

**Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin**

**StEIGERs – Op weg naar een goed gevoel**

**DEEL 2**

**Implementatie en evaluatie van een interventie  
om veerkracht te bevorderen  
bij doelgroepwerknemers uit de sociale economie**

Jasmine Mommen  
Dr. Anne Hublet  
Prof. dr. Lea Maes  
Prof. dr. Benedicte Deforche  
Prof. dr. Ilse De Bourdeaudhuij





# Inhoud

<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
<b>Hoofdstuk 5      Implementatie</b>	<b>7</b>
5.1    Implementatieplan van de oorspronkelijke interventie ( <i>De goed-gevoel-stoel</i> )	8
5.1.1    Identificatie van programma adopters en implementeerders	8
5.1.2    Specificiëren van gedragsobjectieven (P.O.'s) voor adoptie, implementatie en behoud	9
5.1.3    Specificiëren van determinanten voor adoptie, implementatie en behoud	9
5.1.4    Matrices met gedragsobjectieven voor adoptie, implementatie en behoud	10
5.1.5    Selecteren van methoden en praktische toepassingen voor adoptie, implementatie en behoud	14
5.1.6    Overzicht van de interventie voor programma adoptie, implementatie en behoud	19
5.2    Implementatieplan van de aangepaste interventie ( <i>Steigers – Op weg naar een goed gevoel</i> )	20
5.2.1    Identificatie van programma adopters en implementeerders	20
5.2.2    Specificiëren van gedragsobjectieven (P.O.'s) voor adoptie, implementatie en behoud	20
5.2.3    Specificiëren van determinanten voor adoptie, implementatie en behoud	21
5.2.4    Matrices met veranderingsobjectieven voor adoptie, implementatie en behoud	21
5.2.5    Selecteren van methoden en praktische toepassingen voor adoptie, implementatie en behoud	24
5.2.6    Overzicht van de interventie voor programma adoptie, implementatie en behoud	27
5.3    Resultaat van de adaptatie	29
<b>Hoofdstuk 6      Evaluatie</b>	<b>31</b>
6.1    Evaluatieplan van de aangepaste interventie ( <i>Steigers – Op weg naar een goed gevoel</i> )	31
6.1.1    Effectevaluatie	31
6.1.2    Procesevaluatie	42
6.1.3    Algemene conclusie	46
<b>Literatuurlijst</b>	<b>51</b>
<b>Bijlagen (zie aparte bestanden)</b>	<b>53</b>
<b>Bijlage 1: Handleiding voor begeleiders</b>	
<b>Bijlage 2: Vragenlijst voor effectevaluatie</b>	
<b>Bijlage 3: Vragenlijst voor procesevaluatie</b>	
<b>Bijlage 4: Opvolgingsdocument goed-gevoel-acties</b>	
<b>Bijlage 5: Opvolgingsmap</b>	
<b>Bijlage 6: Vervolgopdrachten (zie aparte bestanden in map)</b>	

### **Lijst van tabellen**

Tabel 6-1	Kenmerken van de steekproef	37
Tabel 6-2	Interventie-effecten na 1 maand (korte termijn)	39
Tabel 6-3	Interventie-effecten na 4 maanden (langere termijn)	40
Tabel 6-4	Procesevaluatie	44

### **Lijst van figuren**

Figuur 5-1	Theory of Planned Behaviour (Uit Downey & Sharp, 2007)	10
Figuur 6-1	Ontwerp (Design) van de evaluatiestudie <i>Steigers – Op weg naar een goed gevoel</i>	32
Figuur 6-2	Stroomschema (Flow chart )	33

## Inleiding

In het kader van het project *Sociale Economie en GezondheidsPromotie (StEIGERs)* van het steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin werd een interventie ontwikkeld om mentale gezondheid (veerkracht) te bevorderen bij doelgroepwerknemers uit de sociale economie. Er werd gekozen voor het thema mentale gezondheid daar uit interviews met doelgroepwerknemers uit sociale en beschutte werkplaatsen bleek dat zij nood hebben aan een verhoging van hun veerkracht. Een goede mentale gezondheid werd aangehaald als motor om te werken aan andere gezondheidsgedragingen (bv. voeding en beweging) en deze vol te houden (Hublet, Maes, & De Bourdeaudhuij, 2013). Er werd getracht de doelgroepwerknemers meer controle te laten krijgen over hun eigen geestelijke gezondheid (empowerment). Concreet werd gewerkt aan het ontwikkelen, versterken en behouden van een goed gevoel. Als titel voor de interventie werd gekozen voor *StEIGERs (Sociale Economie en GezondheidsPromotie)* met als ondertitel *Op weg naar een goed gevoel*. Deze ondertitel weerspiegelt de inhoud van de sessies en geeft zo weer wat de doelgroepwerknemers kunnen verwachten.

Deze interventie is gebaseerd op een bestaande interventie, namelijk *De goed-gevoel-stoel*, die uitgewerkt werd door VIGeZ, in samenwerking met CEDES (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, n.d.). Via het intervention mapping protocol (IMP) (Bartholomew, Parcel, Kok, Gottlieb, & Fernández, 2011) werd deze interventie aangepast aan de noden van de nieuwe doelgroep, namelijk doelgroepwerknemers uit sociale en beschutte werkplaatsen. IMP is een methodiek die gebruikt wordt bij de ontwikkeling van interventies en bestaat uit zes stappen. Dit protocol kan ook toegepast worden indien een bestaande interventie aangepast wordt voor een ander doelpubliek of een andere setting. In een voorgaand rapport van Mommen, Hublet, Maes, Deforche, en De Bourdeaudhuij (2016) werd stap één tot en met stap vier van het IMP, namelijk de ontwikkeling van de interventie, beschreven.

Dit rapport omvat stap vijf en zes van het IMP (Bartholomew et al., 2011). Binnen stap vijf werd het implementatieplan van de oorspronkelijke interventie (*De goed-gevoel-stoel*) en aangepaste interventie (*Steigers – Op weg naar een goed gevoel*) omschreven. De oorspronkelijke interventie (*De goed-gevoel-stoel*) werd namelijk geïmplementeerd binnen een andere setting dan de nieuwe interventie (*Steigers – Op weg naar een goed gevoel*). *De goed-gevoel-stoel* werd geïmplementeerd binnen bijvoorbeeld verenigingen waar armen het woord nemen terwijl de interventie *Steigers – Op weg naar een goed gevoel* werd geïmplementeerd binnen een werksetting, meer bepaald binnen sociale en beschutte werkplaatsen. Hiertoe werd een nieuw plan ontworpen voor adoptie, implementatie en behoud. Stap vijf omvat onder meer een handleiding voor begeleiders die de groepssessies willen geven aan doelgroepwerknemers binnen sociale en beschutte werkplaatsen. In bijlage één is deze handleiding terug te vinden. De handleiding is gebaseerd op de bestaande handleiding van *De goed-gevoel-stoel* van VIGeZ en CEDES. Hierover werd een overleg georganiseerd met VIGeZ en CEDES. Stap zes bestaat uit de evaluatie van de interventie *Steigers – Op weg naar een goed gevoel*. Zowel een effect- als procesevaluatie werden uitgevoerd.



## Hoofdstuk 5

### Implementatie

Volgens Bartholomew et al. (2011) bestaat het implementatieplan uit verschillende onderdelen. Voor eerst worden de programma adopters en implementeerders geïdentificeerd. Vervolgens worden de gedragsobjectieven (P.O.'s) voor adoptie, implementatie en behoud van de ontwikkelde interventie (m.n. enerzijds *De goed-gevoel-stoel* en anderzijds *Steigers – Op weg naar een goed gevoel*) opgesteld. Hierbij staat de innovatietheorie van Rogers (2003) centraal. Deze theorie stelt dat diffusie of verspreiding van een innovatie uit verschillende stadia bestaat (ontwikkeling, bewustwording, adoptie, implementatie en behoud). De ontwikkeling en bewustwording van de interventie, namelijk stap één t.e.m. stap vier van het intervention mapping protocol (IMP), werden beschreven in een voorgaand rapport (Mommen, Huble, Maes, Deforche, & De Bourdeaudhuij, 2016). De adoptie, de implementatie en het behoud van de interventie worden verder uitgewerkt binnen dit hoofdstuk. De adoptie verwijst naar de beslissing tot gebruik van het programma. Implementatie omvat het effectieve gebruik van het programma. Het blijven gebruiken en de institutionalisering van het programma wordt het behoud genoemd. Nadien worden de determinanten bepaald die nodig zijn voor het bereiken van deze P.O.'s en hierbij aansluitend worden de veranderingsobjectieven (C.O.'s) geformuleerd. Concreet wordt per fase (adoptie, implementatie en behoud) een matrix opgesteld waarin de determinanten, P.O.'s en C.O.'s gebundeld worden. Daarna worden theoretische methoden en praktische toepassingen bepaald voor de realisatie van de adoptie, de implementatie en het behoud van de reeds ontwikkelde interventie (m.n. enerzijds *De goed-gevoel-stoel* en anderzijds *Steigers – Op weg naar een goed gevoel*) (Bartholomew et al., 2011).

Het implementatieplan van *De goed-gevoel-stoel* werd opgesteld op basis van het oorspronkelijke implementatie- en evaluatieplan ontwikkeld door VIGeZ en CEDES (VIGeZ, n.d.). De informatie uit hun implementatie- en evaluatieplan werd vertaald naar de structuur van het intervention mapping protocol (IMP) van Bartholomew et al. (2011) zodat vergelijking met het implementatieplan van de interventie *Steigers – Op weg naar een goed gevoel* mogelijk zou zijn. Onder punt 5.3 is het resultaat van deze adaptatie terug te vinden.

## 5.1 Implementatieplan van de oorspronkelijke interventie (*De goed-gevoel-stoel*)

### 5.1.1 Identificatie van programma adopters en implementeerdere

Bij de implementatie van *De goed-gevoel-stoel* waren organisaties inzake kansarmoede (o.a. welzijnschakels, buurtwerk en verenigingen waar amen het woord nemen) de programma adopters. Zij beslisten om de interventie te organiseren binnen hun organisatie.

Gedurende de evaluatieperiode van *De goed-gevoel-stoel* (juni 2010 – december 2012) werden 19 trainingssessies georganiseerd. In totaal werden minstens 282 personen opgeleid om *De goed-gevoel-stoel* te implementeren (VIGeZ, 2012). Deze begeleiders of implementeerdere van *De goed-gevoel-stoel* dienden aan enkele voorwaarden te voldoen (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, n.d.):

- De begeleider heeft ervaring met het werken met groepen.  
Aangezien de methodiek gericht is op groepen dient de begeleider de nodige vaardigheden te hebben om groepen te begeleiden.
- De begeleider heeft ervaring met het werken met mensen in armoede.  
De begeleider dient vertrouwd te zijn met de leefsituatie van mensen in armoede aangezien zij de doelgroep vormen van de methodiek. Er dient rekening gehouden te worden met de diversiteit van de doelgroep (generatie-armen of nieuwe armen, mensen van Vlaamse of allochtone origine, laaggeschoolden of analfabeten in kansarmoede).
- De begeleider handelt vanuit een integrale visie op armoede en armoedebestrijding.  
De begeleiders van de *goed-gevoel-stoel* dienen armoede te zien als een structureel probleem en mogen het niet alleen toeschrijven aan individuele keuzes.
- De begeleider beschikt over voldoende empathie, communicatie- en luistervaardigheden.  
In deze methodiek wordt gewerkt met een aantal praatplaten waarbij de juiste begeleiding (vb. juiste vragen stellen, actief luisteren, samenvatten) belangrijk is om de verhalen van de deelnemers tot hun recht te laten komen.

Daarnaast namen de Logo's een centrale rol op als trekker van de regionale implementatie. VIGeZ trok de methodiek op Vlaams niveau en stond verder in voor de regionale ondersteuning van de Logo's en locoregionale partners (VIGeZ, n.d.).



### 5.1.2 Specifiëren van gedragsobjectieven (P.O.'s) voor adoptie, implementatie en behoud

Per fase (adoptie, implementatie en behoud) werden gedragsobjectieven (P.O.'s) opgesteld. P.O.'s verwijzen naar gedragingen die de adopters en implementeerders moeten stellen om de adoptie, de implementatie en het behoud van de interventie (*De goed-gevoel-stoel*) te kunnen realiseren (Bartholomew et al., 2011).

#### 5.1.2.1 ADOPTIE

- P.O.1: De adopter beseft dat mentale gezondheid een belangrijk thema is voor de doelgroep (mensen in kansarmoede)
- P.O.2: De adopter identificeert de doelstellingen van de interventie
- P.O.3: De adopter identificeert de nodige middelen (tijd, personeel en budget) om de interventie te kunnen uitvoeren

#### 5.1.2.2 IMPLEMENTATIE

- P.O.4: De begeleiders organiseren de interventie (m.n. de sessies)

#### 5.1.2.3 BEHOUD

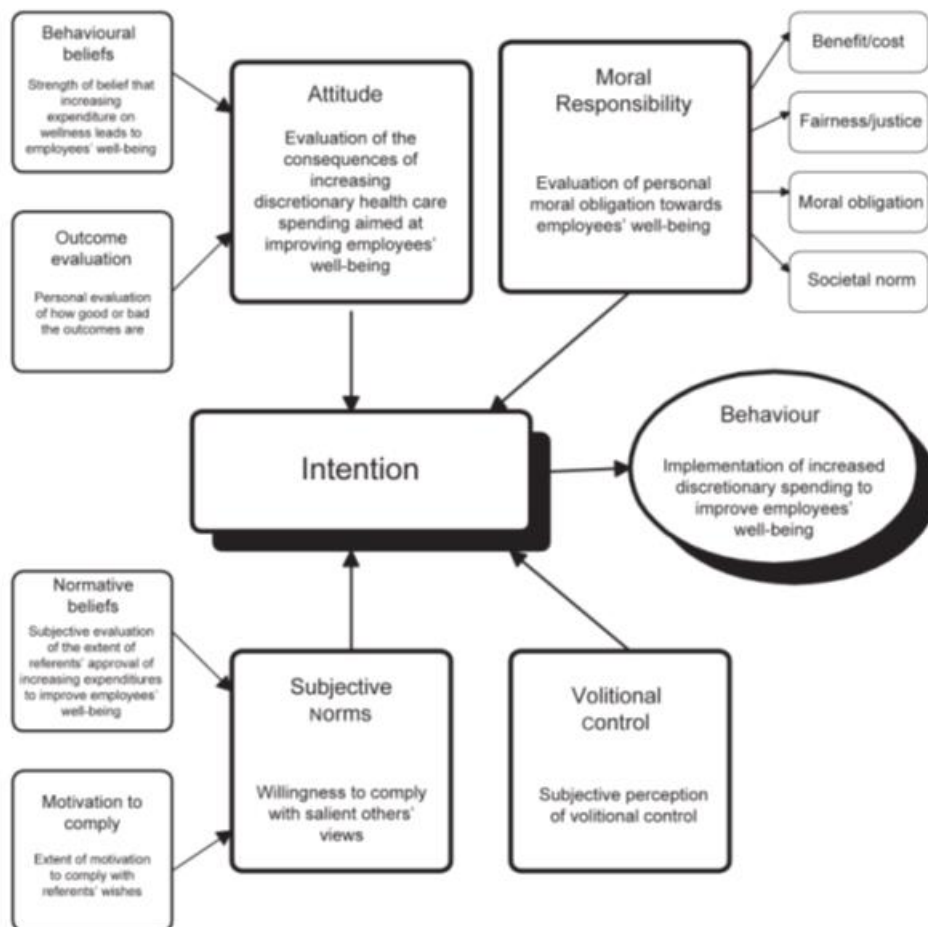
- P.O.5: De begeleider organiseert na het afronden van de goed-gevoel-sessies nog samenkomsten om zo te kunnen blijven werken aan individueel empowerment
- P.O.6: De organisaties (inzake kansarmoede) gebruiken na het afronden van de goed-gevoel-sessies de metafoer van de goed-gevoel-stoel binnen hun werking

### 5.1.3 Specifiëren van determinanten voor adoptie, implementatie en behoud

Bij het specifiëren van de determinanten vormde het implementatie- en evaluatieplan van *De goed-gevoel-stoel* het uitgangspunt (VIGeZ, n.d.). Op basis van de informatie uit dit implementatie- en evaluatieplan werd afgeleid op welke determinanten deze interventie tracht in te werken. Zo verwijst de bekendmaking van *De goed-gevoel-stoel* en hierbij aansluitend het lanceermoment door minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (Jo Vandeurzen) naar de determinanten kennis en attitude. Via deze methode wil VIGeZ (n.d.) de interventie bekendmaken aan de bevolking en hen wijzen op het belang van een goede mentale gezondheid.

