaten te structureren en te categoriseren op vijf dimensies: Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance. Het helpt:

- structuur aan te brengen met meetbare indicatoren
- effectiviteit en implementatie in balans te houden

Toegevoegde waarde: het biedt een praktisch raamwerk dat overzicht geeft van zowel effect- als implementatie-uitkomsten en de impact van de interventie.



2. Gestructureerde benadering van interventie-evaluatie

Stap 1 >>

Stap 2 >>

Stap 3 >>

Stap 4 >>

Stap 5

Stap 6 >>

Stap 5.4 Bepaal hoe, wanneer en bij wie je de uitkomstmaten gaat meten

Om de uitkomstmaten van je interventie op een relevante manier te verzamelen, is het belangrijk om vooraf duidelijk te bepalen **hoe**, **wanneer** en **bij wie** je gaat meten.

In het onderstaande overzicht worden de belangrijkste typen dataverzameling samengevat: **kwantitatief**, **kwalitatief** en **mixed methods**.

Per methode worden de kenmerken en situaties waarin ze het meest geschikt zijn weergegeven. Dit helpt om een weloverwogen keuze te maken die aansluit bij je onderzoeksvragen en bij de doelen van de evaluatie.

Tabel 5. Overzicht van dataverzamelingsmethoden

Data verzamelingsmethode	Kenmerken	Wanneer kiezen?
Kwantitatief	- Numerieke gegevens - Gestructureerde data (bijv. vragenlijsten, metingen, gegevens uit softwaresystemen zoals apps, wearables of elektronische patiëntendossiers) - Grote steekproeven - Statistische analyse	- Als je cijfers wilt hebben - Voor generaliseerbare resultaten
Kwalitatief	- Diepgaande data (bijv. interviews, focusgroep, observaties) - Kleine steekproeven - Thematische analyse	- Bij exploratief onderzoek - Om nuances, betekenissen en perspectieven van betrokkenen te begrijpen - Om mechanismen beter te begrijpen
Mixed Methods	- Combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve technieken - Data wordt afzonderlijk of geïntegreerd geanalyseerd	- Als je inzicht wilt krijgen in ervaringen, motivaties of context én het verhaal achter de cijfers - Als je zowel cijfers als achterliggende mechanismen en verklaringen wilt combineren - Voor een completer beeld van complexe vraagstukken



2. Gestructureerde benadering van interventie-evaluatie

Stap 1 ▶▶

Stap 2 ▶▶

Stap 3 ▶▶

Stap 4 ▶▶

Stap 5 ▶▶

Stap 6

Stap 6. Wat doe je met de resultaten van je evaluatie?

De gegevens en inzichten die voortkomen uit de evaluatie van een leefstijlinterventie vormen het vertrekpunt voor verdere toepassing, verspreiding en verbetering. Afhankelijk van wie de beoogde gebruikers van de resultaten zijn (zie stap 1), kunnen de data op verschillende manieren worden verspreid voor de (eind)gebruiker:

- **Voor de wetenschap:** Publiceer de resultaten in een (internationaal) wetenschappelijk tijdschrift om kennis te delen en bij te dragen aan de wetenschappelijke onderbouwing van leefstijlinterventies.
- **Voor de zorgpraktijk of zorgverzekeraar:** Verwerk de uitkomsten in een evaluatierapport of businesscase die inzicht geeft in effectiviteit, uitvoerbaarheid en kosten. Dit kan gebruikt worden in gesprekken over structurele financiering of opname in zorgpakketten.
- **Voor erkenning of opname in landelijke databases:** Als je interventie erkend wil worden via bijvoorbeeld het Loket Gezond Leven (RIVM), gebruik je de resultaten om aan te tonen dat je interventie werkt (effect) en goed toepasbaar is (implementatie)
- **Voor beleid en lokale overheden:** Presenteer de inzichten in een toegankelijke vorm (infographic, factsheet, beleidsnotitie) om gemeenten of GGD'en te informeren over wat werkt, voor wie en onder welke omstandigheden.
- **Voor lerende netwerken en praktijkpartners:** Koppel de resultaten actief terug naar de betrokken professionals, deelnemers en andere stakeholders. Dit kan via een bijeenkomst, rapportage of visueel dashboard. Hierdoor stimuleer je leren, verbetering en draagvlak.
- **Voor vervolgonderzoek of opschaling:** Gebruik de evaluatie als bouwsteen om een onderbouwde casus op te stellen voor opschaling of subsidieaanvragen voor vervolgonderzoek. De data helpen bij het aanscherpen van onderzoeksvragen, het ontwikkelen van nieuwe implementatiestrategieën of het aanvragen van erkenning op hoger niveau.



3. Fictieve voorbeelden

Kinderen met obesitas

Dementie in de wijk ▶▶

Diabetes type 2 in eerstelijnszorg ▶▶

Gezond gewicht in de wijk ▶▶

In dit hoofdstuk worden ter verduidelijking van het stappenplan diverse voorbeelden weergegeven. Deze voorbeelden zijn gegenereerd met behulp van kunstmatige intelligentie (AI via CoPilot) en dienen uitsluitend als illustratie. Ze zijn bedoeld om de toepassing van de evaluatie-

stappen concreet en inzichtelijk te maken en om de lezer te ondersteunen bij het begrijpen van de aanpak en om inspiratie te bieden voor het opzetten van een eigen evaluatieproces. De voorbeelden zijn dus niet gebaseerd op daadwerkelijke casussen of personen.

