

# Future Positive micro-interventie

## Werkblad beschrijving interventie

Gebruik de HANDLEIDING bij dit werkblad

Werkblad erkenningscommissie, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstituten:



# Colofon

## **Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie**

Naam organisatie: Department of Social Psychology, Maastricht University  
Postadres: Postbus 616, 6200 MD, Maastricht  
E-mail: [Karlijn.Massar@maastrichtuniversity.nl](mailto:Karlijn.Massar@maastrichtuniversity.nl)  
Telefoon: 043-3881802

**Website** (van de interventie):

## **Contactpersoon**

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam : Karlijn Massar  
E-mail : [Karlijn.Massar@maastrichtuniversity.nl](mailto:Karlijn.Massar@maastrichtuniversity.nl)  
Telefoon : 043-3882935

## **Referentie in verband met publicatie**

Naam auteur interventiebeschrijving: Karen Schelleman-Offermans & Karlijn Massar  
Titel interventie: Future Positive micro-interventie  
Databank(en): [Loketgezondleven.nl](http://Loketgezondleven.nl)  
Plaats, instituut: Maastricht, Universiteit Maastricht  
Datum: 12-09-2019

Het werkblad is een invulformulier voor het maken van een interventiebeschrijving, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel, enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling.

De interventiebeschrijving is een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie over de interventie voor de bezoeker van de databanken effectieve interventies en voor de erkenningscommissie interventies. De informatie is van belang voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie.

Dit werkblad wordt na erkenning, inclusief contactgegevens gepubliceerd op [Loketgezondleven.nl](http://Loketgezondleven.nl) en in indien relevant ook in de databases van onze samenwerkingspartners.

**[Kijk bij het invullen in de handleiding die bij dit werkblad hoort.](#)**

# Inhoud

<b>Colofon</b> .....	<b>2</b>
<b>Inhoud</b> .....	<b>3</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>4</b>
<i>Korte samenvatting van de interventie</i> .....	4
Doelgroep .....	4
Doel .....	4
Aanpak .....	4
Materiaal .....	4
Onderbouwing .....	4
Onderzoek .....	4
<b>1. Uitgebreide beschrijving</b> .....	<b>5</b>
Beschrijving interventie .....	5
1.1 Doelgroep .....	5
1.2 Doel .....	6
1.3 Aanpak .....	7
<b>2. Uitvoering</b> .....	<b>11</b>
<b>3. Onderbouwing</b> .....	<b>14</b>
<b>4. Onderzoek</b> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.1 Onderzoek naar de uitvoering.....	19
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten.....	20
<b>5. Samenvatting Werkzame elementen</b> .....	<b>21</b>
<b>6. Aangehaalde literatuur</b> .....	<b>22</b>
<b>7. Praktijkvoorbeeld</b> .....	<b>24</b>

# Samenvatting

Eén A-4tje, max 600 woorden

## *Korte samenvatting van de interventie – max 150 woorden*

De Future Positive micro-interventie heeft als doel het verbeteren van gezondheidsgedrag en is specifiek ontwikkeld voor werknemers met een lage socio-economische positie (SEP). De interventie richt zich in het bijzonder op de variabelen hoop, optimisme, werkzaamheid/zelfvertrouwen en veerkracht die tezamen het construct Psychologisch Kapitaal (PK) vormen. De interventie bestaat uit twee groepsessies van 2 uur waarin PK, ervaren sociale steun, de autonome motivatie om leefstijl blijvend te veranderen en een positief tijdsperspectief worden verhoogd. De training wordt geleid door facilitators die motiverende gesprekstechnieken toepassen. Deelnemers stellen concrete, persoonlijke en haalbare (sub)doelen om een zelfgekozen onderdeel van hun leefstijl te verbeteren. Zij visualiseren de weg naar dit doel, brengen mogelijke obstakels op de weg in kaart en dragen aan hoe zij deze gaan overkomen. Na de groepsessies gaan deelnemers 12 weken lang zelf werken aan hun doelen en worden zij op afstand ondersteund d.m.v. prompts (herinneringen via email).

## **Doelgroep** – max 50 woorden

De interventie is ontwikkeld voor werknemers met een lage SEP (inclusief mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt, de zogenoemde sociale werkplekken), wiens leefstijl voor verbetering vatbaar is (niet roken, gezond eten, voldoende bewegen en gezond slaapritme) en waarvan de werkgever het interventieprogramma wil implementeren tijdens werktijd.

## **Doel** – max 50 woorden

Het primaire doel is het stimuleren van een gezonde leefstijl bij mensen met een lage SEP. Het secundaire doel is het versterken van Psychologisch Kapitaal (hoop, optimisme, veerkracht, vertrouwen in eigen kunnen), alsmede toekomstgericht denken, de ervaring van sociale steun en de autonome motivatie om leefstijl blijvend te veranderen.

## **Aanpak** – max 50 woorden

Twee groepsessie(s) van 2 uur worden geleid door facilitators die motiverende gespreksvoering toepassen. Deelnemers stellen concrete en haalbare zelfgekozen gezondheid-(sub)doelen, visualiseren de weg naar die doelen en identificeren mogelijke obstakels en hoe deze te overkomen. Deelnemers worden daarna 12 weken lang op afstand ondersteund door wekelijkse prompts met constructieve feedback.

## **Materiaal** – max 50 woorden

Een trainingshandleiding/draaiboek is ontwikkeld voor de facilitators die de micro-interventie sessies leiden. Interventiematerialen zijn ontwikkeld, zoals een PowerPointpresentatie, filmmateriaal, een actieplan en oefenmaterialen voor deelnemers. Materialen zijn a.d.h.v. een behoefteanalyse afgestemd op de doelgroep.

## **Onderbouwing** – max 150 woorden

Het Psychologisch Kapitaal (PK) bestaande uit hoop, veerkracht, optimisme en zelfvertrouwen wordt verhoogd in de interventie door middel van het verhogen van vaardigheden in het stellen van concrete, haalbare einddoelen en deze op te splitsen in subdoelen, hetgeen de kans op het kunnen vieren van kleine successen verhoogt (verhoogt zelfvertrouwen, hoop en optimisme). Daarnaast leren deelnemers de weg naar hun (sub)doel te visualiseren (verhoogt hoop en optimisme) en een inventarisatie te maken van mogelijke obstakels en oplossingen en als-dan-plannen hiervoor aan te dragen (verhoogt veerkracht en zelfvertrouwen). Door het verhogen van het PK, de ervaren sociale steun en de autonome motivatie om de leefstijl blijvend te veranderen verschuift het psychologisch tijdsperspectief van deelnemers van directe voordelen in het heden, naar een focus op toekomstige gezondheid. Dit leidt vervolgens tot gezonder gedrag in het heden en percepties van meer controle over de eigen gezondheid.

## **Onderzoek** – max 100 woorden

### *Intervention mapping*

Een planningsgroep is gevormd, een behoefteanalyse en pilotstudie zijn uitgevoerd en geëvalueerd met als doel de interventie nauwkeurig aan te laten sluiten bij de kenmerken van de doelgroep.

### *Procesevaluatie*

Focusgroepen met deelnemers en diepte-interviews met leidinggevendenden zijn uitgevoerd. Er is onderzocht of het beoogde doel is bereikt, of de uitvoering is gegaan volgens plan, en of de interventiematerialen toereikend waren.

### *Effectonderzoek (afgerond mid 2021)*

Effecten op gezondheidsgedrag, motivatie, PK, tijdsperspectief en ziekteverzuim worden onderzocht.

# 1. Uitgebreide beschrijving

## Beschrijving interventie

*Het werkblad is ook geschikt voor een samenvattende beschrijving van complexe of samengestelde interventies. Dit zijn interventies die uit twee of meer afzonderlijke onderdelen bestaan. Denk aan interventies met aparte onderdelen voor verschillende doelgroepen, zoals een leefstijlinterventie die zowel gericht is op de community als op de school als op de individuele docent. Of aan interventies met verschillende modules die bij een doelgroep 'op maat' worden toegepast.*

*Naarmate er meer onderdelen zijn is het aan te bevelen de structuur visueel weer te geven in een schema. Dit geldt met name voor de subdoelen en voor de aanpak van de interventie. Zie ook de aanwijzingen in de handleiding.*

### 1.1 Doelgroep

#### **Uiteindelijke doelgroep** – max 100 woorden

*Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie?*

De interventie is bedoeld voor alle werknemers (18+) met een lage socio-economische positie (lage opleiding en laag gezinsinkomen) die werken bij een bedrijf waar laaggeschoold werk wordt verricht (bijvoorbeeld een schoonmaakbedrijf of fabriek) waarbij de leefstijl voor verbetering vatbaar is én die willen nadenken over hun gezondheidsgedrag/leefstijl (roken, gezond eten, voldoende beweging, gezond slaapritme, of minder/geen middelengebruik). Deelnemers dienen de Nederlandse taal machtig te zijn en moeten kunnen lezen en schrijven. Daarnaast is toestemming van het bedrijf om interventiesessies onder werktijd en op de werkplaats te kunnen volgen essentieel. Deelname is op vrijwillige basis.

#### **Intermediaire doelgroep** – max 100 woorden

*Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?*

Facilitators, gecertificeerd door de Universiteit van Maastricht voeren de interventie uit. Externe facilitators kunnen worden ingehuurd via Universiteit Maastricht. Ook kunnen facilitators, zoals jobcoaches of HR professionals van de organisatie zelf, worden opgeleid en gecertificeerd en als intermediaire groep worden ingezet. Dit is echter afhankelijk van de organisatie waar de interventie wordt uitgevoerd en of de doelgroep geen bezwaren heeft tegen het uitvoeren van de interventie met interne facilitators.

#### **Selectie van doelgroepen** – max 250 woorden

*Hoe wordt de (intermediaire)doelgroep geselecteerd? Zijn er contra-indicaties? Zo ja, welke?*

De doelgroep wordt geselecteerd via het bedrijf waar zij werkzaam zijn. Bedrijven waar een groot deel van de werknemers ongeschoolde werk uitvoeren (indicator voor socio-economische positie) kunnen worden benaderd voor de interventie. Het is dus essentieel dat er eerst toestemming is van het bedrijf om interventiesessies onder werktijd en op de werkplaats te kunnen volgen en om werknemers via de werkgever te mogen werven. Zowel wervingsteksten voor bedrijven als ook voor eindgebruikers (uiteindelijke doelgroep) zijn beschikbaar. Deelnemers worden via de werkgever geïnformeerd over de interventie en de mogelijkheden om hieraan deel te nemen.

De Future Positive micro-interventie is niet geschikt voor:

- Medewerkers waar er sprake is van een zodanig laag intelligentieniveau, ontwikkelingsachterstand, gedrag- of psychiatrische stoornis dat het doorlopen van de interventiesessies niet mogelijk is.
- Medewerkers die de Nederlandse taal onvoldoende beheersen, tenzij er een tolk aanwezig kan zijn bij de interventiesessies.
- Ongeletterde medewerkers (d.w.z niet kunnen lezen en/of schrijven).

Facilitators (intermediaire doelgroep) worden geselecteerd op basis van opleidingsniveau (minimaal HBO) en hun ervaring met coaching van de doelgroep. Ook facilitators dienen de Nederlandse taal voldoende te beheersen en geletterd te zijn.

## Betrokkenheid doelgroep – max 150 woorden

*Was de doelgroep betrokken bij de (door)ontwikkeling van de interventie, en op welke manier?*

De doelgroep is betrokken bij de ontwikkeling van de interventie door een behoefteanalyse bij de desbetreffende doelgroep uit te voeren binnen organisaties/bedrijven waar de doelgroep werkzaam is. In deze behoefteanalyse zijn concrete voorstellen voor de praktische uitvoering van de interventie en verschillende interventiematerialen en werkvormen voorgelegd aan de doelgroep in een aantal focusgroepen. Ook is het gezondheidsgedrag en hoe dit verbeterd kan worden besproken in deze focusgroep discussies. Daarnaast is er een pilot van de interventie uitgevoerd bij een kleine groep werknemers (n=15), waar ook een procesevaluatie is uitgevoerd bij de doelgroep (uitgevoerd door K. Schelleman-Offermans, PhD, Universiteit Maastricht, 2019/2020).

