

**Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin**

**Haalbaarheidsstudie  
Sociale Economie en Gezondheidspromotie - StEIGERs**

dr. Anne Hublet  
Prof. dr. Lea Maes  
Prof. dr. Ilse De Bourdeaudhuij



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin  
Kapucijnenvoer 39 – B-3000 Leuven  
Tel 0032 16 33 70 70 – Fax 0032 16 33 69 22  
E-mail: [swvg@med.kuleuven.be](mailto:swvg@med.kuleuven.be)  
Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2013/14  
SWVG-Rapport 14  
Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Haalbaarheidsstudie: Sociale economie en Gezondheidspromotie - StEIGERs

Promotor: Prof. dr. Lea Maes  
Co-promotor: Prof. dr. Ilse De Bourdeaudhuij  
Onderzoekers: dr. Anne Hublet

Administratieve ondersteuning: Lut Van Hoof, Manuela Schröder

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid, programma 'Steunpunten voor Beleidsrelevant Onderzoek'. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. Het Vlaams Gewest kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.



## **Promotoren en Partners van het Steunpunt**

### **KU Leuven**

Prof. dr. Chantal Van Audenhove (Promotor-Coördinator), Lucas en ACHG  
Prof. dr. Johan Put, Instituut voor Sociaal recht  
Prof. dr. Karel Hoppenbrouwers, Dienst Jeugdgezondheidszorg  
Prof. dr. Koen Hermans, LUCAS, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy  
Prof. dr. Jozef Pacolet, HIVA onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving

### **UGent**

Prof. dr. Lea Maes, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde  
Prof. dr. Lieven Annemans, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde  
Prof. dr. Jan De Maeseneer, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg  
Prof. dr. Ilse De Bourdeaudhuij, Vakgroep Bewegings- en Sportwetenschappen

### **VUB**

Prof. dr. Johan Vanderfaeillie, Vakgroep Klinische en Levenslooppyschologie

### **Thomas More**

Dr. Peter De Graef, Vakgroep Toegepaste Psychologie

## Rapport 14

### Haalbaarheidsstudie: Sociale economie en Gezondheidspromotie - StEIGERs

Onderzoeker: dr. Anne Hublet  
Promotor: Prof. dr. Lea Maes  
Co-promotor: Prof. dr. Ilse De Bourdeaudhuij

### Samenvatting

Het project “Sociale Economie en Gezondheidspromotie” kadert in de tweede onderzoekslijn van het steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, namelijk: *evaluatie van preventieve en zorginterventies*.

De oorspronkelijke benaming van het project, nl. “intersectorale samenwerking voor gezondheidspromotie voor moeilijk bereikbare groepen” werd omgezet in een eenvoudiger te hanteren titel nl. sociale economie en gezondheidspromotie, afgekort **StEIGERs** (Sociale Economie en GEzondheidspRomotie).

De doelstelling van dit project is inzicht krijgen in de mogelijkheden om kansengroepen in het kader van gezondheidspromotie te bereiken via de bedrijven in de sociale economie. Het project wil methodieken ontwikkelen en evalueren gericht op het veranderen van leefstijlaspecten, geschikt voor de implementatie in de sociale economie. Hierbij wordt voornamelijk gefocust op de thema’s die ook prioritair zijn voor de gezondheidsdoelstellingen, namelijk gezonde voeding, meer beweging, beperken of stoppen met tabaksgebruik en alcoholgebruik, en een betere mentale gezondheid.

In de eerste fase van dit project werd een haalbaarheidsstudie uitgevoerd. Hiermee willen we inzicht krijgen in de mogelijkheden en de beperkingen voor het bereiken van doelgroepwerknemers in de sociale economie bedrijven.

Een grote groep binnen de doelgroepwerknemers bestaat uit personen met een beperking. Gezondheidspromotie bij personen met een beperking werd pas recent op de agenda gezet en de wetenschappelijke literatuur hierover is nog beperkt. De recente aandacht kadert in het paradigma shift van het voorkomen van ziekte en beperkingen in de gezonde populatie naar gezondheid voor iedereen (‘Health for all’). Gezondheid wordt niet meer gezien als een goed dat men heeft of niet heeft, maar als een continuüm (van een slechte gezondheid naar een zeer goede gezondheid) waar mensen op kunnen vooruit en achteruit gaan. In het charter ‘Healthy people with disabilities 2010’ werd beklemtoond dat het moet gaan over de promotie van gezondheidsgedrag en een gezonde omgeving. Belangrijk is ook dat de persoon zelf inzicht krijgt in zijn eigen gezondheid, deze kan monitoren en inzicht heeft in de noden die hij/ zij hierbij ondervindt.

In een eerste deel werd de sector van de sociale economie in kaart gebracht en werden relevante tendensen in deze sector voor de gezondheidspromotie geanalyseerd. Hiervoor werden interviews

afgenomen bij de verschillende koepels van de sociale economie en er werd een documenten search uitgevoerd. Hieruit kwam de grote diversiteit van de sector naar type bedrijven, omvang van de bedrijven als naar doelgroepwerknemers naar voor als belangrijk aandachtspunt voor het project **StEIGERs**. Belangrijk is tevens de opstart van een vernieuwd beleid begin 2014 nl. het maatwerkdecreet. Het maatwerkdecreet bepaalt dat de subsidie voor de bedrijven wegvalt maar verschuift naar het individu met een bepaalde afstand tot de arbeidsmarkt. Indien minstens 5 VTE doelgroepwerknemers op dezelfde werkvloer worden ingeschakeld, spreekt men van collectieve inschakeling. De minister van Sociale Economie is hiervoor bevoegd. Bij collectieve inschakeling kan omkadering aan het bedrijf toegekend worden omdat een gemeenschappelijk ontwikkelingstraject gevolgd wordt. Indien minder dan 5 VTE doelgroepwerknemers worden ingeschakeld, spreekt men van individuele inschakeling. Dit valt onder de bevoegdheid van de minister van Werk.

Een vernieuwing in de sector is ook het veralgemeend gebruik van het Persoonlijk Ontwikkelingsplan (POP). Ook samenwerking met de vormingsfondsen van de deelsectoren Beschutte Werkplaatsen, Sociale Werkplaatsen en Lokale Diensteneconomie en VIVO vzw en/of de werkgeversfederaties, bieden mogelijkheden voor gezondheidspromotie.

Een tweede doelstelling was inzicht verkrijgen in de specifieke noden voor gezondheidspromotie van de doelgroepwerknemers. Specifieke studies in deze doelgroep werden niet gevonden. Analyses werden uitgevoerd op de bestaande databank van de Belstress 3 studie, een studie naar werkstress en gezondheid in reguliere bedrijven. Hierin werden de laaggeschoolde werknemers onderzocht, gezien deze het dichtst aansluiten bij onze doelgroep.

De resultaten tonen aan dat laaggeschoolden in vergelijking met hooggeschoolden meer kans hadden op overgewicht en obesiteit. Laaggeschoolden bewegen buiten het werk minder dan hooggeschoolden, ook al werd rekening gehouden met de fysieke werkbelasting (die hoger is voor laaggeschoolden). Tabaksgebruik blijft een groot probleem bij laaggeschoolden. Van de laaggeschoolden loopt een tiende de kans om alcoholafhankelijkheid te ontwikkelen, net zoals bij de gemiddeld geschoolden en hooggeschoolden. Het absentisme ligt hoger bij de laaggeschoolden.

Een derde doelstelling van deze haalbaarheidsstudie was zicht krijgen op de stand van zaken inzake gezondheidspromotie-initiatieven binnen de sociale economie en nagaan wat de belangrijkste noden zijn. Daarbij werden ook individuele determinanten bevraagd die aan de basis liggen van de intentie om gezondheidspromotie te organiseren binnen het bedrijf. Hiervoor werden de bedrijfsleiders uit de sociale economie bevraagd met een online vragenlijst.

Zestig procent van de bedrijven organiseren reeds gezondheidspromotie-activiteiten, echter zonder over een geïntegreerd gezondheidsbeleid te beschikken. Voornamelijk worden acties rond voeding en alcoholgebruik georganiseerd. De meerderheid antwoordde dat de doelgroepwerknemers baat hebben bij gezondheidspromotie. Echter geeft meer dan de helft van de respondenten aan dat de huidige interventies niet op maat zijn van de doelgroep. Het ontwikkelen van een screeningstool m.b.t. gezondheidsgedrag op maat van de doelgroepwerknemers werd als prioritair aanzien.

Determinanten die in verband staan met een positieve instelling om gezondheidspromotie in het bedrijf te organiseren, zijn: een positieve attitude ten aanzien van gezondheidspromotie, de subjectieve norm van de werknemers, en de morele verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de doelgroepwerknemers. De determinant die in verband staat met het reeds implementeren van gezondheidspromotie in het bedrijf is de houding van diegene in het bedrijf die hierover beslissingen kan nemen.

Een vierde doelstelling was inzicht verkrijgen in de visie van de doelgroepwerknemers op gezondheid, gezondheidsgedrag, en gezondheidspromotie op het werk. Dit gebeurde door middel van interviews.

Alle respondenten stonden positief ten aanzien van gezondheidspromotie op het werk, zeker indien het niet verplicht is en wordt georganiseerd tijdens de werkuren. De meeste respondenten hadden reeds enige kennis over hoe ze gezond kunnen leven (gezonde voeding, voldoende beweging, niet roken, matig drinken, en werken aan een goede geestelijke gezondheid). Bij velen ontbrak het vaak aan volharding om het gezonde gedrag vol te houden. Interventies zullen moeten werken aan het verbeteren van de eigen-effectiviteit in deze doelgroep.

Een vijfde doelstelling was het inventariseren van reeds bestaande interventies. Verschillende gezondheidspromotie initiatieven in bedrijven en voor kansarmen werden geïdentificeerd. Specifieke interventies voor de sociale economie zijn er echter nog niet. Een pijnpunt van de bestaande interventies is dat er slechts enkele geëvalueerd zijn.

Uit de haalbaarheidsstudie kan het volgende geconcludeerd worden: de meeste kansen voor gezondheidspromotie bieden de sociale werkplaatsen en de beschutte werkplaatsen; alle thema's zijn relevant voor de doelgroepwerknemers; het POP en de vormingsfondsen, VIVO vzw en de werkgeversfederaties bieden mogelijkheden voor samenwerking inzake gezondheidspromotie; er is nood aan een aangepast screeningstool voor gezondheidsgedrag en aan het ontwikkelen van nieuwe interventies met een accent op empowerment, vrije keuze en interactie met andere doelgroepwerknemers.

Er wordt voorgesteld om een interventiestudie uit te voeren die beantwoordt aan de noden en mogelijkheden geïdentificeerd in de haalbaarheidsstudie. Dit voorstel werd voorgelegd aan vertegenwoordigers van de sociale economie sector en werd met hen verder uitgewerkt.



## Inhoud

<b>Inleiding</b>	<b>11</b>
<b>Hoofdstuk 1 De sociale economie</b>	<b>15</b>
1 Wat is de sociale economie?	15
2 Programma's binnen de sociale economie	15
2.1 Beschutte werkplaatsen	16
2.2 Sociale werkplaatsen	17
2.3 Invoegbedrijven	18
2.4 Lokale diensteneconomie	19
2.5 Arbeidszorg	19
3 Beleid	20
3.1 Huidig beleid	20
3.2 Maatwerkdecreet	20
3.3 Het Persoonlijk OntwikkelingsPlan (POP)	21
4 Vorming en opleiding in de sociale economie	22
4.1 Beschutte werkplaatsen	22
4.2 De sociale werkplaatsen	22
4.3 Lokale diensteneconomie	24
4.4 Invoegbedrijven	24
<b>Hoofdstuk 2 De gezondheid en het gezondheidsgedrag van laaggeschoolde werknemers. Analyses op de Belstress III studie</b>	<b>25</b>
1 De studie	25
2 De vragenlijst	25
3 Beschrijving van de steekproef	26
4 Gezondheid en mentale gezondheid	27
5 Gezondheidsgedrag	29
6 Absenteïsme	30
7 Besluit	31
<b>Hoofdstuk 3 Mening van werkgevers in de sociale economie op gezondheidspromotie op het werk: resultaten van een online bevraging</b>	<b>33</b>
1 Inleiding	33
1.1 Gezondheidspromotie binnen bedrijven	33
1.2 Gezondheidspromotie op het werk voor doelgroepwerknemers	34
2 Methode	35
2.1 Het onderzoek	35
2.2 De vragenlijst	35
2.3 Analyses	37

3	Resultaten	38
3.1	Respons en kenmerken van de bedrijven	38
3.2	Stand van zaken van gezondheidspromotie binnen de sociale economie	39
3.3	Determinanten van gezondheidspromotie in de sociale economie	45
3.4	Opmerkingen en aanvullingen van de bedrijfsleiding	48
4	Discussie	49
4.1	Algemeen	49
4.2	Beperkingen van dit onderzoek	50
 <b>Hoofdstuk 4</b>		
	<b>Mening van werknemers in de sociale economie op gezondheidspromotie op het werk: resultaten van interview gesprekken</b>	<b>51</b>
1	Inleiding	51
2	Methode	51
3	Resultaten	54
3.1	Kenmerken van de geïnterviewden	54
3.2	Initiatieven binnen de bedrijven	55
3.3	Attitude	55
3.4	Zelfeffectiviteit	59
3.5	Subjectieve norm	60
3.6	Barrières	61
4	Discussie	63
4.1	Algemene resultaten	63
4.2	Beperkingen van het onderzoek	64
 <b>Hoofdstuk 5</b>		
	<b>Inventarisatie van bestaande initiatieven</b>	<b>65</b>
1	Initiatieven voor gezondheidspromotie op het werk	65
2	Initiatieven voor gezondheidspromotie voor kansengroepen	67
3	Initiatieven voor kansengroepen op het werk	68
4	Conclusie	69
 <b>Hoofdstuk 6</b>		
	<b>Conclusies</b>	<b>71</b>
1	Conclusies met betrekking tot de 5 doelstellingen van de haalbaarheidsstudie	71
1.1	Het in kaart brengen van de sector van de sociale economie.	71
1.2	Inzicht krijgen in de specifieke noden van gezondheidspromotie van werknemers met een laag opleidingsniveau.	71
1.3	Inzicht krijgen in huidige werking en de noden m.b.t. gezondheidspromotie-initiatieven binnen de sociale economie.	72
1.4	Inzicht krijgen in de visie van de doelgroepwerknemers op gezondheid, gezondheidsgedrag en gezondheidspromotie in het algemeen en op het werk.	72
1.5	Inventarisatie van reeds bestaande initiatieven.	72
2	Volgende fase in het onderzoek	73
2.1	Besluit 1	73
2.2	Besluit 2	73



2.3	Besluit 3	74
2.4	Besluit 4	74
	<b>Literatuurlijst</b>	<b>77</b>
	<b>Bijlagen</b>	<b>81</b>

## Lijst Tabellen

Tabel 1	Socio-demografische kenmerken van de steekproef naar opleidingsniveau.	26
Tabel 2	Lage rugpijn naar opleidingsniveau	28
Tabel 3	Respons van de bevraging naar type bedrijf	38
Tabel 4	Thema's waarrond reeds gewerkt wordt binnen het bedrijf	39
Tabel 5	Thema's waarrond reeds gewerkt wordt naar type bedrijf	40
Tabel 6	Gezondheidspromotie- activiteiten binnen de bedrijven	40
Tabel 7	Gezondheidspromotie-activiteiten naar type sociaal economiebedrijf	41
Tabel 8	Resultaten van de activiteiten die nuttig zijn te ontwikkelen	42
Tabel 9	Haalbaarheid binnen de bedrijven van specifieke gezondheidspromotie-interventies	42
Tabel 10	Thema's waarvoor activiteiten zouden moeten ontwikkeld worden	43
Tabel 11	Intentie om rond bepaalde thema's te werken in het bedrijf in het komende jaar	44
Tabel 12	Resultaten attitude: gemiddelde score, odds ratio's (OR) en 95% betrouwbaarheidsinterval (95% CI) van univariate logistische regressies voor 2 afhankelijke variabelen, nl. het organiseren van gezondheidspromotie en positief staan tegenover gezondheidspromotie.	46
Tabel 13	Resultaten controle: gemiddelde score, odds ratio's (OR) en 95% betrouwbaarheidsinterval (95% CI) van univariate logistische regressies voor 2 afhankelijke variabelen, nl. het organiseren van gezondheidspromotie en voor positief staan tegenover gezondheidspromotie.	46
Tabel 14	Resultaten subjectieve norm: gemiddelden, odds ratio's (OR) en 95% betrouwbaarheidsinterval (95% CI) van univariate logistische regressies met afhankelijke variabele 1. Het organiseren van gezondheidspromotie en 2. Positief staan tegenover gezondheidspromotie.	47
Tabel 15	Resultaten morele verantwoordelijkheid: gemiddelde score, odds ratio's (OR) en 95% betrouwbaarheidsinterval (95% CI) van univariate logistische regressies met afhankelijke variabele 1. Het organiseren van gezondheidspromotie en 2. Positief staan tegenover gezondheidspromotie.	48
Tabel 16	Kenmerken van de geïnterviewde werknemers	54

## Lijst Figuren

Figuur 1	Theory of Planned Behaviour (Uit Downey & Sharp, 2007)	36
Figuur 2	ASE-model gebruikt voor het coderen van de interviews	53

## Inleiding

In het verdere verloop van dit rapport wordt vaak gesproken over doelgroepwerknemers in de sociale economie. Hieronder worden groepen werknemers verstaan die op één of andere manier uit de boot vallen binnen het reguliere arbeidscircuit of er minder kansen krijgen ([www.socialeconomie.be](http://www.socialeconomie.be)). Deze kansengroepen worden jaarlijks bepaald op advies van de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen (SERV). Deze groepen zijn o.a. allochtonen, langdurig werklozen, laaggeschoolde werklozen, ouderen en personen met een arbeidshandicap.

In de verdere inleiding wordt dieper ingegaan op gezondheidspromotie bij personen met een beperking, een grote groep binnen de doelgroepwerknemers. Gezondheidspromotie bij personen met een beperking werd pas recent op de agenda gezet en de wetenschappelijke literatuur hierover is nog beperkt.

Pas in 2007 werd binnen de American Public Health Association (APHA) een sectie opgericht met betrekking tot mensen met een beperking (Rimmer, 2011). Dit kadert in het paradigma shift van het voorkomen van ziekte en beperkingen in de gezonde populatie, naar gezondheid voor iedereen (Health for all) (Rimmer, 1999). Dit wil zeggen dat men gezondheid niet meer ziet als een goed dat men heeft of niet heeft, maar als een continuüm (van een slechte gezondheid naar een zeer goede gezondheid) waarop mensen kunnen vooruit en achteruit gaan.

Het doel dat men stelt bij de gezondheidspromotie bij mensen met een beperking kan men opdelen in verschillende subdoelen, nl: het verminderen van de secundaire condities zoals obesiteit en hypertensie; het zoveel mogelijk blijven behouden van de functionele onafhankelijkheid; zorgen voor mogelijkheden voor vrije tijd en amusement; en het algemeen verbeteren van de kwaliteit van leven van personen met een beperking (Rimmer, 1999). In het charter 'Healthy people with disabilities 2010' werd hierbij nog beklemtoond dat het moet gaan over de promotie van gezondheidsgedrag en een gezonde omgeving, en dat het belangrijk is dat de persoon zelf zijn eigen gezondheid kan verstaan en monitoren en de noden die hij/ zij hierbij ondervindt.

De omvang van deze groep personen met een beperking stijgt met de leeftijd. In de US zijn er 6% personen met een beperking tussen 5 en 15 jaar, 7% tussen 16 en 20 jaar, 13% tussen 21 en 64 jaar en 53% boven de 75 jaar (Iezzoni, 2009). In België gaat dit over 310.917 personen met een handicap, waarvan er 133.501 jonger zijn dan 65 jaar (FOD Sociale Zekerheid, Directie-generaal Personen met een handicap, 2012).

Door de oprichting van de nieuwe sectie binnen de APHA, werd de vraag gesteld wat de noden zijn van deze doelgroep en wat gezondheidspromotie nu anders maakt bij deze doelgroep. Voorop zijn er natuurlijk de beperkingen die aanwezig zijn bij deze doelgroep. Dit kunnen motorische beperkingen zijn waardoor bijvoorbeeld voldoende beweging niet evident is. Daarnaast zijn er de mentale problemen. Die kunnen er voor zorgen dat bepaalde gezondheidsboodschappen niet doordringen tot deze doelgroep en zelfs dat deze personen niet bewust zijn van sommige gezondheidsrisico's (Rimmer, 1999; Iezzoni, 2009). Maar er moeten ook bijkomende barrières, zoals depressie, angst, en stress, overwonnen worden om een gezonde levensstijl te kunnen aanhouden (Iezzoni, 2009). Ook moet rekening gehouden worden met de bijeffecten van medicatiegebruik die zowel vermoeidheid kunnen tweebrengen maar ook een invloed hebben op het gewicht van de persoon (Verhaeghe et al, 2011).

Daarnaast zijn er bijkomende kenmerken die maken dat een goede gezondheid in deze doelgroep niet evident is. Zo behoren deze personen met een beperking grotendeels tot de groep van personen met een lage socio-economische status (Rimmer, 2011). Dit vertaalt zich door een lager opleidingsniveau, lagere graad van tewerkstelling, en een hogere graad van armoede (Iezzoni, 2009). Dit houdt tevens ook in dat ze soms de weg naar de gezondheidszorg (o.a. tandzorg, diëtist, ...) maar moeilijk vinden. Door de beperkte financiële mogelijkheden, wonen sommigen in slechte omstandigheden (naar veiligheid, bereikbaarheid, ...) (Rimmer, 2011; Iezzoni, 2009). Voor velen kan transport een probleem zijn, evenals de toegang tot gezonde voeding en mogelijkheden voor fysieke activiteit (Rimmer, 2011). Op psycho-sociaal vlak hebben deze personen vaak te maken met discriminatie, huishoudelijk geweld en misdaden (Iezzoni, 2009; Rimmer, 2011).

De problemen waarmee deze groep te kampen heeft en waarmee rekening gehouden moet worden bij de ontwikkeling van gezondheidspromotie-initiatieven zijn obesiteit en een lage fysieke activiteit (Rimmer, 2011; Iezzoni, 2009; Thomas & Kerr, 2011, Verhaeghe et al, 2011), depressie (Rimmer, 1999), en een verhoogde prevalentie van roken (Iezzoni, 2009). 30% meer personen met een beperking rapporteren dan ook een slechte gezondheid te hebben in vergelijking met de mensen zonder een beperking (Iezzoni, 2009).

Om te werken aan de Health-for-all-doelstelling, stelt Rimmer (2011) dat men moet inzetten op twee pijlers. Allereerst moet er gekeken worden of bestaande gezondheidspromotie programma's kunnen aangepast worden aan de doelgroep. De huidige gezondheidspromotie programma's bereiken deze doelgroep momenteel niet of slechts gedeeltelijk (Swaine et al., 2011).

Als tweede pijler moet er ingezet worden op de opleiding van gezondheidspromotie-werkers zodat zij bekwaam zijn om programma's te ontwikkelen voor mensen met een beperking of programma's die mensen met een beperking includeren. Ook Thomas & Kerr (2011) vonden dat de huidige gezondheidspromotie initiatieven met betrekking tot preventie van obesiteit vaak niet toegankelijk zijn voor mensen met een beperking, mede omdat het onderzoek naar beweging, voeding en algemene problemen in deze doelgroep nog beperkt is.

Uit bovenstaande kan men afleiden dat gezondheidspromotie bij mensen met een beperking nog maar in zijn kinderschoenen staat. De effectiviteit van deze interventies is bijgevolg nog niet vaak nagegaan. Naaldenberg (2012) deed een review van de literatuur en vond een aantal barrières waarom deze mensen niet bereikt worden door middel van gezondheidspromotie-interventies. Zo kunnen deze interventies moeilijk te begrijpen zijn voor deze doelgroep (= communicatie barrière), of een bepaald niveau van onafhankelijkheid inhouden (Iezzoni, 2009). Soms is er een kost verbonden aan de interventie, die mensen in kansarmoede moeilijk kunnen betalen (= financiële barrières; Iezzoni, 2009). Vaak is het echter zo dat deze initiatieven niet gekend zijn bij deze doelgroep of bij de begeleiders van deze doelgroep. Iezzoni (2009) vond ook dat er discriminerende en stigmatiserende attitudes vanuit de maatschappij kunnen meespelen om gezondheidspromotie te ontzeggen voor deze doelgroep. Een kenmerkend voorbeeld is dat bij de rokende populatie van deze doelgroep soms niet verder ingegaan wordt op stoppen met roken, omdat men vindt dat roken voor deze mensen consolidering brengt in hun toch al getekende levens.

Naaldenberg (2012) vond interventies m.b.t. fysieke activiteit, obesiteit, tandzorg, voeding, seksuele opvoeding, gezond ouder worden, medicatiegebruik en algemeen gezondheidseducatie. Interventies voor tabaks- en alcoholgebruik en mentale gezondheid werden niet gevonden.

In alle studies werd een grote drop-out van de deelnemers vastgesteld (Naaldenberg, 2012). Volgende barrières werden opgenoemd: conflicten tussen het programma en de vrije tijd of werkschema's, problemen met transport, problemen met de onzekerheid te kunnen beschikken over de accommodatie, het materiaal en de lokalen waar de interventie kan doorgaan, financiële problemen, een gemis aan motivatie om te oefenen, en de afhankelijkheid van steun.

Thomas & Kerr (2011) ontwikkelden de Fit4Wales programma, een gemeenschapsgerichte interventie ter preventie van obesiteit bij volwassenen met een intellectuele beperking. Ook hier werd een lage respons gevonden van de doelgroep. Van de personen die wel deelnamen aan deze interventie, bleef het gewicht van de meerderheid van de deelnemers stabiel. De aanbeveling van de onderzoekers was dan ook dat een degelijke proces-evaluatie nodig was om uit te wijzen waarom deze interventie niet succesvol was. Werken met incentives in de interventie kan positieve effecten hebben.