De determinanten van het implementeren van gezondheidspromotie werden vervolgens geplaatst binnen een theoretisch model, namelijk de theorie van gepland gedrag (Ajzen, 1991). Er werd gekozen voor dit model aangezien Downey en Sharp (2007) dit model gebruikten om na te gaan welke aspecten samenhangen met het implementeren van gezondheidspromotie op het werk. Het betreft volgende determinanten: attitude, controle en subjectieve norm. Daarnaast voegden zij de determinant morele verantwoordelijkheid toe aan het model. Hierbij bestaat attitude 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). Subjectieve 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). Morele verantwoordelijkheid bestaat uit volgende vier constructen: voordelen

versus kosten, rechtvaardigheid versus eerlijkheid, morele verplichting en sociale norm. Uit het onderzoek van Downey en Sharp (2007) bleek dat, zowel bij de senior general managers (GMs) als de human resource managers (HRMs), de determinant attitude de meeste impact had op de intentie om gezondheidspromotie te implementeren op het werk. Daarnaast bleek dat morele verantwoordelijkheid een significante predictor was van de intentie bij GMs, maar niet bij de HRMs. De intentie van de HRMs werd ook bepaald door de determinant controle. Er werden geen significante resultaten gevonden met betrekking tot de determinant subjectieve norm. In figuur 1 worden deze determinanten en de verhouding tussen de determinanten weergegeven.



Figuur 5-1 Theory of Planned Behaviour (Uit Downey & Sharp, 2007)

### 5.1.4 Matrices met gedragsobjectieven voor adoptie, implementatie en behoud

Per fase (adoptie, implementatie en behoud) werd een afzonderlijke matrix gemaakt. Hierbij werden de gedragsobjectieven (P.O.'s) links geplaatst en de determinanten bovenaan. Wanneer een determinant een belangrijke invloed had op het bereiken van een P.O. werd een veranderingsobjectief (C.O.) opgesteld. Een C.O. verwijst naar hetgeen de adopters en implementeerdere moeten leren of veranderen om de P.O. uit te voeren (Bartholomew et al., 2011).

## 5.1.4.1 ADOPTIE

Performance objectives	Determinanten			
	Attitude (behavioural beliefs, outcome evaluation)	Controle	Subjectieve norm (normative beliefs, motivation to comply)	Morele verantwoordelijkheid (benefit/cost, fairness/ justice, moral obligation, societal norm)
P.O.1: De adopter beseft dat mentale gezondheid een belangrijk thema is voor de doelgroep (mensen in kansarmoede)	C.O.1: Beschrijft de prevalentie van mentale problemen bij de doelgroep		C.O.2: Geeft aan dat het belangrijk is om de mentale gezondheid van de doelgroep te bevorderen via gezondheids-promotie	C.O.3: Geeft aan dat mensen in kansarmoede (net zoals de algemene populatie) ook de kans moeten krijgen om hun mentale gezondheid te verbeteren
P.O.2: De adopter identificeert de doelstellingen van de interventie	C.O.4: Beschrijft de nood tot het groeien in empowerment (individueel en organisatie-niveau)			
P.O.3: De adopter identificeert de nodige middelen (tijd, personeel en budget) om de interventie te kunnen uitvoeren	C.O.5: Geeft aan dat de voordelen van de interventie (groei in empowerment) opwegen tegen de investeringen (tijd, personeel en budget)	C.O.6: Geeft aan dat hij/zij de nodige middelen (tijd, personeel en budget) kan vrijmaken		

5.1.4.2 IMPLEMENTATIE

Performance objectives	Determinanten			
	Attitude (behavioural beliefs, outcome evaluation)	Controle	Subjectieve norm (normative beliefs, motivation to comply)	Morele verantwoordelijkheid (benefit/cost, fairness/ justice, moral obligation, societal norm)
P.O.4: De begeleiders organiseren de interventie (m.n. de sessies)	C.O.7: Beseffen dat het volgen van een training nodig is om de interventie te kunnen organiseren  C.O.8: Beschrijven de verschillende stappen die doorlopen moeten worden bij het organiseren van de interventie (sessie 1, sessie 2 en sessie 3)	C.O.9: Geven aan zelf te kunnen beslissen wanneer ze de sessies organiseren		C.O.10: Geven elke persoon uit de doelgroep evenveel kans om deel te nemen aan de interventie

## 5.1.4.3 BEHOUD

Performance objectives	Determinanten			
	Attitude (behavioural beliefs, outcome evaluation)	Controle	Subjectieve norm (normative beliefs, motivation to comply)	Morele verantwoordelijkheid (benefit/cost, fairness/justice, moral obligation, societal norm)
P.O.5: De begeleider organiseert na het afronden van de goed-gevoel-sessies nog samenkomsten om zo te kunnen blijven werken aan individueel empowerment	C.O.11: Beschrijft de nood aan verdere opvolging van de deelnemers	C.O.12: Geeft aan zelf te kunnen beslissen wanneer de opvolging gesprekken plaatsvinden	C.O.13: Beseft dat de deelnemers nood hebben aan verdere opvolging	C.O.14: Wil elke deelnemer de kans geven om optimaal te groeien op vlak van individueel empowerment
P.O.6: De organisaties (inzake kansarmoede) gebruiken na het afronden van de goed-gevoel-sessies de metafoer van de goed-gevoel-stoel binnen hun werking	C.O.15: Geven aan dat de doelgroep moet kunnen blijven werken aan een goed gevoel  C.O.16: Geeft aan dat de voordelen van de interventie (groei in empowerment) opwegen tegen de investeringen (tijd, personeel en budget)	C.O.17: Voorzien de nodige budgetten om opvolgacties (of een nieuwe opstart bij een nieuwe groep) mogelijk te maken		

### 5.1.5 Selecteren van methoden en praktische toepassingen voor adoptie, implementatie en behoud

Vervolgens werden methoden en toepassingen geselecteerd voor adoptie, implementatie en behoud. Deze methoden en toepassingen werden per determinant besproken (Bartholomew et al., 2011).

#### 5.1.5.1 ADOPTIE

CO	Toepassing	Methode
<p>Attitude</p> <p>C.O.1: Beschrijft de prevalentie van mentale problemen bij de doelgroep</p> <p>C.O.4: Beschrijft de nood tot het groeien in empowerment (individueel en organisatie-niveau)</p> <p>C.O.5: Geeft aan dat de voordelen van de interventie (groei in empowerment) opwegen tegen de investeringen (tijd, personeel en budget)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>De goed-gevoel-stoel</i> werd in juni 2010 gelanceerd door minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (Jo Vandeurzen) (VIGeZ, 2012).</li> <li>- De website ging online en de methodiek werd via diverse kanalen (o.a. affiches en folders) bekend gemaakt (VIGeZ, 2012).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Arguments</i> (Persuasion-Communication Matrix, Elaboration Likelihood Model): De minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin gaf tijdens het lanceermoment diverse redenen voor het bevorderen van mentale gezondheid bij kansengroepen.</li> <li>- <i>Advance organizers</i> (Theories of Information Processing): Op de website van <i>De goed-gevoel-stoel</i> wordt de informatie schematisch aangeboden zodat deze overzichtelijk en begrijpelijk is.</li> <li>- <i>Belief selection</i> (Theory of Planned Behavior/ Theory of Reasoned Action): Via onder meer de website van <i>De goed-gevoel-stoel</i> worden de voordelen van de interventie benadrukt. Daarnaast worden mogelijke hindernissen (bv. personeel) opgevangen door aan te geven dat er trainers beschikbaar zijn om de sessies te geven.</li> </ul>
<p>Controle</p> <p>C.O.6: Geeft aan dat hij/zij de nodige middelen (tijd, personeel en budget) kan vrijmaken</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Op de website van <i>De goed-gevoel-stoel</i> wordt praktische informatie aangeboden omtrent de organisatie van de sessies (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, n.d.).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Persuasive communication</i> (Persuasion-Communication Matrix, Elaboration Likelihood Method, Social Cognitive Theory, Diffusion of Innovations Theory): Via verschillende argumenten tracht men de adoptie van de interventie te stimuleren (bv. de mogelijkheid aanbieden om een trainer in te huren voor de organisatie van de sessies).</li> </ul>

<p>Subjectieve norm</p> <p>C.O.2: Geeft aan dat het belangrijk is om de mentale gezondheid van de doelgroep te bevorderen via gezondheids promotie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>De goed-gevoel-stoel</i> werd in juni 2010 gelanceerd door minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (Jo Vandeurzen) (VIGeZ, 2012).</li> <li>- De website ging online en de methodiek werd via diverse kanalen (o.a. affiches en folders) bekend gemaakt (VIGeZ, 2012).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Persuasive communication</i> (Persuasion-Communication Matrix, Elaboration Likelihood Method, Social Cognitive Theory, Diffusion of Innovations Theory): De minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin gaf tijdens het lanceermoment diverse redenen voor het bevorderen van mentale gezondheid bij kansen-groepen. Ook via de website, affiches en folders wordt het belang van de interventie benadrukt.</li> </ul>
<p>Morele verantwoordelijkheid</p> <p>C.O.3: Geeft aan dat mensen in kansarmoede (net zoals de algemene populatie) ook de kans moeten krijgen om hun mentale gezondheid te verbeteren</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>De goed-gevoel-stoel</i> werd in juni 2010 gelanceerd door minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (Jo Vandeurzen) (VIGeZ, 2012).</li> <li>- De website ging online en de methodiek werd via diverse kanalen (o.a. affiches en folders) bekend gemaakt (VIGeZ, 2012).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Persuasive communication</i> (Persuasion-Communication Matrix, Elaboration Likelihood Method, Social Cognitive Theory, Diffusion of Innovations Theory): De minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin gaf tijdens het lanceermoment diverse redenen voor het bevorderen van mentale gezondheid bij kansen-groepen (bv. sociale ongelijkheid). Ook via de website, affiches en folders wordt het belang van de interventie benadrukt.</li> </ul>

#### 5.1.5.2 IMPLEMENTATIE

CO	Toepassing	Methode
<p>Attitude</p> <p>C.O.7: Beseffen dat het volgen van een training nodig is om de interventie te kunnen organiseren</p> <p>C.O.8: Beschrijven de verschillende stappen die doorlopen moeten worden bij het organiseren van de interventie (sessie 1, sessie 2 en sessie 3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Op de website van <i>De goed-gevoel-stoel</i> worden verschillende redenen aangehaald voor het volgen van de training voor begeleiders (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, n.d.).</li> <li>- Er werd een handleiding voor de begeleiders van de sessies ontwikkeld waarin de verschillende delen van de interventie gedetailleerd beschreven worden. Deze handleiding is gratis aan te vragen bij VIGeZ. Ook op de website van <i>De goed-gevoel-stoel</i> is informatie over de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Persuasive communication</i> (Persuasion-Communication Matrix, Elaboration Likelihood Method, Social Cognitive Theory, Diffusion of Innovations Theory): Op de website van <i>De goed-gevoel-stoel</i> worden verschillende redenen aangehaald voor het volgen van de training voor begeleiders. Bovendien worden enkele criteria vooropgesteld aan de begeleiders (zie punt 5.1.1).</li> <li>- <i>Advance organizers</i> (Theories of Information Processing): Zowel op de website als in de</li> </ul>

	<p>inhoud van de interventie terug te vinden (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, n.d.).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tijdens de training leren de begeleiders de methodiek toe te passen.</li> </ul>	<p>handleiding voor de begeleiders wordt de informatie schematisch aangeboden zodat deze overzichtelijk en begrijpelijk is.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussion (Theories of Information Processing): Tijdens de training kunnen de begeleiders overleggen over de methodiek.</li> <li>- Shifting perspective (Theories of Stigma and Discrimination): Het leren inleven in de doelgroep staat centraal tijdens de training. Ook wordt aangebracht hoe informatie overgebracht kan worden op maat van de doelgroep.</li> </ul>
<p>Controle</p> <p>C.O.9: Geven aan zelf te kunnen beslissen wanneer ze de sessies organiseren</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zowel op de website van De goed-gevoel-stoel als in de handleiding wordt benadrukt dat de begeleiders zelf kunnen beslissen over het verloop van de interventie. Zo is de keuze van locatie vrij te kiezen. Hierbij worden wel enkele richtlijnen aangeboden (bv. aantal personen per groep) (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, n.d.).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persuasive communication (Persuasion-Communication Matrix, Elaboration Likelihood Method, Social Cognitive Theory, Diffusion of Innovations Theory): Op de website en in de handleiding wordt aangehaald dat de begeleiders zelf kunnen beslissen over het verloop van de interventie.</li> </ul>
<p>Subjectieve norm</p>	/	/
<p>Morele verantwoordelijkheid</p> <p>C.O.10: Geven elke persoon uit de doelgroep evenveel kans om deel te nemen aan de interventie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De doelgroep werd op verschillende manieren uitgenodigd om deel te nemen aan de sessies. In sommige gevallen namen de organisaties de rekrutering zelf op zich, terwijl in andere gevallen het initiatief uitging van de Logo's. Eén Logo bracht de groepen via e-mail op de hoogte en stelde bovendien het project voor op het regionaal overleg. Verder werd De goed-gevoel-stoel gepromoot via de website en andere schriftelijke communicatievormen. Sommige deelnemers werden persoonlijk aangesproken, eventueel tijdens interne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tailoring (Trans-Theoretical Model, Precaution Adoption Process Model, Protection Motivation Theory, Persuasion-Communication Matrix): de doelgroep wordt uitgenodigd op een manier die aansluit bij hun noden en behoeften (bv: monding of schriftelijk).</li> </ul>



activiteiten, of kregen een persoonlijke uitnodiging van de begeleider. Eén groep legde individuele thuisbezoeken af, voerde intakegesprekken uit en organiseerde kennismakingsgesprekken. Soms werden aanvullend ook schriftelijke middelen zoals affiches en folders ingezet. Tot slot plaatste één groep een goed-gevoelstoel in het buurthuis om op die manier de aandacht van potentiële deelnemers te trekken en interesse in het project op te wekken (VIGeZ, 2012).

### 5.1.5.3 BEHOUD

CO	Toepassing	Methode
<p>Attitude</p> <p>C.O.11: Beschrijft de nood aan verdere opvolging van de deelnemers</p> <p>C.O.15: Geven aan dat de doelgroep moet kunnen blijven werken aan een goed gevoel</p> <p>C.O.16: Geeft aan dat de voordelen van de interventie (groei in empowerment) opwegen tegen de investeringen (tijd, personeel en budget)</p>	<p>- Op de website van De goed-gevoelstoel wordt de nood aan verdere opvolging benadrukt. Bovendien worden vervolgoopdrachten aangeboden (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, n.d.).</p>	<p>- Arguments (Persuasion-Communication Matrix, Elaboration Likelihood Model): Op de website van De goed-gevoelstoel wordt de nood aan verdere opvolging benadrukt.</p> <p>- Advance organizers (Theories of Information Processing): Op de website van De goed-gevoelstoel worden de vervolgoopdrachten overzichtelijk aangeboden. Meer bepaald kan een keuze gemaakt worden uit vijf vervolgoopdrachten.</p> <p>- Belief selection (Theory of Planned behavior/ Theory of Reasoned Action): Op de website van De goed-gevoelstoel wordt aangegeven dat verdere opvolging nodig is voor een optimaal effect van de sessies, ondanks de extra tijdsinvestering (bv. hulp bieden bij het opstellen en uitvoeren van de vervolgoopdrachten).</p>

<p>Controle</p> <p>C.O.12: Geeft aan zelf te kunnen beslissen wanneer de opvolggesprekken plaatsvinden</p> <p>C.O.17: Voorzien de nodige budgetten om opvolgacties (of een nieuwe opstart bij een nieuwe groep) mogelijk te maken</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Op de website van De goed-gevoel-stoel wordt benadrukt dat de begeleiders zelf kunnen beslissen over het verloop van de verdere opvolging (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, n.d.).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persuasive communication (Persuasion-Communication Matrix, Elaboration Likelihood Method, Social Cognitive Theory, Diffusion of Innovations Theory): Via informatie op de website van De goed-gevoel-stoel wordt benadrukt dat de begeleiders zelf kunnen beslissen over het verloop van de verdere opvolging. De begeleiders kunnen een keuze maken uit vijf soorten vervolgoopdrachten.</li> </ul>
<p>Subjectieve norm</p> <p>C.O.13: Beseft dat de deelnemers nood hebben aan verdere opvolging</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Op de website van De goed-gevoel-stoel wordt de nood aan verdere opvolging benadrukt (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, n.d.).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persuasive communication (Persuasion-Communication Matrix, Elaboration Likelihood Method, Social Cognitive Theory, Diffusion of Innovations Theory): Op de website van De goed-gevoel-stoel wordt de nood aan verdere opvolging benadrukt.</li> </ul>
<p>Morele verantwoordelijkheid</p> <p>C.O.14: Wil elke deelnemer de kans geven om optimaal te groeien op vlak van individueel empowerment</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De betrokken organisatie dient mogelijkheden aan te bieden tot verdere opvolging (bv. de stoel op een zichtbare plaats zetten als geheugensteun en activiteiten plannen in functie van de vier poten van de goed-gevoel-stoel) (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, n.d.).</li> <li>- Op de website van De goed-gevoel-stoel wordt de nood aan verdere opvolging benadrukt (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, n.d.).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitation (Social Cognitive Theory): De betrokken organisatie dient een omgeving te creëren die het gedrag (uitvoeren van de goed-gevoel-acties) bevordert.</li> <li>- Persuasive communication (Persuasion-Communication Matrix, Elaboration Likelihood Method, Social Cognitive Theory, Diffusion of Innovations Theory): Op de website van De goed-gevoel-stoel wordt de nood aan verdere opvolging benadrukt.</li> </ul>

### 5.1.6 Overzicht van de interventie voor programma adoptie, implementatie en behoud

Per fase (adoptie, implementatie en behoud) wordt een overzicht gegeven van de concrete inhoud van de interventie voor adoptie, implementatie en behoud van *De goed-gevoel-stoel*.

