PROMOTIE VAN GEZONDE VOEDING OP WIJKNIVEAU: VAN ACTIE NAAR INTERACTIE

Amelieke Van Brandt, Universiteit Gent

Promotor: Peter Decat, Universiteit Gent

Co-promotor: Sara De Lepeleere, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Context

In het kader van ziektepreventie behoort het tot de taak van de huisarts om gezonde voeding te promoten bij diens patiënten. Vaak is er echter gebrek aan tijd. In dit proefstuk gaat men op zoek naar efficiëntere manieren om op wijkniveau de patiëntenpopulatie aan te zetten om gezonder te eten. Enerzijds werden wijkbewoners met een armoedeachtergrond samengebracht om te praten over gezonde voeding in interactieve sessies (context 1), anderzijds kwamen wijkbewoners wekelijks samen om te werken in de moestuin (context 2).

Onderzoekshypothese

Context 1 of 2 leidt tot een interactie tussen deze mensen rond voeding (mechanisme) waardoor zij anders gaan denken of zich anders gaan gedragen ten opzichte van voeding (*outcome*).

Methode

Er werd in de literatuur gezocht naar gelijkaardige wijkgerichte interventies om gezonde voeding te promoten. De moestuin en de interactieve sessies werden aan de hand van de *Realist Evaluation* techniek aan een kwalitatieve analyse onderworpen. Dit is een onderzoeksmethodiek waarbij wordt onderzocht wat werkt voor wie, hoe en onder welke voorwaarden. De resultaten werden bekomen middels diepte-interviews met vier deelnemers van de interactieve sessies, twee deelnemers van de moestuin en de gezondheidspromotor.

Resultaten

De resultaten zijn in deze specifieke contexten veelbelovend: de deelnemers gaan anders denken over gezonde voeding en worden geïnspireerd om nieuwe dingen te proberen. Er worden op basis van de interventies plannen gemaakt om te werken rond voeding in de toekomst. Daarnaast krijgen de deelnemers begrip voor hun problemen met voeding en helpen ze elkaar om creatief om te gaan met financiële barrières die ze ondervinden in hun poging om gezond te eten. Beide interventies dragen bij tot een beter mentaal welzijn. Interactie tussen de deelnemers is een belangrijk mechanisme om deze resultaten te bekomen. Werken vanuit de basis met de deelnemers waarbij de hiërarchische verhouding zorgverlener - patiënt zo veel mogelijk wordt geminimaliseerd, faciliteert het proces. Dat de voedingsinterventie gelinkt is met de huisarts, blijkt een belangrijke rol te spelen aangezien deze vertrouwensband motiverend werkt en de patiënten de informatie dan als betrouwbaar bestempelen.

Conclusie

Het matchen van de twee interventies lijkt ideaal. Enerzijds de interactieve sessies waar patiënten elkaar inspireren en vertellen over hun methoden om creatief om te springen met financiële barrières om gezond te eten. Anderzijds de moestuin waar ze kunnen tuinieren en meewerken aan de oogstfeesten, wat ervoor kan zorgen dat ze meer toegang hebben tot verse producten en hun vaardigheden bijgeschaafd kunnen worden. In toekomstige interventies moet er blijvend aandacht zijn voor financiële barrières waar patiënten mee kampen aangezien deze zeer bepalend zijn voor het voedingspatroon. Er moet verder geïnvesteerd worden in studies die gelijkaardige interactieve interventies onderzoeken in andere contexten.

Inhoudstafel

Abstract 2

Inleiding 6

Probleemschets 6

Uitgangspunt 6

Onderzoeksvraag 7

Oriënterend literatuuronderzoek 8

Inleiding 8

Methodologie 8

Theoretische modellen 8

Overzicht van interventies en resultaten 9

Onderzoeksmethodiek 11

Interventies 11

Buurtmoestuin 11

Interactieve sessies 11

Evaluatie van de interventies 12

Realist Evaluation 12

Diepte-interviews 12

Analyse 13

Resultaten 15

Context 1: interactieve sessies 19

C – De begeleiders staan op dezelfde hoogte als de deelnemers 19

C – Deelnemers met een armoede-ervaring 19

C – Aanwezigheid van een arts 20

Context 2: moestuin 20

C – Moestuin gekoppeld aan het wijkgezondheidscentrum 20

C – Klein aantal deelnemers 21

C – Elkaar niet beoordelen 22

Mechanisms 22

M – *Bottom-up* aanpak: werken vanuit de basis 22

M – Praten met elkaar over voeding 23

M – Deelnemers nemen vooral de informatie op die past binnen hun eigen overtuiging qua voeding 24

M – Vaardigheden om gezond eten klaar te maken 24
M – Eetcultuur maakt het moeilijker of gemakkelijker om gezond te eten 25
M – Financiële barrières om gezond te kunnen eten 25
Outcomes 26
O – Deelnemers krijgen begrip/erkenning voor hun problemen omtrent voeding. 26
O – Deelnemers leren creatief omgaan met financiële barrières om gezond te koken. 26
O – Deelnemers gaan anders denken over gezonde voeding. 26
O – Deelnemers worden geïnspireerd om nieuwe dingen te proberen. 28
O – De interventies hebben geleid tot plannen in de toekomst. 28
O – De interventies dragen bij tot een beter mentaal welzijn 29
Discussie 31
Interpretaties 31
Promotie van gezonde voeding op wijkniveau: taak van de huisarts? 31
Interactie als de motor tot gedragsverandering 32
De attitude ten opzichte van gezonde voeding is sterk voorspellend voor gedragsintentie 33
Vaardigheden om gezond te eten bepalen mee de eigen effectiviteit Aandacht voor vaardigheden 33
Aandacht voor financiële barrières is belangrijk in voedingsinterventies 34
Matchen van beide interventies 35
Sterktes en zwaktes 35
Sterktes van het onderzoek 35
Zwaktes van het onderzoek 36
Besluit 37
Dankwoord 38
Referenties 39
Bijlagen 43
Bijlage 1. Uitgebreide literatuurstudie 43
Moestuinen 43
Moestuinen met een interactieve component 45
Andere interventies om gezonde voeding te promoten 45
Bijlage 2. Goedgekeurd protocol 47
Bijlage 3. Gunstig advies Ethisch Comité 56
Bijlage 4. Informatieformulier 58

Bijlage 5. Toestemmingsformulier 60
Bijlage 6. Vragen diepte-interviews 62
Interactieve sessies 62
Moestuin 63

Inleiding

Probleemschets

Naast curatieve zorg behoren ook gezondheidspromotie en ziektepreventie tot het takenpakket van de huisarts. Binnen het *CanMEDS framework*, dat de verschillende functies van een arts beschrijft, valt gezondheidspromotie binnen de *Health Advocate* functie die een arts ten opzichte van diens patiënten uitoefent (1). Gezonde voeding is gekend als een belangrijke factor in de preventie van verscheidene chronische aandoeningen die de levenskwaliteit kunnen verminderen, zoals cardiovasculair lijden en diabetes mellitus. Om die reden proberen huisartsen geregeld patiënten te overtuigen van het nut van een gezond voedingspatroon. In de praktijk blijkt echter dat ondanks adequate voorlichting over de definitie van gezonde voeding en de gerelateerde gunstige gezondheidseffecten tijdens de consultatie, patiënten hun eetpatroon vaak niet aanpassen. Er wordt op zoek gegaan naar andere methoden om patiënten te stimuleren tot gezonde gedragsverandering. Recentelijk wordt bijvoorbeeld geopperd dat interactieve gesprekken tussen personen van een doelgroep over bepaalde gezondheidsthema's kunnen bijdragen aan het stellen van positief gedrag (2). In plaats van *one-to-one* boodschappen tussen arts en patiënt probeert men gemeenschapsgerichte interventies uit waarbij interactie tussen deelnemers centraal staat.

Uitgangspunt

Ik volg mijn opleiding tot huisarts in het wijkgezondheidscentrum (WGC) te Gentbrugge, dit is een multidisciplinaire groepspraktijk met een forfaitaire werking. Nabij dit wijkgezondheidscentrum werd begin 2017 samen met verschillende buurtpartners een gemeenschappelijke buurtmoestuin opgericht. Kinderen van de naburige school, buurtbewoners en inwoners van WZC Ter Hovingen en GVT (Gezinsvervangend tehuis) Gandae komen op regelmatige basis op verschillende momenten werken in de moestuin of wonen er workshops omtrent tuinieren bij. Patiënten van het WGC worden op verschillende manieren uitgenodigd en warm gemaakt om deel te nemen aan het moestuinproject. In de wachtzaal worden posters opgehangen, informatieve flyers kunnen meegenomen worden, patiënten worden door hun behandelende arts aangemoedigd. Daarnaast worden instapactiviteiten georganiseerd zoals het openingsfeest, oogstfeesten en workshops waarbij patiënten vrijblijvend een kijkje kunnen komen nemen. Als zij zich hiervoor wensen te engageren, kunnen zij op een vast moment in de week (donderdagnamiddag), onder begeleiding van de gezondheidspromotor van het WGC in de tuin werken.
Een moestuin kan mensen samenbrengen om samen een ontspannende activiteit uit te oefenen en deze sociale wisselwerking zou een bijdrage kunnen leveren aan hun algemeen welzijn. Misschien brengt de moestuin ook een verandering in hun percepties en gedragingen m.b.t. gezonde voeding teweeg, met interactie tussen de deelnemers als motor tot verandering. Dit is onze hypothese.
Tijdens het eerste werkingsjaar namen slechts enkele patiënten actief deel op de daartoe voorziene momenten. Het aantal aanwezigen was, ondanks grote inspanningen om patiënten te leiden naar de moestuin, lager dan verwacht. In het vakgebied van gezondheidspromotie wordt het wel vaker ervaren dat er weinig respons komt van de doelgroep. Dit leidt tot frustraties en actiemoeheid bij de hulpverleners. De resultaten van de inspanningen zijn niet zichtbaar of meetbaar.

Daarom stelden we een tweede, minder arbeidsintensieve interventie op waarbij interactie tussen de deelnemers een belangrijk mechanisme vormt om het gewenste doel te bereiken. Ik organiseerde samen met de gezondheidspromotor van het WGC interactieve sessies omtrent gezonde voeding in de bestaande groep "Happen en Klappen". Dit is een werkgroep binnen onze wijk voor en door

mensen met een armoede-ervaring. Deze groep wordt ondersteund door vzw Toontje, die onder andere instaat voor het uitdelen van voedselpakketten. Over het algemeen wordt tijdens een aantal jaarlijkse activiteiten gewerkt rond gezonde voeding, waardoor ook andere thema's rond gezondheid en algemeen welzijn aan bod komen. De gezondheidspromotor maakt sinds enkele jaren deel uit van deze praatgroep. Tijdens de door ons georganiseerde interactieve sessies werd er gepraat over gezonde voeding. Het was dus niet zozeer dat ik als arts informatie meegaf of de juiste antwoorden bracht op de vragen die zij stelden. We brainstormden samen over allerlei aspecten van gezonde voeding in een drietal sessies.

Onderzoeksvraag

In deze thesis worden twee methoden om op een gemeenschapsgerichte manier gezonde voeding te promoten, kwalitatief onderzocht. In deze methoden staat interactie tussen de deelnemers centraal en wordt deze gezien als de motor tot gedragsverandering.

De analyse gebeurt volgens de principes van *Realist Evaluation* (zie verder). De tweeledige onderzoeksvraag wordt dan ook omgevormd tot twee *Context-Mechanism-Outcome-(CMO)*-hypothesen. Deze CMO-hypothesen zullen worden getoetst tijdens deze studie.

Context
1) Wijkbewoners met een armoede-ervaring samenbrengen om te praten over gezonde voeding
2) Wijkbewoners samenbrengen om te werken in een moestuin

Mechanism
(context 1 of context 2) leidt tot een interactie tussen deze mensen rond voeding

Outcome
waardoor zij anders gaan denken of zich anders gaan gedragen ten opzichte van voeding

We gaan dus vooral op zoek naar wàt werkt, voor wìe en onder wèlke voorwaarden. Hoe wordt dit ervaren door de deelnemende patiënten? Wat zijn volgens hen de barrières en de mogelijkheden?

Oriënterend literatuuronderzoek

Inleiding

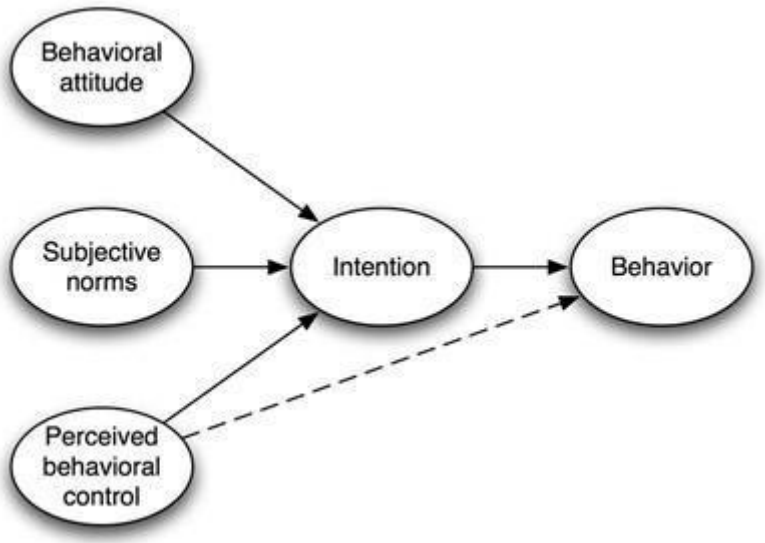
Vooraleer de interventies in onze wijk aan analyse te onderwerpen, ging ik in de literatuur op zoek naar gelijkaardige onderzoeksprojecten. Welke gemeenschapsgerichte, interactieve interventies om gezonde voeding te promoten werden eerder reeds uitgeprobeerd in de eerstelijnsgezondheidszorg? Hierbij werden individuele *one-to-one* interventies of gezondheidseducatielessen waarbij geen interactie tussen de deelnemers werd gevraagd, buiten beschouwing gelaten.

Methodologie

Er werd gezocht naar relevante, recente literatuur via de *Embase* databank. Combinaties van volgende zoektermen werden gebruikt: "*community intervention*" "*gardening*" "*nutrition*" "*health promotion*" "*primary health care*". 65 artikels werden geselecteerd op basis van titel, abstract en publicatiejaar (maximaal 10 jaar geleden gepubliceerd). Bij een uitgebreidere doorlichting van deze selectie, bleven 24 studies over die werden aangewend om een oriënterend literatuuronderzoek uit te voeren. De uitgebreide literatuurstudie vindt men in bijlage 1, hieronder wordt een bondig overzicht gegeven.

