EEN NIEUWE COMMUNITY INTERVENTIE VOOR MENTALE WEERBAARHEID:
INTERACTIE ALS MOTOR TOT VERANDERING

Dr. VAN OOTEGHEM Gert, Universiteit Gent

Promotor: Dr. DECAT Peter, Universiteit Gent

Copromotoren: DECROO Els en HARDEMAN Lara,
wijkgezondheidscentrum de Kaai vzw

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde



Benoit Lapray, *The Quest for the Absolute #01*, 2011, foto. Courtesy Gallery Lacroix, Paris
(naar tentoonstelling in Museum Dr. Guislain: Adoptie, tussen avontuur en kwetsuur)

Woord vooraf

Beste lezer

Het schrijven van deze masterproef was een uitdagende opdracht naast het continue leerproces dat je als huisarts-in-opleiding doormaakt.

Samen met mijn enthousiaste collega's van WGC de Kaai, en in het bijzonder mijn promotor Dr. Peter Decat en copromotoren Els Decroo en Lara Hardeman, hebben we interactie tussen wijkbewoners gefaciliteerd. Als huisarts-in-opleiding was het enorm verrijkend om het petje van arts even af te zetten, en dat van gezondheidspromotor op te zetten. De contacten met deelnemers aan de interactiesessies waren intens en hartverwarmend. Deze interacties met wijkbewoners hebben me ontegensprekelijk verrijkt en versterkt in mijn rol als zorgverlener.

Daarom wil ik in de eerste plaats alle deelnemers aan de interactiesessies van harte bedanken. Het mag duidelijk zijn dat wat ons bindt, veel sterker is dan wat ons scheidt. Dit onderzoek bevestigt dit opnieuw, en toont dat interactie een motor kan zijn tot verandering.

Ik geloof dat dit werkstuk een nieuwe insteek kan betekenen voor gezondheidspromotoren in hun werking, en hoop dat het een nieuw perspectief kan bieden om het faciliteren van acties te bewerkstelligen.

Tot slot bedank ik ook mijn ouders, zussen, vrienden en collega's van de Kaai, die er de voorbije maanden onvoorwaardelijk zijn geweest. Ook een dikke merci aan Dr. Kaatje Vanholder. Ik had me geen betere praktijkopleider kunnen inbeelden.

Veel leesgenot

Gert Van Ooteghem

1 Abstract

Doelstelling

Nagaan hoe een community interventie, die interactie over mentaal welzijn faciliteert, de mentale weerbaarheid van wijkbewoners kan versterken. Het onderzoek tracht draagkracht verhogende elementen bij de deelnemers aan interactiegroepen te verkennen, om op die manier de draagkracht van elk individu te verhogen. Het onderzoek kadert binnen een pilootproject van gezondheidspromotoren van wijkgezondheidscentrum (WGC) de Kaai, waarbij een nieuw model van community gerichte welzijnspromotie wordt getest.

Achtergrond

De discipline gezondheidspromotie van WGC de Kaai werd hertekend. Hoewel acties van gezondheidspromotoren geapprecieerd worden, geven de promotoren actie-moeheid aan. Het opzetten van projecten vraagt immers een continue aandacht en inzet van hen, terwijl hun werkelijke impact op gezondheid en welzijn moeilijk meetbaar is. Een alternatief theoretisch model voor gezondheidspromotie in de community gaat ervan uit dat interactie een motor kan zijn tot gedragsveranderingen. In deze masterthesis wordt dit model uitgetest, door het organiseren van community interventies die interacties over mentaal welzijn faciliteren.

Methodologie

Er werden community interventies georganiseerd waarbij wijkbewoners met eenzelfde achtergrond konden interageren over mentaal welzijn, in het bijzijn van vertrouwde zorgverleners. Er werden 3 verschillende interactiegroepen opgezet. Voor elke groep werden 3 groepssessies georganiseerd. Er werden diepte-interviews afgenomen met 7 participanten over hun beleving aan deelname aan de interventie. Via realist evaluation werd onderzocht wat ervoor zorgde dat deelnemers hun verhaal (al dan niet) konden vertellen in de peer-groepen. Ook werd nagegaan waarom deelnemers door deelname aan dergelijke interactiegroepen (al dan niet) gaan nadenken over eigen percepties en attitudes.

Resultaten

Interactie tussen mensen met een gelijkaardige achtergrond zorgt ervoor dat men gaat reflecteren over de eigen situatie. Aanwezigheid en openheid van vertrouwde zorgverleners bezorgt deelnemers een veilig gevoel, waardoor ze gemakkelijker hun verhaal kunnen vertellen. Andere wijkgezondheidscentra tonen interesse om gelijkaardige interventies volgens deze methodiek op te stellen.

Conclusie

Een community interventie waarbij mensen met een gelijkaardige achtergrond interageren over mentaal welzijn geeft wijkbewoners een veilig platform om hun verhaal te brengen. Dit doet hen deugd. Interactie met peers zorgt voor reflectie over het eigen functioneren. De betrokkenheid van andere zorgverleners bij de discipline gezondheidspromotie in het WGC is groter en gezondheidspromotoren ervaren meer werkvreugde.

Inhoud

Woord vooraf 4
1 Abstract 6
Inhoud 8
2 Inleiding 11
3 Literatuurstudie 13
4 Methodologie 16
4.1 Interventie: “interactie als motor tot verandering” 16
4.1.1 Verloop van de interventie 17
4.1.2 Rekrutering van deelnemers aan interactiegroepen 18
4.1.3 Settings 18
4.2 Evaluatie van de interventie: Realist evaluation 18
4.2.1 Centrale CMO-hypothese 18
4.2.2 Gegevensverzameling 19
4.2.3 Analyse van de data 20
4.3 Ethische aspecten 20
5 Resultaten 21
5.1 Bespreking van de resultaten 22
5.1.1 Verwachtingen vooraf bij deelname aan interactiegroepen 22
5.1.2 Motivatie tot deelname aan een interactiesessie 22
5.2 Overzicht van de resultaten ingedeeld per C/M/O 23
5.2.1 Context 23
5.2.2 Mechanisme 25
5.2.3 Outcome 27
6 Discussie en conclusie 30
6.1 Beperkingen voor het onderzoek 31
6.1.1 Onderzoek 31

6.1.2 Medewerking aan het onderzoek 32
6.1.3 Selectiebias 32
6.2 Aanbevelingen voor de toekomst 32
6.3 Aanbevelingen voor verder onderzoek 32
6.4 Algemene conclusie 33
7 Referenties 34
8 Bijlagen 36
Bijlage 1: Theory of planned behaviour (Ajzen) 37
Bijlage 2: Interactie als motor tot verandering (Decat) 38
Bijlage 3: Ondersteunende vragenlijst 39
Bijlage 4: Goedgekeurd protocol 40
Bijlage 5: Gunstig advies Ethisch Comité 42
Bijlage 6: Informed consent 44

2 Inleiding

Dit onderzoek kadert binnen de Master na Masteropleiding tot huisarts. Als kwaliteitsverbeterend project voor de praktijk werd gekozen om samen met de gezondheidspromotoren van wijkgezondheidscentrum (WGC) de Kaai in de Bloemekenswijk in Gent een interactieproject op te zetten voor buurtbewoners.

De gezondheidspromotoren van WGC de Kaai en andere wijkgezondheidscentra werken met veel energie en overtuiging aan acties om het welzijn van wijkbewoners te versterken en bestendigen. Hun werk wordt sterk geapprecieerd en krijgt veel bijval, maar toch merken we een actie-moeheid bij gezondheidspromotoren. Het opzetten van projecten vraagt immers een continue aandacht en inzet van hen, terwijl hun werkelijke impact moeilijk meetbaar is op gezondheid en welzijn. Daarnaast heerst bij hen een soort machteloosheid tegenover de veelheid van noden. Bovendien hebben gezondheidspromotoren wat het gevoel alleen aan de kar te trekken binnen hun WGC.

Wat is gezondheidspromotie? In 1986 werden op het eerste internationaal congres voor gezondheidsbevordering of gezondheidspromotie in Ottawa de krijtlijnen uitgetekend voor een mondiale visie op gezondheidspromotie. In dit charter voor actie werden de doelen vooropgesteld om gezondheid voor eenieder – "Health for all" – te bewerkstelligen tegen het jaar 2000. Dit werd vastgelegd in het '*Ottawa Charter for Health promotion*' [1].
Gezondheidspromotie wordt door de WHO gedefinieerd als het proces om mensen in staat te stellen om meer controle te verwerven over hun gezondheid. Het omvat een breed scala aan sociale en omgevingsinterventies gericht op het beschermen en verbeteren van gezondheid en levenskwaliteit. Deze interventies zijn gericht op het aanpakken van de oorzaken van een slechte gezondheid, en niet enkel op behandeling en genezing [1].
Gezondheidspromotie werkt rond concrete en effectieve community acties door prioriteiten te stellen, beslissingen te nemen, strategieën op te stellen en deze te implementeren om een betere gezondheid en welzijn voor eenieder te bewerkstelligen. Daarbij is empowerment van een gemeenschap essentieel [1,2].

Voor de initiatieven van gezondheidspromotie in het WGC wordt gefocust op de verschillende actieterreinen die in het Ottawa Charter werden beschreven:

- *Het beïnvloeden van het lokaal, regionaal en nationaal overheidsbeleid, om een gezonder overheidsbeleid te ontwikkelen.*
- *Het meewerken aan een gezondheidsbevorderende omgeving.*
- *Het versterken van gemeenschapsactiviteiten.*
- *Het ontwikkelen van persoonlijke overtuigingen, waarden en vaardigheden.*
- *Het heroriënteren van gezondheidsvoorzieningen.*

Als kader om acties te ontwikkelen maakt gezondheidspromotie gebruik van *theoretische modellen*.

Het theoretisch model van '*social determinants of health*' van *Dahlgren en Whitehead* uit 1991, wordt tot vandaag als een belangrijk model beschouwd om de determinanten van

gezondheid in kaart te brengen. Dit model wil de relatie weergeven tussen het individu, zijn omgeving en ziekte. Hierbij wordt het individu centraal geplaatst met enkele karakteristieken inherent aan de persoon zelf: leeftijd, geslacht en zijn constitutionele factoren. Rondom het individu worden factoren geplaatst die zijn gezondheid kunnen beïnvloeden: deze met betrekking op een individuele levensstijl, het sociale netwerk waarin een persoon leeft en functioneert, en het sociaaleconomische en culturele klimaat dat heerst [3].

Ook het model rond de '*theory of planned behavior*' van *Ajzen* is een gekend model waarop acties in de gezondheidspromotie gestoeld worden (bijlage 1). Deze theorie stelt, dat de intentie de belangrijkste factor is voor gepland gedrag. Er zijn 3 precursoren om het gedrag te gaan stellen: het belang dat aan het gedrag en het effect ervan wordt gegeven, hoe de omgeving over dat welbepaalde gedrag denkt, en de ingeschatte vaardigheid om het vooropgestelde gedrag te stellen [4].

Gezien de actie-moeheid bij gezondheidspromotoren, is er nood aan het herdenken van de invulling van gezondheidspromotie in het WGC. Een nieuw theoretisch model kan daarbij helpen.

In zijn doctoraalstudie ontwikkelde *Decat* een alternatief model: '*interactie als motor tot verandering'*. Dit model kan naast de bestaande gedragsmodellen gebruikt worden als kader voor de ontwikkeling en beoordeling van gezondheidspromotie op community niveau (bijlage 2).
Het model is gebaseerd op de veronderstelling dat interpersoonlijke interactie – als deze in een veilige en betrouwbare omgeving plaatsvindt – een belangrijke motor is naar een gezonder gedrag. Het belangrijkste mechanisme hierbij is dat interactie en communicatie leiden tot veranderingen in overtuigingen, attitudes, kennis en intenties van gedrag. Er zijn echter belangrijke voorwaarden die vervuld moeten worden. Zo is het noodzakelijk dat er respect, openheid, persoonsgerichtheid, en vaardigheden aanwezig zijn om te kunnen copen met tegenstrijdige en contraire boodschappen. Het basisprincipe daarbij is, dat er geen juist en fout is, maar dat 'dé waarheid' steeds wordt overeengekomen in onderling overleg. Leiderschap, creativiteit, subjectiviteit en emotionaliteit stimuleren enerzijds deze interpersoonlijke interactie, en bevorderen anderzijds het effect van deze interpersoonlijke interactie op individuele, community en maatschappelijke outcomes. Gezondheidsbevorderende interventies moeten daarom een gunstige omgeving creëren om het proces van verandering te faciliteren [5].