3.1 Leefstijlprogramma in huisartsenpraktijk voor kinderen met obesitas

Stap 1	Stap 2	Stap 3	Stap 4	Stap 5
 Reden voor evaluatie: Begrijpen of en hoe de interventie werkt, welke factoren meespelen, en wat de verwachte uitkomsten zijn.	 Eenvoudige onderzoeksopzet volstaat niet gezien de complexiteit: verschillende interventie-elementen (o.a. coaching, voedingsadvies, bewegessessies, educatieve sessies, digitale ondersteuning), meerdere betrokken actoren (huisarts, jeugdverpleegkundige, kinderen, ouders)	 Je stelt een logic model op waarin je laat zien dat: • Input: Huisarts, jeugdverpleegkundige, diëtist, opvoedingsmateriaal, digitale app voor ouders/kinderen. • Activiteiten: Coaching gesprekken met ouder en kind, voedingsadvies, bewegessessies, motivatie- en educatieve sessies. • Output: Aantal sessies gevolgd, deelnamegraad, ouderbetrokkenheid. • Outcome (korte termijn): Verandering in eetpatroon, verhoogde fysieke activiteit, kennis over gezonde leefstijl. • Outcome (lange termijn): Afname BMI-ontwikkeling, verbeterde gezondheid	 Hybride type 1 evaluatie (primair effectiviteit, secundair implementatie)	 1. Onderzoeksvraag: <i>Wat is het effect van het "Gezond Groeien" programma op de BMI en fysieke activiteit van kinderen na 12 maanden, vergeleken met gebruikelijke zorg?</i> <i>Hoe ervaren ouders en kinderen het programma? Welke factoren bevorderen of belemmeren de deelname en gedragsverandering? Hoe loopt de samenwerking tussen huisartspraktijk en jeugdgezondheidszorg?</i> 2. Hybride evaluatie: De beslisboom leidt je naar een pre-test-post-test design (met difference-in-difference analyse) met een controlegroep (vergelijkbare kinderen in andere praktijken zonder programma). 3. Geschikte uitkomstmaten (mixed methods) • Metingen: Fysieke activiteit, BMI en voedingsgedrag vóór en 12 maanden na start interventie • Interviews met ouders en kinderen: ervaringen, motivatie, barrières • Focusgroepen met huisartsen en jeugdverpleegkundigen: samenwerking, Implementatie-ervaringen, knelpunten



3. Fictieve voorbeelden

Kinderen met obesitas >>

Dementie in de wijk

Diabetes type 2 in eerstelijnszorg >>

Gezond gewicht in de wijk >>

3.2 Leefstijlinterventie voor ouderen met dementie in de wijk

Stap 1	Stap 2	Stap 3	Stap 4	Stap 5
 Reden voor evaluatie: beter inzicht in de context	 Een eenvoudige onderzoeksopzet volstaat niet. De interventie is complex o.a. door cognitieve beperkingen, betrokkenheid van mantelzorgers en samenwerking met wijkprofessionals.	 Je stelt een Theory of Change met veronderstelde werkzame mechanismen op waarin je laat zien dat: - Gedrags- en gezondheidsvaardigheden van de oudere en motivatie van mantelzorgers deelname en leefstijlverandering beïnvloeden. - Sociale steun via mantelzorgers, lotgenoten en wijkteams continuïteit en motivatie bevordert. - Professionals in de wijk (wijkverpleegkundige, fysiotherapeut, huisarts) een sleutelrol spelen in begeleiding en monitoring. - Fysieke en sociale omgeving (zoals buurtvoorzieningen, veilige beweegroutes en groepsactiviteiten) haalbaarheid en betrokkenheid beïnvloedt. Je identificeert als werkzame elementen: - Persoonlijke coaching voor ouderen en hun mantelzorgers - Groepsactiviteiten en sociale ontmoetingen in de wijk - Ondersteuning en begeleiding vanuit wijkteams en huisartsenpraktijken - Digitale hulpmiddelen voor monitoring en herinnering, indien passend	 Hybride type 2 evaluatie (met gelijke aandacht voor effectiviteit en implementatie)	 1. Onderzoeksvraag: <i>Wat is het effect van de leefstijlinterventie op gezondheids- en welzijnsuitkomsten (zoals fysieke activiteit, voeding, cognitieve en sociale participatie) bij ouderen met dementie, hoe ervaren deelnemers, mantelzorgers en professionals de uitvoering en wat kan er verbeterd worden?</i> 2. Hybride evaluatie: De beslisboom leidt je naar een pre-test–post-test design zonder controlegroep, aangevuld met implementatie-evaluatie. 3. Geschikte uitkomstmaten (mixed methods) - Pre- en postmetingen van fysieke activiteit, voeding, gewicht, cognitieve status en kwaliteit van leven. - Procesdata over deelname, adherence en tevredenheid - Kwalitatief: interviews of focusgroepen met deelnemers, mantelzorgers en wijkprofessionals over ervaren werkzame elementen, barrières en contextfactoren. - Follow-up na 3–6 maanden om continuïteit van effecten en implementatie te onderzoeken.