Theoretische modellen

Een klassiek theoretisch model binnen de gezondheidspromotie dat gedrag probeert te verklaren is *The Theory of Planned Behavior*, ontwikkeld door Ajzen (zie figuur 1) (3). Dit schema stelt dat de intentie tot een zeker gedrag bepaald wordt door drie determinanten. Ten eerste is er de attitude, de houding van een persoon tegenover een bepaald gedrag. Ten tweede is er de subjectieve norm: "Wat denk ik dat de omgeving (ouders, school, peers,…) van mij verwacht?". Als laatste speelt ook de mate waarin een persoon denkt controle te hebben over dit gedrag mee, deze "eigen effectiviteit" wordt bepaald door kennis en vaardigheden. Om tot gedragsverandering te komen, dienen deze drie determinanten in positieve zin beïnvloed te worden.



Figuur 1. Theory of Planned Behavior door Ajzen, uit www.researchgate.net

Een nieuw theoretisch model voor het promoten van gedragsverandering op gemeenschapsniveau wordt voorgesteld door promotor Peter Decat (2). Hierbij wordt interpersoonlijke interactie gezien als de motor tot gedragsverandering. De hulpverlener die een gedrag wenst te beïnvloeden, probeert deze interactie tussen patiënten te faciliteren.

Overzicht van interventies en resultaten

Er zijn verschillende interventies bestudeerd die gezonde voeding zouden kunnen promoten. De resultaten zijn echter niet eenduidig, sommige lijken effect te hebben, andere niet.

Er werd al heel wat onderzoek gedaan naar hoe een moestuinproject kan gebruikt worden als methode om gezonde voeding te promoten, met wisselende resultaten. Echter de meeste studies onderzochten moestuinprojecten op scholen of bij minderjaren. Slechts enkele onderzoeksteams beschreven moestuinprojecten in wijken. Wat moestuinen gekoppeld aan medische centra betreft, is er nog minder te vinden in de literatuur. Een artikel over moestuinen uitgaande van huisartspraktijken werd gepubliceerd door *The Guardian*, een niet-wetenschappelijk dagblad. Hierin werd verslag gegeven van gesprekken met deelnemers en oprichters, echter er was geen echte studie met onderzoeksvraag (4). Daarnaast kon enkel een explorerend overzicht gevonden worden van moestuinen gelinkt aan allerlei medische instituten in de VS, zonder enige analyse betreffende invloed op gezonde voeding (5). Het fenomeen dat een buurtmoestuin gekoppeld wordt aan een medische instelling is dus zeker niet vreemd, dergelijke interventie werd echter nooit eerder kwalitatief onderzocht.

Wat andere interactieve, gemeenschapsgerichte interventies betreft om gezonde voeding te promoten betreft, ging het vooral om projecten waarbij groente- en fruitpakketten werden uitgedeeld, educatieve sessies werden gegeven of interactieve workshops werden georganiseerd. Het zuiver samenbrengen van mensen binnen de wijk om onderling te praten over gezonde voeding is een experimentele interventie die heden bij volwassenen niet bestudeerd werd. De studie van Trude et al. onderzocht de meest gelijkende interventie waarbij interactieve sessies voor jongeren, onder begeleiding van *peers*, werden georganiseerd. Het ging hierbij echter om een effectevaluatie waarbij de veranderingen in het eetpatroon niet statistisch significant waren. Er werden geen diepte-interviews verricht met de deelnemende jongeren (6).

Uit de literatuurstudie kwamen reeds enkele contextfactoren naar voren. Het betrekken van de ouders in voedingsprojecten met kinderen bleek een meerwaarde in verschillende studies. Dit zou ervoor zorgen dat de opgedane kennis bij de kinderen kan vertaald worden naar meer consumptie van groenten en fruit, door meer aanbod thuis (7-9). Echter in een ander moestuinproject bleek dat de jongeren werden afgeleid door de aanwezigheid en soms negatieve opmerkingen van hun ouders tijdens de sessies. In deze laatste studie bleek wel dat een begeleider die de moestuinactiviteiten ondersteunt, het verwerven van kennis faciliteerde voor de jongeren (10). De schoolcontext wordt veelal gezien als een gunstige omgeving waarin promotie van gezonde voeding kan ingebed worden in de algemene educatie d.m.v. onder andere een moestuin. Echter uit sommige studies bleek dat leerkrachten moeilijkheden ervaarden om dergelijk moestuinproject geïmplementeerd te krijgen in hun lessen (11, 12).

Dat interactie tussen deelnemers een mechanisme is om de gewenste gedragsverandering te bekomen werd gesuggereerd in enkele van de onderzoeken. In een wijkgericht moestuinproject gaven deelnemers aan dat net het onderling delen van kennis en ervaringen in interactieve

ontmoetingen hen aanspoorde om gezonder voedingsgedrag te stellen (13). In interactieve sessies bij jongeren werd geopperd dat het door *peers* laten brengen van voedingseducatie een toegevoegde waarde betekende (6). Quasi alle andere beschreven interventies vonden plaats in groep, waarbij sowieso een vorm van interactie plaatsvindt. Echter in welke mate deze interactie de gedragsverandering faciliteert of inhibeert werd onvoldoende beschreven.

Tenslotte werden vooral voor-en-na-effectevaluaties gebruikt om de verschillende interventies te evalueren, waarbij veelal werd gebruik gemaakt van een al dan niet gerandomiseerde controlegroep. Slechts weinig kwalitatieve procesevaluaties werden teruggevonden in dit literatuuronderzoek. Dit is jammer aangezien de klassieke evaluatiemethodes (RCT, voor- en-na –studies etc.) enkel proberen te concluderen of een bepaalde methode werkt of niet maar niet verder ingaan op de beïnvloedende factoren. In enkele studies komt deze belangrijke opmerking naar voren in de discussie. In het Gents "Proeftuin" schoolproject werd de procesevaluatie door Hermans et al. enkel kwantitatief onderzocht. Zij merkten op dat kwalitatief onderzoek hierbij zeker een meerwaarde zou geweest zijn maar dat dit onmogelijk was door gebrek aan middelen en tijd (11). Chaufan et al. zag de kwalitatieve evaluatie van de buurtmoestuin als een essentieel hulpmiddel om te begrijpen waarom er bepaalde verschillen waren tussen wat deelnemers verklaarden in interviews enerzijds en wat bleek uit de gestructureerde instrumenten anderzijds (14). Wakefield et al. onderzocht het effect van een buurtmoestuin aan de hand van focusgroepen en diepte-interviews. Het kwalitatieve karakter van de studie werd gezien als een meerwaarde omdat de meeste studies die een moestuin onderzoeken zich beperkten tot kwantitatieve gegevens en de deelnemers niet vragen naar hun ervaringen of ervaren gezondheidseffecten (15). Het is interessanter en relevanter om te proberen te begrijpen waarom iets werkt of niet werkt en welke contextuele factoren en mechanismen daarbij een rol spelen. Immers, wat in een bepaalde context voor een bepaalde doelgroep werkt, is in een andere context misschien niet effectief. Daarom is *Realist Evaluation* een betere wetenschappelijke methode om zo'n interventies te evalueren.

Ook qua methodologie zijn er grote verschillen tussen de geselecteerde literatuur en het hier voorgestelde onderzoeksproject. Aangezien mijn project een eerste, explorerende studie betreft in dit onderzoeksgebied, kies ik ervoor om een kwalitatieve procesevaluatie uit te voeren, eerder dan een kwantitatieve effectevaluatie.

Onderzoeksmethodiek

Aan de hand van een kwalitatieve analyse wordt het effect op voedingsgedrag nagegaan van enerzijds de buurtmoestuin en anderzijds de interactieve sessies omtrent gezonde voeding in de praatgroep “Happen en Klappen”. Er wordt gewerkt met de principes van *Realist Evaluation*, waarbij een vooropgestelde CMO-hypothese wordt afgetoetst bij de deelnemers. De data worden verkregen met diepte-interviews en geanalyseerd aan de hand van het programma Nvivo.

Interventies

Buurtmoestuin

In het voorjaar van 2017 gingen de wekelijkse moestuinmomenten voor patiënten van WGC De Punt in Gentbrugge van start. Sindsdien wordt er elke donderdagnamiddag verzameld in de moestuin nabij de praktijk. Onder leiding van de gezondheidspromotor wordt er gewerkt in de moestuin, aan de hand van een teeltschema. Dit is een planning waarop de moestuinders kunnen zien welke taken er al uitgevoerd werden en welke nog moeten gebeuren. De deelnemers leren er op een ervaringsgerichte manier hoe een klein zaadje uitgroeit tot een plant met eventueel eetbare vrucht, hoe compost gemaakt en gebruikt wordt om de bodem te voeden, hoe onkruid wordt gewied, hoe er wordt geoogst en dergelijke. Verscheidene patiënten kwamen eens langs om te proeven van het moestuinieren. Een tweetal vaste bezoekers kwam wekelijks.

Interactieve sessies

Er werden drie interactieve sessies over voeding georganiseerd binnen de werkgroep “Happen en Klappen”. De inhoud van de gesprekken werd slechts in beperkte mate voorbereid aan de hand van een beknopte topiclijst met thema’s die dienden als uitgangspunt. Daarna kon het gesprek verschillende kanten uitgaan. Het gesprek werd immers geleid door de deelnemers zelf. Afhankelijk van hun interesses en hun belevingen werd op enkele thema’s dieper en gedetailleerder ingegaan. Zij gingen in interactie waardoor het concept evolueerde in breedte en diepte.

In de eerste sessie werd gebrainstormd over voeding aan de hand van foto’s van o.a. verse kruiden, een microgolfoven, voedingsetiketten, een tajine, prijskaartjes, kokerellen,... Elke deelnemer werd uitgenodigd om een foto te nemen die hem of haar aanspreekt en om daarover wat meer te vertellen. Op het einde van deze eerste sessie werden enkele onderwerpen vastgelegd die in de tweede sessie gedetailleerder zouden besproken worden. De deelnemers kozen samen voor volgende topics: de nieuwe voedingsdriehoek, voedingswaarde/voedingsetiketten, bio-voeding en verzadiging/portiegrootte. De derde en laatste sessie werd gebruikt als afsluitmoment waarin deelnemers konden bespreken wat ze zouden meenemen naar de toekomst toe en welke ideeën zij graag zouden uitgewerkt zien in de toekomst binnen “Happen en Klappen”.

De eerste sessie viel samen met een sessie van “Happen en Klappen” om het jubileumfeest van vzw Toontje voor te bereiden. Tijdens deze eerste sessie werden gezamenlijk de data voor de twee volgende sessies vastgelegd. Telkens werd enkele dagen voor de sessie een herinneringsmail rondgestuurd naar alle deelnemers.

Tijdens de gesprekken was er aandacht voor een aantal vuistregels. Zo heerst er een gelijkwaardigheid tussen de *community*-leden en de gezondheidswerkers: elke mening telt en verdient respect en aandacht. De gezondheidspromotor en ik spreken tijdens deze sessies vanuit onze ervaringen als mens en treden dus niet op als alleswetende hulpverleners. De deelnemers

hanteren een eerlijke en respectvolle houding en er is open communicatie mogelijk. Er is aandacht voor zowel de ratio als de emotie. Ik had als moderator een leidende rol om de interactie in goede banen te leiden en deze gespreksregels te bewaken. Ik zorgde ervoor dat iedereen –ook zij die minder mondig of minder de Nederlandse taal vaardig zijn- aan het woord kwamen.

Evaluatie van de interventies

Realist Evaluation

"A realist evaluation asks not 'what works?' but 'how or why does this work, for whom, in what circumstances?'" (16)

De klassieke onderzoeksmethoden stellen een onderzoeksvraag die, in de meeste gevallen, in basistermen neerkomt op "Werkt deze interventie?". Programma's die als doel hebben om gedragsdeterminanten te veranderen zitten echter vaak complex in elkaar en kunnen verschillende individuen beïnvloeden of triggeren op verschillende manieren. In het kader van gezondheidspromotie en ziektepreventie is het dus zo dat men niet zomaar tot het besluit kan komen dat als een bepaalde actie leidt tot gedragsverandering in één specifieke groep patiënten, dit hoe dan ook het geval zal zijn in een andere patiëntenpopulatie, in een andere context. Daar biedt *Realist Evaluation* een mogelijke oplossing. Deze onderzoekstechniek werd ontwikkeld en beschreven door Pawson en Tilley in 1997 in hun boek "*Realistic Evaluation*"(17). Hierbij pogen onderzoekers volgende onderzoeksvraag te beantwoorden: "Wat werkt voor wie, hoe en onder welke voorwaarden?". De nadruk ligt niet zozeer op het komen tot kwantitatieve resultaten of algemeen geldende antwoorden, maar eerder op het begrijpen van het proces. Door actief te gaan exploreren welke onderdelen van het project werken en welke niet en waarom, kunnen gerichte aanbevelingen voor verbetering van de interventie worden gedaan.

Praktisch wordt in de *Realist Evaluation* techniek vooraleer het onderzoek wordt doorgevoerd, een *Context-Mechanism-Outcome*-hypothese opgesteld waarbij de contextfactoren, de mechanismen en de beoogde uitkomsten worden ingevuld afhankelijk van het studie-opzet. Het al dan niet slagen van een interventie is namelijk onlosmakelijk verbonden met de context waarbinnen bepaalde acties zullen plaatsvinden, deze kan zowel een gunstige als ongunstige invloed uitoefenen. Niet elke interventie werkt eender waar, voor eender wie. Contextfactoren behelzen vooral factoren zoals: wie, wanneer, waar, omstandigheden. Ook het mechanisme, de manier waarop men gedragsverandering probeert te bekomen speelt een belangrijk rol. Wat maakt dat deze interventie werkt of net niet werkt, hoe komt dit, waarom is dit de uitkomst?

Aan het begin van deze studie werden twee CMO-hypothesen opgesteld gezien er in feite twee interventies werden opgezet in twee verschillende contexten. Deze hypothesen verschillen van elkaar in contextfactoren maar bevatten hetzelfde *Mechanism*- en *Outcome*-onderdeel. Deze werden getoetst in de diepte-interviews die van de deelnemers van beide interventies werden afgenomen.

Diepte-interviews

Kwalitatieve data rond de CMO-hypothesen werden verzameld tijdens de persoonlijke diepte-interviews, waarbij deelnemers werden gevraagd om open vragen te beantwoorden en te beargumenteren. Er werd vooral gevraagd naar persoonlijke ervaringen, belevingen, ervaren barrières en faciliterende factoren.

De twee patiënten die op frequente basis participeerden aan de moestuinactiviteiten werden uitgenodigd tot een diepte-interview. Daarnaast werden vier deelnemers van de interactieve sessies (waarvan twee met een armoedeachtergrond) geïnterviewd, alsook de gezondheidspromotor die beide interventies begeleidde. Ik interviewde hen in een rustig lokaaltje in het wijkgezondheidscentrum, dit nam telkens ongeveer 1 uur in beslag. De interviews werden omwille van praktische redenen –na toestemming- opgenomen op audiorecorder en achteraf door mezelf manueel uitgetypt. De bekomen transcripten zijn de letterlijke neerslag van deze interviews.

