

Beïnvloedende beweegredenen om ‘Lekker in je vel’ te promoten

Een kwalitatief onderzoek naar de ervaren bevorderende en belemmerende factoren van het leidinggevend kader van IBN ten aanzien van het promoten van het intern gezondheidsprogramma.



Afstudeeronderzoek

Datum: 5 juni 2017
Auteur: F. J. van den Elzen
Studentnummer: 2224374
Opleiding: Sportkunde
Onderwijsinstelling: Fontys Hogescholen

Opleidingsbegeleider: S. Huijben
Opdrachtgever: D. Janssen

Voorwoord

“The expert at anything was once a beginner.” - Helen Hayes

Het afgelopen jaar heb ik een belangrijke ontwikkeling doorgemaakt dat passend aansluit bij bovenstaande quote. Startende als stagiaire en onderzoekster op het gebied van gezondheidsbevordering, beschouwde ik mezelf nog onbekwaam voor deze functie. Ik bloeide echter al snel op en ontdekte mijn interesse voor dit vakgebied. In deze richting ga ik dan ook na mijn HBO verder studeren in Australië waarna ik mijn kennis zal verbreden tijdens de master Health & Society in Wageningen. Kort gezegd voel ik mezelf niet meer de beginner die ik ooit was en heb ik zin om mijn carrière als professional op het gebied van gezondheidsbevordering te vervolgen. Deze ontwikkeling heeft er dan ook toe geleid, dat ik nu met trots mijn voorliggend onderzoek aan u presenteer.

Dit onderzoek is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding Sportkunde, volgend aan de Fontys Sporthogeschool in Eindhoven. In opdracht van IBN heb ik dit onderzoek geschreven en liep ik stage van september 2016 tot en met juni 2017.

Samen met mijn stagebegeleidster, Dorethé Janssen, heb ik gewerkt aan de opdracht die ik van IBN kreeg. Zij en mijn begeleider vanuit Fontys Hogescholen, Servé Huijben, waren ten alle tijden bereid om mij te helpen en om mij nieuwe inspiratie te geven voor het verdere verloop van mijn onderzoek. Bij dezen wil ik dan ook graag mijn begeleiders bedanken voor hun fijne begeleiding en ondersteuning gedurende mijn afstudeerstage.

In het speciaal dank ik alle werknemers van IBN voor hun openhartige samenwerking en het vertrouwen die ik van hen in het afgelopen jaar heb ervaren. Hierdoor heb ik mij kunnen ontwikkelen tot een student die zich volwaardig en competent voelt. De leidinggevenden die meewerkten aan dit onderzoek, verdienen evenzeer een woord van dank. Zij waren ondanks hun drukke werkzaamheden toch bereid om deel te nemen aan mijn interviews. Zonder hun medewerking en eerlijkheid was dit resultaat niet mogelijk geweest.

Graag wens ik u veel leesplezier toe.

Fleur van den Elzen

Uden, 5 juni 2017

Samenvatting

Gezondheidsprogramma's die doelen op het realiseren van gezondheidsbevordering, zijn momenteel erg populair. Een organisatie die daar veel waarde aanhecht, is de sociale onderneming Integrale Bedrijven Noordoost-Brabant (IBN). Als onderdeel van haar duurzaam inzetbaarheidsbeleid heeft IBN een intern gezondheidsprogramma ontwikkeld, genaamd 'Lekker in je vel'. Echter, het beoogde effect en de bekendheid van dit programma is nog onvoldoende. Om dit probleem op te lossen, is het inzichtelijk maken van het promotiegedrag bij leidinggevenden van belang.

Het doel van dit onderzoek is om te achterhalen welke belemmerende en bevorderende factoren een rol spelen in dit promotiegedrag. Hiervoor is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: *'Welke bevorderende en belemmerende factoren ervaart het leidinggevend kader van IBN tijdens het promoten van het gezondheidsprogramma?'*

Om een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Achttien respondenten, behorend tot het leidinggevend kader, werden bevraagd middels half-gestructureerde interviews. Het theoretisch raamwerk dat hiervoor werd gebruikt was het COM-B ('capability', 'opportunity', 'motivation' and 'behaviour') model. Volgens dit model zijn er drie condities nodig om gedragsverandering te realiseren, namelijk: men moet over de juiste capaciteiten (kennis en vaardigheden) beschikken ('capability'), men moet het willen ('motivation') en men moet door de fysieke en sociale omgeving in de gelegenheid worden gesteld ('opportunity').

Uit de resultaten zijn diverse belemmerende en bevorderende ervaren factoren naar voren gekomen. Het gebrek aan kennis, onduidelijke taakopvattingen en het ontbreken van sociale steun werden als belemmerend ervaren. Evenzo bleek het gebrek aan zichtbare uitkomsten een negatieve werking te hebben op het promotiegedrag van leidinggevenden. Daarentegen wezen de resultaten uit dat het realiseren van zichtbare uitkomsten en sociale steun een bevorderende werking hebben. De resultaten wezen daarnaast uit dat het formuleren van duidelijke taakopvattingen en formaliteiten over de rollen van leidinggevenden ook stimulerend werden geacht.

Op basis van de resultaten kan geconcludeerd worden dat IBN de belemmerende factoren moet inperken en de bevorderende factoren moet maximaliseren. Als zij dit realiseert, dan zal de bekendheid en het effect van haar gezondheidsprogramma worden vergroot. Mogelijk vervolgonderzoek kan relevant zijn om verbanden te trekken binnen IBN-bedrijven, zodat gerichte strategieën ontwikkeld kunnen worden. Daarnaast kan vervolgonderzoek worden uitgevoerd om te onderzoeken of leerwerkcoaches en eerste medewerkers ook potentiële promotors van het programma kunnen zijn.

Aan de hand van de resultaten van dit onderzoek kunnen twee aanbevelingen worden gegeven. Het eerste advies aan IBN is het communiceren van terugkoppeling aangaande het programma richting haar medewerkers, zoals het tonen van resultaten en het delen van succesverhalen. Daarnaast wordt aanbevolen dat IBN informatiebijeenkomsten gaat organiseren voor het leidinggevend kader, zodat zij op de hoogte worden gesteld van de benodigde kennis en ontwikkelingen. Deze aanbevelingen zullen zorgen voor meer bekendheid en een betere verankering van het gezondheidsprogramma.

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	6
1.1. Beschrijving opdrachtgever	6
1.2. Aanleiding	6
1.3. Probleemstelling.....	6
1.4. Doelstelling en onderzoeksvraag	7
2. Literatuuronderzoek	8
2.1. Achtergrondinformatie opdrachtgever	8
2.2. Het gezondheidsprogramma.....	9
2.3. Gezondheidsbevordering op de werkplek.....	10
2.4. Implementatieniveaus van innovatieprocessen	11
2.5. De rol van de intermediaire gebruiker.....	12
2.6. Het COM-B model.....	13
3. Methode	15
3.1. Onderzoeksopzet.....	15
3.2. Onderzoekspopulatie	15
3.3. Gegevensverzameling	15
3.4. Gegevensanalyse	16
4. Resultaten	17
4.1. Capaciteiten.....	17
4.1.1. Gespreksvoering over gezondheid	17
4.1.2. Huidige rol en kennis van leidinggevendenden.....	17
4.2. Opportuniteit	18
4.2.1. Ervaren steun onderling.....	18
4.2.2. Formaliteit en terugkoppeling van het gezondheidsprogramma	18
4.2.3. Belemmerende factoren ten aanzien van het promoten	19
4.2.4. Informatiestromen.....	19
4.3. Motivatie	20
4.3.1. Motivatie ten aanzien van het gedragsdoel.....	20
4.3.2. Verantwoordelijkheid ten aanzien van gezondheid.....	21
5. Discussie	22
5.1. Interpreten van resultaten	22
5.1.1. Belemmerende factoren	22
5.1.2. Bevorderende factoren	22

5.2. Reflectie op deze studie.....	23
5.3 Suggesties vervolgonderzoek.....	24
6. Conclusie en aanbevelingen	25
6.1. Conclusie.....	25
6.2. Aanbevelingen.....	26
6.2.1. Terugkoppeling communiceren	26
6.2.2. Organiseren van informatiebijeenkomsten	26
7. Literatuuronderzoek.....	28
8. Bijlagenlijst	30
Bijlage 1. Jaarkalender 2017 Lekker in je vel.....	31
Bijlage 2. Determinantenlijst gemeten het MIDI.....	33
Bijlage 3. Operationalisatieschema.....	34
Bijlage 4. Topiclist.....	38
Bijlage 5. Interviewplanning	40
Bijlage 6. Codeerschema	41
Bijlage 7. Het COM-B model inclusief resultaten.....	45

1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een introductie gegeven over de opdrachtgever om vervolgens het probleem en de aanleiding van dit onderzoek toe te lichten.

1.1. Beschrijving opdrachtgever

De sociale onderneming Integrale Bedrijven Noordoost-Brabant (IBN) bestaat uit verschillende bedrijven en delen de overkoepelende taak om zoveel mogelijk mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt naar betaalde en gewaardeerde arbeid te brengen. Het bestaan van IBN komt voort uit het inzetbaar maken van, en het duurzaam werk bieden aan haar medewerkers. Om dit te realiseren is het duurzaam inzetbaarheidsbeleid van ongekend belang om tijdens de loopbaan van deze medewerkers voortdurend aandacht te besteden aan de match tussen werk en medewerker. Het begrip inzetbaarheid betekent binnen IBN dat alle medewerkers tot aan hun pensioen gemotiveerd, gezond en met de juiste kennis en vaardigheden aan het werk kunnen blijven (Berenschot, 2016).

1.2. Aanleiding

Ondanks dat er verschillende zaken goed gaan, zijn er nog steeds knelpunten waarop IBN kan inspelen om de gezondheid van haar medewerkers te vergroten (Berenschot, 2016). Uit diverse recente onderzoeken blijkt immers dat de bekendheid en de verankering van het gezondheidsprogramma nog onvoldoende is (Jacobs, 2015; CBOimpact, 2015; Berenschot, 2016). Zo kwam uit het onderzoek van Jacobs (2015) naar voren dat meer dan een kwart van de medewerkers (nog) niet bekend was met het gezondheidsprogramma en dat slechts een op de vijf medewerkers deelnam aan de gezondheidsbevorderende activiteiten. Eens te meer bleek uit het onderzoek van Berenschot (2016) dat IBN gezondheidsbevordering van belang vindt, maar dat slechts een geringe groep medewerkers hiervan gebruikmaakt. Uit datzelfde onderzoek bleek ook dat medewerkers en leidinggevendenden het niet gemakkelijk vinden om met elkaar over gezondheid, gezondheidsklachten of verminderde inzetbaarheid te praten.

Samengevat kan op basis van de eerdergenoemde onderzoeken worden gesteld dat medewerkers nog onvoldoende kennis hebben genomen van het gezondheidsbevorderend aanbod van IBN. Als gevolg hiervan zijn er slechts geringe deelnemersaantallen, waardoor IBN geen hoge verwachtingen mag hebben van het uiteindelijke effect van haar gezondheidsprogramma.

1.3. Probleemstelling

Volgens Berenschot (2016) zal het beter bespreekbaar maken van duurzame inzetbaarheid onder andere zorgen voor de volgende drie verbeteringen: 1) medewerkers creëren bewustwording van het belang van inzetbaarheid en hun eigen verantwoordelijkheid daarvoor; 2) leidinggevendenden creëren meer inzicht in de behoefte en beperkingen van medewerkers en kunnen het gesprek aangaan omtrent de te borgen match tussen mens en werk; 3) mogelijkheden en regelingen die IBN al biedt, zullen beter benut worden om inzetbaarheid te versterken. Hieronder valt dus ook het gezondheidsprogramma. Om de bekendheid van de mogelijkheden en regelingen van het gezondheidsprogramma te vergroten, is het van belang dat IBN achterhaalt wat de belemmerende en bevorderende factoren zijn en weet waarop zij moet inspelen. Verwacht wordt dat het leidinggevend kader van IBN een relevante rol speelt bij het promoten van het gezondheidsprogramma. Dit blijkt

uit de literatuur en dit komt tevens aan het licht bij andere onderzoeken die binnen IBN lopen. Vandaar dat dit onderzoek inzoomt op het leidinggevend kader.

1.4. Doelstelling en onderzoeksvraag

Het doel van dit onderzoek is om een diepgaand inzicht te krijgen in de bevorderende en belemmerende factoren die het leidinggevend kader van IBN ervaart tijdens het promoten van het gezondheidsprogramma bij de medewerkers. Een betere bekendheid kan namelijk bijdragen aan meer deelnemers en een groter effect van het programma. Dit effect zal zich uiten in een organisatie die vitaliteit ademt en bevlogen en gelukkige medewerkers heeft. Wat weer zorgt voor meer klant- en aandeelhouderswaarde en, in het geval van IBN, meer maatschappelijk rendement.

Bovengenoemde doelstelling is vertaald naar de volgende onderzoeksvraag:

Welke bevorderende en belemmerende factoren ervaart het leidinggevend kader van IBN tijdens het promoten van het gezondheidsprogramma?