3. Fictieve voorbeelden

Kinderen met obesitas ▶▶

Dementie in de wijk ▶▶

Diabetes type 2 in eerstelijnszorg

Gezond gewicht in de wijk ▶▶

3.3 Leefstijlinterventie voor mensen met diabetes type 2 in de eerstelijnszorg

Stap 1	Stap 2	Stap 3	Stap 4	Stap 5
 Reden voor evaluatie: inzicht krijgen in mogelijke verbeterpunten voor zowel effectiviteit als implementatie. De interventie is reeds bewezen effectief (met duiding van ZIN), maar het nieuwe onderzoek richt zich op het testen van een aangepaste variant in een andere context. Additionele voorwaarde, vooruitlopend op advies van Commissie Passend bewijs preventie: inclusie van een controlegroep in je studies.	 Een eenvoudige onderzoeksopzet volstaat niet door de complexiteit van de interventie: meerdere beïnvloedbare factoren (zoals motivatie, sociale steun en omgeving), verschillende betrokken actoren (huisarts, POH, groepsbegeleiders), en interacties tussen interventie-elementen	 Je stelt een Theory of Change met veronderstelde werkzame mechanismen op waarin je laat zien dat: • Gezondheidsvaardigheden, motivatie en sociale steun van invloed zijn op voedings- en beweggedrag. • De huisarts en praktijkondersteuner een sleutelrol spelen in het activeren van gedragsverandering door gedrag te monitoren en feedback te geven over resultaten • De fysieke omgeving (zoals toegang tot gezonde voeding en beweegmogelijkheden) de haalbaarheid beïnvloedt. Je identificeert als werkzame elementen: • Persoonlijke leefstijlcoaching, • Groepssessies met lotgenoten, • En ondersteuning vanuit de huisartsenpraktijk.	 Hybride type 3 evaluatie (primaïr implementatie, secundair effectiviteit)	 1. Onderzoeksvraag: <i>Hoe ervaren deelnemers en zorgverleners de leefstijlinterventie bij mensen met diabetes type 2, en wat is het effect?</i> 2. Hybride evaluatie: De beslisboom leidt je naar een pre-test–post-test design met implementatie-evaluatie, aangevuld met een gematchte controlegroep. 3. Geschikte uitkomstmaten (mixed methods) • Kwalitatieve interviews met deelnemers en zorgverleners om inzicht te krijgen in ervaren werkzame elementen, barrières en contextuele factoren. • Pre- en postmetingen (direct na afloop van de interventie) van HbA1c, gewicht en ervaren kwaliteit van leven. • Eventueel een follow-upmeting na 6 maanden om duurzaamheid van effecten te onderzoeken.



3. Fictieve voorbeelden

Kinderen met obesitas >>

Dementie in de wijk >>

Diabetes type 2 in eerstelijnszorg >>

Gezond gewicht in de wijk

3.4 'Gezond gewicht in de wijk' programma voor inwoners met obesitas die via gemeente, huisarts en welzijnswerk worden begeleid

Stap 1	Stap 2	Stap 3	Stap 4	Stap 5
 Reden voor evaluatie: leer- en verbeterpunten voor borging en opschaling	 Eenvoudige onderzoeksopzet volstaat niet gezien de complexiteit: de interventie omvat meerdere componenten (leefstijlcoaching, sociale steun, medische begeleiding) en actoren (gemeente, huisartsen, welzijnswerk), en wordt beïnvloed door contextuele factoren zoals stress en financiële situatie van deelnemers.	 Je stelt een CLD op waarin je laat zien dat: Componenten • Leefstijlcoaching → (+) Motivatie voor gezond gedrag → (+) Gezond gedrag → (-) BMI → Gezondheidsproblemen (-) • Sociale steun → (+) Motivatie voor gezond gedrag • Stress → (-) Gezond gedrag • Financiële zorgen → (+) Stress • Hoog BMI → (+) Medische begeleiding → (+) Leefstijlcoaching Herkenbare feedback loops: • Balancerende lus: Gezond gedrag → lager BMI → minder medische begeleiding → minder coaching. • Versterkende lus: Meer sociale steun → meer motivatie → meer gezond gedrag → positief effect op BMI → verhoogde zelfeffectiviteit → meer motivatie.	 Implementatie evaluatie	 1. Onderzoeksvraag: <i>Welke rol spelen sociale steun, stress en coaching op deelname en betrokkenheid van de deelnemers aan het programma? Welke barrières en bevorderende factoren beïnvloeden de uitvoering aan het programma en hoe sluiten deze aan bij het CLD?</i> 2. Hybride evaluatie: De beslisboom leidt je naar een difference-in-difference design. Interventiegroep (wijk met interventie) vs. controlegroep (wijk zonder interventie) 3. Geschikte uitkomstmaten: • Interviews met deelnemers: Hoe ervaren zij steun, stress, coaching? • Focusgroepen met professionals: Inzichten in uitvoering, barrières, terugkoppeling op CLD