Van daaruit groeide het idee van deze thesis: het uittesten van community interventies met dit nieuwe model als basis. Na overleg met de staf, besliste de werkgroep gezondheidspromotie van WGC de Kaai om interventies te organiseren rond 'coping mechanismen rond mentale weerbaarheid'. Het doel van dit onderzoek is om deze nieuwe interventies te evalueren met als onderzoeksvraag: *"Hoe kan een community interventie die interactie over mentaal welzijn faciliteert, de mentale weerbaarheid van wijkbewoners versterken?"*

3 Literatuurstudie

Voor de literatuurstudie van dit onderzoek werd nagegaan welke community interventies rond mentaal welzijn, gericht op interactie en participatie, er reeds beschreven zijn in de literatuur. Er werd bekeken welk soort interventies er bestaan, en wat de voornaamste obstakels daarbij waren. Zo kan nagegaan worden of deze nieuwe community interventie die in dit onderzoek wordt beschreven, een meerwaarde kan betekenen naast de reeds bestaande interventies op gemeenschapsniveau.

Tijdens de research werd de databank van PubMed geraadpleegd, en werden volgende zoektermen gebruikt: '*health promotion*' '*mental health*' en '*community intervention*'. Na toepassen van filters '5year' en 'review', konden 32 artikels bekomen worden. Ook de combinatie '*community intervention,*' '*peer group*' en '*mental health*', leverde ons gunstige resultaten op; na toepassen van filters '5year' en 'review' werden 22 artikels bekomen. Ten slotte leverde de combinatie van zoektermen '*social participation*', '*mental health*' en '*community intervention*', na toepassen van diezelfde filters 11 artikels op. Uit deze artikels werden 2 scoping reviews of reviews geselecteerd, en een derde review die interventies rond sociale participatie behandelt.

Gezondheidspromotie van mentale gezondheid

"The action plan has, at its core, the globally accepted principle that there is no health without mental health." - World Health Organization Mental Health Action Plan 2013-2020

De erkenning dat gezondheid méér is dan alleen de afwezigheid van ziekte, kon het voorbije decennium op steeds meer bijval rekenen. Bovenstaande stelling van de WHO bevestigt dit. In 2004 presenteerde de WHO haar eerste rapport rond 'mental health promotion'. Daarin werd mentale gezondheid gedefinieerd als "een staat van welzijn, waarin het individu zich bewust is van zijn eigen capaciteiten, kan omgaan ('copen') met normale stressoren van het leven, productief en vruchtbaar kan werken, en in staat is een bijdrage te leveren aan zijn gemeenschap". Het promoten van mentaal welzijn en de primaire preventie van psychopathologie hebben beiden als doel de risicofactoren op mentale ziekte te verkleinen, en de beschermende factoren, geassocieerd met mentale gezondheid, te verbeteren. Voor een maximale effectiviteit, dient mentale gezondheidspromotie zowel op het individuele en familiale, als op community en maatschappelijk niveau proberen inwerken [6].

In de scoping review of reviews van *Ens et al*. [6] werden 39 reviews onder de loep genomen rond interventies ter promotie van mentale gezondheid of preventie van psychopathologie. Deze vonden plaats tussen 2004 en 2014 in Westerse landen. Deelnemers waren personen uit de algemene populatie, en werden niet geselecteerd op basis van een mentale gezondheidsscreening of diagnose. De onderzoekers ordenden de interventies per doelgroep: kinderen, families, inheemse populaties, een arbeid-gerelateerde groep, ouderen, en de algemene populatie. Bij de meeste interventies werd de focus gelegd op het versterken van beschermende factoren van de deelnemers, die hen moeten ondersteunen in het omgaan met schadelijke gevolgen van tegenslagen. Zo werden bijvoorbeeld strategieën aangeleerd om te leren omgaan met psychische en fysische stress met behulp van oefeningen of relaxatie.

Andere strategieën legden zich toe op het bevorderen van een positieve identiteit, door het zelfbewustzijn en het zelfvertrouwen te ondersteunen. Wat de onderzoekers opviel, was dat er bijna steeds werd gefocust op het aanleren van coping strategieën die de dosis stress zouden kunnen verminderen, terwijl er slechts weinig interventies zich toespitsten op omgevingsfactoren die de stress veroorzaken [6].
De auteurs merkten op dat bij de screening van hun reviews, de overgrote meerderheid van interventies in de literatuur focust op het behandelen van personen die reeds werden gediagnosticeerd met een mentale aandoening. De focus ligt veel vaker op de behandeling van een bestaande ziekte, dan wel op preventie van mentale ziekten door het verhogen van de veerkracht. Daarbij geven de auteurs aan dat, naast het inwerken op de veerkracht, niet mag afgezien worden van preventieve maatregelen in het creëren van een omgeving die de geestelijke gezondheid ten goede kunnen komen [6].

Sociale participatie

De associatie tussen sociale netwerken en een verbetering van zowel mentale en fysieke gezondheid zijn goed beschreven in de literatuur [7,8]. Toch werkt de mentale gezondheidszorg slechts zelden routinematig op het versterken van het sociale netwerk van een individu. Sociale interventies zouden hier een rol in kunnen spelen, door personen, die reeds verbonden zijn aan mentale gezondheidsvoorzieningen, in contact te brengen met hulpbronnen uit de community. Opdat deze interventies tegemoet zouden komen aan de noden van de huidige ‘gebruikers’ van mentale gezondheidsvoorzieningen, is het belangrijk om de vrijwilligerssector en de community te betrekken. Op die manier kan een passende, holistische zorg aangeboden worden [9,10]. Men moet dan ook, bij het opzetten van interventies, waakzaam blijven dat, wat heeft gewerkt in één bepaalde context, niet vanzelfsprekend ook zal werken bij anderen – zelfs al deelt men dezelfde cultuur of etnische achtergrond als de initiële groep. Elke doelgroep heeft immers zijn unieke noden en achtergrond, welke aangepaste strategieën vereisen. Dit onderstreept opnieuw het belang van ‘partnership’ binnen de gemeenschap, opdat interventies tegemoet komen aan de lokale context waarin deze plaatsvindt [11].

In de review van *Webber en Fendt-Newlin* [12], werden interventiemodellen bestudeerd voor sociale participatie bij personen met een psychiatrische diagnose. Men onderzocht 19 heterogene interventies uit 14 landen en groepeerde deze in 6 groepen: individuele sociale vaardigheidstraining, sociale vaardigheidstraining in groep, ondersteuning bieden bij participatie in de community, gemeenschapsactiviteiten in groep, interventies gerelateerd aan werk, en ten slotte ondersteunende peer interventies. Hoewel de evidentie beperkt is, blijken groepen die de betrokkenheid van personen in de community bevorderen, het meest effectief te zijn op vlak van verbetering van het sociaal netwerk. Verdere research hierrond is echter noodzakelijk, met voldoende deelnemers, bijkomend onderzoek naar experimentele designs, en een follow-up langer dan 12 maanden vooraleer aanbevelingen worden gedaan naar mentaal gezondheidsbeleid of praktijkvoering.

Community participatie

In de scoping review of reviews van *Jongen et al.* werden gezondheidspromotieprojecten rond community participatie geëvalueerd. Daaruit bleek dat het gebruik van 'niet-klinische gemeenschapsruimtes (bijvoorbeeld een buurtcentrum of religieuze faciliteiten) voor de sessies, de tevredenheid van deelnemers verhoogt. Bovendien bleek dit een effectieve manier te zijn om de toegankelijkheid tot het reguliere gezondheidssysteem (en in het bijzonder de mentale gezondheidszorg) van kwetsbare groepen binnen een samenleving te verbeteren. Ook het inschakelen van reeds bestaande netwerken in de gemeenschap is belangrijk. Dit blijkt immers een effectieve strategie te zijn om de doelpopulatie te bereiken, en de steun van de gemeenschap voor de interventies te verhogen [11].

Besluit

Uit de literatuurstudie kunnen we opmaken dat er veel verschillende manieren zijn om aan gezondheidspromotie op vlak van mentaal welzijn te doen. Groepsinterventies die werken met personen met een reeds bestaande psychopathologie maken het grootste deel uit van de koek. Bij het opstellen van een interventie rond mentaal welzijn is het uiterst belangrijk om de doelgroep goed te karakteriseren, opdat de noden en gevoeligheden goed in kaart gebracht kunnen worden. Bij community interventies is het dan ook essentieel dat zowel bestaande netwerken uit de omgeving van de deelnemers, (welzijns)partners uit de buurt en vrijwilligersinstanties betrokken worden. Bij de evaluatie van community interventies wordt een langere opvolging dan 12 maanden aangeraden.

4 Methodologie

Dit kwaliteitsverbeterend project is een actieonderzoek waarbij een community interventie, ontwikkeld en uitgevoerd samen met de gezondheidspromotoren van WGC de Kaai, wordt geëvalueerd aan de hand van de 'realist evaluation' methodologie. In dit hoofdstuk beschrijven we eerst de interventie en gaan vervolgens dieper in op de evaluatie methode.

4.1 Interventie: "interactie als motor tot verandering"

'Psychisch welzijn' werd als centraal thema gekozen voor de interactiegroepen. Dit werd gekozen op basis van een bevraging bij wijkpartners, externe zorgverstrekkers en het team van WGC de Kaai. Er werd besloten om rond dit thema 3 verschillende interactiegroepen op te starten met wijkbewoners met een gelijkaardige achtergrond. De keuze voor deze groepen ontstond vanuit de noden van wijkbewoners, door bevraging van zorgverstrekkers en relevante wijkpartners.

Als eerste groep werd gekozen voor een reeds bestaande 'moedergroep van een basisschool, met voornamelijk Turkse moeders (hierna vermeld als '*Turkse mama's*'). Deze groep komt reeds op regelmatige basis samen in de basisschool van hun kinderen. Tijdens de sessies was ook de brugfiguur van de school – een vertrouwd gezicht voor de mama's – aanwezig.
Een tweede groep werd samengesteld rond '*nieuwkomers'* in België die in hun land van herkomst een welbepaalde status en netwerk hadden. Zij proberen in België een nieuw leven op te bouwen.
Een derde groep bracht '*mantelzorgers'* samen.

Gedurende het volledige project lag de nadruk op het faciliteren van interacties tussen wijkbewoners onderling en welzijnswerkers. Essentieel hierbij was het creëren van een vertrouwde en veilige omgeving, die een open en gelijkwaardige communicatie met elkaar faciliteert.

Om deze veiligheid binnen de groepen te versterken, werden ook zorgverleners uit WGC de Kaai (artsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten en maatschappelijk werker) uitgenodigd om deze sessies bij te wonen. De bestaande vertrouwensrelatie tussen een professional en zijn patiënt/cliënt, kan ervoor zorgen dat een patiënt/cliënt zich veilig voelt om deel te nemen aan deze sessies. De professional werkt als het ware heersende drempels weg. Drempels die er anders voor zorgen dat maatschappelijk kwetsbare personen niet deelnemen aan het debat, aan activiteiten of de samenleving in het algemeen. Gezondheidspromotie wil net deze groep een stem geven en luisteren naar wat voor hén bepalend is met betrekking tot het thema psychisch welzijn.

De bedoeling van het pilootproject was om draagkracht verhogende elementen bij de deelnemers aan de interactiegroepen te verkennen, om op die manier de draagkracht van elk individu te verhogen. De vraag hoe we als community kunnen bijdragen aan het verhogen van die draagkracht sluit daarbij aan. Er wordt bekeken welke zaken gemeenschappelijk zijn, en hoe we er samen iets aan kunnen doen.

4.1.1 Verloop van de interventie

Per interactiegroep werden 3 groepssessies gepland. De begeleiding van elke groepssessie was steeds onder leiding van een duo gezondheidspromotoren of huisartsen. Naast deze begeleiders, waren er eveneens andere hulpverleners (van WGC de Kaai of andere organisaties uit de buurt) aanwezig. De sessies verliepen telkens volgens een gelijklopend patroon dat hier kort wordt voorgesteld.