2. Literatuuronderzoek

In dit hoofdstuk wordt de literatuurstudie beschreven, waarbij bestaande onderzoeken en literatuur over het onderzoeksonderwerp worden gepresenteerd. Allereerst wordt nadere achtergrondinformatie behandeld om vervolgens tot een passend theoretisch raamwerk te komen die door de literatuur is onderbouwd voor de te onderzoeken vraag.

2.1. Achtergrondinformatie opdrachtgever

‘Mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt meer kansen bieden door het optimaal benutten van talenten van mensen, met renderend werk waar iedereen trots op is.’ Zo luidt de missie van sociale onderneming Integrale Bedrijven Noordoost-Brabant, ofwel IBN. Met bijna vierduizend medewerkers kenmerkt IBN zich als een van de grootste werkgevers in de regio met verschillende vestigingen in Veghel, Oss, Cuijk, Schaijk, Uden en Helmond. Deze zijn tevens onder te verdelen in de IBN-bedrijven: Dienstencentrum, Arbeidsintegratie, Facilitair, Productie en Kwekerijen.

IBN is een uitvoeringsorganisatie van de Wet Sociale Werkvoorziening en Participatiewet voor elf gemeenten. De medewerkers van IBN werken bij een van de IBN-bedrijven of zijn elders gedetacheerd en vallen onder de cao Sociale Werkvoorziening (IBN, 2016). Dat IBN een sociale onderneming is, houdt in dat zij maatschappelijk rendement als primair doel heeft. Deze organisatie gelooft in de kracht van sociaal ondernemen en ziet kansen voor het aanpakken van maatschappelijke problemen.

De Sociale Werkvoorziening (SW-)sector waarin IBN zich bevindt, is kenmerkend vanwege hun medewerkers met een afstand tot de arbeidsmarkt. Dit heet ook wel beperkt arbeidsvermogen, zoals wordt gesteld in een essaybundel dat is gerealiseerd door samenwerkingen tussen het Centraal Planbureau, het Sociaal en Cultureel Planbureau, het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, TNO en het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (2016).

Daarnaast is naar schatting zestig procent van de mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) werkzaam in de SW-sector (Grijns & Van Rooijen, 2005). De term SES wordt gezien als een soort ‘ladder’ waarop mensen worden ingedeeld in een hoge, midden of lage status op basis van opleidings-, beroeps of inkomensniveau. In Nederland zijn er grote gezondheidsverschillen te zien tussen mensen met een hoge en een lage SES (Kuiper, Heerkens, Balm, Bieleman & Nauta, 2011; Sassen, 2011). Alleen al de levensverwachting bij geboorte tussen hoge en lage opleidingsgroepen verschilt in Nederland zeven jaar. Op het gebied van levensverwachting in goede gezondheid loopt dit verschil op tot een totaal van 20 jaar (Brug et al., 2017). Lagere SES-groepen vertonen tevens het meest gecombineerd risicogedrag in tegenstelling tot personen uit de hogere SES-groepen (Jansen, Schuit & Van der Lucht, 2002). Dat risicogedrag bestaat uit de combinaties roken, lichamelijke inactiviteit en een lage groente- en fruitconsumptie. Een ongezonde leefstijl op het gebied van de BRAVO-factoren (Bewegen, Roken, Alcohol, Voeding, Ontspanning (NISB, z.d.) lijkt samen te hangen met verzuim, verlaagde productiviteit en arbeidsongeschiktheid (Kuiper et al., 2011). Daarentegen kan een gezonde leefstijl juist een belangrijke bijdrage leveren aan de levenskwaliteit van mensen (Vaandrager, Peeters, Bosman & Schouteten, 2013), met name bij de moeilijk bereikbare en kwetsbare personen met lage SES (Jansen et al., 2002).

Al deze gezondheidsverschillen zijn ook terug te zien in de verzuimpercentages. Zo had de SW-sector in 2015 een verzuimpercentage van 12,5% waar het landelijk gemiddelde bij

reguliere bedrijven 4,1% was (Berenschot, 2016). Dit is interessant aangezien onderzoekers recent concludeerden dat meer dan 10 procent van het verzuim en het productiviteitsverlies toegeschreven kan worden aan leefstijlfactoren en obesitas (Robroek, Van den Berg, Plat & Burdof, 2010).

Op basis van de hedendaagse epidemiologische trends in leefstijlfactoren is het niet aannemelijk dat mensen uit de lagere SES-groepen zich in de nabije toekomst gezonder gaan gedragen dan zij op dit moment doen (Jansen et al., 2002). Vandaar dat Grijns en Van Rooijen (2005) stellen dat de Sociale Werkvoorzieningen, zoals IBN, een aangewezen setting zijn voor gezondheidsbevordering van haar kwetsbare arbeidsdoelgroep. Deze medewerkers brengen namelijk, evenals de rest van de werkende beroepsbevolking in Nederland, een groot deel van hun tijd door op de werkplek (Kuiper et al., 2011). Vandaar dat een gezondheidsbeleid, ook wel aangeduid als gezondheidsbevordering op de werkplek of gezondheidsmanagement, hierbij een rol kan spelen.

Gezien het directe verband tussen de verminderde gezondheid en lage SES is het preventief inspelen hierop van belang voor IBN. Grijns en Van Rooijen (2005) stellen dat het belang van preventieve gezondheidsbevordering voor de (Sociale) Werkvoorziening voornamelijk te vinden is in het feit dat laagopgeleiden minder controlegevoel hebben over hun gezondheid. Naast het terugdringen van het ziekteverzuim door preventieve gezondheidsbevordering, stimuleert het mede de eigenverantwoordelijkheid van de medewerkers ten aanzien van gezondheid. Bovendien leidt gezondheidsbevordering tevens tot een grotere flexibiliteit van de medewerker en daarmee tot een grotere kans op doorstroming naar het reguliere bedrijfsleven (Grijns & Van Rooijen, 2005).

2.2. Het gezondheidsprogramma

Zoals hierboven vermeldt, is het voor de SW-sector en haar arbeidsdoelgroep relevant om in te spelen op gezondheid. IBN is zich bewust van het ongekend belang van haar duurzaam inzetbaarheidsbeleid. Waarmee IBN doelt op het feit dat alle medewerkers tot aan hun pensioen gemotiveerd, gezond en met de juiste kennis en vaardigheden aan het werk kunnen blijven (Berenschot, 2016). Dit is dan ook de reden dat IBN een gezondheidsprogramma heeft ontwikkeld als onderdeel. Dit programma, genaamd 'Lekker in je vel', is een vorm van (preventieve) gezondheidsbevordering op de werkvloer dat inspeelt op de BRAVO-thema's (NISB, z.d.). IBN heeft hier BRAVOO van gemaakt, doordat zij het thema 'Omgaan met geld' eraan toegevoegd heeft. Deze thema's zijn samen verantwoordelijk voor een enorm deel van de ziektelast in Nederland en kan substantiële gezondheidswinst opleveren (Jansen et al., 2002).

Het gezondheidsbevorderend aanbod van dit programma is divers. In bijlage 1 staat dit aanbod beschreven in de jaarkalender van dit gezondheidsprogramma. Voorbeelden van activiteiten die vaker in het jaar terugkeren zijn; ontspanningstrainingen, supermarktrondleidingen, seizoenswandelingen, kookworkshops en de workshop 'Grip op geld'. Jaarlijks terugkerende activiteiten zijn; de fietstocht, zaalvoetbaltrainingen, dansavonden en de trainingen stoppen-met-roken. Deze activiteiten worden veelal georganiseerd door externe organisaties die ervaring hebben met de doelgroep en haar belevingswereld. De voedingsgerelateerde activiteiten worden begeleid door de diëtiste en de kok van IBN.

Naast de bovengenoemde activiteiten en trainingen zijn er ook opleidingen waaraan medewerkers kunnen deelnemen. Deze opleidingen variëren van taal-, computer- en rekenlessen tot verschillende vakopleidingen. Ook als het minder goed gaat met een

medewerker, biedt IBN hulp aan. Dit doet zij middels verzuimbegeleiding, vertrouwenspersonen, een noodfondsbeheerder en een ombudsman. Dit aanbod toont eens te meer aan hoe belangrijk IBN het vindt dat medewerkers prettig werken en lekker in hun vel zitten.

2.3. Gezondheidsbevordering op de werkplek

Voordat dit onderzoek vervolgt, is het relevant om het begrip 'gezondheid' te definiëren. Dit begrip is namelijk voortdurend in beweging en kan betrekking hebben op verschillende niveaus, zoals op individuen, groepen en organisaties (Kuiper et al., 2011).

'Gezondheid is het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven.' (Huber et al., 2011)

Zo luidt de in 2011 nieuw ontworpen definitie van gezondheid. In dit onderzoek wordt deze definitie aangehouden, omdat deze gezondheid vanuit de gehele context bekijkt en rekening houdt met de mogelijkheden waarbinnen een persoon acteert. Dit is passend gezien de arbeidsdoelgroep van IBN.

In de afgelopen jaren is het maatschappelijk denkbeeld verschoven van het voorkomen van verzuim, naar het bevorderen van het welbevinden en gezondheid op het werk. Vandaar dat werkgevers gezondheidsprogramma's inzetten met als doel vaardigheden te versterken en ontwikkeling op professioneel, sociaal en persoonlijk vlak te stimuleren op medewerkers- en op organisatieniveau. Het intern implementeren van zulke gezondheidsprogramma's heeft dan ook voordelen voor zowel de werknemers als de werkgevers en is dus een win-winsituatie (Vaandrager et al., 2013). Deze vorm van 'gezondheidsbevordering op de werkplek' heeft daarnaast als doel om de gezondheid van medewerkers in de werkomgeving te beschermen en om de leefstijl van hen te bevorderen. Het omvat allerlei preventieve interventies waarbij positieve gezondheidsinvloeden worden gestimuleerd en negatieve invloeden worden beperkt (Kuiper et al., 2011; Sassen, 2011). Middelen om deze doelen te bereiken zijn gezondheidsvoorlichting, beschikbaarheid van voorzieningen en regulering.

In 2005 stelden Grijs en Van Rooijen dat kennis over de positieve effecten van gezondheidsbeleid en financiële investeringen in de SW-sector achterbleven. Tegenwoordig is de literatuur nog steeds beperkt in informatie over het bereik van interventies omtrent gezondheidsbevordering op de werkplek. Dit geldt tevens voor de effecten hiervan op de gezondheid van medewerkers (Kuiper et al., 2011).

Positieve effecten op determinanten van gezondheid en de leefstijl van werknemers zijn echter wel gevonden (Kuiper et al., 2011; Sassen, 2011). Zo resulteert een gezonde werkplek op medewerkersniveau in verbeterde kwaliteit van leven, meer energie, toenemende inzetbaarheid en het verbetert de kansen op de arbeidsmarkt. Het bevordert daarnaast het werkplezier, de stressbestendigheid, de werksfeer en het welbevinden van de medewerkers. Dit gaat gepaard met vermindering in verzuim, ongevallen en ziektekosten (Kuiper et al., 2011; Baart & Raaijmakers, 2010; Sassen, 2011).

De voordelen op organisatieniveau zijn te zien in verbeterde gezondheid, werksfeer en motivatie. Deze resulteren op hun tijd in grotere betrokkenheid en verbondenheid met de organisatie, verbeterde kwaliteit en minder fouten bij de productie van producten en diensten, meer innovatief vermogen en dus een betere positie en imago op de concurrerende markt (Kuiper et al., 2011; Baart & Raaijmakers, 2010).

De moeilijk bereikbare arbeidsgroep (Jansen et al., 2002) waar IBN meewerkt, toont een achterstand in de bereikbaarheid van preventieve activiteiten, resulterend in een lagere doeltreffendheid. Zo blijkt dat voorlichtingsbijeenkomsten en cursussen leiden tot onvoldoende bereik in tegenstelling tot specifieke wervingsstrategieën. Uit de literatuur blijkt dat bij deze doelgroep een groot bereik kan worden gerealiseerd middels interventies die werken met een doorverwijzing van een medicus op indicatie, duidelijke risicofactoren en/ of een profiel (Bertens & Van Kesteren, 2011). Denk hierbij aan huisartsen, fysiotherapeuten, bedrijfsartsen, diëtisten, et cetera. Toenemende werving door het inzetten van intermediairs of sleutelfiguren uit de gemeenschap, zoals het leidinggevend kader van IBN, vergroot tevens de bekendheid met deze interventies. De meest succesvolle manier om deze doelgroep te bereiken, is door mond-op-mond reclame in te zetten en doordat deelnemers elkaar enthousiasmeren voor deelname (Bertens & Van Kesteren, 2011).

2.4. Implementatieniveaus van innovatieprocessen

Hoe effectief een gezondheidsprogramma ook mag zijn, gezondheidsbevorderende interventies vinden niet vanzelf hun weg naar de gebruikers. Zulke innovatieprocessen omvatten namelijk verschillende implementatieniveaus. In deze paragraaf wordt dit nader toegelicht.