McDermott et al. (2012) vonden echter geen significante effecten op BMI en matige fysieke activiteit in hun 'Steps to Your Health' programma bij personen met een intellectuele beperking.

In een interventie ter preventie van obesitas bij bewoners binnen begeleid wonen initiatieven, vonden Verhaeghe et al (2013) significante effecten van de interventie op lichaamsvet en tailleomtrek, maar niet op BMI en gewicht.

Deze haalbaarheidsstudie bestaat uit verschillende deelstudies.

Allereerst werd een analyse gemaakt wat de sociale economie is. Er werden interviews afgenomen bij de verschillende koepels en andere stakeholders van de sociale economie en er werd een documenten search gedaan.

Als tweede deel werden analyses uitgevoerd op de bestaande databank van de Belstress 3 studie, een studie naar werkstress en gezondheid in reguliere bedrijven. Hierin werden de laaggeschoolde werknemers onderzocht, gezien deze het dichtst aansluiten bij onze doelgroep.

In een derde luik werden de bedrijfsleiders uit de sociale economie zelf bevraagd via een online vragenlijst. Het doel van deze studie was zicht krijgen op de stand van zaken inzake gezondheids promotie-initiatieven binnen de sociale economie en nagaan wat de belangrijkste noden zijn. Daarbij werden bij werkgevers ook individuele determinanten bevraagd die aan de basis liggen van de intentie om gezondheids promotie te organiseren binnen het bedrijf.

In een vierde deel werden de doelgroepwerknemers zelf bevraagd via interviews. Het doel hiervan was om een zicht te krijgen op hoe zij denken over gezondheid en gezondheidsgedrag, en hoe ze denken over gezondheids promotie op het werk.

Als vijfde deelonderzoek werd een inventarisatie gemaakt van reeds bestaande interventies.

Om dan in het zesde deel te komen tot de conclusies en de beslissingen die genomen werden voor het vervolg van dit project.



# Hoofdstuk 1

## De sociale economie

In dit hoofdstuk willen we schetsen wat we in Vlaanderen verstaan onder de sociale economie. In een eerste deel wordt de definitie gegeven. In een tweede deel schetsen we de verschillende initiatieven die bestaan onder de koepel van de sociale economie. In een derde deel gaan we dieper in op het huidige beleid en het nieuwe decreet dat in voege treedt vanaf 2014. We eindigen met een deel over vorming omdat langs deze weg reeds aan gezondheidsgedrag gewerkt wordt.

### 1 Wat is de sociale economie?

De **Collectieve ondersteuning voor de Sociale Economie** (CollondSE; het vroegere Vlaams Overlegplatform Sociale Economie (VOSEC)) formuleert de definitie van sociale economie als volgt:

*“De sociale economie bestaat uit een verscheidenheid van bedrijven en initiatieven die in hun doelstellingen de realisatie van bepaalde maatschappelijke meerwaarden vooropstellen en hierbij de volgende basisprincipes respecteren:*

- *Voorrang van arbeid op kapitaal;*
- *Democratische besluitvorming;*
- *Maatschappelijke inbedding;*
- *Transparantie;*
- *Kwaliteit;*
- *Duurzaamheid.*

*Bijzondere aandacht gaat ook naar de kwaliteit van de interne en externe relaties. Zij brengen goederen en diensten op de markt en zetten hun middelen economisch efficiënt in met de bedoeling continuïteit en rentabiliteit te verzekeren.”*

Binnen de sociale economie worden groepen tewerkgesteld die weinig kans hebben op tewerkstelling binnen het normaal economisch circuit (verder NEC). Dit kunnen laaggeschoolden zijn, personen met een arbeidshandicap, 50-plussers en/of allochtonen.

### 2 Programma's binnen de sociale economie

Binnen de sociale economie zijn een aantal programma's uitgewerkt, elk met hun specifiek doelpubliek. Deze programma's zijn:

- De beschutte werkplaatsen
- De sociale werkplaatsen
- De lokale diensteneconomie
- Arbeidszorg
- Invoegbedrijven.

## 2.1 Beschutte werkplaatsen

Beschutte werkplaatsen (koepel Vlaamse Federatie van Beschutte Werkplaatsen - VLAB) is de oudste vorm van sociale economie tewerkstelling (VLAB, 2005). Hun doelpubliek zijn personen met een arbeidshandicap die niet in staat zijn (of nog niet) om in het NEC tewerkgesteld te worden. Er werkten eind 2011 20279 mensen in de 67 erkende beschutte werkplaatsen waarvan 17145 personen (84.5%) met een handicap of een afstand tot de arbeidsmarkt (WSE, 2012(1)).

De grootste groep zijn de personen met een arbeidshandicap (16563 personen in 2011 of 96.6% van de doelgroepwerknemers). Het jaarverslag van VLAB 2010, leert ons dat hiervan:

- 77% een mentale handicap heeft
- 13% een psychologische handicap heeft
- 6% een fysieke handicap heeft
- 4% een visuele of auditieve handicap heeft.

Binnen de personen met een handicap, wordt een aparte groep extra begeleid binnen de beschutte werkplaatsen (VLAB, 2010). Dit zijn de zwakke werknemers en 56% van de personen met een handicap valt hieronder (54% in 2011; WSE, 2012 (1)). Deze personen met een handicap voldoen aan 1 of meerdere van volgende criteria:

- matig mentaal gehandicapt zijn
- BuSo 1 of 2 gevolgd hebben of BLO 4de graad
- een score minder dan 60 hebben op de WISC of WAIS IQ-test of minder dan 52 punten op Terman (Stanford-Binet Intelligence Scale)
- recht op extra kinderbijslag hebben
- een integratietegemoetkoming (= lage zelfredzaamheid) ontvangen
- minimum 2 jaar onafgebroken in een psychiatrische instelling of beschutte woonvorm verbleven hebben of zijn de 2 jaar voor hun tewerkstelling minimum 3 keer opgenomen in de psychiatrie

Naast de personen met een handicap, werkten in 2011 ook 582 personen (= 3.4% van de doelgroepwerknemers) met een afstand tot de arbeidsmarkt. Dit zijn o.a. langdurig werklozen.

De meerderheid van de personen met een handicap die werken in de beschutte werkplaatsen, zijn mannen (60% in 2011). Meer dan de helft van de werknemers is ouder dan 40 jaar en 22% is ouder dan 50 jaar (24.6% in 2011). Dit percentage is gelijklopend met het percentage van 50-plussers in NEC. Maar doordat leeftijdsgerelateerde problemen bij mensen met een handicap vroeger optreden dan bij valide mensen, is dit een groot aandachtspunt binnen de beschutte werkplaatsen en een aanknopingspunt voor gezondheidspromotie.

Eind 2009 werkten in de beschutte werkplaatsen 433 allochtonen (2.2%), waarvan 280 met een handicap (1.8%), 100 met een (andere) afstand tot de arbeidsmarkt (17.5%) en 53 validen (1.8%) (de Leeuw et al, 2010). In 2011 was 2.6% van alle werknemers in de beschutte werkplaatsen allochtoon. Van de werknemers met een handicap was 2.3% allochtoon.



Van de personen met een arbeidshandicap werkten 91% voltijds. Beschutte werkplaatsen zijn terug te vinden in volgende activiteitengroepen:

- Verpakking/ herpakking (89%)
- Conditionering (o.a. mailings) (74%)
- Montage – assemblage (68%)
- Drukkerij/ printing – afwerking (56%)
- Electro (-montage) (56%)
- Kunststof (42%)
- Metaal (bewerking) (40%)
- Groendienst (39%)
- Hout (bewerking) (37%)
- Textiel (bewerking) (35%)
- Allerlei (79%)

Van de personen met een arbeidshandicap of een afstand tot de arbeidsmarkt, werkt het overgrote deel (97.8%) in de productie.

*Besluit:* Het doelpubliek zijn grotendeels personen met een handicap waarvan de grootste groep een mentale handicap heeft. De meerderheid werkt in werkplaatsen waar de werknemers gecentraliseerd zitten (uitgezonderd de beschutte werkplaatsen actief in de groendienst). Aandachtspunt is de vergrijzing van personeelsbestand.

## 2.2 Sociale werkplaatsen

Sociale werkplaatsen (koepel Samenwerkingsverband Sociale Tewerkstelling - SST) creëren werkgelegenheid op maat in een beschermde omgeving. Hun doelpubliek zijn personen met een psychosociale problematiek (PSP's) die reeds langdurend werkloos zijn (minimum 5 jaar inactief zonder diploma hoger onderwijs).

In 2009 bereikten ze 3990 werknemers uit de doelgroep in 96 erkende sociale werkplaatsen (de Leeuw et al, 2010). Eind 2011 werkten 8622 personen in sociale werkplaatsen in Vlaanderen waarvan 4440 doelgroepwerknemers (51.5%) (o.a. Gesco<sup>1</sup>, Sine<sup>2</sup>), 1524 omkaderingspersoneel (17.7%), en 2658 andere statuten (30.8%) (zoals artikel 60, arbeidszorgmedewerkers (1136), vrijwilligers). Van de 4440 doelgroepwerknemers heeft er 18% een arbeidshandicap (WSE, 2012 (2)).

Slechts 39% van de werknemers in de sociale werkplaatsen is vrouw. Een groot deel van de medewerkers in de sociale werkplaatsen is allochtoon, namelijk 22%. In het NEC is dat 5%. Het aandeel 50-plussers in de sociale werkplaatsen is 36%, wat ook hoger is dan in het NEC (25%) (WSE, 2012 (2)).

---

1 gesubsidieerde contractueel

2 maatregel "Sociale Inschakelingseconomie"

Activiteitengroepen zijn:

- Kringwinkels (meer dan 110 kringwinkels) en energiesnoeiers (vertegenwoordigd door vzw Komosie)
- Groen- en natuurbeheer
- Sociale restaurants
- Bouw en renovatie
- Strijkwinkels
- Fietsherstelplaatsen en fietspunten
- Schoonmaak gebouwen en bushokjes
- Zorgboerderijen

*Besluit:* De doelgroepwerknemers binnen de sociale werkplaatsen zijn een zeer heterogene groep. Ook hier werken er meer ouderen in vergelijking met het NEC. Door hun fysieke, sociale en psychische problemen ontwikkelen ze op jongere leeftijd verouderingsproblemen. De doelgroepwerknemers kunnen zowel werken in een 'vaste' werkplaats (kringloopwinkels, fietspunten, ...) als op verplaatsing (energiesnoeiers, groen- en natuurbeheer, ...).

### 2.3 Invoegbedrijven

Invoegbedrijven (koepel Vlaams InvoegPlatform - VIP) zijn *reguliere bedrijven* die kort-geschoolde langdurig werkzoekenden, personen met een arbeidshandicap en leefloners tewerkstellen. Men kan slechts 2 jaar loonsubsidies ontvangen voor een invoegmedewerker.

Om een invoegbedrijf te worden, moet het bedrijf de principes van MVO onderschrijven EN een aantoonbare maatschappelijke en ecologische meerwaarde creëren. Eind 2012 waren er in Vlaanderen 359 erkende commerciële invoegbedrijven of afdelingen (WSE, 2012 (3)).

Eind 2011 werden 1.469 doelgroepwerknemers tewerkgesteld (67,3% via dienstencheques = 989 doelgroepwerknemers) in de toen 316 erkende invoegbedrijven (WSE, 2012 (3)).

Invoegmedewerkers moeten voldoen aan 1 of meerdere van volgende voorwaarden:

- Maximum diploma hoger secundair onderwijs EN
- Min 12 maanden inactief (of 6 maanden als 50+) of
- Minstens 6 maand leefloongerechtigd of
- 6 maand werkzoekende met een arbeidshandicap of
- Deeltijds werkzoekende leerling uit het deeltijds beroepssecundair onderwijs.

Van de invoegmedewerkers heeft 8% een arbeidshandicap en 61% is laaggeschoold (te vergelijken met 18% laaggeschoolden in het NEC). De meerderheid van de invoegmedewerkers is vrouw (76%), dit vooral door de dienstencheques tewerkstelling. Van de invoegmedewerkers is 26% allochtoon. Van de invoegmedewerkers is 20% 50 plusser.

Activiteitengroepen zijn:

Dienstencheques bedrijven zijn werkzaam in huishoudelijke hulp, boodschappen, strijken en vervoer van personen met beperkte mobiliteit.

Niet-dienstencheques bedrijven kunnen werkzaam zijn in alle sectoren bijvoorbeeld: industrie, bouwnijverheid, communicatie, groothandel, detailhandel, reparatie, horeca, landbouw, verhuur, ...

*Besluit:* In de invoegbedrijven (vooral de dienstencheques bedrijven) worden veel vrouwen tewerkgesteld terwijl dit in de beschutte en sociale werkplaatsen minder het geval is. Ook het groot aantal allochtonen valt op. De bedrijven zijn zeer divers. Doelgroepwerknemers werken er samen met reguliere werknemers. Het doel is dat deze doelgroepwerknemers daarna (na 2 jaar) doorstromen naar het reguliere circuit. De medewerkers zijn veelal verspreid (bouwbedrijven, kuisbedrijven, ...).

## 2.4 Lokale diensteneconomie

Lokale diensteneconomie (koepel LDE) zijn vzw's en lokale en provinciale overheden die een dienstenaanbod realiseren met maatschappelijke meerwaarde. Ze stellen kort-gevoerde (hoogstens secundair onderwijs), langdurig werkzoekende (minimum 1 jaar), uitkeringsgerechtigde werklozen en leefloners (minimum 6 maand) tewerk. Eind 2011 waren er 2027 doelgroepwerknemers tewerkgesteld in de lokale diensteneconomie (WSE, 2012 (4)). Hiervan had 10% een arbeidshandicap. 72% van de doelgroepwerknemers is laaggeschoold. 41% is vrouw. 29% is 50-plusser. 24% is allochtoon.

Verschillende overheden (federaal, Vlaams (sociale economie + bevoegd beleidsdomein) en regionaal (o.a. OCMW's)) en de klanten zorgen voor de financiering (= klaverbladfinanciering).

De lokale diensteneconomie wordt wettelijk bepaald door het decreet van 21 december 2006.

Activiteitengroepen:

LDE speelt in op de lokale noden. Ze bevinden zich in de dienstensector.

- Buurtgerichte kinderopvang
- Thuiszorg
- Milieu-en natuurwerkers/ groenjobs
- Huisbewaarders in sociale huisvesting
- Buurtsport
- Klussen
- Projecten in het kader van toerisme, energiesoepers, fietspunten en lijnspotters.

*Besluit:* De grootste groep van de doelgroepwerknemers is laaggeschoold. De verouderde populatie is ook een aandachtspunt. Diensten kunnen zowel individueel gegeven worden (thuiszorg, klussen, ...) als in groep (kinderopvang, ...).

## 2.5 Arbeidszorg

Arbeidszorg (Koepel Ronde Tafel Arbeidszorg) is begeleidde onbezoldigde tewerkstelling op maat. De doelgroep kenmerkt zich door psychische problemen, extreem lage stressbestendigheid, een handicap, gebrek aan zelfvertrouwen, ...

De begeleiders bieden zowel arbeidsbegeleiding als zorgbegeleiding. De projecten maken deel uit van de geestelijke gezondheidszorg, de gehandicaptensector, het algemeen welzijnswerk en de sociale economie (sociale werkplaatsen). De arbeidszorgmedewerker moet minimaal 20 uren arbeidsactiviteiten leveren gespreid over minstens 4 dagen per week.

In totaal waren er 5607 arbeidszorgmedewerkers eind 2011 verspreid over 133 arbeidszorginitiatieven. Van deze initiatieven bevindt 49% zich in de sociale economie (WSE, 2012(5)). De andere 51% is verspreid over Geestelijke GezondheidsZorg (GGZ - 24%), Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH - 21%) en Algemeen WelzijnsWerk (AWW)+ anderen (6%) (Ronde Tafel Arbeidszorg Vlaanderen, 2009).

In de sociale economie zijn de arbeidszorgmedewerkers vooral te vinden binnen de sociale werkplaatsen. Eind 2011 waren dat er 1513 over de 60 sociale werkplaatsen die arbeidszorgplaatsen aanbieden.

De doelgroep is vooral laaggeschoold (78%) en/of heeft een arbeidshandicap (50%), 67% is man, 26% is ouder dan 50 jaar en 5% is allochtoon.

*Besluit:* Er zijn begeleiders aanwezig die de doelgroepwerknemers van dichtbij volgen, zowel voor arbeidsgerelateerde issues maar ook voor ruimere problematieken! Arbeidszorg wordt deels georganiseerd in de sociale economie, maar ook deels door andere organisaties.

### **3      Beleid**

#### **3.1     Huidig beleid**

Het beleid van de sociale economie valt onder de bevoegdheid van de Vlaamse minister van Energie, Wonen, Steden en Sociale economie (Freya Van den Bossche) en deels van de Vlaamse minister van Financiën, Begroting, Werk, Ruimtelijke Ordening en Sport (Philippe Muyters) (de Leeuw et al., 2010).

Er is 1 kerndepartement, departement Werk en sociale economie, en 4 agentschappen, namelijk:

- Vlaams Subsidie agentschap voor werk en sociale economie (VSAWSE)
- Vlaamse dienst voor arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB)
- Vlaams Agentschap voor Ondernemingsvorming – SYNTRA Vlaanderen
- Europees Sociaal Fonds (ESF) Agentschap Vlaanderen vzw

#### **3.2     Maatwerkdecreet**

In het huidige systeem ontvangen bepaalde Vlaamse bedrijven overheidssteun waar andere bedrijven geen aanspraak kunnen op maken. Dit is niet in overeenstemming met het Europees beleid. Daarom wordt er momenteel gewerkt aan een nieuw decreet waarbij de subsidie voor de bedrijven wegvalt maar verschuift naar het individu met een bepaalde afstand tot de arbeidsmarkt. Dit wordt het decreet maatwerk genoemd (<http://www.socialeconomie.be/nieuws/decreet-maatwerk-in-de-steigers>).

Individen zullen door de VDAB ingeschat worden op hun afstand tot de arbeidsmarkt. Hiervoor wordt een selectie van de ICF-codes (International Classification of Functioning) gebruikt. Afhankelijk van deze inschatting, ontvangen ze een WerkOndersteuningsPakket (WOP). In dit WOP kunnen volgende subsidierechten op maat zitten die het individu gemakkelijker kan maken om binnen de sociale economie of de reguliere bedrijven tewerkgesteld te worden:

- Opleiding op de werkvloer
- Begeleiding op de werkvloer
- Loonpremie
- Aanpassing van de werkplek of arbeidsomgeving.

Indien minstens 5 VTE doelgroepwerknemers op dezelfde werkvloer worden ingeschakeld, spreekt men van collectieve inschakeling. De minister van Sociale Economie is hiervoor bevoegd. Bij collectieve inschakeling kan omkadering aan het bedrijf toegekend worden omdat een gemeenschappelijk ontwikkelingstraject gevolgd wordt.

Indien minder dan 5 VTE doelgroepwerknemers worden ingeschakeld, spreekt men van individuele inschakeling. Dit valt onder de bevoegdheid van de minister van Werk.

Binnen de collectieve inschakeling, maakt men ook nog een onderscheid tussen bedrijven die inschakeling als kernactiviteit hebben (zoals de beschutte en sociale werkplaatsen) en bedrijven die deze inschakeling niet als kernactiviteit hebben (zoals de invoegbedrijven). De eerste groep wordt maatwerkbedrijven genoemd indien minstens 65% van de werknemers een afstand hebben tot de arbeidsmarkt. Deze bedrijven kunnen bijkomend nog ondersteuning krijgen om hun kerntaak te vervullen en hun infrastructuur aan te passen aan de doelgroep.

Bedrijven die de inschakeling van doelgroepwerknemers niet als kernactiviteit hebben, maar wel collectief mensen (minstens 5 VTE) uit de doelgroep willen inschakelen, kunnen een maatwerkafdeling creëren. Zij ontvangen geen extra organisatieondersteuning maar dus wel de subsidies die in de WOP zitten.

Dit decreet zal in voege treden op 1 juli 2014 met een overgangperiode van 5 jaar.

### **3.3 Het Persoonlijk OntwikkelingsPlan (POP)**

Binnen het nieuwe decreet wil men de doorstroom van doelgroepwerknemers naar de reguliere arbeidsmarkt bevorderen. In het kader van deze doorstroom zal gewerkt worden met Persoonlijke OntwikkelingsPlannen (POP) voor elke doelgroepwerknemer.

POP is een instrument die uit de HR-sector komt. Door de veranderingen op de arbeidsmarkt (vergrijzing, knelpunteconomieën, ...) wilt men deze tool nu ook op grotere schaal gebruiken om de loopbaan van werknemers gestructureerd te sturen.

Het voorbije jaar werden een aantal projecten gefinancierd door het Europees Sociaal Fonds (ESF) om te onderzoeken of POP ook kan geïmplementeerd worden binnen de sociale economie bedrijven (Alternatief, 2013). De uiteindelijke uitwerking van het POP voor beschutte en sociale werkplaatsen is nog niet volledig gekend. Wel zal hoogstwaarschijnlijk gewerkt worden met één technische doelstelling en één algemeen vormende doelstelling, die zullen geëvalueerd worden. Binnen deze laatste algemeen vormende doelstelling zou eventueel ook aandacht kunnen besteed worden aan gezondheidsgerelateerde aspecten (bijvoorbeeld stoppen met roken of meer bewegen).

## **4 Vorming en opleiding in de sociale economie**

Sinds 2004 ondersteunt de Vlaamse Regering de opleidingsinspanningen in de social profit. Via VIVO vzw worden middelen ter beschikking gesteld van de Vlaamse social profit organisaties. De Raad van Bestuur van VIVO legt jaarlijks de algemene bestedingsprincipes vast. Per sector worden deze verder geconcretiseerd.

Voor de sector van de sociale en beschutte werkplaatsen wordt jaarlijks i.s.m. de vormingsfondsen van deze sectoren een sectoraal opleidingsaanbod georganiseerd. D.w.z. dat werkplaatsen bij VIVO kunnen inschrijven voor een gevarieerd pallet van cursussen. Voor het verzorgen van dit aanbod doet VIVO beroep op externe opleidingsverstrekkers.

Voor alle andere rechthebbende sectoren (uitgezonderd de sociale werkplaatsen) kunnen organisaties bij VIVO vzw terecht voor terugbetaling van opleidingen. Voor de sociale werkplaatsen is dit kosteloos.

In het kader van het 4<sup>de</sup> Vlaams Inter-professioneel Akkoord (VIA4) zijn er extra middelen voor opleiding voorzien voor de Sociale Economie. De Vormingsfondsen van de deelsectoren beheren de toegekende middelen.

### **4.1 Beschutte werkplaatsen**

Het Vormingsfonds van de Beschutte Werkplaatsen beheert de middelen voor opleidingsondersteuning en de VIA4-middelen. Deze worden verdeeld over de beschutte werkplaatsen. Zij kunnen zelf beslissen of ze het budget gebruiken voor vormingen en opleidingen die sectoraal worden georganiseerd of voor andere (interne of externe) vormingen en opleidingen. Streefdoel is dat 2/3 van de middelen besteed wordt aan vorming en opleiding voor de doelgroepwerknemers. De sociale partners leggen het sectoraal opleidingsaanbod vast en VIVO tekent het programma uit (offertes aanvragen, brochure, organisatie van de inschrijvingen, evaluaties, ...). Zo is er met het rookverbod in bedrijven, een stoppen met roken cursus op het programma gekomen.

In 2008-2009 is er een opleidingsbehoefte- onderzoek gedaan bij werkgevers en werknemers. Hieruit kwam naar voor dat de doelgroepwerknemers nood hadden aan opleiding rond de thema's 'omgaan met stress', 'meer bewegen', 'pesten' en 'omgaan met veranderingen'. Het Vormingsfonds besliste om rond deze onderwerpen opleiding te programmeren (Vivo, 2009).

De evaluatie van de opleidingen uit het sectoraal aanbod gebeurt op organisatorisch en inhoudelijk vlak, maar niet op vlak van effecten.

### **4.2 De sociale werkplaatsen**

Het Vormingsfonds van de sociale werkplaatsen beheert naast de middelen afkomstig van de werkgeversbijdragen ook de middelen voor opleidingsondersteuning en de VIA-4-middelen.

Het volledige budget wordt besteed aan een sectoraal opleidingsaanbod, deelname is gratis voor de werknemers van de sociale werkplaatsen. Er is een toekenningsregel opgesteld om de deelname aan de opleidingen te verdelen over de verschillende sociale werkplaatsen. Sociale werkplaatsen kunnen inschrijven op de vormingen en opleidingen, maar de vraag is telkens groter dan het aanbod.

Ook de 2/3 regel is hier van toepassing: 2/3 van de middelen moet besteed worden aan vorming en opleidingen voor de doelgroepwerknemers. Voor de thema's werd beslist om geen technische thema's meer aan te bieden.

In 2012 werd een behoefteonderzoek gedaan bij de sociale werkplaatsen (Vivo, 2012). Over de periode 2008-2012 werden volgende thema's het meest gevraagd voor de doelgroepwerknemers:

- Heb aandacht voor je rug
- Werken in team
- Veilig werken
- Eerste hulp bij ongevallen
- Klantvriendelijkheid.

Voor de omkadering waren dit volgende thema's:

- Basiscursus begeleider op de werkvloer
- Omgaan met conflicten
- Coachen en motiveren
- Hoe opleiden op de werkvloer
- Functionerings- en evaluatiegesprekken

In 2013 stond ook omgaan met alcohol en drugs op de werkvloer in het vormingsaanbod voor personeel in een omkaderingsfunctie.

Bij de doelgroep is er meest nood aan opleidingen m.b.t. de thema's:

- Zorg voor kwaliteit
- Omgaan met stress
- Omgaan met conflicten

Bij de werkgevers waren dit:

- Rugpreventie
- Veilig werken
- Rechten en plichten op het werk/ hoe kan ik me voorbereiden op het werk.