Alle deelnemers die bereid waren mee te werken aan de interviews binnen mijn onderzoeksproject, kregen een mondelinge uitleg waarin alle aspecten ervan werden uitgelegd in begrijpelijke taal. Hierbij werd een informatieformulier meegegeven waarin zij deze informatie konden nalezen. Ze kregen de tijd om het toestemmingsformulier grondig door te nemen, om te verzoeken onduidelijkheden te verhelderen en voor akkoord te ondertekenen. Bijkomende vragen werden adequaat beantwoord.

Vooraf werden enkele richtvragen opgesteld om de CMO-hypothesen te bevragen bij de deelnemers. Afhankelijk van het antwoord werd dieper ingegaan op bepaalde zaken, emoties of gedachten.

1. *Context*: Hoe heb je de interactieve sessies/moestuin ervaren?
2. *Mechanisms*: Wat maakt dat de interactieve sessies/moestuin iets betekend hebben/heeft voor jou of niet?
3. *Outcome*: Welk effect hebben de interactieve sessies/heeft de moestuin gehad op vlak van voeding?

De uitgebreidere inhoud van de vooropgestelde vragen van de diepte-interviews kan worden teruggevonden in bijlage 6.

Analyse

Elke deelnemer werd een numerieke code toegekend. Deze codes werden op een lijst bijgehouden die enkel door mezelf geraadpleegd kon worden. Zo werd de privacy van de geïnterviewden verzekerd.

De kwalitatieve gegevens die het antwoord boden op open vragen tijdens de persoonlijke diepte-interviews werden verzameld per numerieke code gelinkt aan één van de proefpersonen. Hierna volgde een kwalitatieve analyse van deze data met het behulp van het programma Nvivo 11, waarbij aan elk deelantwoord volgens een bepaald thema een kleurcode werd toegekend. Dit maakt de visies van de verschillende deelnemers per thema duidelijk, wat analyse vergemakkelijkt. De resultaten zullen barrières en faciliterende factoren blootleggen en (onderdelen van) de CMO-hypothese kunnen bevestigen of weerleggen.

In Nvivo werden drie verschillende bestanden en dus drie verschillende boomstructuren van codes aangemaakt, namelijk “interactieve sessies”, “moestuin” en “gezondheidspromotor”. Het coderen gebeurde zo objectief mogelijk. In een eerste fase werd elk interview afzonderlijk bestudeerd waarbij de deelantwoorden werden gegroepeerd volgens hoofdcode “*Context*”, “*Mechanism*” of “*Outcome*”. Er werd gepoogd de zuivere inhoud van de deelantwoorden zoveel mogelijk te behouden. In een tweede fase werden per interview de gecodeerde stukjes tekst geïnterpreteerd, wat resulteerde in subcodes. Elke uitspraak werd bij de gepaste subcode toegevoegd. Indien er nog geen subcode

bestond die volledig overeenkwam met de inhoud van het citaat, werd er een nieuwe gecreëerd. Eens alle elementen gecodeerd waren, werden na 1 week alle interviews nogmaals overlopen om te checken of wel zeker alle relevante elementen geselecteerd en op een juiste manier gecodeerd werden.

In een derde fase werd niet vanuit de interviews gewerkt maar vanuit de boomstructuur van de codes. Per code werd nagekeken welke uitspraken hieraan werden gekoppeld vanuit welke interviews. In deze laatste fase werden nog enkele correcties doorgevoerd zodat zo weinig mogelijk zou worden afgeweken van de werkelijke inhoud van de uitspraken. Dit interpretatieproces werd uitgevoerd door één enkele onderzoeker maar wel achteraf besproken met de co-promotor en de promotor van deze thesis.

Resultaten

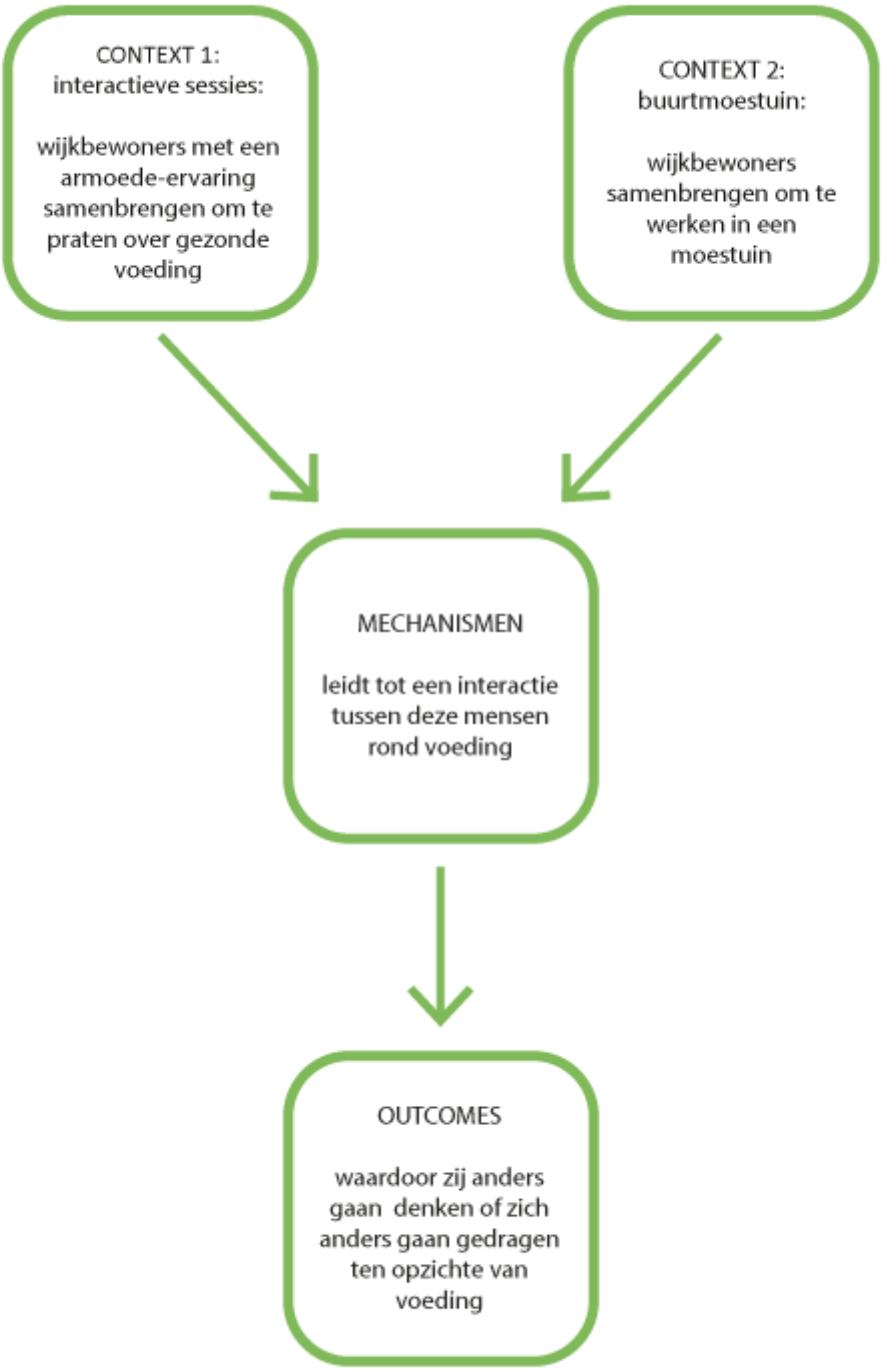
Tijdens de interactieve sessies waren telkens 9 à 11 deelnemers aanwezig, waaronder steevast 2 hulpverleners (namelijk de gezondheidspromotor en ik als arts) en 1 à 2 vrijwilligers van vzw Toontje. Het merendeel van de aanwezigen waren deelnemers van “Happen en Klappen” die geïnteresseerd waren om de interactieve sessies over gezonde voeding bij te wonen. De meesten van hen doen beroep op de voedselbank. Van de interactieve sessies werden 4 deelnemers geïnterviewd.

	Deelnemers	Vrijwilligers vzw Toontje	Hulpverleners
Sessie 1	5	2	2
Sessie 2	6	1	2
Sessie 3	7	2	2

Tijdens de eerste maanden van de moestuinnamiddagen waren telkens maar twee vaste deelnemers aanwezig. Beiden werden geïnterviewd.

Deelnemer	Interventie	Geslacht	Leeftijd
Interview 1	Interactieve sessies	Vrouw	67 jaar
Interview 2	Interactieve sessies	Vrouw	39 jaar
Interview 3	Interactieve sessies	Vrouw	62 jaar
Interview 4	Interactieve sessies	Vrouw	60 jaar
Interview 5	Buurtmoestuin	Man	51 jaar
Interview 6	Buurtmoestuin	Vrouw	45 jaar

Zoals in de onderzoeksmethodiek toegelicht, werden de resultaten bekomen na analyse van de diepte-interviews van de verschillende deelnemers. De resultaten worden beschreven aan de hand van de vooropgestelde CMO-hypothese (zie figuur 2). In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van alle factoren die binnen de CMO-hypothese het bereiken van de uitkomsten faciliteren of belemmeren.



Figuur 2. CMO-hypothese

	Faciliterende factoren	Belemmerende factoren
Context 1 Begeleiding: Deelnemers met armoede-ervaring: Gekende groep "Happen en Klappen": Groepssfeer: Locatie: Aanwezigheid van arts:	 - Begeleiders staan op zelfde hoogte als deelnemers - Gezondheidspromotor (GP) is gekend in de groep - Bereiken van mensen met voedingsproblemen - Laagdrempelig - Deelnemers kennen mekaar al - Bestaande groep - Goede sfeer, rust, vertrouwen, openheid - Vertrouwde locatie verlaagt drempel, veilige omgeving -Bereikbaarheid is belangrijk - Indruk dat informatie betrouwbaar is - Deelnemers vinden het goed dat de huisarts interesse toont in het promoten van goedkope, gezonde voeding	 - Soms moeilijk om niet in de rol van alwetende hulpverlener geduwd te worden - Minder diversiteit
Context 2 Begeleiding: Gekoppeld aan het WGC: Kleine groep: Groepssfeer: Locatie:	 - Gezondheidspromotor is gekend in de groep - Warm welkom - Link met WGC schept veilige omgeving/vertrouwen - Minder sociale druk - Gemakkelijker praten - Elkaar niet beoordelen - Bereikbaarheid is belangrijk - Ontspannend om in een stukje groen te kunnen zijn midden in de stad	 - Doordat er weinig volk komt opdagen krijgen de begeleiders het gevoel dat het project "faalt" - In de tuin van het woonzorgcentrum: niet duidelijk zichtbaar en verkeerdelijk geïnterpreteerd als eigendom van het WZC
Mechanismen Interactie:	Mechanismen die een positief effect hebben op de vooropgestelde *outcome* - Praten met elkaar over voeding - Vanuit de basis, niet van bovenaf bepaald - Deelnemers krijgen een stem en voelen zich hierdoor waardevol - GP voelt zich beter bij deze *bottom-up* aanpak	Mechanismen die een negatief effect hebben op de vooropgestelde *outcome*

Eigen overtuigingen en interesses:	- Deelnemers nemen vooral de informatie op die past binnen hun eigen overtuiging qua voeding - Deelnemers zijn geïnteresseerd in het onderwerp “gezonde voeding”	
Vaardigheden:	- Beschikken over vaardigheden om gezond te koken	- Beperkte vaardigheden om gezond eten klaar te maken
Gemak:	- Deelnemers proberen een tip uit als die haalbaar lijkt	- Liever kiezen voor gemak dan voor gezond
Emoties:	- Gezond eten geeft een goed gevoel	- Te graag eten
Eetcultuur:	- Trend om gezond te eten	- Vlaamse eetcultuur is vrij ongezond - Er zijn zodanig veel “regels” dat men op den duur niet meer weet wat gezonde voeding is
Smaak:	- Gezond eten is lekker	
Financiële middelen:		- Financiële barrières om gezond te kunnen eten
Psychische toestand:		- Onverschilligheid t.o.v. voeding - Angst of neerslachtigheid vormen een drempel om te komen naar de moestuin
Outcomes Deelnemers krijgen begrip/erkenning voor hun problemen omtrent voeding. Deelnemers leren creatief omgaan met financiële barrières om gezond te koken. Deelnemers gaan anders denken over gezonde voeding. Deelnemers worden geïnspireerd om nieuwe dingen te proberen. De interventies hebben geleid tot plannen in de toekomst. De interventies dragen bij tot een beter mentaal welzijn.		

Tabel 1. Overzicht CMO-factoren

In de beschrijving van de resultaten die hieronder volgt, wordt niet elke factor uit de bovenstaande tabel weergegeven. Enkel de meest relevante werden geselecteerd om grondiger uitgewerkt te worden. Er wordt gebruik gemaakt van quotes van de geïnterviewden enerzijds om de factoren te illustreren en anderzijds om de waarde van dit kwalitatief onderzoek te staven. Deze quotes zijn een letterlijke weergave van wat gezegd werd en worden telkens cursief weergegeven.

Context 1: interactieve sessies

C – De begeleiders staan op dezelfde hoogte als de deelnemers

Tijdens de interactieve sessies werd het door alle geïnterviewde deelnemers enorm gewaardeerd dat de gezondheidspromotor en ik op hun niveau stonden. Wij stelden ons niet op als alleswetende, hen onderrichtende hulpverleners maar namen als deelnemer actief deel aan de interactie. We stelden ons kwetsbaar en open op door ook over onze *struggles* met gezonde voeding te vertellen. Dit zorgde ervoor dat de deelnemers zich positief benaderd voelden waardoor het voor hen veiliger voelde om hun eigenheid te behouden. Het wegvallen van de hiërarchie droeg er toe bij dat er gemakkelijk gepraat werd in de groep.

Interview 2 - *Ik vind dat heel aangenaam, ik voel mij dan veel meer in mijn eigenheid. Ik voel mij dan positiever benaderd, ik voel mij dan niet klein of van "Oeieioei". Dat het veilig is om mezelf te zijn. Ik heb het er sowieso lastig mee dat er heel veel van bovenaf wordt bepaald. Als ge niet overtuigd zijt en ge zit ergens, dan is het alleen ambetant als er u iemand zegt van "doe nekeer dat en dat" of "denk nekeer zo".*

Interview 4 - *Ik vind dat goed. Uiteindelijk zijn we allemaal gelijk. Mensen met een armoede-ervaring stellen het wel heel erg op prijs dat er geen hiërarchie is. Dat zorgt ervoor dat er gemakkelijk gepraat wordt. Het is nooit plezant om als een mindere aanzien te worden. En om informatie over te brengen is het ook beter dat iedereen op gelijke hoogte staat.*

Voor de gezondheidspromotor, die reeds een gekend figuur was in “Happen en Klappen”, was het wel soms moeilijk om in deze rol van deelnemer te blijven. In het verleden trad zij immers eerder op als referentiepunt inzake gezonde voeding om de georganiseerde activiteiten in dat opzicht te ondersteunen. De groep was het van haar dus al gewend dat zij alles weet over gezonde voeding. Zij moest er blijvend over waken dat zij door de deelnemers niet in die rol van alleswetende hulpverlener werd geduwd. Ook voor mezelf als arts was het –vooral in de eerste sessie- niet gemakkelijk om als gelijkwaardige deelnemer aanzien te worden. Zo observeerde ik dat niemand van de deelnemers bij de koffie een praline durfde te nemen, tot ze zagen dat ik er ook één at.