#### 5.1.6.1 ADOPTIE

*De goed-gevoel-stoel* werd in juni 2010 gelanceerd door minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (Jo Vandeuren). Tijdens het lanceermoment gaf de minister diverse redenen voor het bevorderen van mentale gezondheid bij kansengroepen. Bovendien ging de website online en werd de methodiek via diverse kanalen bekend gemaakt (o.a. affiches en folders) (VIGeZ, 2012).

Op de website van *De goed-gevoel-stoel* wordt praktische informatie aangeboden omtrent de organisatie van de sessies. Via verschillende argumenten tracht men de adoptie van de interventie te stimuleren (bv. de mogelijkheid aanbieden om een trainer in te huren voor de organisatie van de sessies) (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, n.d.).

#### 5.1.6.2 IMPLEMENTATIE

Op de website van *De goed-gevoel-stoel* worden verschillende redenen aangehaald voor het volgen van de training voor begeleiders. Bovendien worden enkele criteria vooropgesteld aan de begeleiders (zie punt 5.1.1). Tijdens de training leren de begeleiders de methodiek toe te passen. Het leren inleven in de doelgroep staat centraal tijdens de training. Ook wordt aangebracht hoe informatie overgebracht kan worden op maat van de doelgroep. Op het einde van deze opleiding krijgen de deelnemers een handleiding die ze kunnen gebruiken tijdens de sessies. Deze handleiding omvat een gedetailleerde beschrijving van de verschillende delen van de interventie. Ook op de website van *De goed-gevoel-stoel* is informatie over de inhoud van de interventie terug te vinden. Zowel op de website van *De goed-gevoel-stoel* als in de handleiding wordt benadrukt dat de begeleiders zelf kunnen beslissen over het verloop van de interventie. Zo is de keuze van locatie vrij te kiezen. Hierbij worden wel enkele richtlijnen aangeboden (bv. aantal personen per groep) (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, n.d.).

De doelgroep werd op verschillende manieren uitgenodigd om deel te nemen aan de sessies. In sommige gevallen namen de organisaties de rekrutering zelf op zich, terwijl in andere gevallen het initiatief uitging van de Logo's. Eén Logo bracht de groepen via e-mail op de hoogte en stelde bovendien het project voor op het regionaal overleg. Verder werd *De goed-gevoel-stoel* gepromoot via de website en andere schriftelijke communicatievormen. Sommige deelnemers werden persoonlijk aangesproken, eventueel tijdens interne activiteiten, of kregen een persoonlijke uitnodiging van de begeleider.

Eén groep legde individuele thuisbezoeken af, voerde intakegesprekken uit en organiseerde kennismakingsgesprekken. Soms werden aanvullend ook schriftelijke middelen zoals affiches en folders ingezet. Tot slot plaatste één groep een goed-gevoel-stoel in het buurthuis om op die manier de aandacht van potentiële deelnemers te trekken en interesse in het project op te wekken (VIGeZ, 2012).

#### 5.1.6.3 BEHOUD

Op de website van *De goed-gevoel-stoel* wordt de nood aan verdere opvolging benadrukt. Bovendien worden vervolgoedpractijken aangeboden (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, n.d.).

De betrokken organisatie dient daarnaast de methodiek te integreren in hun werking. Zo kan de stoel op een zichtbare locatie geplaatst worden als geheugensteun. De goed-gevoel-acties kunnen ook ingepast worden in de jaarwerking van de groep door de goed-gevoel-stoel regelmatig boven te halen bij

vergaderingen waarop activiteiten worden gepland. Zo kunnen activiteiten gepland worden in functie van de vier poten van *De goed-gevoel-stoel* (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, n.d.).

## **5.2 Implementatieplan van de aangepaste interventie (*Steigers – Op weg naar een goed gevoel*)**

### **5.2.1 Identificatie van programma adopters en implementeerdere**

Binnen de interventie *Steigers – Op weg naar een goed gevoel* zijn de adopters de bedrijfsleiders, preventieadviseurs of medewerkers van de sociale dienst en personeelsdienst (m.n. het omkaderingspersoneel) van sociale en beschutte werkplaatsen. De aard van de organisatie bepaalt wie over de adoptie van de interventie kan beslissen.

Een medewerker van de UGent volgde de opleiding bij VIGeZ tot begeleider van *De Goed-gevoel-stoel*. Vervolgens stond deze medewerker in voor de implementatie van de interventie *Steigers – Op weg naar een goed gevoel*. Gedurende de implementatieperiode van de interventie *Steigers – Op weg naar een goed gevoel* (februari 2015 – maart 2015) werden 10 sessies voor doelgroepwerknemers georganiseerd in 9 interventiebedrijven.

### **5.2.2 Specificeren van gedragsobjectieven (P.O.'s) voor adoptie, implementatie en behoud**

Per fase (adoptie, implementatie en behoud) werden gedragsobjectieven (P.O.'s) opgesteld. P.O.'s verwijzen naar gedragingen die de adopters en implementeerdere moeten stellen om de adoptie, de implementatie en het behoud van de interventie (*Steigers – Op weg naar een goed gevoel*) te kunnen realiseren (Bartholomew et al., 2011).

#### 5.2.2.1 ADOPTIE

- P.O.1: De adopter beseft dat mentale gezondheid een belangrijk thema is voor de doelgroep (werknemers uit sociale en beschutte werkplaatsen)
- P.O.2: De adopter identificeert de doelstellingen van de interventie
- P.O.3: De adopter identificeert de nodige middelen (tijd, personeel en budget) om de interventie te kunnen uitvoeren

#### 5.2.2.2 IMPLEMENTATIE

- P.O.4: De begeleiders organiseren de interventie (m.n. de sessies)

#### 5.2.2.3 BEHOUD

- P.O.5: De begeleider organiseert na het afronden van de goed-gevoel-sessies nog samenkomsten om zo te kunnen blijven werken aan individueel empowerment
- P.O.6: De sociale en beschutte werkplaatsen gebruiken na het afronden van de goed-gevoel-sessies de metafoer van de goed-gevoel-stoel binnen hun werking

### 5.2.3 Specifiëren van determinanten voor adoptie, implementatie en behoud

Er dient een interventie ontwikkeld te worden voor de adoptie, de implementatie en het behoud van de methodiek (*Steigers – Op weg naar een goed gevoel*) binnen de sociale economie. Hiertoe dient onderzocht te worden welke determinanten aan de basis liggen van het organiseren van gezondheidspromotie op het werk.

De uitwerking van deze interventie voor adoptie, implementatie en behoud (van *Steigers – Op weg naar een goed gevoel*) is gebaseerd op de resultaten van de haalbaarheidsstudie van Hublet, Maes en De Bourdeaudhuij (2013). Via een online vragenlijst werden bedrijfsleiders uit de sociale economie bevraagd naar individuele determinanten die aan de basis liggen van de intentie om gezondheidspromotie te organiseren binnen hun bedrijf. De vragenlijst werd opgesteld op basis van 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). Het betreft volgende determinanten: attitude, gedragscontrole en subjectieve norm. Bovendien werd morele verantwoordelijkheid toegevoegd aan het model.

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). Controle verwijst in het onderzoek van Hublet, Maes en De Bourdeaudhuij (2013) naar de rol van de respondent bij de implementatie van activiteiten zoals gezondheidspromotie, de controle over de middelen (bv. personeel en tijd) en de budgetten. Subjectieve 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). 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: voordelen versus kosten, rechtvaardigheid versus eerlijkheid, morele verplichting en sociale norm. In figuur 1 worden deze determinanten en de verhouding tussen de determinanten weergegeven.

Samengevat bleek uit het onderzoek van Hublet, Maes en De Bourdeaudhuij (2013) dat het hebben van een positieve attitude ten aanzien van gezondheidspromotie, zich moreel verantwoordelijk voelen en de subjectieve norm ervaren dat werknemers positief staan ten opzichte van gezondheidspromotie op het werk, gerelateerd zijn aan een positieve instelling om gezondheidspromotie-activiteiten te organiseren. Er werd geen samenhang gevonden met de determinant controle. Bijgevolg werden geen C.O.'s opgesteld m.b.t. deze determinant.

### 5.2.4 Matrices met veranderingsobjectieven voor adoptie, implementatie en behoud

Per fase (adoptie, implementatie en behoud) werd een afzonderlijke matrix gemaakt. Hierbij werden de gedragsobjectieven (P.O.'s) links geplaatst en de determinanten bovenaan. Wanneer een determinant een belangrijke invloed had op het bereiken van een P.O. werd een veranderingsobjectief (C.O.) opgesteld. Een C.O. verwijst naar hetgeen de adopters en implementeerders moeten leren of veranderen om de P.O. uit te voeren (Bartholomew et al., 2011).

5.2.4.1 ADOPTIE

Performance objectives	Determinanten			
	Attitude (behavioural beliefs, outcome evaluation)	Controle	Subjectieve norm (normative beliefs, motivation to comply)	Morele verantwoordelijkheid (benefit/cost, fairness/ justice, moral obligation, societal norm)
P.O.1: De adopter beseft dat mentale gezondheid een belangrijk thema is voor de doelgroep (werknemers uit sociale en beschutte werkplaatsen)	C.O.1: Beschrijft de nood aan programma's omtrent mentale gezondheid bij de doelgroep		C.O.2: Geeft aan dat het belangrijk is om de mentale gezondheid van de doelgroep te bevorderen via gezondheids-promotie op het werk	C.O.3: Geeft aan dat werknemers uit de sociale economie ook de kans moeten krijgen om hun mentale gezondheid te verbeteren
P.O.2: De adopter identificeert de doelstellingen van de interventie	C.O.4: Beschrijft de nood tot het groeien in empowerment (individueel en organisatieniveau)			
P.O.3: De adopter identificeert de nodige middelen (tijd, personeel en budget) om de interventie te kunnen uitvoeren	C.O.5: Geeft aan dat de voordelen van de interventie (groei in empowerment) opwegen tegen de investeringen (tijd, personeel en budget)			

5.2.4.2 IMPLEMENTATIE

Performance objectives	Determinanten			
	Attitude (behavioural beliefs, outcome evaluation)	Controle	Subjectieve norm (normative beliefs, motivation to comply)	Morele verantwoordelijkheid (benefit/cost, fairness/ justice, moral obligation, societal norm)
P.O.4: De begeleiders organiseren de interventie (m.n. de sessies)	C.O.6: Beseffen dat het volgen van een training nodig is om de interventie te			C.O.8: Geven elke persoon uit de doelgroep evenveel kans om deel te nemen aan de interventie

kunnen organiseren

C.O.7: Beschrijven de verschillende stappen die doorlopen moeten worden bij het organiseren van de interventie (sessie 1 en sessie 2)

#### 5.2.4.3 BEHOUD

Performance objectives	Determinanten			
	Attitude (behavioural beliefs, outcome evaluation)	Controle	Subjectieve norm (normative beliefs, motivation to comply)	Morele verantwoordelijkheid (benefit/cost, fairness/justice, moral obligation, societal norm)
P.O.5: De begeleider organiseert na het afronden van de goed-gevoel-sessies nog samenkomsten om zo te kunnen blijven werken aan individueel empowerment	C.O.9: Beschrijft de nood aan verdere opvolging van de deelnemers		C.O.10: Beseft dat de deelnemers nood hebben aan verdere opvolging	C.O.11: Wil elke deelnemer de kans geven om optimaal te groeien op vlak van individueel empowerment
P.O.6: De sociale en beschutte werkplaatsen gebruiken na het afronden van de goed-gevoel-sessies de metafoor van de goed-gevoel-stoel binnen hun werking	C.O.12: Geven aan dat de doelgroep moet kunnen blijven werken aan een goed gevoel  C.O.13: Geeft aan dat de voordelen van de interventie (groei in empowerment) opwegen tegen de investeringen (tijd, personeel en budget)			

## 5.2.5 Selecteren van methoden en praktische toepassingen voor adoptie, implementatie en behoud

Vervolgens werden methoden en toepassingen geselecteerd voor adoptie, implementatie en behoud. Deze methoden en toepassingen werden per determinant besproken (Bartholomew et al., 2011).

### 5.2.5.1 ADOPTIE

CO	Toepassing	Methode
<p>Attitude</p> <p>C.O.1: Beschrijft de nood aan programma's omtrent mentale gezondheid bij de doelgroep</p> <p>C.O.4: Beschrijft de nood tot het groeien in empowerment (individueel en organisatieniveau)</p> <p>C.O.5: Geeft aan dat de voordelen van de interventie (groei in empowerment) opwegen tegen de investeringen (tijd, personeel en budget)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Via een telefoongesprek met bedrijfsleiders, preventieadviseurs, medewerkers van de sociale dienst of personeelsdienst werd meegedeeld dat uit interviews met doelgroepwerknemers uit sociale en beschutte werkplaatsen bleek dat zij nood hebben aan een verhoging van hun veerkracht. Een goede mentale gezondheid werd aangehaald als motor om te werken aan andere gezondheidsgedragingen (bv. voeding en beweging) en deze vol te houden (Hublet, Maes, &amp; De Bourdeaudhuij, 2013).</li> <li>- Bedrijfsleiders, preventieadviseurs, medewerkers van de sociale dienst of personeelsdienst van sociale en beschutte werkplaatsen werden per e-mail uitgenodigd tot deelname aan de interventie. Hierbij werd gewezen op het belang van gezondheidspromotie voor doelgroepwerknemers. Daarnaast werd de inhoud van de interventie toegelicht.</li> <li>- Via een telefoongesprek (of persoonlijke toelichting van het project op vraag van het bedrijf) werd aangegeven dat de interventie gegeven wordt door een medewerker van de UGent. Daarnaast werd de voorziene tijdsindeling meegegeeld. Bovendien werd meegegeeld dat er geen verdere kosten verbonden zijn aan een deelname.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Arguments</i> (Persuasion-Communication Matrix, Elaboration Likelihood Model): Via de resultaten uit een vooronderzoek bij doelgroep-werknemers uit de sociale economie werd het omkaderingspersoneel overtuigd van het belang van het bevorderen van mentale gezondheid.</li> <li>- <i>Persuasive communication</i> (Persuasion-Communication Matrix, Elaboration Likelihood Method, Social Cognitive Theory, Diffusion of Innovations Theory): Via verschillende kanalen (e-mail, telefoon of persoonlijk gesprek) werd het omkaderingspersoneel uit sociale en beschutte werkplaatsen aangespoord tot deelname aan de interventie.</li> <li>- <i>Persuasive communication</i> (Persuasion-Communication Matrix, Elaboration Likelihood Method, Social Cognitive Theory, Diffusion of Innovations Theory): Door aan te geven dat de interventie gegeven wordt door een personeelslid van de UGent en hierbij geen verdere kosten verbonden zijn worden de bedrijven overtuigd tot deelname. Daarnaast werd aangegeven dat de tijdsindeling samen met het omkaderingspersoneel besproken wordt.</li> </ul>