In de focusgesprekken die gevoerd werden in dit behoefte-onderzoek, kwam het thema 'fit en gezond leven' aan bod. Belangrijke punten waren:

- Doelgroepwerknemers willen zien en ervaren, dus geen passieve lesjes
- Aandacht voor beperkt budget
- Relatie gezondheid, werk en vrije tijd
- Doel: open staan voor gezondere levensgewoontes, fitter zijn

Voor het begeleidend personeel waren de thema's:

- Excel
- Omgaan met en onderkennen van psychische aandoeningen op de werkvloer
- Omgaan met agressie
- Omgaan met conflicten

In de focusgesprekken die gevoerd werden in dit behoefte-onderzoek, werd bij het tweede thema 'omgaan met en onderkennen van psychische aandoeningen op de werkvloer' aangehaald dat hierbij ook gelinkt kan worden met 'omgaan met alcohol en drugs' en het thema 'kansarmoede'. Ook hier wordt vooropgesteld dat er moet gewerkt worden met een praktische benadering.

#### **4.3 Lokale diensteneconomie**

Dit is een vrij jonge sector met een eigen decreet binnen de sociale economie. Zij hebben recentelijk een eigen vormingsfonds opgestart en zullen zelf opleiding en vorming organiseren voor de sector.

Er zijn extra middelen voor opleiding vanuit het VIA4-akkoord.

#### **4.4 Invoegbedrijven**

Vorming en opleiding gebeurt via de reguliere kanalen, dus via opleidingscheques.



## Hoofdstuk 2

### De gezondheid en het gezondheidsgedrag van laaggeschoolde werknemers. Analyses op de Belstress III studie

In dit hoofdstuk onderzoeken we de gezondheidsstatus en het gezondheidsgedrag van laaggeschoolde werknemers. Hiervoor werd gebruik gemaakt van een bestaande databank uit de studie Belstress III. Na een korte beschrijving van de studie en de vragenlijst, wordt in het derde deel de steekproef beschreven. Daarna gaan we dieper in op de gezondheid van de werknemers, waar we ook mentale gezondheid onder verstaan. In het vijfde deel worden de resultaten van gezondheidsgedrag besproken, gevolgd door de resultaten met betrekking tot absentieïsme aangezien dit voor veel bedrijven de motivator is om gezondheidspromotie initiatieven te implementeren in het bedrijf. We sluiten af met een aantal conclusies die kunnen getrokken worden op basis van de resultaten.

De resultaten van Belstress III geven een beeld van de gezondheid en het gezondheidsgedrag van laaggeschoolden in reguliere bedrijven. Deze respondenten sluiten niet volledig aan bij de doelgroep van dit project aangezien ze wel laaggeschoold zijn, maar toch hun weg gevonden hebben in de gewone economie. Toch kunnen deze resultaten een indicatie geven, alhoewel waarschijnlijk een onderschatting, van de gezondheid en het gezondheidsgedrag van laaggeschoolden in de sociale economie. De groep lager geschoolden in deze studie zal waarschijnlijk het dichtst aanleunen bij de doelgroep in de sociale werkplaatsen, de lokale diensteneconomie en de invoegbedrijven.

#### 1 De studie

Belstress III is de derde studie van het onderzoek naar determinanten van werkverzuim wegens ziekte bij werknemers in de reguliere economie. De studie ging door in de periode van 2004-2006 en werd georganiseerd door de Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde (UGent) en de Ecole de Santé Publique (ULB).

Zeven bedrijven deden mee aan het onderzoek, resulterend in 2983 respondenten (respons 30.4%).

In Belstress III kunnen we de vergelijking maken tussen *hoog-, middelbaar-, en lager geschoolden die werken in bedrijven binnen de reguliere economie*.

Analyses: de data werd verwerkt in SPSS 19. Chi<sup>2</sup> en t-testen werden gebruikt om verschillen tussen laag en hoog opgeleiden te onderzoeken met respectievelijk categorische variabelen en continue variabelen. Multiple logistische regressies werden gebruikt om verschillen na te gaan tussen hoog, gemiddeld en laag opgeleiden met betrekking tot de afhankelijke variabelen, terwijl gecontroleerd wordt voor leeftijd en geslacht.

#### 2 De vragenlijst

Er werd gewerkt met een schriftelijke vragenlijst waarin naast de socio-demografische gegevens ook de werkomstandigheden, het privéleven, de persoonlijkheid en de gezondheid werden bevraagd.

Opleiding:

De werknemers in deze studie worden ingedeeld in 3 categorieën op basis van hun opleiding.

- Lager geschoolden: geen diploma of diploma lager onderwijs
- Middelbaar geschoolden: hoger middelbaar onderwijs (beroeps, technisch of algemeen), 1 of 2 jaar specialisatie of aanvang hoger onderwijs zonder einddiploma
- Hoger geschoolden: hoger niet-universitair en hoger universitair met einddiploma.

Twaalf werknemers hebben geen data doorgegeven over hun opleiding en werden dan ook niet opgenomen in de verdere analyses (n = 2971).

### 3 Beschrijving van de steekproef

Van de 2971 respondenten hebben 617 of 20.8% een lagere school opleiding, 1031 of 34.7% hebben een diploma middelbaar onderwijs, en 1323 of 44.5% zijn hoger geschoold.

In totaal waren er 46% mannen en 54% vrouwen. De verdeling van geslacht naar opleidingsniveau was significant verschillend ( $\chi^2 = 42.970$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0.001$ ). Meer mannen hebben een lage opleiding in de steekproef dan vrouwen (zie tabel 1).

Er werden geen statistische verschillen gevonden in de leefsituatie (alleenstaand of samenwonend) tussen de verschillende opleidingsniveaus ( $\chi^2 = 1.406$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.495$ ; zie tabel 1).

Laagopgeleide werknemers waren wel ouder dan de werknemers met een middelbare of hoge opleiding (zie tabel 1). Tussen de lage en middelbare opleiding bedroeg het verschil tussen de gemiddelde leeftijden 1,916 jaar ( $t = 6.321$ ,  $df = 1455.093$ ,  $p < 0.001$ ). Het verschil in leeftijd tussen de gemiddelde leeftijden van werknemers met een lage en hoge opleiding was 2.763 jaar ( $t = 9.231$ ,  $df = 1516.453$ ,  $p < 0.001$ ).

Tabel 1 Socio-demografische kenmerken van de steekproef naar opleidingsniveau.

	Lager geschoold	Middelbaar geschoold	Hoger geschoold
<b>Geslacht</b>			
Mannen	57.2%	45.3%	41.3%
Vrouwen	42.8%	54.7%	58.7%
<b>Leefsituatie</b>			
Samenwonend	78.9%	79.3%	80.9%
Alleenstaand	21.1%	20.7%	19.1%
Leeftijd (gemiddeld)	45.23 jaar	43.31 jaar	42.46 jaar
<b>Statuut</b>			
Kader	4.3%	11%	45.0%
Bediende	65.7%	75.7%	54.7%
Arbeider	30%	13.3%	0.3%

De meerderheid van de steekproef heeft een bediende-status (64.1%), 25.2% is lid van het kader, en 10.7% is arbeider. Van de lager opgeleiden is 70% bediende of kaderlid terwijl bij de hoogopgeleiden dit 99.5% is ( $\chi^2 = 750.121$ ,  $df = 4$ ,  $p < 0.001$ ; tabel 1).

#### 4 Gezondheid en mentale gezondheid

De *algemene gezondheid* werd bevraagd als volgt:

“Hoe beoordeelt u uw eigen gezondheid (in algemene zin)? Zeer goed, goed, middelmatig, slecht, zeer slecht”. In de analyses worden de resultaten bekeken van de respondenten die aangeven een “zeer goede” en “goede” gezondheid te hebben ten opzichte van degene die aangeven een “middelmatige” tot “slechte” gezondheid te hebben.

Van de lager geschoolden geeft 39.4% aan een “gemiddelde” tot “slechte” algemene gezondheid te hebben. Bij de middelbaar geschoolden was dit 34,5%, en 26,7% bij de hoger geschoolden ( $\chi^2 = 34.6$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0.001$ ).

Controleren we de resultaten voor geslacht en leeftijd, dan is alleen het verschil in zelfgerapporteerde gezondheid tussen lager geschoolden en hoger geschoolden significant in die zin dat lager geschoolden 69% meer kans hebben een slechtere gezondheid te rapporteren (Odds Ratio (verder OR) = 1.69, 95% Betrouwbaarheidsinterval (verder 95% BI): 1.37 – 2.08).

Naast de algemene gezondheid, werd een schaal van 13 items bevraagd met *lichamelijke gezondheidsklachten* (de Current Health Index (CHI)). Voorbeelden van items zijn:

- Bent u gauw kortademig? Ja/ nee
- Heeft u nogal eens last van hoofdpijn? Ja/ nee
- Is uw maag nogal eens van streek? Ja/ nee.

De schaal loopt van 0 tot 13, met een gemiddelde in deze steekproef van 5.75 punten (Standaard deviatie (verder SD) = 3.60).

De groep van de lager geschoolde werknemers had een gemiddelde score op de schaal van 5.96 (SD = 3.74). Geen significant verschil was te vinden met de score van de middelbaar opgeleiden (gemiddelde score = 5.72, SD = 3.74;  $t = 1.22$ ,  $df = 1540$ ,  $p = 0.221$ ) en ook niet met de hoger opgeleiden (gemiddelde score = 5.66, SD = 3.42;  $t = 1.593$ ,  $df = 1048.59$ ,  $p = 0.111$ ).

*Lage rugklachten* werden o.a. nagegaan met de vraag: “Hoe lang had u in totaal gedurende de laatste 12 maanden lage ruglast? 0 dagen, 1-7 dagen, 8-30 dagen, meer dan 30 dagen, elke dag”. Lager geschoolden en middelbaar geschoolden geven meer aan chronische rugpijnen te hebben dan hoger geschoolden ( $\chi^2 = 85.838$ ,  $df = 8$ ,  $p < 0.001$ ; zie tabel 2).

Bekijken we de resultaten van de werknemers die 7 of minder dagen last hadden van lage rugpijn ten opzichte van werknemers die 8 dagen of meer last hadden, dan heeft 59.8% van de respondenten 8 dagen of meer last van lage rugpijn. Bij de lager geschoolden was dit 67.1%, bij de middelbaar geschoolden 64.6% en bij de hoger geschoolden 52.5% ( $\chi^2 = 39.67$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0.001$ ). Controleren we de resultaten voor geslacht en leeftijd, dan blijft het verschil tussen lager en hoger geschoolden bestaan (OR = 0.535, 95% BI : 0.424-0.674).

Tabel 2 Lage rugpijn naar opleidingsniveau

Rugpijn	Lager geschoold	Middelbaar geschoold	Hoger geschoold
0 dagen	7.8%	7.8%	14.4%
1-7 dagen	25.1%	27.6%	33.0%
8-30 dagen	23.7%	25.8%	26.2%
Meer dan 30 dagen	27.2%	26.2%	21.2%
Elke dag	16.3%	12.6%	5.1%

*Vermoeidheid* werd bevraagd aan de hand van 4 items op een 7 punten likert schaal. De items waren:

- Ik voel me moe.
- Ik ben gauw moe.
- Ik voel me fit.
- Lichamelijk voel ik me uitgeput.

De 75<sup>ste</sup> percentiel werd gebruikt om de schaal te dichotomiseren (25% hoogste scores = vermoeid). Hier zijn het voornamelijk de hoger geschoolden die aangeven chronisch vermoeid te zijn (lager : 27,5%, middelbaar: 26.1%, hoger: 31.5%;  $\chi^2 = 8.46$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.015$ ).

Controleren we de resultaten voor geslacht en leeftijd, dan is alleen het verschil tussen de middelbaar geschoolden en hoger geschoolden significant verschillend (OR = 0.79, 95% BI: 0.65-0.95).

*Depressie* werd bevraagd aan de hand van de CES-D (Center for Epidemiological Studies–Depression Scale; Radloff, 1977) vragenlijst met 11 items. Voorbeeld items zijn:

- Ik voelde mij depressief gedurende de laatste 2 weken: zelden of nooit/soms/meestal.
- Mijn eetlust was zwak gedurende de laatste 2 weken: zelden of nooit/soms/meestal.

De schaal werd gedichotomiseerd en de respondenten die hoger scoorden dan de 75<sup>ste</sup> percentiel werden gehercodeerd als zijnde depressief.

Geen verschil werd gevonden naar opleiding met betrekking tot depressie (lager geschoolden : 26.7%, middelbaar geschoolden: 26.1%, hoger geschoolden: 26.0%;  $\chi^2 = 0.120$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.942$ ).

*De Body Mass Index* werd berekend op basis van zelfgerapporteerde lengte en gewicht ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Personen met overgewicht hebben een BMI hoger dan 25, maar lager dan 30 (45.4% van de respondenten in deze steekproef). Personen die obees zijn hebben een BMI hoger dan 30 (11.5% van de respondenten in deze steekproef).

Van de lager geschoolden had 56,2% overgewicht of was obees ten opzichte van 48,8% van de middelbaar geschoolden en 37,7% van de hoger geschoolden ( $\chi^2 = 64.11$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0.001$ ). Als we deze resultaten controleren voor geslacht en leeftijd, dan blijven de significante resultaten bestaan (lager t.o.v. hoger geschoolden: OR = 1.74, 95% BI: 1.42-2.13; middelbaar t.o.v. hoger geschoolden: OR = 1.51, 95% BI: 1.27-1.79).

Indien we alleen de resultaten bekijken van de personen die obees zijn, dan stellen we vast dat 15.5% van de lager geschoolden obees zijn ten opzichte van 13.8% van de middelbaar geschoolden en 7.9% van de hoger geschoolden ( $\chi^2 = 31.25$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0.001$ ). Controleren we deze resultaten naar geslacht en leeftijd, dan hebben lager geschoolden dubbel zoveel kans om obees te zijn dan hoger geschoolden (OR = 2.07, 95% BI: 1.53-2.81). Middelbaar geschoolden hebben 84% meer kans om obees te zijn dan hoger geschoolden (OR = 1.84, 95% BI: 1.41-2.41).

## 5 Gezondheidsgedrag

*Fysieke activiteit* werd zowel op het werk als buiten de werkuren bevraagd.

Fysieke activiteit op het werk werd bevraagd door middel van een sub-schaal van de Job Content Questionnaire (Karasek, 1985). De subschaal bevat 5 items, met een 4-punts-antwoordschaal van volledig oneens tot volledig akkoord:

- Mijn werk vereist veel lichamelijke inspanning.
- Tijdens mijn werk moet ik dikwijls zeer zware lasten opheffen of verplaatsen.
- Mijn werk vereist een snelle en voortdurende lichamelijke inspanning
- Ik moet vaak en gedurende lange periodes werken in lastige onnatuurlijke lichaamshoudingen
- Ik moet gedurende lange periodes werken met mijn hoofd of armen in lastige, onnatuurlijke houdingen.

Het hoogste tertiel van de steekproef werd beschouwd als hebbende een hoge fysieke werkbelasting.

Van de lager geschoolden hebben 44.9% een job die een hoge fysieke werkbelasting met zich meebrengt, ten opzichte van 41% van de middelbaar geschoolden en 31.6% van de hoger geschoolden ( $\chi^2 = 38.88$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0.001$ ). Gecontroleerd naar geslacht en leeftijd, tonen de resultaten dat lager geschoolden dubbel zoveel kans hebben om een hoge fysieke werkbelasting te hebben dan hoger geschoolden (OR = 2.04, 95% BI: 1.66-2.51). Middelbaar geschoolden hebben 57% meer kans om een hoge fysieke werkbelasting te hebben dan hoger geschoolden (OR = 1.57, 95% BI: 1.32-1.87).

Fysieke activiteit buiten het werk werd als volgt bevraagd:

“Welke van de volgende 4 activiteitsklassen beantwoordt het best aan uw huidige activiteit buiten het werk (= fysieke activiteit tijdens uw vrije tijd)?

- Geen wekelijkse activiteit
- Enkel lichte fysieke activiteit tijdens de meeste weken
- Zware fysieke activiteit gedurende minstens 20 minuten, 1-2 maal per week (zware fysieke activiteit die kortademigheid, snelle hartslag en zweten teweegbrengt)
- Zware fysieke activiteit van minstens 20 minuten, 3- of meermaals per week. “

Personen die de eerste twee categorieën aanduiden, werden gecategoriseerd als personen met een risico patroon m.b.t. beweging.

Lager geschoolden hebben minder beweging buiten het werk dan middelbaar en hoger geschoolden. 72.5% van de lager geschoolden vertonen een risicopatroon m.b.t. beweging, ten opzichte van 69.9% van de middelbaar geschoolden en 64.7% van de hoger geschoolden ( $\chi^2 = 13.58$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.001$ ).

Gecontroleerd voor geslacht en leeftijd, blijven de significante resultaten bestaan. Lager geschoolden hebben 54% meer kans om een risicopatroon te vertonen op gebied van beweging in vergelijking met hoger geschoolden (OR = 1.54, 95% BI: 1.23-1.92). Middelbaar geschoolden hebben 30% meer kans om een risicopatroon met betrekking tot beweging te hebben dan hoger geschoolden (OR = 1.30, 95% BI: 1.08-1.55).

Controleren we deze resultaten bijkomstig voor fysieke werkbelasting op het werk, dan blijven de resultaten bestaan (lager versus hoger geschoolden: OR = 1.57, 95% BI: 1.25-1.96; middelbaar versus hoger geschoolden: OR = 1.29, 95% BI: 1.08-1.55). Het interactie-effect is niet significant.

Het *tabaksgebruik* is nog steeds de grootste oorzaak van vermijdbare ziekte en sterfte in de wereld. Van de lager geschoolden in deze studie rookt 38.5%, wat significant meer is dan bij de andere opleidingsgroepen (middelbaar geschoolden: 29.5% en hoger geschoolden: 20.9%;  $\chi^2 = 67.71$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0.001$ ). Gecontroleerd voor geslacht en leeftijd, hebben lager geschoolden 2.33 keer meer kans om te roken dan hoger geschoolden (OR= 2.33, 95% BI: 1.88-2.89). Middelbaar geschoolden hebben 58% meer kans om te roken dan hoger geschoolden (OR = 1.58, 95% BI: 1.30-1.90).

Ook het *gebruik van alcohol* werd bevraagd in de Belstress III studie. Bij de lager geschoolden zitten meer geheelonthouders, maar ook meer personen die buitensporig drinken (geheelonthouders: lager: 25.1%, middelbaar: 21.6%, hoger: 17.1%; buitensporig: lager: 25.6%, middelbaar: 22.8%, hoger: 17.8%;  $\chi^2 = 48.44$ ,  $df = 4$ ,  $p < 0.001$ ).

Afhankelijkheid van alcohol werd bevraagd door middel van 4 ja-nee vragen (Cage vragenlijst; Ewing, 1984).

- Hebt u reeds de nood gevoeld uw alcoholverbruik te beperken?
- Kreeg u reeds opmerkingen vanuit uw omgeving over uw alcoholgebruik?
- Hebt u reeds de indruk gehad dat u teveel dronk?
- Is het u al overkomen 's ochtends alcohol nodig te hebben om in vorm te zijn?

Indien de respondent 2 of meer vragen positief beantwoordt, werd de respondent beschouwd als risico lopend op alcoholafhankelijkheid.

Er waren geen significante verschillen tussen de opleidingen met betrekking tot het risico op alcoholafhankelijkheid (lager geschoolden: 10.8%, middelbaar geschoold: 9.3%, hoger geschoolden: 12.9%;  $\chi^2 = 7.30$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.026$ ).

## 6 Absenteïsme

Het aanpakken van absenteïsme binnen het bedrijf, is één van de motieven die een werkgever kan hebben om aan gezondheidspromotie op het werk te doen.

Laaggeschoolden blijven meer '3 keer of meer' weg van het werk ten opzichte van de andere opleidingsgroepen (lager geschoolden: 25.0%, middelbaar geschoolden: 23.9%, hoger geschoolden: 15.4%;  $\chi^2 = 55.64$ ,  $df = 6$ ,  $p < 0.001$ ). Gecontroleerd naar geslacht en leeftijd, tonen de resultaten dat lager geschoolden dubbel zoveel kans hebben om '3 keer of meer' weg te blijven van het werk dan hoger geschoolden (OR = 2.15, 95% BI: 1.66-2.79). Middelbaar geschoolden hebben 81% meer kans om '3 keer of meer' weg te blijven van het werk dan hoger geschoolden (OR = 1.81, 95% BI: 1.46-2.25).

Controleren we daarbij voor zelfgerapporteerde algemene gezondheid, dan blijven de resultaten significant (lager versus hoger geschoolden: OR = 2.03, 95% BI: 1.55-2.64; middelbaar versus hoger geschoolden: OR = 1.74, 95% BI: 1.40-2.18).

## **7 Besluit**

De lager geschoolden in deze studie geven aan een slechtere gezondheid te hebben dan de hoger geschoolden, alhoewel dit niet tot uiting komt als men een index maakt van gezondheidsklachten. Lager geschoolden hebben wel meer lage rugpijn dan hoger geschoolden, maar hoger geschoolden geven dan weer meer aan dat ze vermoeid zijn. Geen verschillen werden gevonden op het gebied van depressiviteit.

Wel vonden we grote verschillen in de prevalenties van overgewicht en obesiteit waar lager geschoolden telkens meer kans hebben op overgewicht en obesiteit in vergelijking met hoger geschoolden. Voeding en beweging zijn de belangrijkste gezondheidsgedragingen gelinkt aan overgewicht en obesiteit. Voedingsgewoonten werden niet bevraagd binnen deze studie. Lager geschoolden bewegen buiten het werk minder dan hoger geschoolden, ook al houden we rekening met de fysieke werkbelasting (die hoger is voor lager geschoolden).

Middelengebruik is ook een belangrijk thema binnen de gezondheidsdoelstellingen. Tabaksgebruik blijft een groot probleem bij lager geschoolden. Van de lager geschoolden loopt een tiende de kans om alcoholafhankelijkheid te ontwikkelen, net zoals bij de hoger geschoolden.

Een aanknopingspunt voor bedrijven om aan gezondheids promotie te doen bij lager geschoolde werknemers, kan zijn om het absentisme, dat hoger is in die groep, te verminderen.





## Hoofdstuk 3

### Mening van werkgevers in de sociale economie op gezondheidspromotie op het werk: resultaten van een online bevraging

#### 1 Inleiding

##### 1.1 Gezondheidspromotie binnen bedrijven

De definitie van Gezondheidspromotie op het werk (WHP - Workplace Health Promotion) wordt in de 'Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union' als volgt geformuleerd:

"Workplace Health Promotion is the combined efforts of employers, employees and society to improve the health and well-being of people at work. This can be achieved through a combination of:

- Improving the work organization and the working environment
- Promoting active participation
- Encouraging personal development." (ENWHP, 1997)

Gezondheidspromotie op het werk focust op thema's zoals: een gezonde levensstijl, gezond ouder worden, ontwikkeling van de stafleden, work-life balance, mentale gezondheid en stress, wellness, Corporate Social Responsibility (CRS), voeding en gezondheid.

Werken binnen het bedrijf aan gezondheidspromotie heeft verschillende voordelen voor zowel het bedrijf als voor de werknemer zelf. Zo heeft onderzoek aangetoond dat gezondheidspromotie een kleine maar positieve invloed heeft op absentieïsme, productiviteit en job performance (Rongen et al, 2013). Gezondheidspromotie in het bedrijf kan ook zorgen voor een positief imago en een betere werksfeer, waardoor er minder verloop kan zijn van werknemers.

Het hoofdmotief echter om te werken aan gezondheid, is voor veel bedrijven om iets te doen aan het absentieïsme. Zo is aangetoond dat obesitas de oorzaak kan zijn van kortdurende arbeidsongeschiktheid (5 dagen tot 6 maanden arbeidsongeschikt) bij bedienden: 14.9% van de werknemers met obesitas is kortdurend ongeschikt geweest versus 7.3% van de werknemers met een normale BMI ( $p < 0.001$ ) (Arena et al., 2006). Ook Robroek et al (2011) vonden dat ongezonde levensstijlfactoren geassocieerd zijn met afwezigheid door ziekte, maar ook met de duur van die afwezigheid en een daling van productiviteit.

In een recent review, vonden Cancelliere et al (2011) bewijs dat gezondheidspromotie op het werk ook een positieve invloed kan hebben op het voorkomen van presentieïsme (= het fysiek aanwezig zijn op het werk maar niet optimaal functioneren, ook 'intern verzuim' genoemd).

In een meta-analyse vonden Verweij et al (2010) een 'gemiddeld' bewijs dat gezondheidspromotie op het werk met betrekking tot beweging en gezonde voeding, een effect kan hebben op lichaamsgewicht, BMI en lichaamsvet. Voor interventies met betrekking tot fysieke activiteit, vonden ze een licht significant bewijs dat het een effect heeft op lichaamsgewicht en BMI. De interventies met een omgevingscomponent hadden meer kans op effect.

## **1.2 Gezondheidspromotie op het werk voor doelgroepwerknemers**

Er is weinig literatuur te vinden over gezondheidspromotie op het werk gefocust op doelgroepwerknemers.

Harris et al (2011) onderzocht de gezondheid van werknemers met een lage sociaal-economische status (verder SES). Zowel op het gebied van roken, fysieke activiteit als voor obesiteit hadden ze een slechtere score in vergelijking met hun collega's van een hogere SES. Deze verschillen waren zowel te vinden indien men de opdeling maakt naar opleiding (secundaire opleiding of minder versus hogere opleiding) als naar loon (minder dan \$ 35.000 versus meer).