Gezondheidspromotor – *“Ik wil niet zeggen wat jullie moeten doen en ik wil het vooral van jullie laten komen. Waar hebben jullie zin in? Wat is er voor jullie belangrijk?” Om hen zelf aan te zetten om dingen te brengen en daarover na te denken. En da's niet altijd evident omdat ge door hen vaak in die rol van alwetende gezondheidspromotor geduwd wordt of ze zeggen dan "Pas op dat de gezondheidspromotor dat niet ziet!" als ze iets ongezonds voorstellen.*

C – Deelnemers met een armoede-ervaring

De interactieve sessies werden georganiseerd binnen “Happen en Klappen”, een werkgroep binnen onze wijk voor en door mensen met een armoede-ervaring. Deze groep gaat uit van vzw Toontje, een organisatie die instaat voor de bedeling van voedselpakketten aan (kans)arme gezinnen. Op die manier werden op een laagdrempelige manier specifiek mensen bereikt die moeilijkheden hebben om gezonde voeding te kopen en dus te eten.

Interview 1 - *Ja ik denk dat ge dan ook meer mensen bereikt die dagelijks met voedingsproblemen te kampen krijgen hé. Die laagdrempeligheid is goed om mensen in armoede ook naar zo'n bijeenkomsten te krijgen, om die zo samen te krijgen. Want vanals die drempel wat hoger is, komen die niet meer af.*

Voor de meeste deelnemers heeft het niet uitgemaakt dat de interactieve sessies doorgingen in deze groep waarbij iedereen een gelijkaardige achtergrond heeft. Zij zouden evengoed naar de sessies gekomen zijn had dit in een meer gevarieerde groep plaatsgevonden. Sommigen vonden dit zelfs eerder nefast voor de diversiteit. Een vrijwilliger vond daarentegen dat er desondanks toch een mooie mix was aan verschillende achtergronden.

Interview 1 - *Ik zou dat evengoed in een groep met mensen zonder armoede-ervaring ook kunnen besproken hebben, zeker wel. Ik kijk er zelfs niet naar of het met mensen is met eenzelfde achtergrond van armoede-ervaring.*

Interview 2 - *Ik denk niet dat het hetzelfde zou gelopen zijn maar als ge daar een mix hebt van mensen hebt ge wel verschillende hoeken van waaruit de dingen bekeken worden en dat zou wel gezonder geweest zijn peins ik. Meer diversiteit in de visies.*

Interview 3 - *Blijvend vind ik de mix vrijwilligers, met en zonder armoede-ervaring, da's daar ene mix, vind ik een zeer goede formule. De rijkdom is ook wel in die groep da je echt wel mensen met heel verschillende achtergronden hebt. Het is rijkelijk qua inhoud, wat iedereen binnenbrengt.*

C – Aanwezigheid van een arts

De aanwezigheid van een arts bij de interactieve sessies over gezonde voeding werd door de deelnemers zeker geapprecieerd. Ze voelden zich op die manier gehoord. Velen durven immers aan hun huisarts niet te vertellen dat ze geen geld hebben om gezonde voeding te kopen, vooral uit schaamte. Er werd geopperd dat huisartsen wat meer aandacht zouden moeten hebben voor betaalbare, gezonde voeding. Bovendien wordt de informatie die tijdens zo'n interactieve sessie aan bod komt eerder ingeschat als betrouwbaar als een arts aanwezig is.

Interview 1 - *Zelfs de huisdokters komen daar vaak niet achter want ge schaamt u daar dood voor hé. En misschien dat de dokterspraktijken daar wel een grote rol kunnen in spelen door de mensen erop te wijzen dat ze niet altijd duur moeten kopen om goede gezonde dingen te kopen. Dat de dokter toch eens zou kunnen zeggen van "waarom eet ge nekeer niet wat meer van die groenten ofezo" of "ge kunt toch nekeer naar daar gaan, 't is daar toch zo duur niet?" … "ge kunt misschien nekeer een tomaatje meer eten in de zomerse tijden"… Voor mij zou dat helpen, dat ik zou denken van "Ja 't is wel waar 'k heb een vitamineke meer nodig, een pilleke minder en een stuk groente meer!".*

Interview 1 - *Dat ge ook eens luistert naar de mensen en de kans geeft om die mensen eens anders te leren kennen. Niet alleen als dokter of als verpleegkundige of als voedingsdeskundige. Ik denk dat dat ook heel belangrijk is dat de dokter zich eens als mens gaat opstellen.*

Interview 4 - *Als er een arts aanwezig is dan krijg ik de indruk dat de informatie betrouwbaar is.*

Context 2: moestuin

C – Moestuin gekoppeld aan het wijkgezondheidscentrum

Een moestuin gekoppeld aan een huisartspraktijk is een niet zo gekend fenomeen. Blijkbaar heeft dit echter wel een belangrijke rol gespeeld voor de deelnemers. Ten eerste zorgt deze link ervoor dat patiënten er gemakkelijker naartoe worden geleid.

Interview 5 - *Van nekeer da 'k wist dat ze dat hier gingen opstarten -met da 'k hier al regelmatig kwam op onderzoek en controle en zo - heb ik gezegd van ja dat zie ik wel zitten.*

Ten tweede kan vooral voor psychisch kwetsbare patiënten de link met de behandelend arts een veilig gevoel geven en zo de drempel verlagen om naar de moestuin te gaan. Zo werd een patiënt door de huisarts vooraf voorgesteld aan de gezondheidspromotor en ging zij de eerste twee keren mee met de GP naar de moestuin om de drempel van angst voor het nieuwe te overbruggen.

Interview 6 – *(naam GP) was voor mij een vertrouwde persoon want die was gelinkt aan mijn dokter, aan mijn huisarts. Daarom kon ik open met haar praten. Want het is echt moeilijk om met iemand die je niet kent of zo te praten en dan zeker over je psychische problemen, dat is niet gemakkelijk. De mensen denken dat je gewoon zot bent, dat durf ik gewoon niet. Het was ook dichtbij het WGC, dichtbij de plaats waar ik vertrouwd mee was, die link was belangrijk. Het vertrouwen gewoon. En dan ben ik hier gekomen de eerste keer en dan ben ik samen met (naam GP) naar daar gegaan. Dan voelde ik me goed, had ik een veilig gevoel.*

Tenslotte krijgt de gezondheidspromotor het gevoel dat ze ondersteund wordt doordat het project wordt gedragen door de verschillende disciplines binnen het WGC.

Gezondheidspromotor - *Ik ben ook heel blij wel, dat dat door het team zo gedragen is en dat iedereen dat wel deelt dat dat een goed project is, dat gelijk maatschappelijk werk en jullie artsen daar ook in mee zijn.*

C – Klein aantal deelnemers

De moestuin kende slechts twee vaste deelnemers. Dit kleine aantal werd echter als aangenaam ervaren door deze twee. Zo is er de schrik dat als de groep groter zou worden, de sociale druk hoger wordt, dat er rekening moet gehouden worden met meer mensen, dat er meer wrijvingen of conflicten kunnen komen. Met een kleine groep krijg je geen opsplitsing in verschillende relaties maar is er een context waarin de deelnemers gemakkelijker onder het werken met elkaar kunnen praten.

Interview 5 - *Ge creëert met een grote groep meer onzekerheid, dat gevoel heb ik dan. Buiten als ge in een kleine groep zit, kunt ge er meer controle over houden en ge gaat ook meer dingen kunnen aanvoelen en uit leren. Ik moet een beetje mijn eigen kunnen zijn. Bij mij is 't meer van, we kunnen met meer zijn maar dan gaat 't direct moeilijker worden om echt goed samen te werken.*

Interview 6 - *In een kleine groep kunnen we met elkaar babbelen, dan voelde ik me geaccepteerd in die kleine groep. Er waren geen mensen onderling vrienden van elkaar. De ene kwam van hier, de andere kwam van daar. Wij waren eigenlijk een beetje verplicht om met elkaar te praten. Dus hoewel ze verplicht waren hierdoor, toch voelde ik me beter.*

Voor de gezondheidspromotor voelt dit kleine aantal echter aan alsof het project geen groot succes is. Ook al kan ze dit relativeren doordat het vaak in het begin van interventies in het kader van gezondheidspromotie wat zoeken is.

Gezondheidspromotor - *Anderzijds -ontgoocheling is een groot woord- maar dat er nog niet zoveel volk op afkomt. Maar ik moet gewoon beseffen -en dat is in de gezondheidspromotie altijd zo en da's in onze job misschien zo wat het moeilijke- dat dingen tijd vragen.*

C – Elkaar niet beoordelen

Tijdens de moestuinsessies hadden de deelnemers het gevoel dat ze niet beoordeeld werden door de anderen. Dit kwam vooral doordat ze daar in contact kwamen met mensen met gelijkaardige verhalen. Hierdoor kregen zij het gevoel dat ze niet alleen waren met dergelijke problemen. Dit zorgde ervoor dat zij er open over konden praten.

Interview 6 - *Wij hadden een beetje gelijkaardige verhalen. Ik werd door niemand van die mensen beoordeeld, die hadden een luisterend oor. En wij durven ook gewoon ons verhaal vertellen want iedereen had een probleem.*

Mechanisms

M – *Bottom-up* aanpak: werken vanuit de basis

Uniek aan de aanpak van de beide interventies is dat er gewerkt wordt vanuit de inbreng van de deelnemers. In plaats van dat er van bovenaf, vanuit de hulpverleners, een interventie wordt opgezet om bepaalde educatieve doelstellingen te bereiken, wordt er gewerkt vanuit de basis. Interactie tussen de verschillende deelnemers staat hierbij centraal. Ze kiezen hierbij zelf wat voor hen prioritair is om over te babbelen, waar zij het vooral over willen hebben binnen het thema “gezonde voeding”.

Deze *bottom-up* aanpak wordt gewaardeerd door alle deelnemers. Het zorgt ervoor dat ze opener durven praten met elkaar, maar ook dat ze bepaalde informatie van elkaar meer accepteren dan van een hulpverlener die zich gevoelsmatig boven hen opstelt. Zo kunnen ze bijleren zonder dat ze het gevoel krijgen dat het van bovenaf wordt opgedrongen. Ze voelen zich ook beter als ze zelf hun mening kunnen inbrengen in het gesprek, dat niet alles voor hen wordt gedaan of bedacht.

Bij deze aanpak heb je als hulpverlener het gesprek natuurlijk niet ten volle in handen, zo kan het gebeuren dat er bepaalde uitspraken worden gedaan door een bepaalde deelnemer die niet correct zijn. In feite zal dit altijd wel gecounterd worden vanuit de groep, die weerwoord zullen bieden of deze uitspraak zullen nuanceren.

Interview 1 - *Ge aanvaardt het toch soms ook makkelijker van elkaar dan dat je daar zou komen met ‘n hele uitleg waar we dan tenslotte misschien maar een beetje van verstaan. … Wij hebben al zoveel moeten moeten. 't Is dan gelijk dat ik een tegenreactie krijg, als ik het gevoel krijg dat ik iets opgedrongen krijg. Dan denk ik "Och ze zijn daar weer ze", dan is dat al met een half oor niet meer hé. … Ik denk dat er nu gemakkelijker open werd gebabbeld met mekaar. Anders is ‘t meer afwachtend, wat gaat ze mij hier vertellen. Dan gingen we misschien meer achteraf onder mekaar nekeer zeggen van "Hebde da gehoord, en wat vond jij daarvan?". Nu gebeurde dat meer tijdens de sessie.*

Interview 2 - *Ik vond dat een goede aanpak, ik vond dat fijn. Ik heb het er sowieso lastig mee dat er heel veel van bovenaf wordt bepaald. Ik vond nu in die gesprekken dat gulder mee vanuit de basis vertrok... Ik vond dat een heel positieve benadering die vaker moet gebruikt worden.*

Interview 4 - *Om informatie over te brengen is het ook beter dat iedereen op gelijke hoogte staat. Uiteindelijk kiest iedereen zelf wat ze ermee doen, wat ze ervan meenemen. Het is niet omdat één iemand zegt van dat en dat moet je doen om goed te zijn, dat je dat ook gaat doen.*

Gezondheidspromotor - *Dat geeft ook wel blijk dat ze graag met zo'n thema's bezig zijn en dat dat voor hen ook wel iets waardevol is blijkbaar, om samen te komen en over iets te praten dat ze zelf ook hebben aangebracht als voor hen belangrijk. En dat dat dan ook een onderwerp is dat uit hen komt, dat dat hun prioriteiten zijn en dat gij niet als gezondheidspromotor dingen aangeeft waarvan gij denkt dat belangrijk is of waarvan gij denkt dat ze dat nodig hebben van kennis of vaardigheden.*

Gezondheidspromotor (over de moestuin) - *Maar ik denk dat het vooral de interactie is die mensen versterkt of mensen hun talenten naar boven laat komen wat er weer voor zorgt dat ze meer open staan voor méér rond gezonde voeding of groenten of welzijn.*

M – Praten met elkaar over voeding

In feite is de interventie simpel opgezet: wijkbewoners samenbrengen om te praten of om samen te werken in de moestuin. Dit vereist geen grote educatieve voorbereidingen. Toch is dit een heel nuttige manier om mensen dingen bij te brengen in een vertrouwensvolle sfeer, getuigen de deelnemers zelf. Door in verschillende sessies in interactie te gaan met elkaar, groeien de deelnemers in hun denkbeelden, schaven ze hun visies bij door wat ze van anderen vernemen.

Door wijkbewoners te laten praten over het onderwerp “gezonde voeding” zonder inmenging van een belerende hulpverlener, is de gedeelde informatie ook meer toepasbaar in hun eigen leven. Deelnemers geven aan elkaar aan waar het bij hen fout loopt en krijgen vanuit verschillende hoeken tips of mogelijke oplossingen. Dit zorgt ervoor dat de participanten meer het gevoel krijgen dat ze bepaalde zaken uit de gesprekken kunnen halen die ze kunnen inpassen in hun eigen leven. Ook ervaren ze op deze manier dat dit proces van dingen delen nuttig is, dat ze elkaar zo op een andere manier kunnen leren kennen.