In een *eerste sessie* brachten we de deelnemers (welke, afhankelijk van de groep, grotendeels onbekenden waren voor elkaar) samen voor een eerste kennismaking. Daarbij kon elke deelnemer zichzelf voorstellen aan de hand van een reeks foto's die op tafels lagen. Ook werd bij de deelnemers naar de ideeën en verwachtingen van interactiesessies gepolst. Nadien vond een groepsgesprek plaats rond het thema 'zich goed voelen', en werd nagegaan bij eenieder (ook bij de aanwezige zorgverleners) wat hem of haar helpt als het wat minder gaat. Centrale vragen hierbij waren: *"wat geeft je stress?"*, en *"wat helpt jou om hiermee om te gaan?"*. Op die manier probeerden de onderzoekers en gezondheidspromotoren van de Kaai na te gaan, welke gemeenschappelijke factoren onder de deelnemers bepalend waren voor hun welzijn, en welke veranderingen zouden kunnen bijdragen tot méér welzijn. Bij afloop van de sessie, werd aan de deelnemers gevraagd of er kandidaten waren om de organisatie van een volgende sessie mee te ondersteunen.

In de *tweede sessie* werden de ideeën en inzichten uit de eerste sessie teruggekoppeld naar de groep. De bedoeling was nu om meer in de diepte te gaan over de besproken materie: *"zijn er raakpunten?"*, *"herkennen we onszelf in de andere?"* en *"kunnen we iets leren van mensen met een gelijkaardige achtergrond in het omgaan met tegenslagen of emoties?"*. Indien de groep te groot was, werd hij tijdelijk opgedeeld in kleinere groepen opdat alle deelnemers de kans hadden hun mening te delen met de anderen. Meningen uit de kleinere groepjes werden nadien voorgelegd aan de grote groep.

Methodieken met beelden: foto's en kunst.

De 'foto-methodiek' werd in alle groepen gebruikt om de kennismaking te vergemakkelijken. Vele foto's worden over de tafel verspreid. Aan de hand van een zelf gekozen foto kunnen deelnemers iets over zichzelf vertellen. Het geeft hen de vrijheid zelf te kiezen wat ze willen delen met de groep. Deze methodiek bleek uiterst geschikt.

De tweede sessie met de nieuwkomers vond plaats in het museum Dr. Guislain. Kunstwerken werden er gelinkt aan het 'goed voelen'. Bij deze methodiek zoekt iedere persoon een kunstwerk uit waar hij of zij zich aangetrokken tot voelt. Wie dit wenst, kan iets vertellen gelinkt aan de eigen persoon. We hadden oog voor de gelaagdheid van problemen en persoonlijke gebeurtenissen, en bekeken zowel het positieve als het negatieve van wat dit beeld bij de persoon opriep.

In een *derde sessie* werd een samenvatting gegeven van de twee vorige sessies Vervolgens werd er gewerkt rond de volgende vraagstelling: *"willen/kunnen we hier iets mee?"*. Mogelijke ideeën voor spin-offs of vervolgsessies konden besproken worden. Deze zouden dan gefaciliteerd kunnen worden door de gezondheidspromotoren van WGC de Kaai of door andere buurtorganisaties. Indien er geen ideeën kwamen, kon er dieper worden ingegaan of de vorige sessies iets teweeg hebben gebracht: *"hebben ze er nog over nagedacht of met iemand over gesproken?"*.

4.1.2 Rekrutering van deelnemers aan interactiegroepen

Om de juiste mensen toe te leiden naar de interactiegroepen werd beroep gedaan op de zorgverstrekkers van WGC de Kaai. Ook partners uit de buurt (scholen, lokaal dienstencentrum,…) werkten actief mee aan de rekrutering.
Kandidaat-deelnemers werden telefonisch of in persona uitgenodigd door hun gekende hulpverlener, waarna ze ook per brief op de hoogte werden gesteld over het opzet, doelstellingen en praktische info van de sessies.
De uitnodiging voor de tweede sessie gebeurde voornamelijk door de begeleiders of hulpverleners betrokken bij de desbetreffende interactiegroep. Belangrijk hierbij was dat de betrokkene opnieuw de vraag kreeg of hij nog interesse had. Daarnaast konden deelnemers van voorbije sessies ook andere personen aanbrengen, waarvan men dacht dat dergelijke sessies ook voor hen een meerwaarde zou kunnen zijn.

4.1.3 Settings

De sessies werden op verschillende plaatsen georganiseerd: WGC de Kaai, het buurtcentrum in de Bloemekenswijk, een vergaderzaal in de basisschool en verschillende locaties op de Dr. Guislain-site.
Tijdens de sessies werd geregeld getafeld en samen gegeten om de sfeer gemoedelijk te houden. Een open houding van de onderzoekers naar de deelnemers toe was essentieel.

4.2 Evaluatie van de interventie: Realist evaluation

Realist evaluation (RE) is gebruikt als methodologie voor dit onderzoek. RE wordt aangewend om interventies te beoordelen, te analyseren, en te begrijpen waarom – of waarom geen – verandering plaatsvindt, en onder welke omstandigheden. Bij deze onderzoeksmethode staan niet zozeer de uitkomsten of veranderingen van gedrag centraal, maar ligt de focus op het proces van verandering. Het uitganspunt daarbij is niet óf iets werkt, maar waaróm. Men bestudeert wát precies gebeurt, waarom de zaken lopen zoals ze lopen, en probeert te begrijpen welke factoren een rol spelen bij de implementatie van het proces. De doelstelling van RE is om een ‘program theory’ te testen en te verfijnen, en om na te gaan óf en hoe een theorie werkt in een welbepaalde setting [12,13].

4.2.1 Centrale CMO-hypothese

Deze program theory bestaat uit een centrale ‘CMO’ hypothese, waarbij ‘C’, ‘M’ en ‘O’ respectievelijk staan voor ‘Context’, ‘Mechanisme’ en ‘Outcome’.
Onder *context* wordt beschreven welke contextuele factoren er een rol spelen bij de interventie. *Mechanismen* zijn als het ware de belangrijkste factoren die het al of niet slagen van de interventie weergeven. Onder *outcome* worden de (verwachte) resultaten weergegeven. Door deze opdeling te maken proberen we oorzakelijke mechanismen binnen een sociale context te begrijpen: “wat werkt, hoe, waarom, voor wie, in welke mate, in welke omstandigheden, in welk opzicht, en over welke tijdsloop?”

Voor dit onderzoek werd volgende CMO-hypothese opgesteld:

	Interactie als motor tot verandering
Context	Mensen met een gelijkaardige achtergrond vanuit een WGC, binnen een veilig kader
Mechanisme	samenbrengen en interageren over mentaal welzijn
Outcome	doet hen verder nadenken over eigen percepties en attitudes.

4.2.2 Gegevensverzameling

Er werden 7 diepte-interviews gepland met deelnemers aan de interactiesessies. Tijdens deze gesprekken werd o.a. gepeild naar hun motivatie voor deelname aan een dergelijk project, en welke factoren daarbij een rol speelden. Daarnaast werd bekeken welke verwachtingen deelnemers bij aanvang van het project hadden, en werd nagegaan of deze werden ingelost, dan eerder aangepast of veranderden gedurende het verloop van het project. De interactie an sich tussen wijkbewoners onderling en met zorgverleners vormt de basis van dit onderzoek. Ook kwamen veranderingen op persoonlijk en interpersoonlijk vlak aan bod tijdens de interviews.
Naast de analyse van de diepte-interviews werden observaties van de onderzoekers weergeven. Gegevens uit verslagen en commentaren van niet-geïnterviewden komen ook aan bod.

Rekrutering met inclusie- en exclusiecriteria

Deelnemers werden tijdens de groepssessies ingelicht dat er aan deze bijeenkomsten een onderzoek gekoppeld was. Na uitleg door de onderzoekers over het opzet en de doelstellingen van het onderzoeksproject, werden zij uitgenodigd om deel te nemen aan een diepte-interview over het project. Elkeen stond vrij om zich kandidaat te stellen om geïnterviewd te worden in het kader van het onderzoek. Ze werden hiertoe niet verplicht.
Er waren geen exclusiecriteria. Als inclusiecriterium moesten deelnemers thuishoren in één van de vooropgestelde groepen. Deze inclusie gebeurde op basis van de achtergrond van elke deelnemer, afhankelijk van de desbetreffende interactiegroep waaraan men deelnam.
Deelnemers die interesse toonden om deel te nemen aan de interviews werden telefonisch gecontacteerd door de onderzoeker voor het maken van een afspraak voor dit interview.

Aard van de vragen

Voor de kwalitatieve interviews met de deelnemers aan de sessies werd een ondersteunende vragenlijst gehanteerd die werd opgesteld door de onderzoekers (bijlage 3). Deze vragen hadden telkens betrekking op een onderliggende CMO-hypothese, en konden geadapteerd en verfijnd worden naarmate er enkele interviews achter de rug waren opdat volgende interviews nog meer diepgang zouden kennen.

Verloop van de interviews

Interviews vonden plaats in rustige ruimtes, meestal bij de geïnterviewde thuis. Onderzoeker en geïnterviewde hadden een één-op-één gesprek over het verloop van de groepssessies. Als handvat voor deze interviews gebruikte de onderzoeker een vragenlijst met richtvragen. De interviews werden integraal opgenomen met een recorder voor verwerking.

4.2.3 Analyse van de data

Er gebeurde een letterlijke transcriptie van de audiobestanden van de interviews. Deze transcripten werden nadien met behulp van Nvivo11 kwalitatief verwerkt. Elk interview werd gecodeerd met onze CMO-hypothese als kader. Deze resultaten werden gebundeld in het luik 'resultaten' verder in dit werk.

4.3 Ethische aspecten

Na een literatuurstudie en workshop 'Realist Evaluation' aan de VUB, werd een onderzoeksvraag ingediend bij het Ethisch Comité van het UZ Gent. Hiervoor werd een protocol van het onderzoek ingediend (bijlage 4), evenals een informed consent voor de deelnemers aan de studie. Op 20/05/2016 werd een gunstig advies gegeven en kon het onderzoek van start gaan (bijlage 5).

Het doel en opzet van het onderzoek werd duidelijk uitgelegd aan alle participanten. Er werd benadrukt dat deelname aan het onderzoek vrijwillig was en dat het onderzoek volledig anoniem gebeurde. Deelnemers hadden steeds de mogelijkheid om het onderzoek te onderbreken of stop te zetten.

Bij aanvang van het interview werd een informed consent ondertekend (bijlage 6).

5 Resultaten

Zoals beschreven in de methodologie zijn de resultaten bekomen door een analyse van de diepte-interviews en door eigen observaties. Ook commentaren van derden over het project worden hier verwerkt. Voor de beschrijving van de resultaten gebruiken we de CMO-hypothese als kader.

Onderstaande tabel 1 geeft het aantal deelnemers per sessie weer. Het aantal deelnemers aan de groepssessies varieerde per sessie tussen 7 en 18 deelnemers. Niet alle deelnemers hebben aan alle 3 de sessies deelgenomen. In elke groep waren er zo bijvoorbeeld nieuwe deelnemers die tijdens een tweede sessie aansloten. Uit informele gesprekken met de deelnemers na een sessie merkten we tevredenheid bij hen, en was er enthousiasme voor deelname aan een volgende sessie. Over de interactiegroepen heen werden 7 personen gerekruteerd voor een diepte-interview.

	Aantal deelnemers per sessie			***Aantal geïnterviewden***
Groep	**Sessie 1**	**Sessie 2**	**Sessie 3**	
Mantelzorgers	n=10	n=10	n=7	*n=4*
Nieuwkomers	n=9	n=10	n=9	*n=2*
Turkse mama's	n=15	n=18	n=14	*n=1*

Tabel 1: aantal deelnemers en geïnterviewden

(N.B.: aanwezige begeleiders of zorgverleners werden niet opgenomen in bovenstaande tabel).