Een belangrijke voorwaarde opdat gezondheidspromotie op het werk effect heeft, is de opkomst of de respons van de werknemers. Zeker bij doelgroepwerknemers kan dit een pijnpunt zijn aangezien zij minder geneigd zijn om deel te nemen aan gezondheidspromotie-initiatieven in het algemeen en op de werkplek (Thompson et al, 2005). De hoofdoorzaak hiervan is dat de programma's niet cultureel aangepast zijn voor deze doelgroepen. Gezondheidspromotie-initiatieven worden vaak ontwikkeld met bedienden voor ogen, maar deze hebben vaak een flexibeler werkschema in vergelijking met arbeiders. Andere barrières zijn dat deze programma's kunnen discrimineren of de werknemers een gevoel kunnen geven van een andere behandeling. Vaak is er weinig eigen input van de doelgroep zelf en hebben ze bijgevolg geen controle en 'ownership' over het programma. De doelgroepwerknemers hebben soms een gevoel van wantrouwen tegenover mensen met autoriteit, wat dan vaak wordt overgezet op het gezondheidsprogramma als dit wordt georganiseerd vanuit de directie. Ook een algemeen gebrek aan interesse en de perceptie van de kost (zowel financieel als niet-financieel zoals tijd), kunnen doelgroepwerknemers tegenhouden om deel te nemen aan gezondheidspromotie op de werkvloer.

## **1.3 Kenmerken van bedrijven die investeren in gezondheidspromotie**

Een model dat gebruikt wordt om gezondheidsgedrag te verklaren, is de Theory of Planned Behaviour van Azjen (Azjen, 1988). Downey & Sharp (2007) hebben dit model ook gebruikt om het gedrag en de intentie te voorspellen van werkgevers om gezondheidspromotie initiatieven te implementeren op het werk. Vier constructen worden gemeten die de intentie tot het implementeren van gezondheidspromotie verklaart: attitude ten opzichte van gezondheidspromotie, subjectieve norm die heerst in de omgeving van de werkgever, en de controle van de werkgever ten aanzien van middelen. Daarbij werd morele verantwoordelijkheid toegevoegd aan dit model omdat het al dan niet organiseren van gezondheidspromotie op het werk een morele dimensie heeft. In het onderzoek van Downey & Sharp (2007) was de attitude van de werkgever (of van zijn vertegenwoordiger) de grootste voorspeller voor de gedragsintentie om gezondheidspromotie te organiseren in het bedrijf of organisatie (51.3% van de verklaarde variantie), gevolgd door morele verantwoordelijkheid en de mate waarin men controle heeft over de middelen die nodig zijn voor de gezondheidspromotie. Subjectieve norm had geen voorspellende waarde.

## 2 Methode

### 2.1 Het onderzoek

Om een zicht te krijgen op de houding ten opzichte van gezondheidspromotie binnen bedrijven in de sociale economie, is er een bevraging georganiseerd gericht naar de bedrijfsleiders. Er is gekozen voor een kwantitatieve, online bevraging om de tijdsinvestering van de bedrijfsleiders zo laag mogelijk te houden.

Er werd een mailing georganiseerd met uitnodiging tot deelname (zie bijlage 1). De emailadressen van de bedrijven werden verkregen via CollondSe. Hieruit werden de dubbele emailadressen verwijderd. Voor de 'gebounced' emailadressen werd een alternatief gezocht. Een rappel werd na 2 weken verstuurd.

De studie is goedgekeurd door het ethisch Comité UZ Gent (2013/076)

### 2.2 De vragenlijst

De vragenlijst bestaat uit 2 delen en werd opgesteld op basis van de gesprekken met de koepels, eigen vragen en een bestaande vragenlijst die peilt naar determinanten van het organiseren van gezondheidspromotie gebaseerd op de Theory of Planned Behavior (Downey & Sharp, 2007) (zie bijlage 2).

Eerst werden algemene kenmerken van het bedrijf bevraagd zoals het type van sociale economie bedrijf, aantal werknemers in het bedrijf, percentage voltijds werkende, percentage vrouwen, percentage doelgroepwerknemers, en de economische sector waarin het bedrijf werkzaam is.

Deel 1 van de vragenlijst moet ons een beeld geven van de huidige stand van zaken en de mening over gezondheidspromotie in het sociale economie bedrijf. Volgende aspecten komen aan bod:

- Wordt er reeds aan gezondheidspromotie gedaan en zo ja, voor welke thema's (voeding, beweging, tabak, alcohol, mentale gezondheid) en onder welke vorm (aanpassingen in het beleid, in de omgeving, geven van vorming, individuele begeleiding, kortlopende acties).
- Wie is verantwoordelijk voor de organisatie van gezondheidspromotie?
- Waar is nood aan? Een draaiboek, een screeningstool, vorming op maat van de doelgroepwerknemer, ....
- Wat is haalbaar binnen het bedrijf? Er werden 13 voorbeelden gegeven van aanpassingen in de lunch, tot aanpassingen in het beleid voor alcoholgebruik op het werk en buiten de werkuren bij bedrijfsevenementen.
- Voor welke thema's is er extra nood aan programma's?
- Is er de intentie om in de toekomst te werken aan bepaalde thema's?
- Is er reeds een geïntegreerd gezondheidsbeleid in het bedrijf?
- Wat is de eigen mening over gezondheidspromotie bij doelgroepwerknemers? Hebben de doelgroepwerknemers hier baat bij en is het reeds goed uitgewerkt of niet? Of hebben ze er

geen/minder baat bij aangezien de problemen te groot zijn of de doelgroep beperkt te bereiken is met gezondheidsboodschappen.

Deel 2 van de vragenlijst is een uitwerking van de theory of planned behaviour, zie figuur 1. Determinanten van de implementatie van gezondheidspromotie zijn: de intentie, die op haar beurt wordt bepaald door de attitude, de gedragscontrole, de subjectieve norm en de morele verantwoordelijkheid.

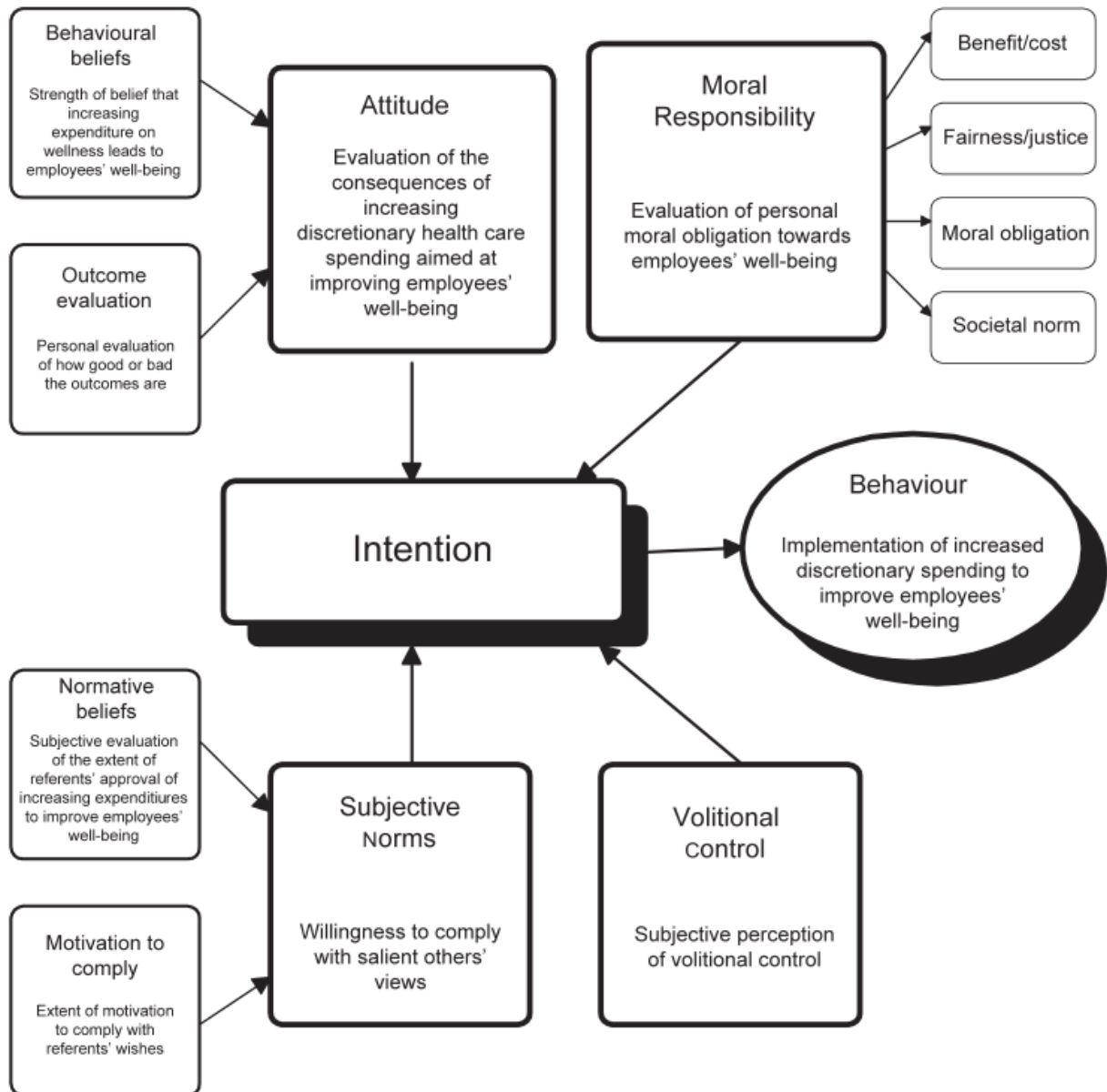


Fig. 1: TPB applied to employees' health promotion.

Figuur 1 Theory of Planned Behaviour (Uit Downey & Sharp, 2007)

De "attitude" bestaat uit twee constructen: behavioural beliefs (de kennis of het inzicht dat gezondheidspromotie bepaalde voordelen heeft) en outcome evaluation (het belang dat men hecht aan deze uitkomsten of voordelen). Er werden 5 beliefs bevraagd met de 5 bijhorende evaluaties, elk

op een 5-punten Likert schaal. Voor de attitudescore (1-25) werden de beliefs vermenigvuldigd met de evaluaties. Om een totaal-score te berekenen, werd het gemiddelde van de 5 attitudes berekend. De Cronbach alpha voor de attitude schaal was 0.85.

“Controle” werd bevraagd aan de hand van 3 vragen over de rol van de respondent bij de implementatie van activiteiten zoals gezondheidspromotie, de controle over de middelen (budget, personeel, tijd, ...) en de controle over de budgetten. Deze werden ook bevraagd op een 5-punten Likert schaal. Hiervan werd ook een gemiddelde genomen om tot een totaalscore te komen. De Cronbach alpha voor deze schaal was 0.88.

“Subjective norm” bestaat eveneens uit twee constructen: de normative beliefs (de perceptie van het belang dat bepaalde personen hechten aan gezondheidspromotie in het bedrijf) en de motivation to comply (= de motivatie om te voldoen aan deze subjectieve norm). Dit wordt bevraagd voor 8 personen of instellingen waaronder collega’s, werknemers, de gemeenschap en de vakbonden. Scores op beide constructen worden vermenigvuldigd zodat men terug voor elke subjectieve norm een score krijgt van 1 tot 25. Ook hiervoor werd een totaalscore berekend door het gemiddelde te nemen van de 8 variabelen. De Cronbach alpha voor deze schaal was 0.83.

“Morele verantwoordelijkheid” werd gemeten door een schaal gebaseerd op Hart (1961, in Downey & Sharp, 2007). Vier dimensies van morele verantwoordelijkheid komen terug in deze schaal: de voordelen versus kosten, de rechtvaardigheid/ eerlijkheid, de morele verplichting, en de sociale norm. Vier vragen voor de vier dimensies werden gesteld op een 5-punten Likert schaal. De Cronbach alpha voor deze schaal was 0.67 voor de 4 dimensies. De laatste dimensie scoorde echter niet goed op deze schaal en werd verwijderd. Zonder sociale norm, werd een Cronbach alpha gevonden van 0.71.

De vragenlijst werd afgesloten door de bedrijfsleiders de kans te geven opmerkingen te geven en hun contactgegevens na te laten indien ze verder op de hoogte willen gehouden worden over dit project en de te ontwikkelde tools.

De vragenlijst werd opgemaakt in survey monkey en uitgetest bij 3 personen (2 medewerkers van een sociale dienst van een beschutte werkplaats en 1 bedrijfsleider in de sociale economie).

### **2.3 Analyses**

In een eerste deel zullen de resultaten beschreven worden over de stand van zaken en de mening van de respondenten ten aanzien van gezondheidspromotie. Prevalenties worden berekend en waar relevant werden ook  $\chi^2$ -testen uitgevoerd.

In een tweede deel wordt gekeken of de bevroegde determinanten een voorspellende waarde hebben op de intentie om meer te investeren in gezondheidspromotie, en ook op het reeds organiseren van gezondheidspromotie op het werk. Hiervoor werden multiple logistische regressies gebruikt.

De gegevens werden geanalyseerd in Spss 19.

### 3 Resultaten

#### 3.1 Respons en kenmerken van de bedrijven

In totaal werden 616 bedrijven gecontacteerd waaronder 54 beschutte werkplaatsen, 94 sociale werkplaatsen (waaronder ook de kringloopcentra en 61 sociale werkplaatsen die ook arbeidszorginitiatieven organiseren), 176 LDE-initiatieven en 292 invoegbedrijven. De respons op de bevraging is terug te vinden in tabel 3.

Tabel 3 Respons van de bevraging naar type bedrijf

	aantallen	% response op totaal aangeschreven
Beschutte werkplaatsen	28	51.9%
Sociale werkplaatsen en arbeidsinitiatieven	54	57.4%
LDE	26	14.8%
Invoegbedrijven	21	7.2%
Sociale huisvestingsmaatschappij	1	/
<b>Totaal</b>	<b>130</b>	<b>21.1%</b>

De grootte van de bedrijven varieerden van 1 werknemer tot 850 werknemers. De bedrijven werden op basis van deze aantallen ingedeeld in micro bedrijven (8.7%; minder dan 10 werknemers), kleine bedrijven (31.5%; tussen 10 en 49 werknemers), middelgrote bedrijven (40.2%; tussen 50 en 249 werknemers) en grote bedrijven (19.7%; vanaf 250 werknemers). Van 3 bedrijven weten we de grootte niet.

De meerderheid van de beschutte werkplaatsen waren grote bedrijven (59.3%), gevolgd door middelgrote bedrijven (37%). Slechts 3.7% van de beschutte werkplaatsen die hebben deelgenomen waren kleine bedrijven.

De sociale werkplaatsen die deelnamen zijn verdeeld over de verschillende groottes. De meerderheid is middelgroot (53.8%) gevolgd door kleine bedrijven (28.8%), grote (11.5%) en micro bedrijven (5.8%).

LDE initiatieven die deelnamen zijn veelal kleine initiatieven van minder dan 50 werknemers (50%), gevolgd door middelgrote (34.6%) en micro (15.4%) bedrijven.

De invoegbedrijven die deelnamen zijn veelal kleine (47.6%) en micro bedrijven (19%). Negentien procent is middelgroot en 14.3% is groot.

De meerderheid (61.5%) van de deelnemende bedrijven hebben hun werkzaamheden in de tertiaire sector (verkoop van goederen en diensten). Iets meer dan een kwart van de bedrijven werkt in de secundaire sector (verwerking van grondstoffen: 26.9%) en nog eens een kwart in de quataire sector (niet-commerciële dienstensector: 26.2%). Een minderheid van de bedrijven werkt in de primaire sector (bedrijven die grondstoffen leveren zoals de agrarische sector: 7.7%). Hier waren verschillende antwoorden mogelijk.

De meerderheid van de deelnemende beschutte werkplaatsen werken in de secundaire sector (42.3%), gevolgd door de tertiaire (19.2%) en de quataire (19.2%). Nog eens 19.2% zit zowel in de secundaire en tertiaire sector.

De deelnemende sociale werkplaatsen zijn werkzaam in alle sectoren, maar toch hoofdzakelijk in de tertiaire sector (1.9% in de primaire, 7.4% in de secundaire, 40.7% in de tertiaire en 16.7% in de quataire, 9.3% in de tertiaire + quataire, 9.3% in de secundaire en tertiaire, 5.6% in de primaire en secundaire, 9.3% in de primaire en tertiaire).

LDE is vooral werkzaam in de tertiaire (46.2) en quataire (42.3%). Van de deelnemende LDE-initiatieven is 3.8% werkzaam in zowel de tertiaire als de quataire sector en 7.7% in de secundaire en tertiaire.

Invoegbedrijven die deelnamen zijn hoofdzakelijk werkzaam in de tertiaire sector (66.7%), gevolgd door de secundaire sector (14.3%), en de primaire en quataire sector (beiden 4.8%). Nog eens 9.2% van de deelnemende invoegbedrijven is werkzaam in zowel de secundaire als de tertiaire sector.

#### Respondent

32.3% van de respondenten waren bedrijfsleiders en 27.7% waren medewerkers van de sociale dienst. Echter 40% gaf aan een andere functie in het bedrijf te vervullen. Dit waren dan: preventie-adviseurs, personeelsverantwoordelijken, directeur personeel en organisatie, coördinator, coach, ...

### 3.2 Stand van zaken van gezondheidspromotie binnen de sociale economie

60% van de bedrijven zegt reeds een gezondheidspromotie-activiteit te organiseren, naast de wettelijke verplichting van het rookverbod. Naar type bedrijf was dat 64.3% van de beschutte werkplaatsen, 64.8% van de sociale werkplaatsen, 53.8% van de LDE-initiatieven en 47.6% van de invoegbedrijven.

In tabel 4 wordt weergegeven, van de bedrijven die reeds aan gezondheidspromotie doen (n = 78), aan welke thema's er reeds gewerkt wordt.

Tabel 4 Thema's waarrond reeds gewerkt wordt binnen het bedrijf

Thema	%
Voeding	74.4%
Beweging	43.6%
Tabak	50%
Alcohol	73.1%
Mentale gezondheid	61.5%

Het meest nemen bedrijven initiatieven rond voeding en alcoholgebruik, gevolgd door mentale gezondheid en tabaksgebruik. Rond beweging wordt er het minst gewerkt in bedrijven binnen de sociale economie.

Naar type bedrijf zijn de resultaten te vinden in tabel 5.

Tabel 5 Thema's waarrond reeds gewerkt wordt naar type bedrijf

	voeding	beweging	tabak	Alcohol	Mentale gezondheid
Beschutte werkplaatsen	83.3%	50%	77.8%	94.4%	77.8%
Sociale werkplaatsen	71.4%	40%	45%	85.7%	48.6%
LDE	71.4%	57.1%	28.6%	42.9%	78.6%
invoegbedrijven	80%	30%	50%	40%	50%

Bekijken we binnen de thema's naar verschillen tussen de verschillende types bedrijven, dan zien we alleen bij tabak ( $\chi^2 = 8.373$ ,  $df = 3$ ,  $p = 0.039$ ) en bij alcohol ( $\chi^2 = 19.485$ ,  $df = 3$ ,  $p < 0.001$ ) een significant verschil naar type bedrijf. Beschutte werkplaatsen en sociale werkplaatsen werken vaker aan alcohol. Beschutte werkplaatsen werken ook vaker aan tabaksgebruik.

Kijken we binnen de types van bedrijven naar de thema's, dan merken we dat in de beschutte werkplaatsen het meest rond alcohol en voeding gewerkt wordt, terwijl de andere thema's ook vaak aan bod komen. Binnen de sociale werkplaatsen wordt ook het vaakst rond alcohol en voeding gewerkt. Binnen de LDE-initiatieven zijn mentale gezondheid en voeding de vaakst gekozen thema's. Bij de invoegbedrijven is dit voeding.

De soort gezondheidspromotie-initiatieven die werden genomen in de bedrijven, wordt weergegeven in tabel 6.

Tabel 6 Gezondheidspromotie- activiteiten binnen de bedrijven

Gezondheidspromotie-activiteit	%
Aanpassingen in het beleid van het bedrijf	69.2%
Aanpassingen in de omgeving	42.3%
Vorming in groep	52.6%
Individuele begeleiding	70.5%
Kortlopende acties	19.2%

Individuele begeleiding en aanpassingen in het beleid worden het meest aangegeven om te werken aan gezondheidspromotie. Kortlopende acties zijn het minst populair.



In tabel 7 zijn de resultaten te vinden naar type sociale economie bedrijf.

Tabel 7 Gezondheidspromotie-activiteiten naar type sociaal economiebedrijf

	<b>beleid</b>	<b>omgeving</b>	<b>vorming</b>	<b>individuele begeleiding</b>	<b>kortlopende acties</b>
Beschutte werkplaatsen	88.9	27.8	72.2	77.8	38.9
Sociale werkplaatsen	77.1	45.7	48.6	71.4	17.1
LDE	50	35.7	42.9	71.4	7.1
invoegbedrijven	40	70	40	60	10

Alleen veranderingen in het beleid geeft significante verschillen naar type bedrijf ( $\chi^2 = 10.887$ ,  $df = 3$ ,  $p = 0.012$ ). De beschutte en sociale werkplaatsen geven het meest aan reeds hun beleid aangepast te hebben voor gezondheidspromotiedoeleinden.

Binnen de types bedrijven zelf, stellen we vast dat beschutte en sociale werkplaatsen het meest inzetten op veranderingen in het beleid en individuele begeleiding. Bij LDE-initiatieven wordt het meest gewerkt met individuele begeleiding. Binnen de invoegbedrijven wordt het vaakst de omgeving aangepast zodat die gezonder wordt voor de werknemers.

Bij het aanpassen van een beleid, gaat het vooral over de thema's alcohol (35.4% van de bedrijven die aan gezondheidspromotie doen), voeding (19.2%) en tabak (16.9%).

Bij omgevingsveranderingen werkt men vrijwel uitsluitend rond het thema voeding: 20.8% van de bedrijven hebben een omgevingsinterventie geïmplementeerd om gezonde voeding of een gezond voedingspatroon te promoten. De andere thema's worden minder dan 5% aangeduid.

Ook bij vorming gaat het vooral om voeding (23.4%) en om beweging (13.1%).

Bij individuele begeleiding gaat het over de thema's mentale gezondheid (31.5%) en alcoholgebruik (30%).

6.2% van de bedrijven hebben een kortlopende actie georganiseerd met betrekking tot meer bewegen.

Andere thema's die aan bod komen, waren algemene hygiëne, mobiliteitscampagne, mondzorg (project), HACCP (voedselveiligheid), EHBO, rugsparend werken, ....

Het organiseren van gezondheidspromotie op het bedrijf is in 47.2% van de bedrijven in handen van de bedrijfsleider zelf. In 43.4% van de bedrijven doet de sociale dienst de organisatie van gezondheidspromotie en in 9.4% een externe organisatie. Dit is o.a. de IDPBW (Interne dienst voor preventie en bescherming op het werk), de preventiemedewerker, een begeleider, de coördinator, de raad van bestuur, het managementteam, de adjunct directeur, de preventie-adviseur, HR managers, VTO verantwoordelijken (vorming, training en opleiding), de afdeling personeel, de quality manager, een opgerichte werkgroep, de vormingsdienst of ... niemand.

Aan alle bedrijven werd hun mening gevraagd over gezondheidspromotie en specifieke acties. Voor een aantal activiteiten voor gezondheidspromotie konden de bedrijven aangeven in hoeverre deze activiteiten nuttig zouden zijn om te ontwikkelen. In tabel 8 staan de gemiddelde resultaten per initiatief (schaal van 1-5) en het percentage respondenten dat aangeeft dat het nuttig of zeer nuttig zou zijn.

Tabel 8 Resultaten van de activiteiten die nuttig zijn te ontwikkelen

	Gemiddelde (sd)	% nuttig/zeer nuttig
Draaiboek voor het bedrijf om de omgeving en/of beleid zo gezond mogelijk te maken	3.51 (1.07)	50.9
Korte bruikbare screening tool (vragenlijstje) om de noden bij de doelgroepwerknemers na te gaan	3.92 (0.98)	75.2
Vormingen voor de werknemers rond specifieke thema's op maat voor de werknemers	3.79 (1.08)	66.4
Actievere workshops (bijvoorbeeld kooksessies) rond specifieke thema's op maat van de werknemers	3.10 (1.21)	41.0
Externe individuele begeleiding van de werknemers	3.01 (1.23)	37.1
Korte uitgewerkte acties rond specifieke thema's	3.78 (0.99)	65.2

Het ontwikkelen van een screeningstool werd het meest nuttigst gevonden, gevolgd door specifieke vormingen en korte acties.

Er werden geen significante verschillen gevonden naar type bedrijf binnen de sociale economie (chi<sup>2</sup>-testen).

Tabel 9 Haalbaarheid binnen de bedrijven van specifieke gezondheidspromotie-interventies

	% reeds geïmplementeerd in het bedrijf	% Niet van toepassing	Gemiddelde haalbaarheid (n, sd)	% haalbaar/zeker haalbaar
Menu's aanpassen zodat ze gezonder zijn	16.1	63.6	3.38 (24, 1.17)	50.0
Porties van de lunch aanpassen (meer groenten en fruit en minder zoete desserts, ...)	10.3	69.2	3.33 (24, 1.34)	54.0
Drankenautomaat anders organiseren zodat de gezonde alternatieven gemakkelijker te bereiken zijn	10.2	53.4	3.28 (43, 0.90)	39.5
Aanpassen van de prijs van de lunch (gezondere alternatieven goedkoper maken dan ongezonde)	8.5	70.1	2.28 (25, 1.31)	16.0

Mening van werkgevers in de sociale economie op gezondheidspromotie op het werk:  
resultaten van een online bevraging

Korte onderbrekingen bij zittend werk	29.7	28.8	3.04 (49, 1.17)	34.7
Bewegingsactiviteit organiseren tijdens de pauze	0	22.0	2.50 (92, 1.15)	18.5
Bewegingsactiviteiten organiseren buiten de werkuren	6	18.8	2.50 (88, 1.21)	19.3
Actief transport naar het werk stimuleren	33	6.1	3.21 (70, 1.17)	44.3
Vertrouwenspersoon aanstellen	53.9	5.2	3.31 (47, 1.22)	40.4
Individuele rookstopbegeleiding aanbieden	7.6	9.3	2.63 (98, 1.17)	23.7
Vorming met betrekking tot voeding en beweging	12.2	7.0	3.17 (93, 1.10)	43.0
Alcoholverbod tijdens de werkuren (ook tijdens de lunch)	72.4	4.3	4.44 (27, 1.05)	85.2
Beperkt gebruik van alcoholische dranken bij bedrijfsactiviteiten (bijv. nieuwjaarsreceptie, bedrijfsfeest, ...)	58.6	4.3	3.49 (43, 1.42)	55.8

In de volgende vraag werden een aantal concrete voorbeelden gegeven. De bedrijven moesten aanduiden of deze acties al dan niet haalbaar zijn, reeds toegepast worden of niet van toepassing zijn binnen het bedrijf (tabel 9).