Zoals in de probleemstelling naar voren kwam, verwacht IBN dat het leidinggevend kader een grote rol speelt in de bekendheid van haar gezondheidsprogramma. Dit komt overeen met de literatuur die stelt dat het daadwerkelijk gebruik van innovaties in de praktijk in grote mate afhankelijk is van de promotie van intermediaire gebruikers (Brug et al., 2017). Deze intermediaire gebruikers zijn de leidinggevendenden van IBN, omdat zij de professionals zijn die de eindgebruikers blootstellen aan de innovatie (Fleuren, Paulussen, Van Dommelen & Van Buuren, 2014). De eindgebruikers zijn de personen waar de effecten van de innovatie oorspronkelijk voor bedoeld zijn (Fleuren et al., 2014). In dit onderzoek zijn de eindgebruikers de medewerkers van IBN die worden blootgesteld aan het intern gezondheidsprogramma.

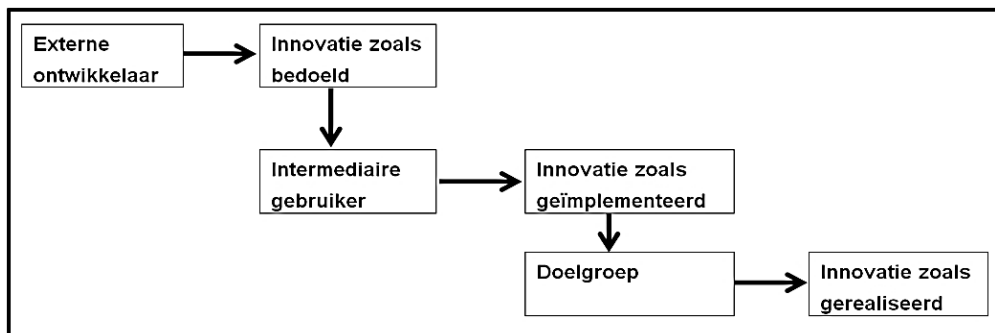
In de praktijk doet zich vaak het probleem voor dat het programma onvolledig wordt ingevoerd conform de bedoeling van de ontwikkelaars van het programma. De invoering van een innovatie verloopt namelijk binnen een sociaal systeem dat bestaat uit een structuur van drie implementatieniveaus. Inzichten in input-, proces- en outputkenmerken van deze niveaus, zijn nodig om te begrijpen waarom een potentieel, effectieve interventie de beoogde gedragsverandering bij eindgebruikers kan hinderen (Brug et al., 2017).

Het eerste implementatieniveau vormt het macroniveau en dit zijn de externe aanbieders of in dit geval de programmaontwikkelaars van het gezondheidsprogramma. Zij hebben een interventie samengesteld waarvan zij op basis van eigen, en wetenschappelijke inzichten gewenst doelgedrag verwachten bij de doelgroep.

De intermediaire gebruiker vormt het mesoniveau en bestaat in dit onderzoek uit het leidinggevend kader van IBN. Van hen wordt verwacht dat zij de medewerkers blootstellen aan het gezondheidsprogramma zoals oorspronkelijk bedoeld is.

Tot slot vormen de eindgebruikers het microniveau. In dit onderzoek zijn dat alle medewerkers van IBN en van hen wordt verwacht dat zij gedragsverandering vertonen als gevolg van blootstelling aan de interventie. Deze gedragsverandering betekent voor IBN dat zij gezondheidsbevorderend gedrag vertonen met als doel om duurzamer inzetbaar te zijn.

Op elk van zo'n implementatieniveau kan het innovatieproces misgaan (Brug et al., 2017). Zo kan de verspreiding van het programma onsuccesvol zijn, doordat er te grote verschillen zijn ontstaan tussen de drie invoeringsniveaus. Zo ontbreekt vaak op mesoniveau de een-op-eenrelatie tussen de input van de ontwikkelaars en de output die de intermediairs leveren. Dit kan als oorzaak hebben dat intermediairs het oneens zijn met de interventie, dat de omstandigheden ongunstig zijn of dat de intermediair aanpassingen wil doen om betere aansluiting met de eindgebruikers te creëren. Deze discrepanties, ofwel verschillen, zullen altijd optreden en voor de ontwikkelaars is het zaak om deze zo klein mogelijk te houden (Brug et al., 2017). In figuur 1 staan deze implementatieniveaus geïllustreerd en fungeren de pijlen als mogelijke discrepanties (Brug et al., 2017).



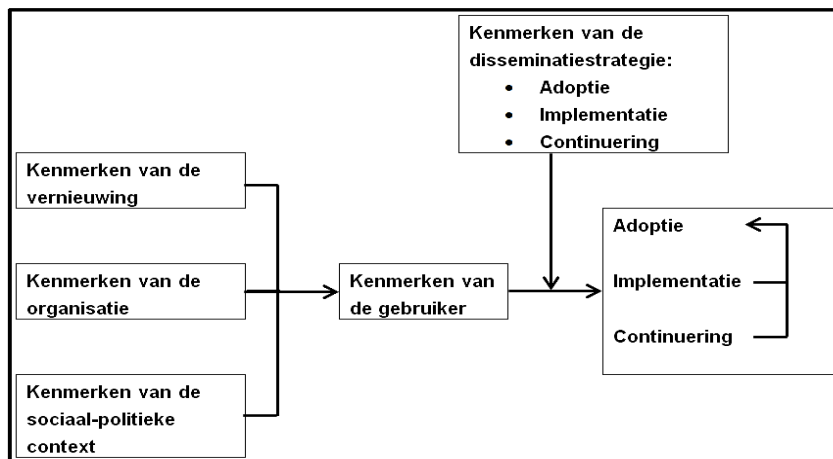
Figuur 1. Extern geïnitieerde innovatieprocessen onderscheiden naar implementatieniveau (Paulussen, 1994). Overgenomen van Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: Een planmatige aanpak (p. 199), door J. Brug, P. Van Assema en L. Lechner, 2017, Assen, Nederland: Koninklijke Van Gorcum.

2.5. De rol van de intermediaire gebruiker

Inmiddels is onderbouwd dat het leidinggevend kader een belangrijke rol speelt in de promotie en de bekendheid van het gezondheidsprogramma. Om die reden wordt in dit onderzoek verder ingezoomd op de rol van deze leidinggevend.

Een illustratie die het verloop van innovatieprocessen bij intermediaire gebruikers goed illustreert aan de hand van alle beïnvloedende determinanten, is figuur 2 (Brug et al., 2017). Allereerst zijn aan de rechterzijde de fasen van innovatieprocessen beschreven. Deze lopen van adoptie naar implementatie tot de uiteindelijke continuering.

Naast de drie fasen van het innovatieproces zijn er ook vier verschillende kenmerken van invloed op de intermediaire gebruiker (Brug et al., 2017). De kenmerken die het meest voorspellend zijn voor het beoogde innovatieproces, zijn die van de gebruiker. De andere kenmerken bepalen indirect het innovatieproces, via de gebruiker. Een categorie zijn de kenmerken van de sociaal-politieke omgeving, zoals regels, wetten en financiering. Een andere categorie wijst op de kenmerken van de organisatie, zoals structuur, cultuur en voorzieningen. De derde categorie zijn de kenmerken van de vernieuwing. In dit geval is dat het gezondheidsprogramma, waarbij praktische bruikbaarheid en het voordeel voor de gebruiker een rol spelen.



Figuur 2. Determinanten van innovatieprocessen (vergelijk Paulussen, 1994; Fleuren et al., 2004). Overgenomen van Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: Een planmatige aanpak (p. 199), door J. Brug, P. Van Assema en L. Lechner, 2017, Assen, Nederland: Koninklijke Van Gorcum.

Het uiteindelijke doel van programmaontwikkelaars is om een goede disseminatiestrategie te ontwikkelen. Zo'n strategie dient met effectieve methodieken in te spelen op determinanten die relevant zijn gebleken voor de gebruiker, organisatie en de context. Daarnaast omvat het ook alle activiteiten die de intermediaire gebruiker moet bewegen tot een positieve intentie tot gebruik, daadwerkelijk gebruik en continuering van het gebruik (Brug et al., 2017).

Voordat een disseminatiestrategie ontwikkeld kan worden, is het van belang om eerst de aard en omvang van het implementatieprobleem vast te stellen. Hierbij wordt een gewenst gedragsdoel voor de intermediaire gebruiker opgesteld. De vervolgstap is het inzichtelijk maken van de belemmerende en bevorderende factoren die deze gebruikers ervaren ten aanzien van dit doel (Brug et al., 2017). Het gewenst gedragsdoel dat voor dit onderzoek is opgesteld luidt als volgt: De leidinggevende verspreidt gedurende drie maanden wekelijks op actieve wijze (via gebruik van meerdere media zoals een bericht in de nieuwsbrief, een e-mailbericht, een informatiebijeenkomst en een persoonlijk gesprek) informatie over het programma 'Lekker in je vel' aan werknemers van zijn of haar team.

2.6. Het COM-B model

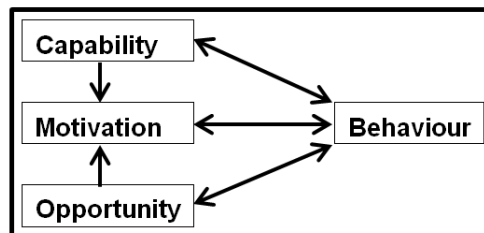
Betreffende IBN is het interessant om te weten welke determinanten het leidinggevend kader als belemmerend of bevorderend ervaren ten aanzien van het promoten. Om het huidige (promotie)gedrag van hen te onderzoeken, kan een determinantenanalyse worden ingezet.

Om erachter te komen welke determinanten belemmerend of bevorderend worden ervaren, is een meetinstrument ontwikkeld. Dit MeetInstrument Determinanten van Innovaties (MIDI) is ontwikkeld om aan de hand van 29 relevante determinanten, verklaringen te kunnen geven voor het wel of niet slagen van innovatieprocessen (Fleuren et al., 2014). In bijlage 2 staat de lijst met determinanten van innovatieprocessen zoals gemeten met het MIDI.

Volgens Buunk en Van Vught (2013) bestaat er echter niet één theorie die richtlijnen geeft voor het realiseren van diverse doelen, maar zijn er voor het ontwerpen van een programma verschillende gedragsveranderingstheorieën nodig. Een model dat verschillende gedragsveranderingstheorieën integreert, is het recent ontwikkelde COM-B model (Michie, Van Stralen & West, 2011) en staat voor Capability (capaciteiten), Opportunity

(opportuniteit), Motivation (motivatie) en Behaviour (gedrag). Dit model is gebaseerd op de Amerikaanse consensusbijeenkomst van gedragstheoretici in 1991 (Fishbein et al., 1992).

Gezien het feit dat dit model nauwelijks variabelen uitsluit, wordt dit model geschikt geacht om een brede analyse te maken van bevorderende en belemmerende ervaren factoren. Het COM-B model (Michie et al., 2011) is weergegeven in figuur 3. Het combineren van dit model met de relevant geachte determinanten van het MIDI, zorgt voor het samenbrengen van meerdere theorieën.



*Figuur 3. The COM-B system – a framework for understanding behaviour. Herdrukt van "The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions," door S. Michie, M.M. Van Stralen en R. West, 2011, *Implementation Science* 2011 6:42.*

Het eerste begrip 'capability', ofwel capaciteit, doelt in dit model op de individuele psychologische en fysieke capaciteit ten aanzien van het gewenste gedrag. Met fysieke capaciteit worden de (communicatieve) vaardigheden bedoeld en onder psychologische capaciteit wordt kennis verstaan.

Opportuniteit, oftewel 'opportunity', omvat in dit model alle factoren die buiten het individu liggen en die het gedrag mogelijk maken of bemoeilijken. Dit is opgedeeld in twee soorten waaronder fysieke mogelijkheden, zoals tijd, middelen, materialen en financiën. De tweede soort zijn de sociale mogelijkheden, bijvoorbeeld barrières, sociale steun en normen.

Motivatie, ofwel 'motivation', verwijst naar alle hersenprocessen die gedrag activeren en richting geven. Hieronder vallen reflectieve denkprocessen zoals intentie, eigen-effectiviteit, doelen, uitkomstverwachting en attitude. Daarnaast behoren automatische processen hier ook onder, zoals emoties, routines, gewoontes en straffen.

In dit onderzoek wordt zoals eerder benoemd het COM-B model (Michie et al., 2011) in combinatie gebruikt met het MIDI (Fleuren et al., 2014) om zo een breed inzicht te krijgen in de bevorderende en belemmerende factoren die het leidinggevend kader van IBN ervaart. Een beter inzicht in deze factoren ten aanzien van het gewenste doelgedrag, biedt aangrijpingspunten om de bekendheid van het programma te vergroten. Dit zal tevens resulteren in meer deelnemers en een groter effect van het programma.

3. Methode

De methodiek van dit onderzoek en haar keuzes worden in dit hoofdstuk toegelicht. Informatie over de opzet, populatie, verzameling en de analyse van dit onderzoek komen hierbij aan bod.