4. Begrippen en definities

- **Causal loop diagram (CLD):** een visuele weergave van oorzaak-gevolgrelaties binnen een systeem, waarbij feedbacklusen en dynamische interacties tussen variabelen worden getoond.
- **Complexiteit vraagstukken van interventie:** Interventies worden gewoonlijk als 'complex' gedefinieerd als een interventie bestaat uit verschillende factoren die met elkaar in verband staan en elkaar beïnvloeden.
- **Componenten:** de specifieke elementen die de interventie vormen, zoals Leefstijlcoaching, beweegprogramma's, voedingsadvies, mentale ondersteuning, educatie.
- **Determinanten:** de onderliggende oorzaken of factoren die het gedrag en de leefstijl van individuen beïnvloeden, zoals culturele normen, omgeving, motivatie, of toegang tot gezondheidszorg.
- **Effectiviteitsevaluatie:** onderzoek naar de mate waarin een interventie de beoogde resultaten of effecten behaalt
- **Implementatie-evaluatie:** analyse van hoe en in welke mate een interventie volgens plan is uitgevoerd in de praktijk
- **Implementatie-strategieën:** een doelgerichte, planmatige aanpak of set van activiteiten die ingezet wordt om de invoering, uitvoering en borging van een leefstijlinterventie of -programma in de praktijk te bevorderen
- **Logic model:** visuele lineaire weergave van de relatie tussen middelen, activiteiten, outputs en verwachte resultaten van een interventie wordt weergegeven.
- **Procesevaluatie:** onderzoek naar de uitvoering van een interventie om te begrijpen hoe de interventie tot stand komt. In deze handreiking wordt geen onderscheid gemaakt tussen procesevaluatie en implementatie-evaluatie.
- **Realist evaluation:** een theoriegestuurde evaluatiebenadering die onderzoekt hoe, waarom en onder welke context een interventie werkt, door mechanismen en uitkomsten in kaart te brengen. Deze inzichten kunnen direct worden gebruikt om een Theory of Change op te zetten, waarbij aannames en contextafhankelijke causaliteit expliciet worden gemaakt
- **Theory of Change (ToC) model:** visuele of schematische weergave van hoe een interventie verwacht wordt verandering te realiseren, door inputs, activiteiten, outputs, uitkomsten en langetermijn doel (impact) te verbinden via expliciete aannames en causaliteit
- **Variabelen:** de meetbare kenmerken of factoren die invloed kunnen hebben op de effectiviteit van de interventie, zoals leeftijd, geslacht, sociaaleconomische positie of gezondheidstoestand.
- **Werkzame elementen:** de onderdelen of mechanismen die bijdragen aan het gewenste resultaat, zoals gedragsverandering of gezondheidswinst. Ze zijn dus essentieel voor het succes van de interventie.



Referenties

1. Coalitie Leefstijl in de Zorg. Strategische Kennisagenda Leefstijl in de Zorg. (2023) leefstijlcoalitie.nl/nieuws/strategische-kennisagenda-leefstijl-in-de-zorg/
2. Coalitie Leefstijl in de Zorg. Naar een gezamenlijke Kennis en Implementatie Cyclus voor Leefstijl in de Gezondheidszorg. (2025) leefstijlcoalitie.nl/wp-content/uploads/2025/03/011CLZ_KIMlcyclus_V5.pdf
3. Coalitie Leefstijl in de Zorg. Handreiking onderzoeksmethoden leefstijlinterventies in de zorg - mogelijkheden voor het evalueren van effectiviteit. (2025). leefstijlcoalitie.nl/wp-content/uploads/2025/03/CLZ001-1-Handreiking-onderzoeks-methoden-leefstijl_interventies-in-de-zorg_v4.pdf
4. Coalitie Leefstijl in de Zorg. Wetenschappelijk bewijs Leefstijlgeneskunde, update 2025. (2025). publications.tno.nl/publication/34645002/4qhUaOP7/nilg-2025-kennisbundel.pdf
5. U.S. Department of Agriculture. A Series of Systematic Reviews on the Effects of Nutrition Education on Children's and Adolescents' Dietary Intake NEL Nutrition Education Systematic Review Report. (2012) nesr.usda.gov/sites/default/files/2019-04/NutritionEducation-FullReport.pdf
6. Adviescommissie richtlijn passend bewijs voor preventie. Passend bewijs voor preventie. (2025). open.overheid.nl/documenten/551ff7b5-c686-4956-9c0e-a36dca3f4f3c/file
7. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, Moore L, O'Cathain A, Tinati T, Wight D, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. BMJ (2015) 350:h1258–h1258. doi: 10.1136/bmj.h1258
8. Curran GM, Bauer M, Mittman B, Pyne JM, Stetler C. Effectiveness-implementation Hybrid Designs. Med Care (2012) 50:217–226. doi: 10.1097/MLR.0b013e3182408812
9. Brug J, van Assema P, Lechner L eds. Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: Een planmatige aanpak. 9th ed. Netherlands: Koninklijke Van Gorcum BV (Royal Van Gorcum BV) (2017).
10. de Greeff J, Lemmers L. Gezondheidsbevordering en leefstijl: Een praktische inleiding. Paperback. Amsterdam: Boom (2022).
11. Rosenstock IM. Historical Origins of the Health Belief Model. Health Educ Monogr (1974) 2:328–335. doi: 10.1177/109019817400200403
12. Rosenstock IM. The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. Health Educ Monogr (1974) 2:354–386. doi: 10.1177/109019817400200405
13. Green EC, Murphy EM, Gryboski K. "The Health Belief Model.," The Wiley Encyclopedia of Health Psychology. Wiley (2020). p. 211–214 doi: 10.1002/9781119057840.ch68
14. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process (1991) 50:179–211. doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T
15. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev (1977) 84:191–215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191
16. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall (1986).
17. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implement Sci (2011) 6:42. doi: 10.1186/1748-5908-6-42
18. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. Am Psychol (2000) 55:68–78. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.68
19. Prochaska JO, Velicer WF. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. Am J Heal Promot (1997) 12:38–48. doi: 10.4278/0890-1171-12.1.38
20. de Klein A, Wesselman M. Het transtheoretisch model: in vijf fasen naar nieuw gedrag. (2019) www.allesoversport.nl/thema/gezonde-leefstijl/het-transtheoretisch-model-in-vijf-fasen-naar-nieuw-gedrag/ [Accessed October 28, 2025]