Het meest geïmplementeerd op de werkvloer was een alcoholverbod, gevolgd door het aanstellen van een vertrouwenspersoon.

Het minst van toepassing waren de activiteiten die te maken hebben met het aanpassen van de lunch.

Het meest haalbaar was het alcoholverbod, gevolgd door een beperkt alcoholgebruik op bedrijfsactiviteiten.

Er werd ook gevraagd voor welke thema's nieuwe activiteiten zouden moeten ontwikkeld worden. Meerdere mogelijkheden konden worden aangeduid. De resultaten zijn te vinden in tabel 10.

Tabel 10 Thema's waarvoor activiteiten zouden moeten ontwikkeld worden

	%
Voeding	51.5
Beweging	55.4
Tabak	58.5
Alcohol	46.2
Mentale gezondheid	53.8

Er werd weinig variatie vastgesteld naar de thema's.

Bekijken we de resultaten naar type bedrijf binnen de sociale economie, dan zijn geen verschillen vast te stellen voor voeding en beweging. Voor tabaksgebruik gaven de sociale werkplaatsen het meest aan nood te hebben aan programma's (72.2% van de sociale werkplaatsen), gevolgd door de LDE-initiatieven (57.7%) en de beschutte werkplaatsen (57.1%). 28.6% van de invoegbedrijven gaf aan dat er nood is aan extra programma's die werken aan tabaksgebruik. ( $\chi^2 = 11.99$ ,  $df = 3$ ,  $p = 0.007$ ).

Ook voor alcoholgebruik werden significante verschillen gevonden naar type bedrijf ( $\chi^2 = 11.03$ ,  $df = 3$ ,  $p = 0.012$ ). Hier gaven terug de sociale werkplaatsen het meest aan nood te hebben aan programma's ter preventie van alcoholmisbruik (59.3%), gevolgd door de beschutte werkplaatsen (53.6%) en de LDE-initiatieven (30.8%). Terug zijn het de invoegbedrijven die hierbij het minst aangaven nood te hebben aan extra programma's (23.8%).

De resultaten naar type bedrijf met betrekking tot mentale gezondheid waren rand significant ( $\chi^2 = 7.29$ ,  $df = 3$ ,  $p = 0.063$ ). De LDE-initiatieven gaven aan de grootste nood te hebben aan activiteiten rond mentale gezondheid (69.2%). Daarna volgen terug de sociale werkplaatsen (59.3%) en de beschutte werkplaatsen (46.4%). De invoegbedrijven gaven het minst aan nood te hebben aan extra programma's rond mentale gezondheid (33.3%).

Ook werd de intentie bevraagd om aan gezondheidspromotie te doen in de nabije toekomst voor de specifieke thema's. De resultaten zijn te zien in tabel 11. De gemiddelde intentie is er terug te vinden per thema (schaal van 1-5), evenals het percentage respondenten die waarschijnlijk en zeer waarschijnlijk hebben geantwoord.

Tabel 11 Intentie om rond bepaalde thema's te werken in het bedrijf in het komende jaar

	Reeds ok binnen bedrijf	Gemiddelde intentie (sd)	% waarschijnlijk/ zeer waarschijnlijk
Voeding	10.8	2.38 (1.15)	17.2
Beweging	5.4	2.07 (1.04)	8.5
Tabak	10.7	2.40 (1.18)	17.0
Alcohol	17.1	2.67 (1.31)	27.2
Mentale gezondheid	8.3	2.69 (1.14)	24.0

De intentie is het grootst om in het komende jaar iets te doen rond alcoholgebruik. Dit is ook het thema dat reeds het meest is geïmplementeerd binnen het bedrijf.

Naar type bedrijf binnen de sociale economie, werden alleen significante verschillen gevonden voor de intentie om te werken aan alcoholgebruik ( $\chi^2 = 9.81$ ,  $df = 3$ ,  $p = 0.020$ ). De sociale werkplaatsen gaven het meest aan in het komende jaar te willen werken aan alcoholgebruik (43.6%) in vergelijking met een vijfde van de beschutte werkplaatsen (21%), 13% van de LDE-initiatieven, en 9.1% van de invoegbedrijven.

Er werd tevens bevraagd of de respondenten meenden dat er reeds een geïntegreerd gezondheidsbeleid (= zowel aanpassingen in de omgeving als initiatieven gericht naar de doelgroepwerknemers en andere personeelsleden) aanwezig was. Geen enkel bedrijf gaf aan een volledig geïntegreerd gezondheidsbeleid te hebben. 12% van de respondenten zegt dit wel reeds in

grote mate te hebben. 44.4% heeft in mindere mate een gezondheidsbeleid geïmplementeerd. 41.9% geeft aan geen gezondheidsbeleid te hebben en 1.7% weet het niet.

Er werd gevraagd in hoeverre de respondenten voorstander waren om meer te investeren in gezondheidspromotie op het werk. 37.7% was volledig akkoord met de stelling dat meer moet geïnvesteerd worden in gezondheidspromotie, 15.8% was akkoord, 24.6% was neutraal, 19.3% was niet akkoord en 2.6% was volledig niet akkoord. Indien we deze vraag dichotomiseren was dus 53.5% van de respondenten akkoord om meer te investeren in gezondheidspromotie. Naar de verschillende initiatieven was dat 52.2% van de beschutte werkplaatsen, 49% van de sociale werkplaatsen, 69.2% van de LDE-initiatieven en 43.8% van de invoegbedrijven.

Als laatste werd gevraagd of doelgroepwerknemers baat hebben bij gezondheidspromotie-initiatieven. 12% antwoordde positief en vinden dat er reeds voldoende goed uitgewerkte interventies zijn op maat die resultaat hebben. 54.6% antwoordde positief maar dat de bestaande initiatieven niet op maat zijn voor de doelgroep en dat de resultaten beperkt zijn. 25% antwoordde negatief omdat de doelgroep beperkt toegankelijk is voor gezondheidsboodschappen. 8.3% antwoordde negatief maar omdat de problematiek bij de doelgroep te groot is voor de middelen binnen het bedrijf.

Een kwart (23.1%) van de invoegbedrijven geeft aan dat de initiatieven voldoende zijn voor hun doelgroepwerknemers. Bij de andere initiatieven was dat 12.5% van de sociale werkplaatsen, 9.5% van de beschutte werkplaatsen en 7.7% van de LDE-initiatieven.

Bij de antwoordmogelijkheid 'ja, maar er zijn geen interventies op maat', waren het vooral de LDE-initiatieven (61.5%) en de sociale werkplaatsen (60.4%) die hiermee akkoord waren. 42.9% van de beschutte werkplaatsen en 38.5% van invoegbedrijven antwoordden hierop positief.

Van de beschutte werkplaatsen antwoordde 38.1% dat de doelgroep moeilijk toegankelijk is voor gezondheidspromotie-initiatieven. Ook 38.5% van de invoegbedrijven, 20.8% van de sociale werkplaatsen en 15.4% van de LDE-initiatieven gingen hiermee akkoord.

Een minderheid vond dat de problematiek te groot was voor de bestaande middelen. Dit vond 15.4% van de LDE-initiatieven, 9.5% van de beschutte werkplaatsen, 6.3% van de sociale werkplaatsen en geen invoegbedrijf.

### **3.3 Determinanten van gezondheidspromotie in de sociale economie**

Als eerste werd de prevalentie van een *positieve attitude* van de bedrijfsleiding t.a.v. gezondheidspromotie en de invloed ervan op het reeds organiseren van gezondheidspromotie activiteiten en op de intentie nagegaan. In tabel 12 staan de resultaten per attitude-factor en voor de volledige schaal. Ook de resultaten van de logistische regressies zijn daarin terug te vinden, voor 2 afhankelijke variabelen, het reeds organiseren van gezondheidspromotie en positief staan tegenover investeren in gezondheidspromotie.

De attitudefactor waar de respondenten het meest mee eens waren was dat gezondheidspromotie het absentieïsme kon doen dalen. Alle attitudes toonden een significant verband met het positief staan tegenover gezondheidspromotie: hoe hoger men scoort op een attitudefactor of op de totale schaal, hoe meer kans men heeft dat de respondent positief staat ten aanzien van gezondheidspromotie. Geen enkele attitudefactor was significant verbonden aan het reeds organiseren van gezondheidspromotie.

Tabel 12 Resultaten attitude: gemiddelde score, odds ratio's (OR) en 95% betrouwbaarheidsinterval (95% CI) van univariate logistische regressies voor 2 afhankelijke variabelen, nl. het organiseren van gezondheidspromotie en positief staan tegenover gezondheidspromotie.

	Gemiddelde (sd)	Reeds gezondheidspromotie organiseren		Positief staan tegenover gezondheidspromotie	
		OR	95% CI	OR	95% CI
De moraal van de werknemers verbeteren (1-25)	14.0 (5.7)	1.027	.959-1.10	1.15	1.059-1.237
Stijging van de productiviteit (1-25)	13.15 (5.97)	1.00	.937-1.066	1.13	1.05-1.215
Langer leven van de werknemers dus verhoogde pensioenkosten (1-25)	11.32 (5.62)	.999	.932-1.071	1.094	1.016-1.178
Daling van het absentisme (1-25)	16.11 (6.04)	1.041	.976-1.110	1.127	1.050-1.210
Minder verloop van werknemers (1-25)	11.51 (5.94)	1.040	.973-1.112	1.110	1.033-1.193
Totaal (1-25)	13.23 (4.61)	1.037	.953-1.129	1.22	1.10-1.352

Prevalentie en invloed van de determinant *controle*.

In tabel 13 staan de resultaten voor deze determinant. De respondenten rapporteerden een grote mate van controle over de implementatie van gezondheidspromotie-activiteiten. Geen enkele controle-variabele stond echter in verband met het organiseren van gezondheidspromotie of met het positief staan tegenover gezondheidspromotie.

Tabel 13 Resultaten controle: gemiddelde score, odds ratio's (OR) en 95% betrouwbaarheidsinterval (95% CI) van univariate logistische regressies voor 2 afhankelijke variabelen, nl. het organiseren van gezondheidspromotie en voor positief staan tegenover gezondheidspromotie.

	Gemiddelde (sd)	Reeds gezondheidspromotie organiseren		Positief staan tegenover gezondheidspromotie	
		OR	95% CI	OR	95% CI
Controle over implementatie activiteiten (1-5)	3.51 (1.11)	1.24	.880-1.749	1.27	.905-1.789
Controle over middelen (1-5)	2.78 (1.35)	1.069	.807-1.417	1.066	.810-1.403
Controle over budget (1-5)	2.86 (1.41)	1.114	.845-1.468	0.912	.699-1.19
Controle totaal (1-5)	3.06 (1.15)	1.145	.823-1.592	1.05	.762-1.447

Prevalentie en invloed van *subjectieve normen*

In tabel 14 staan de resultaten voor de personen, groep of instelling die een invloed kunnen hebben op het al dan niet organiseren van gezondheidspromotie in het bedrijf. Ook de resultaten van de logistische regressies zijn daarin terug te vinden, met als afhankelijke variabelen het reeds organiseren van gezondheidspromotie en het positief staan tegenover investeren in gezondheidspromotie.

De belangrijkste personen die een invloed kunnen uitoefenen waren de collega's en de werknemers zelf. Echter alleen de goedkeuring van de hiërarchische persoon of raad boven de respondent was significant verbonden met het reeds organiseren van gezondheidspromotie: hoe meer men vindt dat de persoon of raad boven zich positief staat ten aanzien van gezondheidspromotie en hoe meer men daaraan belang hecht, hoe meer kans dat het bedrijf reeds gezondheidspromotie geïmplementeerd heeft op het werk.

Alleen de perceptie van de invloed van de werknemers stond in verband met het positief staan tegenover gezondheidspromotie: hoe meer men denkt dat werknemers positief staan ten opzichte van gezondheidspromotie en hoe meer belang men daaraan hecht, hoe meer kans dat de respondent positief staat ten aanzien van gezondheidspromotie.

Echter, hoe meer men denkt dat de gemeenschap belang hecht aan gezondheidspromotie en hoe meer belang men daaraan hecht, hoe minder kans er is dat het bedrijf reeds gezondheidspromotie had georganiseerd.

Tabel 14 Resultaten subjectieve norm: gemiddelden, odds ratio's (OR) en 95% betrouwbaarheidsinterval (95% CI) van univariate logistische regressies met afhankelijke variabele 1. Het organiseren van gezondheidspromotie en 2. Positief staan tegenover gezondheidspromotie.

	Gemiddelde (sd)	Reeds gezondheidspromotie organiseren		Positief staan tegenover gezondheidspromotie	
		OR	95% CI	OR	95% CI
Persoon of raad boven u (1-25)	10.78 (5.49)	1.085	1.006-1.170	1.047	.975-1.124
Collega's (1-25)	12.19 (5.44)	1.054	.979-1.135	1.071	.996-1.153
Klanten (1-25)	6.86 (4.99)	.976	.903-1.056	1.051	.970-1.138
Mede-eigenaars (1-25)	6.28 (4.91)	1.011	.929-1.101	1.047	.961-1.141
Werknemers (1-25)	11.43 (5.35)	1.030	.956-1.110	1.104	1.020-1.195
Andere bedrijven (1-25)	4.23 (3.71)	.985	.883-1.098	1.042	.934-1.163
De gemeenschap (1-25)	8.42 (5.38)	.919	.850-.993	.990	.920-1.065
De vakbonden (1-25)	9.84 (6.72)	.971	.914-1.031	1.005	.948-1.066
Totaal (1-25)	8.98 (3.73)	1.017	.916-1.129	1.082	.974-1.203

Prevalentie en invloed van de *morele verantwoordelijkheid*.

De resultaten van de 4 dimensies en de totale schaal (zonder de dimensie sociale norm) staan in tabel 15.

Tabel 15 Resultaten morele verantwoordelijkheid: gemiddelde score, odds ratio's (OR) en 95% betrouwbaarheidsinterval (95% CI) van univariate logistische regressies met afhankelijke variabele 1. Het organiseren van gezondheids promotie en 2. Positief staan tegenover gezondheids promotie.

	Gemiddelde (sd)	Reeds gezondheids promotie organiseren		Positief staan tegenover gezondheids promotie	
		OR	95% CI	OR	95% CI
Voordelen/kosten (1-5)	3.44 (0.96)	0.896	0.603-1.332	1.718	1.13-2.612
Morele verplichting (1-5)	3.56 (1.02)	1.101	0.761-1.593	1.63	1.107-2.410
Rechtvaardigheid (1-5)	3.63 (0.95)	1.033	0.695-1.536	1.465	0.976-2.200
Sociale norm (1-5)	1.93 (0.92)	0.875	0.580-1.318	1.37	0.900-2.088
Totaal (- sociale norm) (1-5)	3.54 (0.78)	1.016	0.625-1.651	2.157	1.265-3.677

Van alle dimensies van de morele verantwoordelijkheid was de dimensie rechtvaardigheid het sterkst aanwezig bij de respondenten. Het was echter de dimensie voordelen/kosten en de dimensie morele verplichting die in verband staan met het positief staan ten opzichte van gezondheids promotie: hoe hoger men scoorde op deze items, hoe meer kans dat de respondent positief staat ten aanzien van gezondheids promotie. Ook de totale schaal had een significant verband met het positief staan tegenover gezondheids promotie.

### 3.4 Opmerkingen en aanvullingen van de bedrijfsleiding

Op het einde konden de respondenten hun eigen mening geven over gezondheids promotie. Vooral barrières om gezondheids promotie op het werk te organiseren kwamen hier aan bod. Deze waren o.a.:

- Gebrek aan tijd en middelen
- Te hoge werkdruk
- Kostprijs gezonde voeding
- Kostprijs sportactiviteiten (aangepaste kledij, lidgeld, toegangsgeld...)
- Religieuze hindernissen, bvb er mogen geen mannen aanwezig zijn in het zwembad, in de sporthal
- Ruimer maatschappelijk draagvlak moet eerst aanwezig zijn
- Een grote groep doelgroepwerknemers hebben financiële problemen en worden hiervoor begeleid, waardoor er soms weinig geld over is om gezonde voeding te kopen
- Alleenstaande mannen die niet kunnen of willen koken



- Er zijn reeds meerdere initiatieven, maar niet geïntegreerd en niet gebundeld. In eerste instanties dienen we een overzicht te maken van hetgeen we reeds doen, en nadien te evalueren wat anders en beter kan.

## **4 Discussie**

### **4.1 Algemeen**

De bevraging bij bedrijven binnen de sociale economie had in eerste instantie tot doel om een zicht te krijgen op wat reeds gedaan wordt op het vlak van gezondheidspromotie en op de noden die er zijn binnen de sector. Zestig procent van de bedrijven organiseert reeds gezondheidspromotie-activiteiten, maar niemand geeft aan reeds een geïntegreerd gezondheidsbeleid te hebben. Voornamelijk worden acties rond voeding en alcoholgebruik georganiseerd. In de LDE-initiatieven wordt het vaakst rond mentale gezondheid gewerkt. Toch is meer dan de helft voorstander om meer te investeren in gezondheidspromotie. De meerderheid (66.6%) antwoordde dan ook dat de doelgroepwerknemers baat hebben bij gezondheidspromotie. Echter geeft 54.6% aan dat de huidige interventies niet op maat zijn van de doelgroep.

De respondenten konden op het einde van de vragenlijst hun email achterlaten indien ze interesse hadden om verder op de hoogte te worden gehouden van dit project. We hebben momenteel een mailinglijst met 79 geïnteresseerden.

Rond gezondheid wordt vooral gewerkt via individuele begeleiding of door aanpassingen aan te brengen in het beleid van het bedrijf. Bij invoegbedrijven werken ze het vaakst door de omgeving binnen het bedrijf aan te passen en gezonder te maken.

Het meest nuttig vinden de bedrijven een screeningstool om de noden bij de doelgroepwerknemers na te gaan. Ook vormingen op maat van de doelgroepwerknemers werden nuttig bevonden, gevolgd door korte acties en een draaiboek om de omgeving gezonder te maken.

Naar haalbaarheid werden de acties rond een gezondere lunch het meest aangeduid als niet van toepassing binnen het bedrijf. Het meest haalbaar waren de interventies met betrekking tot alcoholgebruik zoals de implementatie van een alcoholbeleid.

Wat de thema's betreft waren er weinig uitgesproken voorkeuren. Bekijken we de resultaten echter naar type bedrijf binnen de sociale economie, dan geven de sociale en beschutte werkplaatsen, en de LDE-initiatieven aan, het meest nood te hebben aan programma's met betrekking tot tabaks- en alcoholgebruik en mentale gezondheid, dit in vergelijking met de invoegbedrijven. De intentie om in het volgende jaar te werken rond bepaalde thema's was het grootst voor alcoholgebruik en mentale gezondheid.

Een tweede doelstelling was onderzoeken welke determinanten aan de basis liggen van het al dan niet organiseren van gezondheidspromotie. Hiervoor werd de Theory of Planned Behaviour gebruikt, aangevuld met morele verantwoordelijkheid. Een positieve attitude ten aanzien van gezondheidspromotie, de subjectieve norm van de werknemers, en de morele verantwoordelijkheid toonden een positief verband met een positieve instelling om gezondheidspromotie-activiteiten te organiseren.

De determinant verbonden aan het effectief organiseren van gezondheidspromotie op het werk was de mening van de hiërarchische persoon of de raad boven de respondent.

#### **4.2 Beperkingen van dit onderzoek**

Een eerste beperking van dit onderzoek die we kunnen aanhalen is de lage respons van sommige types bedrijven in de sociale economie. Vooral de LDE-initiatieven en de invoegbedrijven waren ondervertegenwoordigd. Hierdoor moeten ook de resultaten naar initiatief met de nodige voorzichtigheid worden bekeken. Dat net deze groepen het minst antwoordden, was niet geheel onverwachts. LDE-initiatieven worden vaak vanuit het plaatselijk OCMW georganiseerd. De contactgegevens die we kregen zijn deze van dit OCMW en niet bijvoorbeeld van de plaatselijke kinderopvang of thuiszorgdienst. De invoegbedrijven zijn reguliere bedrijven die een deel invoegwerknemers in dienst hebben. Zij staan verder van de sociale economie dan bijvoorbeeld de beschutte en sociale werkplaatsen. Het zijn vaak zeer grote bedrijven met op een paar afdelingen doelgroepwerknemers.

Als tweede beperking kan de kwantitatieve methode aangehaald worden. We hebben gekozen voor online vragenlijsten met gesloten vragen, dit om de tijdsinvestering van de respondenten te verkleinen en dus de respons te verhogen. Hierdoor kunnen echter belangrijke nuances in de antwoorden verloren zijn gegaan. We hebben wel op het einde van de vragenlijst de respondent de kans gegeven om verdere suggesties, opmerkingen of meningen neer te schrijven.

Een derde beperking is dat de vragenlijst niet steeds door dezelfde functie binnen het bedrijf werd ingevuld. Er werd wel gevraagd om de vragenlijst door de bedrijfsleider of de sociale dienst te laten invullen omdat deze personen het meest verantwoordelijk zijn of beslissingsrecht hebben om gezondheidspromotie te organiseren, maar dit is niet steeds gebeurd. Hierdoor kan het zijn dat de vragen over de determinanten om aan gezondheidspromotie te doen, niet ingevuld werden door de persoon die verantwoordelijk is voor de organisatie van gezondheidspromotie op het werk. Dit kan een verklaring zijn waarom hiervoor geen of weinig significante resultaten gevonden werden.

## Hoofdstuk 4

### Mening van werknemers in de sociale economie op gezondheidspromotie op het werk: resultaten van interview gesprekken

#### 1 Inleiding

In de statuten van de oprichting van de Wereld Gezondheidsorganisatie staat dat het een basisrecht is dat iedereen moet kunnen genieten van de hoogst bereikbare standaard in gezondheid (WHO, 1946). In de inleiding van dit rapport werd reeds duidelijk dat dit niet geldt voor alle groepen binnen de maatschappij. Gezondheidspromotie op maat voor deze doelgroepen is dus nodig.

Belangrijk hierin is de mening van de doelgroep te kennen over gezondheid, gezondheidsgedrag en gezondheidspromotie, om op die manier initiatieven te kunnen ontwikkelen die aansluiten bij de doelgroep (Bartholomew et al, 2006).

Het ASE-model omvat 3 determinanten die belangrijk zijn om gezondheidsgedrag te verklaren. Dit zijn de attitude (waaronder de kennis), sociale invloed en eigen-effectiviteit (de Vries et al, 1988). Mann et al (2006) vond bijv. bij personen met een mentale beperking, dat vooral het verhogen van de kennis over gezonde voeding en beweging en het verminderen van de stress, determinanten waren die in verband stonden met gewichtsverlies.

In deze studie willen we nagaan in welke mate deze determinanten een rol spelen in een gezonde levensstijl van de doelgroep.

#### 2 Methode

Er werden drie bedrijven gecontacteerd met de vraag tot deelname aan deze studie: 2 beschutte werkplaatsen en 1 sociale werkplaats.

In elk van deze bedrijven werden vijf interviews afgenomen (N=15). Het selecteren van de deelnemers werd aan de bedrijven zelf overgelaten. Het belangrijkste hierbij was dat het ging om een variatie in leeftijd en geslacht. De personen moesten ook in staat zijn om zelf een informed consent te tekenen zonder de aanwezigheid van een voogd. De setting van de interviews in 2 bedrijven was de bedrijfsomgeving zelf. De interviews konden doorgaan in een aparte ruimte met alleen de geïnterviewde en de interviewer(s). Bij de werknemers van het andere bedrijf gebeurden de interviews bij de werknemers thuis.

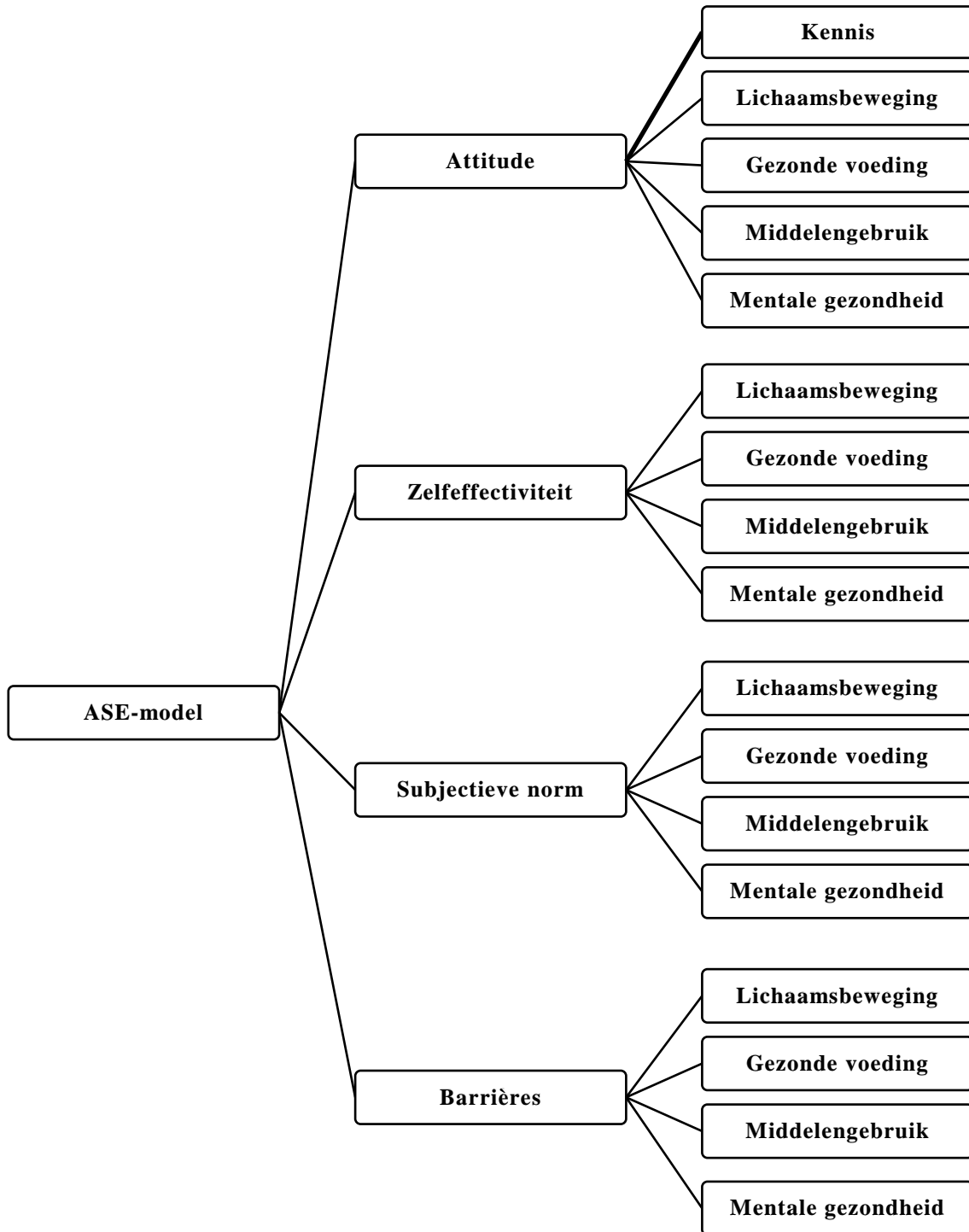
De deelnemers werden gevraagd een *informed consent* te tekenen (zie bijlage 3). Hierbij geven zij aan vrijwillig te hebben deelgenomen en geven ze toestemming voor het gebruik en de verwerking van de gegevens.