3.1. Onderzoeksopzet

Voorliggend onderzoek doelde op het verkrijgen van een diepgaand inzicht in de bevorderende en belemmerende factoren die de bekendheid van het intern gezondheidsprogramma beïnvloeden. Dit onderzoek zoomde in op het leidinggevend kader van IBN en is daarom een gevalsstudie, omdat het één organisatie of zaak bestudeerd. Dit was een kwalitatief onderzoekstype waarin verschillende methoden van dataverzameling gecombineerd werden, waaronder literatuuronderzoek, inhoudsanalyse en open interviews (Verhoeven, 2014). Volgens Gratton, Jones en Robinson (2011) was dit design geschikt om een specifiek geval intensief te bestuderen in zijn natuurlijke context en om een holistisch begrip te krijgen van factoren gerelateerd aan een bepaalde groep.

3.2. Onderzoekspopulatie

De onderzoekseenheden, ofwel populatie, betrof het leidinggevend kader van IBN, omdat op voorhand werd verwacht dat zij een relevante rol uitoefenden. De onderzoekspopulatie werd op voorhand geselecteerd op basis van de sleutelinformanttechniek. Deze techniek selecteert individuen op basis van specifieke kennis die zij hebben, bijvoorbeeld mensen die een bepaalde functie of rol vervullen binnen een organisatie (Gratton et al., 2011; Baarda et al., 2013). De gekozen eenheden hadden allen een leidinggevende functie. In zijn totaliteit bestond de onderzoekspopulatie uit achttien respondenten, te noemen: vijf teamleiders, twee supervisors, één consultant, drie afdelingsmanagers, drie managers Talent & Werk, twee HR-adviseurs en twee directeurs.

De onderzoekspopulatie werd via hun bedrijfsmail benaderd. Hierin stelde de onderzoeker zich voor, stond de aanleiding en het doel van het onderzoek beschreven en werd hen om medewerking gevraagd. Deze mails stuurde de onderzoeker anderhalve maand voor haar eerste interview, waarna iedere respondent direct akkoord gaf voor het inplannen van een afspraak.

3.3. Gegevensverzameling

Tijdens deze gevalsstudie stond de beleving van de respondenten voorop, vandaar dat de onderzoeker koos voor het afnemen van interviews. Om diverse redenen was gekozen voor interviews met een half-gestructureerde vorm. Ten eerste omdat deze studie een relatief kleine onderzoekspopulatie betrof. Daarnaast gaf deze methode de mogelijkheid om meer gedetailleerde informatie over het 'waarom' te verzamelen. Het bood namelijk de mogelijkheid om een vertrouwensband te creëren, waardoor men de motieven en beleving van respondenten beter kon achterhalen en gevoelige onderwerpen kon aansnijden (Verhoeven, 2014; Baarda et al., 2013). Betreffende dit onderzoek was dat relevant, omdat onderzoek reeds uitwees dat het bespreken van 'gezondheid' gevoelig lag, bij zowel leidinggevende als medewerkers (Berenschot, 2016). Daarnaast bood een semigestructureerd interview de respondent alle ruimte voor zijn of haar eigen inbreng en stelde het de gespreksleider in staat om in te spelen op de situatie (Vos & Scheerder, 2012; Verhoeven, 2014). Tot slot kon middels deze methode meer inzicht worden verkregen in bepaalde verschijnselen waar op voorhand niet bij stilgestaan was (Gratton et al., 2011).

De half-gestructureerde interviews kwamen voort uit het literatuuronderzoek, waarbij de onderzoeker gebruikmaakte van een operationalisatieschema. Dit schema zorgt voor een verhoogde validiteit, omdat het operationaliseren van begrippen uit de literatuur resulteert in meetbare instrumenten (Verhoeven, 2014). Na het operationaliseren werden de gespreksonderwerpen en mogelijke interviewvragen, aan de hand van het COM-B model (Michie et al., 2011) in het operationalisatieschema geplaatst. Dit schema staat in bijlage 3. Gebaseerd op het literatuuronderzoek, de inhoudsanalyse en het operationalisatieschema werd een topiclijst ontwikkeld. Deze lijst bevatte onderwerpen die gedurende de interviews ter sprake kwamen (Verhoeven, 2014; Baarda et al., 2013). De topiclijst staat in bijlage 4 en werd bij elk interview erbij gehouden.

De betrouwbaarheid van dit onderzoek is gewaarborgd doordat triangulatie werd gebruikt (Verhoeven, 2014). Hiermee wordt bedoeld dat de onderzoeker meerdere dataverzamelmethode heeft gebruikt om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Zo werd in dit onderzoek gebruik gemaakt van een literatuurstudie, interne interviews en intern beschikbare informatie. Dit zorgt ervoor dat een onderzoeksvraag van verschillende kanten wordt belicht (Verhoeven, 2014). Daarnaast is de betrouwbaarheid van kwalitatieve studies gerelateerd aan de consistentie van de manier van data-verzameling (Gratton et al., 2011). Om deze reden zijn de interviews door dezelfde gespreksleider afgenomen en gecodeerd. De interviews werden altijd een-op-een afgenomen en varieerden in duur van 20 minuten tot 48 minuten. Alvorens het interview begon, vroeg de gespreksleider toestemming voor het maken van audio-opname, waarbij verteld werd dat de geluidsopname enkel voor dit onderzoek werd gebruikt. De onderzoeker bewaart de geluidsopnames minimaal zes maanden na afname van haar interviews voor eventuele wijzigingen binnen de analyse en vernietigde deze vervolgens.

Tussen 15 maart en 4 april van het jaar 2017 vonden de interviews plaats. Deze interviews werden afgenomen op verschillende locaties van IBN wegens praktische redenen. Er vonden interviews plaats op de locaties Uden, Veghel, Oss en Cuijk. In bijlage 5 staat de interviewplanning in detail beschreven. De interviews werden, gezien de verschillende locaties, ook in vijf verschillende ruimtes afgenomen. Deze waren allen rustig en bevatten nauwelijks prikkels. De gespreksleider zat tijdens alle interviews schuin tegenover de respondent.

3.4. Gegevensanalyse

De gegevensanalyse vond gelijktijdig plaats met de dataverzameling. Allereerst werden alle interviews grondig doorgelezen. De tweede stap was het toekennen van codes, ofwel combinaties van woorden, waarmee de onderzoeker aangaf waar de te analyseren tekst overging (Baarda et al., 2013). Het coderen had als doel om het onderzoeksmateriaal te typeren en om de hoeveelheid materiaal te reduceren. Deze wijzen van coderen wordt ook wel open coderen genoemd (Verhoeven, 2014). Dit werd gedaan middels Microsoft Office Word 2010. Deze codes kregen gedurende de analyse steeds meer richting naar conceptuele begrippen. De vervolgstap was het zoeken naar verbanden tussen begrippen, ofwel axiaal coderen (Verhoeven, 2014), waaruit acht codegroeperingen ontstonden. Deze codegroeperingen zijn te vinden in het codeerschema van bijlage 6. Tot slot werd selectief gecodeerd, waarbij deze codegroeperingen werden geordend aan de hand van het COM-B model (Verhoeven, 2014).

4. Resultaten

De meest relevante resultaten worden in dit hoofdstuk beschreven. In de methode is reeds beschreven dat er acht codegroeperingen zijn ontstaan. Deze zijn in dit hoofdstuk reeds geordend aan de hand van het COM-B model (Michie et al., 2011). Ter illustratie zijn citaten toegevoegd, waarbij vermeld staat welke respondent deze uitspraak heeft gegeven. Bijlage 7 toont het COM-B model inclusief de verwerkte resultaten.

4.1. Capaciteiten

Allereerst komt de component capaciteit aan bod en hieronder worden de fysieke en mentale capaciteiten van leidinggevenden verstaan. De codegroeperingen die hieronder vielen, hadden betrekking op de huidige rol en kennis van leidinggevenden en op gespreksvoering over gezondheid.

4.1.1. Gespreksvoering over gezondheid

Hieruit bleek dat acht ondervraagden gezondheid niet preventief bespreken in tegenstelling tot vier anderen die dit wel doen. Als er reeds problemen voordoen dan wordt er wél geattendeerd op het aanbod volgens zestien respondenten. Het opnemen van gezondheid in het jaargesprek werd door vier respondenten aangeduid als bevorderende factor om gezondheid preventief bespreekbaar te maken.

‘Als mensen vier keer per jaar een voorschot op hun vakantiegeld aanvragen, dan gaan er bij ons wel lichtjes branden. Dat gaat bijna automatisch. Ik denk dat in dat soort gevallen daar wel actief op gereageerd word.’ (Respondent (R)3, rayonleider)

‘Ik denk dat dat niet gebeurt [preventief attenderen]. Ik denk dat er eerder wordt gezegd ga maar naar de Ombudsman, want je zit nu in hoge nood en dan is het te laat.’ (R16, manager Talent & Werk).

4.1.2. Huidige rol en kennis van leidinggevenden

Hoewel twee respondenten aangaven dat teamleiders worden getraind in het bespreken van gezondheid, gaf een tiental respondenten aan teamleiders beter moeten worden geïnformeerd over het programma. Dit bleek ook uit de uitspraken dat het voor twee teamleiders onduidelijk was wat hun taken zijn met betrekking tot het promoten van het programma. Als bevorderende factor werd daarvoor door zeven respondenten aangegeven dat het jaarlijks organiseren van informatiebijeenkomsten voor leidinggevenden, helpt om taakopvattingen en mogelijkheden van het programma te bespreken.

‘Ik denk dat teamleiders of objectleiders wel weten hoe ze doorverwijzen, hoe ze dat gesprek aangaan en hoe ze dat doen. Ik bedoel daar zijn ze wel in getraind en dat is ons vak om dat te doen.’ (R3, rayonleider)

‘Ik denk dat je al heel veel wint door uitleg [te geven]. In eerste instantie uitleg geven aan teamleiders wat het is en ook met de insteek van; hey weet wat er speelt, zodat je mensen kan matchen uit je team.’ (R12, teamleider)

Een derde van de respondenten gaf aan dat teamleiders onvoldoende weten van het programma terwijl twee derde aangaf dat dit wel tot hun taken en verantwoordelijkheden behoren.

'Ik ken het programma niet of nauwelijks. Vertrouwenspersoon zegt mij iets. Ombudsman zou ik niet weten wat het is. Wat denk ik goed zou zijn, is dat iedereen bekend is met 'Lekker in je vel' en dat iedereen weet wat de mogelijkheden zijn.' (R12, teamleider)

'Ik vind dat het [gezondheidsprogramma] gewoon bekend zou moeten zijn en dat diegene daar waar deze kansen ziet voor mensen dat hij deze benoemd in gesprekken of in toolboxes.' (R10, HR adviseur)

Het merendeel van de respondenten (N=14) was het dan ook eens met de stelling dat het per leidinggevende verschilt of diegene wel of geen aandacht besteed aan het gezondheidsprogramma.

'Het is afhankelijk van de interesse en de bereidwilligheid van leidinggevendenden om het daarover te hebben en om het op de agenda te zetten. Dan hangt het er ook vanaf of die leidinggevende dat goed kan verwoorden.' (R6, HR adviseur)

'Ik denk dat je het moet doen als je er echt helemaal in gelooft, want als je het doet omdat het moet als je in die zone komt, dan is het gedoemd om te mislukken. Er ligt misschien nog wel een hele uitdaging om dat heel goed op het netvlies te krijgen bij elke teamleider.' (R8, supervisor)

4.2. Opportuniteit

De tweede categorie, opportuniteit, van het COM-B model bevat de fysieke en sociale mogelijkheden. De volgende codegroeperingen vallen hieronder: omtrent ervaren steun onderling, belemmerende factoren ten aanzien van het promoten, informatiestromen en omtrent formaliteit en terugkoppeling.

4.2.1. Ervaren steun onderling

De ervaren steun binnen het leidinggevend team verschilt. Een derde ervaart geen steun binnen het team (N=6) terwijl anderen dit wel ervaren (N=5). Kijkend naar zichzelf, geeft een viertal respondenten aan dat zij meer draagvlak mogen geven aan hun team. Als een persoon uit de projectgroep van het gezondheidsprogramma toelichting komt geven bij werkoverleggen dan kan dit ook bevorderend werken (N=2).

'Collega's weten niet dat ik veel contact heb met jullie [programmaontwikkelaars]. Ik probeer ze daar eigenlijk niet mee lastig te vallen, omdat ze mij soms een beetje uitlachen van; 'Ach jongen steek daar niet zoveel energie in.' (R5, teamleider)

'Ik moet ook eerlijk zeggen, dat ik daar zelf misschien ook wat meer mee bezig zou kunnen zijn door het op de agenda te zetten en door te vragen; 'Hoe bekend ben je met de onderdelen binnen het programma en waar wil je nog informatie over?' (R6, HR adviseur)

4.2.2. Formaliteit en terugkoppeling van het gezondheidsprogramma

Twee derde (N=12) van de respondenten gaf aan dat het ontbreekt aan formaliteit omtrent het bespreken van het programma. Daarnaast gaven bijna alle respondenten (N=16) aan dat ook terugkoppeling ontbreekt terwijl dit door velen van hen (N=13) wel wordt verlangd.