## 1.2 Doel

### Hoofddoel – max 100 woorden

*Wat is het hoofddoel van de interventie?*

De Future Positive interventie heeft als hoofddoel een zelfgekozen (door deelnemer) onderdeel van de leefstijl bij mensen met een lage SEP te verbeteren (niet roken, weinig alcohol drinken, ten minste 30 min matig/intensief bewegen per dag en een gevarieerde voeding met weinig vet en veel vezelrijke voeding). Dit wordt bereikt door het Psychologisch Kapitaal (hoop, zelfvertrouwen, veerkracht en optimisme) en toekomstgericht denken (bewustzijn van gezondheidsgedrag in het heden om in de toekomst gezond te blijven) te vergroten. De interventie wordt effectief bevonden als gemiddeld ten minste 50% van de gestelde gezondheidsdoelen zijn behaald gedurende de interventieperiode van 12 weken.

### Subdoelen – max 350 woorden

*Wat zijn de subdoelen van de interventie? Indien van toepassing: welke subdoelen horen bij welke intermediaire doelgroepen of subdoelgroep(en)?*

De subdoelen/‘performance objectives’ (PO) waarop de Future Positive micro-interventie zich richt zijn:

**PO1: Deelnemer formuleert duidelijk zijn (autonome) motivatie om gezondheid-gerelateerd gedrag te verbeteren.**

- Autonome motivatie wordt gemeten op een 10-punts schaal in het actieplan.
- Deelnemer noteert duidelijk zijn positieve redenen om zijn leefstijl te verbeteren in zijn actieplan.

**PO2: Deelnemer stelt zichzelf ten minste 1 haalbaar en concreet (SMART) einddoel om een onderdeel van zijn leefstijl te verbeteren.**

- Deelnemer noteert deze op een SMART (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden) manier in zijn actieplan.

**PO3: Deelnemer deelt zijn einddoel op in ten minste 3 haalbaar en concrete (SMART) subdoelen.**

- Deelnemer noteert subdoelen op een SMART manier in zijn actieplan.

**PO4: Deelnemer visualiseert hoe doelen kunnen worden bereikt en ervaart en benoemt (toekomstige) mentale successen.**

- Deelnemers reflecteren over eerder en/of toekomstige behaalde in de groepssessie en hoe ze dit gaan vieren.
- Deelnemer noteert in zijn werkboek op welke manier hij/zij het gaat vieren indien het (sub)doel gelukt is.

**PO5: Deelnemer benoemt mogelijke obstakels en moeilijke situaties die de deelnemer op weg naar zijn doelen kan tegenkomen.**

- Deelnemer reflecteert over en beschrijft in het actieplan ten minste 3 moeilijke situaties of obstakels op weg naar zijn/haar doelen.

**PO6: Deelnemer maakt plannen voor het overwinnen van obstakels en moeilijke situaties die de deelnemer kan tegenkomen op weg naar het doel.**

- Deelnemer formuleert in het werkboekje ‘Als... dan..’ plannen specifiek voor de moeilijke situatie of hindernissen die in PO5 zijn benoemd en formuleert plannen hoe moeilijke situaties kunnen worden voorkomen. Deze plannen worden specifiek genoteerd voor waar, wanneer en hoe ze worden toegepast.
- Deelnemer noteert in zijn werkboek hoe hij/zij omgaat met het mogelijk (nog) niet behalen van (sub)doel, bijvoorbeeld hoe positieve self-talk toegepast gaat worden door de deelnemer.

**PO7: Deelnemer monitort zijn voortgang, overwint moeilijke situaties en obstakels of gaat deze uit de weg en viert successen.**

- Deelnemer monitort wekelijks of het weekdoel behaald is (voortgang) en krijgt wekelijks automatisch op maat geschreven positieve, opbouwende feedback (d.m.v. prompts).
- Deelnemer houdt het plan vol, viert successen tussentijds, en bereikt zijn einddoel.

### 1.3 Aanpak

#### Opzet van de interventie – max 200 woorden

*Hoe is de opzet van de interventie en wat is de omvang (duur, aantal contacten – indien van toepassing)?*

*Voeg eventueel een schema toe als bijlage.*

In Figuur 1 is de opzet van de interventie schematisch weergegeven. In de **voorbereidingsfase** bepaalt het bedrijf, afhankelijk van de voorkeur van de doelgroep, of men met externe facilitators (reeds gecertificeerd), of met interne facilitators (die nog gecertificeerd moeten worden a.d.h.v. train-de-facilitator cursus (zie paragraaf kwaliteitsbewaking) gaat werken. Ook wordt een projectleider en een planningsgroep gevormd van mensen werkzaam bij het bedrijf. De **werving** van deelnemers voor de interventie kan geheel door het bedrijf zelf OF door externe facilitators met hulp van leidinggevenden (om contact te kunnen leggen met de doelgroep) worden uitgevoerd.

De Future Positive micro-interventie bestaat uit:

A) 2 groepssessies van 2 uur met ongeveer 5 deelnemers, die begeleid worden door een gecertificeerde facilitator (motiverende gespreksvoering training (aangeboden door bv. MintNed) en train-de-facilitator training (aangeboden door Universiteit Maastricht)). De tweede interventiesessie wordt één week na de eerste interventiesessie aangeboden.

B) een nazorgtraject van 12 weken dat direct start na het afronden van de tweede interventiesessie. In het nazorgtraject ontvangen deelnemers wekelijks prompts en positieve feedback via WhatsApp of email (afhankelijk van persoonlijke voorkeur van deelnemer). Ook monitoren deelnemers zelf hun voortgang in deze 12 weken. De voortgang van de doelen en subdoelen kunnen deelnemers in het werkboekje bijhouden.

#### Inhoud van de interventie – max 1200 woorden

*Welke concrete activiteiten worden uitgevoerd en -eventueel- in welke volgorde? Geef geen uitputtende beschrijving van activiteiten; het is voldoende als de lezer zich een beeld kan vormen van wat er gedaan wordt en hoe dit gedaan wordt.*

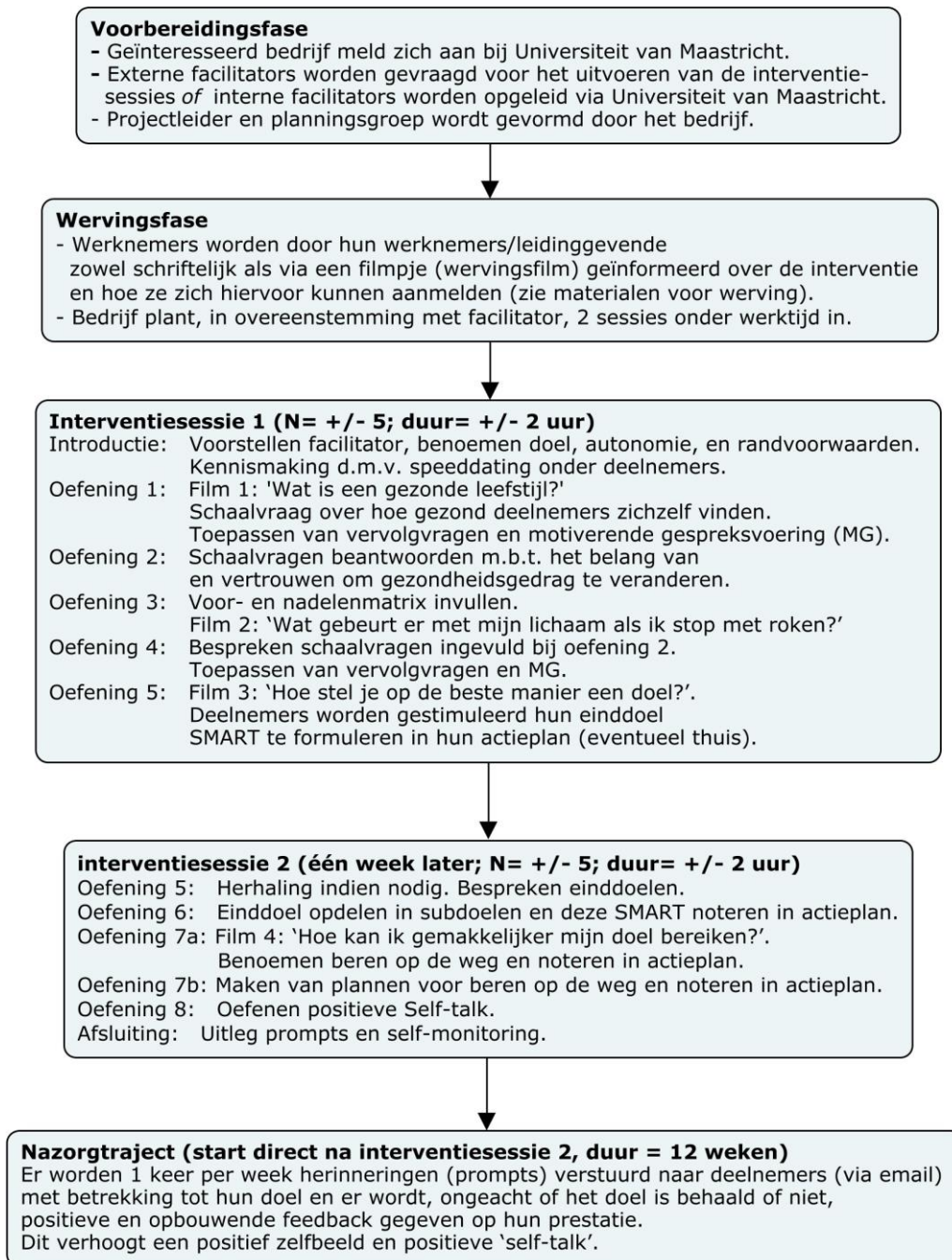
*Indien van toepassing per onderdeel samenvatten. Vergeet niet aandacht te besteden aan de werving.*

*Bij interventies op maat: geef aan wat op basis van welke criteria wanneer wordt uitgevoerd. Geef ook aan wat minimaal moet worden uitgevoerd om de gestelde doelen te behalen.*

Figuur 1 geeft een schematische weergave van de concrete activiteiten die worden uitgevoerd in de Future Positive micro-interventie.

**Vorbereidingsfase:** het bedrijf bepaalt, afhankelijk van de voorkeur van de doelgroep, of men met externe facilitators, die reeds gecertificeerd zijn om de interventie uit te voeren, of met interne facilitators (die nog gecertificeerd moeten worden a.d.h.v. train-de-facilitator cursus (zie paragraaf kwaliteitsbewaking) gaat werken.

**Werving:** Bedrijven die geïnteresseerd zijn om de interventie aan te bieden aan hun werknemers kunnen externe facilitators via de contactpersoon bij Universiteit Maastricht inhuren of ervoor kiezen om zelf facilitators op te leiden (zie paragraaf kwaliteitsbewaking). De werving van deelnemers voor de interventie binnen het bedrijf dient te worden uitgevoerd door het bedrijf zelf met behulp van de beschikbare materialen. Essentieel is dat de doelgroep meer informatie krijgt over de inhoud van de interventie en wat van deelnemers wordt verwacht en dat deze informatie via zowel een informatiebrief/wervingstekst als ook via een kort filmpje (zie materialen) toegelicht wordt aan de doelgroep tijdens bestaande werkoverleggen. Hiervoor is er een wervingsfilmpje ontwikkeld waarin de relevante informatie over de interventie op een toegankelijke en aansprekende manier wordt gepresenteerd. Dit is bij deze doelgroep uitermate belangrijk voor een goede informatieoverdracht en hen bereid te vinden om over deelname na te denken. Voor een face-to-face toelichting is er een mogelijkheid voor bedrijven een facilitator in te huren.