<p>Subjectieve norm</p> <p>C.O.2: Geeft aan dat het belangrijk is om de mentale gezondheid van de doelgroep te bevorderen via gezondheids promotie op het werk</p>	<p>- Bedrijfsleiders, preventie-adviseurs, medewerkers van de sociale dienst of personeelsdienst van sociale en beschutte werkplaatsen werden per e-mail, telefoon of een persoonlijk gesprek uitgenodigd tot deelname aan de interventie. Hierbij werd gewezen op het belang van gezondheidspromotie voor doelgroepwerknemers. Daarnaast werd de inhoud van de interventie toegelicht.</p>	<p>- <i>Persuasive communication</i> (Persuasion-Communication Matrix, Elaboration Likelihood Method, Social Cognitive Theory, Diffusion of Innovations Theory): Via verschillende argumenten werd het omkaderingspersoneel overtuigd tot deelname. Zo werd aangegeven dat uit vooronderzoek blijkt dat de doelgroep nood heeft aan programma's omtrent mentale gezondheid. Daarnaast kadert de interventie ook binnen de nieuwe wetgeving omtrent welzijn op het werk.</p>
<p>Morele verantwoordelijkheid</p> <p>C.O.3: Geeft aan dat werknemers uit de sociale economie ook de kans moeten krijgen om hun mentale gezondheid te verbeteren</p>	<p>- Bedrijfsleiders, preventie-adviseurs, medewerkers van de sociale dienst of personeelsdienst van sociale en beschutte werkplaatsen werden per e-mail, telefoon of een persoonlijk gesprek gewezen op het bestaan van interventies ter bevordering van de mentale gezondheid voor de algemene populatie. Deze interventies zijn echter vaak onvoldoende afgestemd op de noden van doelgroepwerknemers uit de sociale economie. Bijgevolg is er nood aan de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van aangepaste methodieken.</p>	<p>- <i>Persuasive communication</i> (Persuasion-Communication Matrix, Elaboration Likelihood Method, Social Cognitive Theory, Diffusion of Innovations Theory): Er wordt gewezen op het belang van de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van methodieken op maat van de doelgroep.</p>

### 5.2.5.2 IMPLEMENTATIE

CO	Toepassing	Methode
<p>Attitude</p> <p>C.O.6: Beseffen dat het volgen van een training nodig is om de interventie te kunnen organiseren</p> <p>C.O.7: Beschrijven de verschillende stappen die doorlopen moeten worden bij het organiseren van de interventie (sessie 1 en sessie 2)</p>	<p>- Op de website van <i>De goed-gevoel-stoel</i> worden verschillende redenen aangehaald voor het volgen van de training voor begeleiders (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, n.d.).</p> <p>- Er werd een handleiding (bijlage één) voor de begeleiders van de sessies ontwikkeld waarin de verschillende delen van de interventie gedetailleerd beschreven werden.</p>	<p>- <i>Persuasive communication</i> (Persuasion-Communication Matrix, Elaboration Likelihood Method, Social Cognitive Theory, Diffusion of Innovations Theory): Op de website van <i>De goed-gevoel-stoel</i> worden verschillende redenen aangehaald voor het volgen van de training voor begeleiders. Bovendien worden enkele criteria vooropgesteld aan de begeleiders (zie punt 5.1.1).</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Advance organizers</i> (Theories of Information Processing): De informatie in de handleiding voor begeleiders werd schematisch aangeboden zodat deze overzichtelijk en begrijpelijk is.</li> </ul>
<p>Morele verantwoordelijkheid</p> <p>C.O.8: Geven elke persoon uit de doelgroep evenveel kans om deel te nemen aan de interventie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Via een uitnodiging werden de doelgroepwerknemers geïnformeerd over de interventie. Deze uitnodiging omvatte zowel inhoudelijke informatie (bv. theorie en opdrachten) als praktische informatie (bv. locatie en tijdstip). Het omkaderingspersoneel gaf deze uitnodiging aan de werknemers.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Persuasive communication</i> (Persuasion-Communication Matrix, Elaboration Likelihood Method, Social Cognitive Theory, Diffusion of Innovations Theory): De uitnodiging omvatte verschillende argumenten om deel te nemen aan de interventie (bv. iedereen verdient een goed gevoel, er worden tips aangeboden en er zijn geen verdere kosten aan verbonden).</li> </ul>

5.2.5.3 BEHOUD

CO	Toepassing	Methode
<p>Attitude</p> <p>C.O.9: Beschrijft de nood aan verdere opvolging van de deelnemers</p> <p>C.O.12: Geven aan dat de doelgroep moet kunnen blijven werken aan een goed gevoel</p> <p>C.O. 13: Geeft aan dat de voordelen van de interventie (groei in empowerment) opwegen tegen de investeringen (tijd, personeel en budget)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Samen met de bedrijfsleiders, preventieadviseurs, medewerkers van de sociale dienst of personeelsdienst van sociale en beschutte werkplaatsen werden de mogelijkheden voor verdere opvolging van de deelnemers besproken. Tijdens de post-metingen vond een individuele opvolging van de goed-gevoel-acties van de deelnemers plaats.</li> <li>Bovendien werd een map samengesteld met mogelijke individuele vervolgoopdrachten. Deze opdrachten kunnen deel uitmaken van een POP-gesprek. Op het einde van het project zal deze map bezorgd worden aan de betrokken bedrijven.</li> <li>- De begeleider benadrukt de voordelen van de interventie (groei in empowerment, beter voelen, mogelijke stijging van de productiviteit). Deze adviezen zullen opgenomen worden in de opvolgingsmap (bijlage 5) die op het einde van het project bezorgd wordt aan de bedrijven.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Arguments</i> (Persuasion-Communication Matrix, Elaboration Likelihood Model): Via verschillende argumenten werd het omkaderingspersoneel overtuigd van de nood tot verdere opvolging van de deelnemers. Zo werd aangehaald dat de stap naar gedragsverandering niet gemakkelijk is en voldoende motivering en ondersteuning vraagt.</li> <li>- <i>Advance organizers</i> (Theories of Information Processing): Er werd een map samengesteld met mogelijke individuele vervolgoopdrachten. Deze opdrachten kunnen deel uitmaken van een POP-gesprek.</li> <li>- <i>Persuasive communication</i> (Persuasion-Communication Matrix, Elaboration Likelihood Method, Social Cognitive Theory, Diffusion of Innovations Theory): Er wordt aangegeven dat het uitvoeren van de vervolgoopdrachten bijdraagt tot de effectiviteit van de interventie.</li> </ul>

<p>Subjectieve norm</p> <p>C.O.10: Beseft dat de deelnemers nood hebben aan verdere opvolging</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De begeleider bracht de bedrijfsleiders, preventieadviseurs, medewerkers van de sociale dienst of personeelsdienst van sociale en beschutte werkplaatsen op de hoogte van de nood aan individuele opvolging.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Persuasive communication</i> (Persuasion-Communication Matrix, Elaboration Likelihood Method, Social Cognitive Theory, Diffusion of Innovations Theory): Via verschillende argumenten werd het omkaderingspersoneel overtuigd van de nood tot verdere opvolging van de deelnemers. Zo werd aangehaald dat de stap naar gedragsverandering niet gemakkelijk is en voldoende motivering en ondersteuning vraagt.</li> </ul>
<p>Morele verantwoordelijkheid</p> <p>C.O.11: Wil elke deelnemer de kans geven om optimaal te groeien op vlak van individueel empowerment</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De betrokken organisatie dient blijvend aandacht te besteden aan de interventie (bv. de stoel op een zichtbare locatie plaatsen als geheugensteun). Deze adviezen zullen opgenomen worden in de opvolgingsmap (bijlage 5) die op het einde van het project bezorgd wordt aan de bedrijven.</li> <li>- De POP-coach of medewerker van de sociale dienst geeft de werknemer de mogelijkheid om zijn of haar goed-gevoel-acties verder op te nemen in zijn of haar POP (PersoonlijkOntwikkelingsPlan). Deze adviezen zullen opgenomen worden in de opvolgingsmap (bijlage 5) die op het einde van het project bezorgd wordt aan de bedrijven.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Facilitation</i> (Social Cognitive Theory): De betrokken organisatie dient een omgeving te creëren die het gedrag (uitvoeren van de goed-gevoel-acties) bevordert.</li> <li>- <i>Individualization</i> (Trans-Theoretical Model): De POP-coach of medewerker van de sociale dienst geeft de werknemer de mogelijkheid om zijn of haar goed-gevoel-acties verder op te nemen in zijn of haar POP (PersoonlijkOntwikkelingsPlan).</li> </ul>

## 5.2.6 Overzicht van de interventie voor programma adoptie, implementatie en behoud

Per fase (adoptie, implementatie en behoud) wordt een overzicht gegeven van de concrete inhoud van de interventie voor adoptie, implementatie en behoud van *Steigers – Op weg naar een goed gevoel*.

### 5.2.6.1 ADOPTIE

Via verschillende kanalen (e-mail, telefoon of persoonlijk gesprek) werd het omkaderingspersoneel uit sociale en beschutte werkplaatsen (bedrijfsleiders, preventieadviseurs, medewerkers van de sociale dienst of personeelsdienst) gewezen op het belang van gezondheidspromotie voor doelgroepwerknemers. Hierbij werd meegedeeld dat uit interviews met doelgroepwerknemers uit sociale en beschutte werkplaatsen bleek dat zij nood hebben aan een verhoging van hun veerkracht. Een goede mentale gezondheid werd aangehaald als motor om te werken aan andere gezondheidsgedragingen (bv. voeding en beweging) en deze vol te houden (Hublet, Maes, & De Bourdeaudhuij, 2013). Vervolgens werden zij aangespoord tot deelname aan de interventie *Steigers – Op weg naar een goed gevoel*.

Er werd aangegeven dat de interventie gegeven wordt door een medewerker van de UGent. Daarnaast werd de voorziene tijdsindeling meegedeeld en werd aangegeven dat deze in overleg met het omkaderingspersoneel aangepast kan worden aan de noden en mogelijkheden van het bedrijf. Bovendien werd aangehaald dat er geen verdere kosten verbonden zijn aan een deelname.

### 5.2.6.2 IMPLEMENTATIE

Zoals eerder aangegeven, werden de sessies gegeven door een medewerker van de UGent. Voordien volgde deze medewerker een opleiding over *De goed-gevoel-stoel* bij VIGeZ.

Er werd een handleiding (bijlage één) voor de begeleiders van de sessies ontwikkeld waarin de verschillende delen van de interventie gedetailleerd beschreven werden. Ook werd aangegeven welke klemtonen gelegd dienen te worden bij de implementatie binnen sociale en beschutte werkplaatsen.

De sessies bestonden uit twee delen (twee halve dagen met één week tussen). Daarnaast vond één premeting en twee post-metingen (één maand na de interventie en vier maanden na de interventie) plaats. De data hiervoor werden steeds in samenspraak met het betrokken bedrijf bepaald.

Via een uitnodiging werden de doelgroepwerknemers geïnformeerd over de interventie. Deze uitnodiging omvatte zowel inhoudelijke informatie (bv. de sessies bestaan uit theorie en opdrachten) als praktische informatie (bv. locatie en tijdstip). Het omkaderingspersoneel gaf deze uitnodiging aan de werknemers. De uitnodiging omvatte verschillende argumenten om deel te nemen aan de interventie (bv. iedereen verdient een goed gevoel, er worden tips aangeboden hoe je kan werken aan een goed gevoel en er zijn geen verdere kosten verbonden aan een deelname).

### 5.2.6.3 BEHOUD

Via verschillende argumenten werd het omkaderingspersoneel uit sociale en beschutte werkplaatsen overtuigd van de nood tot verdere opvolging van de deelnemers. Zo werd aangehaald dat de stap naar gedragsverandering niet gemakkelijk is en voldoende motivering en ondersteuning vraagt. Concreet bestond de opvolging uit een individuele bevraging van de goed-gevoel-acties van de deelnemer tijdens de post-metingen. De data hiervoor werden steeds in samenspraak met het betrokken bedrijf bepaald.

Bovendien werd een opvolgingsmap gemaakt voor de betrokken bedrijven. In deze map worden handvaten aangeboden voor verdere opvolging van de deelnemers. Zo worden diverse individuele vervolgoopdrachten aangeboden. Deze opdrachten kunnen opgevolgd worden via het PersoonlijkOntwikkelingsPlan (POP) van de doelgroepwerknemer. Concreet kan de POP-coach van het betrokken bedrijf samen met de deelnemer bespreken welke goed-gevoel-acties reeds uitgevoerd werden en welke verdere opvolging vragen. Ook kunnen nieuwe acties gekozen worden waarbij de POP-coach ondersteuning kan bieden. Op die manier kadert de interventie *Steigers – Op weg naar een goed gevoel* binnen de richtlijnen van het nieuwe maatwerkdecreet (m.n. verplichte POP-gesprekken voor elke werknemer) (BDO, 2012). Daarnaast dient de betrokken organisatie blijvend aandacht te besteden aan de interventie (bv. de stoel op een zichtbare locatie in het bedrijf plaatsen als geheugensteun). De opvolgingsmap (bijlage 5) wordt op het einde van het project overhandigd aan de betrokken bedrijven.

### 5.2.6.4 VERDERE DISSEMINATIE

Om werkgevers uit sociale en beschutte werkplaatsen te overtuigen om de sessies te implementeren kan een factsheet ontwikkeld worden met wetenschappelijke literatuur die de voordelen en het belang van het bevorderen van de mentale gezondheid (veerkracht) van de werknemers aangeeft. Hierbij kan

aangegeven worden dat de interventie ook kadert binnen de wetgeving omtrent welzijn op het werk. In de factsheet dient ook een lijst opgenomen te worden van mogelijke trainers die de sessies kunnen geven. Ook kan verwezen worden naar de opleiding die gevolgd dient te worden om de vorming te kunnen geven (bv. een doorverwijzing naar het VIGeZ of de Logo's). De factsheet kan verspreid worden via de koepels van de sociale economie en via in|C (in|C ondersteunt en versterkt ondernemingen in de sociale economie en hun koepelorganisaties).

Er zijn verschillende manieren om de interventie *Steigers – Op weg naar een goed gevoel* op te nemen binnen de werking van de sociale economiebedrijven. Tijdens een begeleidingsmoment kan het screeningsinstrument (Hublet, Mommen, Maes, & De Bourdeaudhuij, 2014) afgenomen worden. Wanneer hieruit blijkt dat de werknemer nood heeft aan begeleiding op vlak van mentale gezondheid kan hij of zij doorverwezen worden naar *Steigers – Op weg naar een goed gevoel* (d.m.v. de uitnodigingsbrief). Begeleiders van *Steigers – Op weg naar een goed gevoel* dienen voordien een opleiding te volgen over de inhoud van het programma. Begeleiders kunnen medewerkers van de organisatie zijn (bv. medewerker van de sociale dienst of de POP-coach). Het VIGeZ kan binnen de opleiding tot begeleider van *De goed-gevoel-stoel* een specialisatie opnemen voor implementatie binnen sociale en beschutte werkplaatsen. De aangepaste materialen van de interventie *Steigers – Op weg naar een goed gevoel* kunnen ook op de website van *De goed-gevoel-stoel* geplaatst worden onder een nieuwe onderverdeling.

Deze voorstellen en adviezen zullen op het einde van het project besproken worden met de betrokken partners (VIGeZ, CEDES, Logo's, de koepels van de sociale economie, in|C, VIVO en de externe diensten voor preventie en bescherming op het werk).

### 5.3 Resultaat van de adaptatie

Binnen het implementatieplan van de nieuwe interventie (*Steigers – Op weg naar een goed gevoel*) werden andere klemtonen gelegd ten opzichte van het implementatieplan van de oorspronkelijke interventie (*De goed-gevoel-stoel*). *De goed-gevoel-stoel* werd namelijk geïmplementeerd binnen een andere setting dan *Steigers – Op weg naar een goed gevoel*. *De goed-gevoel-stoel* werd geïmplementeerd binnen organisaties inzake kansarmoede (bv. verenigingen waar armen het woord nemen) terwijl de interventie *Steigers – Op weg naar een goed gevoel* geïmplementeerd werd binnen een werksetting, meer bepaald binnen sociale en beschutte werkplaatsen.