Beschrijving van de karakteristieken van de geïnterviewden

Tabel 2 geeft een beknopt overzicht van de 7 deelnemers aan de sessies die werden geïnterviewd. Om hun privacy te vrijwaren werden fictieve initialen aan hen toegewezen.

	initialen	**M/V**	**leeftijd**	**situering**
Mantelzorgers	LW	V	55 jaar	Zorg voor haar bejaarde vader die in een aanpalende kangoeroewoning woont.
	GT	V	71 jaar	Zorg voor haar palliatieve echtgenoot.
	AV	V	67 jaar	Zorg voor haar terminale echtgenoot.
	OD	M	63 jaar	Zorg voor zijn echtgenote met comorbiditeit.
Nieuwkomers	MS	V	52 jaar	Geboren in Afghanistan, sinds 8 jaar in België.
	NP	M	52 jaar	Geboren in Iran, sinds 10 jaar in België.
Turkse mama's	BM	V	32 jaar	Vlaamse mama met Turkse roots (2de generatie).

Tabel 2: beschrijving van de karakteristieken van de geïnterviewden

5.1 Bespreking van de resultaten

De belangrijkste bron van informatie om te proberen begrijpen waarom deze interventie werkt (of niet werkt), halen we uit 7 diepte-interviews met deelnemers aan de interactiesessies. Ondersteunende quotes daaruit worden telkens cursief weergegeven, voorafgegaan door de initialen van de betreffende geïnterviewde. Daarnaast konden ook vergaderverslagen en commentaren van niet-geïnterviewden ons input verstrekken voor de resultaten. Het uitgangspunt van de interventie was de vooropgestelde CMO-hypothese, die hieronder nog eens wordt weergegeven. Resultaten werden gecategoriseerd binnen een C, M, of O waartoe ze behoorden.

	Interactie als motor tot verandering
Context	Mensen met een gelijkaardige achtergrond vanuit een WGC, binnen een veilig kader
Mechanisme	samenbrengen en interageren over mentaal welzijn
Outcome	doet hen verder nadenken over eigen percepties en attitudes.

Tabel 3: CMO hypothese: interactie als motor tot verandering

Vooreerst worden de motivatie tot deelname aan de interactiesessies, en de verwachtingen die deelnemers vóór aanvang van de sessies hadden, weergegeven.

5.1.1 Verwachtingen vooraf bij deelname aan interactiegroepen

Uit de interviews blijkt dat de meeste deelnemers het op zich lieten afkomen wat er stond te gebeuren. De meesten waren nieuwsgierig tot deelname, maar hadden ook geen concrete verwachtingen. Enkelen gaven aan dat ze een diversere groep hadden verwacht. Voor BM was de doelstelling van de sessies op basis van de uitnodiging (in het Nederlands) niet volledig helder.

> BM: *"ik dacht zo meer 'het gaat informatie zijn van de WGC, over de werking ofzo'…"*

5.1.2 Motivatie tot deelname aan een interactiesessie

Nieuwsgierigheid was een belangrijke motiverende factor voor allen om deel te nemen aan de sessies, net zoals het feit dat ze hun verhaal er konden brengen. Ook het samenkomen op zich werd al beschouwd als een meerwaarde. NP hoopte dat hij zijn ervaringen zou kunnen delen tijdens de sessies, opdat 'recentere' nieuwkomers daar iets van zouden opsteken:

> NP: *"Beter mijn ervaring aan die mensen zeggen, die in de problemen zitten, [waardoor ze] gewoon gemakkelijk[er] het probleem oplossen. […] Dan ga ik blij zijn, is help, kleine help voor anderen…"*

5.2 Overzicht van de resultaten ingedeeld per C/M/O

5.2.1 Context

C – interactiegroep met deelnemers van gelijkaardige achtergrond

De interactie met lotgenoten zorgde er in alle groepen voor dat men zich gesteund voelde; zowel de herkenning in elkanders verhaal om bijvoorbeeld mantelzorger te zijn, maar ook het spiegelen van de eigen situatie tegenover die van lotgenoten was een meerwaarde. De drempel om zijn verhaal te vertellen was hierdoor minder groot. Ook werd geopperd dat het samenkomen van mensen die hetzelfde lot beschoren zijn, emotionele steun biedt.
Tijdens de diepte-interviews gaven zowel MS als NP aan dat ze graag hadden gehad dat er ook mensen van 'Vlaamse' origine aanwezig waren geweest, omdat ze interactie tussen verschillende culturen belangrijk vinden om goed samen te leven in de maatschappij vandaag. Een gelijkaardige bedenking maakte BM, namelijk, dat het goed zou zijn om mama's van verschillende origine samen te brengen, opdat ze van elkaar zouden leren.

> LW: *"Mensen die het moeilijker hebben, dat geeft jezelf steun."*
> AV: *"Het gaf me een opluchting dat ik daar niet in thuishoorde."*

C – groep met onbekenden

Bij de meeste deelnemers bleek het feit om zijn verhaal te vertellen in een nieuwe groep met onbekenden geen grote hindernis. De aanwezigheid van enkele bekende gezichten (van de zorgverleners van de Kaai, zorgde er wel voor dat men zich meer op zijn gemak voelde, en vrij kon spreken. Toch gaven ook enkele deelnemers uit zowel de groep mantelzorgers en de groep nieuwkomers ons mee, dat ze hun verhaal niet in de grote groep konden vertellen, of het niet opportuun vonden dit te delen met de groep.

> NP: *"Ik vertrouw iedereen, maar sommige dingen moeten niet gezegd worden, want wij kennen elkaar niet."*

C – grootte van de groep

Over de grootte van de groep heerste er consensus: een kleinere groep zorgde voor een betere en diepere interactie. Zo werden tijdens de sessies – waar gemiddeld een tiental deelnemers aanwezig waren per sessie – de groepen soms gesplitst, wat als een goede interventie werd aanzien door de deelnemers.

> LW: *"De groep mag niet te groot worden, het moet overzichtelijk blijven. Anders zou ook de samenhorigheid verminderen."*

C – aanwezigheid van zorgverleners tijdens de sessies

De aanwezigheid van zorgverleners werd bij alle ondervraagden als een meerwaarde aanzien. Hun aanwezigheid werd positief onthaald en stelde hen op hun gemak. Enkelen haalden aan dat de zorgverlener en tevens moderator van de groep, structuur bood tijdens de

sessies. Het feit dat er gekende gezichten aanwezig waren waarmee men een vertrouwensband heeft (bijvoorbeeld een zorgverlener of vertrouwenspersoon van de school) zorgt er voor dat mensen zich sneller zullen openstellen in een groep. Ook was dit voor een deelnemer een teken van openheid en interesse van zorgverleners naar patiënten toe. Een andere deelnemer uit de groep mantelzorgers was resoluter over het feit dat het de hulpverleners zijn, die de mensen over de streep trekken om te spreken.
Tijdens het gesprek over de hulpverleners, gaf NP aan dat de Kaai voor hem als familie is, en dat hij hoopt dat andere nieuwkomers dit zelfde gevoel zullen krijgen.
Input van aanwezige zorgverleners over dit topic was, dat hun aanwezigheid tijdens een interactiesessie een meerwaarde betekende, al was het niet noodzakelijk dat voor elke deelnemer een gekende zorgverlener hem persoonlijk zou 'bijstaan'.

OD: *"Jullie doen ons spreken, door jullie komen we los, anders gaat dat niet."*

C – veilig gevoel

Zoals reeds aangehaald zorgde de aanwezigheid van een bekend gezicht voor extra vertrouwen en geruststelling bij de deelnemers. Ook de gecreëerde rustige sfeer zorgde voor een open klimaat om in interactie te treden met elkaar. De kalmte die een aanwezige hulpverlener uitstraalde droeg daar zeker toe bij, merkten enkelingen op. Bij aanvang van de sessies werd vermeld dat alles binnenskamers zou blijven. Het feit dat dit expliciet wordt uitgesproken is dus zeker van belang om een veilige omgeving te creëren. Ook een positieve en open uitstraling van de begeleiders is hierbij van tel. BM gaf aan dat de aanwezigheid van de brugfiguur van de school – die voor velen uit de groep hun vertrouwenspersoon is – ervoor zorgde dat er diepere conversaties mogelijk waren. De aanwezigheid van vertrouwenspersonen mag dus allerminst onderschat worden. Het gegeven van een vertrouwenspersoon te hebben in het leven, werd door andere deelnemers ook impliciet en expliciet benoemd.

LW: *"Vertrouwde gezichten, daarbij voel je je al direct bij op het gemak."*
BM: *"Dat was echt zo een uitstraling, zo positief, dat ik dacht, 'ja dat klopt hier goed, en ik zit hier goed.'"*

C – taal

Van zowel de Turkse mama's als de deelnemers aan de nieuwkomersgroep is het Nederlands niet hun moedertaal. Toch werden de sessies grotendeels in het Nederlands gehouden. De geïnterviewden hadden er elk hun eigen visie op. Zo werd geopperd dat een dergelijke praatgroep aan anderstaligen net de kansen biedt om Nederlands te leren. Even goed bevestig je hen in hun kennis van het Nederlands, wanneer je ze stimuleert om het te spreken.
Over de aanwezigheid van een tolk waren er verschillende meningen; de geïnterviewden uit de nieuwkomersgroep zagen er weinig meerwaarde van in, omdat je je in een gesprek steeds zal blijven richten tot de tolk, wat de interactie met andere deelnemers in de weg staat. Laat dit nu net één van de doelstellingen – zo niet de belangrijkste –, namelijk de interactie tussen mensen faciliteren, fnuiken. Men moet er zich dus bewust van zijn, dat het gebruik maken van

een tolk een mes kan zijn dat aan twee kanten snijdt.
Anderzijds liet BM zich wel positief uit over het gebruik van een tolk in de groep met Turkse mama's. Een tolk biedt immers aan personen die het Nederlands niet machtig zijn, de kans om hun stem te laten horen, opdat "zij die opgesloten zitten" eens begrepen worden.
Tijdens de interviews met anderstaligen, die zonder tolk plaatsvonden, gaven de onderzoekers aan dat het soms erg moeilijk was om in de diepte te gaan, net omdat er een taalbarrière was.

> MS: *"[Wanneer] we samen zitten, luister ik naar de tolk, en niet naar de andere mensen".*
> BM*: "Ge hebt veel mensen die niet vrijuit spreken, of die dat dan wel een beetje kunnen, maar niet echt een uitleg kunnen geven van wat ze willen doen of wat ze willen zeggen, dat ze eens begrepen worden".*

Voor 'context' kunnen we besluiten dat interactie tussen mensen met een gelijkaardige achtergrond ervoor zorgt dat men kan reflecteren over de eigen situatie. Het kunnen delen van zijn of haar eigen verhaal met lotgenoten geeft hen steun. Deelnemers voelen zich veilig genoeg om dit te kunnen doen door de aanwezigheid van zorgverleners. Hun openheid, luisterbereidheid en individuele vertrouwensrelatie speelt hierin een rol. Het gebruik van een tolk is dubbel: het kan interactie bevorderen, maar even goed tegenwerken.

5.2.2 Mechanisme

M – je verhaal kunnen vertellen

De meeste geïnterviewden meldden dat ze hun verhaal konden vertellen omwille van de veilige sfeer die gecreëerd was. Anderen konden zich dan weer beter uitdrukken in een één-op-één gesprek met de aanwezige zorgverlener. NP gaf aan dat het voor hem niet opportuun was zijn eigen verhaal te doen tijdens deze groepssessies – net omdat een groep met onbekenden niet voldoende vertrouwen biedt. Toch bevestigde hij dat er door het organiseren van dergelijke sessies, een forum gecreëerd wordt waar mensen hun verhaal kunnen delen – wat anders niet gebeurt. Zo leerde deelname aan de interactiesessies hem dat het deugd doet om met anderen in interactie te gaan.
Voor de meesten was het van groot belang dat ze hun verhaal konden brengen, én dat er naar hen geluisterd werd. Velen bevestigden dat hun deelname aan de sessies een belangrijke impact had op hun dagelijkse leven.
Ook werd aangegeven dat de vrijblijvendheid om al dan niet zijn verhaal te vertellen een meerwaarde was aan het groepsgebeuren.