‘Kijk als er met iedereen wordt afgesproken van; ‘Hey jullie moeten je daarin verdiepen en je moet weten wat het [gezondheidsprogramma] inhoudt.’ Ik wil niet zeggen dat het van bovenaf opgelegd moet worden, maar ik zou dan meer één lijn kiezen.’ (R12, teamleider)

‘Terugkoppeling ontbreekt volledig. Ik heb geen enkel zicht op wie nou gebruikmaakt van wat. Het kan best zijn dat er heel intensief meegewerkt wordt. Ik hoor er [het gezondheidsprogramma] nooit iets van.’ (R15, directeur)

Dertien respondenten gaven aan dat zij terugkoppeling willen zien. Dit kan voor hen als grondslag gelden om het onderwerp bij overleggen op de agenda te zetten of om het onderwerp te bespreken met collega's, zoals dertien respondenten aangaven. Daarnaast gaf een derde aan dat terugkoppeling voornamelijk de win-winsituatie duidelijk moet maken, zodat zij weten wat het promoten hen kan opleveren.

‘Ik zou wel meer informatie willen hebben, zodat als ik een monitoringoverleg heb of andere overleggen met supervisors dat ik ook informatie kan overdragen zoals cijfers/ aantallen. Laten we het eens op de agenda zetten. Laten we het er eens over hebben wat je eraan zou kunnen hebben, wat je zou kunnen inzetten. Want dat willen mensen graag, we willen best wel iets vertellen en ergens enthousiast over zijn, maar dat moet ook in de zin van; wat kan het mij opleveren?’ (R6, HR adviseur)

‘De doorvertaling maken over wat het [gezondheidsprogramma] hen kan opleveren. Dat is waar het vaak misgaat. Dan lijkt het dat we dit moeten doen, omdat het hoofdkantoor dat wil. Of doe je het omdat je wilt dat je medewerker niet uitvalt? Weet je dát is waar het omdraait.’ (R15, directeur)

4.2.3. Belemmerende factoren ten aanzien van het promoten

Als belemmeringen ten aanzien van het promoten van het programma werden verschillende factoren opgesomd. Voorbeelden zijn: het gebrek aan tijd (N=9), het gebrek aan prioriteit (N=8), het acteren op verschillende locaties (N=4) en de grootte van de groepen medewerkers (N=2).

‘Het lastige bij ons is dat je natuurlijk met een detacheringsconstructie werkt. Onze baanconsulenten die zijn echt leidinggevend op afstand.’ (R18, manager Talent & Werk)

‘De groepen zijn bij Productie af en toe wel te groot voor één teamleider en er is teveel wisselingen van teamleiders. Ik heb zelf die ervaring er niet mee, maar ik heb wel ervaring als mijn collega vier weken op vakantie is dan heb je vier weken 50 tot 60 mensen. Dan ben je aan het overleven zeggen wij altijd en dan kom je aan die dingen [preventief attenderen] echt niet toe.’ (R7, teamleider)

4.2.4. Informatiestromen

Betreffende het informeren van de medewerkers tijdens overleggen, gaven vijf respondenten aan dat dit resulteert in eenzijdige communicatie vanwege de te grote groepen. Het betrekken van de eerste medewerker (N=2) of het betrekken van de omgeving van de medewerker (N=3) kan volgens enkele respondenten bijdragen aan een betere bekendheid van het programma. Naast deze mogelijk bevorderende factoren, wordt het delen van

succesverhalen bij toolboxen en andere communicatiekanalen ook als bevorderend gezien (N=7). Een andere mogelijkheid is wederom het organiseren van jaarlijkse informatiebijeenkomsten voor het leidinggevend kader om het gezondheidsprogramma onder de aandacht te brengen en om iedereen op de hoogte te houden van de mogelijkheden en het aanbod (N=7).

'Als je 120 man in één keer moet informeren is het vaak vrij beperkt dan is het ook gewoon eenrichtingsverkeer. Je wilt ook graag dat daar iets van interactie is zeg maar. Dat zal je denk ik toch gewoon individueel moeten doen.' (R6, HR adviseur)

Het gezondheidsprogramma staat bij sommige respondenten wél (N=2) en bij anderen (N=5) niet op de agenda bij kennisoverdracht noch werkoverleg.

'In onze overlegstructuur is een bemiddelingsoverleg het belangrijkste samen met de speerpunten van de bedrijfsplannen waar we mee bezig zijn, maar dan bespreken we dit [het gezondheidsprogramma] niet. Dit is niet een terugkomend of eenmalig iets per maand om te zeggen; Hey jongens wat doen we aan het Lekker in je vel programma.' (R14, consulent)

De helft van de respondenten (N=9) gaf aan dat zij onbekend zijn met de collegiale informatiestromen omtrent het gezondheidsprogramma. Zij hebben weinig tot geen idee over de huidige vorm van promotie bij collega's en zij weten niet hoe de onderlinge communicatie over het programma gaat.

'Ik weet niet of het [gezondheidsprogramma] echt actief gepromoot wordt, maar ik denk dat het schrikbarend weinig is.' (R3, rayonleider)

'Ik weet niet hoe dat [de communicatie over het gezondheidsprogramma] gaat van supervisors naar teamleiders. Ik denk dat de teamleider daar meer in mee mag worden genomen, omdat je het dan hoort uit eerste hand. Waar gebeurt het anders?' (R16, manager Talent & Werk)

4.3. Motivatie

De laatste component van het COM-B model is motivatie, zoals reflectieve denkprocessen en automatische processen. Zoals de naam al doet vermoeden vallen hieronder de codegroeperingen met betrekking tot de motivatie ten aanzien van het gedragsdoel en omtrent de verantwoordelijkheid ten aanzien van gezondheid.

4.3.1. Motivatie ten aanzien van het gedragsdoel

Het vooraf opgesteld gedragsdoel werd bevraagd tijdens de interviews en daarbij gaven zestien respondenten aan dat dit niet haalbaar noch realistisch is. Hiervoor gaven zij verschillende redenen, zoals dat het té frequent is (N=4), dat het niet past binnen de organisatiecultuur (N=2) of dat zij er gewoonweg niet mee bezig zijn (N=3).

'Ik denk dat het [gewenst gedragsdoel] niet haalbaar is. Sowieso iedere week dat is heel veel. Ik denk dat het een keer of tien per jaar gebeurt voor een training.' (R1, teamleider)

Daarnaast gaf een tiental respondenten aan dat het promoten vanuit intrinsieke motivatie moet komen, waarvan vijf respondenten expliciet aangaven dat het anders niets zegt over de

kwaliteit van het gesprek of van de attentie. Het op de agenda zetten van het onderwerp 'gezondheidsprogramma' bij het leidinggevend kader (N=1) en het realiseren van intrinsieke motivatie bij hen (N=10) werden als bevorderend gezien.

'Het is een beetje een cultuuringetje dat als we iets willen laten slagen dat we dan leidinggevend en opdrachten geven om iets te doen. Als een leidinggevende het belang er niet van inziet en hij krijgt de opdracht om het drie maanden lang elke week te bespreken, dan zegt hij; 'Ik heb het gedaan, vinkje, vinkje, vinkje klaar!' Het zegt dan nog niets over de kwaliteit ervan.' (R2, manager Talent & Werk)

'Als jij van mij, als leidinggevende, verwacht dat ik hier enthousiast mijn tijd in steek dan moet het alweer via iemand die daar misschien minder enthousiast over is. Een verkoper moet achter het product staan en ik denk niet dat alle leidinggevend en achter het product [het gezondheidsprogramma] staan.' (R12, teamleider)

4.3.2. Verantwoordelijkheid ten aanzien van gezondheid

Van de achttien ondervraagden vonden zeven daarvan dat medewerkers zelf verantwoordelijk zijn voor hun gezondheid. Hiervan gaf een drietal respondenten aan dat de werkgever niet té betuttelend moet zijn en de grens hierin moet handhaven.

'Zijn gezondheid is niet mijn verantwoordelijkheid. Ik moet zorgen dat ze 's morgens gezond binnenkomen en gezond weggaan, maar wat ze er tussendoor doen en thuis ja.. We moeten oppassen dat we geen doctoren worden.' (R4, supervisor)

Drie van de achttien respondenten gaven tenslotte aan dat zij de mogen medewerker pushen voor deelnamen aan gezondheidsbevorderende activiteiten. Dit is in tegenspraak met vier respondenten die het hier niet mee eens zijn, omdat medewerkers zich dan mogelijk onder druk voelen.

'Je pusht dat [deelnemen aan 'Lekker in je vel'] wel een beetje. Bij de ene moet je dat tactisch doen en bij de andere hoeft je bijna niks te doen.' (R8, supervisor)

'De medewerker kan zich ook onder druk gezet voelen en dat is wat we níét willen met 'Lekker in je vel'.' (R2, manager Talent & Werk)

5. Discussie

In dit hoofdstuk wordt kritisch gekeken naar de onderzoeksresultaten in combinatie met de literatuur. Tot slot worden verbeterpunten van dit onderzoek en suggesties voor een vervolgonderzoek beschreven.

5.1. Interpreteren van resultaten

5.1.1. Belemmerende factoren

Het COM-B model (Michie et al., 2011) is in dit onderzoek als theoretisch raamwerk gebruikt in combinatie met de determinanten die naar voren komen bij het MIDI (Fleuren et al., 2014). De resultaten tonen inzicht in de ervaren belemmerende en bevorderende ervaren die vervolgens zijn onderverdeeld in deze determinanten.

Uit de resultaten komt duidelijk naar voren dat teamleiders onvoldoende kennis hebben van de mogelijkheden die het gezondheidsprogramma biedt. Daarnaast is uitgewezen dat de taken en verwachtingen van leidinggevenden voor enkelen van hen onduidelijk zijn. Het is mogelijk dat deze factoren ertoe geleid hebben dat er veel verschil is ontstaan in het promotiegedrag tussen leidinggevenden. Deze belemmeringen in kennis en taakopvatting en het gebrek aan ervaren sociale steun, zijn mogelijke aanleidingen voor het niet preventief promoten van het programma.

De resultaten laten daarnaast zien dat het schort aan onderlinge communicatie en draagvlak bij leidinggevenden. Collega's weten bijvoorbeeld niet van elkaar hoe, en of er überhaupt promotiegedrag wordt uitgevoerd. In een persoonlijk gesprek met een van de managers Talent & Werk (2 mei 2017) bleek dat dit een bekend knelpunt is binnen haar team. Zo vertelde zij dat het met regelmaat misgaat in de communicatielijn van de supervisors naar de teamleiders toe. Supervisors worden gevoed met informatie door managers Talent & Werk, directeuren én HR adviseurs, maar toch ontvangen teamleiders deze informatie niet. Dit kan een verklaring zijn waarom het schort aan verankering en voldoende bekendheid van het gezondheidsprogramma op de werkvloer (Jacobs, 2015; CBOimpact, 2015; Berenschot, 2016).

Dat het gezondheidsprogramma niet op de agenda staat bij werkoverleggen en kennisoverdrachten kan hiervan tevens een gevolg zijn. Daarnaast zijn het gebrek aan formaliteit en terugkoppeling aanvullend geachte belemmeringen die mede kunnen resulteren in het ontbreken van het gezondheidsprogramma als agendapunt.

Indien deze ervaren belemmeringen worden vergeleken met de kritiek geachte determinanten van het MIDI (Fleuren et al., 2014) dan laat dit overeenkomsten zien. De door de onderzoeker relevantst gevonden determinanten die hiermee overeenkomen zijn: kennis, zichtbare uitkomsten, sociale steun, formele bekrachtiging van het management en taakopvatting. In bijlage 2 zijn deze en andere determinanten van het MIDI schematisch weergegeven (Fleuren et al., 2014).

5.1.2. Bevorderende factoren

De resultaten laten naast de bovengenoemde belemmeringen ook bevorderende factoren zien. Zo word het opnemen van gezondheid in het jaargesprek als bevorderend gezien, omdat leidinggevenden dan verplicht zijn om dit te bespreken. Dit is tevens een voorbeeld van het invoeren van formaliteit dat eerder al bevorderend werd geacht.

Daarnaast wordt het stimulerend geacht om jaarlijks informatiebijeenkomsten te organiseren voor leidinggevendenden. Deze bijeenkomsten bieden namelijk de kans om meer sociale steun en draagvlak te creëren. Dit biedt tevens direct de mogelijkheid om formaliteit en terugkoppeling hoger in het vaandel te zetten.

Het bespreken van het gezondheidsprogramma en het communiceren over het gewenst promotiegedrag, zullen resulteren in handvatten om het programma onder de aandacht te brengen. Zodoende leren leidinggevendenden om medewerkers door te verwijzen naar activiteiten van het programma. Deze doorverwijzingen middels risicofactoren of profielen zijn namelijk voorbeelden van wervingsstrategieën die een groot bereik genereren bij de specifieke arbeidsdoelgroep van IBN (Bertens & Van Kesteren, 2011). Deze bijeenkomsten bieden daarnaast kansen om de win-winsituatie duidelijk voor ogen te krijgen bij het leidinggevend kader met als gevolg dat er meer draagvlak en motivatie komt om het gewenst gedragsdoel te vertonen. Dit maakt dat naast de reeds benoemde determinanten, ook 'persoonlijk voordeel' een relevant geachte determinant is gebleken.