**Figuur 1:** Overzicht opzet en activiteiten van de Future Positive micro-interventie

**De Future Positive micro-interventie** bestaat uit 2 groepssessies van 2 uur met ongeveer 5 deelnemers én uit een nazorg traject (duur 12 weken) waarbij deelnemers wekelijks worden herinnerd aan hun doelen en positieve feedback wordt gegeven. Het aanbieden van de interventie in kleine groepen als ook het gebruik maken van motiverende gespreksvoering (MG), waarbij onvoorwaardelijke acceptatie, empathie en transparantie centraal staan (Miller & Rollnick, 2013), draagt bij aan de veiligheid en het zich op het gemak voelen tijdens de interventiesessies. Daarnaast wordt er in de groepssessies gebruik gemaakt van het SCARF-model (Status, Certainty, Autonomy, Relatedness, Fairness), om de groepssessies zo prettig mogelijk te laten verlopen. De facilitator draagt zorg voor een gelijke input van deelnemers en een gelijke verdeling van de aandacht over deelnemers. De sessies hebben een duidelijke structuur en ondersteunde visuele materialen worden ingezet, waaronder films, een PowerPointpresentatie, en een actieplan (werkboekje) voor deelnemers. Actief en coöperatief leren, sociale steun en modeling wordt gefaciliteerd door de oefeningen en de facilitator. Hieronder worden de concrete activiteiten beschreven per sessie.



## Sessie 1

In de eerste groepssessie wordt gewerkt aan het vertrouwen van deelnemers en het creëren van een veilige situatie (voorwaarden voor motiverende gespreksvoering) en informele sfeer. Ook wordt er gewerkt aan het verhogen van de autonome motivatie om gezondheidsgedrag te verbeteren, wordt hoop, optimisme en vertrouwen in eigen kunnen en wordt de kennis en vaardigheden ten aanzien van SMART doelen stellen verhoogd.

**Introductie:** Facilitator stelt zich voor, benoemt doel van de sessies en benoemt autonomie van deelnemers (duidelijke keuzevrijheid benoemen als het gaat om het stellen van gezondheidsdoelen) en randvoorwaarden. Kennismaking d.m.v. speeddating onder deelnemers.

**Oefening 1:** Deelnemers krijgen meer informatie over wat een gezonde leefstijl is (Film 1) en vullen daarna schaalvraag over hoe gezond zij zichzelf vinden in. Vervolg vragen (zie draaiboek voor suggesties) en motiverende gespreksvoering (o.a., ORBS: Open vragen stellen – Reflecteren – Bevestigen – Samenvatten) worden toegepast door facilitator. Groepsreflectie vindt plaats. Iedere deelnemer krijgt inzicht in waar mogelijk verbetering in hun gezondheidsgedrag kan plaatsvinden.

**Oefening 2:** Deelnemers beantwoorden in eigen actieplan schaalvragen m.b.t. het belang van en vertrouwen om gezondheidsgedrag te veranderen (van het desbetreffende gedrag waar winst te behalen is).

**Oefening 3:** Een voor- en nadelen balans van het niet uitvoeren van verandering in gezondheidsgedrag (bv. niet stoppen met roken) en het wel uitvoeren veranderingen (bv. stoppen met roken) wordt in de groep besproken (role-modeling, actief en coöperatief leren) en met ondersteuning van de facilitator ingevuld door deelnemers zelf (zelf-reflectie). Deelnemers vullen deze balans in met het gezondheidsgedrag in hun gedachte wat zij mogelijk willen veranderen. De facilitator past MG (ORBS) toe probeert zo veel als mogelijk verandertaal te ontlokken door gerichte vragen te stellen (zie draaiboek voor suggesties). Facilitator toont Film 2: ‘Wat gebeurt er met mijn lichaam als ik stop met roken?’ als casus ter bevordering van de groepsdiscussie.

**Oefening 4:** Bespreken schaalvragen ingevuld bij oefening 2 in de groep samen met facilitator. De facilitator past MG toe (ORBS). Het zelfvertrouwen van deelnemers om daadwerkelijk iets te kunnen veranderen wordt verhoogd door vertrouwenstaal te ontlokken met gerichte vervolgvragen.

**Oefening 5:** Facilitator toont Film 3: ‘Hoe stel je op de beste manier een doel?’ welke praktische informatie geeft over hoe je in verschillende stappen een doel SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden) kunt formuleren. Hiermee worden de vaardigheden van deelnemers verhoogd om doelen SMART te formuleren. Deelnemers worden daarna door de facilitator gestimuleerd hun einddoel individueel SMART te formuleren in hun actieplan en dit te bespreken in de groep voor feedback. *Eventueel, maar niet verplicht, huiswerk indien deelnemers nog geen einddoel hebben gesteld:* Een beslissing maken met betrekking tot het einddoel waar men zich op wil richten en dit proberen SMART te formuleren a.d.h.v. het actieplan.

## Sessie 2

In sessie 2 wordt er verder gewerkt aan het zelfvertrouwen en de veerkracht van deelnemers en wordt er gezamenlijk met de deelnemer een individueel actieplan opgesteld.

**Oefening 5 (herhaling):** Er wordt, indien nodig, nogmaals kennis aangereikt door de facilitator (Film 3) over het stellen van haalbare en meetbare einddoelen.

**Oefening 6:** Het einddoel van één deelnemer wordt als voorbeeld opgedeeld in subdoelen via groepsdiscussie onder leiding van de facilitator. Ook wordt een van de subdoelen via groepsdiscussie SMART geformuleerd. Vervolgens gaan deelnemers individueel of in kleinere groepjes aan de slag met hun eigen subdoelen en schrijven deze op in hun eigen actieplan.

**Oefening 7a:** Film 4: ‘Hoe kan ik gemakkelijker mijn doel bereiken?’ wordt aangereikt door facilitator en er wordt in de groep besproken welke beren op de weg (moeilijke situaties en hindernissen) je kunt tegenkomen onder leiding van de facilitator. Daarna gaan deelnemers zelf aan de slag (individueel of in kleinere groepjes) met het noteren van hun eigen beren op de weg en noteren deze in hun individuele actieplan.

**Oefening 7b:** Er wordt in de groep besproken onder leiding van de facilitator, als voorbeeld, welke plannen men kan maken voor verschillende beren die deelnemers hebben opgeschreven. Daarna gaan deelnemers zelf (individueel of in kleinere groepjes) aan de slag met het maken van plannen voor hun beren op de weg en noteren deze in hun actieplan.

**Oefening 8:** Facilitator stimuleert groepsdiscussie hoe men zichzelf en ook anderen positief kan oppeppen na een tegenslag aan de hand van positieve 'zelf-talk'. Voorbeelden van positieve zelf-talk worden aangereikt door de facilitator. Deze strategieën noteren deelnemers individueel in hun eigen actieplan.

**Afsluiting:** Facilitator geeft uitleg over hoe de prompts worden ingezet en hoe deelnemers hun eigen voortgang in het actieplan kunnen monitoring.

**Nazorg traject:** Er worden 1 keer per week geautomatiseerd herinneringen (prompts) verstuurd naar deelnemers (via email) met betrekking tot hun doel en er wordt, ongeacht of het doel is behaald of niet, positieve en opbouwende feedback gegeven op hun prestatie. Dit wordt gedaan om een positief zelfbeeld en positieve 'self-talk' te verhogen.

## 2. Uitvoering

**Materialen** – max 200 woorden

*Welke materialen zijn beschikbaar voor de uitvoering, werving en evaluatie van de interventie?*

### **Voor bedrijven/organisaties waar de interventie wordt geïmplementeerd**

*Werving*

Voorbeelden van informatie- en wervingsteksten zijn beschikbaar voor zowel bedrijven als voor deelnemers met een lage SEP. Ook is er een infofilmje beschikbaar voor deelnemers.

*Uitvoering*

Voor de behoefteanalyse is een instructie beschikbaar voor organisaties/bedrijven om voorafgaand aan de interventie een plan op maat op te stellen voor de implementatie.

### **Voor facilitators**

*Uitvoering*

Een facilitatorshandleiding/draaiboek en interventiematerialen (filmmateriaal, PowerPointpresentatie en materialen voor oefeningen) zijn beschikbaar voor facilitators via de website (na inloggen). Daarnaast zijn er teksten beschikbaar voor de prompts/herinneringen en positieve feedback voor nazorgtraject.

*Evaluatie*

Online evaluatieformulieren voor facilitators worden tweejaarlijks afgenomen. Deze online vragenlijst wordt beheerd door Universiteit Maastricht.

### **Voor deelnemers**

*Uitvoering*

Er zijn speciaal ontwikkelde actieplannen (werkboekjes) voor deelnemers waarin deelnemers op een gestructureerde manier hun (sub)doelen en hun bijbehorende plan van aanpak kunnen omschrijven en waarin zij hun voortgang op weg naar deze doelen kunnen bijhouden. Op de website kunnen deelnemers na inloggen nog een keer de interventiematerialen (o.a. filmpjes) bekijken.

*Evaluatie*

Deelnemers krijgen via de facilitator een digitale link naar een online vragenlijst aangeboden waar men de interventiesessies en materiaal kan evalueren. Deze vragenlijst wordt beheerd door de Universiteit Maastricht.

**Locatie en type organisatie** – max 200 woorden

*Waar kan de interventie uitgevoerd worden en welk(e) soort(en) organisatie(s) kan/kunnen de interventie uitvoeren?*

Bij alle organisaties waar mensen werken met een lage socio-economische positie of met een afstand tot de arbeidsmarkt kan de interventie worden uitgevoerd.

**Opleiding en competenties van de uitvoerders** – max 200 woorden

*Wie zijn de uitvoerders en welke opleiding en competenties hebben zij nodig?*

De facilitators (uitvoerders) van de interventiesessies hebben minimaal:

- Een HBO-denkniveau en bij voorkeur een didactische aantekening of ervaring met coaching van de doelgroep.
- Kennis van de normen (voor zover vastgesteld) voor gezond eetgedrag, beweeggedrag, drinkgedrag (alcohol) en roken en slapen.
- Een basiscursus motiverende gespreksvoering gevolgd en hierdoor kennis van en ervaring met het toepassen van motiverende gespreksvoering zoals het signaleren van ‘verandertaal’.
- Een train-de-facilitator praktijkcursus Future Positive gevolgd aan Universiteit Maastricht (waarin ook kennis over normen van gezond gedrag aan bod komen)

Facilitators kunnen externe professionals zijn die hiervoor worden ingehuurd of interne professionals (binnen de organisatie waar de interventie plaatsvindt, bijvoorbeeld HR medewerkers of job coaches etc.) die hiervoor worden opgeleid (door een basiscursus motiverende gespreksvoering te volgen (bv. bij MintNed) en een train-de-facilitator praktijkcursus gegeven door Universiteit Maastricht, zie Tabel 1). Een lijst met gecertificeerde facilitators kan opgevraagd worden bij Universiteit Maastricht indien men gebruik wil maken van externe facilitators. Alleen indien

de doelgroep (werknemers met een lage SEP) er geen bezwaar tegen heeft kan er gebruik worden gemaakt van interne professionals als facilitators.

### **Kwaliteitsbewaking** – max 200 woorden *Hoe wordt de kwaliteit van de interventie bewaakt?*

1. De Future positive micro-interventie is sterk geprotocolleerd, facilitators worden geacht de kwaliteit te bewaken door de procedures met betrekking tot de uitvoering te volgen.
2. Alleen gecertificeerde facilitators mogen de interventie uitvoeren. Certificering van facilitators vindt plaats door Universiteit Maastricht nadat facilitators kunnen aantonen een motiverende gespreksvoering basiscursus gevolgd te hebben (bv. via MintNed) én een train-de-facilitator praktijktraining bij Universiteit Maastricht (UM). Na de training is er een observatiemoment door Universiteit Maastricht (via een video-opname) van de implementatie in de praktijk. Jaarlijks wordt een terugkomdag georganiseerd. Certificering wordt tweejaarlijks verlengd indien de facilitator kan aantonen groepssessies te hebben begeleid (via evaluatieformulieren van deelnemers), men heeft deelgenomen aan de tweejaarlijkse evaluatie uitgevoerd door UM en ten minste 1 terugkomdag heeft bijgewoond.
3. Een contactpersoon (Karlijn Massar, UM) is beschikbaar om vragen te beantwoorden.
4. Een tweejaarlijkse evaluatie vindt plaats, uitgevoerd door UM, waarin facilitators wordt gevraagd feedback te geven op de inhoud van de interventie en ervaringen in de praktijk te delen. Daarnaast vullen deelnemers na afloop van de sessies een online evaluatieformulier in, waar feedback op het interventieprogramma en de facilitator wordt nagevraagd. Interventiematerialen worden a.d.h.v. deze evaluatie (indien nodig) aangepast en opnieuw verspreidt.