> LW: *"Eigenlijk heb ik mijn hart kunnen luchten bij vreemde mensen en bij de mensen van de Kaai, en dat was zo precies van… oef, er is iets van mij afgevallen."*

M- interactie met gelijken is herkenbaar

Een vaak terugkerend aspect over het interageren met personen met een gelijkaardige achtergrond is, dat interactie doet reflecteren over je eigen situatie. De ander is als het ware een spiegel voor jezelf. Mensen halen niet enkel kracht uit de herkenbaarheid van andermans lijden, maar evengoed door te zien dat er nog 'slechtere gevallen dan henzelf' zijn.
Het feit dat men onder gelijken was, zorgde ervoor dat de gesprekken op een 'diep' niveau gevoerd konden worden.
Een andere stem was te horen bij BM wanneer haar gepeild werd naar de meerwaarde om gelijken samen te brengen. Zij geeft aan dat wanneer een boodschap wordt uitgedragen, dit het best gebeurt naar een zo breed mogelijk publiek.

> GT: *"Dat geeft wel ne kleine steun; dat ge zegt in uw eigen, 'ge zijt hier niet alleen in uw geval' … en 'misschien zijn er ook nog slechteren he …'"*
> AV: *"Dat was mijn leven he... bij die mantelzorgers hoorde ik mijn leven he. Ge neemt dat mee naar huis omdat ge dat zelve zijt he."*

M – interactie over mentaal welzijn

Deelnemers konden zich herkennen in de levensverhalen van anderen, wat hen sterk bewoog. Dat hiervoor in de sessies tijd en ruimte voor was, werd unaniem geapprecieerd. Het was niet altijd gemakkelijk voor hen om openlijk te spreken, maar wie dat deed, en zijn verhaal deelde, gaf aan er deugd van gehad te hebben. Wanneer GT gevraagd werd wat de interactie met haar deed, hechtte ze daar weinig belang aan. Na hier even tijd over te laten gaan, meldt ze toch dat het haar steun gaf, doordat ze het gevoel had niet alleen te staan. Deze herkenbaarheid komt vaak naar boven. Ook NP vertelde de onderzoekers dat hij zijn 'pijn' niet graag met anderen deelt, omdat dit de andere ook pijn zou doen. Hij ziet geen meerwaarde in ons gezegde 'gedeelde smart is halve smart'. Dit is wel het geval bij de andere deelnemer van de nieuwkomersgroep, welke aangaf dat het deugd doet als ze kan praten over wat haar stress bezorgt.

M – organisatie door WGC en uitnodiging door een vertrouwde hulpverlener

Drie deelnemers aan verschillende interactiegroepen gaven aan dat ze deelnamen aan de interactiegroepen uit loyauteit naar hun hulpverleners. Het WGC heeft hen immers veel gegeven. Bij anderen speelde loyauteit geen rol in het al of niet deelnemen aan de sessies. Voor hen was het feit dat de organisatie uitging vanuit een vertrouwde organisatie wel "een stimulans" om deel te nemen; men had er vertrouwen in dat de sessies van kwaliteit zouden zijn. Enkelen meldden dat – indien het initiatief uit was gegaan van een andere organisatie – ze er niet zo snel een positief gevolg aan hadden gegeven.
Of de persoonlijke uitnodiging van een hulpverlener hen over de streep heeft getrokken, zijn de antwoorden verdeeld. Zo gaven twee geïnterviewden aan niet te hebben deelgenomen indien we niet zo aanklampend (zij het door middel van een brief én telefonisch contact door de hulpverlener) te werk waren gegaan. Voor anderen maakte de manier van uitnodigen geen verschil.

M – het gebruik van foto's

Slechts één van de deelnemers zag geen meerwaarde in het gebruik van foto's als steun om zichzelf voor te stellen in een nieuwe groep. Alle anderen konden zich wel vinden in deze manier van werken, gezien dit de tongen én emoties losmaakte bij de deelnemers.

Voor 'mechanisme' kunnen we besluiten dat mensen appreciëren dat er een forum wordt gecreëerd waar ieder zijn verhaal kan vertellen. Dit doet mensen deugd. Verhalen horen van lotgenoten zorgt voor zelfreflectie. De organisatie van interactiesessies door een vertrouwde organisatie boezemt deelnemers vertrouwen in. Een persoonlijke uitnodiging trekt sommige genodigden over de streep om deel te nemen. Voor anderen is deelname vanzelfsprekend uit loyauteit naar hun hulpverlener. Het gebruik van foto's is een methodiek die werkt, omdat dit een opstap biedt om je verhaal te kunnen vertellen.

5.2.3 Outcome

Deze interventie gaf deelnemers de kans om hun verhaal te brengen binnen een veilig kader. Ze gaven aan dat dit hen heeft gesterkt in hun dagelijks functioneren. Dit is reeds een belangrijke outcome van deze interactiesessies.

NP wou vooral zijn ervaringen delen met de anderen opdat ze er iets van konden opsteken. Dat lotgenoten van elkaar kunnen leren door in interactie te gaan, kwam meermaals terug in de andere groepen. Zo kwam bijvoorbeeld bij de mantelzorgers het hiaat aan kennis naar boven op welke ondersteuning mantelzorgers recht hebben. Op dat vlak konden ze elkaar adviezen toespelen. Dit toont aan dat interactie mensen vooruit kan helpen. Anderzijds was het motief tot deelname voor één van de geïnterviewden net, om meer te weten te komen over de ervaringen van lotgenoten die reeds meer ervaring hadden met mantelzorg. Mensen met een gelijkaardige achtergrond de mogelijkheid bieden om ervaringen uit te wisselen met elkaar was één van de doelstellingen bij het organiseren van de groepen. Dit heeft duidelijk zijn vruchten afgeworpen.
Een ander aspect dat heel vaak terugkwam tijdens de sessies én de diepte-interviews, was het belang van zelfzorg. Meerdere personen gaven ook aan dat ze door deelname aan de sessies dit nog meer hebben ingezien, en hier ook reeds naar probeerden handelen.

Wat ook belangrijk is om op te merken, is dat interactie ervoor heeft gezorgd dat mensen zichzelf in vraag gaan stellen en aan zelfreflectie gaan doen. Op die manier kan men soms tot nieuwe inzichten in zijn eigen functioneren komen. De getuigenis van LW, waarin ze aangaf welke impact de sessies gehad hebben, en vertelde dat de interactie met lotgenoten haar enorm gesterkt heeft, is treffend.

> LW: *"Voor mij heeft mij dat enorm goed gedaan, het deed me echt deugd, zeker de eerste keer. 'k Stond zo echt op kantje boordje. Toen stond ik op het punt van nog net niet depressief aan het worden. En door iedereen ook zijn miserie te*

horen en dan zelf ook aan het woord te komen heeft mij dat enorm veel deugd gedaan. Want ik kwam buiten, en ik voelde me precies honderd man sterker. Ik kon er weer extra tegenaan. Dus 't geeft me enorm veel deugd gedaan."

Spin-offs

Uit de mantelzorgersessies kwam naar voren dat het deugd kan doen je levensverhaal neer te schrijven. Als spin-off van de 3 interactiesessies werd bij de mantelzorgers een vervolgsessie gepland waarop de deelnemers een workshop zullen volgen om hun levensverhaal uit te schrijven. De groep van de mantelzorgers zal vanaf nu 2 à 3-maandelijks blijven samenkomen. De organisatie van de sessies zal in de toekomst worden overgenomen door het lokaal dienstencentrum. Telkens zal één van de mantelzorgers de organisatie van een sessie ondersteunen. De interactiegroepen hebben mensen getriggerd om mee te denken en te werken, en hebben hen in zekere zin 'ge-empowered' in hun talenten.

Vrijwilligerswerk was ook een terugkerend gegeven over de verschillende sessies heen. Zo werkten enkele deelnemers uit de mantelzorger- en nieuwkomergroep reeds als vrijwilliger. Ze gaven beiden aan hier enorm veel voldoening uit te halen, voornamelijk omdat men iets kan doen voor een ander. Als spin-off bij de nieuwkomers is voor twee onder hen ook een vrijwilligersjob gevloeid: zij hebben op een buurtfeest in het museum Dr. Guislain samen gekookt. MS werkt vanaf nu zelfs wekelijks in de bar van het museum.

Het gegeven van 'iets te doen voor een ander' kwam ook sterk terug tijdens de interactiegroep met de Turkse mama's. BM vroeg zich tijdens het interview af op welke manier ze anderen, die niemand hebben, zou kunnen helpen. Uit deze visie spreekt een duidelijk verbindend verhaal. Recent kwam deze dame aankloppen bij één van de onderzoekers met het plan een eigen vzw op te richten om vrijwilligerswerk in de buurt op gang te brengen. Het zou mooi zijn indien het interactieproject dergelijke projecten zou kunnen ondersteunen en faciliteren.
Los daarvan zal binnenkort een vrijwilligersmarkt georganiseerd worden door buurtorganisaties, waarbij over het muurtje gekeken kan worden wat vrijwilligerswerk te bieden heeft. Ook deze actie is een gevolg van de interventie.

Een andere outcome van de georganiseerde interactiesessies is er één op buurtniveau. De samenwerking met organisaties als museum Dr. Guislain en buurtcentrum de Boei verliep vlekkeloos en zeer constructief. De handen in elkaar slaan en samen werken aan projecten met een gemeenschappelijke visie gaf allen goesting om dit gemeenschappelijk verhaal in de toekomst verder vorm te geven.

Outcome voor de discipline gezondheidspromotie van een WGC

Dit pilootproject van de discipline gezondheidspromotie van WGC de Kaai, was een eerste project waarbij het creëren van interactie tussen wijkbewoners en welzijnswerkers het uitgangspunt was. Er werd werk gemaakt van het faciliteren van interactie tussen mensen met een gelijkaardige achtergrond, opdat de noden, ideeën en verwachtingen vanuit de deelnemers zouden komen. De interactie zelf staat op de voorgrond bij deze methodiek. Met deze studie

werd geprobeerd een zicht te krijgen hoe het komt dat interactie in dergelijke context zo waardevol is. Deze nieuwe, bottom-up manier van werken geeft opnieuw meer ademruimte én werkvreugde aan de gezondheidspromotoren. In plaats van voortdurend acties te organiseren en te moeten trekken, faciliteerde men nu interactie tussen wijkbewoners en wijkwerkers. Of er uiteindelijk acties zouden uit voortvloeien, was allerminst het uitgangspunt of de doelstelling van de nieuwe aanpak. Toch kunnen we met fierheid vaststellen dat er nu reeds enorm veel bewoog in de groepen. Er werden dan ook ondertussen enkele nieuwe interactiegroepen opgezet (o.a. rond het thema 'Eenzaamheid', 'Burger Boef – gezonde voeding bij kinderen' en een kunstproject in de nieuwbouw van WGC de Kaai, gekoppeld aan geestelijk welzijn). Toekomstige projecten vanuit de discipline gezondheidspromotie zullen vanaf nu voornamelijk in deze mindset worden opgezet.

Het interactieproject van WGC de Kaai werd reeds voorgesteld aan enkele andere wijkgezondheidscentra en aan de Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC). Zij toonden reeds interesse en geloven ook dat interactie een motor tot verandering en vooruitgang kan zijn. Het project werd daarnaast geselecteerd voor de EFPC-conferentie (European Forum for Primary Care) in Porto, alwaar in september 2017 de resultaten van dit onderzoek voorgesteld zullen worden.

Outcome voor andere disciplines van een WGC

Met de implementatie van dit pilootproject in WGC de Kaai, werden werknemers van andere disciplines (bijvoorbeeld artsen, verpleegkundigen, onthaalmedewerkers) uitgenodigd om deel te nemen aan één van de interactiesessies. Op die sessies kregen alle medewerkers van het WGC meer voeling met de acties en het veld waarin gezondheidspromotoren dagelijks werken. Uit gesprekken met collega's, konden we opmaken dat het geapprecieerd wordt dat andere hulpverleners nu ook betrokken worden bij de acties die op poten worden gezet. Sommigen gingen mee in ons verhaal van interactie. Een collega-arts betwijfelde de meerwaarde van de aanwezigheid van hulpverleners op dergelijke sessies. Een andere bezorgdheid was, dat deelname aan dergelijke projecten tijd zou wegnemen om bezig te zijn met de eigen core business van hun werk.