Na een aantal socio-demografische vragen zoals leeftijd, woonsituatie en opleidingsniveau, werden vragen gesteld over gezondheid, gezondheidsgedrag en motivatie tot deelname aan gezondheidspromotie-initiatieven zoals vormingen, cursussen, ... op het werk en in welke vorm. Ook werden de eventuele hindernissen bevraagd. In bijlage 4 bevindt zich de leidraad van de interviews.

De interviews werden letterlijk getranscribeerd door een masterproef-student en nagelezen door de hoofdonderzoeker om eventuele fouten te verbeteren (soms waren de gesprekken onduidelijk of in het dialect). De interviews werden door 2 personen (de student en de onderzoeker) apart gecodeerd. De verwerking gebeurde in NVivo.

In deze eerste fase van verwerking van de data werd een inhoudsanalytische benadering gehanteerd (Elo & Kynga, 2008). In het kader van een masterproef zal een meer verdiepende verwerking uitgevoerd worden.

Als leidraad voor de verwerking van de interviews, werd de theorie van gepland gedrag gebruikt om de bekomen gegevens te structureren (Figuur 2). Attitude, sociale norm, zelfeffectiviteit en barrières waren de onderverdelingen. Elk concept van het ASE-model wordt besproken voor de verschillende gezondheidsgedragingen opgenomen in de bevraging, nl. lichaamsbeweging, gezonde voeding, middelengebruik (roken en alcohol) en mentale gezondheid.



Figuur 2 ASE-model gebruikt voor het coderen van de interviews

### 3 Resultaten

#### 3.1 Kenmerken van de geïnterviewden

De kenmerken van de geïnterviewde werknemers zijn te vinden in tabel 16. Naar opleidingsniveau hebben de meeste buitengewoon secundair onderwijs gevolgd tot hun 18 jaar of ouder. Twee respondenten volgden een opleiding in hun land van herkomst.

Tabel 16 Kenmerken van de geïnterviewde werknemers

Nummer respondent	geslacht	leeftijd	leefsituatie	Beperkingen/ aandoeningen
R1	man	58	Gehuwd met 1 dochter	Zwaarlijvig
R2	vrouw	32	Samenwonend met 1 zoontje	Ondergewicht
R3	man	21	Bij ouders	Slechtziend, zwak mentaal
R4	vrouw	48	Getrouwd (kinderen uit huis)	Slechthorend, motorische beperking
R5	vrouw	39	Alleenstaand met 1 zoon	Zwaarlijvig, mentaal zwak
R6	man	55	alleenstaand	Diabetes, 1 oog kwijt, ander oog maar 10%
R7	man	58	alleenstaand	Zeer chaotisch gesprek
R8	Vrouw	53	alleenstaand	Motorische beperking
R9	vrouw	43	Samen met moeder	Suikerziekte, hernia, diabetes
R10	vrouw	30	Begeleid wonen (met 9 personen)	
R11	vrouw	40	Gehuwd met 3 kinderen	
R12	Vrouw	50	Alleen wonend (maar met een relatie)	Motorische beperkingen, psychische problemen
R13	vrouw	46	gehuwd	Motorische beperkingen
R14	man	46	Alleenstaand (kinderen bij moeder)	
R15	vrouw	50	Gehuwd met 2 kinderen	

### 3.2 Initiatieven binnen de bedrijven

In 2 van de 3 bedrijven worden reeds in meer of mindere mate initiatieven genomen om de gezondheid en de gezondheidsgedragingen van de werknemers te verbeteren. Initiatieven die werden opgenoemd waren: het organiseren van een sportdag, organiseren van de cursus 'fit en gezond' (focus op voeding), organiseren van een cursus rond teambuilding (verplichte cursus waar de werknemers leerden omgaan met elkaar en met hun leidinggevenden, gelinkt aan mentale gezondheid), organiseren van een cursus rugschool, organiseren van een cursus tanden poetsen, en het gratis voorzien van fruit.

### 3.3 Attitude

#### 3.3.1 Algemene attitude ten aanzien van gezondheidspromotie op het werk

Op het werk informatie krijgen over gezondheidsgedragingen wordt algemeen gezien als positief. Geen enkele respondent stond hiertegenover negatief.

De ene respondent ging hierin al wat verder dan de andere. Sommigen willen zelfs verplichte cursussen en acties (cfr. China).

*R1: "Als je ziet in China, dat ze vlak voor ze beginnen werken gymnastiek doen ... Ik zou dat een zeer goed idee vinden."*

De meesten spraken echter dat er een vrije keuze moest zijn en geen verplichting.

*R3: "Bijvoorbeeld, stel nu als ze bijvoorbeeld aan de deur staan van je moet een stuk fruit nemen of je geraakt ni binnen, ja, dan gaan de meeste naar buiten gaan waarschijnlijk hé."*

*R11: "als je iemand moet forceren om te gaan tegen zijn wil, wat ga je ermee bereiken? Ik denk dat je er niet veel mee bereikt. Buiten iemand die vrijwillig komt ga je toch meer eum. Positieve dingen uithalen denk ik."*

Participanten die nu al cursussen volgden op de werkvloer, vinden dit interessant omdat ze altijd wel bijleren.

*R 10: "ook al weet ik het al maar misschien hebben ze misschien nog meer uitleg dat je niet weet."*

Buiten de werkuren zou er minder interesse zijn voor gezondheidspromotie initiatieven. Iemand vindt het een motivatie wanneer er eens niet gewerkt moet worden. De meeste werknemers zouden niet deelnemen wanneer het niet betaald wordt. Twee personen zeiden dat ze wel zouden meedoen, ook buiten de werkuren.

*R11: "buiten de werkuren misschien best."*

*I: "moest het buiten de uren zijn, zou je dat dan minder snel doen?"*

*R8: "nee, ik zou het ook doen. "*

*I: "Ja, uit interesse dan?"*

*R8: "ja, dat je niet alleen voor het geld leeft" <<lacht>>*

Als de vraag werd gesteld of ze liever in groep of individueel iets willen doen aan hun gezondheid, waren de meeste voorstander om in groep te werken zodat ze van elkaar kunnen leren en steun kunnen krijgen van elkaar.

*R11: "of elkaar steun geven van, komaan. Het is beter in groep dan alleen. Als je elkaar een beetje optimistisch bekijkt"*

Dit ging op voor alle thema's uitgenomen mentale gezondheid. Hier waren een aantal toch voor individuele begeleiding.

### 3.3.2 Lichaamsbeweging

Alle werknemers vonden dat lichaamsbeweging belangrijk was voor een gezonde levensstijl. Ook zagen ze in dat bewegen belangrijker was dan echt aan sport doen. Maar niemand wist goed te zeggen hoeveel ze nu moesten bewegen om gezond te zijn.

De meeste participanten gaven aan dat ze niet genoeg aan fysieke activiteit deden. Anderen gaven aan wel genoeg te bewegen. Zo fietst iemand alle dagen naar het werk en vindt dit genoeg fysieke activiteit. Iemand anders vertelde dat ze tijdens het werk zo weinig mogelijk gaat zitten.

*R10: "ik ga sowieso al met de fiets en ik ga sowieso al te voet"*

Tijdens de middagpauze tien minuten gaan wandelen zagen de meeste participanten niet zitten. De middagpauze is nu al kort en zou dan nog korter zijn. Toch waren twee personen enthousiast over lichaamsbeweging op het werk. De eerste vond het positief voor de werknemers die continu zittend werken en was echt voorstander. De tweede wou graag eens zwemmen of dansen na het werk. De andere participanten waren minder geïnteresseerd in lichaamsbeweging op het werk.

### 3.3.3 Gezonde voeding

Iedereen gaf aan dat gezonde voeding zeker in relatie stond tot gezondheid.

*R12: "Per slot van rekening gezonde voeding is wel nodig he."*

Ook konden de respondenten (slechts 1 respondent was hierin niet geïnteresseerd) elementen aangeven die deel uitmaken van een gezond voedingspatroon. De meeste spraken dan over 3 stukken fruit eten per dag, genoeg groenten eten per dag, genoeg water drinken. Ook minder charcuterie eten, in olijfolie bakken, minder frisdrank drinken, meer gevogelte eten werden aangehaald. Een persoon let goed op de ingrediënten in grootwarenhuizen en kijkt naar de hoeveelheid kleurstoffen.

Enkele mensen geven zelfs aan geen informatie nodig te hebben rond gezonde voeding omdat ze hier al genoeg over weten door hun vooropleiding of door cursussen.

*R7: "ja, dat wordt ook denk ik eens gevolgd, met de driehoek daar. Weet je wel, met die dingen dus eum..." I1: "ahja, de voedingsdriehoek!"*

*R7: "jaja, zo'n dingen. Dus eum hebben we dat allemaal. Mogen en niet eten. Ja."*

*I: "Qua gezonde voeding weet je of je dat goed doet?"*

*R13: "ik denk ook niet, ik weet wat ik goed doe, ik weet ook wat ik fout doe. ik eet wel veel groenten die stoom ik dan enzo. om dus zoveel mogelijk vitaminen te houden, maar ik eet eigenlijk te weinig fruit en mijn grootste zonde, ik drink bijna niks van water."*

Toch bestaan er ook nog misverstanden over bepaalde voedingsmiddelen.



*R11: "cola is echt vreet gezond eum. Zoals voor koorts, maar de dingen moet eruit, de gas"*

Anderen zouden het leuk vinden om te werken rond gezonde voeding binnen het bedrijf. Zowel workshops als infosessies over gezonde voeding lijken hen interessant. Iemand zou deelnemen om een gezondere levensstijl te krijgen en ook om te vermageren. Dat laatste zou goed zijn voor de rug en de knieën.

*R4: "Ik vind dat, alle ja, als het werk daar moeite voor doet of een beetje water bij de wijn doet. Dat je dat misschien thuis ook doet. Je geeft dat misschien mee aan je kinderen, kleinkinderen, ..."*

De drankautomaat op het werk met enkel gezonde voeding vullen, is voor de meesten geen goed plan. Je moet de keuze bewaren tussen gezonde en ongezonde voeding. De meesten zijn wel te vinden voor een gezonde drankautomaat naast een met frisdrank. Dan is er ook keuze tussen yoghurt, fruitsap, smoothies en andere gezonde dingen. Een van de participanten zou het heel interessant vinden omdat ze geen cola lust en op die manier iets kan kopen dat wel lekker is. Een iemand was wel voorstander van enkel een gezonde automaat. De collega's worden het wel gewoon als er niets anders inzit.

Ook de koekjesautomaat mag veranderen zodat er wat meer gezonde voeding inzit. Zo wou iemand graag "een koekje met zaadjes of een doosje cornflakes" in de automaat.

De meeste participanten waren enthousiast over het voorstel een fruitmand in de refter te zetten. Het zou sommigen helpen meer fruit te eten. Het is een motivatie, geen verplichting. Het zou een verbetering zijn tegenover nu.

*I: "dus zou dat goed zijn moest dat op het werk staan." R11: "ik denk dat wel, ik denk dat we rapper gaan een stuk fruit dan naar een sigaret gaan nemen. Een sigaret is ook een gewoonte."*

In een van de bedrijven werd de fruitmand al toegepast op donderdag. De werknemers zijn er enthousiast over en vinden het een goed initiatief. Een persoon vindt het goed voor mensen die de voeding niet respecteren. Een andere werknemer neemt het fruit mee naar huis. Ze heeft op het werk geen tijd genoeg om het op te eten. Ze vond wel dat het fruit eigenlijk heel de week aangeboden mocht worden.

In datzelfde bedrijf werd de cursus 'fit en gezond' georganiseerd. Alle werknemers van dat bedrijf hebben deze cursus aangehaald. Ze vonden het interessant om dingen te leren die je anders niet hoort. Een werknemer legde er de nadruk op dat de vorming verplicht was, maar dat ze die wel goed vond. Ze vindt dat het voor sommige mensen goed kan zijn hiermee bezig te zijn op het werk.

### 3.3.4 Middelengebruik

Iedereen geeft aan dat niet roken en niet teveel alcohol drinken in relatie staan tot een goede gezondheid.

Van de respondenten roken er 5 op 15. Een van de jongere rokers vindt dat roken niet zoveel kwaad kan voor de gezondheid omdat hij er geen fysieke gevolgen van ondervindt. Een andere roker zegt dat het stoppen met roken wel kan bijdragen tot een goede gezondheid. Een niet-roker weet niet goed of roken de gezondheid schaadt, want kanker kan je zo ook krijgen.

Roken helpt om de stress te verminderen en men rookt uit verveling.

*R11: "nee, zelfs als ik problemen heb, 'k ga niet naar die alcohol, rapper naar een sigaret dan naar alcohol"*

Er worden ook negatieve kanten van roken aangehaald, zoals hoesten. Toch vindt de persoon het niet nodig te stoppen omdat de voor- en nadelen van roken in evenwicht zijn. Een niet-roker zou het leuk vinden als anderen stoppen met roken, want rook stinkt. Als ze buiten wil gaan, durft ze niet. Een andere niet-roker was blij toen het rookverbod in restaurants werd ingevoerd. Dit wordt beaamd door een derde die tegen roken is.

De rokers gaven allen aan reeds een rookstop poging te hebben gedaan of te zijn verminderd met roken. Een participant is van vier pakjes naar een pakje sigaretten per dag gegaan. Helemaal stoppen lukt haar niet. Thuis rookt ze niet veel, eerder in gezelschap. Een iemand is vier dagen gestopt met roken voor haar hart.

Twee personen zouden niet deelnemen aan een rookstop op het werk. De eerste zegt resoluut dat hij niet stopt met roken omdat dit niet meer gaat (te oud). De andere zou heel misschien gaan, moest het over informatie en educatie gaan. Toch denkt hij dat dit geen effect zou hebben (heeft al verschillende pogingen ondernomen). Anderen zouden wel deelnemen omdat de steun van collega's enorm kan helpen om te stoppen met roken. Ook de niet-rokers denken dat de steun van anderen belangrijk kan zijn bij het stoppen met roken.

Over alcohol waren de meningen verdeeld. Van de 15 respondenten waren er 4 die nooit alcohol dronken. De anderen gaven aan sporadisch te drinken (2 glazen per week), of een sociale drinker te zijn (bij familie en vrienden, soms wel 3 keer per week), of elke dag een aperitiefje te drinken. Iemand gaf aan af en toe te drinken maar bij verder navragen bleken dat wel een aantal flessen per week te zijn.

Ook gaven verschillende respondenten aan dat ze van hun dokter te horen hadden gekregen dat beperkt alcohol gebruik zelfs goed is.

*R2: "Alle, mijn dokter zegt altijd: als je rode wijn drinkt, is dat goed voor het bloed en voor de rest, dus."*

Iedereen gaf aan dat er een alcoholverbod is op het werk. Er wordt hierbij zelfs specifiek verwezen naar de cao 100.

Informatie en cursussen over alcohol op het werkt lijkt een aantal personen interessant. In groep kan men elkaar steunen en goede raad geven. Een persoon heeft geen interesse in informatie rond alcohol.

### 3.3.5 Mentale gezondheid

Iedereen gaf aan dat een goede mentale gezondheid kan bijdragen tot een goede gezondheid. Velen vinden de geestelijke gezondheid het belangrijkste. De mentale gezondheid beïnvloedt de fysieke gezondheid, is de basis om iets te kunnen doen aan de andere gezondheidsgedragingen.

*R7: "Ze zeggen altijd, het zit in het hoofd van de mens. Als je denkt: ik ben ziek ik ben ziek ik ben ziek..."*

*R5: "Ik denk dat dat eigenlijk, ik vind dat dat eigenlijk het belangrijkste van al de rest. Want als je geestelijk gezond bent, gaat al de rest automatisch meekomen."*

De participanten zouden sneller meedoen aan informatie/educatie rond mentale gezondheid dan aan de andere cursussen rond gezondheidsgedragingen.

*I: "Ja. En informatie of educatie over de mentale gezondheid, zou je daaraan meedoen?" R3: "Dat wel"*

Het mag wel niet verplicht worden. Een andere participant ziet de ouderen van het bedrijf hier sneller aan zullen deelnemen. Wanneer het om een cursus of vorming gaat, krijgen de meesten dit bij privé zaken liever individueel. Toch geven enkelen aan het in groep te willen volgen voor de motivatie en omdat het leuker is. Een persoon zei dat ze liefst een groepje van twee à drie had. Iemand vindt het meer een privé zaak omdat het niet aan het bedrijf gebonden is, maar zou het wel interessant vinden. Een persoon gaf aan geen interesse te hebben om hier rond een cursus te volgen op het werk omdat dit misschien later tegen je gebruikt kan worden.

*R12: "Ja, maar gaan ze dan geen link leggen met het bedrijf? (...) ik vind dat moet ons wel heel vertrouwelijk blijven. Psychologen. Alleja, psychiaters dat weet ik dat die vertrouwensdingen hebben."*

### **3.4 Zelfeffectiviteit**

#### **3.4.1 Lichaamsbeweging**

Iemand vertelt het karakter niet te hebben om aan lichaamsbeweging te doen:

*R1: "Ik heb het er karakter niet voor. Ze moeten tegen mij niet gaan zeggen: en vanaf nu moet je gaan joggen want..."*

Een participant die bijna blind is, heeft zijn beperkingen qua bewegingsgedrag maar heeft geleerd hulp te vragen.

*R6: "Je moet hulp vragen, je moet als je ergens wilt geraken, moet je hulp vragen hé, anders lukt het niet hé."*

#### **3.4.2 Gezonde voeding**

Een aantal personen geven aan geen informatie nodig te hebben rond gezonde voeding, maar dat ze het moeilijk kunnen volhouden.

*R5: "k heb eigenlijk in de verzorging gezeten dus ik weet het wel, maar het doen en het weten dat is heel wat anders..."*

Als er op het werk reeds gezond kan gegeten worden, kan dit wel een aanzet zijn om dat thuis ook te kunnen.

*R 5: "Ja, dat zou misschien wel helpen. Als er hier al gezonde voeding dingen in de ... de ... de automaat zitten enz. die dingen zou dat al veel helpen van. Alle ik doe het daar dus kan ik het daar ook."*

#### **3.4.3 Middelengebruik**

De rokers geven aan te roken door problemen en stress. Een respondent is ooit een jaar gestopt met roken, maar is door moeilijke omstandigheden en stress hervallen. Stoppen met roken waarbij men werkt aan stress management heeft hij al eens geprobeerd. Dit werkt bij hem niet.

*R3: "Ik heb het al geprobeerd om zonder stoppen, om niet te roken, maar iets anders in te nemen of zo. Bij mij verhoogt da juist mijn stress."*

Een andere roker rookt eerder uit gewoonte en geeft aan dat een gezonde substituuut kan werken.

*R11: "dus als je nu in plaats van, al is het maar een wortel dat daar ligt. snap je? Je gaat rapper eens iets in uw mond steken, dan een sigaret"*

Een andere roker denkt soms wel aan stoppen met roken, maar het doen is nog iets anders. Ze heeft het al eens geprobeerd, maar vindt het hopeloos. Het is moeilijk.

#### 3.4.4 Mentale gezondheid

Iemand voelt zich geen minder valide, maar werkt nu tussen mensen met een lager niveau. Ze heeft het enorm moeilijk gehad toen ze in de beschutte werkplaats begon te werken:

*R4: "Ik werk hier nu drie jaar en ik denk dat ik er toch wel een jaar en een half mee gezeten heb."*

Ze vermeldde ook dat ze zich soms een zwakkeling voelde.

Een respondent vond dat ze veel zelf kon omdat ze reeds verschillende problemen heeft overwonnen.

*R12: "k kan vree veel. Ik ben iemand die psychisch mijzelf enorm veel kan herstellen. Ik heb heel veel meegemaakt."*

Een tweede respondent had deze eigenschap ook, maar nu waren de problemen te zwaar om er nog zelf uit te geraken.

*R13: "Normaal gezien ben ik een sterke persoon, maar nu de laatst tien maanden heb ik het nogal zwaar"*

### 3.5 Subjectieve norm

Sommige respondenten spraken over hoe hun collega's naar de vormingen en initiatieven keken. De meesten gingen wel deelnemen maar er werd ook aangegeven dat de collega's dat soms kinderachtig vinden en de sessies volgen tegen hun zin.

*R6: "er zijn, er zijn er altijd bij natuurlijk... maar dat zijn dan ook mensen waar je nooit iets goed voor kunt doen hé."*

*R10: "sommigen vinden dat op het werk eum... eum... alle, hoe noemt dat zo van? Kinderachtig. Of eum... "*

#### 3.5.1 Lichaamsbeweging

Iemand wil met zijn dochter van acht jaar gaan zwemmen, maar gaat toch niet mee. Hij geeft de volgende reden:

*R1: "Dat is ook omdat ik zwaar ben en dat mensen mij uitlachen daarom. Een beetje beschamend zo. Alhoewel dat ik altijd gezwommen heb, dus."*

Tijdens de middagpauze gaat niemand tien minuten willen wandelen zegt een van de participanten. De werknemers moeten sowieso al naar een ander gebouw gaan om te gaan eten en er zou veel protest komen indien ze dan nog tijd verliezen met het bewegen.

*R1: "Ik denk niet dat er één iemand goesting gaat hebben om daar 10 minuutjes te gaan wandelen"*

#### 3.5.2 Gezonde voeding

Bij het gratis aanbieden van fruit geven alle respondenten aan dat ook collega's dat een goed initiatief zouden vinden. Als je op de werkvloer zou vragen hoeveel mensen er in de week fruit eten, dan zouden dat er niet veel zijn. In een van de bedrijven kan er op donderdag gratis fruit genomen worden. De fruitschaal is op het einde van de dag helemaal leeg. De werknemers maken er veel gebruik van.

*I: "ah, dat is goed hé, en eum. U collega's zouden dat ook appreciëren moest dat er zijn? Zo 'n fruitmand?" R11: "ik denk het wel, want we zitten met verschillende culturen."*

*R9: "heel veel. Ze nemen dat heel veel."*

De meesten geven hier wel aan dat alles vrijblijvend moet zijn omdat anders de collega's gaan beginnen klagen. De meesten geven ook aan dat collega's die Cola willen drinken, het ook moeten kunnen nemen. Er moet iets zijn voor iedereen, zodat men kan nemen wat men het lekkerste vindt. Als ze het hier niet kunnen krijgen, zullen ze het wel meebrengen van thuis.

Toch geeft iemand aan dat wanneer de werknemers een gezonde automaat gewoon zijn en je steekt er niets anders in dan fruitsapjes of smoothies, gaan de mensen het nieuwe automatisch willen uitproberen.

*R2: "Maar als ze nu alles gewoon zijn, alle, stel dat je er nu niets anders insteekt dan bijvoorbeeld gezonde fruitsapjes of smoothietjes of wat het ook is, gaan de mensen automatisch dat nemen want het is iets nieuws en ze gaan dat uit willen proberen."*

### 3.5.3 Middelengebruik

Een van de rokende participanten gaf aan niet te roken onder sociale druk.

*R3: "Velen denken van ja, het is om cool te doen ofzo, maar... Bij mij totaal niet. Ik word daar eigenlijk deels stressbestendig door."*

Aangezien op het werk wordt gerookt, rookt een participant mee terwijl ze thuis niet rookt.

De meeste mensen die alcohol drinken, doen dit bij sociaal contact. Dit gebeurt met vrienden, op feestjes, bij familiegelegenheden. Wanneer men drinkt op het werk, wordt men op staande voet ontslagen.

### 3.5.4 Mentale gezondheid

De participanten geven aan geïnteresseerd te zijn in cursussen rond mentale gezondheid en dat er ook veel collega's zouden deelnemen.

De respondenten geven ook aan te weten dat er op het werk een dienst is waarnaar ze naartoe kunnen gaan met hun problemen. Toch is de drempel ernaartoe voor sommigen nog net iets te groot. Daarom zetten zij sneller een stap naar een andere collega. De collega's moedigen elkaar dan aan om toch op de dienst binnen te springen. Op die manier kunnen ze elkaar een duwtje in de rug geven en zeggen dat ze niet bang hoeven te zijn.