Wat betreft de huidige vorm van promoten, namelijk tijdens werkoverleggen op de werkvloer, wordt aangegeven dat de groepen medewerkers té groot zijn. Het communiceren met de doelgroep in combinatie met de grote groepen is een bekend en moeilijk vraagstuk binnen de organisatie. Dit bleek reeds uit de literatuurstudie (Jacobs, 2015; Jansen et al., 2002). Om deze eenzijdige communicatie te vermijden, kan het betrekken van de eerste medewerkers en de omgeving van medewerkers nieuwe kansen bieden. Evenzo wordt het communiceren van succesverhalen bij toolboxen of andere communicatiekanalen bevorderend geacht. Dit komt tevens overeen met de literatuurstudie waaruit bleek dat de arbeidsdoelgroep het best te bereiken is met mond-op-mond reclame en middels het enthousiasme van deelnemers (Bertens & Van Kesteren, 2011).

Een van de managers Talen & Werk, werkzaam bij IBN, vertelde in een persoonlijk gesprek (2 mei 2017) dat het betrekken van leerwerkcoaches een uitgelezen kans is om het gezondheidsprogramma te promoten. Deze coaches hebben namelijk overleggen met medewerkers in kleine groepjes van tien tot twintig personen en kennen de medewerkers vaak goed. In tegenstelling tot teamleiders bespreken zij niet-werkgerelateerde zaken. De kleinere groepen, alternatieve onderwerpen en de goede relatie maken leerwerkcoaches tot potentiële intermediaire gebruikers. Het is daarbij relevant om te vermelden dat niet elk IBN-bedrijf over leerwerkcoaches beschikt.

Op voorhand was de verwachting dat leidinggevendenden een relevante rol hebben in het promoten van het gezondheidsprogramma. Dit werd al gauw bevestigd door de literatuur (Fleuren et al., 2014; Brug et al., 2017). Daarnaast bleken de vaak voorkomende discrepanties tussen implementatieniveaus ook in dit onderzoek aanwezig te zijn (Brug et al., 2017). Tot aan dit onderzoek zorgden de programmaontwikkelaars voor een intern gezondheidsprogramma, waarna werd beoogd dat leidinggevendenden dit promootten op de werkvloer. Uit dit onderzoek blijkt echter dat deze taak niet duidelijk was voor leidinggevendenden en dit heeft er mogelijk voor gezorgd dat het gezondheidsprogramma onvoldoende bekend en onvoldoende verankerd is in de organisatie.

5.2. Reflectie op deze studie

Dit onderzoek kenden verschillende sterke punten. Zo zijn er diverse handelingen uitgevoerd om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te waarborgen. Een voorbeeld hiervan is dat de onderzoeker gebruikmaakte van een goed uitgewerkte en gedetailleerde onderzoeksopzet,

waarbij tevens nauw contact plaatsvond met een contactpersoon van de opdrachtgever (Verhoeven, 2014). Evenzo zorgden het gebruik van opnameapparatuur voor een verhoogde betrouwbaarheid. Het maken van een getrianguleerde opzet verhoogde de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek. Het gebruikmaken van citaten zorgt daarnaast voor een illustratieve onderbouwing van de resultaten (Baarda et al., 2013).

Hoewel dat dit onderzoek interessante resultaten oplevert, zijn bepaalde beperkingen waargenomen. Als deze beperkingen worden meegenomen, kan deze studie mogelijk betrouwbaardere resultaten opleveren.

De lezer dient rekening te houden dat de resultaten niet volledig generaliseerbaar zijn voor de gehele organisatie. In deze studie zijn namelijk achttien respondenten op voorhand geselecteerd terwijl het leidinggevend kader uit 164 leidinggevendenden bestaat. Er bestaat tevens een mogelijkheid dat de ondervraagden sociaal wenselijk antwoordden aangezien de onderzoeker in de projectgroep van het gezondheidsprogramma zat. Daarnaast boden de semigestructureerde interviews mogelijkheden voor brede antwoorden. Het gevolg hiervan is dat de resultaten zijn geanalyseerd op wat de respondenten daadwerkelijk hebben verteld tijdens de interviews. Hierdoor kan het zijn dat respondenten het ook eens zijn met uitspraken van anderen, maar deze opvattingen zijn in deze studie niet opgenomen in de resultaten.

Na afloop van het onderzoek bleek dat de onderzoeker tevens de eerste medewerker had mogen interviewen. Deze medewerkers hebben geen formele leidinggevende rol, maar bleken volgens enkele respondenten wel mogelijk een rol te spelen in het promoten. De leerwerkcoaches werden ook benoemd als potentiële promotors en intermediairs, maar zijn in dit onderzoek niet bevraagd.

Het op voorhand gekozen COM-B model (Michie et al., 2011) was door de onderzoeker geselecteerd, omdat deze verschillende gedragsveranderingstheorieën integreert en daarom uitstekend is om een brede determinantenanalyse uit te voeren. Onderzoek naar de sensitiviteit van dit model is echter nog gering evenals de kennis over positieve effecten van gezondheidsbevordering op de werkplek (Kuiper et al., 2011). Om de betrouwbaarheid te vergroten is dit model gecombineerd met het MIDI (Fleuren et al., 2014). Deze vragenlijst vraagt tevens om vervolgonderzoek om de sensitiviteit ervan beter te onderbouwen.

5.3 Suggesties vervolgonderzoek

Vervolgonderzoek is nodig om verbanden te leggen binnen IBN-bedrijven en hun leidinggevendenden, indien gewenst. Dit onderzoek reikte namelijk naar een brede determinantenanalyse en keek daarom niet naar individuele IBN-bedrijven noch verbanden binnen leidinggevendenden functies. Een ander suggestie voor een vervolgonderzoek, is het nagaan van de communicatielijnen en het draagvlak tussen supervisors, teamleiders, eerste medewerkers en de leerwerkcoaches. De opgesomde punten van verbetering kunnen in deze onderzoeken meegenomen worden om de betrouwbaarheid ervan te vergroten.

6. Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvraag en vervolgens wordt nagegaan of de hypothese juist was.

6.1. Conclusie

In dit kwalitatief onderzoek is getracht antwoord te geven op de vraag: *'Welke bevorderende en belemmerende factoren ervaart het leidinggevend kader van IBN tijdens het promoten van het gezondheidsprogramma?'*

Uit de resultaten komen de volgende determinanten als belangrijkste bevorderende factoren voor het promoten van het gezondheidsprogramma naar voren:

- 1) Zichtbaarheid uitkomsten (opportunity): het tonen van successen en resultaten.
- 2) Sociale steun (opportunity): het ervaren van sociale steun.
- 3) Persoonlijk voordeel/ nadeel): het opleverend voordeel communiceren.
- 4) Formele bekrachtiging management (opportunity): het maken van formele afspraken over het promoten en bespreekbaar maken van het programma.
- 5) Taakopvatting (motivation): heldere taken en verwachtingen voor leidinggevendenden.

Daarnaast komen uit de resultaten de volgende determinanten naar voren die als belangrijkste belemmerende factoren worden ervaren ten aanzien van promoten:

- 1) Kennis (capability): gebrek aan voldoende kennis over het gezondheidsprogramma;
- 2) Taakopvatting (motivation): onduidelijke taken en verwachtingen voor leidinggevendenden;
- 3) Sociale steun (opportunity): gebrek aan sociale (collegiale) steun en draagvlak;
- 4) Zichtbaarheid uitkomsten (opportunity): het ontbreken van resultaten of successen.

De hierboven opgesomde resultaten hebben uitgewezen dat het nog schort aan alle drie de componenten van het COM-B model. Zo is gebleken dat het ontbreekt aan voldoende kennis over de mogelijkheden van het gezondheidsprogramma. Daarnaast worden onduidelijke taakopvattingen en een gebrek aan sociale steun ook als belemmerende factoren ervaren. Evenzo is gebleken dat het gebrek aan zichtbare uitkomsten, zoals resultaten en succesverhalen, ook als belemmeringen worden geacht.

Naast deze ervaren belemmerende factoren, wees dit onderzoek uit welke factoren bevorderend worden ervaren. Het uitwisselen van zichtbare uitkomsten is een van de bevorderend geachte factoren. Daartoe behoort ook het realiseren van sociale steun binnen leidinggevendende teams om het gezondheidsprogramma bespreekbaar te maken. Om het belang van het programma nog meer te benadrukken en om meer draagvlak vanuit het management te creëren, is het vormgeven van formaliteit een relevant geachte determinant. Het hierin opnemen van een heldere taakopvatting wordt als bevorderend gezien, evenals het benadrukken van het persoonlijk voordeel dat leidinggevendenden hebben bij het promoten van het programma.

Uit dit kwalitatief onderzoek is gebleken dat wanneer IBN de bekendheid en het effect van haar gezondheidsprogramma wil vergroten, zij de belemmerende geachte factoren uit dit onderzoek dient in te perken en de bevorderende factoren dient te maximaliseren.

6.2. Aanbevelingen

De meest relevante aanbeveling voor IBN, is kortweg het inperken van de ervaren belemmerende factoren en het inspelen op de bevorderende factoren. De aanbevelingen die hieronder worden gedaan, zullen resulteren in meer bekendheid en een betere verankering van het gezondheidsprogramma.

6.2.1. Terugkoppeling communiceren

Uit voorliggend onderzoek is naar voren gekomen dat het gebrek aan terugkoppeling onder andere ertoe leidt dat leidinggevenden het gezondheidsprogramma onvoldoende promoten. Het onderwerp is geen agendapunt noch prioriteit bij leidinggevenden, omdat er geen grondslag is om dit onderwerp te bespreken. Het communiceren van deelnemerscijfers, succesverhalen en baten voor leidinggevenden, zijn relevant voor het beter bespreekbaar maken van dit programma.

Het advies aan IBN is dan ook om de afdeling communicatie een dashboard te laten ontwikkelen om via deze vorm terugkoppelende informatie te kunnen verspreiden omtrent het gezondheidsprogramma. Dit biedt de mogelijkheid om op een eenvoudige en visuele manier het gezondheidsprogramma in beeld te brengen. Dit dashboard kan bijvoorbeeld de deelnamecijfers per activiteit of evaluaties weergeven. Daarnaast kan gedacht worden aan het beschrijven van succesverhalen of resultaten, denk hierbij aan het aantal deelnemers dat na een half jaar nog steeds gestopt is met roken. Deze vorm van terugkoppeling dient halfjaarlijks vergeven te worden, zodat het programma levendig wordt gehouden en voldoende nieuwe informatie te kunnen tonen. Naast het dashboard is het aanbevolen om succesverhalen, deelnamecijfers en resultaten te communiceren via de communicatiekanalen, zoals Ons IBN, Facebook en interne flyers.

6.2.2. Organiseren van informatiebijeenkomsten

In dit onderzoek kwam ook naar voren dat leidinggevenden momenteel onvoldoende kennis hebben over het gezondheidsprogramma en dat de taakopvatting voor hen onduidelijk is.

Het organiseren van informatiebijeenkomsten voor leidinggevenden wordt dan ook aanbevolen. Deze bijeenkomsten bieden namelijk de kans om over het gezondheidsprogramma te communiceren en om alle leidinggevenden in één keer te bereiken. Het is verstandig als IBN op voorhand een gewenst gedragsdoel opstelt, zodat zij dit kan communiceren tijdens deze bijeenkomsten. Uit dit doel dient duidelijk te worden waar het gewenst gedrag moet plaatsvinden, wie het moet vertonen en wat de relevantste momenten zijn om deze vorm van promotie uit te voeren. Hier volgt een voorbeeld van een mogelijk gewenst gedragsdoel: 'Leidinggevenden promoten het gezondheidsprogramma en attenderen medewerkers preventief en persoonlijk waar zij dit relevant achten. Dit behoort tot een maandelijks agendapunt in werkoverleggen en hierop zijn zij ten alle tijden alert, zodat zij medewerkers in een persoonlijk gesprek kunnen attenderen op een voor hen relevant geachte activiteit.'

Het organiseren van deze bijeenkomsten dient jaarlijks plaats te vinden, zodat leidinggevenden het aantal bijeenkomsten niet als vervelend gaan beschouwen. Daarnaast zal het jaarlijks organiseren zorgen voor meer betrokkenheid bij leidinggevenden en zijn zij up-to-date over de mogelijkheden en het aanbod van het gezondheidsprogramma.

Het combineren van verschillende leidinggevenden, die werkzaam zijn bij verschillende IBN-bedrijven of vestigingen, kan zorgen voor meer interactie. Het is daarnaast van belang dat tijdens deze bijeenkomsten de win-winsituatie voor leidinggevenden duidelijk wordt. Als leidinggevenden de baten van het promoten gaan inzien, zoals verlaagde verzuimcijfers of enthousiastere medewerkers, dan resulteert dit in het frequenter vertonen van dit doelgedrag. Tenslotte biedt deze gelegenheid de kans voor leidinggevenden en programmaontwikkelaars om elkaar terugkoppeling te geven over de gang van zaken en om mogelijkheden voor de toekomst te bepalen.