Binnen *De goed-gevoel-stoel* vervulden organisaties inzake kansarmoede (bv. verenigingen waar armen het woord nemen) de rol van adopter terwijl het omkaderingspersoneel van sociale en beschutte werkplaatsen deze rol op zich nam binnen *Steigers – Op weg naar een goed gevoel*. De implementatie van *De goed-gevoel-stoel* gebeurde door begeleiders die na het volgen van een opleiding bij VIGeZ aan de slag gingen met deze methodiek. Binnen *Steigers – Op weg naar een goed gevoel* vervulde een medewerker van de UGent deze rol daar de studie opgestart werd binnen UGent. Hiertoe volgde zij ook eerst de opleiding bij VIGeZ over *De goed-gevoel-stoel*. *De goed-gevoel-stoel* omvat enkele richtlijnen voor het verdere behoud van de interventie. Zo worden op de website van *De goed-gevoel-stoel* diverse vervolgp opdrachten aangeboden. Daarnaast worden de betrokken organisaties inzake kansarmoede aangemoedigd om de methodiek te integreren in hun werking. Zo kan de stoel op een zichtbare plaats gezet worden als geheugensteun. De goed-gevoel-acties kunnen ook ingepast worden in de jaarwerking van de groep door de goed-gevoel-stoel regelmatig boven te halen bij vergaderingen waarop activiteiten worden gepland. Zo kunnen activiteiten gepland worden in functie van de vier poten van de goed-ge-

voel-stoel (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, n.d.). *Steigers – Op weg naar een goed gevoel* voorziet eveneens richtlijnen voor verdere opvolging. Deze richtlijnen zijn verschillend van degenen van de oorspronkelijke *Goed-gevoel-stoel* wegens aanpassing aan de werking van sociale economiebedrijven. Zo werden binnen de interventie twee opvolgmomenten voorzien. Tijdens een individueel gesprek werden de goed-gevoel-acties, die de werknemers tijdens de sessies formuleerde, besproken. Daarnaast werd een opvolgingsmap (bijlage 5) gemaakt voor de betrokken bedrijven. In deze map worden handvaten aangeboden voor verdere opvolging van de deelnemers (na het afronden van de interventie *Steigers – Op weg naar een goed gevoel*). Zo worden diverse individuele vervolgoopdrachten aangeboden. Deze opdrachten zijn dezelfde als degenen die gebruikt worden binnen *De goed-gevoel-stoel*. Binnen de interventie *Steigers – Op weg naar een goed gevoel* werden deze opdrachten echter geordend binnen de vier protectieve factoren voor geestelijke gezondheid (hulp en steun zoeken, jezelf beschermen, jezelf goed doen en jezelf graag zien). Bovendien werden vervolgoopdrachten toegevoegd uit de interventie *Fit in je hoofd, Goed in je vel* van VIGeZ (2014). Deze opdrachten kunnen opgevolgd worden via het PersoonlijkOntwikkelingsPlan (POP) van de doelgroepwerknemer. Concreet kan de POP-coach van het betrokken bedrijf samen met de deelnemer bespreken welke goed-gevoel-acties reeds uitgevoerd werden en welke verdere opvolging vragen. Ook kunnen nieuwe acties gekozen worden waarbij de POP-coach ondersteuning kan bieden. Op die manier kadert de interventie *Steigers – Op weg naar een goed gevoel* binnen de richtlijnen van het nieuwe maatwerkdecreet (m.n. verplichte POP-gesprekken voor elke werknemer) (BDO, 2012). Daarnaast dient de betrokken organisatie blijvend aandacht te besteden aan de interventie (bv. de stoel op een zichtbare locatie in het bedrijf plaatsen als geheugensteun).

## Hoofdstuk 6

### Evaluatie

In wat volgt wordt de effect- en procesevaluatie van *Steigers – Op weg naar een goed gevoel* toegelicht. De evaluatiestudie van *De goed-gevoel-stoel*, uitgevoerd door VIGeZ, werd omschreven onder hoofdstuk 4 in een aansluitend rapport van Mommen, Hublet, Maes, Deforche, en De Bourdeaudhuij (2016) aangezien de ontwikkeling van de interventie *Steigers – Op weg naar een goed gevoel* gebaseerd is op de resultaten van die evaluatiestudie.

#### 6.1 Evaluatieplan van de aangepaste interventie (*Steigers – Op weg naar een goed gevoel*)

Door middel van een proces- en effectevaluatie werd nagegaan of de nieuwe interventie *Steigers – Op weg naar een goed gevoel* effectief was binnen de nieuwe setting (m. n. sociale en beschutte werkplaatsen).

##### 6.1.1 Effectevaluatie

###### 6.1.1.1 ONDERZOEKSVRAGEN

Volgens Bartholomew et al. (2011) is de effectevaluatie een evaluatie van stap één (problemanalyse) en stap twee (veranderingsmodel en matrices) van het intervention mapping protocol (IMP).

Bijgevolg werden volgende evaluatievragen opgesteld m.b.t. het probleem model (Logic model of the problem) uit stap één van het IMP:

- Hoeveel is het gezondheidsprobleem (gebrek aan veerkracht en empowerment) veranderd binnen het voorziene tijds kader?
- Hoeveel is het QoLprobleem veranderd binnen het voorziene tijds kader?
- Welke veranderingen in gedrag (m.n. palliatief pallet) werden bereikt?

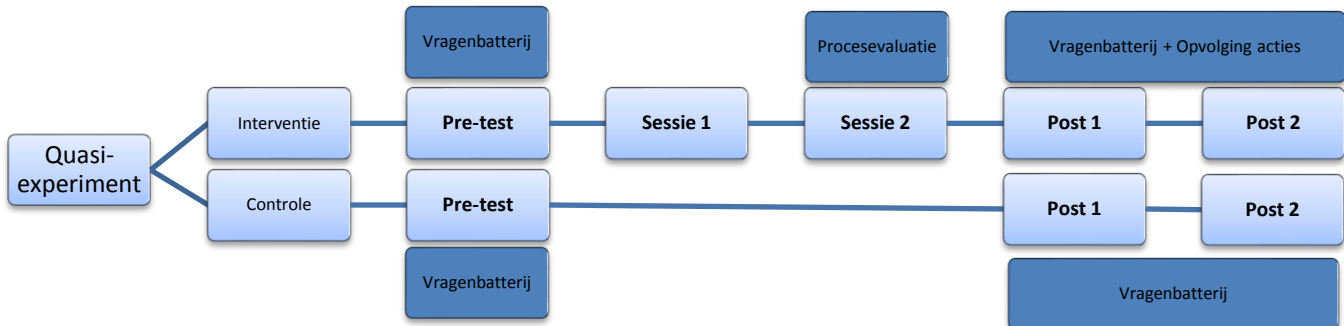
Daarnaast werd volgende evaluatievraag opgesteld m.b.t. het veranderingsmodel (Logic model of change) uit stap twee van het IMP:

- Welke veranderingen werden bereikt in de determinanten attitude, eigen-effectiviteit en gepercipieerde sociale invloed t.o.v. de vier protectieve factoren voor geestelijke gezondheid (cfr. de veranderingsobjectieven uit stap twee)?

###### 6.1.1.2 ONTWERP (DESIGN)

Er werd gekozen voor een quasi-experimenteel design bestaande uit een pre-test, een interventieperiode en 2 posttests (zie figuur 2). De pre-test werd opgestart in januari 2015. Vervolgens werden in de interventiebedrijven 10 trainingssessies georganiseerd. Elke trainingssessie bestond uit 2 halve dagen (met 1 week tussen de sessies). In de controlebedrijven was sprake van business as usual (geen extra psychosociale ondersteuning, alleen begeleiding van de sociale dienst van het bedrijf). Een maand na de interventie vond de eerste post-meting plaats. Op die manier kregen de deelnemers uit de interventiegroep voldoende tijd om de goed-gevoel-acties (die opgesteld werden tijdens de sessies) uit te voeren. De controlebedrijven werden

in dezelfde periode bevraagd om eventuele periode-effecten (bv. invloed van het seizoen) te vermijden. De tweede post-meting vond vier maanden na de interventie plaats. Bij de interventiegroep vond bovendien een opvolging van de goed-gevoel-acties plaats bij elke post-meting. Elke afname verliep individueel (onder begeleiding van de eerste auteur) zodat de doelgroepwerknemer geholpen kon worden bij het invullen van de vragen. De afname duurde ongeveer twintig minuten per persoon.

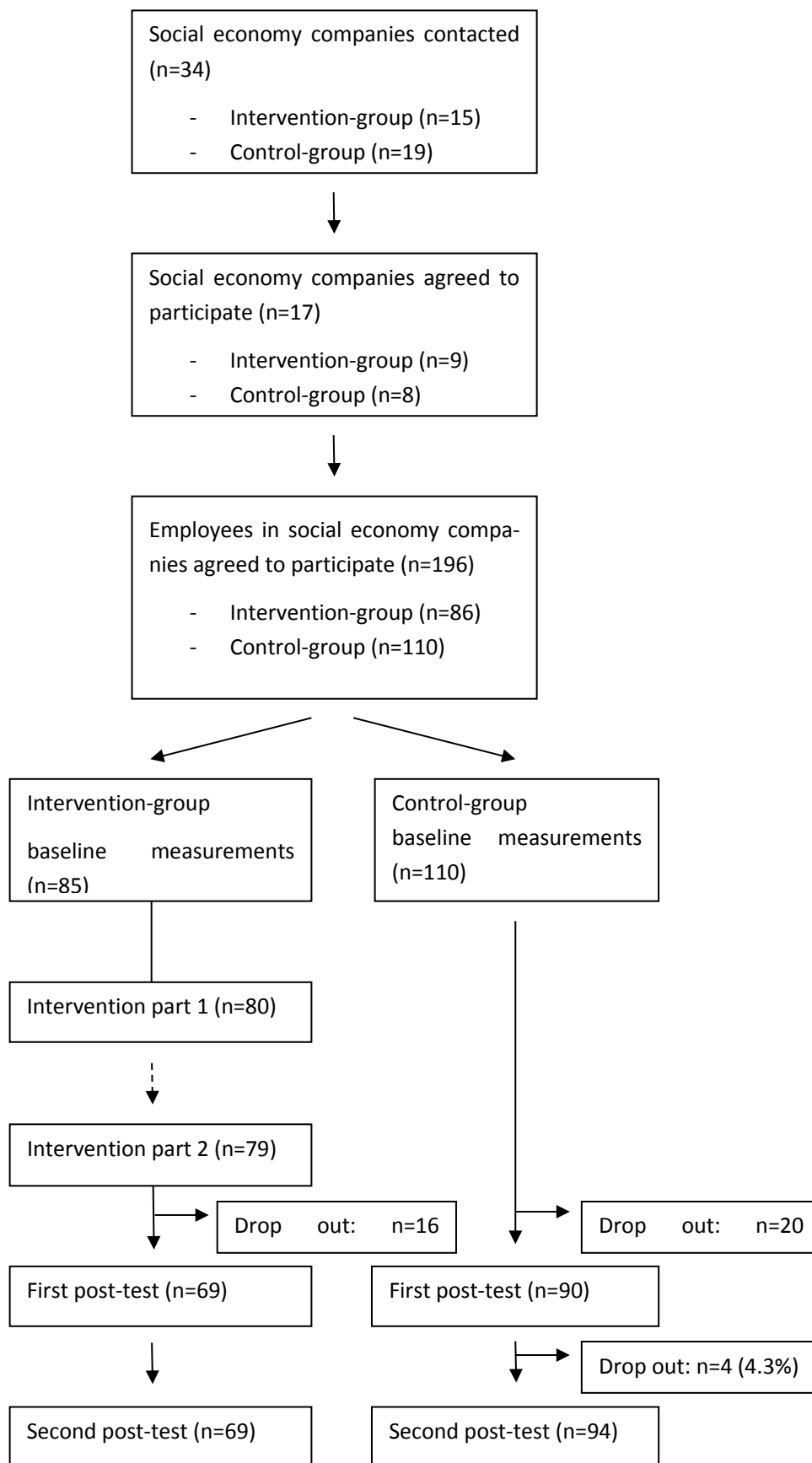


Figuur 6-1 Ontwerp (Design) van de evaluatiestudie *Steigers – Op weg naar een goed gevoel*

De steekproefgrootte werd bepaald op basis van een poweranalyse. Als uitgangspunt voor de poweranalyse fungeerde de Nederlandse Empowerment Vragenlijst (NEL). Hiertoe werd het gemiddelde van de schaal zelfmanagement genomen in een vergelijkbare populatie ( $3.66 \pm 0.67$ ) (Boevink, Kroon, & Giesen, 2009). Indien we met een effect size van 0.5 en een power van 0.8, een verschil van 10% willen detecteren (van 3.66 naar 4.02) hebben we een sample nodig van 61 (x2 voor interventie en controle). Bijgevolg werd 80 personen per conditie vooropgesteld zodat een stijging van 0.30 punten gedetecteerd kan worden op de NEL. Initieel werden 10 werkplaatsen (5 sociale en 5 beschutte werkplaatsen) per conditie (interventie versus controle) uitgenodigd om deel te nemen aan de studie. Op die manier konden ongeveer 10 werknemers per werkplaats deelnemen. Aangezien de vooropgestelde steekproefgrootte niet bereikt werd, werden extra werkplaatsen gecontacteerd om deel te nemen. Uiteindelijk werden 15 werkplaatsen gecontacteerd om deel te nemen aan de interventiegroep en 19 werkplaatsen werden gevraagd om te fungeren als controlegroep. Hiervan namen 9 werkplaatsen deel als interventiegroep en 8 als controlegroep. Figuur 3 geeft een overzicht van deze procedure. De contactinformatie van de werkplaatsen werd verkregen via de website van de sociale economie (CollondSe). Er werden enkel middelgrote tot grote werkplaatsen gecontacteerd aangezien op die manier veel doelgroepwerknemers bereikt konden worden en de kans groter was dat een grote groep zou deelnemen. Daarnaast is er binnen grote werkplaatsen meer variatie in leeftijd en geslacht onder de doelgroepwerknemers.

Randomisatie vond plaats op het niveau van het bedrijf. Wegens het risico op contaminatie was randomisatie op individueel niveau niet mogelijk. De werknemers, zowel in de interventie- als controlegroep, werden uitgenodigd door de sociale dienst van de werkplaatsen. De begeleiders vroegen werknemers waarvan zij dachten dat die interesse hadden in het thema mentale gezondheid om deel te nemen. Hiervoor werd een uitnodiging gebruikt die opgesteld werd door de onderzoekers van UGent. In totaal bestond de steekproef uit 196 doelgroepwerknemers (86 werknemers in de interventiegroep en 110 werknemers in de controlegroep). Als inclusiecriteria werd een basiskennis Nederlands vooropgesteld. Bovendien werd aan elke deelnemer gevraagd om zelf een informed consent te ondertekenen (m.a.w. niet onder voogdij staan).





Figuur 6-2 Stroomschema (Flow chart )

### 6.1.1.3 MEETINSTRUMENTEN

Via een kwantitatieve bevraging (m.n. een vragenlijstonderzoek) werd het effect van de interventie onderzocht. In wat volgt worden de gebruikte vragenlijsten besproken. Hierbij wordt telkens teruggekoppeld naar de onderzoeksvragen.

#### **Empowerment (gezondheidsprobleem)**

Empowerment werd in kaart gebracht via de Nederlandse Empowerment vragenlijst (NEL). Meer bepaald werden de items uit de schaal zelfmanagement afgenomen aangezien deze een goede indicatie geven van de mate van empowerment. Empowerment verwijst naar het proces waarbij men invloed krijgt op gebeurtenissen die belangrijk voor hen zijn. Het begrip empowerment kent veel facetten. Deze facetten werden verkend door zeventig mensen die in hun leven geconfronteerd werden met ernstige en aanhoudende psychische kwetsbaarheden (Boevink, Kroon, & Giesen, 2009). Op grond van hun kennis en uitspraken werd de empowerment vragenlijst ontwikkeld. Door het herhaaldelijk afnemen van deze empowerment vragenlijst kan in kaart worden gebracht in welke mate de mensen die deze lijst invullen groeien in hun kracht. Bijgevolg is deze vragenlijst een goed instrument om een hulpaanbod te beoordelen op de mate waarin het empowerend werkt. De respondent kan op een vijfpuntsschaal aangegeven in hoeverre hij het eens is met deze uitspraken (sterk mee oneens, mee oneens, niet mee eens/ niet mee oneens, mee eens, sterk mee eens). De interne consistentie van de afgenomen items was acceptabel (.72). Daarnaast werd ook de concurrente validiteit van de vragenlijst goed bevonden. Er werden vergelijkingen gemaakt tussen de NEL en diverse andere vragenlijsten (Beslissingen nemen lijst, SF-36 en levenskwaliteit (quality of life) (Boevink, Kroon, & Giesen, 2009).