Voor 'outcome' kunnen we besluiten dat deze de interacties tussen wijkbewoners en welzijnswerkers heel wat in gang heeft gezet. Deelname aan interactiesessies heeft wijkbewoners de kans geboden hun verhaal te doen in een veilige setting. Interactie deed deelnemers reflecteren over zichzelf, wat nieuwe inzichten gaf in het eigen functioneren. Het belang van zelfzorg werd hierdoor aangewakkerd. De groep van de mantelzorgers zal blijven voortbestaan, en in de nabije toekomst worden nieuwe interactiegroepen opgestart. Ook wijkorganisaties, andere wijkgezondheidscentra en de VWGC zijn overtuigd van de kracht van interactie en slaan de handen in elkaar.

6 Discussie en conclusie

Dit pilootproject van WGC de Kaai gelooft dat interactie tussen mensen met een gelijkaardige achtergrond een motor tot gedragsverandering kan zijn. De 3 interactiegroepen die in dit onderzoek werden besproken geven bijzonder boeiende resultaten weer, en misschien wel nog meer stof tot nadenken. In de discussie zullen we onze focus leggen op enkele topics die wat ons betreft wat meer uitdieping mogen krijgen.

Om ervoor te zorgen dat interactie zo vlot en oprecht mogelijk zou verlopen, werden de groepen samengesteld met mensen die een gelijkaardige achtergrond delen. Dit heeft zonder meer de openheid en veiligheid binnen de groepen versterkt, waardoor deelnemers vrij waren om in alle eerlijkheid en beslotenheid hun verhaal met de groep te delen. Deelnemers voelden zich gesteund doordat ze de mogelijkheid hadden hun verhaal te doen. Ook de herkenbaarheid van andermans verhaal gaf hen voldoening. Dit soort van interventies kunnen gecategoriseerd worden als ‘peer support’ interventies. Uit onderzoek blijkt [14,15] dat dit soort groepen de relaties tussen personen met gelijkaardige mentale gezondheidsproblemen kan versterken. Daarbij ligt de focus voornamelijk op het opbouwen van sterkere banden met personen met een gelijkaardige achtergrond of met anderen die gelijklopende ervaringen meemaakten. *Webber et al*. suggereren in hun review [16] dat dit soort interventies ondersteuning kunnen bieden voor wat betreft hun sociale betrokkenheid. Om sociale netwerken uit te bouwen zal het echter belangrijk zijn om hen actief en doelbewust te stimuleren om deel te nemen aan gemeenschapsactiviteiten met de algemene populatie.

Er werd geprobeerd om een zo veilig mogelijk kader te creëren waar mensen hun verhaal konden doen. Reeds bij de eerste sessies werd samen met de deelnemers aan tafel geschoven om een hapje te eten. Hierdoor werd een informeel kader geschept waar tijd kon genomen worden om naar elkaar te luisteren. We bespraken dit samen, en evalueerden dat dit een meerwaarde betekende voor de veiligheid binnen de groep. In andere daarop volgende sessies werd deze methodiek dan ook herhaald.
Daarnaast kan men stellen dat de aanwezigheid van hulpverleners ook bijdroeg tot de veiligheid binnen de groep. Belangrijk om te vermelden daarbij, is dat de hulpverleners ook zelf mee in interactie gingen met de deelnemers. Zo deelden ze bijvoorbeeld met de groep wat hen zelf helpt in het copen met stress. Deze open houding werd sterk op prijs gesteld door de deelnemers. Toch moet hier een kanttekening bij gemaakt worden. Men moet er zich bewust van zijn dat je, door je als hulpverlener kwetsbaar op te stellen, je jezelf blootgeeft aan de deelnemers, die tevens jouw patiënten zijn waar je (in mijn geval) een arts-patiënt relatie mee hebt. Dit zorgt ervoor dat je een dunne lijn bewandelt en grenzen gaat aftasten. De onderzoekers praatten hierover met elkaar. Aan de ene kant blijf je als hulpverlener de touwtjes in handen hebben over wat je zelf deelt met de groep. Dit kan ervoor zorgen dat je je toch nooit op gelijke hoogte zal stellen als de andere deelnemers. Anderzijds zullen ook patiënten slechts vertellen wat ze zelf willen delen met de aanwezige hulpverleners en de grotere groep. Een opmerking die hierbij gemaakt dient te worden is, dat je er als hulpverlener van bewust moet zijn, dat patiënten vaak erg opkijken naar hulpverleners. Het feit dat ze jou meer als ‘gelijke’ en ‘vriend’ gaan zien, kan van invloed zijn op je relatie als hulpverlener met de hulpvrager. Aan de ene kant kan dit soort interventies de vertrouwensrelatie met je patiënt

versterken. Toch kan deelname aan interactiesessies door hulpverleners dit denkpatroon bij patiënten net gaan versterken. Iedere hulpverlener dient voor zichzelf deze grenzen te bepalen en te bewaken. De literatuur leert ons, dat wanneer interventies gericht zijn op het uitbouwen van sociale netwerken, dat het belangrijk is om de kwaliteit van relaties te benadrukken. Bovendien is het uitbouwen van betekenisvolle sociale contacten buiten het formele mentale gezondheidssysteem erg belangrijk [17]. Ik geloof dat deze interventies rond interactie hier kunnen toe bijdragen.

De geïnterviewde Turkse mama, alsook de geïnterviewden in de groep nieuwkomers wierpen op dat er geen mensen van Vlaamse afkomst deelnamen aan hun interactiegroep. Immers, zo meldden ze ons allen onafhankelijk, moeten we toch vooral samenleven, en leren van elkaar. Ze waren van mening dat interactiegroepen een ideale voedingsbodem waren geweest om dit te cultiveren. Anderzijds geloof ik dat de nieuwkomers graag in contact waren gekomen met andere Vlamingen, om hen (ons) te tonen dat ons veel meer bindt dan wat ons onderscheidt van elkaar. Dat we bovenal respect moeten betonen aan elkaar. Ik heb het gevoel dat ze hoopten dat de interactiegroepen voor hen ook een middel was geweest om het wij-zij-denken – dat nog al te vaak heerst in deze samenleving – te doorbreken.

Zowel de nieuwkomers als de Turkse mama's hadden gemeenschappelijk dat zij een andere taal dan het Nederlands als moedertaal hebben. De meesten konden een aardig mondje Nederlands spreken, maar toch werd een tolk voorzien tijdens sommige sessies. Bij het peilen naar wat deelnemers aan deze interactiegroepen vonden van de aanwezigheid van tolken, kwam een tegenstrijdigheid aan het licht. In de groep met Turkse mama's was één van de mama's tolk van dienst voor de anderen. De geïnterviewde mama (die zelf wel vloeiend Nederlands spreekt) was een hevig voorstander van het gebruik van een tolk. Ze gaf immers aan dat iedereen daardoor de kans had om genuanceerd zijn mening te kunnen geven. Bij de nieuwkomers hoorden we echter een ander stemgeluid. Beide geïnterviewden gaven aan minder voorstander te zijn van tolken. Interactie met andere Nederlandstaligen geeft hen immers de opportuniteit om hun Nederlands te oefenen, en bovendien te tonen dat ze zich uit de slag kunnen trekken. Daarenboven gaf men aan dat het gebruik van een (fysieke) tolk in groepsgesprekken ervoor zorgt dat je minder deel gaat uitmaken van de groep, omdat je in een onderlinge conversatie verzeilt tussen jou en de tolk. Laat dit net niet zijn wat deze interactiegroepen hopen te bewerkstelligen. Het weloverwogen gebruik maken van tolken moet dus zeker in onze gedachten blijven bij het organiseren van toekomstige interventies.

6.1 Beperkingen voor het onderzoek

6.1.1 Onderzoek

Een belangrijke beperking van dit onderzoek, is het feit dat de onderzoeker tegelijk ook de zorgverlener (bijvoorbeeld zijn huisarts of maatschappelijk werker) was van de patiënt. Aan de ene kant kan dit net een voordeel zijn; er bestaat immers reeds een vertrouwensrelatie tussen onderzoeker en geïnterviewde, waardoor makkelijker over diepe gevoelens kan gepraat worden. Anderzijds moet men er zich van bewust zijn dat deze relatie tussen de patiënt en zijn

zorgverlener ervoor kan zorgen dat een ‘wenselijk’ antwoord werd gegeven, of men kritiek eerder uit de weg zou gaan. Ik kon me niet van deze indruk ontdoen bij het interview met NP, waarbij hij er telkens opnieuw de nadruk op legde dat alles perfect was verlopen en hij alles ‘keigoed’ vond. Hoewel dit expliciet werd bevraagd tijdens de interviews, dient men dit gegeven in zijn achterhoofd te houden bij het doornemen van deze studie.
Eenzelfde gedachte moet men in het hoofd houden bij de bevraging over de aanwezigheid van hulpverleners tijdens de sessies, en hun invloed daarop. Immers, alle respondenten waren zelf patiënt in WGC de Kaai. Uit loyauteit naar de onderzoekers en naar de Kaai zelf, zou men kunnen veronderstellen dat de geïnterviewden sommige antwoorden verbloemd hebben, of niet volledig vrijuit spraken.

6.1.2 Medewerking aan het onderzoek

De resultaten die in dit onderzoek worden weergegeven, zijn een neerslag van 7 diepte-interviews van deelnemers aan verschillende interactiesessies. De steekproef is dus vrij beperkt. Bovendien kan verondersteld worden dat de meest mondige deelnemers ook openstonden om zich te laten interviewen. Wanneer men de representatie van het aantal geïnterviewden per groep bekijkt, ziet men dat vooral mantelzorgers vertegenwoordigd waren (4 respondenten), tegenover 2 respondenten uit de nieuwkomers-groep, en slechts 1 bij de Turkse mama’s.

6.1.3 Selectiebias

Aan alle deelnemers werd tijdens de sessies aangeboden om een diepte-interview te doen. Gezien hier onvoldoende respons op kwam, werden enkele deelnemers actief bevraagd of ze een interview zagen zitten. Hierop werd wel unaniem positief gevolg aan gegeven.

Taal was geen exclusiecriterium om een diepte-interview te houden met de respondenten. Toch was het niet eenvoudig om de juiste nuances over te brengen bij de vraagstelling bij personen die het Nederlands niet ten volle machtig waren. Er werden geen tolken gebruikt bij de diepte-interviews.

6.2 Aanbevelingen voor de toekomst

Het zou mooi zijn mochten er, als vervolg op dit pilootproject in de Kaai, gelijkaardige interactieprojecten het licht zien in andere WGC’s in Vlaanderen. Er werd immers aangetoond dat het creëren van interactie reeds een belangrijke actie is. Daarenboven ging de werkvreugde van gezondheidspromotoren er aanzienlijk op vooruit.

6.3 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Wat duidelijk naar voor komt in dit onderzoek is dat mensen nood hebben om hun verhaal te kunnen doen – en om gehoord te worden. Het organiseren van interactiegroepen met mensen van een gelijkaardige achtergrond kan hierop een antwoord bieden. Dit kan een uitgangspunt zijn voor verder vergelijkend onderzoek, waarbij deze methodiek van groepssessies waar men zijn verhaal kan doen, vergeleken worden met klassieke één-op-één consulten tussen hulpverlener en patiënt.

Het centrale thema bij deze sessies was ‘mentaal welzijn’. De gebruikte methodiek wordt reeds in toekomstige projecten van gezondheidspromotie van WGC de Kaai gebruikt. Het zou mooi zijn mochten ook andere centra de methodiek oppikken en hiermee aan de slag gaan. In WGC Nieuw Gent zal onderzocht worden hoe deze methodiek kan ingepast worden in hun eigen werking. Ook de vereniging van WGC’s is enthousiast.

In deze studie werd toegespitst op de beleving van de deelnemers aan de interactiesessies. Het belichten van de andere kant, namelijk de organisatie en beleving van gezondheidspromotoren in hun eigen werken en functioneren, lijkt me een belangrijke focus welke eveneens verdere uitdieping behoeft met het zicht op de toekomstige werking van gezondheidspromotie binnen de wijkgezondheidscentra in Vlaanderen. Daarnaast kan ook een andere insteek voor onderzoek zijn, om na te gaan hoe hulpverleners de deelname aan een interactiegroep ervaren.

Ten slotte zou het ook boeiend zijn, mochten andere vormen van huisartspraktijken dan wijkgezondheidscentra de gebruikte methodiek in hun werking oppikken. Gelijkaardige community interventies, gericht op het faciliteren van interactie, werden reeds in andere masterthesissen (van Dr. Emmily Schaubroeck, Dr. Carmen Binst en Dr. Van Rillaer Laura) beschreven. Het kan interessant zijn deze tegen het licht te houden bij het opstellen van gelijkaardige interventies.