### **Randvoorwaarden** – max 200 woorden

*Wat zijn de organisatorische en contextuele randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie?*

Er moet voldoende draagvlak binnen de organisatie/bedrijf zijn op directie en managementniveau om de interventie uit te voeren. De organisatie moet bereid zijn om de doelgroep onder werktijd (betaald) mee te laten doen aan de interventiesessies en een faciliterende rol spelen als het gaat om het contacteren van de doelgroep. Daarnaast moet de organisatie bereid zijn externe professionals in te huren om de interventiesessies te kunnen leiden ofwel intern geschikte mensen hiervoor op te leiden, indien daar de voorkeur van werknemers naar uit gaat. Het beschikbaar stellen van meetinstrumenten zoals een activity tracker, stappenteller of CO meter verhoogd mogelijk de effectiviteit van de interventie.

### **Implementatie** – max 200 woorden

*Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.*

**Adoptiefase:** Eerst wordt een planningsgroep gevormd, een projectleider aangewezen (van bedrijf/organisatie zelf) en een behoefteanalyse uitgevoerd (door het bedrijf/organisatie zelf uitgevoerd). In deze behoefteanalyse wordt in kaart gebracht hoe men het beste medewerkers kan bereiken om hen te informeren en werven voor de interventie, met welke belemmerende/faciliterende (logistieke) factoren men rekening dient te houden, welke groepsgrootte en samenstelling én facilitators (intern of extern) medewerkers prefereren en wordt fasering bepaald. De planningsgroep communiceert naar en stimuleert eigen achterban. Voorlichtingsactiviteiten zoals omschreven in het wervings- en communicatieplan vinden plaats (via personeelsblaadje, via interne communicatielijnen, website en per brief). Stimulans vanuit bestuur en planningsgroep.

**Gebruiksfase:** Future positive is een sterk geprotocolleerde interventie, de inhoud en volgorde van modules staat vast, facilitators worden geacht de kwaliteit te bewaken door de procedures met betrekking tot de uitvoering zoals beschreven in het draaiboek te volgen. Alleen getrainde en gecertificeerde facilitators mogen de interventie uitvoeren en groepen leiden.

**Behoud/verankering:** De organisatie/bedrijf bepaalt of de interventie daadwerkelijk in beleid wordt opgenomen na interne evaluatie.

### **Verspreiding**

Een website wordt ingericht waar bedrijven/organisaties meer informatie over de interventie kunnen vinden en contact kunnen opnemen met de contactpersoon van Universiteit Maastricht bij interesse.

### **Kosten** – max 200 woorden

*Wat zijn de kosten van de interventie? Benoem daarbij de personele (in aantallen uren) en de materiële kosten.*

Een overzicht van de kosten en uren per onderdeel van de Future Positive micro-interventie voor het afronden van 1 interventiegroep van 5 deelnemers is schematisch weergegeven in Tabel 1. De kosten per deelnemer zijn afhankelijk van de grootte van de totale groep deelnemers, van de groepsgrootte van de interventiesessies (5-8

deelnemers), van de kwaliteit en oplage van het druk/printwerk van interventiematerialen, én van de keuze of er gebruik wordt gemaakt van eigen opgeleide facilitators (die nog getraind moeten worden) of dat men gebruik maakt van reeds gecertificeerde facilitators.

<b>Tabel 1: Kosten en uren per onderdeel voor het afronden van 1 interventiegroep van 5 deelnemers (incl. 2 sessies en nazorgtraject)</b>	<b>Totaal per onderdeel</b>
<b>Kosten trainingen per facilitator</b> (richtprijs 2019: Voor certificering van facilitators)	
<i>Basiscursus motiverende gespreksvoering (MG)</i>	1200 euro ex btw
<i>Train-de-facilitator praktijkcursus</i>	500 euro ex btw
<b>Trainingsuren per facilitator</b>	
<i>Trainingsuren MG</i>	24 uur
<i>Trainingsuren train-de-facilitator</i>	8 uur
<i>Reistijd</i>	1-16 uur
<b>Uren planningsgroep</b>	
<i>3 bijeenkomsten van 1,5 uur uitgaande van 4 participanten vanuit het bedrijf/organisatie. (3 bijeenkomsten x 1,5 uur x 4 personen)</i>	18 uur
<b>Uren per interventiegroep (bestaande uit in totaal 2 sessies)</b>	
<i>Duur voor facilitators voor twee sessies</i>	4 uur
<i>Reistijd facilitators voor twee sessies</i>	1-8 uur
<i>Vorbereidingstijd facilitators voor twee sessie</i>	2 uur
<i>Duur 2 uur per deelnemer (uitgaande van 5 deelnemers) (2 uur x 2 sessies x 5 personen)</i>	20 uur
<b>Uren coördinatie positieve feedback en prompts per interventiegroep</b>	
<i>Geschatte tijdsinvestering</i>	1-5 uur
<b>Kosten materieel per interventiegroep (bestaande uit in totaal 2 sessies)</b>	
<i>Ruimtehuur</i>	0-100 euro
<i>Catering</i>	0-75 euro
<i>Drukwerk</i>	50-100 euro
<i>Overige (flipover, huur beamer/laptop, whiteboard, stiften, plasticering materialen)</i>	1-100 euro

### 3. Onderbouwing

**Probleem** – max 400 woorden

*Voor welk probleem of (mogelijk) risico is de interventie ontwikkeld? Omschrijf aard, ernst, spreiding en gevolgen.*

#### **Aard**

Er zijn grote gezondheidsverschillen tussen mensen met een lage en hogere socio-economische positie (SEP), waarbij mensen met een lage SEP vaker een ongezonde leefstijl hebben dan mensen met een hogere SEP (Cutler & Lleras-Muney, 2010). Daarnaast zijn individuen met een lage SEP een moeilijk te bereiken groep als het gaat om preventie. Het is belangrijk dat een interventie gericht op deze kwetsbare groep efficiënt en laagdrempelig is en wordt aanreikt in een context waar deze doelgroep gemakkelijk te bereiken is.

#### **Spreiding en ernst**

Mensen met een lage SEP roken vaker, ervaren meer alcohol-gerelateerde problemen en eten ongezonder, in vergelijking met mensen met een hoge SEP (Cutler & Lleras-Muney, 2010). Bijvoorbeeld in de leeftijdsgroep van 25-45 jaar roken meer dan 2 keer zo veel laagopgeleide mannen en vrouwen (46% en 31.7%, respectievelijk) dan hoogopgeleide mannen en vrouwen (19.3% en 12.2%, respectievelijk); <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/roken/cijfers-context/huidige-situatie-volwassenen#bron--node-tabel-bronnen-bij-de-cijfers-over-roken>). Een ongezonde leefstijl (zoals roken van tabak, té veel drinken van alcohol, te weinig rusten/slapen, te weinig beweging en/of een ongezonde voeding) kan op de lange termijn zorgen voor verschillende soorten ziekten, zoals diabetes mellitus, hart- en vaatziekten, en verschillende soorten kanker; roken en overgewicht zijn de belangrijkste vermijdbare oorzaken van sterfte en dood in Nederland (VTV 2018, 2018). Mensen met een lage SEP hebben in vergelijking met mensen met een hogere SEP meer gezondheidsproblemen. COPD (longziekte veelvoorkomend veroorzaakt door roken) komt bijvoorbeeld 2 tot 3 keer vaker voor (Boerdam & Knoops, 2016), diabetes bijna 6 keer zo vaak (CBS, 2018), obesitas ongeveer 1,5 keer zo vaak (Blokstra, et al., 2011) bij mensen met een lage SEP in vergelijking met mensen met een hoge SEP.

#### **Gevolgen**

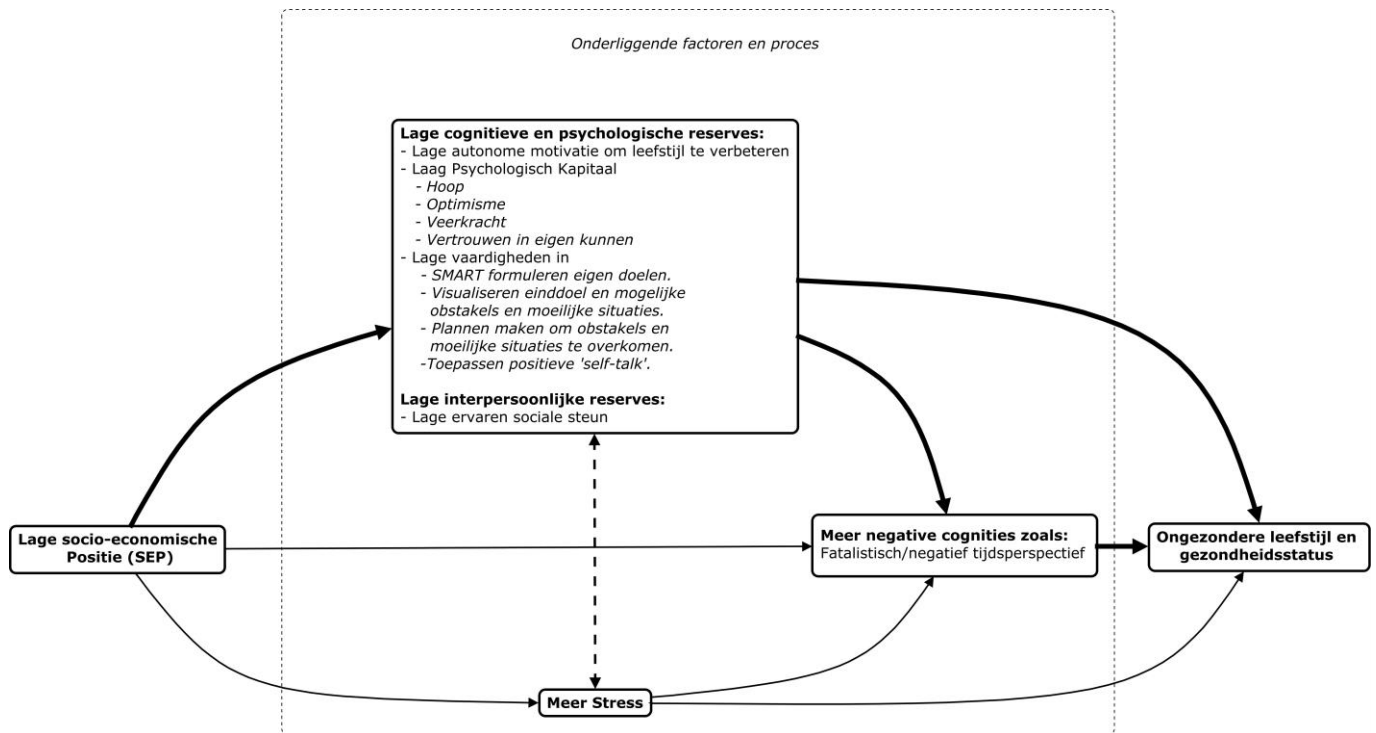
Ongezond gedrag, zoals roken, alcoholgebruik, te weinig bewegen en ongezonde voeding, was in 2015 verantwoordelijk voor bijna 20 procent van de ziektelast, 35 duizend doden en 9 miljard aan zorguitgaven (Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 - Een gezond vooruitzicht - Synthese, 2018). Mannen en vrouwen met lagere inkomens en een lagere opleiding, hetgeen indicators zijn voor een lage socio-economische positie, leven gemiddeld zeven jaar korter en zelfs negentien jaar minder in goed ervaren gezondheid dan hoger opgeleiden (Trendscenario VTV 2018, 2017).