#### **Determinanten**

Er werden enkele items opgesteld om veranderingen in de determinanten (attitude, eigen-effectiviteit en gepercipieerde sociale invloed) t.o.v. de vier protectieve factoren voor geestelijke gezondheid (hulp en steun, jezelf beschermen, jezelf goed doen en jezelf graag zien) na te gaan (bijlage 2.4). Er werd gekozen voor een bevraging van de determinanten attitude, eigen-effectiviteit en gepercipieerde sociale invloed aangezien dit de belangrijkste determinanten zijn waarop de interventie *Steigers – Op weg naar een goed gevoel* tracht in te werken. De interventie werkt daarnaast in op de determinanten kennis en bewustwording (Hublet, Mommen, Maes, Deforche, & De Bourdeaudhuij, 2014). Deze determinanten werden niet bevraged om zo het aantal items te reduceren en de belasting voor de doelgroepwerknemers te beperken. Als voorbeeld worden hieronder de items besproken gerelateerd aan de protectieve factor 'jezelf beschermen'. Attitude gerelateerd aan de protectieve factor 'jezelf beschermen' werd gemeten via volgend item: Ik vind dat mezelf beschermen (bv. opkomen voor mezelf) mij een beter gevoel geeft. Eigen-effectiviteit werd vervolgens bevraged via het item: Ik vind het moeilijk om mezelf te beschermen (bv. op te komen voor mezelf). Gepercipieerde sociale invloed werd bevraged door middel van het item: Mensen uit mijn omgeving (bv. familie, vrienden of collega's) begrijpen het als ik mezelf bescherm (bv. als ik opkom voor mezelf). Elk item bestond uit vijf antwoordmogelijkheden (helemaal niet akkoord, niet akkoord, neutraal, akkoord en helemaal akkoord). Voor de verwerking van de resultaten werd eerst de interne consistentie berekend via de Cronbach Alpha. Negatieve items werden gehercodeerd. Waarden boven .60 werden beschouwd als voldoende betrouwbaar.

### **Palliatief gedrag**

Het palliatief gedrag van de participanten werd onderzocht via Portzky's Palliatieve Palletschaal (P3) (Portzky, 2015) (bijlage 2.2). Palliatief gedrag is een indicator van de copingstijl van de persoon. Palliatief gedrag verwijst naar activiteiten om stress te reduceren. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen positieve en destructieve activiteiten. Daarnaast kunnen subschalen (bv. suïcide) berekend worden. De test-hertest betrouwbaarheid van de items was acceptabel (0.81 voor de positieve en 0.71 voor de destructieve activiteiten (Portzky, 2015). De convergente validiteit van de P3 werd ook onderzocht. Significante correlaties werden gevonden tussen de P3 en de NEO-FFI-3 persoonlijkheidsvragenlijst van Hoekstra en De Fruyt (2014). De criteriumvaliditeit werd ook onderzocht. De aanwezigheid van destructieve activiteiten was een voorspeller voor een suïcidepoging. De P3 is een ideaal instrument om een daling in destructieve activiteiten te detecteren bij een follow-up (Portzky, 2015). De vragenlijst bestaat uit 34 items waarvan 2 items niet afgenomen werden binnen deze studie. Het betreft item 17 (erotische of seksuele handelingen zonder partner) en 18 (erotische of seksuele handelingen met partner). Op vraag van begeleiders uit sociale en beschutte werkplaatsen werden deze items niet verder opgenomen wegens de persoonlijke aard van de vragen en mogelijke culturele barrière. Voor de verwerking van de P3, worden normaal gezien 2 somscores gemaakt (positief versus negatief palliatief pallet). Aangezien item 17 en 18 behoren tot het positief palliatief pallet en deze items binnen dit onderzoek niet afgenomen werden, kan de somscore positief palliatief pallet niet berekend worden. Bijgevolg werd binnen dit onderzoek enkel de somscore negatief palliatief pallet (met andere woorden destructieve activiteiten) berekend. Daarnaast werd ook de subschaal suïcide berekend. Deze subschaal omvat item 31 (vaak denken aan de dood, zonder concrete zelfmoordplannen) en item 32 (concrete zelfmoordgedachten of -plannen, zelfmoordpoging). De P3 is een zeer geschikt instrument om effecten op korte termijn na te gaan aangezien deze vragenlijst concrete acties (bv. wandelen) nagaat waarop verandering verwacht kan worden binnen 1 maand (Portzky, 2015).

### **Veerkracht (gezondheidsprobleem)**

Via een zelf samengestelde vragenlijst (bijlage 2.1) werd nagegaan in welke mate de veerkracht en levens tevredenheid van de deelnemers veranderd is binnen het voorziene tijds kader.

De veerkracht van de doelgroepwerknemers werd in kaart gebracht via vier items uit de Resilience Response scale (Wagnild & Young, 1993). Veerkrachtige personen hebben de capaciteit om te kiezen voor een vitaal en authentiek leven. Veerkracht heeft een belangrijke impact op de mentale en fysieke gezondheid. Veerkracht beschermt personen tegen depressie, angst, hulpeloosheid en andere negatieve emoties en kan de fysiologische effecten die hiermee samenhangen verminderen. Uit onderzoek is gebleken dat veerkracht uit vijf essentiële kenmerken (een doel in het leven hebben, volharding, zelfredzaamheid, gelijkmoedigheid of onverstoortbaarheid en thuiskomen bij jezelf of existentiële eenzaamheid) bestaat en de resilience response scale is hierop gebaseerd (Wagnild & Young, 1993). De items uit de Resilience Response scale werden aangepast zodat ze beter afgestemd zijn op de mogelijkheden van de doelgroep. Het eerste item luidde als volgt: Als u verdrietig of boos bent, hoe moeilijk is het dan om op te staan uit uw bed, om te eten, om te gaan werken of om naar de winkel te gaan? (= veerkracht dagelijkse activiteiten). Het tweede item: Als u verdrietig of boos bent, duurt het dan lang voor u zich terug goed voelt? (= duur mentaal herstel). Het derde item: Als u verdrietig of boos bent, weet u dan dat het beter zal worden en dat het in orde komt? (= optimisme). En het vierde item: Hoe vaak denkt u dat er iets mis zal gaan (bv. op het werk, thuis, in mijn relatie, ...)? (= piekeren). Elk item had vijf antwoordmogelijkheden. De test-hertest betrouwbaarheid van de items was acceptabel (.63 tot .77) (Hublet, Mommen, Maes, & De Bourdeaudhuij, 2014). Voor deze studie werd de oorspronkelijke antwoordcategorie (Ja/Nee) aangepast naar een vijfpunten-likertschaal om meer variatie in de antwoorden toe te laten.

De levenstevredenheid werd bevraagd via de Cantril ladder (Cantril, 1965). Dit item werd aangepast naar de noden van de doelgroep. Zo werden pictogrammen geplaatst om de inhoud van het item ook visueel weer te geven. De test-hertestbetrouwbaarheid van de Cantril ladder was acceptabel (.76) voor gebruik bij werknemers uit de sociale economie (Hublet, Mommen, Maes, & De Bourdeaudhuij, 2014).

### **Levenskwaliteit**

In 2010 werd de EQ-5D-5L (bijlage 2.5) ontwikkeld door de EuroQol groep (EuroQol Research Foundation, 2015). Via deze vragenlijst werd nagegaan in welke mate de levenskwaliteit van de deelnemers veranderd is binnen het voorziene tijds kader. Volgende vijf dimensies werden bevraagd: mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn of ongemak en angst of depressie. Elke dimensie werd bevraagd aan de hand van vijf antwoordmogelijkheden (geen problemen, beetje problemen, matige problemen, ernstige problemen en niet in staat zijn tot). Bovendien werd de levenstevredenheid bevraagd via een visuele analoge schaal (EQ VAS) (EuroQol Research Foundation, 2015; Herdman et al., 2011). De indexen voor de dimensie scores werden berekend met de 'EQ-5D-5L Crosswalk Index Value Calculator' (van Hout et al., 2012).

### **Socio-demografische gegevens**

Daarnaast werden ook de persoonsgegevens (bijlage 2.6) van de deelnemers bevraagd. Volgende gegevens werden nagegaan: geslacht, leeftijd, geboorteplaats, moedertaal, leeftijd einde schoolloopbaan en opleidingsniveau.

#### **6.1.1.4 RESULTATEN**

SPSS 21 werd gebruikt voor de verwerking van de gegevens. Het significantieniveau bedroeg 0.05. P-waarden tussen 0.051 en 0.10 werden beschouwd als een trend tot significantie. De chi-kwadrattest werd gebruikt om de sociodemografische gegevens van de interventie- en controlegroep te vergelijken bij aanvang van de studie (baseline). Repeated Measures ANOVA werd gebruikt om de interventie-effecten te onderzoeken, waarbij 'tijd' fungeerde als within-subjects factor (pre vs. post) en conditie als between-subjects factor (interventie vs. controle groep). Eerst werden interventie-effecten op korte termijn (1 maand na de interventie) bestudeerd en vervolgens op langere termijn (4 maanden na de interventie).

**Uitval (dropout)** Figuur 3 toont de flow van participanten (inclusief de uitval percentages) doorheen de studie. Bij de eerste post-test (na 1 maand) waren de uitval percentages gelijkaardig in de interventie- en controlegroep. Bij de tweede post-test (na 4 maanden) bedroeg het uitval percentage in de controlegroep 4.3%, terwijl er geen uitval was in de interventiegroep. Uitval was meestal te wijten aan absenteïsme, een veelvoorkomend probleem binnen de sociale economie. Om de uitval percentages te beperken, maakten we een nieuwe afspraak bij het betrokken bedrijf wanneer de werknemer terug aanwezig was. Uitval werd ook veroorzaakt door turnover (verloop) binnen het bedrijf.

### **Kenmerken van de steekproef**

De kenmerken van de steekproef worden weergegeven in tabel 1. De steekproef bestond uit 43.5% mannen in de interventiegroep en 47.2% mannen in de controlegroep. De leeftijd van de participanten varieerde van 20 tot 61 jaar, waarvan de meerderheid (36.1% in de interventie groep en 33.6% in de controlegroep) viel binnen de leeftijdscategorie 41 tot 50 jaar. De meerderheid van de steekproef ging tot 18 jaar of ouder naar school (78.8% in de interventiegroep en 70.5% in de controlegroep) en volgde buitengewoon secundair onderwijs (49.2% in de interventiegroep en 56.9% in de controlegroep). De meerderheid van de steekproef was geboren in België (90.6% in de interventiegroep en 90.8% in de controlegroep) en had Nederlands als moedertaal (81.2% in de interventiegroep en 86.2% in de controlegroep). Er was geen significant verschil

binnen de sociodemografische gegevens tussen de interventie- en controlegroep bij aanvang van de studie (baseline).

Tabel 6-1 Kenmerken van de steekproef

	Interventie groep	Controle groep	$\chi^2$	P
Geslacht, <i>n</i> (%)			0.261	0.609
Man	37 (43.5)	51 (47.2)		
Vrouw	48 (56.5)	57 (52.8)		
Leeftijdscategorieën, <i>n</i> (%)			0.263	0.967
20 - 30	14 (16.9)	17 (15.9)		
30 - 40	18 (21.7)	26 (24.3)		
41 - 50	30 (36.1)	36 (33.6)		
51 - 61	21 (25.3)	28 (26.2)		
Leeftijd verlaten school, <i>n</i> (%)			1.71	0.191
<18	18 (21.2)	31 (29.5)		
≥ 18	67 (78.8)	74 (70.5)		
Opleidingsniveau, <i>n</i> (%)			6.845	0.144
Buitengewoon onderwijs	30 (49.2)	30 (56.9)		
Beroepsonderwijs	24 (36.1)	11 (21.6)		
Technisch onderwijs	2 (3.3)	6 (11.8)		
Algemeen onderwijs	2 (3.3)	0 (0)		
Hoger onderwijs	5 (8.2)	5 (9.8)		
Geboorteplaats, <i>n</i> (%)			0.003	0.955
Belgium	77 (90.6)	99 (90.8)		
Other	8 (9.4)	10 (9.2)		
Moedertaal, <i>n</i> (%)			4.014	0.134
Nederlands	69 (81.2)	94 (86.2)		
Nederlands en andere	14 (16.5)	9 (8.3)		
Andere	2 (2.4)	6 (5.5)		

## Resultaten effectevaluatie

### Interventie-effecten op korte termijn (1 maand)

De interventie-effecten op korte termijn worden weergegeven in tabel 2. Voor gepercipieerde sociale invloed t.o.v. de vier protectieve factoren voor mentale gezondheid werd een significant positief interventie-effect gevonden. Zowel in de interventie- als de controlegroep steeg de gepercipieerde sociale invloed. De stijging was echter groter in de interventiegroep (verschil in gemiddelden: +0.23) in vergelijking met de controlegroep (verschil in gemiddelden: +0.04). Daarnaast werd voor veerkracht, meer bepaald voor piekeren, een trend gevonden voor een negatief interventie-effect. Piekeren daalde in de controlegroep van de pre-meting ( $2.94 \pm 0.95$ ) tot 1 maand na de interventie ( $2.82 \pm 1.01$ ). In de interventiegroep steeg piekeren van de pre-meting ( $2.69 \pm 1.11$ ) tot 1 maand na de interventie ( $2.91 \pm 1.09$ ). Bovendien werd voor palliatief gedrag, meer bepaald voor destructieve activiteiten, een trend gevonden voor een positief interventie-effect. Destructieve activiteiten daalde in de interventiegroep (verschil in gemiddelden: -0.06), terwijl het stabiel bleef in de controlegroep. Daarnaast werd voor de subschaal suïcide (de som van de items denken aan de dood en concrete zelfmoordgedachten) een significant positief interventie-effect gevonden. Zowel in de interventie- als de controlegroep daalde de score op de subschaal suïcide. De daling was echter groter in de interventiegroep (verschil in gemiddelden: -0.17) in vergelijking met de controlegroep (verschil in gemiddelden: -0.02). Er werden geen significante interventie-effecten gevonden voor de overige variabelen.

### Interventie-effecten op langere termijn (4 maanden)

De interventie-effecten op langere termijn worden weergegeven in tabel 3. Voor veerkracht, meer bepaald voor piekeren, werd een negatief interventie-effect gevonden. Piekeren daalde in de controlegroep van de pre-meting ( $2.89 \pm 0.98$ ) tot 4 maanden na de interventie ( $2.62 \pm 0.95$ ). In de interventiegroep steeg piekeren van de pre-meting ( $2.68 \pm 1.14$ ) tot 4 maanden na de interventie ( $2.80 \pm 1.17$ ). Daarnaast werd voor levenskwaliteit eveneens een significant positief interventie-effect gevonden. Zowel in de interventie- als de controlegroep steeg levenskwaliteit. De stijging was echter groter in de interventiegroep (verschil in gemiddelden: +0.09) in vergelijking met de controlegroep (verschil in gemiddelden: +0.03). Er werden geen significante interventie-effecten gevonden voor de overige variabelen.