6.4 Algemene conclusie

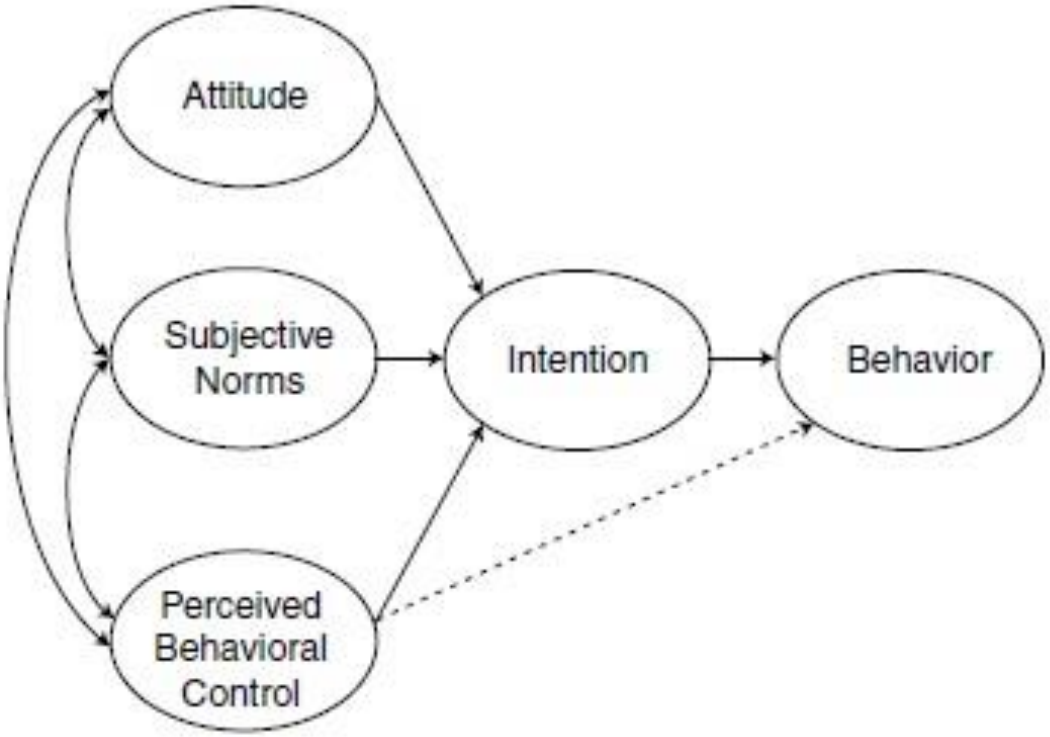
Bij community interventies, die werden opgezet door de discipline gezondheidspromotie van WGC de Kaai, werden wijkbewoners met een gelijkaardige achtergrond samengebracht om te interageren met elkaar over mentaal welzijn. Deelnemers konden tijdens de groepssessies hun verhaal in alle openheid brengen. Het doet mensen deugd dat hiervoor een forum gecreëerd werd. De aanwezigheid en openheid van zorgverleners tijdens de sessies droeg bij tot een veilige sfeer in de groep. Gelijkaardige verhalen aanhoren van anderen, geeft deelnemers het gevoel niet alleen te staan in hun lijden, en laat hen toe het eigen functioneren in vraag te stellen en te (her)evalueren. De betrokkenheid van andere zorgverleners bij de discipline gezondheidspromotie in het WGC is groter, en gezondheidspromotoren ervaren meer werkvreugde. Toekomstige projecten zullen vanaf nu voornamelijk vanuit een ‘interactie-mindset’ worden opgezet. Ook is er interesse vanuit andere WGC’s voor het opzetten van gelijkaardige projecten. Het mag duidelijk zijn dat interactie een motor is tot verandering.

7 Referenties

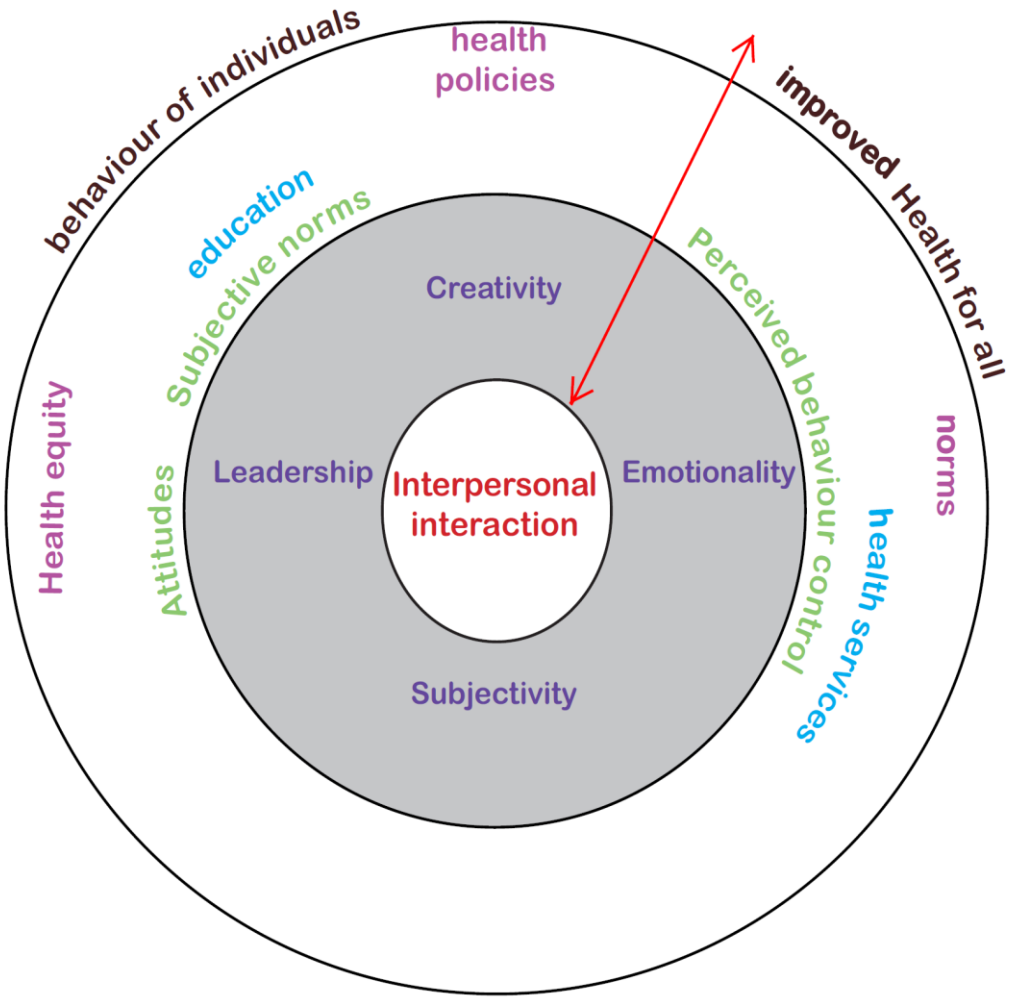
1. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion (1986). [Internet]. Laatst geraadpleegd 2017 april 29. Beschikbaar op: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/
2. Vereniging van wijkgezondheidscentra. Gezondheidspromotie [Internet]. Laatst geraadpleegd 2017 april 29. Beschikbaar op: http://vwgc.be/wijkgezondheidscentrum/gezondheidspromotie/
3. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies. 1991
4. Ajzen I. The theory of planned Behavior. Organizational Behavior And Human Decision Processes 1991. 50, 179-211
5. Decat P. Addressing the Unmet Contraceptive Need of Adolescents and Unmarried youth: Act or Interact? Learning from Comprehensive Interventions in China and Latin America. Faculty of Medicine and Health Sciences Doctoral School of Life Sciences and Medicine, Ghent University, Belgium. 2015
6. Enns J, Holmgvist M, Wener P, Halas G, Rothney J, Shultz A. Mapping interventions that promote mental health in the general population: A scoping review of reviews. Prev Med 2016.87:70-80
7. Cohen S. Social relationships and health. Am Psychol 2004. 59(8):676–684.
8. Uchino BN. Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. J Behav Med 2006. 29(4):377–387.
9. Anderson K, Laxhman N, Priebe S. Can mental health interventions change social networks? A systematic review. BMC Psychiatry 2015. 15:297.
10. Newlin M, Morris D, Howarth S, Webber M. Social participation interventions for adults with mental health problems: a review and narrative synthesis. Soc Work Res 2015.39(3):167–180
11. Jongen CS, McCalman J, Bainbridge RG. The implementation and Evaluation of Health Promotion Services and Programs to Improve Cultural Competency: A Systematic Scoping Review. Front Public Health 2017;5:24
12. Wong G, Greenhalgh T, Westhorp G, Buckingham J, Pawson R. RAMESES publication standards: realist syntheses. BMC Med. 2013;11:21
13. Westhorp G. Realist Impact Evaluation. An introduction. 2014. Methods lab. Overseas Development Institute;1-11
14. Castelein S, Bruggeman R, van Busschbach JT, van der Gaag M, Stant AD, Knegtering H, Wiersma D. The effectiveness of peer support groups in psychosis: a randomized controlled trial. Acta Psychiatr Scand 2008. 118(1):64–72.
15. James J, Rivera PD, Ann M, Sullivan MD, Stavros Valenti PD S. Adding consumer-providers to intensive case management: does it improve outcome? Psychiatr Serv 2007.58(6):802–809.
16. Webber M, Fendt-Newlin M. A review of social participation interventions for people with mental health problems. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2017; 52:369-380
17. Davidson L, Harding C, Spaniol L. Recovery from severe mental illnesses: research evidence and Implications for practice. Center for psychiatric rehabilitation. Boston University, Boston. 2005

8 Bijlagen

Bijlage 1: Theory of planned behaviour (Ajzen)



Bijlage 2: Interactie als motor tot verandering (Decat)



Interpersonal interaction is the driver towards change at personal, community and societal level and finally leads to healthier behaviour and improved health. Modifying factors influence the process which is intrinsically dynamic (arrow).

Green: personal level Blue: organizational level Purple: societal level

Grey zone: transformation zone with modifying factors

Bovenstaande figuur toont een grafische weergave van dit model.
De concentrische cirkels staan voor de verschillende niveaus in het model van Whitehead.
Het model includeert de precursoren van gedrag zoals beschreven in de ‘theory of planned behaviour and reasoned action’ (Azjen).

Bijlage 3: Ondersteunende vragenlijst

Vb. openingsvraag: *hoe zijn de sessies voor jou geweest*?

VOOR DE SESSIE

- Wat dacht je toen je de uitnodiging kreeg om deel te nemen aan de sessie?
- Waarom wou je graag deelnemen aan de sessie?
- Welke verwachtingen had je voor de eerste sessie?
- Wat vond je ervan dat we vanuit de kaai aan jou hadden gedacht om deel uit te maken van deze groep?
- Betekent het feit dat je deelneemt aan de sessies een soort wederdienst voor de diensten die de hulpverleners jou aanbieden?
- Speelde het een rol dat het door de Kaai georganiseerd werd?
- Speelde het een rol dat je werd uitgenodigd door een zorgverlener?

TIJDENS DE SESSIE

- Wat zorgde ervoor dat je je veilig voelde in een nieuwe groep?
  (vb. werknemers Kaai, eten, vertrouwde omgeving (de Kaai/school), eigen taal, mensen met gelijkaardige achtergrond,…)
- Welke impact had het dat er zorgverleners van de Kaai aanwezig waren?
- Vond je de groep die wij hadden samengesteld een groep waar je jezelf in kon vinden? (waar je je thuis voelt/thuishoort)
- Wat zorgde ervoor dat je je verhaal kon vertellen?
- Wat zorgde ervoor dat je je verhaal niet kon vertellen?
  (vb. deelnemers die vaak het woord nemen,…)
- Wat doet het met je wanneer een medewerker van de Kaai weerwoord biedt tegenover eigen normen en waarden
- Wat vond je ervan om aan de hand van beelden (prenten/kunstwerken Guislain) jezelf voor te stellen en elkaar te leren kennen?