Interview 1 - *Ge leerde wat bij van elkaar. Ik vind het heel goed dat ge dat wilt meegeven aan de mensen. Dat ge ook eens luistert naar de mensen en de kans geeft om die mensen eens anders te leren kennen.*

Interview 3 - *Als ge daarnet sprak van vertrouwen, denk ik dat dat wel een formule is die zeer veel uitnodigt. Het uitnodigende, het met elkaar praten, het laten groeien. Want uiteindelijk, dat weten we met alle oplossingen, ge moogt het nog zo goed weten, rond bepaalde producten en zo. Als ik er niet aan toe ben, zal het niet lukken. Hoe je groeit in gesprekken met elkaar, dat lukt wel. Da's een bodem die je legt, inzichten die je opdoet in vertrouwensvolle sfeer. … Maar voor zeer veel mensen moet het raken aan het eigen leven, moet ge er u veilig kunnen in voelen, moet ge het kunnen delen. Veilig voelen is ook mogen zijn wie da ge zijt.*

Interview 4 - *Ik vind het hoe dan ook belangrijk dat mensen horen dat er een gezonde manier is van eten. En zeker dat ze dat van elkaar horen en uitwisselen.*

Interview 5 - *Ge kijkt naar mekaar ook van "Ah, wete gij da nog, en wete gij, ah deden ze dat vroeger ezo?" Die uitwisseling met woorden en de woorden in praktijk omzetten zogezegd, da's leuk. 't Is daar juist dat ge kunt uit leren. Door het uitspelen van informatie en reacties tegenover mekaar.*

Gezondheidspromotor - *Hoe zij gezond proberen te eten of toch daar ook mee willen bezig zijn ondanks dat dat voor hen niet altijd gemakkelijk is. En dat er zo veel zin is om dat te delen met elkaar ook. En dat vond ik op zich ook heel waardevol.*

M – Deelnemers nemen vooral de informatie op die past binnen hun eigen overtuiging qua voeding

We zien dat de meeste deelnemers vooral informatie uit de interventies halen die past binnen hun huidige overtuiging qua voeding. Zij hebben al bepaalde ideeën over gezonde voeding en zullen vooral de zaken die aansluiten bij die overtuiging eruit meepikken. Zo selecteren ze vooral zaken die ze kunnen inpassen in hun leven, die niet teveel afwijken van hun huidige visie of motivatie. Een deelneemster bijvoorbeeld die graag wil vermageren zal vooral de tips eruit halen om met behulp van voeding gewicht te verliezen.

Interview 2 - *Ik vind echt dat ik moet vermageren, het voelt voor mij echt niet meer goed om met dit lijf verder te gaan dus ben ik op zoek naar manieren om te vermageren.*

Interview 3 - *Maar ik ben al een tijdje bezig met voeding, zeker al een jaar en half. Ik merk dat als ik nu over voeding hoor, dat ik er vooral de dingen uit pik die te maken hebben met teveel suiker, teveel vet en de hoeveelheden. Waarom? Omdat ik weet dat dat in mijn medische geschiedenis iets is waar ik aandacht moet aan besteden wil ik daar nooit geen problemen mee hebben. Dat was voor mij nu belangrijk. Dat zijn vooral de dingen die passen in mijn levensstijl of waar ik nog vragen rond had, die ik meeneem.*

Interview 5 - *Ik heb dat gezien met mijn grootvader, die leefde van zijn eigen kweek, van zijn groentjes en beestjes. Dat heeft mij altijd gefascineerd. Ik ben altijd een voorstander geweest van uw eigen teelt, van eigen kweek.*

M – Vaardigheden om gezond eten klaar te maken

Mensen kunnen veel leren uit de interventies, maar toch niets veranderen aan hun gedrag inzake voeding. Een belangrijke factor daarin is een gemis aan vaardigheden om gezond eten ook effectief klaar te maken. Vooral voedingsmiddelen die niet zo gekend zijn, worden bijna nooit klaargemaakt. De beperkte financiën spelen daar een niet te onderschatten rol in. Iemand die over weinig financiële middelen beschikt, zal meestal dezelfde goedkopere groenten kopen. Doordat er nooit gekozen wordt voor wat duurdere, minder gekende groenten leert men deze ook niet te bewerken of bereiden. Zelfs als men deze uit de voedselbank kan meenemen, waar de financiële barrière dus wegvalt, zal men door het tekort aan bekwaamheid dit voedingsmiddel toch niet uitkiezen.

Anderzijds zien we ook wel bij een bepaalde deelneemster dat zij –ondanks haar financiële moeilijkheden- toch over de vaardigheden beschikt om gezond te eten omdat zij in een middenklasse gezin werd grootgebracht.

Interview 1- *De voedselbank biedt dat dan aan maar ge gaat niet echt kiezen wat ge niet kent hé. Dan pak ik maar iets wat ik ken, zoals een potteke erwten en wortelkes. Linzen geven ze nu ook, dat weet ik nog niet goed hoe ik dat moet gereedmaken.*

Interview 2 - *Ik kom uit een middenklasse gezin. … Ik zit -ondanks dat ik maar werkloos ben en beperkt inkomen heb- in die middenklasse-mentaliteit en gewoontes. Mijn ouders zijn zeer ecologisch georiënteerd dus ik heb van kleins af altijd de helft van mijn bord vol groenten gehad en de rest was maar bijzaak. Dus ik heb de levensstijl van mijn ouders verdergezet.*

Interview 3 - *Ik heb dat voorlopig nog niet ingebouwd dat soort manieren van koken, dus da's voor mezelf dan iets dat ik meer laat vallen.*

M – Eetcultuur maakt het moeilijker of gemakkelijker om gezond te eten

De heersende normen en waarden binnen de (sub)cultuur waartoe de deelnemers behoren, bepalen hoe zij staan ten opzichte van bepaalde ideeën rond voeding. Enerzijds kan een heersende trend om gezonder te eten de deelnemers stimuleren om dit in te passen in hun voedingspatroon. Alhoewel deze ook soms worden bestempeld als “modegrillen” en op die manier een averechts effect kunnen hebben. Anderzijds kan de gewoonte van “Vlaamse kost” zodanig ingeworteld zijn dat nieuwe bereidingswijzen of nieuwe richtlijnen qua voeding haaks staan tegenover de heersende traditie.

Verschillende deelnemers uitten de frustratie dat ze op den duur niet meer kunnen volgen wat nu behoort tot gezonde voeding en wat niet. Er zijn zodanig veel stromingen in het voedingslandschap dat er geen éénduidige lijn in te trekken is. Zo is er een leger aan experts met tegenstrijdige visies, een hele resem aan verschillende diëten, een discrepantie tussen wat de voedingsindustrie ons probeert op te leggen en de nieuwe voedingsdriehoek die vanuit de overheid de nieuwe richtlijnen bepaalt. Bovendien is de definitie van gezonde voeding zo kneedbaar dat de deelnemers het gevoel hebben dat ze met een ellenlange lijst aan elementen rekening moeten houden.

Interview 1 - *Alhoewel het de laatste tijd ook wel weer een trend is om gezonde voeding te gebruiken. Maar daar kijken wij dan dikwijls eens op neer...*

Interview 1 - *Zo gelijk ik, kijken of er niet teveel suiker in zit, maar ondertussen een heleboel kleurstoffen naar binnen werken.*

Interview 2 - *Plus ook het al jarenlang inprenten van "dat is de basis", we leven echt in een vleesland. Oké we hebben nu diene nieuwe voedingsdriehoek maar ge gaat naar een sjiek restaurant gaan eten en ge krijgt 5 radijsjes bij wijze van spreken en zo een berg patatten en zo een stuk vlees.* **…** *Ge moet met zoveel rekening houden, er zijn zoveel dingen.*

Interview 3 - *Een Vlaming is opgevoed met sauzen hé.*

M – Financiële barrières om gezond te kunnen eten

Aangezien de interactieve sessies doorgingen in een groep mensen met een armoedeachtergrond kwam daar vooral de financiële drempel om gezonde voeding te kopen naar voor als belangrijkste barrière. Zelfs als zij gemotiveerd zijn om gezonder te gaan eten, blijven zij worstelen met het kostenplaatje om dit ook effectief te kunnen doen.

Voor hen is het vaak een keuze van voedingsmiddelen op basis van prijs: iets dat goedkoper maar minder gezond is waar je dan meer van kan eten of voor diezelfde prijs iets gezonder kopen waar je maar één keer van kan eten. En bovendien kost zelf koken ook meer geld omdat dit elektriciteit of gas verbruikt.

Gezonde voeding op basis van groenten en fruit vult ook minder dan enkele boterhammen, wat maakt dat hier minder naar gegrepen wordt. Zo eten sommige mensen maar één keer per dag en dan preferabel een maaltijd die goed vult om de honger zo lang mogelijk uit te stellen. Zij die naar een sociaal restaurant gaan hebben geen keuze in wat er op hun bord komt, zij eten wat de pot schaft – gezond of niet.

Interview 1 – *Iedere keer opnieuw uzelf die vraag stellen van "wat ga ik mijn kind vandaag te eten geven en wat heb ik? Ik heb die ene euro, ik moet kiezen, moet ik een appel kopen of moet ik een koek kopen omdat dat goedkoper is?"*

Interview 1 - *'s middags een boterham en dermee was mijn buik gevuld voor den dag.*

Interview 1 - *Ja, dat interesseert me wel maar ik kan me dat gewoon niet permitteren. Sandra Bekari, da's waar, die komt met veel gezonde tips af maar als ge dat allemaal op 1 dag moet gaan halen wat zij allemaal in haar pot smijt, dat gaat toch voor ons niet.*

Interview 2 - *Dan zijn er andere dingen die ge voorrang geeft hé als ge geen geld hebt. Ik heb zelf ook nog in de situatie gezeten dat ik moeite had om eten te kopen… wat ik toen miste, waren groenten.*

Interview 5 - *Welk budget ik heb speelt dan ook weer een rol. En als ge dan naar de voedselbank gaat en ge krijgt alles uit blik, ge hangt ervan af.*

Outcomes

O – Deelnemers krijgen begrip/erkenning voor hun problemen omtrent voeding.

Tijdens de interactieve sessies getuigden verschillende deelnemers over de problemen die zij ondervonden om gezond te eten. Wat opviel tijdens deze sessies was dat de deelnemers elkaar erkenden in deze problemen. Begrip krijgen van andere mensen is al een belangrijke eerste stap in de promotie van gezonde voeding.

Gezondheidspromotor - *Of begrip ook gewoon al hé. Ge zit met een groep mensen samen die een beetje met dezelfde drempels en problemen kampen en om te horen van "Zo kan ik het niet doen, dat gaat voor mij niet want ik heb geen mixer of ik heb geen fornuis of ik heb medische problemen waardoor ik bepaalde dingen niet kan eten" of zo, dat daar begrip voor is.*

O – Deelnemers leren creatief omgaan met financiële barrières om gezond te koken.

Niet alleen krijgen de deelnemers van mekaar erkenning voor hun problemen om gezond te eten, ze helpen mekaar ook met tips om de financiële barrières te omzeilen. Op vlak van creatief omgaan met de beschikbare middelen zijn zij natuurlijk ervaringsdeskundigen. Zo leren ze van elkaar dat gezond koken ook met minder geld kan.

Interview 1 - *En als je er dan in groep over durft te praten, dan krijg je ook het idee dat het met minder geld ook kan. Dat je met weinig geld toch evenzeer goed kunnen koken, wat minder misschien maar toch. En anders probeer je eens wat af te wisselen.*

Gezondheidspromotor - *Dat ge gewoon van elkaar leert hoe ge dat doet en dat ge niet altijd in dezelfde dingen hoeft te vervallen maar dat ge ook nekeer iets nieuws kunt proberen en dat dat werkt, en dat dat niet altijd moeilijker of duurder is. Dat ge dan wel samen creatieve oplossingen kunt vinden om dat wel te doen werken en dat dat dan wel weer goesting geeft om mee bezig te zijn, nieuwe inspiratie geeft.*

O – Deelnemers gaan anders denken over gezonde voeding.

De meeste deelnemers van de interactieve sessies hebben iets bijgeleerd over gezonde voeding. Zo vergeleken we in groep de oude en de nieuwe voedingsdriehoek. Sommige deelnemers kwamen daarbij tot het inzicht dat er bepaalde elementen in hun huidig voedingspatroon zouden kunnen veranderd worden. Zo kwamen enkele deelnemers tot het besef dat ze toch meer vetten gebruikten dan dat eigenlijk noodzakelijk is. Iemand merkte op dat het eigenlijk beter is om van alles een beetje te nemen.

Interview 1- *Awel ja, gelijk van die voedingsdriehoek daar. Als ge da nekeer bekijkt dan zie je toch wel dingen van "da zou 'k beter wa meer missen en da zou 'k beter wat meer vervangen door dit of dat".*

Interview 2 - *Ik vond het interessant. Ook omdat net diene nieuwen driehoek uitkwam en dat dat dan beter verklaard kon worden.*

Het samen bespreken van producten uit de voedselbank zorgde ervoor dat de deelnemers even konden stilstaan bij de inhoud ervan. We bekeken samen de voedingsetiketten. Voor velen was dit een punt van onwetendheid. Zo schrokken ze wel van de ingrediëntenlijst van bepaalde producten. Enkele voedingsmiddelen uit de voedselbank waren niet gekend door sommige deelnemers. Zij kregen de uitleg van hoe je dit middel kan bereiden of eten van een andere participant.

Interview 1 - *Ik vond dat wel eens goed dat er daar wordt naar gezien wat echt gezond is en wat echt vitaminen en mineralen bevat, terwijl er veel voeding is die eigenlijk maar vulling is en dan meer ongezond is ook.*

Interview 3 - *Tiens, die kikkererwten, kruid dat een beetje en ge kunt dat op uw boterham leggen, tiens, tiens, dat is al heel wat anders dan de bonen die je zo ziet.*

Interview 3 - *Het lezen van de voedingsetiketten… In da verband hebben we iets gezien in de sessies van een RI (Reference Intake), zo van calorieën, een percentage per 100 gram. Wat mannen en vrouwen nodig hebben van calorieën… dat je als vrouw sowieso minder nodig hebt dan een man, toch een stuk minder. En ook de verhouding die een bepaald product heeft van calorie-inname per 100 gram.*

Anderen wisten op voorhand al vrij veel over gezonde voeding maar vonden het toch goed dat enkele begrippen nog eens werden opgefrist.

Interview 2 - *Voor mij was het vooral een bevestiging van mijn manier van leven en zo dingen waar ik vragen bij had die bevestigd werden, dat ik wel in de juiste richting dacht maar misschien nog niet deed, da's iets anders.*

De deelnemers van de moestuin leerden al doende hoe een moestuin werkt en hoe je kan zaaien, onderhouden en oogsten. De deelnemer die voorheen altijd koos voor het gemak van de blikgroenten besefte door het werken in de moestuin dat verse groenten rijker zijn aan vitaminen. Ook leerden ze bepaalde groenten en eetbare planten kennen die ze voorheen nog nooit hadden gegeten.