Tabel 6-2 Interventie-effecten na 1 maand (korte termijn)

<b>Variabele</b>	<b>Interventie groep</b> Gemiddelde±SD	<b>Controle groep</b> Gemiddelde±SD	<b>F</b> Tijd*Groep	<b>P</b>
Empowerment			0.125	0.724
Pre-meting	3.80±0.48	3.80±0.49		
Na 1 maand	3.89±0.44	3.92±0.49		
Attitude			0.02	0.888
Pre-meting	3.93±0.51	3.85±0.55		
Na 1 maand	4.00±0.55	3.93±0.54		
Eigen-effectiviteit			0.513	0.475
Pre-meting	3.10±0.74	3.37±0.65		
Na 1 maand	3.17±0.79	3.52±0.67		
Gepercipieerde sociale invloed			3.824	0.052**
Pre-meting	3.73±0.55	3.73±0.60		
Na 1 maand	3.96±0.62	3.77±0.63		
Levenstevredenheid (mentale gezondheid)			1.023	0.313
Pre-meting	7.37±2.50	7.82±2.55		
Na 1 maand	7.84±2.51	7.79±2.58		
Veerkracht dagelijkse activiteiten			0.051	0.822
Pre-meting	3.50±1.10	3.20±1.12		
Na 1 maand	3.71±1.22	3.37±1.09		
Duur mentaal herstel			0.415	0.52
Pre-meting	2.68±1.11	2.33±1.18		
Na 1 maand	2.48±1.16	2.25±1.09		
Optimisme			0.005	0.942
Pre-meting	3.71±1.01	3.77±1.05		
Na 1 maand	3.78±0.90	3.86±0.99		

Tabel 6-2 Interventie-effecten na 1 maand (korte termijn) (vervolg)

Variabele	Interventie groep	Controle groep	F	P
Piekeren			3.67	0.057*
Pre-meting	2.69±1.11	2.94±0.95		
Na 1 maand	2.91±1.09	2.82±1.01		
Destructieve activiteiten			2.922	0.089*
Pre-meting	0.70±0.28	0.72±0.28		
Na 1 maand	0.64±0.29	0.72±0.23		
Suïcide			3.872	0.051**
Pre-meting	0.51±0.64	0.30±0.52		
Na 1 maand	0.34±0.43	0.28±0.49		
levenskwaliiteit			0.31	0.579
Pre-meting	0.79±0.16	0.81±0.16		
Na 1 maand	0.84±0.16	0.85±0.15		
Levenstevredenheid (fysieke gezondheid)			1.79	0.183
Pre-meting	65.97±21.35	65.54±19.44		
Na 1 maand	69.28±21.14	73.30±19.12		

*SD standaarddeviatie*

\*\*p≤0.05; \*0.10<p>0.05

Tabel 6-3 Interventie-effecten na 4 maanden (langere termijn)

Variabele	Interventie groep	Controle groep	F	P
	Gemiddelde±SD	Gemiddelde±SD	Tijd*Groep	
Empowerment			0.000	0.984
Pre-meting	3.82±0.48	3.80±0.48		
Na 4 maanden	4.05±0.52	4.04±0.60		
Attitude			0.070	0.791
Pre-meting	3.95±0.50	3.85±0.53		
Na 4 maanden	4.21±0.61	4.09±0.64		
Eigen-effectiviteit			1.773	0.185
Pre-meting	3.10±0.74	3.43±0.63		
Na 4 maanden	3.55±0.95	3.68±0.88		
Gepercipieerde sociale invloed			0.234	0.629
Pre-meting	3.78±0.55	3.73±0.62		
Na 4 maanden	4.23±0.74	4.13±0.63		



Levenstevredenheid (mentale gezondheid)			0.295	0.588
Pre-meting	7.39±2.55	7.50±2.69		
Na 4 maanden	7.27±2.53	7.66±2.39		
Veerkracht dagelijkse activiteiten			0.581	0.447
Pre-meting	3.43±1.10	3.18±1.12		
Na 4 maanden	3.93±1.21	3.51±1.26		
Duur mentaal herstel			0.252	0.617
Pre-meting	2.64±1.08	2.32±1.19		
Na 4 maanden	2.76±1.07	2.34±1.18		
Optimisme			2.206	0.14
Pre-meting	3.71±0.94	3.80±1.05		
Na 4 maanden	3.78±0.90	3.86±0.99		
Piekeren			5.642	0.019**
Pre-meting	2.68±1.14	2.89±0.98		
Na 4 maanden	2.80±1.17	2.62±0.95		
Destructieve activiteiten			0.038	0.847
Pre-meting	0.70±0.29	0.72±0.28		
Na 4 maanden	0.67±0.27	0.68±0.29		
Suicide			0.734	0.393
Pre-meting	0.51±0.68	0.31±0.55		
Na 4 maanden	0.43±0.56	0.31±0.54		
Levenskwaliteit			6.708	0.011**
Pre-meting	0.78±0.17	0.82±0.13		
Na 4 maanden	0.87±0.14	0.85±0.16		
Levenstevredenheid (fysieke gezondheid)			0.807	0.37
Pre-meting	66.06±19.62	65.89±19.72		
Na 4 maanden	71.94±19.06	74.68±19.70		

*SD standaarddeviatie*

**\*\* $p \leq 0.05$ ; \* $0.10 < p > 0.05$**

### 6.1.2 Procesevaluatie

Door middel van de procesevaluatie tracht men een zicht te bekomen op de factoren die aan de grondslag liggen van het succes van de interventie en/of na te gaan welke punten van *Steigers – Op weg naar een goed gevoel* verbetering vragen. Op die manier kan een black box-evaluatie, een evaluatie waarbij men geen zicht heeft op de oorzaken van slagen of falen van een interventie, vermeden worden (Bartholomew et al., 2011).

#### 6.1.2.1 ONDERZOEKSVRAGEN

Volgens Bartholomew et al. (2011) is de procesevaluatie een evaluatie van stap drie (methoden en toepassingen), vier (programma-ontwikkeling) en vijf (implementatie) van het intervention mapping protocol (IMP).

Bijgevolg werden volgende procesevaluatievragen (gesloten vragen) opgesteld m.b.t. stap drie (methoden en toepassingen) en stap vier (programma-ontwikkeling):

- Vonden de deelnemers de opdracht over draaglast zinvol en gaf deze hen een beter zicht op hun eigen draaglast?
- Vonden de deelnemers de opdracht over draagkracht zinvol en gaf deze hen een beter zicht op hun eigen draagkracht?
- Vonden de deelnemers het zinvol om te werken met de keuzeborden om goed-gevoel-acties te zoeken?
- Begrepen de deelnemers de betekenis van de vier kleuren?
- Gaven de goed-gevoel-acties op de keuzeborden de deelnemers goede ideeën over hun leven?
- Hebben de deelnemers zin om aan de slag te gaan met de goed-gevoel-acties?
- Hebben de twee praatsessies de deelnemers goed gedaan?
- Voelden de deelnemers zich begrepen door de begeleiders van de praatsessies?
- Legden de begeleiders van de praatsessies alles duidelijk uit?
- Voelden de deelnemers zich goed in de groep?
- Vonden de deelnemers het aantal praatsessies (2) te lang, ideaal of te kort?

Daarnaast werden volgende procesevaluatievragen (open vragen) opgesteld m.b.t. stap vijf (implementatie):

- Welke aspecten uit de bredere sociale omgeving hadden een invloed op de implementatie (context)?
- Welke proportie van de doelgroep heeft het programma effectief ontvangen (bereik)?
- Hoeveel eenheden van elke programmacomponent werden aangeleverd (geleverde dosis)?
- In welke mate namen de participanten deel aan het programma (ontvangen dosis)?
- In welke mate werd het programma aangeleverd zoals bedoeld (fidelity)?
- Hoe werden de participanten overgehaald om deel te nemen? (rekrutering)

### 6.1.2.2 DESIGN

De procesevaluatie bestond uit een kwantitatieve bevraging (vragenlijstonderzoek). De vragenlijst voor de procesevaluatie (bijlage 3) werd in de interventiegroep afgenomen op het einde van de tweede sessie. Ook de ervaringen van de onderzoeker werden verwerkt (kwalitatief onderzoek).

### 6.1.2.3 MEETINSTRUMENTEN

De vragenlijst voor de procesevaluatie is gebaseerd op de vragenlijst die VIGeZ gebruikt heeft voor de procesevaluatie van *De goed-gevoel stoel* (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, n.d.). Het betreft gesloten vragen waarbij telkens gekozen dient te worden uit vijf antwoordcategorieën (helemaal akkoord, beetje akkoord, weet ik niet, beetje niet akkoord en helemaal niet akkoord). Enkel het item 'Ik vond het aantal praatsessies (namelijk twee)' had drie antwoordcategorieën (te lang, ideaal, te kort). Ook werd één open vraag voorzien waarbij de deelnemers algemene opmerkingen over de sessies konden formuleren. De antwoorden op de procesevaluatievragen m.b.t. de implementatie kwamen tot stand door de indrukken en ervaringen die de onderzoeker opdeed tijdens het organiseren van de sessies.

### 6.1.2.4 RESULTATEN

In wat volgt worden de resultaten van de procesevaluatie weergegeven. Eerst worden de evaluatievragen omtrent de methoden, toepassingen en programma-ontwikkeling besproken. Hierbij wordt telkens de valid percent, de percentages zonder de missing values, gerapporteerd. Deze vragen bestaan uit vijf antwoordcategorieën (helemaal akkoord, beetje akkoord, weet ik niet, beetje niet akkoord en helemaal niet akkoord). Nadien komen de evaluatievragen omtrent de implementatie van de interventie aan bod. Tot slot wordt de open vraag uit de vragenlijst besproken. Via deze vraag kregen de deelnemers de mogelijkheid om algemene opmerkingen over de interventie te formuleren.

De resultaten van de procesevaluatie worden weergegeven in tabel 4. De meerderheid van de participanten vond de opdracht over draaglast (74%) en draagkracht (78.7%) zinvol. Deze opdrachten gaven hen ook een beter inzicht in hun eigen draaglast (59.7%) en draagkracht (71.1%). Daarnaast vond de meerderheid van de participanten de acties, waaruit ze konden kiezen tijdens de tweede sessie, zinvol (88.3%). Deze acties gaven hen goede ideeën over de implementatie van de vier protectieve factoren voor mentale gezondheid (69.7%). De meerderheid van de participanten was gemotiveerd om de acties uit te voeren (58.4%). Verder gaven de participanten aan dat ze de betekenis van de vier kleuren begrepen (88.3%). Daarnaast voelde de meerderheid van de participanten zich begrepen door de onderzoeker (81.8%) en vonden ze dat de onderzoeker duidelijke uitleg gaven over de opdrachten (98.7%). Ook gaven ze aan dat de sessies goed hebben gedaan (71.4%) en dat ze zich goed voelden in de groep (83.1%). De participanten vonden ook het aantal sessies (2) ideaal (73.3%).

Resultaten procesevaluatievragen omtrent methoden, toepassingen en programma-ontwikkeling

Tabel 6-4    Procesevaluatie

Variabele	Percentage				
	Helemaal akkoord	Akkoord	Weet ik niet	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord
Plaat draaglast zinvol	74	20.8	3.9	0	1.3
Zicht op eigen draaglast	59.7	28.6	9.1	1.3	1.3
Plaat draagkracht zinvol	78.7	16	4	1.3	0
Zicht op eigen draagkracht	71.1	19.7	6.6	1.3	1.3
Keuzeborden acties zinvol	88.3	9.1	1.3	0	1.3
Vier kleuren begrijpen	88.3	11.7	0	0	0
Keuzeborden acties goede ideeën voor mijn leven	69.7	23.7	1.3	1.3	3.6
Zin om acties uit te voeren	58.4	29.9	6.5	0	5.2
Praatsessies hebben goed gedaan	71.4	18.2	10.4	0	0
Begrepen voelen door onderzoeker	81.8	11.7	5.2	1.3	0
Duidelijke uitleg door onderzoeker	98.7	1.3	0	0	0
Goed voelen in de groep	83.1	15.6	1.3	0	0

### Resultaten procesevaluatievragen omtrent implementatie

- Welke aspecten uit de bredere sociale omgeving hadden een invloed op de implementatie (context)?

De implementatie binnen een werksetting vraagt enkele aandachtspunten. Doordat de sessies plaatsvonden op het werk konden, naast privéproblemen, ook problemen op het werk besproken worden. Bovendien bestond elke groep uit werknemers die elkaar reeds kenden waardoor er een vertrouwensband aanwezig was. Dit was zeer bevorderend voor het verloop van de sessies. Doordat de deelnemers elkaar kenden, durfden ze te praten in groep en konden ze elkaar gericht tips en steun geven. Zo werden tips gegeven aan elkaar over leren 'nee' zeggen, beter slapen en ontspannen (bv. kleurboek).

Doordat de interventie plaatsvond op het werk diende wel voldoende benadrukt te worden dat de inhoud van de sessies vertrouwelijk was en er geen terugkoppeling was naar de begeleiders op het werk. Enkel de goed-gevoel-acties die de werknemers op het einde van de sessies opstelden werden, mits toestemming van de werknemers, doorgegeven aan de begeleiders zodat verdere individuele opvolging mogelijk werd door opname van deze doelen in het PersoonlijkOntwikkelingPlan (POP) van de werknemer.

- Welke proportie van de doelgroep heeft het programma effectief ontvangen (bereik) en in welke mate namen de participanten deel aan het programma (ontvangen dosis)?

De steekproef bestond uit 86 deelnemers in de interventiegroep. Per interventiebedrijf konden 8 tot 11 werknemers de sessies volgen. In figuur 3 (flow chart) wordt het aantal participanten doorheen de verschillende fasen van de interventie schematisch weergegeven.

- Hoeveelheid eenheden van elke programmacomponent werden aangeleverd (geleverde dosis) en in welke mate werd het programma aangeleverd zoals bedoeld (fidelity)?

Doordat de interventie steeds door dezelfde onderzoeker van UGent gegeven werd, kon de manier van aanbieden van het programma constant gehouden worden en is er zekerheid dat alle componenten werden aangeleverd. Hierdoor zijn de groepen steeds vergelijkbaar op basis van de inhoud van de interventie.

- Hoe werden de participanten overgehaald om deel te nemen (rekrutering)?

De sociale dienst van het betrokken bedrijf stond in voor de rekrutering van de deelnemers. Hiertoe werd door Universiteit Gent een uitnodiging gemaakt zodat ze een goed beeld hadden van het doel en de inhoud van de interventie. Als inclusiecriteria werd een basiskennis Nederlands vooropgesteld.

### Resultaten open vraag

De vragenlijst voor de procesevaluatie omvatte naast de gesloten vragen (tabel 4) een open vraag waarin de deelnemers de mogelijkheid kregen om algemene opmerkingen omtrent de sessies te noteren. Zowel sterke punten als verbeterpunten werden aangehaald.

De stap naar gedragsverandering werd door enkele deelnemers in vraag gesteld. Ze gaven aan het moeilijk te vinden de goed-gevoel-acties, die opgesteld werden tijdens het tweede deel van de vorming, uit te voeren. Als bijkomende opmerking werd door één deelnemer aangegeven om meer interactieve oefeningen (bv. rollenspel) te voorzien. Daarnaast werd door één werknemer aangehaald dat het tempo van de eerste sessie hoger mocht liggen. De werknemer gaf hierbij als reden dat hij reeds een goed zicht had op zijn draaglast en draagkracht maar daarentegen begreep dat het voor andere deelnemers aangewezen was om langer bij deze thema's stil te staan.

Zowel de inhoud van de vorming als de houding van de onderzoeker werden aangehaald als positieve aspecten. Zo werd het werken met kleuren positief onthaald. Bovendien werd meegedeeld dat het een goed onderwerp is waar veel mensen baat bij hebben en kunnen uit leren. Enkele deelnemers gaven aan dat ze de vorming te kort vonden daar deze zeer leerrijk was. Ook het groepsgebeuren werd positief onthaald. Enkele deelnemers gaven aan dat het geven van tips aan elkaar zeer leerrijk was. Ook deelde een werknemer mee dat zij zich beter voelde na de vorming. Enkele deelnemers deelden mee dat de onderzoeker duidelijke uitleg gaf en individuele hulp gaf indien nodig. Ook werd aangehaald dat er aandachtig geluisterd werd naar elke persoon.

### 6.1.3 Algemene conclusie

#### 6.1.3.1 CONCLUSIES RESULTATEN

De effectiviteit van de interventie *Steigers - Op weg naar een goed gevoel* voor werknemers uit de sociale economie werd onderzocht. Bovendien werd een procesevaluatie uitgevoerd. Het programma beoogde een verhoging van empowerment, veerkracht, palliatief gedrag en levenskwaliteit. Daarnaast wou het programma de determinanten (attitude, eigen-effectiviteit en gepercipieerde sociale invloed) van de vier protectieve factoren van mentale gezondheid beïnvloeden. Eerst werden de effecten op korte termijn (1 maand na de interventie) onderzocht en vervolgens de effecten op langere termijn (4 maanden na de interventie).