Referenties

21. de Klein A, Wesselman M. I-Change model: 5 theorieën over gedrag gecombineerd. (2019) www.allesoversport.nl/thema/gezonde-leefstijl/i-change-model-5-theorieen-over-gedrag-gecombineerd/
22. Atkins L, Francis J, Islam R, O'Connor D, Patey A, Ivers N, Foy R, Duncan EM, Colquhoun H, Grimshaw JM, et al. A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implement Sci* (2017) 12:77. doi: 10.1186/s13012-017-0605-9
23. Fleuren MAH, Paulussen TGWM, Van Dommelen P, Van Buuren S. Towards a measurement instrument for determinants of innovations. *Int J Qual Heal care J Int Soc Qual Heal Care* (2014) 26:501–10. doi: 10.1093/intqhc/mzu060
24. Damschroder LJ, Reardon CM, Widerquist MAO, Lowery J. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implement Sci* (2022) 17:75. doi: 10.1186/s13012-022-01245-0
25. Reardon CM, Damschroder LJ, Ashcraft LE, Kerins C, Bachrach RL, Nevedal AL, Domlyn AM, Dodge J, Chinman M, Rogal S. The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) User Guide: a five-step guide for conducting implementation research using the framework. *Implement Sci* (2025) 20:39. doi: 10.1186/s13012-025-01450-7
26. Werkzame elementen: laten staan wat werkt. www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/werkzame-elementen [Accessed October 17, 2025]
27. Zwikker M, van Dale D, Bool M, Willemsen N. Werkzame elementen van interventies in databanken en erkenningstraject. (2019)1–6. www.loketgezondleven.nl/sites/default/files/2019-11/Notitie_definities_werkzame_elementen-nov-2018.pdf
28. van Dale D, van Empelen P, Schokker D. Factsheet Werkzame elementen van voeding- en beweeginterventies: Slimme combinaties van gedragsveranderingstechnieken. (2018) www.loketgezondleven.nl/sites/default/files/2018-12/TNO_Factsheet_Werkzame_elementen_van_voedings_en_beweeginterventies.pdf
29. Heymans J, Kleijnen S, Verstijnen I. Passend bewijs bij het bepalen van effectiviteit van interventies. *Ned Tijdschr Geneeskd* (2013) 157:A5479. www.ntvg.nl/artikelen/passend-bewijs-bij-het-bepalen-van-effectiviteit-van-interventies
30. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, Griffey R, Hensley M. Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Adm Policy Ment Heal Ment Heal Serv Res* (2011) 38:65–76. doi: 10.1007/s10488-010-0319-7
31. Proctor EK, Bunger AC, Lengnick-Hall R, Gerke DR, Martin JK, Phillips RJ, Swanson JC. Ten years of implementation outcomes research: a scoping review. *Implement Sci* (2023) 18:31. doi: 10.1186/s13012-023-01286-z
32. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement Sci* (2015) 10:53. doi: 10.1186/s13012-015-0242-0
33. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, Boyd KA, Craig N, French DP, McIntosh E, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ* (2021)n2061. doi: 10.1136/bmj.n2061
34. Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *Am J Public Health* (1999) 89:1322–1327. doi: 10.2105/AJPH.89.9.1322
35. Glasgow RE, Harden SM, Gaglio B, Rabin B, Smith ML, Porter GC, Ory MG, Estabrooks PA. RE-AIM Planning and Evaluation Framework: Adapting to New Science and Practice With a 20-Year Review. *Front Public Heal* (2019) 7: doi: 10.3389/fpubh.2019.00064
36. Farrington DP, MacKenzie DL, Sherman LW, Welsh BC. "The Maryland scientific methods scale,," In: Farrington DP, MacKenzie DL, Sherman LW, Welsh BC, editors. *Evidence-Based Crime Prevention*. Routledge (2002). p. 13–21 doi: 10.4324/9780203166697