**Oorzaken** – max 400 woorden

*Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?*

De factoren die een ongezondere leefstijl bij mensen met een lage socio-economische positie (SEP) veroorzaken zijn weergegeven in Figuur 2 en gebaseerd op het Reserve Capacity Model (RCM; Gallo & Matthews, 2003). Het RCM is een theoretisch raamwerk dat verklaart hoe lage SEP resulteert in een ongezondere leefstijl en gezondheidsstatus (Gallow & Matthews, 2003). Het RCM stelt dat mensen met een lage SEP t.o.v. een hoge SEP, meer dagelijkse stressfactoren ervaren en tegelijkertijd minder reserves hebben (zoals Psychologisch Kapitaal (PK) en sociale steun). Dit veroorzaakt direct als ook indirect, via een hoger fatalistisch tijdsperspectief, een ongezondere leefstijl en gezondheidsstatus volgens het RCM (Gallow & Matthews, 2003; zie Figuur 2).

PK kenmerkt zich door een focus op de eigen kracht (eigeneffectiviteit), het maken van positieve attributies over de kans op succes (optimisme) en de perceptie dat doelen binnen bereik liggen en dat men er controle over heeft (hoop), ook als men tegenslagen ervaart (veerkracht). Een fatalistisch tijdsperspectief houdt in dat men denkt dat gezondheidsresultaten het gevolg zijn van lotsbepaling en is gerelateerd aan gevoelens van hopeloosheid en van gebrek aan controle over het leven (Zimbardo en Boyd, 1999). Het tijdsperspectief dat iemand heeft blijkt uit onderzoek consequent gekoppeld aan gezondheidsgedrag, waarbij toekomstgericht denken gepaard gaat met verhoogd beschermend gezondheidsgedrag (Henson, et al., 2006) en fatalistische opvattingen met minder wekelijkse lichaamsbeweging, roken en minder groente en fruit consumptie (Niederdeppe & Levy, 2007). Individuen met een lage SEP blijken vaker dan individuen met een hoge SEP een lager PK en fatalistisch tijdsperspectief te hebben (Wardle & Steptoe, 2003; Taylor & Seeman, 1999, Schelleman-Offermans & Massar, under review). Resultaten van een recente Nederlandse studie lieten zien dat een lager PK samenhangt met een hoger fatalistisch tijdsperspectief en minder toekomstgericht denken (Schelleman-Offermans & Massar, under review). Daarnaast bleek uit deze studie dat PK positief samenhangt met zelf ervaren gezondheid. De Future Positive interventie heeft daarom als doel een gezonde leefstijl bij mensen met een lage SEP te bevorderen door zich voornamelijk te richten op het verhogen van PK, waarmee wordt gepoogd, gebaseerd op het RCM (Gallo & Matthews, 2003), zowel direct hun gezondheidsgedrag te verbeteren, als ook indirect via een mogelijk verandering in hun tijdsperspectief (van fatalistisch naar toekomstgericht denken, zie Figuur 2). Of het verhogen van PK ook een verandering in tijdsperspectief voorspelt wordt onderzocht in de effectiviteitsstudie van de Future Positive micro-interventie.



**Figuur 2** Factoren die een ongezondere leefstijl en gezondheidsstatus bij mensen met een lage SEP veroorzaken, toegepast op de Future Positive micro-interventie en op het Reserve Capacity Model (Gallow & Matthews, 2003); De interventie richt zich alleen op de vetgedrukte lijnen in het model.

### Aan te pakken factoren – max 200 woorden

*Welke factoren pakt de interventie aan en welke onder 1.2 benoemde (sub)doelen horen daarbij?*

Hoe de subdoelen van Future Positive micro-interventie worden verbonden aan de verschillende programmaonderdelen is weergegeven in Tabel 2 en Figuur 2. Om het gezondheidsgedrag van individuen met een lage SEP te verhogen is het van belang om hun autonome motivatie om hun gezondheidsgedrag te verbeteren te verhogen als ook hun intra- en interpersoonlijke reserves zoals Psychologisch Kapitaal (Gallow & Matthews, 2003) en sociale steun. Daarnaast hangt het hogere fatalistische tijdsperspectief van mensen met een lage SEP consequent samen met een ongezondere leefstijl. Het is daarom van belang om percepties en cognities van positief toekomstgericht denken te stimuleren (meer optimisme en hoop) en werknemers met een lage SEP te voorzien van de vaardigheden en eigeneffectiviteit (zoals doelen formuleren, en plannen maken) hetgeen nodig is om gedragsverandering tot een gezonder leven te bewerkstelligen en te behouden. De Future Positive micro-interventie richt zich daarom direct op het verhogen van a) de autonome motivatie om gezondheidsgedrag blijvend te veranderen, b) het verhogen van Psychologisch Kapitaal (PK), bestaande uit hoop, optimisme, veerkracht en eigeneffectiviteit c) op het verhogen van sociale steun d) op het verhogen van cognitieve vaardigheden en kennis en ook indirect op e) het verschuiven van het tijdsperspectief van negatief/fatalistisch naar positief/toekomstgericht.

**Tabel 2: Verantwoording inhoud en werking van de Future Positive micro-interventie**

Factoren, change objectives en manier waarop deze worden beïnvloed met voorgestelde aanpak	Subdoelen	Methoden	Aanpak
<p><b>Autonome motivatie:</b> Toont bewustzijn van de mogelijke consequenties en voordelen van gezond en ongezond gedrag door geven van informatie (Film 1 en 2) en zelf- en groepsreflecties over voor en nadelen van veranderen of niet veranderen van gezondheidsgedrag. Uit verander- en vertrouwenstaal, geeft uitdrukking aan de noodzaak om te veranderen door meer redenen benoemen om gezondheidsgedrag te veranderen dan om niet te veranderen geven een hoge autonome motivatie weer.</p> <p><b>Sociale steun:</b> Geloven dat vrienden, collega's en/of familie de redenen om te veranderen ondersteunen door groepsdiscussie en reflecties op motivatie en mogelijk modeling door andere groepsleden met een hoge motivatie.</p> <p><b>Tijdspectief:</b> Tonen van bewustzijn van de waarde van toekomstige gezondheid door zelf- en groepsreflectie op dieper liggende waarden m.b.t. voordelen van veranderen.</p> <p><b>Optimisme:</b> Het geven van meer positieve attributies aan voordelen van veranderen dan niet veranderen.</p>	<p><b>PO1</b> Deelnemer definieert duidelijk zijn (autonome) motivatie om gezondheid-gerelateerd gedrag te verbeteren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zelfreflectie</li> <li>• Groepsreflectie</li> <li>• Modeling (Kelder et al., 2015)</li> <li>• Informatieoverdracht Chucking (Film 1 en 2, actieplan) (Schaalma &amp; Kok, 2010; Smith, 2008)</li> <li>• Motiverende gespreksvoering (Miller &amp; Rollnick, 2013)</li> </ul>	<p><b>1.1</b> Zelfreflectie en groepsdiscussie over beoordeling eigen gezondheid en motivatie voor veranderen (oefening 1-2)</p> <p><b>1.2</b> Zelfreflectie en groepsdiscussie (modeling) over de voor- en nadelen van niet veranderen en de voor- en nadelen van veranderen (oefening 3).</p> <p><b>1.3</b> Geven van reflecties, ontlocken van vertrouwenstaal en verandertaal door facilitator a.d.h.v. reacties op voor- en nadelen matrix en schaalvragen (oefening 1-2-3-4).</p> <p><b>1.4</b> Concreet formuleren van persoonlijke motivatie om gedrag te veranderen (oefening 5).</p>
<p><b>Autonome motivatie:</b> Toont bereidheid om einddoel te stellen.</p> <p><b>Vaardigheden/Vertrouwen in eigen kunnen:</b> Toont het vermogen om SMART-doelen te definiëren met behulp van informatie en actief en coöperatief leren; Uit vertrouwen in het eigenvermogen om gezondheid-gerelateerd gedrag te veranderen door een realistisch en haalbaar einddoel te stellen en hierop te reflecteren.</p> <p><b>Hoop:</b> Geloofd dat door het stellen van een SMART einddoel het eigenvermogen wordt vergroot om het einddoel daadwerkelijk te kunnen bereiken door zelf- en groepsreflecties over haalbaarheid accepteerbaarheid van einddoel.</p> <p><b>Optimisme:</b> Heeft positieve verwachtingen om einddoel te kunnen halen uitspreken door een realistisch en haalbaar einddoel te stellen en hierop te reflecteren.</p> <p><b>Sociale steun:</b> Geloofd dat vrienden, collega's en/of familie de keuze om gezondheidsgedrag te veranderen ondersteunen door gebruik te maken van groepsreflecties, coöperatief leren en modeling bij het formuleren van eigen einddoel.</p>	<p><b>PO2</b> Deelnemer stelt zichzelf ten minste 1 haalbaar en concreet (SMART) einddoel om een onderdeel van zijn leefstijl te verbeteren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informatieoverdracht (Film 2, actieplan) (Schaalma &amp; Kok, 2010)</li> <li>• Zelfreflectie</li> <li>• Groepsreflectie</li> <li>• Modeling (Kelder et al., 2015)</li> <li>• Actief en coöperatief leren (Kelder et al. 2015; Bandura, 1985)</li> </ul>	<p><b>2.1</b> Zelfreflectie en groepsdiscussie (modeling) over wat een realistisch en acceptabel einddoel is (oefening 5).</p> <p><b>2.2</b> Concreet formuleren van einddoel, hoe het doel wordt gemeten en in welke periode het moet worden bereikt (oefening 5).</p>
<p><b>Autonome motivatie:</b> Toont bereidheid om subdoelen te stellen.</p> <p><b>Vaardigheden/vertrouwen in eigen kunnen:</b> Toont het vermogen om SMART-doelen te definiëren en een einddoel op te delen in kleine stappen met behulp van informatie en actief en coöperatief leren; Uit vertrouwen in het eigenvermogen om subdoelen te bereiken door realistische en haalbare kleine stappen (subdoelen) te formuleren op weg naar het einddoel en hierop te reflecteren.</p> <p><b>Hoop:</b> Geloofd dat door het stellen van SMART subdoelen en het opdelen van het einddoel in kleinere stappen (en hierop te reflecteren) het eigenvermogen wordt vergroot om het einddoel daadwerkelijk te kunnen bereiken.</p> <p><b>Optimisme:</b> Uitdrukken van positieve verwachtingen om einddoel te kunnen halen door realistische en haalbare (sub)doelen te stellen en hierop te reflecteren.</p> <p><b>Sociale steun:</b> Geloofd dat vrienden, collega's en/of familie de keuze om in kleine stappen gezondheidsgedrag te veranderen ondersteunen door gebruik te maken van groepsreflecties, coöperatief leren en modeling bij het formuleren van eigen einddoel.</p>	<p><b>PO3</b> Deelnemer deelt zijn einddoel op in ten minste 3 haalbare en concrete (SMART) subdoelen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informatieoverdracht (Film 2, actieplan) (Schaalma &amp; Kok, 2010)</li> <li>• Zelfreflectie</li> <li>• Groepsreflectie</li> <li>• Modeling (Kelder et al., 2015)</li> <li>• Actief en coöperatief leren (Kelder et al. 2015; Bandura, 1985)</li> </ul>	<p><b>3.1</b> Verdelen van het einddoel in 3 of 4 SMART geformuleerde subdoelen (oefening 6).</p> <p><b>3.2</b> Zelfreflectie en groepsdiscussie (modeling) over wat realistische en acceptabele subdoelen zijn (oefening 6).</p> <p><b>3.3</b> Concreet formuleren van subdoelen, hoe het subdoel wordt gemeten en in welke periode het moet worden bereikt (oefening 5 en 6).</p>