7. Literatuuronderzoek

- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., de Goede, M., Peters, V., & Van der Velden, T. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff Uitgevers.
- Baart, P., & Raaijmakers, T. (2010). *Developments in the field of work and health in the Netherlands in the period of 1990-2010*. Opgehaald van BaartRaaijmakers website: [http://centrumwerkgezondheid.nl/wp-content/uploads/2016/08/Developments in the field of work and health in the Netherlands 1990-2010-BaartRaaijmakers-7April2010.pdf](http://centrumwerkgezondheid.nl/wp-content/uploads/2016/08/Developments_in_the_field_of_work_and_health_in_the_Netherlands_1990-2010-BaartRaaijmakers-7April2010.pdf)
- Bertens, M.G.B.C., & Van Kesteren, N.M.C. (2011). *Inventarisatie beweegstimuleringsinterventies voor lage SES bevolkingsgroepen en/of niet-Westerse allochtonen in Nederland (2000-2010)* (Nr. TNO 2011 R2011.029). Opgehaald van TU Delft Library website <http://repository.tudelft.nl/view/tno/uuid%3Ae6fa1bc1-2214-458d-9f6e-b5f702992627/>
- Centraal Planbureau, Sociaal en Cultureel Planbureau, Ministerie van SZW, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, TNO & Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (2016). *Perspectief op de onderkant van de arbeidsmarkt* Opgehaald van TNO website [https://www.tno.nl/media/8093/perspectief op de onderkant van de arbeidsmarkt.pdf](https://www.tno.nl/media/8093/perspectief_op_de_onderkant_van_de_arbeidsmarkt.pdf)
- Brug, J., Van Assema, P., & Lechner, L. (2017). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: een planmatige aanpak* (Herz. ed.). Assen, Nederland: Koninklijke Van Gorcum.
- CBOimpact. (2015). *Verankering gezondheidsbeleid IBN*. Uden.
- Fishbein, M., Bandura, A., Triandis, H. C., Kanfer, F. H., Becker, M. H., Middlestadt, S. E., & Eichler, A. (1992). *Factors Influencing Behaviour and Behaviour Change: Final Report for NIMH theorists workshop*. Washington, D.C.
- Fleuren, M.A.H., Paulussen, T.G.W.M., Van Dommelen, P., Van Buuren, S. (2014). Towards a measurement instrument for determinants of innovations (MIDI). *International Journal for Quality in Health Care*, 26, 501-510. doi:0.1093/intqhc/mzu060
- Gratton, C., Jones, I., & Robinson, T. (2011). *Onderzoeksmethoden voor sportstudies*. Groningen, Nederland: Routledge.
- Grijns, C., & Van Rooijen, P. (2005.) *Fris en fit in de Sociale Werkvoorziening. Verslag van het project Gezondheid bevorderen bij mannen met lage SES* (NIGZ-Nr. GB051637). Geraadpleegd op Gezondheidsmanagement website <http://www.gezondheidsmanagement.nl/upload/FrisenFitindeSW.pdf>
- Huber, M., Knotterus, A., Green, L., Van der Horst, H., Jadad, A.J., Kromhout, D., . . . Smids, H. (2011). How should we define health?. *BMJ*, 343. doi:10.1136/bmj.d4163

- IBN. (2016). *Jouw inzetbaarheid, onze toekomst. Beleidsdocument inzetbaarheid*. IBN: Uden.
- Jacobs, K. (2015). *Een gezonde leefstijl, ook op het werk!* Uden: IBN.
- Jansen, J., Schuit, A.J., Van der Lucht, F. (2002). *Tijd voor gezond gedrag: Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen* (RIVM-rapportnr.: 270555004). Geraadpleegd van Rijkstinstituut voor Volksgezondheid en Milieu website <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270555004.pdf>
- Kuiper, C., Heerkens, Y., Balm, M., Bieleman, A., & Nauta, N. (2011). *Arbeid en gezondheid: een Handboek voor paramedici en arboprofessionals*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Michie, S., Van Stralen, M.M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6. doi:10.1186/1748-5908-6-42
- NISB. (2017). *BRAVO-kompas: In 7 stappen naar gezond werk*. Opgehaald van NISB website op 14 februari 2017, van <http://tools.nisb.nl/bravo-kompas/bravo-kompas.html>
- Robroek, S.J.W., Van den Berg, T.I.J., Plat, J.F., Burdorf, A. (2010). The role of obesity and lifestyle behaviours in a productive workforce. *BMJ*, 68. doi:[10.1136/oem.2010.055962](https://doi.org/10.1136/oem.2010.055962)
- Sassen, B. (2011). *Gezondheidsbevordering en preventie door paramedici*. Amsterdam, Nederland: Reed Business.
- Vaandrager, L., Peeters, J., Bosman, A., & Schouteten, R. L. J. (2013). *Vitale medewerkers in vitale organisaties: de resultaten van de sectoranalyse binnen het WO. Deel 1 van de Taskforce Vitaliteit*. Geraadpleegd op Radboud Universiteit Nijmegen website: <http://hdl.handle.net/2066/145140>
- Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Den Haag, Nederland: Boom Lemma Uitgevers.
- Vos, S., & Scheerder, J. (2012). *Sport-en beweegmanagement in de lage landen. Strategisch en operationeel managen van sport-en beweegorganisaties*. Gent: AcademiaPress.

8. Bijlagenlijst

Bijlage 1. Jaarkalender 2017 Lekker in je vel	31
Bijlage 2. Determinantenlijst gemeten het MIDI	33
Bijlage 3. Operationalisatieschema	34
Bijlage 4. Topiclist	38
Bijlage 5. Interviewplanning	40
Bijlage 6. Codeerschema	41
Bijlage 7. Het COM-B model inclusief resultaten	45

Bijlage 1. Jaarkalender 2017 Lekker in je vel

Hieronder wordt het gezondheidsbevorderend aanbod van het intern gezondheidsprogramma vertoond aan de hand van de jaarkalender.

Jaarkalender 2017 Lekker in je vel

Januari

Diëtiste informatiestand in bedrijfsrestaurants

9 januari Uden
10 januari Oss
11 januari Cuijk
12 januari Veghel
12.00-13.00 uur

Winterwandeling

22 januari Oss
09.30 uur 15/20 km
10.00 uur 7 km

Februari

Supermarktrondleiding

1 februari Uden
7 februari Oss
15 februari Cuijk
21 februari Veghel
17.00-18.00 uur

Maart

'Start to run'

Startdatum 11 maart Uden

Kookworkshop

15, 22 en 29 maart Uden
18.00-20.30 uur

Ontspanningstraining

'Energie krijgen en houden'
9, 16, 23, 30 maart en 6, 13 april Uden
17.30 uur-20.00 uur

Workshop mindfulness

13 maart Uden
17.30-19.00 uur

April

Lentewandeling

2 april Uden

Ontspanningstraining 'Slimmer omgaan met stress en onrust

11, 18 april en 9, 16, 23, en 30 mei Uden
17.30-20.00 uur

Workshop 'Grip op geld'

5, 12, 19, 26 april en 3 mei Uden
17.30-20.30 uur

Mei

Zaalvoetbal training

24, 31 mei en 7 juni Grave 18.00-19.00 uur
22 en 29 mei Veghel 17.00-18.30 uur

Juni

Zaalvoetbal training

1 en 8 juni Oss 20.00-21.00 uur

Zomerwandeling

4 juni Cuijk

Zaalvoetbal toernooi

10 juni Oss
13.00-17.00 uur

IBN LEKKER IN JE VEL



IBN de basis voor groei

Versie december 2016

September

Fietstocht

3 september

'Start to run'

Informatieavond stoppen met roken

19 september Uden
18.00-19.00 uur

Oktober

Herfstwandeling

1 oktober Veghel

Groepstraining stoppen met roken

2, 9, 23, 30 oktober en 6, 13 en 20 november
Uden 17.30-19.00 uur

Ontspanningstraining 'Energie krijgen en houden'

3, 10, 17, 24, 31 oktober en 7 november
Uden 17.30-20.00 uur

Workshop mindfulness

9 oktober Uden
17.30-19.00 uur

Supermarktrondleiding

Kookworkshop

11, 18 en 25 oktober Uden
18.00-20.30 uur

November

Ontspanningstraining 'Slimmer omgaan met stress en onrust'

9, 16, 23, 30 november en 7, 14 december
Uden 17.30-20.00 uur

IBN LEKKER IN JE VEL



Workshop 'Grip op geld'

1, 8, 15, 22, 29 november Uden
17.30-20.30 uur

Training dansen

Bewust genieten

December

Dansavond

Bij genoeg aanmeldingen organiseren wij de trainingen die nu alleen in Uden zijn gepland ook graag op onze andere vestigingen.

Aanmelden

Medewerkers met een dienstverband bij IBN kunnen deelnemen. Meld je aan via je leidinggevende, of mail naar lekkerinjevel@ibn.nl of bel met 0413 28 28 37.



IBN de basis voor groei

Bijlage 2. Determinantenlijst gemeten het MIDI

De onderstaande tabel toont de lijst met 29 belangrijk geachte determinanten van innovatieprocessen die gemeten zijn met het MIDI (Fleuren et al., 2014).

Determinanten m.b.t. de innovatie	
1 procedurele helderheid	5 congruentie huidige werkwijze
2 juistheid	6 zichtbaarheid uitkomsten
3 compleetheid	7 relevantie cliënt
4 complexiteit	
Determinanten m.b.t. de gebruiker	
8 persoonlijk voordeel/ nadeel	14 descriptieve norm
9 uitkomstverwachting	15 subjectieve norm
10 taakopvatting	16 eigen-effectiviteitsverwachting
11 tevredenheid cliënt	17 kennis
12 medewerking cliënt	18 informatieverwerking
13 sociale steun	
Determinanten m.b.t. de organisatie	
19 formele bekrachtiging management	24 beschikbaarheid materialen en voorzieningen
20 vervanging bij personeelsverloop	25 coördinator
21 capaciteit/bezettingsgraad	26 turbulentie in organisatie
22 financiële middelen	27 Beschikbaarheid informatie over gebruik innovatie
23 tijd	28 feedback aan gebruiker
Determinanten m.b.t. sociaal politieke omgeving	
29 wet- en regelgeving	

Bijlage 3. Operationalisatieschema

Het operationalisatieschema is hieronder weergegeven. Dit werd gebruikt om de begrippen uit de literatuurstudie meetbaar te maken, zodat deze onderzocht konden worden tijdens de interviews.

Specificeer doelgedrag Beschrijf het doelgedrag in termen van wie, wat, wanneer, waar, hoe vaak en met wie moet doen.	
Doelgedrag	Promoten van het gezondheidsprogramma Lekker in je vel
<u>Wie</u> moet het gedrag vertonen?	Het leidinggevend kader van IBN
Wat moet men anders doen om de gewenste verandering te realiseren?	Actief via het gebruik van meerdere media (zoals een bericht in de nieuwsbrief, een e-mailbericht, een informatiebijeenkomst, persoonlijk face-to-face) verspreiden van informatie over het programma Lekker in je Vel en potentiële hulpbehoevende medewerkers doorverwijzen naar het programma.
Wanneer moet men dit doen?	Tijdens werkoverleggen en in persoonlijke gesprekken met medewerkers
<u>Waar</u> moet men dit doen?	In een vergaderruimte op de locatie waar men werkt
<u>Hoe vaak</u> moet men dit doen?	Wekelijks 3 maanden lang
<u>Met wie</u> moet men dit doen?	Alleen of samen met andere collega's van het leidinggevend kader (leidinggevendenden, managers, supervisors of directeuren.)

Gewenst doelgedrag = De leidinggevende verspreidt gedurende drie maanden wekelijks op actieve wijze (via gebruik van meerdere media zoals een bericht in de nieuwsbrief, een e-mailbericht, een informatiebijeenkomst en een persoonlijk gesprek) informatie over het programma Lekker in je vel aan werknemers van zijn of haar team.

COM-B (Michie et al., 2011)	Componenten	Indicatoren	Interviewvragen
Capaciteit doelt hier op de individuele psychologische en fysieke capaciteit om deel te nemen aan de innovatie. Met fysieke capaciteit worden de vaardigheden bedoeld en onder psychologische capaciteit word hier de kennis en mentale vaardigheden verstaan.	Fysieke capaciteit (vaardigheden) Psychologische capaciteit (kennis over hoe en waarom van gewenst gedrag)	Communicatievaardigheden (presenteren, gesprekstechnieken) Kennis <u>waarom</u> het belangrijk is om het programma te promoten. Kennis over <u>hoe</u> je het promoten van Lekker in je vel moet uitvoeren.	Waarom denk jij dat IBN het gezondheidsprogramma belangrijk vindt? Kun je voor- en nadelen noemen van het programma? Als je het gezondheidsprogramma onder de aandacht wilt brengen, weet je dan hoe je dit aanpakt? Kun je voorbeelden van promotie benoemen? Hoe zou je dit dan aanpakken? Denk aan draagvlak creëren of specifieke strategieën toe te passen. Zijn er vaker interventies of acties in het verleden geweest die jij onder de aandacht hebt gebracht bij de medewerkers en hoe heb je dat gedaan? Geef voorbeelden. Beschik jij over voldoende kennis en vaardigheden om het programma onder de aandacht te brengen?