Referenties

37. Zorginstituut Nederland. Beoordeling Standvan de Wetenschappen Praktijk 2023. (2023) www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapporten
38. Zorginstituut Nederland. Pakketbeheer in de Praktijk 4. (2023) www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2023/03/20/pip4
39. Zorginstituut Nederland. Leefstijlinterventies: van initiatief naar basisverzekering; een wegwijzer. (2022). www.zorginstituutnederland.nl/site/binaries/site-content/collections/documents/2022/08/15/wegwijzer-leefstijlinterventies-van-initiatief-naar-basisverzekering/Wegwijzer+Leefstijlinterventies+van+initiatief+naar+basisverzekering.pdf
40. Coalitie Leefstijl in de Zorg. Gids bekostiging leefstijlinterventies en het leefstijlgesprek. bekostiginginterventies.leefstijl-kennisbank.nl/ [Accessed October 17, 2025]
41. Bartholomew Eldredge LK, Markham CM, Ruiter RAC, Fernández ME, Kok G, Parcel GS. Planning health promotion programs: an Intervention Mapping approach. 4th ed. United States: Jossey-Bass Inc. (2016).
42. Applied Engineering Management. Logic Model Toolkit. (2018). eed.communities.ed.gov/sites/default/files/2024-07/Logic Model Toolkit.pdf
43. Bisset C, Gilman L. THE 5-STEP APPROACH TO Designing and Evaluating Behaviour. (2016) www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/advice-and-guidance/2016/05/5-step-approach-evaluation-designing-evaluating-behaviour-change-in-interventions-summary/documents/00500914-pdf/00500914-pdf/govscot%3Adocument/00500914.pdf
44. Expertisecentrum Leefstijlinterventies. Hoe gebruik je het Cool Logic Model? (2023) leefstijlinterventies.nl/hoe-gebruik-je-het-cool-logic-model/ [Accessed October 17, 2025]
45. Van Koperen TM, Jebb SA, Summerbell CD, Visscher TLS, Romon M, Borys JM, Seidell JC. Characterizing the <sc>EPODE</sc> logic model: unravelling the past and informing the future. *Obes Rev* (2013) 14:162–170. doi: 10.1111/j.1467-789X.2012.01057.x
46. Kneale D, Thomas J, Harris K. Developing and Optimising the Use of Logic Models in Systematic Reviews: Exploring Practice and Good Practice in the Use of Programme Theory in Reviews. *PLoS One* (2015) 10:e0142187. doi: 10.1371/journal.pone.0142187
47. Erasmus University Rotterdam. Theory of Change. www.eur.nl/onderzoek/research-services/societal-impact-evaluation/impact-toolbox/theory-change [Accessed October 17, 2025]
48. Purpose. Van ambitie naar effect: Theory of Change als basis voor gefundeerde keuzes. Binnenl Best (2025) www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/purpose/van-ambitie-naar-effect-theory-of-change-als-basis-voor [Accessed October 17, 2025]
49. Hivos. Theory of Change thinking in practice. (2015). hivos.org/document/hivos-theory-of-change/
50. Westhorp G. Realist Impact Evaluation. *Res Policy Dev* (2014)1–12. media.odi.org/documents/9138.pdf
51. Tadjman T, de Jong W, Snel E. Gezinsbegeleiding achter de voordeur. Een evaluatie volgens de methode Theory of Change. (2010). hdl.handle.net/1765/33029
52. Aromatario O, Van Hoya A, Vuillemin A, Foucaut A-M, Pommier J, Cambon L. Using theory of change to develop an intervention theory for designing and evaluating behavior change SDApps for healthy eating and physical exercise: the OCAPREV theory. *BMC Public Health* (2019) 19:1435. doi: 10.1186/s12889-019-7828-4
53. De Silva MJ, Breuer E, Lee L, Asher L, Chowdhary N, Lund C, Patel V. Theory of Change: a theory-driven approach to enhance the Medical Research Council's framework for complex interventions. *Trials* (2014) 15:267. doi: 10.1186/1745-6215-15-267
54. Management Platform. Causal Loop Diagrams (CLD). managementplatform.nl/causal-loop-diagrams-cld/02/10/2024 [Accessed October 17, 2025]



Referenties

55. Cassidy R, Borghi J, Semwanga AR, Binyaruka P, Singh NS, Blanchet K. How to do (or not to do)...using causal loop diagrams for health system research in low and middle-income settings. *Health Policy Plan* (2022) 37:1328–1336. doi: 10.1093/heapol/czac064
56. LIKE onderzoeksproject. LIKE logische model; materialen en tools. like-onderzoek.nl/materialen-en-tools/ [Accessed October 17, 2025]
57. Zuyd Hogeschool. Community's en het welzijn van burgers. (2024) www.zuyd.nl/binaries/content/assets/zuyd/onderzoek/werknotities/mlb-white-paper-healthy-communities.pdf
58. ter Ellen F, Oude Groeniger J, Stronks K, Hagenaars LL, Kamphuis CBM, Mackenbach JD, Beenackers MA, Freijer K, Coenen P, Poelman M, et al. Understanding the dynamics driving obesity in socioeconomically deprived urban neighbourhoods: an expert-based systems map. *BMC Med* (2025) 23:2. doi: 10.1186/s12916-024-03798-x
59. Allender S, Owen B, Kuhlberg J, Lowe J, Nagorcka-Smith P, Whelan J, Bell C. A Community Based Systems Diagram of Obesity Causes. *PLoS One* (2015) 10:e0129683. doi: 10.1371/journal.pone.0129683
60. ter Ellen F, Oude Groeniger J, Stronks K, Hagenaars L, Oude Hengel K, van Lenthe F. Hoe maatschappelijke dynamieken leiden tot obesitas in lage-inkomenswijken en hoe deze doorbroken kunnen worden. *TSG - Tijdschr voor gezondheidswetenschappen* (2025) doi: 10.1007/s12508-025-00471-3
61. Zuyd Hogeschool. Community's en het welzijn van burgers. zuyd.mediasite.com/Mediasite/Play/64e316703a504ade80f5ac496b26cbb01d