**Tabel 2 (vervolg): Verantwoording inhoud en werking van de Future Positive micro-interventie**

Factoren, change objectives en manier waarop deze worden beïnvloed met voorgestelde aanpak	Subdoelen	Methoden	Aanpak
<p><b>Hoop:</b> Uit de overtuiging zelf het doel te kunnen behalen door het stimuleren van positieve cognities m.b.v. het delen van (eerdere) succeservaringen.</p> <p><b>Vaardigheden/vertrouwen in eigen kunnen:</b> Geeft blijk van vertrouwen in het vermogen om gezondheid-gerelateerd gedrag te kunnen veranderen door (eerder haalde) successen te bespreken/demonstreren in de groep en hiervan te leren en erop te reflecteren; Demonstreert het visualiseren van het einddoel; Plant en definieert hoe toekomstige successen gevierd gaan worden.</p> <p><b>Veerkracht:</b> Geeft blijk van vertrouwen om met obstakels, moeilijke situaties en tegenslagen op weg naar het doel om te kunnen gaan door te reflecteren op en leren van eerdere fouten van henzelf en van andere groepsleden.</p> <p><b>Optimisme:</b> Uit positieve verwachtingen om doel te bereiken door reflectie op eerdere en toekomstige successen.</p> <p><b>Sociale steun:</b> Voelt zich gesteund in vermogen om doel te kunnen behalen door ervaringen van eerder behaalde successen te delen in de groep.</p> <p><b>Autonome motivatie:</b> het reflecteren op mentale successen verhoogd de autonome motivatie om gezondheid-gerelateerd gedrag te veranderen en dit vol te houden.</p> <p><b>Tijdspectief:</b> Toont bewustzijn dat de waarde van toekomstige gezondheid bereikt kan worden door het doel te visualiseren en te reflecteren op de waarde van het bereiken van het doel.</p>	<p><b>PO4</b> Deelnemer visualiseert hoe doelen kunnen worden bereikt en ervaart en benoemt (toekomstige) mentale successen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actief, coöperatief en vicarious leren (Kelder et al. 2015; Bandura, 1985)</li> <li>• Zelfreflectie</li> <li>• Groepsreflectie</li> <li>• Doelvisualisatie</li> <li>• Modeling (Kelder et al., 2015)</li> </ul>	<p><b>4.1</b> Zelfreflectie en groepsdiscussie (modeling) over behalen van toekomstige of eerder behaalde successen en wat hiervoor nodig is (oefening 5 en 6).</p> <p><b>4.2</b> Vooraf bepalen hoe toekomstige successen gevierd gaan worden (oefening 5 en 6).</p>
<p><b>Vaardigheden/ vertrouwen in eigen kunnen:</b> Geeft blijk van vertrouwen in het vermogen om alle relevante obstakels te kunnen identificeren; Toont het vermogen om mogelijke obstakels en moeilijke situaties te specificeren met behulp van informatie en actief en coöperatief leren.</p> <p><b>Optimisme:</b> Maakt positieve attributies over effectiviteit van inventariseren obstakels en moeilijke situaties in het bereiken van de doelen d.m.v. zelfreflectie.</p> <p><b>Hoop:</b> Verwacht dat het inventariseren van relevante moeilijke situatie en obstakels het doorzettingsvermogen verhoogd d.m.v. zelf- en groepsreflecties.</p> <p><b>Sociale steun:</b> Voelt zich gesteund in het inventariseren van relevante obstakels en moeilijke situaties door gebruik te maken van groepsreflecties, coöperatief leren en modeling.</p> <p><b>Tijdspectief:</b> Toont bewustzijn dat het in het nu inzetten voor een gezondere leefstijl een betere gezondheid in de toekomst oplevert.</p> <p><b>Veerkracht:</b> Uit vertrouwen dat alle relevante obstakels en moeilijke situaties zijn geïdentificeerd door middel van zelfreflectie.</p>	<p><b>PO 5</b> Deelnemer inventariseert mogelijke obstakels en moeilijke situaties die de deelnemer op weg naar zijn doelen kan tegenkomen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informatieoverdracht, Chunking (Film 3, actieplan) (Schaalma &amp; Kok, 2010; Smith, 2008)</li> <li>• Actief en coöperatief leren (Kelder et al. 2015; Bandura, 1985)</li> <li>• Doelvisualisatie</li> <li>• Zelfreflectie</li> <li>• Groepsreflectie</li> <li>• Modeling (Kelder et al., 2015)</li> </ul>	<p><b>5.1</b> Zelfreflectie en groepsdiscussie (modeling) over welke mogelijke hindernis men kan tegenkomen bij het proberen het einddoel en de subdoelen te bereiken.</p> <p><b>5.2</b> Specificeren van eigen relevante obstakels en moeilijke situaties voor elk subdoel (oefening 7a).</p>
<p><b>Vaardigheden/ Vertrouwen in eigen kunnen:</b> Uit vertrouwen in eigenvermogen om gezondheid-gerelateerde doel te bereiken door het maken van en reflecteren op concrete plannen die handelingsperspectief bieden en het krijgen van constructieve feedback (reflecties) hierop in de groepssessies; Definieert plannen hoe obstakels en moeilijke situaties kunnen worden vermeden of opgelost en demonstreert positieve self-talk met behulp van informatie en actief en coöperatief leren.</p> <p><b>Optimisme:</b> Maakt positieve attributies over effectiviteit van gemaakte plannen en het hebben van optimistische verwachtingen om obstakels en moeilijke situaties op weg naar het doel te overwinnen; Maakt positieve attributies over de effectiviteit van positieve self-talk.</p> <p><b>Hoop:</b> Verwacht dat het maken van plannen voor moeilijke situatie en obstakels het doorzettingsvermogen verhoogd; Gevoel van zelfcontrole dat gezondheid-gerelateerde doelen worden bereikt door het maken van concrete plannen die deelnemers handelingsperspectief bieden.</p> <p><b>Veerkracht:</b> Uit vertrouwen om met obstakels, moeilijke situaties en tegenslagen op weg naar het doel om te kunnen gaan door hier concrete plannen voor te formuleren die handelingsperspectief geven.</p> <p><b>Sociale steun:</b> Voelt zich gesteund in het maken en uitvoeren van effectieve plannen door het krijgen van constructieve feedback op gemaakte plannen van andere groepsleden en het betrekken van hulp van andere belangrijke personen in hun sociale omgeving in hun plannen om de doelen te kunnen uitvoeren.</p> <p><b>Tijdspectief:</b> Toont bewustzijn dat het in het nu inzetten voor een gezondere leefstijl een betere gezondheid in de toekomst oplevert.</p>	<p><b>PO6</b> Deelnemer maakt plannen voor het overwinnen van obstakels en moeilijke situaties die je kunt tegenkomen op weg naar het doel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informatieoverdracht, Chunking (Film 3, gestructureerd actieplan, positieve self-talk) (Schaalma &amp; Kok, 2010; Smith, 2008)</li> <li>• Actief en coöperatief leren (Kelder et al. 2015; Bandura, 1985)</li> <li>• Zelfreflectie</li> <li>• Groepsreflectie</li> <li>• Modeling (Kelder et al., 2015)</li> </ul>	<p><b>6.1</b> Zelfreflectie en groepsdiscussie (modeling) over wat of wie kan helpen (vergaren van middelen/assets) om mogelijke obstakels en moeilijke situaties te overwinnen (oefening 7b).</p> <p><b>6.2</b> Zelfreflectie en groepsdiscussie (modeling) over hoe obstakels en moeilijke situaties kunnen worden vermeden (risico's falen verlagen). (oefening 7b).</p> <p><b>6.3</b> Definieren hoe moeilijke situaties kunnen worden vermeden (oefening 7b).</p> <p><b>6.4</b> Definieren van implementatie-intenties (Als.. dan.. plannen) (oefening 7b).</p> <p><b>6.5</b> Zelfreflectie en groepsdiscussie (modeling) over hoe positieve self-talk gebruikt kan worden om tegenslagen beter te kunnen overkomen (oefening 8).</p>

**Tabel 2 (vervolg): Verantwoording inhoud en werking van de Future Positive micro-interventie**

Factoren, change objectives en manier waarop deze worden beïnvloed met voorgestelde aanpak	Subdoelen	Methoden	Aanpak
<p><b>Hoop:</b> Verwacht vermogen te hebben om moeilijke situaties en obstakels te overwinnen en doelen te bereiken; Voelt zich in controle van zijn gezondheid, door te weten wat te doen bij tegenslagen; Verwacht dat monitoren van voortgang en het vieren van kleine successen het eigen doorzettingsvermogen om doel te kunnen bereiken verhoogd.</p> <p><b>Vaardigheden/Vertrouwen in eigen kunnen:</b> Toont vertrouwen in het vermogen om voortgang te monitoren; Demonstreert monitoren van de voortgang; Demonstreert het gebruik van positieve self-talk; Toont vertrouwen in het vermogen om gezondheid-gerelateerd gedrag te veranderen en doelen te bereiken; Demonstreert halen van subdoelen en doelen, door op een positieve manier met moeilijke situaties om te gaan.</p> <p><b>Veerkracht:</b> Toont positieve verwachtingen om obstakels, moeilijke situaties en tegenslagen te kunnen overwinnen door het toepassen van positieve self-talk, weten wat te doen bij tegenslagen en hindernissen en constructieve feedback te ontvangen in nazorgtraject.</p> <p><b>Optimisme:</b> Maakt positieve attributies over de effectiviteit van monitoren en het vieren van succes; Toont positieve verwachtingen om (toekomstige) doelen te kunnen realiseren, door zichzelf op te peppen als het moeilijk wordt, weten wat te doen bij tegenslagen en hindernissen en constructieve feedback te ontvangen in nazorgtraject.</p> <p><b>Autonome motivatie:</b> Is blijvend gemotiveerd om gezondheid-gerelateerd gedrag te veranderen en dit vol te houden door zichzelf te monitoren en constructieve feedback te ontvangen in het nazorgtraject.</p> <p><b>Sociale steun:</b> Ervaart sociale steun vanuit sociale omgeving in het omgaan met tegenslagen en het makkelijker maken van het behalen van doelen; Voelt zich gesteund door anderen in het volharden naar einddoel mede door het krijgen van herinneringen en constructieve feedback op voortgang.</p> <p><b>Tijdspectief:</b> Toont bewustzijn dat het in het nu inzetten voor een gezondere leefstijl een betere gezondheid in de toekomst oplevert, door in het heden controle te nemen over verandering in gezondheidsgedrag en een positieve doelrealisatie voor ogen te houden.</p>	<p><b>PO7</b> Deelnemer monitort zijn voortgang, overwint moeilijke situaties en obstakels of gaat deze uit de weg en viert successen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Feedback en Reinforcement: Prompts/herinneringen per email of WhatsApp. (Kelder et al.,)</li> <li>• Zelf monitoren van doelrealisatie in actieplan.</li> </ul>	<p><b>7.1</b> Overwinnen van obstakels en moeilijke situaties door het actieplan uit te voeren.</p> <p><b>7.2</b> Monitoren van de voortgang m.b.t. het bereiken van doelen (actieplan).</p> <p><b>7.3</b> Vieren van behaalde successen zoals omschreven in het plan.</p>

### Verantwoording – max 1000 woorden

*Maak aannemelijk dat met deze aanpak ook daadwerkelijk de doelen bij deze doelgroep bereikt kunnen worden.*

De opzet van Future Positive is gebaseerd op wetenschappelijk effectief bewezen interventies gericht op het vergroten van psychologisch kapitaal (PK), en de positieve effecten van toekomstgericht denken op gezondheidsgedrag en – uitkomsten (o.a. Kooij et al., 2018). Een PK micro-interventie leidt aantoonbaar tot meer hoop, optimisme, vertrouwen en veerkracht, en tot een gevoel van meer controle over het eigen leven en de eigen gezondheid (zie o.a. Luthans et al., 2006; Dello Russo & Stoykova, 2015). We hebben voor het ervaren -en actief inzetten- van sociale steun geen aparte prestatiedoelstelling (PO) opgenomen, maar wel bewust gekozen voor een groeps-setting. Onderzoek toont aan dat interventies gericht op gedragsverandering in groepen effectiever zijn dan individuele interventies (zie Borek et al, 2018). Daarnaast moedigen we de deelnemers aan om familieleden of vrienden actief te betrekken in hun gedragsverandering, door hen mee te nemen naar de workshops en/of te betrekken in hun plannen.