NA DE SESSIE

- Ben je blij dat je hebt deelgenomen/aan het deelnemen bent aan de sessies?
- Wat zorgde ervoor dat je ook hebt deelgenomen aan de vervolgsessies?
- Wat dacht je na de eerste sessie?
- Waar heb je na de sessie nog over nagedacht, wat is je bijgebleven?
- Hebben de besproken onderwerpen jou aan het denken gezet?
- Wat verwacht je (na x aantal sessies) dat er nog zal gebeuren?
- Zijn je verwachtingen die je vooraf had ingelost?
- Het feit dat er een forum is om je verhaal te vertellen, wat doet dit met je?
- Heb je het gevoel dat je tijdens de sessies iets hebt geleerd wat in je dagelijkse leven van pas kan komen?
- Heb je tijdens de sessies iets geleerd over jezelf?
- Hoe kan je het best voor jezelf zorgen?

Bijlage 4: Goedgekeurd protocol

PROJECT

In Wijkgezondheidscentrum (WGC) De Kaai in de Bloemekenswijk in Gent wordt de discipline gezondheids- en welzijnspromotie hertekend. Hierbij zou de werking verschuiven van een huidige uitvoerende, naar een faciliterende rol om aan welzijnspromotie op gemeenschapsniveau te doen. Om dit model te testen wordt vanuit het WGC een pilootproject opgezet.

De bedoeling van dit pilootproject is om in een *eerste fase* de verwachtingen en noden van bewoners uit de wijk op vlak van geestelijk welzijn in kaart te brengen. Door een veilige interactie te modereren, zullen de onderzoekers en gezondheidspromotoren van de Kaai tijdens *bestaande initiatieven* in de wijk nagaan welke gemeenschappelijke factoren onder de bewoners bepalend zijn voor hun welzijn, en welke veranderingen zouden bijdragen tot meer welzijn. Bedoeling is om op een informele, laagdrempelige en gelijkwaardige manier interactie tussen wijkbewoners en welzijnswerkers te faciliteren. Naast het aansluiten bij deze bestaande initiatieven zou de Kaai ook zelf een eigen veilig interactiemoment organiseren met welzijnspartners en wijkbewoners om vinger aan de pols te krijgen over wat leeft, en op welke barrières men stoot binnen hun werking en dagelijks functioneren in de wijk. De vertrouwensrelatie die bestaat tussen welzijnswerkers van het WGC kan zo gebruikt worden om moeilijk bereikbare personen, die in het reguliere debat minder vaak aan bod komen, een stem te geven.

In een *tweede fase* van dit project zullen de reacties, vragen, antwoorden en bezorgdheden die naar boven kwamen tijdens de eerste fase van het project geëvalueerd worden aan de hand van nieuwe interacties. Bedoeling is om inhoudelijk meer in de *diepte* te gaan over de aspecten die tijdens de eerste fase aan bod kwamen. Daarnaast zullen alle actoren uit de *bredere* omgeving (familie, professionelen, autoriteiten) worden uitgenodigd om als “gelijke” in dialoog te gaan met elkaar. Op die manier zullen ook de sleutelfiguren (“agents of change”) in de wijk in interactie kunnen gaan met elkaar, om op hun beurt te interageren met hun achterban. Er wordt op toegezien dat gefocust blijft op de vraag wat gemeenschappelijk kan gedaan worden om het geestelijk welzijn van eenieder in de wijk te verhogen.

Tijdens een optionele *derde fase* van het project, zouden acties, ontsproten uit de interacties uit vorige fasen, kunnen gefaciliteerd worden door de gezondheidspromotoren van het WGC. Creativiteit van betrokkenen kan gebundeld worden om acties op poten te zetten.

ONDERZOEKSLUIK

Dit actie-onderzoek zal in een MaNaMa-thesis kritisch beschreven en onderzocht worden aan de hand van *realist evaluation*. Bij deze onderzoeksmethode staan niet zozeer de uitkomsten of veranderingen van gedrag centraal, maar ligt de focus op het *proces van verandering*. Men

bestudeert wát precies gebeurt, waarom de zaken lopen zoals ze lopen, en probeert te begrijpen welke factoren een rol spelen bij de implementatie van het proces.

Via *kwalitatief onderzoek*, aan de hand van *diepte-interviews* met deelnemers na het doorlopen van verschillende sessies, zal getracht worden een antwoord te genereren op volgende onderzoeksvraag:

Hoe kan een community interventie die interactie over mentaal welzijn faciliteert, de mentale weerbaarheid van wijkbewoners versterken?

Tijdens gesprekken met de participanten zal o.a. gepeild worden naar hun *motivatie voor deelname* aan dergelijk project, en welke factoren hierbij een rol in speelden. Daarnaast zal worden bekeken welke *verwachtingen* deelnemers bij aanvang het project hadden, en zal nagegaan worden of deze werden ingelost, dan eerder aangepast, of *veranderden* gedurende het verloop van het project. De interactie an sich tussen wijkbewoners onderling en met welzijnswerkers zal besproken worden. Daarnaast zullen de veranderingen op persoonlijk en interpersoonlijk vlak aan bod komen.

Gedurende het volledige project ligt de nadruk op het faciliteren van interacties tussen wijkbewoners, welzijnswerkers en onderzoekers. Essentieel hierbij is dat een vertrouwde en veilige omgeving gecreëerd wordt, welke een open en gelijkwaardige communicatie mogelijk maakt.

Bijlage 5: Gunstig advies Ethisch Comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Dr. Peter DECAT
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2016/0413	23-mei-16	Zie "CC"

BETREFT
Advies voor monocentrische studie met als titel:
Een nieuwe strategie voor gemeenschapsgerichte welzijnspromotie: actieonderzoek van wijkbewoners en welzijnswerkers (MaNaMa Gert Van Ooteghem)

Belgisch Registratienummer: B670201628380

* Antwoord onderzoekers dd. 14/05/2016 (via mail dr. G. Van Ooteghem dd. 16/05/2016 - ontv. dd. 17/05/2016) op opmerkingen EC dd. 17/03/2016
* Adviesaanvraagformulier (aangepaste versie cfr. mail onderzoeker dd. 16/05/2016)
* Informatie- en toestemmingsformulier voor deelnemers aan experimenten (aangepaste versie cfr. mail onderzoeker dd. 16/05/2016)

Advies werd gevraagd door:
Dr. P. DECAT ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 20/05/2016. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 20/05/2017, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 20/05/2016. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 20/05/2017, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 21/06/2016

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 21/06/2016

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

./.

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2016/0413	23-mei-16	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2016/0413

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
P. DECAT - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

Bijlage 6: Informed consent

Informatiebrief voor de deelnemers aan een onderzoek

1. Titel van de studie:

Een nieuwe strategie voor gemeenschapsgerichte welzijnspromotie: actieonderzoek van wijkbewoners en welzijnswerkers

2. Doel van de studie:

Men heeft u gevraagd om deel te nemen aan een studie.

De bedoeling is om wijkbewoners uit de Bloemekenswijk in Gent samen te brengen om met elkaar in gesprek te gaan rond geestelijk welzijn. Zij zullen hierbij begeleid worden door medewerkers van wijkgezondheidscentrum (WGC) de Kaai. Dit project is tot stand gekomen om een nieuwe manier van gezondheidspromotie van het WGC uit te testen.

3. Beschrijving van de studie:

In een *eerste fase* zullen wijkbewoners uitgenodigd worden om deel te nemen aan bijeenkomsten waar gepraat zal worden over geestelijk welzijn. Tijdens deze groepssessies zullen de deelnemers in gesprek gaan met elkaar, met onderzoekers en vertrouwde medewerkers van het WGC. De bedoeling hierbij is om in een vertrouwde omgeving te luisteren welke factoren een invloed hebben op het geestelijk welzijn van de deelnemers (zowel bij wijkbewoners als medewerkers van het WGC). Daarnaast zal nagegaan worden op welke manier elkeen met deze stressfactoren probeert om te gaan.

In een *tweede fase* zullen nieuwe bijeenkomsten georganiseerd worden waarbij de stressfactoren en mogelijke strategieën om hiermee te leren omgaan besproken en geëvalueerd worden. Hierbij zullen deelnemers uit de voorbije sessies opnieuw met elkaar en de onderzoekers in gesprek gaan. Tijdens deze sessies zullen ook andere mensen uit de nabije omgeving (vb. familie) of wijk (vb. andere welzijnswerkers), die ook een rol kunnen spelen in het leren omgaan met stress en het bevorderen van elkeens persoonlijk welzijn, aanwezig zijn.

Deelnemers aan deze sessies zullen daarnaast uitgenodigd worden om, in het kader van het onderzoek, in gesprek te gaan met een onderzoeker om persoonlijk te reflecteren over voorbije en toekomstige bijeenkomsten. Hierbij zal tijdens een interview o.a. gepeild worden naar de verwachtingen van de deelnemer, en wordt bekeken of deze werden ingelost na de sessies.

Het aantal deelnemers aan het onderzoek is afhankelijk van de opkomst aan de groepssessies. Er wordt gemikt op een 10-tal personen.

4. **Wat wordt verwacht van de deelnemer?**

Over de deelname aan de gesprekken met de wijkbewoners zullen een aantal vragen gesteld worden waarop men als deelnemer vrij kan antwoorden zonder enige verplichting.

5. **Deelname en beëindiging:**

De deelname aan deze studie vindt plaats op vrijwillige basis.

Deelname aan deze studie brengt voor u geen onmiddellijk therapeutisch voordeel. Uw deelname in de studie kan de werking van de gezondheidspromotie van WGC de Kaai verbeteren, en op die manier bijdragen tot een beter algemeen welzijn van alle wijkbewoners van de Bloemekenswijk in Gent.

U kan weigeren om deel te nemen aan de studie, en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op uw verdere relatie en/of behandeling met de onderzoeker.

Als u deelneemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

6. **Procedures:**

Als deelnemer aan de groepsgesprekken zal u uitgenodigd worden om deel te nemen aan de studie. Dit houdt in dat een onderzoeker u na het doorlopen van verschillende gesprekssessies enkele vragen zal stellen over het verloop van de bijeenkomsten, en hoe u deze sessies persoonlijk heeft ervaren. Dit interview zal ongeveer 90 minuten duren.

7. **Risico's en voordelen:**

Er zijn geen risico's aan het onderzoek verbonden.

U hebt het recht op elk ogenblik vragen te stellen over de mogelijke en/of gekende risico's, nadelen van deze studie.

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

8. **Verzekering:**

Als deelnemer aan deze studie bent u gedekt door de verzekeringspolis die werd afgesloten. Indien u schade zou oplopen ten gevolge van uw deelname aan deze studie zal die schade bijgevolg worden vergoed conform de Belgische wet van 7 mei 2004.

Vertrouwelijkheid:

Uw persoonlijke levenssfeer zal steeds gerespecteerd worden, en op elk moment zal u toegang kunnen krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en gecodeerd (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier). Verslagen waarin U wordt geïdentificeerd, zullen niet openlijk beschikbaar zijn. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw identiteit vertrouwelijke informatie blijven.

9. **Contactpersoon:**

Als er een letsel optreedt ten gevolge van de studie, of als u aanvullende informatie wenst over de studie of uw rechten en plichten, kunt u in de loop van de studie op elk ogenblik contact opnemen met de onderzoekers:

Dr. Gert Van Ooteghem
gert.vanooteghem@ugent.be
09/216.86.50

Dr. Peter Decat
peter.decat@ugent.be
09/332.33.12

Toestemmingsformulier

Ik, _____ heb het document “Informatiebrief voor de deelnemers aan een onderzoek” gelezen en er een kopij van gekregen. Ik stem in met de inhoud van het document en stem ook in deel te nemen aan de studie.

Ik heb een kopij gekregen van dit ondertekende en gedateerde “Toestemmingsformulier”. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur, en de te voorziene effecten van de studie en over wat men van mij verwacht. Ik heb uitleg gekregen over de mogelijke risico’s en voordelen van de studie. Men heeft me de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie, en ik heb op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen.

Ik stem ermee in om volledig samen te werken met de toeziende onderzoeker.

Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan onderzoeken. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.

Ik mag me op elk ogenblik uit de studie terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere relatie met de onderzoeker