Interview 5 - *En nu da 'k min of meer de kans krijg om het zelf te doen, een zeker besef terwijl dage nu aan 't werken zijt. Verse groenten zijn misschien beter, want met blikken verlies je ook al een deel van uw vitaminen met dat dat voorbereid is en dat ge dat dan een tweede keer gaat opwarmen.*

Interview 6 - *Er waren veel groenten die ik niet kende, die ik daar heb leren kennen. Er waren veel dingen die ik de eerste keer daar zag, dat wel. Bijvoorbeeld radijs, Oost-Indische kers, dat was volledig totaal nieuw voor mij. En ook leerde ik hoe compost gemaakt wordt, hoe we de compost moesten gebruiken om iets te planten of te zaaien.*

Gezondheidspromotor (over de moestuin) - *Zo leer je van mekaar over groenten en kleine dingetjes, tuinieren, doet ge van elkaar kennis rond gezonde voeding op en andere inspiratie voor andere*

mogelijkheden. Je merkt dan wel dat dan aan bod komt terwijl ze bezig zijn in de moestuin, van "dat vind ik lekker en dat nie, of als ge da zo klaarmaakt dan is da wel lekker".

O – Deelnemers worden geïnspireerd om nieuwe dingen te proberen.

Bijna alle deelnemers (en zelfs de gezondheidspromotor) werden dankzij de interventie ertoe aangezet om iets nieuws uit te proberen. Eén deelnemer vertelde tijdens de sessies heel enthousiast over Sandra Bekari, wat blijkbaar redelijk wat deelnemers nieuwsgierig maakte om diens kookprogramma eens te bekijken. Verder zijn er deelnemers die vastbesloten zijn om eens te experimenten met een ongekend voedingsmiddel.

Interview 2 - *Ik heb nu wel Sandra Bekari beter leren kennen.*

Interview 3 - *Ik ga die kikkererwten eens proberen. Zo hebben we ook rond avocado gewerkt, dingen die lekker zijn en veel voedselstoffen binnenbrengen.*

Interview 4 - *Wel euhm ik kijk zo nu en dan naar VTM om 18u naar Sandra Bekari, dat had ik voordien nog nooit gedaan. Dat stimuleert ook hé, als ge het ziet klaarmaken.*

Gezondheidspromotor - *De dingen die mij bijgebleven zijn onder andere de courgette-spaghettimaker. Ook wat goesting gelijk, als ik (naam deelnemer) hoorde vertellen over kruiden, hoe dat haar raakt om gewoon kruiden te zien staan. Sandra Bekari natuurlijk ook.*

De moestuinders gingen aan de slag met de verse groenten die geoogst werden in de buurtmoestuin. Dit motiveerde een deelnemer om minder blikgroenten te gaan gebruiken. Een andere deelneemster nam de geoogste groenten mee naar huis om er soep van te koken. Zij was heel trots om het resultaat van haar inspanningen aan haar kinderen te laten zien.

Interview 5 - *Het is wel een feit dat ik minder blikgroenten gebruik. Zelf de vruchten oogsten, die evolutie van planten naar iets bruikbaars te maken, dat ge kunt benutten, dat ge kunt voelen, ruiken, smaken... Ik heb liever mijn vers groentsel… Buiten vroeger dat ik veel luier was, ik was daar niet mee bezig, blikske open, de pot in. …. Nu gebruik ik meer olie dan boter, het is te zien wat ik wil klaarmaken. Dat zijn zo van die kleine dingen waar ik vroeger niet bij stil stond en waarnaar ik nu begin te kijken.*

Interview 6 - *Ik heb elk weekend iets meegebracht naar huis van voeding, groenten, van de oogst. De voeding was er natuurlijk gezond, het is zonder chemische middelen, gezonder. Ik heb er soep van gemaakt. En ik heb aan de kinderen getoond … dit is de oogst die ik mee naar huis breng.*

O – De interventies hebben geleid tot plannen in de toekomst.

De interactieve sessies inspireerden enkele deelnemers om toekomstplannen te bedenken. Zo is er een deelneemster die op het idee kwam om met de groep van “Happen en Klappen” eens een saladebar te organiseren waarbij salade als basisingrediënt zou opgewerkt worden met allerlei *toppings*, dressings en kruiden.

Interview 2 – *Echt salade, alleen salade. De dressing dan veranderen, variatie in brengen, nekeer met nootjes, gewoon salade met mayonaise. Da ge ziet van da's gewoon ne krop sla dat we daar hebben maar kijk met gewoon dat te veranderen of met die kruiden te gebruiken hebde al een gans andere smaak.*

Tijdens de sessies werd duidelijk dat bepaalde minder gekende, maar wel gezonde voedingsmiddelen moeilijk worden meegenomen uit de voedselbank omdat de deelnemers niet weten hoe ze die moeten bereiden. Een vrijwilligster bij vzw Toontje die ook deel uitmaakt van "Happen en Klappen" zal met de gezondheidspromotor bekijken of er een soort van productbespreking kan plaatsvinden op een regelmatig tijdstip. Dit zou kunnen georganiseerd worden tijdens de bedeling van de voedselpakketten in het koffielokaal.

Interview 3 - *Dat we eens enkele producten boven zetten. Er is altijd wel een groepje die na de koffie nog efkes blijft hangen en nog een beetje babbelt. Het kan dan eens rond dat gaan, niet meer niet minder, niet hoog gegrepen. Producten bespreken.*

Deze vrijwilligster zou daarnaast graag deze interactieve sessies rond gezonde voeding eens uitvoeren in de groep van de vrijwilligers die deel uitmaken van de stuurgroep. Zij zal dit samen met de gezondheidspromotor uitwerken.

Interview 3 - *Er zei direct een medebestuurslid, ook een vrijwilliger, zouden we dat ook eens niet doen op onze algemene vergadering van de vrijwilligers? Omdat dat weer iets is dat ingebed is in ons vrijwilligersleven, het heeft te maken met de werking maar tegelijkertijd met de persoonlijke levens.*

De gezondheidspromotor proefde voor het eerst van de *bottom-up* interactieve aanpak als interventie voor het promoten van gezond gedrag. Gaandeweg de sessies geraakte zij steeds meer overtuigd van deze manier van werken. Zij wil in de toekomst ook graag andere activiteiten op een gelijkaardige manier vormgeven en begeleiden. Tenslotte zal zij met de deelnemers van "Happen en Klappen" nog enkele activiteiten doen die geïnspireerd zijn op bepaalde zaken die naar voor kwamen tijdens de sessies. Als de deelnemers daar interesse in hebben, zal ze eens een kruidenwandeling organiseren of eens samen humus met hen maken.

Gezondheidspromotor - *En ik denk dat ik dat ook wel meeneem, zo de manier waarop we die sessies gedaan hebben, om onze volgende activiteiten vorm te geven. Om echt zo die stem van onder uit te hebben.*

O – De interventies dragen bij tot een beter mentaal welzijn

Enkele deelnemers van "Happen en Klappen" lieten blijken dat praten met elkaar over een onderwerp een gunstig effect had op hun mentaal welzijn. Door mensen het gevoel te geven dat ze zelf waardevolle dingen kunnen vertellen aan elkaar, dat ze elkaar dingen kunnen bijleren, voelen ze zich een meerwaarde aan de interventie. De sessies die geïmplementeerd werden in de bestaande groep van "Happen en Klappen" zorgden ervoor dat de deelnemers elkaar beter leerden kennen, waardoor ze elkaar meer gaan vertrouwen.

Interview 4 - *En het vergroot het onderling vertrouwen eigenlijk ook. Je leert elkaar beter kennen, het onderling contact zorgt voor een betere sfeer binnen "Happen en Klappen" in de toekomst.*

De moestuinnamiddagen en de bijhorende oogstfeesten droegen zeker en vast ook bij tot een beter mentaal welzijn van de deelnemers. Het is een plaats waar men laagdrempelig contacten kan leggen, waar men openlijk kan praten over problemen omdat er geluisterd wordt naar elkaar. Voor hen vormt dit een uitlaatklep, een zinvolle dagbesteding, een plaats waar ze zichzelf kunnen zijn zonder beoordeeld te worden. Door mensen in de moestuin te laten werken, geef je hen het gevoel dat ze nuttig bezig kunnen zijn. Dit vergroot hun eigenwaarde. Er heerst in de moestuin een zeer levendige

sfeer aangezien je keer op keer genietend kan toekijken hoe een klein zaadje met voldoende zorg en aandacht kan uitbloeien tot een volwaardige plant die je kan benutten. Dit zorgt ervoor dat de deelnemers zich trots voelen, ze halen er voldoening uit.

Interview 5 - *En ja ik ben blij da 'k eraan begost zijn, want nu heb ik toch een beetje een doel, een richting van dien dag kun ik naar daar gaan. … Ik heb daar heel veel aan, als ge een zaadje in de grond steekt en ge ziet dat opgroeien, da's prachtig om die evolutie mee te maken. Dat genot van kijk nu, een donderklein zaadje ge moet dat hier nu zien staan. … Het plezier dat ik heb van de moestuin. We kunnen niks en toch doen we het. Er voor gaan en met andere mensen samenwerken. Het is voor mij een manier om terug te integreren.*

Interview 6 - *Eerst en vooral was het voor mij een plaats waar ik met iemand kon praten. Het was een plaats waar ik niet beoordeeld werd door niemand. En daar was er iemand die me kon helpen door gewoon te luisteren en een beetje begrip te tonen. … Voor mij was het leven gewoon grijs, vanbinnen voelde ik me leeg, er was geen leven meer voor mij. En toen ik naar de moestuin ging, kreeg ik het gevoel van een sfeer van leven daar, want met die bloemen allemaal, dat fruit, die groenten die elke dag groeiden. … gebruikte ik de oogst om te tonen aan mijn kinderen en aan mijzelf dat ik toch zinvol ben om te leven, dat ik toch iets kan doen. En ik voelde me daar gewoon nuttig, want ik kon helpen.*

Gezondheidspromotor - *Hoe twee -ik vond dat zo schoon- totaal verschillende mensen met een totaal andere achtergrond, andere bagage toch zo samen tot de vaststelling komen dat ze tegen dezelfde muren van onze maatschappij botsen. Op zich is dat al zeer waardevol. En op een manier zichzelf doen stilstaan bij de problemen die ze hebben, dat ze daardoor meer op zoek gaan naar antwoorden ergens anders.*

Discussie

Interpretaties

Promotie van gezonde voeding op wijkniveau: taak van de huisarts?

Het blijkt duidelijk uit de interviews dat in beide interventies de link met de huisarts belangrijk was. Zo vonden de deelnemers van de interactieve sessies het goed dat een huisarts aandacht had voor de belemmeringen die zij ondervonden om gezond te kunnen eten. Zij opperden dat elke huisarts meer aandacht zou moeten hebben voor betaalbare, gezonde voeding. De informatie over voeding werd bovendien als betrouwbaar bestempeld door de aanwezigheid van een arts. Voor de deelnemers van de moestuin was de link met het wijkgezondheidscentrum doorslaggevend. Enerzijds zorgt het ervoor dat patiënten gemakkelijker toetreden, de vertrouwensband die ze hebben met een hulpverlener motiveert hen om deel te nemen. Anderzijds zorgt het voor de psychisch kwetsbare patiënten voor een veilige omgeving waarvan de drempel ernaartoe verlaagd wordt omdat ze vertrouwen hebben in de huisarts.

Aangezien een onevenwichtig voedingspatroon een belangrijke risicofactor vormt voor chronische ziekten is dit iets waar de huisarts aandacht voor moeten hebben. De meerderheid van de huisartsen vindt het inderdaad tot hun takenpakket behoren om patiënten te wijzen op het belang van een goede voeding (18, 19). Het daadwerkelijk geven van voedingsvoorlichting blijft bij velen echter beperkt. Als belangrijkste hinderpalen noemt 80 procent van hen tijdstekort (20). Andere genoemde barrières zijn een gebrek aan kennis over voeding, onvoldoende communicatievaardigheden om dit aan te brengen, twijfel aan de motivatie van hun patiënten om hun voedingsgedrag te veranderen en schrik om de privacy van de patiënt te schenden (18, 19, 21, 22). Patiënten beschouwen huisartsen als de deskundigen bij uitstek op vlak van voeding. Zij zien deze als de meest toegankelijke en de meest betrouwbare bron inzake voedingsinformatie (18, 19, 22, 23). Bovendien is het een meerwaarde dat de huisarts een individuele risico-inschatting (onder andere gewicht, bloeddruk, cardiovasculair risico, familiale anamnese van diabetes,…) kan maken van de patiënt om daaraan bepaalde voedingsadviezen te koppelen. Bovendien hebben huisartsen een belangrijke invloed op patiënten die hun voeding proberen aan te passen, blijkt uit de focusgroepen bestudeerd door McGee et al. (24). Populatiestrategieën om mensen gezonder te doen eten blijken meer vruchten af te werpen als die worden ondersteund door betrokken huisartsen (19, 22).

Aangezien het merendeel van de huisartsen inschat over te weinig kennis te beschikken is het samenwerken met gezondheidspromotoren om het voedingsgedrag van de patiëntenpopulatie aan te pakken zeker een meerwaarde. Het tijdstekort om over voeding te praten in de consultatieruimte kan opgevangen worden door op een bredere, grootschaligere manier aan promotie van gezonde voeding te doen. Met een groep werken rond voeding lijkt immers efficiënter dan individuele voedingsvoorlichting. Verder onderzoek is nodig om dit te bestuderen.

Geïnteresseerde huisartsen en gezondheidspromotoren kunnen samenwerken om meer succesvolle en efficiëntere methoden om op wijkniveau gezonde voeding te promoten, te ontwikkelen. Eenmaal op punt kunnen deze door de gezondheidspromotoren worden uitgevoerd. Dat de link met de huisarts duidelijk blijft voor de patiënt, is echter wel belangrijk. Dat huisartsen meewerken aan het ontwikkelen van wijkgerichte interventies, kan er voor zorgen dat patiënten de informatie als betrouwbaar bestempelen. Op wijkniveau kan dit dus gebeuren door een buurtmoestuin met een duidelijke link met het wijkgezondheidscentrum of door interactieve sessies over gezonde voeding

waarnaar wordt verwezen door de huisarts. Huisartsen zouden hun aanzienlijke positie en relatief frequent contact met de patiënt kunnen gebruiken om deze bewust te maken van het belang van een gezond voedingspatroon en om hen te motiveren om deel te nemen aan wijkgerichte voedingsinterventies. Zij kunnen een risico-inschatting maken van de patiënt en deze indien gewenst gericht doorsturen naar passende wijkgerichte interventies.

Interactie als de motor tot gedragsverandering

In het klassieke model van Ajzen wordt vooropgesteld dat de drie determinanten attitude, subjectieve norm en eigen effectiviteit leiden tot gedragsintenties, die op hun beurt leiden tot veranderingen in gedrag (3). In het nieuwe model van Decat wordt gedrag gezien als een voortdurend veranderlijk proces en interpersoonlijke interactie als de motor tot verandering van dit gedrag. Praten over een bepaald onderwerp met *peers* zorgt er al voor dat de precursoren van gedrag veranderen, wat kan leiden tot effectieve gedragsverandering. Als hulpverlener tracht je deze interactie te faciliteren in plaats van je als alwetende begeleider boven de deelnemers te stellen (2).