Om PO1 (Tabel 2; Deelnemer definieert duidelijk zijn (autonome) motivatie om gezondheid-gerelateerd gedrag te verbeteren) te realiseren wordt motiverende gespreksvoering ingezet in een groepssetting. Kleine groepen stimuleren zelfreflectie, groepsdiscussie, social support, en modeling (Borek et al., 2019). Motiverende gespreksvoering is ook effectief in het bereiken van deze doelen (zie o.a. Miller & Rollnick, 2013), waardoor de combinatie van deze twee elementen leidt tot hogere autonome motivatie van de deelnemers om gezondheid-gerelateerd gedrag te veranderen. De groepsdiscussies en reflecties verhogen daarnaast het ervaren van sociale steun om gezonder te gaan leven en door te reflecteren (zelf en in de groep) op de voor en nadelen van veranderen wordt meer bewustzijn ontwikkeld van de waarde van toekomstige gezondheid (future tijdspectief). Er is onderzoek dat aantoont dat het hebben van een positief toekomstbeeld samenhangt met hoger gerapporteerd psychologisch en fysiek welzijn, en ook met zonder *gedrag* (Daugherty & Brase, 2010; Kooij et al., 2018).

PO2 (Deelnemer stelt zichzelf ten minste 1 haalbaar en concreet (SMART) einddoel om een onderdeel van zijn leefstijl te verbeteren) wordt bewerkstelligd door deelnemers informatie te bieden en vaardigheden te leren

m.b.t. SMART formuleren van doelen (Film 2; zie ook Michie et al. (2011) voor bewijs over de effectiviteit van SMART doelen in gedragsverandering). Daarnaast wordt er in het actieplan (zie oefening 5 en 6) structuur aangebracht in hoe men in delen (chunking) een SMART doel kan formuleren en hoe men een hoofddoel kan opdelen in 3 of 4 SMART geformuleerde subdoelen (stappen) (PO3). Door het einddoel op te delen in haalbare en realistische kleine stappen en hierop te reflecteren ontwikkelen deelnemers vertrouwen en hoop hun doel te kunnen behalen. Door het bespreken van oefening 5 en 6 in de interventiegroep vindt zelfreflectie en groepsdiscussie plaats, als ook actief en coöperatief leren en ‘modeling’, hetgeen de ervaren sociale steun om te veranderen en doel te behalen vergroot. Juist voor moeilijk bereikbare of risicogroepen heeft een groepssetting een positief effect op deze componenten (zie Harden et al., 2015).

Door successen te bespreken in de groep vindt modeling, vicarious learning, zelfreflectie, sociale steun en doelvisualisatie plaats. Door het ervaren van mentale (toekomstige) successen bij het visualiseren van het bereiken van het einddoel en deelnemers in de groep te laten reflecteren over eerder behaalde successen (modeling en vicarious learning) en hoe men het gaat vieren als een stap in de juiste richting is gezet (i.e., PO4) neemt het maken van positieve attributies m.b.t. slagen toe (optimisme) en het vertrouwen om obstakels te overwinnen (Luthans et al., 2006). Ook zal dit leiden tot een hogere motivatie om het gedrag écht te gaan veranderen, wat op zijn beurt weer leidt tot meer bewustzijn over de waarde van toekomstige gezondheid en het belang van veranderingen in het heden (Kooij et al., 2018; Andre et al., 2018).

PO5 (Deelnemer inventariseert mogelijke obstakels en moeilijke situaties die de deelnemer op weg naar zijn doelen kan tegenkomen) en PO6 (Deelnemer maakt plannen voor het overwinnen van obstakels en moeilijke situaties die je kunt tegenkomen op weg naar het doel) worden gerealiseerd door deelnemers informatie te bieden en vaardigheden te leren over hoe ‘beren op de weg naar je doel’ in kaart kunnen worden gebracht en hoe je hiervoor plannen kunt maken met behulp van ‘als-dan..’ plannen (zie Film 4). Dit vergroot de veerkracht (Dello Russo & Stoykova, 2015) en het gevoel van zelfcontrole (hoop) en de kans dat de doelen ook bereikt worden (Gollwitzer & Sheeran, 2006). Deelnemers krijgen zowel van de interventiegroepsleden als van de facilitator ondersteuning in het formuleren van obstakels en hindernissen, en het formuleren van plannen om deze te overwinnen (groepsreflectie en feedback). Ook worden informatie en toepassingsoefeningen aangereikt over hoe deelnemers positieve self-talk kunnen toepassen om met tegenslagen om te gaan en wordt dit besproken in de interventiegroep (modeling, vicarious en coöperatief leren, zelfreflectie en sociale steun) (zie oefening 8). Deelnemers worden gestimuleerd om te inventariseren aan wie ze sociale steun zouden kunnen vragen in hun nabije omgeving – zowel bij het bereiken van het doel als bij het helpen omgaan met obstakels of tegenslagen. Onderzoek heeft aangetoond dat sociale steun de kans op het behalen van doelen vergroot, d.w.z. de zelfregulatie van individuen (positief) beïnvloedt (Finkel & Fitzsimons, 2011). Na deze aanpak hebben deelnemers positieve en optimistische verwachtingen ontwikkeld (verhoogd optimisme en hoop) om met tegenslagen om te kunnen gaan. Ook krijgen deelnemers meer vertrouwen in hun eigen kunnen om hun doelen te behalen, o.a. door de sociale steun vanuit de groep. Met andere woorden, het psychologisch kapitaal wordt in deze stap verhoogd (Luthans et al., 2006).

PO7 (Deelnemer monitort zijn voortgang, overwint moeilijke situaties en obstakels of gaat deze uit de weg en viert successen) wordt gerealiseerd door na de interventiesessies wekelijks herinneringen (prompts) te sturen naar deelnemers, om voortgang te monitoren, behaalde successen te kunnen vieren en constructieve feedback te geven op hun prestaties. Deze aanpak verhoogt het psychologische kapitaal (Luthans et al., 2006) en de autonome motivatie om het gezondheid-gerelateerde gedrag te veranderen en vol te houden (De Leon et al., 2014). Dit soort ‘coaching vanaf de zijlijn’ werkt positief voor het bereiken van leefstijl-gerelateerde doelen (zie bijv. Hayes & Kalmakis, 2007).

#### 4.1 Onderzoek naar de uitvoering – max 600 woorden

*Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de uitvoering van de interventie?*

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van ieder genoemd onderzoek mee.

Beschrijf per onderzoek:

- De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave (indien gepubliceerd)
- Het type onderzoek, de onderzoeksmethode en de omvang van het onderzoek
- Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot inzicht in de mate waarin activiteiten zijn uitgevoerd volgens plan, het bereik van de interventie, de waardering en ervaring van de uitvoerders en doelgroep, succes- en faalfactoren, en -indien beschikbaar- de uitvoerbaarheid, de randvoorwaarden en de omgevingsvariabelen.

**Titel:** Behoeftanalyse en procesevaluatie van de Future Positive microinterventie.

**Auteurs:** Schelleman-Offermans, K., Massar, K.

**Uitgegeven door:** Universiteit Maastricht, 2019.

## Samenvatting m.b.t. procesevaluatie

In de evaluaties zijn 5 interviews van 1,5 uur uitgevoerd bij professionals werkzaam in meerdere lagen van de organisatie (HR-directie (n=2), management (n=1), leidinggevende (n=1) en meewerkend leidinggevende (n=1)). Daarnaast zijn er 2 focusgroepen (duur = +/-1 uur, 4 tot 5 deelnemers per groep) uitgevoerd met mogelijke eindgebruikers en zijn er 3 focusgroepen uitgevoerd bij deelnemers van de pilotstudie (n=13) in twee verschillende bedrijven. Interviews en focusgroepen zijn verwerkt, terugkoppeling over het proces van de uitvoer is gevraagd aan de facilitator, en deze gegevens zijn vervolgens thematisch gecodeerd. Daarnaast zijn de resultaten van needs assesment teruggekoppeld in de projectgroep (HR professionals, leidinggevend, meewerkend leidinggevend en management) en is feedback gevraagd op de ontwikkelde interventiematerialen.

De resultaten gaven weer dat het onderstrepen van de autonomie van deelnemers zeer gewaardeerd werd en het gebruik maken van objectleiders als ambassadeurs het grootste effect sorteert indien dit in een kleine groep en met een objectleider gebeurt die positief ten opzichte van de interventie staat. Ook mochten deelnemers een vertrouwd persoon meenemen naar de interventie, hetgeen het potentiële bereik van de interventie vergroot van de werkvloer naar ook de privé sfeer.

De belangrijkste factoren aangegeven in de behoefteanalyse als het gaat om het vormgeven van de workshop voor de doelgroep zijn a) het creëren van veiligheid, b) de inhoud zo laagdrempelig mogelijk aanbieden op een interactieve manier, c) de inhoud op een professionele manier en zo veel mogelijk door een onafhankelijke partij aanbieden, d) een intensief nazorgtraject. De resultaten van de pilotstudie laten zien dat de interventiematerialen hieraan voldoen en als goed toegankelijk, te begrijpen en aansprekend worden omschreven door deelnemers. De interventie werd positief beoordeeld door deelnemers als het gaat om de werkzame elementen van de interventie (benadrukken eigen autonomie, verhogen motivatie en vertrouwen in eigen kunnen om gezondheidsgedrag te veranderen, vaardigheden vergroten m.b.t. SMART doelen stellen en plannen maken). Deelnemers bleken ook meer hoopvol en optimistisch over hun doelrealisatie. In het geval dat er meer mensen in de groep zijn die moeite hebben met schrijven, is het raadzaam de duur van de interventiesessie te verlengen van 2 uur naar 2,5 uur. Ook is het in dit geval raadzaam deelnemers direct in hun werkboekje met potlood te laten werken.

Deelnemen aan de interventie onder werktijd werd in de behoefteanalyse als voorwaarde genoemd. Echter, tijdens de uitvoer van de pilotstudie bleek dat dit in sommige bedrijven leidt tot een te hoge werkdruk voor niet-deelnemende collega's. Aangezien vervanging heel moeilijk in te plannen is in sommige branches (bv. schoonmaak), wordt betaalde deelname buiten de reguliere werktijden toegepast voor verdere implementatie in deze bedrijven. Daarnaast bleek ook de verschillende werklocaties een uitdaging voor het efficiënt implementeren van de interventie. Werknemers beschikken vaak niet over eigen vervoer om andere locaties te bereiken. Het is daarom essentieel, daar waar dit mogelijk is, de interventie op de werkplek zelf te laten plaatsvinden. In bedrijven waar werknemers vanuit 1 locatie werken en waar geen lopende band werk wordt verricht is het makkelijker deelname onder werktijd toe te passen als ook het inplannen van interventiesessies.

Aan de uiteindelijke inhoud van de interventie is een extra filmpje toegevoegd met informatie over wat een gezonde leefstijl is. Daarnaast is een paragraaf in de trainershandleiding opgenomen waarin contextuele factoren worden beschreven waar een facilitator rekening mee kan houden en bijvoorbeeld de duur van de sessies op kan aanpassen (bv. indien er deelnemers zijn die moeite hebben met schrijven, of indien de doelgroep een jongere leeftijd heeft).

## 4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten – max 600 woorden

*Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de behaalde effecten met de interventie?*

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van iedere genoemde studie mee.

Beschrijf per onderzoek:

- a) De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave
- b) Het type onderzoek, de meetinstrumenten en de omvang van het onderzoek
- c) Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot het bereik van de interventie, de gevonden effecten en -indien beschikbaar- de door de doelgroep ervaren effectiviteit en de mate waarin de veronderstelde werkzame elementen daadwerkelijk zijn uitgevoerd.