Opportunity of in het Nederlands mogelijkheid wordt in dit model gedefinieerd als alle factoren die buiten het individu liggen die het gedrag mogelijk maken of bemoeilijken. Dit is opgedeeld in fysieke mogelijkheid zoals omgeving en sociale mogelijkheid zoals culturele omgeving.	Fysieke mogelijkheden (tijd en middelen, geld, materiaal)	Tijd Middelen <u>Reminders</u> op vaste momenten in jaaragenda waarop gewenste gedrag dient plaats te vinden gemakkelijkere (toegang tot) tools.	Stel je wilt het programma promoten, hoeveel tijd denk jij per week hiervoor nodig te hebben? Stel je wilt het programma promoten, wat heb je hier aan materiaal voor nodig? Noem voorbeelden die je kan gebruiken. Zijn er de komende tijd nieuwe ontwikkelingen die de promotie in de weg kunnen staan? Denk hierbij aan tijd en personeelsbezetting. Zijn er formele afspraken gemaakt met IBN over het toepassen en promoten van Lekker in je vel (in beleidsplannen, werkplannen, werkoverleggen, jaargesprekken etc.)? Vindt er binnen IBN terugkoppeling plaats over de voortgang en het succes van het programma? Zo ja, hoe vaak en wanneer?
	Sociale mogelijkheden (sociale support/druk, sociale/culturele normen, barrières, facilitators, modeling, groepsidentiteit/ conformiteit)	Steun	Hoe ervaar jij het draagvlak en de steun van andere leidinggevende collega's ten aanzien van het programma? Noem voorbeelden waaruit dat blijkt. Verwacht jij van jouw collega's dat zij het programma gebruiken en promoten? Zo ja, hoe vaak en in welke vorm?

Motivatatie verwijst naar alle hersenprocessen die gedrag activeren en richting geven zoals processen van gewoontes, intenties, analytische besluitvorming, emotionele reacties. Hieronder vallen reflectieve denkprocessen zoals evaluaties, plannen, doelen, intenties en keuzes. Automatische processen zoals emoties en impulsen horen hier ook bij.	Reflectieve denkprocessen (intentie, eigen effectiviteit, identiteit, doelen, uitkomstverwachting, optimisme, attitude):	Attitude: cognitive beliefs affective beliefs Descriptieve norm: Waargenomen gedrag van collega's; mate waarin collega's het (gewenste) gedrag vertonen Subjectieve norm: De invloed van belangrijke anderen over het (gewenste) gedrag - <i>normative beliefs</i> - <i>motivation to comply</i> Sociale steun: Steun die men ervaart of verwacht met betrekking tot het uitvoeren van het gedrag. Eigen-effectiviteit:	Hoe belangrijk vind jij het gezondheidsprogramma op een schaal van 1 zeer onbelangrijk en 10 zeer belangrijk? Wat vind jij ervan dat het promoten van Lekker in je vel door het leidinggevend kader wordt uitgevoerd? Vind jij dit taken en verantwoordelijkheden die binnen jouw functie passen? Hoeveel procent van het leidinggevend kader promoot volgens jou het programma? Verwachten jouw collega's dat jij het programma promoot? En wat trek jij je van die mening aan? Wat vind jij van het volgende gewenst gedragsdoel: De leidinggevende verspreidt gedurende drie maanden wekelijks op actieve wijze (via nieuws-brief, e-mail, informatiebijeenkomsten en een persoonlijk gesprek) informatie over het gezondheidsprogramma aan werknemers van zijn of haar team.
	Automatische processen (emoties, angst, stress, routines, gewoontes, beloningen-bekrachtiging, straf)	Wordt het gedrag al vertoond zonder er over na te denken? En in hoeverre wordt het beloond of afgekeurd? Levert het gewenst gedrag negatieve/positieve emoties op?	Als jij reeds het programma hebt promoot, wat waren jouw ervaringen daarbij? Werd het promoten gewaardeerd of wat was de respons daarvan? Ervaar jij het promoten als positief of negatief en waarom?

Bijlage 4. Topiclist

De topiclijst die tijdens alle interviews erbij werd gehouden, staat hieronder. Aan de hand hiervan kon de gespreksleider elk interview half-gestructureerd laten verlopen.

Thema 1. Introductie van het gezondheidsprogramma

- Hoe belangrijk vind jij het gezondheidsprogramma op een schaal van 1 zeer onbelangrijk en 10 zeer belangrijk? Licht toe waarom je dit vindt. (M)
Kun je voorbeelden noemen van de activiteiten binnen Lekker in je vel?
- Waarom denk jij dat IBN het gezondheidsprogramma belangrijk vindt? Kun je voor- en nadelen noemen van het programma? (C)

Thema 2. Motivatie: Reflectieve en automatische denkprocessen

- Wat vind jij er van dat het promoten van Lekker in je vel door het leidinggevend kader wordt uitgevoerd? Vind jij dit taken en verantwoordelijkheden die binnen jouw functie passen?
- Hoeveel procent van het leidinggevend kader promoot volgens jou het programma?
- Verwachten jouw collega's dat jij het programma promoot? En wat trek jij je van die mening aan?
- Als jij reeds het programma hebt promoot, wat waren jouw ervaringen daarbij? Werd het promoten gewaardeerd of wat was de respons daarvan? Licht de antwoorden toe met voorbeelden.

Thema 3. Fysieke en psychologische capaciteit

- Als je het gezondheidsprogramma onder de aandacht wilt brengen, weet je dan hoe je dit aanpakt? Kun je voorbeelden van promotie benoemen? Hoe zou je dit dan aanpakken? Denk aan draagvlak creëren of specifieke strategieën toe te passen. Beschik jij over voldoende kennis en vaardigheden om het programma onder de aandacht te brengen?
- Zijn er vaker interventies of acties in het verleden geweest die jij onder de aandacht hebt gebracht bij de medewerkers en hoe heb je dat gedaan? Geef voorbeelden.

Thema 4. Fysieke en sociale mogelijkheden

- Stel je wilt het programma promoten, hoeveel tijd denk jij per week nodig te hebben? En wat betreft materialen? Noem voorbeelden hiervan.
- Zijn er de komende tijd nieuwe ontwikkelingen die de promotie in de weg kunnen staan? Denk hierbij aan tijd en personeelsbezetting. Verantwoord je antwoord.
- Zijn er formele afspraken gemaakt met IBN over het toepassen en promoten van Lekker in je vel (in beleidsplannen, werkplannen, werkoverleggen, jaargesprekken etc.)?
- Vindt er binnen IBN terugkoppeling plaats over de voortgang en het succes van het programma? Zo ja, hoe vaak en wanneer? Hoeveel tijd krijg jij en zou jij willen krijgen van IBN om het programma zoals bedoelt te promoten in jouw dagelijkse werkzaamheden?
- Hoe ervaar jij het draagvlak en de steun van andere leidinggevende collega's ten aanzien van het programma? Noem voorbeelden waaruit dat blijkt.
- Verwacht jij van jouw collega's dat zij het programma gebruiken en promoten? Zo ja, hoe vaak en in welke vorm?

Thema 5. Afronding van het interview

- Wat vind jij van het dit gewenst gedragsdoel: De leidinggevende verspreidt gedurende drie maanden wekelijks op actieve wijze (nieuwsbrief, e-mail, informatiebijeenkomst en een persoonlijk gesprek) informatie over het gezondheidsprogramma aan werknemers van zijn of haar team.
- Bedankt voor jouw waardevolle input. Heb je verder nog op- of aanmerkingen over het programma? Is er nog iets dat je kwijt wilt?

Bijlage 5. Interviewplanning

In deze bijlage wordt de gedetailleerde interviewplanning weergegeven.

1. Teamleider	15-03 om 10.00 uur
2. Manager Talent & Werk	16-03 om 09.00 uur
3. Rayonleider	16-03 om 11.00 uur
4. Supervisor	21-03 om 11.00 uur
5. Teamleider	21-03 om 15.30 uur
6. HR adviseur	22-03 om 09.00 uur
7. Teamleider	22-03 om 11.00 uur
8. Supervisor	22-03 om 13.00 uur
9. Directeur	27-03 om 09.30 uur
10. HR adviseur	27-03 om 11.00 uur
11. Regiomanager	27-03 om 13.00 uur
12. Teamleider	27-03 om 15.00 uur
13. Teamleider	28-03 om 11.30 uur
14. Consulent	28-03 om 16.30 uur
15. Directeur	29-03 om 09.00 uur
16. Manager Talent & Werk	29-03 om 09.40 uur
17. Afdelingsmanager	29-03 om 14.15 uur
18. Manager Talent & Werk	03-04 om 11.00 uur

De interviews in Uden vonden plaats in ruimte 0.11, in Oss in ruimte OI0.011, in Cuijk in ruimte C00.032 en voor locatie Veghel was de ruimte V00.043 telkens beschikbaar gesteld.

Bijlage 6. Codeerschema

De acht codegroeperingen van dit onderzoek worden hieronder geordend middels de componenten van het COM-B model (Michie et al., 2011).

Codegroeperingen omtrent capaciteit

Codegroepering omtrent gespreksvoering over gezondheid

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Gezondheid wordt besproken	X			X	X	X	X	X		X			X	X				
Het wordt niet preventief besproken	X		X			X					X			X	X	X	X	
Goed om het op te nemen in jaarverslag	X									X	X			X				
Attenderen gebeurt preventief		X			X		X	X										
Bij problemen komt er actie in de zin van attenderen	X	X	X	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Codegroepering omtrent de huidige rol en kennis van leidinggevend

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Teamleiders worden getraind om gezondheid te bespreken		X	X															
Teamleiders moeten meer geïnformeerd worden					X	X		X	X		X	X			X	X	X	X
Mijn rol was/is niet duidelijk					X							X						
Ik weet voldoende, maar natuurlijk niet in detail			X		X		X										X	
Teamleiders weten er onvoldoende van					X	X						X		X	X			X
Het hoort bij de taken en verantwoordelijkheden	X	X	X		X				X	X	X	X	X	X	X	X		
Het verschilt per leidinggevende of die het bespreekt			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X

Codegroeperingen omtrent opportuniteit

Codegroepering omtrent ervaren steun onderling

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Vraag naar steun van iemand voor toelichting bij toolbox	X				X													
Leidinggevenden worden goed meegenomen		X		X														
Ik ervaar geen steun van mijn collega teamleiders	X				X	X						X		X	X			
Er is steun binnen het team		X		X			X	X	X									
Ik mag meer draagvlak geven			X			X			X									X

Codegroepering omtrent formaliteit en terugkoppeling van het gezondheidsprogramma

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Er is geen formaliteit opgesteld	X		X		X					X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ik zie geen terugkoppeling			X	X	X	X	X				X	X	X	X	X		X	X
Ik wil terugkoppeling zien		X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X		X	X
Terugkoppeling als grondslag voor het bespreekbaar maken			X	X	X	X	X	X	X	X		X	X		X		X	X
Win-winsituatie van maken			X			X					X	X					X	X

Codegroepering omtrent belemmerende factoren ten aanzien van het promoten

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Er is een gebrek aan tijd	X		X	X		X		X					X			X	X	X
Het heeft geen/weinig prioriteit	X		X	X		X									X	X	X	X
Het hoort niet bij onze cultuur. Cijfers tellen.	X																	
Acteren op verschillende locaties			X							X				X				X
De groep medewerkers is té groot							X		X									

Codegroepering omtrent informatiestromen

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Eenzijdige communicatie bij toolboxes. Deze zijn te groot.	X					X	X	X							X			
De eerste medewerker meer betrekken	X		X															
Rekening houden met de omgeving van de medewerker		X		X		X												
Succesverhalen delen			X			X	X	X	X		X							X
De teamleiders beter informeren						X		X	X			X	X		X	X		
Teveel systemen voor informatie	X																	
Mijn team weet al genoeg dus ik geef er weinig aandacht aan		X																
Bij vragen wordt Dorethé benaderd		X								X								
Het staat bij ons niet op de agenda voor een teamoverleg		X	X											X	X		X	
Het komt aanbod bij kennisoverdrachten en werkoverleg				X												X		
Onbekendheid over wat er momenteel gebeurd		X	X		X	X		X	X		X			X		X		

Codegroeperingen omtrent motivatie

Codegroepering met betrekking tot de motivatie ten aanzien van het gedragsdoel

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Het gedragsdoel is niet haalbaar/ realistisch	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Het is te vaak. Attenderen gebeurt minder dan 10x. p.j.	X			X			X							X				
Het is cultuur om het af te schuiven op leidinggevend		X							X									
Het zegt niets over de kwaliteit van hoe het is besproken		X								X		X				X		X
Het moet vanuit intrinsieke motivatie komen		X	X	X				X		X		X			X	X	X	X
Het moet op de agenda gezet worden.						X												
Ik ben er niet mee bezig			X	X								X						

Codegroepering omtrent verantwoordelijkheid ten aanzien van gezondheid

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Soms pushen we de medewerker	X							X					X					
De medewerker mag zich niet onder druk voelen		X		X			X							X				
Medewerkers zijn zelf verantwoordelijk	X	X		X	X		X				X							X

Bijlage 7. Het COM-B model inclusief resultaten

Hieronder zijn de resultaten in het COM-B model (Michie et al., 2011) verwerkt. De relevant geachte determinanten van het MIDI (Fleuren et al., 2014) komen allereerst aanbod, waarna de bevorderende en belemmerende ervaren factoren worden opgesomd.