Appendix 1. Toelichting Richtlijn passend bewijs

Als onderdeel van de onderbouwing van de kosten en baten van preventie is recent de [richtlijn Passend bewijs voor preventie ontwikkeld](#) ⁶. Deze richtlijn is ontwikkeld voor preventie-maatregelen waarvoor inzet van publieke middelen nodig is. De richtlijn laat zien dat er drie ingrediënten voor passend bewijs zijn:

- 1) de effectmeting
- 2) de toepasbaarheid
- 3) langetermijneffecten

De effectmeting moet laten zien wat er verandert dankzij de interventie en wat er gebeurd zou zijn zonder de interventie. Als beoordelingskader wordt de [Maryland Scientific Methods Scale](#) gebruikt met niveau 3 als ondergrens (de inzet van een controlegroep) ³⁶.

Bij de toepasbaarheid gaat het om de vraag in hoeverre het bewijs toepasbaar is op de context waarin de interventie geïmplementeerd wordt. Dat vraagt om inzicht in doelgroep, uitvoeringspraktijk, schaal en randvoorwaarden. Waarom werkt iets, voor wie en in welke omstandigheden. Preventiemaatregelen laten vaak pas op de lange termijn hun volledige effect zien. Intermediaire uitkomstmaten (gedragsverandering, leefstijlverbetering of risicoreductie) kunnen dan nuttig zijn. De indicatoren moeten wel aantoonbaar samenhangen met gezondheidswinst of maatschappelijke baten.



Appendix 2. Kwaliteit van bewijs: van onderzoek naar contractering in de basiszorg

Vaak is er overtuigend bewijs voor de gezondheidswinst van leefstijlinterventies, toch blijft het altijd een zoektocht naar structurele financiering. Hierdoor blijven veel effectieve interventies beperkt tot tijdelijke projecten en pilots. Dit komt onder andere door het feit dat moet beoordeeld worden of een interventie wel of niet onder de zorgverzekeringswet valt.

In Nederland beoordeelt het Zorginstituut Nederland (ZIN) welke zorg binnen de basisverzekering valt volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw). Hierbij wordt gekeken naar de wetenschappelijke onderbouwing, de 'stand van de wetenschap en praktijk', en de doelmatigheid van de interventie. Alleen wanneer aan deze voorwaarden is voldaan, komt een interventie in aanmerking voor opname in het verzekerde basispakket. Documenten van het ZIN, zoals '[Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk, 2023](#)' ³⁷, '[Rapport - Pakketbeheer in de praktijk 4 | Rapport | Zorginstituut Nederland](#)' ³⁸ en '[Wegwijzer 'Leefstijlinterventies: van initiatief naar basisverzekering'](#)' ³⁹, geven uitgebreide uitleg over dit beoordelingsproces. Voor meer informatie kan men terecht op de website van het [ZIN](#).

Naast deze inhoudelijke eisen zijn er ook meerdere stappen nodig om bekostiging via de Zvw te verkrijgen. Om hierin te ondersteunen, heeft de Coalitie Leefstijl in de Zorg een website ontwikkeld over de [bekostiging van leefstijlinterventies](#) in en vanuit de zorg ⁴⁰. Op deze website is waardevolle informatie te vinden voor mensen die een leefstijlinterventie hebben ontworpen of dit van plan zijn. De site biedt antwoorden op vragen als: Waar begin ik als ik mijn leefstijlinterventie bekostigd wil krijgen? Bij welke partijen moet ik zijn? Hoe wordt mijn interventie beoordeeld? Deze digitale gids helpt je stap voor stap verder met de belangrijkste informatie.



Appendix 3. Hulpmiddelen en bronnen voor inzichtelijk maken van werkingsmechanismen

Logic model

Theoretische achtergrond:

- Standaardwerk over Intervention mapping, waarin het logic model van gedragsverandering centraal staat:
 - Bartholomew Eldredge, L.K., Parcel, G.S., Kok, G., & Gottlieb, N.H. (2011). Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach (3rd ed.). San Francisco: Jossey-Bass. ⁴¹
 - Brug, J., & Van Assema, P. (2010). Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: Een planmatige aanpak. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. ⁹

Hulpmiddelen:

- [Logic Model Toolkit](#) ⁴²: Deze toolkit biedt een stapsgewijze benadering voor het creëren van logic models. Het bevat een quick reference guide en een geannoteerde sjabloon om je te helpen bij het opzetten van je model
- [Draw a logic model](#) ⁴³ - Designing and Evaluating Behaviour Change Interventions