Op korte termijn (na 1 maand) werd een significant positief interventie-effect gevonden voor gepercipieerde sociale invloed t.o.v. de vier protectieve factoren voor mentale gezondheid. Dit interventie-effect is mogelijk te wijten aan het feit dat de interventie bestond uit groepsessies. De werknemers konden elkaar steunen tijdens de sessies. Een stijging in gepercipieerde sociale invloed op korte termijn is zeer positief aangezien sociale steun kan leiden tot een verhoging van veerkracht (Rodriguez-Llanes, Vos, & Guha-Sapir, 2013). Dit effect bleef niet behouden op langere termijn (na 4 maanden). Mogelijk bleef dit effect niet behouden doordat de werknemers werkten aan hun individuele acties zonder deze te bespreken met elkaar. Strategieën om werknemers aan te moedigen om te communiceren met elkaar over hun acties en elkaar te ondersteunen kan helpen om het positief effect op gepercipieerde sociale invloed te behouden (Bartholomew et al., 2011). Professionals en managers in sociale economie bedrijven kunnen bijvoorbeeld een groepsessie organiseren waarin werknemers ervaringen kunnen uitwisselen over het uitvoeren van hun acties. Op die manier kunnen werknemers elkaar ondersteunen en helpen. Voor veerkracht, meer bepaald voor piekeren, werd een trend gevonden voor een negatief interventie-effect op korte termijn (na 1 maand) en op langere termijn (na 4 maanden). In de controlegroep daalde piekeren terwijl piekeren steeg in de interventiegroep. Mogelijk was de interventiegroep zich meer bewust van hun gedrag door het volgen van het programma hetgeen resulteerde in een hogere score op piekeren. Het bevorderen van veerkracht (waarvan piekeren een belangrijke component is) is cruciaal aangezien er een link is tussen veerkracht en verschillende mentale gezondheidsproblemen zoals burn-out, stress, depressie en angst (Rees, Breen, Cusack, & Hegney, 2015). Door het verhogen van veerkracht kunnen deze mentale gezondheidsproblemen voorkomen worden. Op korte termijn werd een trend gevonden voor een positief interventie-effect voor palliatief gedrag (meer bepaald voor destructieve activiteiten en de somscore suïcide). Dit effect bleef niet behouden op langere termijn (na 4 maanden). Op langere termijn (na 4 maanden) werd een positief interventie-effect gevonden voor levenskwaliteit. We hadden verwacht dat het programma eerder op langere termijn (in plaats van op korte termijn) een effect zou hebben op deze variabele aangezien levenskwaliteit moeilijk te veranderen is op korte termijn (Bartholomew et al., 2011). Er werd geen significant interventie-

effect voor de hoofduitkomst empowerment gevonden. De participanten binnen onze steekproef hadden relatief hoge waarden voor de start van de interventie voor empowerment ( $3.82 \pm 0.47$ ) in vergelijking met gemiddelde normscores ( $3.66 \pm 0.67$ ) (Boevink, Kroon, & Giesen, 2009). Mogelijk waren werknemers met hogere waarden op de meting voor de start van de interventie meer geneigd om deel te nemen aan de studie aangezien ze gemotiveerd waren om hun goede gezondheid te behouden (Coffeng et al., 2014). Deze steekproefvertekening kon ontstaan doordat we een nonprobability sampling gebruikten (Polit & Beck, 2010). Door de hoge waarden voor de start van de interventie voor empowerment was het moeilijk om via de interventie een verhoging in empowerment te bekomen. Daarnaast kan de afwezigheid van een significant effect op empowerment te wijten zijn aan de power van de studie. Hoewel de steekproefgrootte voldoende was bij aanvang van de studie (86 participanten in de interventiegroep en 110 in de controlegroep) bestond de interventiegroep uiteindelijk uit 69 participanten in plaats van de vooropgestelde 80 participanten wegens uitval (uitval van participanten) na 1 maand en na 4 maanden. Uitval is een veelvoorkomend probleem binnen interventiestudies (Galea, 2007).

Uit de resultaten van de effectevaluatie kunnen we besluiten dat de interventie *Steigers – Op weg naar een goed gevoel* vooral effect heeft op korte termijn. Opvolging door professionals en managers uit de sociale economie is aangewezen om deze effecten te kunnen behouden op langere termijn. Follow-up is essentieel na het opstellen van een actieplan aangezien de stap van intentie naar gedragsverandering niet makkelijk is (Sheeran, 2002). Follow-up dient geïntegreerd te worden binnen het beleid van de organisatie (Kuoppala, Lamminpää, & Husman, 2008). De individuele acties, opgesteld tijdens de laatste sessie van de interventie, kunnen geïntegreerd worden binnen het Persoonlijk OntwikkelingsPlan (POP) van de werknemer. Alle sociale economie bedrijven zijn sinds april 2015 verplicht om een POP op te stellen van elke werknemer. Een POP bestaat zowel uit werkgerelateerde als persoonlijke doelen (bv. mentale gezondheid) (BDO, 2012). Uit de resultaten van de procesevaluatie kunnen we besluiten dat de interventie positief onthaald werd door de participanten. Ze vonden de opdrachten zinvol, voelden zich begrepen door de onderzoeker en voelden zich goed in de groep. Dit kan te wijten zijn aan het feit dat de interventie aangepast was aan de behoeften en mogelijkheden van de doelgroep (Czabala, Charzynska, & Mroziak, 2011). De meerderheid van de participanten vond ook het aantal sessies (namelijk twee) ideaal.

#### 6.1.3.2 BEPERKINGEN EN STERKTES VAN DE STUDIE

De studie had een quasi-experimenteel design aangezien de studie plaatsvond binnen een natuurlijke setting, namelijk sociale economie bedrijven. Bij een quasi-experiment kunnen rivale hypothesen (alternatieve verklaringen voor de gevonden resultaten) ontstaan (Polit & Beck, 2010). Zo kon sociaal wenselijk antwoorden ontstaan doordat de vragenlijst afgenomen werd via een individueel interview (Polit & Beck, 2010). Er werd gekozen voor een individueel interview zodat de onderzoeker meer uitleg kon geven bij de vragen en participanten die moeilijk konden lezen of schrijven ondersteunen. De onderzoeker trachtte sociaal wenselijk antwoorden tegen te gaan door te benadrukken dat er geen goede of foute antwoorden gegeven konden worden. Daarnaast waren de metingen gebaseerd op zelf-rapportage. De mentale gezondheid van de participanten werd met andere woorden niet objectief gemeten. Bovendien kon er sprake zijn van recall bias (moeilijkheden om gebeurtenissen of gevoelens uit het verleden te herinneren) (Polit & Beck, 2010). De onderzoeker trachtte dit op te vangen door elke vraag te bespreken met de participant. Daarnaast kan herhaald testen de participant vertrouwd maken met het invullen van de test waardoor een leereffect kan ontstaan (Polit & Beck, 2010). Dit werd opgevangen door voldoende tijd tussen de metingen in te bouwen. Ook tijdelijke persoonlijke factoren (bv. moeheid of een ruzie met vrienden of familie) kunnen de meting beïnvloeden (Dilorio, 2005). Voor deze studie werden de antwoordcategorieën van de vragenlijst om veerkracht te meten (ja/nee) vervangen door een 5-puntsschaal (nooit, zelden, soms, vaak, altijd) om meer

variaties in de antwoorden toe te laten. Onderzoek is nodig naar de betrouwbaarheid van deze nieuwe schaal. De schaal positief palliatief gedrag kon niet berekend worden aangezien twee items uit deze schaal niet afgenomen werden. Het betreft item 17 (erotische of seksuele handelingen zonder partner) en 18 (erotische of seksuele handelingen met partner). Op vraag van begeleiders uit sociale en beschutte werkplaatsen werden deze items niet verder opgenomen wegens de persoonlijke aard van de vragen en mogelijke culturele barrière. Desondanks zijn de berekende schalen negatief palliatief gedrag en suïcide relevante indicatoren van het palliatief gedrag van de persoon (Portzky, 2015).

Ondanks deze beperkingen willen we benadrukken dat dit de eerste studie is die de effecten onderzoekt van een interventie ter bevordering van de mentale gezondheid bij personen met een beperking tewerkgesteld binnen sociale economie bedrijven. Binnen de interventie ligt de nadruk op de sterktes van de persoon in plaats van de risicofactoren. Een psychologisch klimaat waarbij de focus ligt op de sterktes van de werknemer heeft positieve effecten op de mentale gezondheid van de werknemer (Van Woerkom & Meyers, 2015). Daarnaast zorgt het voor een verlaging van het stigma omtrent mentale problemen (Anderson, Jané-Llopis, & Hosman, 2011). Het bevorderen van de mentale gezondheid van kwetsbare groepen draagt ook bij tot het reduceren van de ongelijkheid in mentale gezondheid (Friedli, 2009).

### 6.1.3.3 BESLUIT

De interventie *Steigers – Op weg naar een goed gevoel* heeft zowel effect op korte als langere termijn. Deze korte interventie is een eerste aanzet om de mentale gezondheid te bevorderen bij doelgroepwerknemers uit de sociale economie. Opvolging door professionals en managers uit de sociale economie is nodig om deze effecten te kunnen behouden. Het opvolgingsdocument (bijlage 4) dat binnen deze interventie bij de post-metingen werd afgenomen bij de deelnemers uit de interventiegroep kan gebruikt worden als aanknopingspunt voor deze opvolging. Concreet werd via het opvolgingsdocument bevraagd welke goed-gevoel-acties de werknemers reeds uitgevoerd hadden na 1 maand en welke na 4 maanden. Mits toestemming van de werknemer werd dit verslag bezorgd aan het bedrijf. Bovendien werd een opvolgmap gemaakt voor werkgevers en begeleiders uit de sociale economie (bijlage 5). In deze map zijn verschillende tips en adviezen terug te vinden om de werknemer optimaal op te volgen en te begeleiden na het volgen van het programma. De verdere verspreiding van deze opvolgmap zal via onze partnerorganisatie VIGeZ verlopen.

De bedrijven die deelnamen aan de studie (zowel de interventie- als controlebedrijven) ontvingen in een apart rapport een overzicht van de resultaten. De controlebedrijven kregen een verslag van de beschrijvende gegevens van de pre-meting. Op die manier krijgen ze inzicht in het mentaal welbevinden van hun werknemers en kunnen ze verdere acties ondernemen. Ook ontvingen de controlebedrijven de resultaten van de evaluatiestudie. Op die manier trachten we hen te overtuigen om de sessies in de toekomst ook te organiseren binnen hun bedrijf. Hiervoor verwijzen we hen door naar onze partnerorganisatie VIGeZ.

Op basis van de feedback van de deelnemers, verzameld via de procesevaluatie, konden enkele aandachtspunten voor de toekomst geformuleerd worden. Deze aandachtspunten werden opgenomen in de handleiding voor begeleiders (bijlage één). In wat volgt wordt kort de feedback van de deelnemers herhaald om aansluitend onze adviezen weer te kunnen geven. Zo gaven enkele deelnemers aan dat ze de stap naar gedragsverandering (m.n. het uitvoeren van de goed-gevoel-acties) moeilijk vonden. Hiertoe werd verdere opvolging via het POP (Persoonlijk OntwikkelingsPlan) van de werknemer vooropgesteld aan de hand van de opvolgmap (bijlage 5). Daarnaast werd door één deelnemer aangegeven om meer interactieve oefeningen (bv. rollenspel) te voorzien. In de toekomst kan bijvoorbeeld een rollenspel georganiseerd worden tijdens het tweede deel van de vorming. Er kan geoefend worden om de goed-gevoel-acties uit te voeren (bv. 'neen' durven zeggen). Hierbij is het belangrijk om steeds vooraf af te toetsen of de deelnemers hiertoe



bereid zijn. Daarnaast werd door één werknemer aangehaald dat het tempo van de eerste sessie hoger mocht liggen. De werknemer gaf hierbij als reden dat hij reeds een goed zicht had op zijn draaglast en draagkracht maar daarentegen begreep dat het voor andere deelnemers aangewezen was om langer bij deze thema's stil te staan. Om deze verschillende noden van de deelnemers op te vangen is het belangrijk de sessies steeds te organiseren met twee begeleiders. Op die manier kan individuele begeleiding geboden worden indien nodig.



## Literatuurlijst

- Ajzen, I. (1991) The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179–211.
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., Gottlieb, N. H., & Fernández, M. E. (2011). *Planning health promotion programs. An intervention mapping approach*. San Francisco: Jossey-Bass.
- BDO. (2012). *POP in de sociale economie*. Opgehaald 3 december, 2014, van <http://www.bdo.be/nl/special-advisory-services/management-advisory/hr-tools/pop-in-de-sociale-economie/>
- Boevink, W., Kroon, H., & Giesen, F. (2009). Empowerment – Constructie en validatie van een vragenlijst [Empowerment – Construction and validation of a questionnaire]. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Coffeng, J.K., Boot, C.R.L., Duijts, S.F.A., Twisk, J.W.R., van Mechelen, W., & Hendriksen, I.J.M. (2014). Effectiveness of a worksite social & physical environment intervention on need for recovery, physical activity and relaxation: results of a randomized controlled trial. *PLOS ONE*, 9(12).
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concern*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Czabala, C., Charzynska, K., and Mroziak, B. (2011). Psychosocial interventions in workplace mental health promotion: an overview. *Health Promotion International*, 26(S1), 70-84.
- Dilorio, C. K. (2005). *Measurement in health behavior: Methods for research and evaluation*. San Francisco: John Wiley & Sons.
- Downey, A. M., & Sharp, D. J. (2007). Why do managers allocate resources to workplace health promotion programmes in countries with national health coverage. *Health promotion International*, 22(2), 102-111.
- EuroQol Research Foundation (2015). *EQ-5D-5L*. Opgehaald 4 november 2014, van <http://www.euroqol.org/about-eq-5d/how-to-use-eq-5d.html>
- Fernandez, A., Moreno-Péral, P., Zabaleta-del-Olmo, E., Bellon, J. A., Aranda-Regules, J. M., Luciano, J. V., Serrano-Blanco, A., & Rubio-Valera, M. (2015). Is there a case for mental health promotion in the primary care setting? A systematic review. *Preventive Medicine*, 76, 5-11.
- Friedli, L. (2009). *Mental health, resilience and inequalities*. Copenhagen: World Health organization Regional office for Europe.
- Gable, S. L. & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology. *Review of General Psychology*, 9(2), 103-110.
- Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M. F., Kind, P., Parkin, D., Bonser, G., & Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of Life Research*, 20, 1727-1736.
- Hublet, A., Maes, L., & De Bourdeaudhuij, I. (2013). *Haalbaarheidsstudie sociale economie en gezondheids-promotie (StEIGERs)*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Hublet, A., Mommen, J., Maes, L., & De Bourdeaudhuij, I. (2014). *Steigers – Screenen voor een betere gezondheid: ontwikkeling en handleiding*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

- Kuoppala, J., Lamminpää, A., & Husman, P. (2008). Work health promotion, job well-being, and sickness absences: a systematic review and meta-analysis. *American College of Occupational and environmental medicine*, 50(11), 1216-1227.
- Mommen, J., Hublet, A., Maes, L., Deforche, B., & De Bourdeaudhuij, I. (2016). Steigers – Op weg naar een goed gevoel: ontwikkeling van een interventie om veerkracht te verhogen bij doelgroepwerknemers uit de sociale economie. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. London: Wolters Kluwer.
- Portzky, M. (2015). VK+ en P3 vragenlijst over veerkracht en palliatieve activiteiten: handleiding. Amsterdam: Hogrefe.
- Rees, C. S., Breen, L. J., Cusack, L., & Hegney, D. (2015). Understanding individual resilience in the workplace: the international collaboration of workforce resilience model. *Frontiers in psychology*, 6, 1-7.
- Rodriguez-Llanes, J. M., Vos, F., & Guha-Sapir, D. (2013). Measuring psychological resilience to disasters: are evidence-based indicators an achievable goal? *Environmental Health*, 12, 115.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). New York: Free Press.
- Sheeran, P. (2002). Intention - Behavior Relations: A Conceptual and Empirical Review. *European Review of Social Psychology*, 12(1), 1-36.
- van Hout B., Janssen M. F., Feng, Y., Kohlmann, T., Busschbach, J., Golicki, D., Lloyd, A., Scalone, L., Kind, P., Pickard, A. S. (2012). Interim scoring for the EQ-5D-5L: Mapping the EQ-5D-5L to EQ-5D-3L value sets. *Value in Health*, 15, 708-715.
- Van Woerkom, M., & Meyers, M. C. (2015). Effects of a strengthes-based psychological climate on positive affect and job performance. *Human Resource Management*, 54(1), 81-103.
- VIGeZ. (n.d.). *Implementatie- en evaluatieplan Goed-gevoel-stoel*. Opgehaald 20 mei, 2015 van <http://www.zorg-en-gezondheid.be/goedgevoelstoel.aspx#.VXAnZmccQkl>
- VIGeZ. (2012). *Effectiviteitsstudie en procesevaluatie De goed-gevoel-stoel*. Opgehaald 20 mei, 2015 van <http://www.fitinjehoofd.be/Pretest-goed-gevoel-stoel.aspx#.VE9oUWd0wkl>
- VIGeZ. (2014). *Fit in je hoofd, goed in je vel*. Opgehaald 26 mei 2015, van <https://www.fitinjehoofd.be/professionals/onderbouwing/veerkracht-en-het-palliatief-pallet-de-fit-in-je-hoofd-vragenlijsten>
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. (n.d.). Goed-gevoel-stoel. Opgehaald 20 mei 2015 van <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Pretest-Goed-gevoel-stoel.aspx#.VXbyb2ccQkl>
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.

## **Bijlagen (zie aparte bestanden)**

Bijlage 1: Handleiding voor begeleiders

Bijlage 2: Vragenlijst voor effectevaluatie

Bijlage 3: Vragenlijst voor procesevaluatie

Bijlage 4: Opvolgingsdocument goed-gevoel-acties

Bijlage 5: Opvolgingsmap

Bijlage 6: Vervolgopdrachten (aparte bestanden)