## 4. Samenvatting Werkzame elementen

*Wat zijn de werkzame elementen van deze interventie waardoor de gestelde doelen bij de doelgroep gerealiseerd worden? Geef een puntsgewijs overzicht van de belangrijkste werkzame elementen van de interventie. Denk daarbij aan inhoudelijke en praktische elementen.*

Max 250 woorden

- Het verhogen van de autonome motivatie om gezondheidsgedrag te verbeteren door middel van:
  - o Motiverende gespreksvoering die verandertaal uitlokt en zelfreflectie over voor- en nadelen van gedrag stimuleert.
- Het verhogen van vaardigheden met betrekking tot:
  - o Het stellen van SMART doelen en subdoelen en de weg naar het doel toe visualiseren d.m.v. zelfreflectie.
  - o Het in kaart brengen van obstakels/moeilijke situaties
  - o Het formuleren van plannen (als.. dan.. plannen) en alternatieve routes om doelen te kunnen bereiken.
  - o Het formuleren van plannen om mentale successen te vieren als ook het daadwerkelijk behalen van kleine subdoelen.
- Het stimuleren van positieve cognities en emoties zoals positieve 'self-talk' en sociale steun zowel in de groepsdiscussies (door facilitators) als in het nazorg traject door middel van prompts.
- Voorwaarden/praktische werkzame elementen:
  - o Gratis aanbieden van de interventie voor deelnemers.
  - o Tijd van de interventiesessies wordt vergoed voor deelnemers door de werkgever.

## 5. Aangehaalde literatuur

Maak een alfabetische lijst van alle in deze beschrijving aangehaalde literatuur en gebruik hiervoor de APA-normen (variant met kleine letters, zie aanwijzingen in de handleiding).

- Andre, L., van Vianen, A. E., Peetsma, T. T., & Oort, F. J. (2018). Motivational power of future time perspective: Meta-analyses in education, work, and health. *PloS One*, *13*: e0190492.
- Bandura, A. (1985). Observational learning. In S. Sekemune (Ed.), *Advances in social learning theory*. Tokyo: kaneko-shoho.
- Blokstra, A., Vissink, P., Venmans, L.M.A.J., Holleman, P., Schouw, Y.T. van der, Smit, H.A., & Verschuren, W.M.M. (2012). *Nederland de maat genomen, 2009-2010: monitoring van risicofactoren in de algemene bevolking*. Bilthoven: RIVM.
- Boerdam A., Knoops, K. 2016. Bevolkingstrends: Astma en COPD in beeld. Centraal Bureau voor de Statistiek. Via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2016/19/bevolkingstrends-astma-en-copd-in-beeld>.
- Borek, A. J., Abraham, C., Greaves, C. J., & Tarrant, M. (2018). Group-based diet and physical activity weight-loss interventions: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *10*, 62-86.
- Borek, A. J., Abraham, C., Greaves, C. J., Tarrant, M., Garner, N., & Pascale, M. (2019). 'We're all in the same boat': A qualitative study on how groups work in a diabetes prevention and management programme. *British Journal of Health Psychology*, *24*, 787-805.
- Burdorf et al. (2016). *Kennissynthese Werk(en) is Gezond*. Den Haag: ZonMw.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. *Gezondheid en zorggebruik: diabetes naar onderwijsniveau*. Statline 2018. Beschikbaar via: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83005NED/table?dl=F25F>.
- Chua, L. W., Milfont, T. L., & Jose, P. E. (2015). Coping skills help explain how future-oriented adolescents accrue greater well-being over time. *Journal of Youth and Adolescence*, *44*, 2028-2041.
- Cutler, D. M., & Lleras-Muney, A. (2010). Understanding differences in health behaviors by education. *Journal of Health Economics*, *29*, 1-28.
- Daugherty, J. R., & Brase, G. L. (2010). Taking time to be healthy: Predicting health behaviors with delay discounting and time perspective. *Personality and Individual Differences*, *48*, 202-207.
- De Leon, E., Fuentes, L. W., & Cohen, J. E. (2014). Characterizing periodic messaging interventions across health behaviors and media: systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, *16*: e93.
- Dello Russo, S., & Stoykova, P. (2015). Psychological capital intervention (PCI): A replication and extension. *Human Resource Development Quarterly*, *26*, 329-347.
- Gallo, L. C., & Matthews, K. A. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin*, *129*(1), 10-51.
- Gollwitzer, P.M., & Sheeran, P. (2006). Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. *Advances in Experimental Social Psychology*, *38*, 69-119
- Finkel, E. J., & Fitzsimons, G. M. (2011). The effects of social relationships on self-regulation. In K. D. Vohs & R. F. Baumeister (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (p. 390-406). Guilford Press.
- Hardcastle, S., Blake, N., & Hagger, M. S. (2012). The effectiveness of a motivational interviewing primary-care based intervention on physical activity and predictors of change in a disadvantaged community. *Journal of Behavioral Medicine*, *35*, 318-333.
- Harden, S. M., McEwan, D., Sylvester, B. D., Kaulius, M., Ruissen, G., Burke, S. M., ... & Beauchamp, M. R. (2015). Understanding for whom, under what conditions, and how group-based physical activity interventions are successful: a realist review. *BMC Public Health*, *15*: 958.
- Hayes, E., & Kalmakis, K. A. (2007). From the sidelines: Coaching as a nurse practitioner strategy for improving health outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, *19*, 555-562.
- Henson, J. M., Carey, M. P., Carey, K. B., & Maisto, S. A. (2006). Associations among health behaviors and time perspective in young adults: Model testing with boot-strapping replication. *Journal of Behavioral Medicine*, *29*, 127-137.
- Keij, I., Smits J., & Westert, G. 'Effecten van sociaal-economische status van kleine, middelgrote en grote geografische eenheden op de sterfte', Maandstatistiek van de bevolking, 2001, nr. 11, pag 4-10.)
- Kelder, S., Hoelscher, D., Perry, C. L. (2015). How individuals, environments, and health behaviour interact: Social Cognitive theory, In: K. Glanz, B.K. Rimer, & K. Viswanath (eds.) *Health behavior, theory research and practice*. (5<sup>th</sup> ed. Pp. 285-325). San Francisco, CA: Jossey-bass.
- Kooij, D. T., Kanfer, R., Betts, M., & Rudolph, C. W. (2018). Future time perspective: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, *103*, 867-893.
- Luthans, F., Avey, J. B., Avolio, B. J., Norman, S. M., & Combs, G. M. (2006). Psychological capital development: toward a micro-intervention. *Journal of Organizational Behavior*, *27*, 387-393.

- Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology*, 60, 541-572 .
- Luthans, F., & Youssef-Morgan, C. M. (2017). Psychological Capital: An evidence-based positive approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4, 339-366.
- Luthans, F., Youssef, C. M., Sweetman, D. S., & Harms, P. D. (2013). Meeting the leadership challenge of employee well-being through relationship PsyCap and health PsyCap. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 20, 118-133.
- Michie, S., Ashford, S., Sniehotta, F. F., Dombrowski, S. U., Bishop, A., & French, D. P. (2011). A refined taxonomy of behaviour change techniques to help people change their physical activity and healthy eating behaviours: the CALO-RE taxonomy. *Psychology & Health*, 26, 1479-1498.
- Miller W.R. & Rollnick S. (2013) *Motivational Interviewing, Helping people change*. Third Edition. New York: The Guilford Press.
- Niederdeppe, J., & Levy, A. G. (2007). Fatalistic beliefs about cancer prevention and three prevention behaviors. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 16, 998-1003.
- Peterson, S. J., Luthans, F., Avolio, B. J., Walumbwa, F. O., & Zhang, Z. (2011). Psychological capital and employee performance: A latent growth modeling approach. *Personnel Psychology*, 64, 427-450.
- Rock, D. (2008) SCARF; A brain-based model for collaborating with and influencing others. *Neuroleadership Journal*, 1, 1; 44.
- Schaalma, H., & Kok, G. (2010). Hoofdstuk 5 Interventieontwikkeling. In J. Brug, P. v. Assema, & L. Lechner, *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak* (pp. 107-122). Assen: Van Gorcum & Comp. B.V.
- Schelleman-Offermans, K., Massar, K. (submitted). Explaining social inequalities in health in a general Dutch population sample: The role of perceived stress, psychological capital and time perspective.
- Smith, R. M. (2008). *Conquering the content: A step-by-step guide to web-based course development*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (1999). Psychosocial resources and the SES–health relationship. In N. E. Adler, M. Marmot, B. S. McEwen, & J. Stewart (Eds.), *Annals of the New York Academy of Sciences: Vol. 896. Socioeconomic status and health in industrial nations: Social, psychological, and biological pathways* (pp. 210-225). New York, NY, US: New York Academy of Sciences.
- Trendscenario Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 – gezondheidsverschillen, 2017.
- Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 - Een gezond vooruitzicht - Synthese, 2018.
- Wardle, J., & Steptoe, A. (2003). Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57, 440-443.
- Zimbardo, P.G., & Boyd, J.N. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1271-1288.

## 6. Praktijkvoorbeeld

**Titel:** Behoeftanalyse en procesevaluatie van de Future Positive microinterventie.

**Auteurs:** Schelleman-Offermans, K., Massar, K.

**Uitgegeven door:** Universiteit Maastricht, 2019.

### Samenvatting resultaten m.b.t. praktijkvoorbeeld

De interventie is, als pilot, uitgevoerd bij een schoonmaakbedrijf met schoonmakers als deelnemers en bij een staalfabriek. De geprotocolleerde sessies verliepen goed, de meeste opdrachten die van deelnemers gevraagd worden, worden na uitleg goed begrepen. De sfeer was goed in de groepen en de opdrachten en de geprotocolleerde vervolgvragen genoeg aanzet tot reflectie. Ook participeerden deelnemers actief in de discussies en oefenden deelnemers ook actief mee met de opdrachten. Voorbeeld citaten van deelnemers die bijvoorbeeld oefenden met positieve self-talk zijn hieronder weergegeven:

- 'Dit keer gaat het me wel lukken.'
- 'Ik probeer het gewoon nog een keer.'

Sessies waarbij deelnemers hetzelfde gedrag wilden veranderen (bv. deelnemers willen allen graag stoppen met roken), verliepen makkelijker, omdat men meer centraal in de groep kan reflecteren. Het uitschrijven van eigen doelen en plannen kostte soms wel veel tijd. Dus het is niet zo zeer dat deelnemers geen plannen of SMART doelen kunnen bedenken voor zichzelf, het uitschrijven is iets wat deelnemers mogelijk minder graag doen en wat tijd kost. Voor vervolgsessies is het raadzaam toch gewoon te werken in het actieplan met bv. een potlood of uitgumbare pen zodat verbetering mogelijk is. Het eerst schrijven op de geplastificeerde sheets kostte vaak te veel tijd. De opdrachten zelf werden goed geëvalueerd door de meeste deelnemers. Een aantal gaf aan een sterkere motivatie te hebben om ook echt aan de slag te gaan met hun doelen en ook meer vertrouwen te hebben in zichzelf dat het ook echt zou gaan lukken. Voorbeelden van citaten over hoe de opdrachten de motivatie en het zelfvertrouwen van deelnemers heeft verhoogd zijn hieronder beschreven:

- 'Het stimuleert ook, de opdrachten zetten je toch wel aan het denken, en mij stimuleert dat.'
- 'Zo'n plan maken, eigenlijk is dat ook wel goed, want daar denk je ook over na, je bent er toch in je hoofd mee bezig.'
- 'Ik ben al een hele tijd aan het zeggen, ik wil stoppen, ik wil stoppen, maar dit stimuleert meer om het ook echt te doen.'
- 'Mijn motivatie is nu een 10, ik heb er zin in. Ik ben blij dat ik mee gedaan heb.'
- 'Dat vertrouwen dat ik het ook kan is meer geworden.' (Eerst score 5 en nu score 7 in schaalvraag)
- 'De cursus maakt wel dat ik nu meer zelfvertrouwen heb.'