Voorbeelden:

- Website [Expertisecentrum Leefstijlinterventies](#) ⁴⁴
- [Van Koperen et al. 2012](#) ⁴⁵
- [Kneale et al., 2015](#) ⁴⁶

Theory of Change model

Theoretische achtergrond:

- Website [Erasmus University Rotterdam](#) ⁴⁷
- Van ambitie naar effect: Theory of Change als basis voor gefundeerde keuzes ⁴⁸

Hulpmiddelen:

- Gedetailleerd [inspiratie](#) over het opzetten van een Theory of Change-workshop ⁴⁹.
- De aanpak van [realist evaluation](#) kan goed dienen als basis voor het opzetten van een Theory of Change, omdat de analyse van context-mechanisme-outcome (CMO)-configuraties helpt om aannames expliciet te maken en te vertalen naar de causale keten van een ToC. ⁵⁰

Voorbeelden:

- [Tudjman et al., 2010.](#) ⁵¹
- [Aromatario et al., 2019.](#) ⁵²
- [De Silva et al., 2014.](#) ⁵³



Appendix 3. Hulpmiddelen en bronnen voor inzichtelijk maken van werkingsmechanismen

Causal loop diagram (CLD) / systeem analyse

Theoretische achtergrond:

- [Management Platform – Causal Loop Diagrams \(CLD\)](#). Deze pagina biedt een uitgebreide uitleg over wat CLD's zijn, hoe ze werken, en hoe je ze kunt toepassen in verschillende contexten ⁵⁴
- [Cassidy et al., 2022](#). ⁵⁵

Hulpmiddelen:

- Loopy – [ncase.me/loopy](#)
 - **Doel:** Interactieve en visuele simulaties van dynamische systemen.
 - **CLD-functionaliteit:** Loopy is ideaal voor het maken van eenvoudige, dynamische CLD's. Je kunt feedbackloops tekenen en direct zien hoe veranderingen doorwerken.
 - **Gebruik:** Zeer intuïtief, geschikt voor onderwijs en snelle conceptontwikkeling.
- Kumu – [kumu.io](#)
 - **Doel:** Netwerkanalyse en systeemvisualisatie.
 - **CLD-functionaliteit:** Kumu ondersteunt het maken van CLD's via systeemdiagrammen en biedt uitgebreide styling, annotaties en samenwerking.
 - **Gebruik:** Sterk in het visualiseren van complexe relaties en stakeholdernetwerken.
- Insight Maker – [insightmaker.com](#)
 - **Doel:** Systeemdenken en simulatie.
 - **CLD-functionaliteit:** Biedt sjablonen voor CLD's en stock-flow diagrammen. Je kunt ook simulaties uitvoeren om dynamiek te testen.
 - **Gebruik:** Zeer geschikt voor beleidsanalyse en systeemmodellering. Gratis online tool

- Vensim – [vensim.com](#)
 - **Doel:** Professionele systeemmodellering.
 - **CLD-functionaliteit:** Ondersteunt CLD's en stock-flow modellen, met simulatieopties en scenarioanalyse.
 - **Gebruik:** Veel gebruikt in academische en beleidsmatige contexten.
- Visme – [www.visme.co](#)
 - **Doel:** Visualisatie en infographics.
 - **CLD-functionaliteit:** Hoewel Visme diagrammen ondersteunt, is het minder geschikt voor dynamische CLD's. Het is beter voor statische presentaties dan voor systeemdenken.
 - **Gebruik:** Goed voor visuele weergave, minder voor simulatie of feedbackloops.

Materialen en overige tools:

- [Lifestyle Innovations Based on youth's Knowledge and Experience - LIKE: Materialen en tools - LIKE](#) ⁵⁶

Voorbeelden:

- Lectoraat voor Maatwerk in Leefstijl en Beweegzorg, [Community's en het welzijn van burgers](#) ⁵⁷
- Ter Ellen et al., 2025. [Understanding the dynamics driving obesity in socioeconomically deprived urban neighbourhoods: an expert-based systems map](#) ⁵⁸
- Allender et al., 2015. [A Community Based Systems Diagram of Obesity Causes](#) ⁵⁹
- Ter Ellen et al., 2025. [Hoe maatschappelijke dynamieken leiden tot obesitas in lage-inko-menswijken en hoe deze doorbroken kunnen worden](#) ⁶⁰

Video: Community's & het welzijn van burgers ⁶¹

Colofon

Auteurs

Dr. Jolanda van Bilsen (TNO)

Dr. Marty Blom (TNO)

Dr. Susy Braun (Zuyd Hogeschool)

Prof. dr. Matty Crone (Universiteit Maastricht)

Dr. Ir. Gerda Pot (Alliantie Voeding in de Zorg)

Dr. Djoeke van Dale (RIVM)

Dr. Sanne Gerards (Universiteit Maastricht)

Dr. Femke van Nassau (Amsterdam UMC)

In opdracht van:

Coalitie leefstijl in de Zorg, Team Onderzoek

Dr. Jolanda van Bilsen, Drs. Marjo Knapen