## 3.6 Barrières

### 3.6.1 Algemeen

#### *Transport*

Een van de barrières die werd aangehaald, is gebrek aan transport. Zo is er op de bedrijven geen busje om de mensen te vervoeren. Na het werk langer blijven om samen te sporten gaat ook niet, want de lijnbus wacht niet. Als men die mist, moet men onmiddellijk veel langer wachten.

Ook wanneer de cursus op een ander plaats doorgaat, moet er transport zijn zodat men er geraakt. Dit is niet altijd voor iedereen mogelijk. Zo verwees iemand naar een georganiseerde sportdag waar ze niet kon geraken. Haar vader zou haar dan moeten brengen.

*R10: "a, dat doen ze in juni naar de ... naar eum... Wachtebeke. Maar ja, ik geraak daar dikwijls niet en ja, alleen ja. Vroeger was ik met twee en ja..."*

Voor deze mensen is het echter geen optie om zelf auto te rijden door hun beperkingen of door hun financiële toestand.

### *Werkdruk, tijdsdruk*

Sommigen geven aan dat de werkdruk binnen de beschutte werkplaats en sociale werkplaats hoog is zodat ze zich moeilijk kunnen vrijmaken om deel te nemen aan bijvoorbeeld acties.

*R1: "Maar eum, de werkdruk ligt hier geweldig hoog hier hé. Dus mensen..."*

Wanneer de cursussen buiten de werkuren vallen, zijn er veel mensen die geen interesse zouden hebben omdat het thuis te druk is.

*R2: "Moest ik sport doen zoals zwemmen, dan beweeg je alle spieren, ma daar ben ik ook nog niet ver geraakt, want ik ben ook ja, met kindje en 's avonds eten."*

### *Verschillende niveaus*

Een ander persoon gaf aan dat de cursussen op het niveau van mensen uit een beschutte werkplaats zijn. Het gaat traag en is saai. De andere werknemers zijn niet altijd mee, maar zij wel. Wanneer men de mensen in verschillende niveaus zou opdelen zou het interessanter worden, maar er zijn niet genoeg personen op de werkvloer van een hoger niveau.

*R2: "Eigenlijk saai en ook (...). Mensen die hier werken zijn niet echt allemaal even bekwaam en ze begrijpen het soms niet die vragen en dan wordt er dat uitgelegd en nog een keer en ..."*

### 3.6.2 Lichaamsbeweging

De grootste barrière hier zijn de motorische beperkingen van de werknemers. Bijna alle respondenten hebben beperkingen waardoor het bewegen en sporten bemoeilijkt wordt.

Enkele participanten zouden graag sporten, maar mogen niet bewegen. Ze hebben last van hun knieën en rug waardoor ze niet mogen wandelen. Een aantal personen zit in een rolstoel en deze personen kunnen minder sporten uitvoeren. Een persoon sport niet omdat ze nu al mager is. Ze zou dan nog meer afvallen. Een andere participant heeft last van een hernia en kan enkel lichte fysieke activiteit uitvoeren. Een persoon heeft kiné nodig voor de benen en kan hierdoor moeilijker sporten. Zij traint thuis wel op een hometrainer. Anderen kunnen alleen fysieke activiteit verrichten als er iemand bij is. Zo kunnen de participanten die bijna blind zijn wel fietsen als er iemand voor hen rijdt. Een sportdag zou misschien wel goed zijn, maar blijft moeilijk te organiseren voor mensen met verschillende beperkingen.

*R4: "Maar je moet lichaamsbeweging hebben, maar je mag, alle... Je moet het mogen doen ook hé."*

Ook de omgeving is belangrijk. Een zaal voor balsport of een zwembad moet aanwezig zijn als men dit wil organiseren.

*R1: "Ik moet niet zeggen balsporten enzo, want we hebben geen zaal of niet hé. Of zwemmen of want we hebben niets hé."*

De werkdruk ligt te hoog om tijdens de middagpauze nog eens tien minuten te gaan wandelen. De mensen zijn blij als ze hun pauze kunnen nemen 's middags. Er is te weinig tijd mede door de verplaatsing naar de refter.

### 3.6.3 Gezonde voeding

De frisdranken uit de drankautomaat kosten niet veel geld dus daarom worden ze vaak genomen. Wanneer je water wil drinken is dat gratis, maar het is heel koud.

De middagpauzes op de bedrijven zijn soms te kort, waardoor er niet genoeg tijd is om het middagmaal op te eten. Bij de warme maaltijden is het vaak varkensvlees om de kost te drukken.

### 3.6.4 Middelengebruik

Stoppen met roken blijkt bij sommige mensen de stress te verhogen. Door de verslaving aan nicotine is het moeilijk om met roken te stoppen.

### 3.6.5 Mentale gezondheid

Sommige mensen ervaren veel stress op het werk. Als je met iemand wil praten, dan kunnen ze wel bij een vertrouwenspersoon terecht, maar deze personen hebben al ontzettend veel werk.

## 4 Discussie

### 4.1 Algemene resultaten

Alle respondenten vonden een goede gezondheid zeer belangrijk. Ook konden ze allemaal de bevraagde gezondheidsgedragingen linken aan een goede gezondheid.

Ook stonden de respondenten positief ten aanzien van gezondheidspromotie op het werk. Zeker als dit niet verplichtend is en binnen de werkuren, zouden de respondenten deze initiatieven volgen. Voor alle thema's uitgenomen mentale gezondheid willen de respondenten in groep werken omdat ze zich dan beter gesteund voelen. Voor mentale gezondheid zouden ze liever individueel werken of in kleine groepen.

Er is dus over het algemeen een positieve attitude ten aanzien van interventies gericht op gezondheidsgedrag en dit voor alle thema's. Deze positieve attitudes werden ook gevonden in een review van de literatuur van Verhaeghe et al (2011) naar de perceptie op gezondheidspromotie bij patiënten met mentale stoornissen

Een uitzondering hierop is het stoppen met roken, wat sommige rokers niet zien zitten. De meningen hierover zijn verdeeld. Sommigen zouden misschien wel komen naar de interventie als het zich beperkt tot het geven van informatie. Andere rokers zien een actievere stoppen met roken workshop dan weer wel zitten.

Iedereen vond een goede mentale gezondheid het belangrijkste en dit werd gezien als de motor om te werken aan de andere gezondheidsgedragingen en om die vol te houden.

Elementaire kennis was voor vele thema's ook reeds aanwezig. De meerderheid van de respondenten konden elementen opnoemen van een gezond voedingspatroon. Wel waren er nog misverstanden als het ging om alcoholgebruik.

Ondanks de aanwezige kennis en de positieve attitude ten aanzien van gezondheidsgedrag, volgden de meeste deze richtlijnen niet. Het ontbreekt hen vaak aan motivatie, aan volharding, aan doorzetting. Ze geven aan er 'het karakter' niet voor te hebben. De "normen" die gesteld worden voor gezondheidsgedrag zijn in hun perceptie niet haalbaar. In het onderzoek van Verhaeghe et al. (2013) naar de perceptie van personen die wonen in begeleid wonen initiatieven op gezondheids promotie en gezondheidsgedrag, werden vergelijkbare barrières aangehaald: een gebrek aan energie, motivatie, en de bijwerkingen van medicatie. In de interventies zou aandacht moeten besteed worden aan het formuleren van voor hen haalbare doelstellingen. Het thema mentale gezondheid en eigen-effectiviteit zou een vast onderdeel moeten worden van interventies.

Sommige respondenten gaven aan dat collega's de vormingen met betrekking tot gezondheid kinderachtig en saai ervaren. Zijzelf stonden ondanks deze negatieve sociale norm, toch positief ten aanzien van deze vormingen. Het is echter niet duidelijk of ze bij het effectief volgen van deze vormingen zich zouden laten leiden door deze negatieve norm, en of ze dus niet sociaal wenselijk hebben geantwoord op deze vragen.

Alle respondenten noemden een aantal barrières voor deelname aan interventies. De grootste barrière was de motorische en mentale beperkingen binnen deze groep. Vooral voor interventies met betrekking tot fysieke activiteit zagen veel respondenten problemen voor zichzelf of voor hun collega's. Ook de mentale achterstand van bepaalde collega's werd aangehaald als barrière om deel te nemen aan vormingen, omdat deze dan te traag vooruit gaan.

Ook waren er barrières met betrekking tot de infrastructuur, de werkdruk en het werkschema, en het transport.

### **4.2 Beperkingen van het onderzoek**

Het bedrijf zelf gaf aan welke werknemers konden geïnterviewd worden. Dit kan een vertekening van de resultaten geven indien net 'de betere' werknemers werden uitgekozen ondanks het feit dat in het protocol gevraagd werd om respondenten te selecteren met een variatie naar geslacht, leeftijd en gezondheidstoestand.

Zelfselectie door de werknemers zou anderzijds net de meest gemotiveerde en gezonde werknemers kunnen opleveren. Ook bestond het risico dat er te weinig variatie was binnen de geïnterviewde groep en dat personen die niet verbaal genoeg waren aan de interviews zouden willen deelnemen.

De gesprekken verliepen soms moeizaam. De werknemers waren niet vertrouwd met de interviewer, zodat ze mogelijks toch terughoudend waren om bepaalde problemen te melden. Anderzijds konden ze wel vrijelijk hun mening kwijt over het bedrijf waarin ze werkten, wat minder het geval zou zijn in de aanwezigheid van iemand van de sociale dienst.



## Hoofdstuk 5

### Inventarisatie van bestaande initiatieven

In dit hoofdstuk willen we een overzicht geven van wat reeds (in Vlaanderen) bestaat aan gezondheidspromotie initiatieven voor de doelgroep. De bestaande initiatieven hebben we onderverdeeld in 3 groepen:

1. Initiatieven voor gezondheidspromotie op het werk
2. Initiatieven voor kansengroepen
3. Initiatieven voor kansengroepen op het werk.

Op basis van deze inventarisatie kan er nagegaan worden of bestaande initiatieven uit de gezondheidspromotie op het werk kunnen aangepast worden aan de doelgroep en de sociale economiebedrijven; of bestaande initiatieven voor kansengroepen kunnen aangepast worden aan de bedrijven; en of huidige initiatieven die de twee combineren reeds bestaan en geëvalueerd zijn en effectief bevonden.

#### 1 Initiatieven voor gezondheidspromotie op het werk

Gezondheidspromotie op het werk wordt door verschillende partners reeds aangeboden. Hieronder wordt een overzicht gegeven en de tools, projecten die reeds bestaan.

##### a. VIGeZ: Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en ziektepreventie.

VIGeZ is een expertisecentrum voor gezondheidspromotie en ziektepreventie die strategieën, advies, methodieken en ondersteuning leveren aan gezondheidswerkers en professionals. Een deel van hun werking focust op gezondheidspromotie in bedrijven.

- Handleiding: Gezondheidsbevordering op het werk (2005) Els Wouters. Een beleid op maat in 7 stappen.
- Handleiding: Stapsgewijs naar een rookbeleid op het werk (2005) Marleen Lambert & Ivo Nagels. In 7 stappen een rookbeleid uitwerken op maat van de werknemers en het bedrijfsbeleid.
- Handleiding: Stappenplan voedingsbeleid op het werk (2005) Erika Vanhauwaert, Eva De Winter. Maak gezonde voeding op het werk vanzelfsprekend.
- Handleiding: Stapsgewijs naar een bewegingsbeleid op het werk. (2006) Corneel Vandelanotte en Els Wouters In zeven stappen een bewegingsbeleid ontwikkelen, invoeren, evalueren en opvolgen.
- Rapport: Terreinverkenning gezondheidsbevordering op het werk (2003). Veerle Stevens, Mia Van Laeken. Waar moet je starten om gezondheidspromotie te integreren in de planning van je organisatie?
- Project: NV Gezond: [www.nvgezond.be](http://www.nvgezond.be). Focus op gezonde voeding en beweging. Doelgroep zijn bedrijventerreinen. Dit wordt aangepast voor KMO's. Project ondersteund door ESF.
- Project: Jobfit: gezond eten en bewegen in 3 gidsen.
- Project: Fit in je hoofd. Kan op het werk en is aangepast naar 'de Goed Gevoel Stoel' voor mensen in kansarmoede. Een procesevaluatie en een effectiviteitsstudie werden uitgevoerd.

- Feedbackinstrument voor bedrijven die participeerden aan de indicatorenbevraging op:  
<http://www.dev2mpact.be/gezondheidsenquête/bedrijf.cgi>

**b. Prevent: Instituut voor Preventie, Bescherming en Welzijn op het Werk**

Prevent is een kenniscentrum, opleidingscentrum en dienstverlener gericht op de ondersteuning van bedrijven en organisaties die hun mens-werkrelatie willen verbeteren. Zij is voor België het Europese aanspreekpunt voor gezondheidspromotie op het werk, o.a. voor het Europees Agentschap voor veiligheid en gezondheid op het werk (EU-OSHA).

- Project: Move Europe: Europese campagne over gezondheidsbevordering op het werk. Prevent. In 2009-2010 lag de focus op mentaal welzijn. In 2012 op gezond werk voor iedereen.

**c. Externe diensten voor Preventie en Bescherming op het werk**

Deze diensten hebben als hoofdtaak het organiseren van het medisch toezicht en het doen aan risicobeheersing. Dit laatste omvat arbeidsveiligheid, arbeidshygiëne en ergonomie, maar sinds 2002 ook psychosociale belasting (bescherming tegen geweld, pesterijen en ongewenst seksueel gedrag). De meeste externe diensten geven begeleiding bij tabaks- en alcoholverslaving omdat dit kadert in de CAO100 namelijk dat de werkgevers verplicht zijn een preventiebeleid uit te werken tegen alcohol en drugs op de werkvloer. Sommige externe diensten gaan ruimer en bieden ook advies en begeleiding in een gezondheidsbeleid op het werk.

- AristA: bijstand bij de verwezenlijking van een welzijnsbeleid waaronder aandacht voor gezondheid op het werk en psychosociale aspecten. Ze geven vormingen over:
  - ♦ Werkstress – opleiding van het personeel (1 dag)
  - ♦ Alcohol & Drugs – sensibilisatie van het management (½ dag)
  - ♦ Alcohol & Drugs – sensibilisatie van het personeel (½ dag)
  - ♦ Tabak – sensibilisatiesessie van het personeel ( ½ dag)
- Adhesia: sensibiliseringsaanpak voor verslavingen (tabak) op individueel of groepsniveau.
- Attentia: vormingen:
  - ♦ Rookstop: infosessie hulpmiddelen om te stoppen met roken
  - ♦ Rookstop: rookstopbegeleiding
  - ♦ Alcohol en drugs: opleiding alcohol- en drugspreventie voor leidinggevenden
  - ♦ Alcohol en drugs: preventieve sensibilisatiesessie voor werknemers
- Cesi: naast het uitwerken van een preventiebeleid en rond en begeleiding bij verslaving (alcohol, drugs en tabak) biedt Cesi ook een programma omtrent de preventie van hart- en vaatziekten met daarin volgend elementen: een conferentie over hart- en vaatziekten door de bedrijfsarts, een theoretische uiteenzetting met demonstratie van eenvoudige lichaams oefeningen door kinesitherapeuten of licentiaten lichamelijke opvoeding, een conferentie over roken en afkickmethodes en een groepsactiviteit over stressbeheer. Er wordt samen met diëtisten gekeken om in het bedrijf gezonde maaltijden voor te stellen. Dit alles samen met een communicatiecampagne en sensibiliseringsacties.
- IDEWE: opzetten van een (geïntegreerd) gezondheidsbeleid of eenmalige acties. De focus ligt op: een rookbeleid, gezonde voeding, beweging, stress en alcohol- en drugsbeleid.
- Mensura: biedt ook begeleiding bij een alcohol- en drugsbeleid, en bij het voorkomen van stress.

**d. Sociale secretariaten**

Sommige sociale secretariaten bieden naast hun reguliere werking (loonberekeningen, administratie rond arbeidsongeschiktheid, ziekteverzuim, verlof, ...innen en doorstorten van de RSZ-bijdragen, ...), ook begeleiding aan bedrijven die willen werken aan de gezondheid van hun werknemers.

- Securex, met hun afdeling Health&Safety, helpt bedrijven bij de implementatie van een integraal gezondheidsbeleid, waar naast aandacht voor de organisatiekenmerken die de gezondheid kan beïnvloeden, ook aandacht wordt besteed aan de gezondheid van de werknemer. Gedragmatige aspecten en levensstijlaspecten komen hierin aan bod ([www.securex.be](http://www.securex.be)).

**e. Ziekenfondsen**

Ziekenfondsen hebben als hoofdtaak de verplichte ziektenkostenverzekering te organiseren. Daarnaast geven ze ook hulpverlening, voorlichting en begeleiding. Een aantal ziekenfondsen richten zich sinds kort ook op bedrijven.

- Partena: Partena Vitaliteitsmanagement: coaches komen naar het bedrijf om een audit te doen en te begeleiden naar een vitaliteitsbeleid. De focus ligt op beweging, voeding en 'mental balance' ([www.partena-gezond.be](http://www.partena-gezond.be)).

**f. Commerciële bedrijven**

Bedrijven zoals BrandNewHealth en Ready2Improve zijn commerciële bedrijven die bedrijven helpen in de opstart van een gezondheidsbeleid of welzijnsbeleid.

**2 Initiatieven voor gezondheidspromotie voor kansengroepen**

Er zijn verschillende organisaties actief in de gezondheidspromotie voor kansarmen. Veel van deze acties zijn geïnventariseerd in een databank [www.gezondeinspiratie.be](http://www.gezondeinspiratie.be). De initiatieven staan onderverdeeld naar thema.

**a. Tabak:**

- Uitgerookt? Tabaksstop op maat van kansengroepen (16 weken in groep) (organisatie: Vigez, logo's, VRGT)
- Gezondheidssessie: rookvrij, ook voor mij? Françoise Roelardts

**b. Voeding:**

Voor voeding werden tal van initiatieven gevonden, veelal georganiseerd door een logo. Hieronder een aantal die het dichtst aanleunen bij de doelgroep:

- Weet en eet gezond: spel en vormingspakket voor mensen met een verstandelijke handicap. (organisatie: Tievo, Het grote plein en Vigez)
- Draaiboek 'kookactiviteit en vorming rond gezonde voeding voor kansarmen' (organisatie: Logo Brugge)
- Krok gezond: gezonde voeding voor kansarmen (organisatie: Logo Waasland)
- Kookactiviteit 'Tover je centen om in vitamines' (organisatie: OCMW Brugge preventieplatform)
- Koken met minder (organisatie: OCMW Herk-de-stad)
- Gezonde voeding in de praktijk. Toch lekker en betaalbaar. (organisatie: Partners in Integratie (PIN), Halle)

- Knabbels en Babbels, met weinig kosten gezonde kost (organisatie: Samenlevingsopbouw Gent)
- Personen met een beperking stimuleren tot meer bewegen en gezond eten (organisatie: Yota Mokos Genk, vzw De Regenboog)
- Groente zoekt kok (organisatie: vormingsplus Oost-Brabant)
- De slimme hap. Mechelen (organisatie: Logo regio Mechelen, vzw de lage drempel)
- Lessenreeks: Gezonde voeding voor kansarmen (organisatie: Logo Antwerpen Noord)
- Eet je gezond (organisatie: logo Dender)

Binnen het doctoraatsproject van N. Verhaeghe “Effectiviteit en kosteneffectiviteit van een levensstijlinterventie op lichaamsbeweging en voedingsgewoonten bij personen met een psychiatrische problematiek die in beschut wonen verblijven” werd een gezondheids promotie interventie ontwikkeld om fysieke activiteit en gezonde voeding te promoten, binnen de sector begeleid wonen. Deze interventie was gebaseerd op het “Online werkboek met activiteiten bij het Handboek gezondheids promotie: evenwichtig eten en gezond bewegen” van het Vlaams Instituut voor Gezondheids promotie en Ziektepreventie (VIGEZ). De interventie bestond uit 10 sessies die gegeven werden door de begeleidende verpleegkundige. Er werden significante effecten gevonden op lichaamsvet en tailleomtrek (Verhaeghe et al, under review).

**c. Beweging**

- Op stap naar een betere vorm in 10.000 stappen (o.a. organisatie: logo Dender)
- Gezond en fit (organisatie: VOC opstap De Kloef. Project i.s.m. logo Roeselare)

**d. Mentale gezondheid**

- Je zenuwen de baas. Stressbeheersing te Leuven. (organisatie: Logo Regio Leuven)
- Goed gevoel stoel (organisatie: CEDES en Vigez). Hiervan bestaat reeds een evaluatie (proces en effectevaluatie). Deze vorming bestaat uit 3 sessies met werkopdrachten. (<http://www.zorg-en-gezondheid.be/Pretest-Goed-gevoel-stoel.aspx>)
- Gezondheidskuur van nonkel Tuur (Organisatie: CEDES, Welzijnsschakels)
- Beter welzijn in lichaam en geest: educatie en vaardigheden. (organisatie: De wroeter, basiseducatie Zuid-Limburg, VSPW Hasselt)

### **3 Initiatieven voor kansengroepen op het werk**

Zoals reeds in het eerste hoofdstuk omschreven, worden er in de sociale economiebedrijven vormingen gegeven met betrekking tot de gezondheidsgedragingen. Vivo vzw stelt hiervoor een programma op.

**Vormingen gecoördineerd door Vivo vzw**

- Omgaan met alcohol en drugs op de werkvloer – voor personeel in omkaderingsfuncties (Sociale Werkplaatsen) (Organisatie: VAD)
- Alcohol- en drugpreventie voor doelgroepwerknemers (Beschutte Werkplaatsen). In 3 opties:  
1. Legale en illegale drugs bespreken, verschil tussen misbruik en gebruik, hoe stoppen, hoe nee zeggen. 2. Wat zijn alcohol en drugs, wat zijn de gevolgen van misbruik, hoeveel is teveel.

3. Kan ik zonder, gericht op doelgroepwerknemers met problemen (organisatie: VLAB, Groep Intro, Handicum)

- Meer bewegen doet me goed! Zowel educatie als bewegen zelf om een bewegingseffect te verkrijgen voor doelgroepwerknemers (Beschutte Werkplaatsen) (organisatie: De kei)
- Ken jezelf: het bevorderen van zelfevaluatie voor doelgroepwerknemers (Beschutte Werkplaatsen). Doel is het zelfinzicht vergroten. (Organisatie: VLAB)
- Ouder worden en werken: optie 1. Plus 50 aan het werk voor doelgroepwerknemers (Beschutte Werkplaatsen). Gezonde voeding, gezond bewegen en fit blijven is een onderdeel. (Organisatie: De kei) Optie 2. Einde loopbaan in zicht (Organisatie: VLAB)
- Werk en werknemer: verschillende thema's kunnen gecombineerd worden bijv. gezonde voeding, stoppen met roken, tandhygiëne, zelfzorg, omgaan met stress, omgaan met agressie, ... (Organisatie: VLAB, Groep Intro)

#### 4 Conclusie

Er bestaan reeds verschillende programma's, handleidingen, organisaties die het bedrijf helpen bij het opstarten van een gezondheidsbeleid of van gezondheidspromotie initiatieven. Echter zijn die niet direct toepasbaar in de sociale economie door de eigenheid van de doelgroepwerknemers.

Voor kansengroepen bestaan ook reeds tal van initiatieven. De meesten gefocust op gezonde voeding. Maar deze zijn minder toepasbaar binnen een bedrijfscontext.

Evaluaties van deze programma's en initiatieven (proces, effectiviteit, kosten-effectiviteit) ontbreken vaak. Een uitzondering is de 'Goed gevoel stoel' die (kwalitatief) geëvalueerd is bij kansarmen. De eindconclusie was dat de sessies een positieve invloed hadden op de deelnemers en dat het tevens een aanzet kan zijn voor organisaties om het bevorderen van mentale gezondheid op te nemen in hun structuur.

Ook de interventie ontwikkeld in het doctoraatsonderzoek van N. Verhaeghe toonde positieve effecten op taille omtrek en lichaamsvet.

10.000 stappen is geëvalueerd in de algemene populatie en de implementatie naar bedrijven toe is onderzocht.

(zie <http://www.10000stappen.be/Weetjeswetenschap/Onderzoekenfeiten/Bedrijven.aspx>).

Deze initiatieven, zowel voor bedrijven als voor kansengroepen, zijn verspreid te vinden. Voor initiatieven voor kansarmen is er de databank 'de gezonde inspiratie.be'. Deze acties zijn echter niet up-to-date.



## Hoofdstuk 6

### Conclusies

#### 1 Conclusies met betrekking tot de 5 doelstellingen van de haalbaarheidsstudie

##### 1.1 Het in kaart brengen van de sector van de sociale economie.

Op basis van een literatuurstudie en interviews met sleutelfiguren uit de sector kan het volgende besloten worden:

- De sector is momenteel in volle hervorming en het is nog onduidelijk wat het finale resultaat zal zijn. Echter, in de hervormingsplannen worden er een aantal methodieken uitgewerkt (Persoonlijk OntwikkelingsPlan, classificatie van de doelgroepwerknemers, ...) waarmee we rekening kunnen houden bij het uitwerken van gezondheidspromotie-initiatieven.
- Er is een te grote diversiteit in de bedrijven van de sociale economie en in de kenmerken van werknemers in deze bedrijven om generieke gezondheidspromotie interventies te verantwoorden.
- De doelpopulatie is het grootst in de beschutte en sociale werkplaatsen
- De beschutte werkplaatsen hebben de grootste schaalgrootte. Werknemers uit de Lokale Diensten Economie (LDE) werken vaak op diverse locaties (poetsdiensten, thuiszorg...) en LDE bedrijven zijn eerder klein. Invoegmedewerkers werken in de reguliere economie (ook vaak poetsbedrijven).
- De sociale en beschutte werkplaatsen kunnen beroep doen op vormingen voor hun specifieke werknemerspopulatie via het Vlaamse Instituut voor Vorming en Opleiding in de social profit (Vivo). De vormingen van Vivo worden gevolgd door werknemers van verschillende beschutte of sociale werkplaatsen samen, of georganiseerd op het bedrijf. Het aanbod van Vivo wordt bepaald door de Vormingsfondsen van de sectoren.