De interactie tussen wijkbewoners rond het onderwerp voeding speelt in beide interventionele contexten de hoofdrol in de vooropgestelde CMO-hypothese. Deze belangrijke rol werd geaffirmeerd door de deelnemers zelf. Door te praten met elkaar over voeding gingen ze anders denken of zich anders gaan gedragen ten opzichte van voeding. Deze *bottom-up* aanpak waarbij hulpverleners zich ook opstellen als deelnemers, bleek zeer waardevol te zijn. De deelnemers kregen een stem in het gesprek, waardoor ze zich waardevol voelden. De informatie die ze deelden, sloot op deze manier beter aan bij hun levensstijl waardoor ze groeiden in hun denkbeelden.

Ook in andere voedingsinterventies komt de primaire functie van interactie tussen deelnemers in beeld. In het kader van "*The Veggie Project"* werden in vier laaginkomens wijken lokale boerenmarkten georganiseerd. Nadien werd er lovend gesproken over de interactie, die inspirerend werkte om ongekende producten te kopen en te bereiden of om alternatieve bereidingswijzen te proberen (25). Ook in het "*Sisters In Health*"-programma werden sociaal contact en steun van de groep geïdentificeerd als positief bijdragende factoren aan een verandering in groenteconsumptie (26). Dit wordt tevens gezien in andere studies. Sociaal contact kan mensen motiveren om gezond gedrag te proberen en vol te houden (27, 28). Dat een moestuin een plek kan zijn waar mensen in interactie gaan over voeding bleek ook al uit het kwalitatief onderzoek door Wakefield et al. (15).

Interactie speelt een cruciale rol in deze interventies om een gezonder eetpatroon te promoten. In toekomstige studies zou het zeker het waardevol zijn om verder na te denken over hoe interactie tussen deelnemers een plaats kan krijgen binnen de interventie. Een valkuil is echter dat het niet altijd evident is om deelnemers en hulpverleners op gelijke hoogte te zetten tijdens deze interactie. In de diepte-interviews komt het vaak terug dat mensen niet als mindere willen aanzien worden tijdens de interactieve sessies. Echter, ze plaatsen zich wel snel zelf in die rol van "de mindere" door de begeleidende hulpverleners als meerdere te beschouwen. Zo bestempelen ze de informatie als betrouwbaar omdat er een arts aanwezig is en valt het op dat ze pas een praline durven nemen op het moment dat de arts er ook één neemt. Het vernieuwende hier is dat zowel de begeleiders als de deelnemers uit hun rol worden geduwd. Op deze manier ontstaat er een interactie tussen gelijkwaardige gesprekspartners waar ook de begeleider iemand is die eerlijk vertelt over zijn problemen met voeding. Er is een zeker automatisme naar een klassiek hiërarchisch patroon. Er

moet in dit soort interactieve interventies actief op toegezien worden dat hier niet in vervallen wordt.

De attitude ten opzichte van gezonde voeding is sterk voorspellend voor gedragsintentie

In de interventies beschikten de meeste deelnemers reeds over een vrij positieve attitude ten aanzien van gezonde voeding. Zij waren voordien reeds overtuigd van het belang van een gezonde voeding maar wisten soms nog niet goed hoe hieraan te beginnen. Zij namen uit de sessies vooral mee wat binnen hun huidige overtuiging over voeding paste, maar wat voor hen nog onduidelijk was of waar ze nog vragen over hadden. Het ging hierbij vooral om zaken die ze kunnen inpassen in hun leven binnen hun huidige visie op voeding. Je zou kunnen stellen dat de meeste deelnemers al voor een stuk gemotiveerd waren om hun voedingsgedrag aan te passen vooraleer het project van start ging. Enkelen waren zelfs al begonnen met een poging om een gezondere levensstijl te handhaven.

Deze attitude speelt een belangrijke rol in het veranderen van voedingsgedrag. Dit is gebleken uit verschillende studies, gebaseerd op de Theory of Planned Behavior. Deze concluderen dat attitude de sterkste significante voorspeller is voor de intentie tot het stellen van gezond voedingsgedrag. Deze gedragsintentie blijkt een goede voorspeller te zijn van het daadwerkelijk uitvoeren van dit gedrag (29-31). De attitude ten aanzien van voeding wordt vaak gestuurd vanuit een persoonlijke overtuiging. Uit de diepte-interviews blijkt dat deze gevormd kan zijn door bepaalde gezondheidsproblemen of risico's zoals overgewicht en de wens om te vermageren door gezonder te gaan eten. Ook een familiaal risico kan iemand overtuigen om minder vetten en suikers te eten. Deze bevindingen worden bevestigd in verschillende kwalitatieve studies (24, 28). De attitude kan ook voortkomen uit ervaringen in het verleden. Zo getuigde een moestuindeelnemer dat hij overtuigd is van het belang van verse, eigen gekweekte groenten omdat hij dit als kind altijd heeft gezien bij zijn grootvader.

Dat de attitude ten opzichte van gezonde voeding bij een groot aantal van de deelnemers hier op voorhand al gunstig was, speelde zeker in het voordeel van de *outcomes*. Wat de interventies zouden uitgehaald hebben bij wijkbewoners voor wie gezonde voeding niet van belang is, is moeilijk te voorspellen. Waarschijnlijk zouden personen die hier geen interesse voor hebben, niet zo gemakkelijk naar dergelijke interactieve sessies komen. De moestuin zou deze mensen misschien wel nog kunnen lokken aangezien hierbij het sociale aspect eerder los staat van het onderwerp voeding op zich. Zo kan werken in de buurtmoestuin gezien worden als zinvolle dagbesteding zonder dat men per sé overtuigd hoeft te zijn van het belang van gezonde voeding.

Vaardigheden om gezond te eten bepalen mee de eigen effectiviteit

Aandacht voor vaardigheden

De derde gedragsbepalende determinant is de eigen effectiviteit (3). Dit is de mate waarin een persoon denkt controle te hebben over dit gedrag. Deze determinant wordt sterk gestuurd door de kennis en vaardigheden, in dit geval om gezond te koken en te eten. Een tekort aan deze vaardigheden komt voort uit twee zaken. Enerzijds worden de voedingsvaardigheden van een persoon bepaald door wat die als kind tijdens zijn opvoeding heeft gezien in het gezin. Onze deelnemers getuigden dat hun (gebrek aan) vaardigheden om gezond te koken geworteld (is) zijn in hun opvoeding. In de literatuur worden gelijkaardige zaken gezien (32). Anderzijds kampen mensen vaak met beperkte voedingsvaardigheden doordat men door financiële problemen geen ervaring heeft met een bepaalde manier van koken of eten. Een deelneemster vertelde hierover tijdens het interview. Vooral mensen die opgegroeid zijn in generatiearmoede kennen bepaalde

voedingsmiddelen niet omdat deze altijd te duur waren om aan te kopen. Dit is zeer beperkend aangezien er wordt geobserveerd dat zelfs als dit voedingsmiddel gratis kan verkregen worden in de voedselbank, er toch niet naar gegrepen wordt. Men kiest dan voor voedingsmiddelen waarvan men zeker weet dat men ze kan klaarmaken. Dit werd tevens geobserveerd in een studie met 25 Nederlandse gezinnen (28).

Uit onze interviews bleek dat bepaalde deelnemers wel veel hadden geleerd uit de interventies maar toch niets veranderd hadden aan hun voedingspatroon omdat ze niet beschikken over de vaardigheden om gezond eten ook effectief klaar te maken. In de opvolging van de interactieve sessies en de voortgang van de moestuinnamiddagen moet er dus zeker aandacht zijn voor deze tekorten. Er werden verschillende suggesties gegeven om deze op te vangen. Zo is er het idee om eens humus te maken op een activiteit van “Happen en Klappen”. Tijdens de interactieve sessies immers legde iemand uit dat je van een blik kikkererwten (vaak voorradig in de voedselbank) humus kan maken. Echter dat maakt nog niet dat iemand ook effectief weet hoe hieraan te beginnen. Daarnaast zullen de vrijwilligers van vzw Toontje in de toekomst, in samenwerking met onze gezondheidspromotor, momenten voorzien tijdens de bedeling van de voedselpakketten waar mensen de kans krijgen om producten met elkaar te bespreken. Dit heeft als doel om het gebrek aan kennis van bepaalde voedingsmiddelen en de bijhorende vaardigheden op te vullen. In de moestuin tenslotte kunnen de vaardigheden worden getraind door activiteiten te organiseren waarbij men samen kookt met de oogst, bijvoorbeeld ter voorbereiding van een oogstfeest.

Aandacht voor financiële barrières is belangrijk in voedingsinterventies

Het is belangrijk dat bij voedingsinterventies aandacht wordt besteed aan de socio-economische achtergrond van de deelnemers. Uit beide interventies blijkt namelijk dat de financiële mogelijkheden van een patiënt zeer bepalend zijn voor diens voedingskeuze. Het heeft geen zin om te werken aan de precursoren van het gewenste gedrag als er geen oog is voor de financiële aspecten. Dit is immers een belangrijke inhibitor voor het werkelijke voedingsgedrag.

Uit de gezondheidsenquête gepubliceerd door het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid, blijkt in België een duidelijke link tussen de socio-economische status en voedingsgewoonten. Dit rapport kaart het belang aan van betaalbare gezonde voeding en stelt dat promotiecampagnes die zuiver voedingsrichtlijnen verspreiden onvoldoende zullen zijn om de Belgische bevolking gezonder te doen eten (33). Dat armoede één van de majeure zaken zijn die het dieet beïnvloeden, blijkt uit verschillende studies. De dure kostprijs van gezonde voeding is een belangrijke barrière, vooral die van groenten en fruit tijdens de winterperiode. Zo blijkt de prijs van de groenten een significante voorspeller voor een inadequate inname ervan. Fastfood is vaak veel goedkoper en meer verzadigend (32, 34-36).

Een moestuin waarin men zelf groenten kan kweken kan een oplossing zijn voor de hoge kostprijs. In de kwalitatieve studie van Wakefield et al. werden de positieve effecten van een gemeenschapsmoestuin in kaart gebracht. De moestuinders verklaarden dat ze dankzij de moestuin een betere toegang hadden tot gezonde voeding en daardoor een gezonder eetpatroon konden aanhouden ondanks financiële problemen (15). Dit idee werd ook naar voren gebracht door een van de deelnemers tijdens de interactieve sessies. Zij stelde voor dat het goed zou zijn om te kunnen gaan meehelpen in een buurtmoestuin en in ruil voor een klein prijsje verse groenten te kunnen

meenemen. Echter tijdens de winter is de moestuin geen oplossing voor het bekomen van goedkope groenten.

Afhankelijk zijn van voedselpakketten is ook een belangrijke barrière voor gezond eten. Dit werd aangekaart tijdens de interactieve sessies. De weinige groenten en fruit die in de voedselbank te verkrijgen zijn, moeten namelijk vaak de dag zelf nog worden geconsumeerd omwille van de beperkte houdbaarheid. Vaak beschikken mensen met financiële problemen dan ook niet over de juiste middelen om deze te kunnen bewaren. Zo zouden de groenten de dag zelf nog moeten opgegeten of ingevroren worden en dat vereist een diepvriezer. Ze zijn minder geneigd om de punten die ze kunnen spenderen in de voedselbank te gebruiken om groenten of fruit aan te kopen omdat ze hier het risico lopen dat die daags nadien al niet meer eetbaar zijn, wat een “verspilling” van hun al zo beperkte middelen zou betekenen.

Matchen van beide interventies

Het matchen van de beide interventies lijkt qua *outcome* ideaal. Enerzijds de interactieve sessies waar patiënten elkaar inspireren en elkaar creatieve oplossingen aanreiken om financiële barrières om gezond te koken te omzeilen. Anderzijds kunnen ze werken in de moestuin en meehelpen aan de oogstfeesten, waardoor de toegang tot verse groenten vergemakkelijkt en hun vaardigheden bijgeschaafd kunnen worden. De interactieve sessies zullen echter kostenefficiënter zijn dan het oprichten van een moestuin. Deze laatste is immers een tijdsintensieve interventie en ook kostelijker als je de nodige *resources* bekijkt (onder andere grond, materiaal, etc.).

Sterktes en zwaktes

Sterktes van het onderzoek

Een kwalitatieve studie is zeker bruikbaar als aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan, zoals hier in dit proefschrift. Zo werden letterlijke citaten uit de diepte-interviews gebruikt om aan te tonen dat de gegevens echt zijn. Deze hebben een gelijkwaardige functie als tabellen in een kwantitatieve studie. Verder werd ook gebruik gemaakt van een kwalitatief softwareprogramma, namelijk NVivo 11. De vraagstelling was helder en eenduidig geformuleerd aan de hand van een vooropgestelde CMO-hypothese. Deze hypothese werd getoetst aan de hand van de *Realist Evaluation* techniek. In de onderzoeksmethodiek werd deze werkwijze expliciet beschreven. Ook de manier waarop de analyse van de data werd doorgevoerd zoals coderen en interpreteren, werd transparant omschreven. De interpretatie van de bevindingen gebeurde op basis van bijkomend literatuuronderzoek (37).

Kwalitatief onderzoek heeft in dit geval een meerwaarde ten opzichte van een kwantitatieve studie. Zo draagt dit bij tot meer inzicht in de proefpersonen hun visie en ervaringen ten opzichte van bepaalde zaken zoals hier gezonde voeding. Dit is inspirerend voor de toekomst, het kan een verrassende kijk geven op bepaalde zaken waarvan men dacht dat de problematiek eenvoudiger te verklaren was. *Realist Evaluation* is een waardevolle onderzoeksmethodiek voor kleinschalige experimenten die op een kwalitatieve manier worden geanalyseerd. De kracht hiervan is dat er wordt gekeken naar welke context- en mechanismefactoren ertoe bijdragen dat iets werkt of niet, dat het probeert te begrijpen waarom iets heeft gewerkt of net niet. Dit is veel nuttiger dan proberen te bewijzen of weerleggen dat iets werkt. Het legt immers bepaalde barrières en faciliterende factoren bloot waarmee in toekomstige projecten rekening kan gehouden kan worden.

Zwaktes van het onderzoek

Er werd slechts een klein aantal deelnemers geïnterviewd. Echter, het aantal respondenten zegt niets over de waarde van een kwalitatief onderzoek. Het gaat er immers vooral om dat de voor het onderzoek relevante kenmerken in de onderzoeksgroep vertegenwoordigd zijn. De kenmerken van de geïnterviewden passen binnen de onderzochte CMO-hypothesen.