##### 1.2 Inzicht krijgen in de specifieke noden van gezondheidspromotie van werknemers met een laag opleidingsniveau.

Op basis van analyses op de Belstress studie kan het volgende besloten worden:

- De werknemers met een laag opleidingsniveau geven aan een slechtere gezondheid te hebben in vergelijking met hooggeschoolde werknemers.
- Uit de analyses van de Belstress studie blijken overgewicht en obesiteit belangrijke problemen te zijn bij werknemers met een laag opleidingsniveau. Met betrekking tot gezondheidsgedrag, kan op basis van de analyses van de Belstress studie besloten worden dat laaggeschoolden minder bewegen dan hooggeschoolde werknemers. Het gebruik van tabak is ook hoger bij laaggeschoolden.

### **1.3 Inzicht krijgen in huidige werking en de noden m.b.t. gezondheidspromotie-initiatieven binnen de sociale economie.**

Op basis van een online survey bij leidinggevendenden in de sociale economie bedrijven kan het volgende besloten worden:

- De thema's voeding en beweging komen reeds aan bod in beschutte en sociale werkplaatsen
- "Actie-dagen" zijn populair in de sector. Alhoewel deze korte acties voornamelijk sensibiliserend zijn, zijn ze belangrijk in het kader van een inclusiebeleid. De doelgroepwerknemers vinden het belangrijk te kunnen participeren aan bijv. anti-tabak actiedagen omdat deze voor iedereen bestemd zijn en zij hier ook willen aan participeren zonder als specifieke doelgroep gezien te worden voor dergelijke initiatieven.
- De noodzaak voor een screeningsinstrument bleek uit de online bevraging van de werkgevers.
- Invoegbedrijven rapporteerden het minst dat er een nood is aan extra programma's voor de invoegwerknemers.
- Meer dan de helft van de bedrijven geeft aan meer te willen investeren in gezondheidspromotie. Maar 55% geeft tevens ook aan dat de huidige interventies niet op maat zijn voor de doelgroep.
- Uit de bevraging bleek dat heel wat personen met verschillende functies de vragenlijst hadden ingevuld waaruit kan afgeleid worden dat de verantwoordelijkheid voor gezondheidspromotie niet enkel ligt bij de sociale diensten of de bedrijfsleider zelf. Het toewijzen van deze verantwoordelijkheid aan een vaste dienst of functie is belangrijk voor de duurzaamheid van een gezondheidspromotiebeleid in de sector.

### **1.4 Inzicht krijgen in de visie van de doelgroepwerknemers op gezondheid, gezondheidsgedrag en gezondheidspromotie in het algemeen en op het werk.**

Op basis van interviews met doelgroepwerknemers kan het volgende besloten worden:

- De thema's waarvoor Vlaamse gezondheidsdoelstellingen werden geformuleerd, zijn relevante thema's voor de doelgroepwerknemers: voeding, beweging, alcohol, tabak, mentale gezondheid.
- Er is een voorkeur voor groepsinterventies.
- Voor de doelgroepwerknemers is het thema mentale gezondheid het belangrijkste, een goede mentale gezondheid is voor hen de motor om iets te doen aan hun gezondheidsgedrag.

### **1.5 Inventarisatie van reeds bestaande initiatieven.**

Op basis van een screening van websites van verschillende organisaties die interventies aanbieden kan het volgende worden besloten:

- Er zijn weinig evidence-based interventies die direct kunnen ingezet worden voor deze doelgroep. In de inventaris werden momenteel enkel De Goed Gevoel Stoel (3 sessies) en een Workshop (10 sessies) over voeding en beweging (uitgewerkt in het kader van een doctoraatsproject) als direct inzetbaar voor de doelpopulatie geïdentificeerd. Geen enkele van de andere mogelijke initiatieven werd voldoende geëvalueerd om direct te worden ingezet of zijn niet aangepast aan de doelgroep.



## 2 Volgende fase in het onderzoek

Op basis van de uitgevoerde deelstudies werden voorstellen geformuleerd. Deze voorstellen werden besproken op de thematische stuurgroep van 2 mei 2013. De aangepaste keuzes werden voorgelegd aan verschillende stakeholders binnen de sociale economie sector op de vergadering van 18/06/2013 (stakeholders die het rapport hebben nagekeken: zie bijlage 5). De besluiten die hieruit werden geformuleerd, vormen de basis voor de volgende fase in het project.

### 2.1 Besluit 1

**In het kader van STEIGERS zal prioriteit gegeven worden aan het ontwikkelen van initiatieven voor *beschutte en sociale werkplaatsen*.** Er blijft wel informatiedoorstroom naar de andere initiatieven.

### 2.2 Besluit 2

Alle thema's zijn relevant voor de doelgroepwerknemers. Maar gezien de beperkte draagkracht van deze groep, moet prioriteit gegeven worden aan het voor hen, , meest relevante thema. Een aangepast screeningstool is hiervoor noodzakelijk. Bij de ontwikkeling van dit screeningstool zal rekening gehouden worden met de huidige ontwikkelingen van het Persoonlijk OntwikkelingsPlan (POP) in de sector. Als tijdens het POP-proces, op basis van de reflectie over de persoonlijke competenties (attitudes – cfr ICF codes (International Classification of Functioning, disability and health), een raakpunt met de gezondheidsproblematiek naar voorkomt, kan het gebruik van een aangepast screeningsinstrument overwogen worden om de ontwikkelacties gericht vorm te geven. De onderneming beslist samen met de doelgroepwerknemer over de participatie aan aangepaste (geïndividualiseerde) persoonlijke vormingen.

#### Actie:

**Een *aangepast screeningsinstrument* zal ontwikkeld worden voor het bepalen van de individuele prioriteiten.** Dit screeningsinstrument zal eerst onafhankelijk van POP worden ontwikkeld, maar bij de ontwikkeling zal rekening gehouden worden dat het inpasbaar is binnen POP. Extra aandacht moet besteed worden aan de privacy van de medewerkers.

#### Timing:

- November-december 2013: ontwikkeling van het screeningstool
- Februari- maart- april 2014: validatie van het screeningstool
  - ♦ interviews of focusgroepen bij 10 doelgroepwerknemers
  - ♦ test-hertest betrouwbaarheid bij 100 doelgroepwerknemers
  - ♦ + validatie van tabaksgebruik en mate van fysieke activiteit.

### 2.3 Besluit 3

Uit alle deelstudies bleek dat er geen handleiding, actieboek of overzicht beschikbaar is waarin alle evidence-based acties voor gezondheidspromotie in de sociale economie sector zijn opgenomen. Door diverse bedrijven werd gemeld dat ze ook structurele maatregelen nemen zoals het beschikbaar stellen van (gratis) fruit en gezonde dranken, naast het verplichte rook- en alcoholbeleid. Maaltijden worden slechts in beperkte mate aangeboden in de sector, velen uit de doelgroep kunnen wegens hun beperkingen niet participeren aan structurele bewegingsinterventies. De mogelijkheden voor structurele interventies blijken dus vrij beperkt te zijn. Uit literatuurstudies van interventies in de reguliere bedrijven blijkt echter dat deze structurele maatregelen belangrijk zijn voor het stimuleren en ondersteunen van de individuele keuzes. In deze handleiding kan het belang van multi-component interventies beklemtoond worden en met de sector zal nagegaan worden welke mogelijkheden er zijn.

#### Actie:

**In het kader van het STEIGERS project zal een *handleiding voor gezondheidspromotie in de sociale economie sector ontwikkeld worden.*** Bestaande handleidingen voor gezondheidspromotie in bedrijven kunnen hiervoor als basis genomen worden. De handleiding moet bruikbaar zijn voor personen met verschillende functies in het bedrijf die de verantwoordelijkheid krijgen voor de implementatie van gezondheidspromotie activiteiten.

#### Timing:

- Januari-juni 2014: ontwikkeling van een handleiding o.b.v. bestaande methodieken zoals JobFit en JobFitKMO en in samenwerking met VIGeZ. De delen van de handleiding zullen tijdens de ontwikkelingsfase afgetoetst worden bij beschutte en sociale werkplaatsen.
- Juli-december 2014: evaluatie van de handleiding in beschutte en sociale werkplaatsen.

### 2.4 Besluit 4

In het kader van het StEIGERS project zullen twee gezondheidspromotie-interventies uitgetest worden in beschutte en sociale werkplaatsen.

#### Actie 1:

Aangezien mentale gezondheid en in het bijzonder veerkracht een belangrijk thema is voor deze doelgroep, willen we **de Goed-Gevoel-Stoel aanpassen en evalueren in de setting van de beschutte en sociale werkplaatsen.**

#### Timing:

- Maart-juni 2014: aanpassen van de Goed-Gevoel-Stoel in samenwerking met VIGeZ
- November 2014- februari 2015: evaluatie van de Goed-Gevoel-Stoel in de setting van beschutte en sociale werkplaatsen.

**Actie 2:**

Er zullen **elementen uit de handleiding (zie besluit 3) met betrekking tot het veranderen van de omgeving ter bevordering van meer bewegen en een gezonder voedingspatroon uitgetest en geëvalueerd** worden in sociale en beschutte werkplaatsen. De **focus van deze omgevingsinterventie (voeding of beweging) wordt samen met de bedrijven bepaald en is afhankelijk van de resultaten van de evaluatie (o.a. haalbaarheid) van de handleiding (zie Actie van besluit 3).**

**Timing:**

- Deze omgevingsinterventie zal verder uitgewerkt worden in het najaar van 2014 en uitgetest in het voorjaar van 2015.



## Literatuurlijst

- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, Personality and Behavior*. The Dorsey Press, Chicago, IL.
- Alternatief vzw (2013). *Rapport Bewegen naar Werk. Mijn Persoonlijk OntwikkelingsPlan*. Alternatief vzw, Hasselt.
- Arena, VC., Padiyar, KR., Burton, WN., Schwerha, JJ. (2006). *The Impact of Body Mass Index on Short-Term Disability in the Workplace*. *J Occup Environ Med*, 48: 1118-1124.
- Bartholomew, LK., Parcel, GS., Kok, G, Gottlieb NH. (2006). *Planning Health Promotion Programs. An Intervention Mapping Approach*. Second ed. Jossey-Bass, San Francisco, US.
- Cancelliere, C., Cassidy JD., Ammendolia, C., Côté, P. (2011). Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature. *BMC Public Health* , 11:395
- De Leeuw, E., Jacobs, M., Samoy, E., Vandebroek, K., WSE (Departement Werk en Sociale Economie). (2010) Beleidsbarometer 2010. De Vlaamse Sociale Economie. Te downloaden op: [http://www.werk.be/onderzoek/publicaties/2010/2010\\_Beleidsbarometer.htm](http://www.werk.be/onderzoek/publicaties/2010/2010_Beleidsbarometer.htm).
- de Vries, H., Dijkstra, M., Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioral intentions. *Health Educ. Res.*, 3: 273–282
- Downey, AM., Sharp, DJ. (2007). Why do managers allocate resources to workplace health promotion programmes in countries with national health coverage? *Health promotion International*, 22(2): 102-111.
- Elo, S. & Kynga, SH. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1): 107–115
- ENWHP (The European Network for Workplace Health Promotion) (2007). Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union. Te downloaden op: [http://www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxembourg\\_Declaration.pdf](http://www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxembourg_Declaration.pdf)
- Ewing, J. A. (1984). “Detecting Alcoholism: The CAGE Questionnaire” *JAMA* 252: 1905-1907.
- FOD Sociale Zekerheid (2011). Directeur-generaal Personen met een handicap. Jaaroverzicht 2011 in cijfers. Brussel. Te downloaden op: <http://www.handicap.fgov.be/sites/handicap.fgov.be/files/explorer/nl/overzicht-cijfers-2011.pdf>
- Harris, JR., Huang, Y., Hannon, PA., Williams, B. (2011). Low-Socioeconomic Status Workers: Their Health Risks and How to Reach Them. *JOEM*, 53(2): 132-138.
- Iezzoni, LI. (2009). Public health goals for persons with disabilities: looking ahead to 2020. *Disabil Health J.*, 2(3):111-5.
- Karasek, R. (1985). *Job Content Instrument. Questionnaire and User’s Guide*. Los Angeles: University of Southern California.
- Mann, J., Zhou, H., McDermott, S., Poston, MB. (2006). Healthy Behavior Change in adults with mental retardation: attendance in a health promotion program. *Am. J. Mental Retardation*, 111(1): 62-73.

McDermott, S., Whitner, W., Thomas-Koger, M., Mann, JR., Clarkson, J., Barnes, TL., Bao, H., Meriwether, RA. (2012). An efficacy trial of 'Steps to Your Health', a health promotion programme for adults with intellectual disability. *Health Education Journal*, 71(3): 278-290.

Naaldenberg, J. (2012). *Health promotion for people with ID, a systematic review*. Presentation at the IASSID World Congress. International Association for the Scientific Study of Intellectual and Developmental Disabilities. 9-14 juli 2012. Halifax, Nova Scotia, Canada.

Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas.*;1:385-401

Rimmer, JH. (1999). Health promotion for people with disabilities: the emerging paradigm shift from disability prevention to prevention of secondary conditions. *Phys Ther*, 79(5): 495-502.

Rimmer, JH. (2011). Building a future in disability and public health. *Disab Health.*, 4(1): 6-11.

Robroek, SJW., Van den Berg, TIJ., Plat, JF., Burdorf, A. (2011). The role of obesity and lifestyle behaviours in a productive workforce. *Occup. Environ Med*, 68: 134-139.

Ronde Tafel Arbeidszorg Vlaanderen. Dossier Arbeidszorg in Vlaanderen. Stand van zaken en voorstellen voor de Vlaamse Legislatuur 2009-2012. 2009. Te downloaden op: <http://www.arbeidszorg.be/RTAZwerkingsgebieden.html>

Rongen, A., Robroek, SJW., van Lenthe, FJ., Burdorf, A. (2013). Workplace Health Promotion: a meta-analysis of effectiveness. *Am. J. Prev. Med*, 44(4): 406-415.

Swaine, J., Parish, SL., Luken, K., Atkins, L. (2011). Recruitment and consent of women with intellectual disabilities in a randomized control trial of a health promotion intervention. *JIDR*, 55(5): 474-483.

Thomas, GR., Kerr, MP. (2011). Longitudinal follow-up of weight change in the context of a community-based health promotion programme for adults with an intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities JARID*, 24(4): 381-387.

Thompson, SE., Smith, BA., Bybee, RF. (2005). Factors influencing participation in Worksite Wellness Programs among minority and underserved populations. *Fam. Community Health*, 28(3): 267-273.

Verhaeghe, N., Clays, E., Vereecken, C., De Maeseneer, J., Maes, L., Van Heeringen, C., De Bacquer, D., Annemans, L. (2013). Health promotion in individuals with mental disorders: a cluster preference randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 13: 657.

Verhaeghe, N., De Maeseneer, J., Maes, L., Van Heeringen, C., Annemans, L. (2011). Effectiveness and cost-effectiveness of lifestyle interventions on physical activity and eating habits in persons with severe mental disorders: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8: 28.

Verhaeghe, N., De Maeseneer, J., Maes, L., Van Heeringen, C., Annemans, L. (2013). Health promotion in mental health care: Perceptions from patients and mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 22(11-12): 1569-78.

Verhaeghe, N., De Maeseneer, J., Maes, L., Van Heeringen, C., Annemans, L. (2011). Perceptions of mental health nurses and patients about health promotion in mental health care: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18: 487-492.

Verweij, LM., Coffeng, J., van Mechelen, W., Proper, KI. (2010). Meta-analyses of workplace physical activity and dietary behaviour interventions on weight outcomes. *Obesity review*, 12: 406-429.

Vivo vzw. (2009). *Onderzoek naar opleidingsbehoeften in beschutte werkplaatsen. Deel 2: Doelgroepmedewerkers*. Een studie uitgevoerd door VIVO vzw in opdracht van het Sectoraal Vormingsfonds van de Beschutte Werkplaatsen.

Vivo vzw. (2012). *Opleidingsbehoeften in de sector van de Sociale Werkplaatsen*. Een studie uitgevoerd door VIVO vzw in opdracht van het Sectoraal Vormingsfonds van de Sociale Werkplaatsen..

VLAB vzw. (2005). *Beschutte werkplaatsen, een profiel*. Tweede editie. [www.vlab.be](http://www.vlab.be).

VLAB. Jaarverslag. Vlaamse Federatie van Beschutte werkplaatsen, vzw. Te downloaden op: [http://www.vlab.be/downloads/2011%2005%20VLAB\\_jaarverslag\\_2010.pdf](http://www.vlab.be/downloads/2011%2005%20VLAB_jaarverslag_2010.pdf)

World Health Organization. (1946). *Constitution of the world health organization*. Te downloaden op: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).

WSE (Departement Werk en Sociale Economie) (2010). *Beleidsbarometer 2010*. De Vlaamse Sociale Economie. Te downloaden op: <http://www.expertisepunt.be/sites/default/files/Beleidsbarometer-2010.pdf>.

WSE (Departement Werk en Sociale Economie)(2012). (1) Beschutte werkplaatsen. Te downloaden op: [http://www.werk.be/sites/default/files/cijfers/Beleid\\_in\\_cijfers/Sociale\\_Economie/2012\\_BW.pdf](http://www.werk.be/sites/default/files/cijfers/Beleid_in_cijfers/Sociale_Economie/2012_BW.pdf).

WSE (Departement Werk en Sociale Economie) (2012). (2) Sociale werkplaatsen. Te downloaden op: [http://www.werk.be/sites/default/files/cijfers/Beleid\\_in\\_cijfers/Sociale\\_Economie/SW\\_bis\\_2012.pdf](http://www.werk.be/sites/default/files/cijfers/Beleid_in_cijfers/Sociale_Economie/SW_bis_2012.pdf).

WSE (Departement Werk en Sociale Economie) (2012). (3) Invoegbedrijven. Te downloaden op: [http://www.werk.be/sites/default/files/cijfers/Beleid\\_in\\_cijfers/Sociale\\_Economie/Invoeg\\_2012.pdf](http://www.werk.be/sites/default/files/cijfers/Beleid_in_cijfers/Sociale_Economie/Invoeg_2012.pdf).

WSE (Departement Werk en Sociale Economie) (2012). (4). Lokale diensteneconomie. Te downloaden op: [http://www.werk.be/sites/default/files/cijfers/Beleid\\_in\\_cijfers/Sociale\\_Economie/Lokale\\_dienste\\_neconomie\\_2012\\_corr.pdf](http://www.werk.be/sites/default/files/cijfers/Beleid_in_cijfers/Sociale_Economie/Lokale_dienste_neconomie_2012_corr.pdf).

WSE (Departement Werk en Sociale Economie) (2012). (5) Arbeidszorg. Te downloaden op: [http://www.werk.be/sites/default/files/cijfers/Beleid\\_in\\_cijfers/Sociale\\_Economie/Arbeidszorg\\_2012.pdf](http://www.werk.be/sites/default/files/cijfers/Beleid_in_cijfers/Sociale_Economie/Arbeidszorg_2012.pdf).





## **Bijlagen**

- Bijlage 1      Uitnodiging deelname online bevraging (email)
- Bijlage 2      Vragenlijst online bevraging
- Bijlage 3      Formulier informed consent voor de doelgroepwerknemers
- Bijlage 4      Leidraad interviews



## BIJLAGE 1

### Uitnodiging deelname online bevraging (email)

Geachte ondernemer in de sociale economie,

*Ervaart u soms problemen met roken of alcoholgebruik bij uw werknemers? Hoe is het gesteld met de beweging en gezonde voeding van uw werknemers? Neemt uw bedrijf reeds initiatieven om gezondheidsgedragingen van de werknemers te verbeteren of zou u daar iets willen aan doen? Is er gratis water beschikbaar voor de werknemers? Twijfelt u of dit de taak is voor uw bedrijf, zeker in deze periode van crisis?*

Met het project 'Gezondheidspromotie in de sociale economie' willen wij van de onderzoeksgroep Gezondheidspromotie van de Universiteit Gent, methodieken ontwikkelen om aan gezondheidspromotie te doen, op maat voor de sector van de sociale economie. Deze instrumenten zullen ter beschikking worden gesteld voor de bedrijven binnen de sociale economie.

Dit project werken we uit in samenwerking met het werkveld (o.a. VOSEC/ CollondSE) en de verschillende partners binnen de sociale economie. Ook willen we van de werkgevers (of hoofd van de personeelsdienst, of secretaris indien OCMW) zelf en de medewerker(s) van de interne sociale diensten weten hoe ze denken over gezondheidspromotie op het werk, om op die manier beter te kunnen inspelen op bestaande noden.

Daarom is onze vraag of u bereid bent om vrijwillig een korte vragenlijst (15 min) online in te vullen. We beseffen dat dit kostbare tijd vergt maar alleen op deze manier kunnen we in de tweede fase van dit project zinvolle programma's en instrumenten ontwikkelen voor de sector van de sociale economie. De antwoorden zullen anoniem worden verwerkt. In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en zal u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens.

Indien u wilt deelnemen, gelieve deze link te volgen:

[https://www.surveymonkey.com/s/gezondheidspromotie\\_soc\\_economie](https://www.surveymonkey.com/s/gezondheidspromotie_soc_economie)

**Indien u een sociale dienst hebt binnen het bedrijf, wilt u deze email dan ook doorsturen naar uw medewerker(s) binnen deze dienst en hen vragen deze vragenlijst ook in te vullen.** Deze antwoorden worden onafhankelijk van elkaar verwerkt!

Alvast bedankt! Hebt u verdere vragen, dan kunt u me op onderstaande gegevens bereiken!

Vriendelijke groeten,

Anne Hublet, onderzoeker

Evelien Jacobs, studente GVO

Deze studie werd goedgekeurd door de onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

## **BIJLAGE 2**

### **Vragenlijst online bevraging werkgevers in de sociale economie**



## **BIJLAGE 3**

### **Formulier informed consent voor de doelgroepwerknemers**







**Datum:**

**INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER WERKNEMERS SOCIALE ECONOMIE**

Geachte heer/mevrouw,

U bent gevraagd om deel te nemen aan een onderzoek van de Universiteit Gent met als onderwerp "Gezondheids promotie in de sociale economie". Dit onderzoek vindt plaats in bedrijven die deel uit maken van de sociale economie.

Met dit onderzoek willen we nagaan hoe u als werknemer tegenover de promotie van gezondheid en gezondheidsgedragingen (zoals lichaamsbeweging, voedingsgewoontes, middelengebruik, ...) staat.

Het onderzoek bestaat uit een eenmalig gesprek met een onderzoeker van de Universiteit Gent over diverse aspecten die met gezondheid te maken hebben. Dit gesprek kan doorgaan in de voor u vertrouwde omgeving. Het gesprek duurt maximum 45 minuten. Omwille van de verwerking van de gegevens achteraf wordt dit gesprek opgenomen op band (met een digitale dictafoon).

De onderzoeker zal de verkregen gegevens vertrouwelijk behandelen. De deelnemer krijgt de garantie dat er geen herkenbare informatie aan derden wordt doorgegeven. De opnames van het interview worden na afloop van het onderzoek gewist. De resultaten worden, anoniem, in een algemene vorm gerapporteerd.

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar uw persoonlijk dossier). In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en zal u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens.

Deze studie werd goedgekeurd door de onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

*U kan weigeren om deel te nemen aan de studie, en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op uw verdere relatie met de onderzoeker, noch met de directie van de instelling. Als u wenst deel te nemen, vragen wij u onderstaand toestemmingsformulier te ondertekenen.*

---

*Ik werd schriftelijk ingelicht over de aard en het doel van het onderzoek. Mijn deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig. Hierbij bevestig ik, ondergetekende, vrijwillig toestemming te geven voor deelname aan het onderzoek.*

NAAM DEELNEMER: .....

ADRES: .....

DATUM: .../.../....

Handtekening

## BIJLAGE 4

### LEIDRAAD INTERVIEWS

#### INLEIDING

- kaderen van deze studie in het geheel van de studie;
- Anonimiteit benadrukken;
- Praktische zaken (duur, opname van het gesprek).

#### INHOUDELIJK DEEL

Belang van lichaamsbeweging en gezonde voedingsgewoontes. Zelfde schema werd gevolgd voor de andere thema's.

Welke voordelen kunnen voldoende lichaamsbeweging en gezonde voedingsgewoontes met zich meebrengen?

#### Ondersteuning

Is het voor u belangrijk dat uw begeleider met u spreekt over het belang van lichaamsbeweging en voedingsgewoontes?

Stel dat u meer wil bewegen en gezonder eten, verwacht u dan ondersteuning van uw begeleider? Indien ja, welke ondersteuning? Indien nee, waarom niet?

#### Motivatie

Stel dat er informatie en/of educatie in verband met lichaamsbeweging en gezonde voeding zou worden aangeboden, zou u hiervoor interesse hebben? Waarom wel? Waarom niet?

Liefst individueel of liefst in groep? Waarom?

Als uw begeleider u zou aanraden om meer te bewegen en gezonder te eten, zou u die raad opvolgen? Waarom wel? Waarom niet?

Zijn er voor u redenen om geen aandacht te hebben voor voldoende lichaamsbeweging en gezonde voedingsgewoontes?

#### Hinderpalen

Ervaat u hindernissen waardoor het voor u moeilijk is om aandacht te hebben voor voldoende lichaamsbeweging en gezonde voedingsgewoontes?

#### AFSLUITING

Uitleg over de wijze waarop de resultaten zullen worden teruggekoppeld



## **BIJLAGE 5**

### **Stakeholders die het rapport hebben nagekeken**

Aanwezig op de stakeholdersvergadering van 18/06/2013 waren:

- Lut De Boel van SST
- Saf Perdaens van VLAB
- Stephanie Bawin van LDE
- Patricia Van Dessel van VIVO
- Bruno Buytaert van VIGEZ
- Lea Maes van het Steunpunt WVG
- Anne Hublet van het Steunpunt WVG.

Daarnaast werden de conclusies ook voorgelegd aan Mevr. Castelein en Mr. Roegiest van de VDAB (resp. maatwerkdecreet en POP) en Mevr. Sweertvaeger, die Mevr. De Boel vervangt binnen SST.