De deelnemers werden door mezelf geïnterviewd, wat het risico op sociaal wenselijke antwoorden tijdens de diepte-interviews verhoogt. Ik was namelijk als arts aanwezig bij de interactieve sessies en wordt door de moestuinders gezien als HAIO van het wijkgezondheidscentrum waar zij als patiënt ingeschreven zijn. Dit werd zoveel mogelijk beperkt door open vragen te stellen, suggestieve of culpabiliserende formuleringen werden geweerd. Aangezien ik me tijdens de interactieve sessies ook opstelde als deelnemer en ook af en toe vertelde over mijn worstelingen met gezonde voeding, werd verwacht dat de deelnemers wel eerlijk aan mij durfden vertellen wat het voor hen had bijgedragen. Van de moestuinders was ik niet hun behandelend arts, zij hadden mij nog nooit geconsulteerd. Dit tempert vermoedelijk ook de kans op sociaal wenselijke antwoorden.

Aangezien er wordt gewerkt met *Realist Evaluation* is er geen extrapolatie mogelijk naar algemene waarheden. We weten nu wàt werkt, onder wélke omstandigheden in wélke contexten, maar als de context en mechanismefactoren veranderd worden, kan er niet voorspeld worden welke uitkomst dat zal hebben. Zo kunnen we bijvoorbeeld onmogelijk inschatten hoe het zou gelopen zijn moesten de interactieve sessies bijvoorbeeld doorgegaan zijn in een groep waar de deelnemers elkaar en de gezondheidspromotor niet kenden.

In het analyseren van kwalitatieve resultaten komt er op een bepaald punt interpretatie door de onderzoeker aan te pas. In dit proefschrift werd gepoogd om bij het coderen van de uitspraken en de weergave van de resultaten zo weinig mogelijk interpretatie te laten insluipen. In de discussie werden deze resultaten wel geïnterpreteerd. Deze interpretaties werden overlegd en afgetoetst met de promotor en co-promotor.

Besluit

In de zoektocht naar interventies om op een wijkgerichte manier gezonde voeding te promoten werd geëxperimenteerd met twee verschillende contexten. Enerzijds werden wijkbewoners met een armoede-ervaring samengebracht om te praten over voeding, anderzijds werden wijkbewoners samengebracht om te werken in een moestuin. Beide interventies leidden tot een interactie tussen deze mensen rond voeding waardoor zij anders gingen denken over gezonde voeding en geïnspireerd werden om nieuwe dingen te proberen. De deelnemers leerden creatief omgaan met financiële barrières om gezond te koken. Daarnaast werden er plannen gemaakt voor nieuwe projecten in de toekomst. Bovendien droegen de interventies bij tot een beter mentaal welzijn.

Het matchen van de twee interventies lijkt ideaal. Enerzijds de interactieve sessies waar patiënten elkaar inspireren en vertellen over hun methoden om creatief om te springen met financiële barrières om gezond te eten. Anderzijds kunnen ze werken in de moestuin en meewerken aan de oogstfeesten, wat ervoor kan zorgen dat ze meer toegang hebben tot verse producten en hun vaardigheden bijgeschaafd kunnen worden.

Uit dit proefschrift blijkt dat er in dergelijke projecten wel degelijk een rol is weggelegd voor de huisarts. Geïnteresseerde huisartsen en gezondheidspromotoren kunnen samen op zoek gaan naar meer succesvolle en efficiëntere methoden om op wijkniveau voedingsinterventies te ontwikkelen. Eenmaal op punt kunnen deze door de gezondheidspromotoren worden uitgevoerd. Dat de link met de huisarts duidelijk blijft voor de patiënt, is echter wel belangrijk aangezien deze vertrouwensband motiverend werkt. Dat huisartsen meewerken aan het ontwikkelen van wijkgerichte interventies, kan er voor zorgen dat patiënten de informatie als betrouwbaar bestempelen.

Interactie tussen de deelnemers speelt een cruciale rol in het bekomen van de gewenste gedragsverandering. Als hulpverlener tracht men deze interactie te faciliteren door aan het proces deel te nemen als gelijke in plaats van zich als alwetende begeleider boven de deelnemers te stellen.

Bij het ontwikkelen van voedingsinterventies op gemeenschapsniveau moet er blijvend aandacht zijn voor de socio-economische context waarbinnen patiënten zich bevinden aangezien financiële barrières zeer bepalend zijn voor het voedingspatroon. Daarnaast moet men blijvend oog hebben voor het ondersteunen van vaardigheden daar een tekort hiervan kan zorgen dat er geen gedragsverandering optreedt ondanks een betere kennis.

In toekomstige studies moet er verder geïnvesteerd worden om ook in andere contexten dan wijkgezondheidscentra en met andere interactieve mechanismen gezonde voeding te promoten. Hoe voedingsinterventies kunnen toegepast worden in patiëntengroepen die een negatieve attitude hebben ten opzichte van gezonde voeding is nog niet duidelijk. Verder onderzoek is noodzakelijk om ook voor hen gezondheidseffecten te bekomen.

Dankwoord

Aan het eind van dit thesisproject wil ik graag mijn promotor bedanken. Bedankt Peter voor de aangename samenwerking en begeleiding. Ik kon altijd op je nuttige feedback en inspirerende woorden rekenen.

Een grote dankjewel aan Hannah, mijn praktijkopleider, voor je eeuwig optimisme en relativisme. Omdat je altijd aandacht had voor hoe het me verging. Omdat je me steevast moed insprak op moeilijkere momenten, omdat jij altijd in mij geloofde.

Bedankt aan alle medewerkers van WGC De Punt, omdat jullie zo attent voor me waren en bemoedigende woordjes spraken als jullie me weer eens aan mijn thesis zagen werken.

Bedankt mama, voor alle dinsdagnamiddagen dat ik onder jouw zorgende vleugels aan mijn thesis kon werken. Ook bedankt om me te helpen met de laatste verbeterloodjes.

Bedankt Andreas om er altijd voor mij te zijn, je bent mijn eeuwige rots in de branding.

Bedankt Caroline en Charlie, om tijdig momentjes van zelfzorg in te plannen in mijn drukke agenda.

Referenties

1. Frank JR SL, Sherbino J. CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. 2015.
2. Decat P. Addressing the Unmet Contraceptive Need of Adolescents and Unmarried youth: Act or Interact? Learning from Comprehensive Interventions in China and Latin America: Ghent; 2016.
3. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organizational behavior and human decision processes. 1991;50(2):179-211.
4. Bawden A. How a GP co-op is sowing the seeds of healthy eating. The Guardian 2016.
5. George DR, Rovniak LS, Kraschnewski JL, Hanson R, Sciamanna CN. A growing opportunity: Community gardens affiliated with US hospitals and academic health centers. Preventive Medicine Reports. 2015;2:35-9.
6. Trude A, Steeves EA, Shipley C, Sato PM, Lachenmayr L, Gittelsohn J. Impact of a multi-level multi-component food environment/behavioral intervention on youth leaders. FASEB Journal. 2017;31(1).
7. Triador L, Farmer A, Maximova K, Willows N, Kootenay J. A school gardening and healthy snack program increased Aboriginal First Nations children's preferences toward vegetables and fruit. Journal of nutrition education and behavior. 2015;47(2):176-80.
8. Sharma SV, Markham C, Chow J, Ranjit N, Pomeroy M, Raber M. Evaluating a school-based fruit and vegetable co-op in low-income children: A quasi-experimental study. Preventive Medicine. 2016;91:8-17.
9. Wilson DB, Jones RM, McClish D, Westerberg AL, Danish S. Fruit and vegetable intake among rural youth following a school-based randomized controlled trial. Preventive Medicine. 2012;54(2):150-6.
10. Grier K, Hill JL, Reese F, Covington C, Bennette F, MacAuley L, et al. Feasibility of an experiential community garden and nutrition programme for youth living in public housing. Public health nutrition. 2015;18(15):2759-69.
11. Ninotchka Hermans SR. Evaluatie van het project "De Proeftuin": effect- en procesevaluatie van een moestuinproject ter bevordering van de groentenconsumptie bij kinderen in de lagere school. Gent: Gent; 2016.
12. Huys N. Kwalitatieve procesevaluatie van een moestuinproject op school. Gent: Gent; 2015.
13. Carney PA, Hamada JL, Rdesinski R, Sprager L, Nichols KR, Liu BY, et al. Impact of a community gardening project on vegetable intake, food security and family relationships: a community-based participatory research study. Journal of community health. 2012;37(4):874-81.

14. Chaufan C, Yeh J, Sigal B. Advancing family health through the Garden of Eatin': on-site food gardens in early childhood education. American journal of public health. 2015;105(4):625-8.
15. Wakefield S, Yeudall F, Taron C, Reynolds J, Skinner A. Growing urban health: Community gardening in South-East Toronto. Health Promotion International. 2007;22(2):92-101.
16. Westhorp G. Realist Impact Evaluation An Introduction. Methods Lab. 2014.
17. Pawson R, Tilley N. Realist evaluation. Monograph prepared for British Cabinet Office. 2004.
18. SME VD. Huisartsen merken behoefte aan deskundig voedingsadvies van hun patiënten vaak niet op. Huisarts en Wetenschap. 2007;4:155-8.
19. L. B. Is voedingsvoorlichting door de huisarts zinvol? Huisarts en Wetenschap. 2001;44(13):620-3.
20. Dumic A, Miskulin I, Licanin MM, Mujkic A, Kenjeric DC, Miskulin M. Nutrition counselling practices among general practitioners in Croatia. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2017;14(12).
21. Ball LE, Hughes RM, Leveritt MD. Nutrition in general practice: Role and workforce preparation expectations of medical educators. Australian Journal of Primary Health. 2010;16(4):304-10.
22. Verheijden MW, Bakx JC, Van Weel C, Van Staveren WA. Potentials and pitfalls for nutrition counselling in general practice. European Journal of Clinical Nutrition. 2005;59(SUPPL. 1):S122-S9.
23. Ball LE. Nutrtition in general practice: role and workforce preparation expectations of medical educators. Australian Journal of Primary Health 2010;16(4):304-10.
24. McGee BB, Richardson V, Johnson GS, Thornton A, Johnson C, Yadrick K, et al. Perceptions of Factors Influencing Healthful Food Consumption Behavior in the Lower Mississippi Delta: Focus Group Findings. Journal of Nutrition Education and Behavior. 2008;40(2):102-9.
25. Freedman DA, Bell BA, Collins LV. The Veggie Project: a case study of a multi-component farmers' market intervention. The journal of primary prevention. 2011;32(3-4):213-24.
26. Devine CM, Farrell TJ, Hartman R. Sisters in health: Experiential program emphasizing social interaction increases fruit and vegetable intake among low-income adults. Journal of Nutrition Education and Behavior. 2005;37(5):265-70.
27. Spence F. vTER. A qualitative evaluation of community-based cooking classes in Northeast Scotland. International Journal of Health Promotion and Education 2005;43(2):59-63.

28. Nagelhout GE, Hogeling L, Spruijt R, Postma N, de Vries H. Barriers and facilitators for health behavior change among adults from multi-problem households: A qualitative study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2017;14(10).
29. Riebl SK, Estabrooks PA, Dunsmore JC, Savla J, Frisard MI, Dietrich AM, et al. A systematic literature review and meta-analysis: The Theory of Planned Behavior's application to understand and predict nutrition-related behaviors in youth. Eating Behaviors. 2015;18:160-78.
30. Shimazaki T, Bao H, Deli G, Uechi H, Lee YH, Miura K, et al. Cross-cultural validity of the theory of planned behavior for predicting healthy food choice in secondary school students of Inner Mongolia. Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews. 2017;11:S497-S501.
31. Duncan MJ, Eyre E, Bryant E, Clarke N, Birch S, Staples V, et al. The impact of a school-based gardening intervention on intentions and behaviour related to fruit and vegetable consumption in children. Journal of health psychology. 2015;20(6):765-73.
32. Tiedje K, Wieland ML, Meiers SJ, Mohamed AA, Formea CM, Ridgeway JL, et al. A focus group study of healthy eating knowledge, practices, and barriers among adult and adolescent immigrants and refugees in the United States. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2014;11(1).
33. s. d. Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2 gezondheidsgedrag en levensstijl. Brussel: WIV-ISP; 2014.
34. John JH, Ziebland S. Reported barriers to eating more fruit and vegetables before and after participation in a randomized controlled trial: A qualitative study. Health Education Research. 2004;19(2):165-74.
35. Díez J, Conde P, Sandin M, Urtasun M, López R, Carrero JL, et al. Understanding the local food environment: A participatory photovoice project in a low-income area in Madrid, Spain. Health and Place. 2017;43:95-103.
36. Godrich SL, Lo J, Davies CR, Darby J, Devine A. Which food security determinants predict adequate vegetable consumption among rural Western Australian children? International Journal of Environmental Research and Public Health. 2017;14(1).
37. D. Willems MvZ. Waardering van kwalitatief onderzoek. Huisarts en Wetenschap. 2004:631-5.
38. Martin P, Consalès JN, Scheromm P, Marchand P, Ghestem F, Darmon N. Community gardening in poor neighborhoods in France: A way to re-think food practices? Appetite. 2017;116:589-98.
39. Ratcliffe MM, Merrigan KA, Rogers BL, Goldberg JP. The effects of school garden experiences on middle school-aged students' knowledge, attitudes, and

behaviors associated with vegetable consumption. Health promotion practice. 2011;12(1):36-43.
40. Heim S, Stang J, Ireland M. A Garden Pilot Project Enhances Fruit and Vegetable Consumption among Children. Journal of the American Dietetic Association. 2009;109(7):1220-6.
41. Heim S, Bauer KW, Stang J, Ireland M. Can a Community-based Intervention Improve the Home Food Environment? Parental Perspectives of the Influence of the Delicious and Nutritious Garden. Journal of Nutrition Education and Behavior. 2011;43(2):130-4.
42. Hanbazaza MA, Triador L, Ball GD, Farmer A, Maximova K, Alexander First N, et al. The Impact of School Gardening on Cree Children's Knowledge and Attitudes toward Vegetables and Fruit. Canadian journal of dietetic practice and research : a publication of Dietitians of Canada = Revue canadienne de la pratique et de la recherche en diététique : une publication des Diététistes du Canada. 2015;76(3):133-9.
43. Morgan PJ, Warren JM, Lubans DR, Saunders KL, Quick GI, Collins CE. The impact of nutrition education with and without a school garden on knowledge, vegetable intake and preferences and quality of school life among primary-school students. Public health nutrition. 2010;13(11):1931-40.
44. Parmer SM, Salisbury-Glennon J, Shannon D, Struempler B. School Gardens: An Experiential Learning Approach for a Nutrition Education Program to Increase Fruit and Vegetable Knowledge, Preference, and Consumption among Second-grade Students. Journal of Nutrition Education and Behavior. 2009;41(3):212-7.
45. Evans A, Ranjit N, Rutledge R, Medina J, Jennings R, Smiley A, et al. Exposure to multiple components of a garden-based intervention for middle school students increases fruit and vegetable consumption. Health promotion practice. 2012;13(5):608-16.
46. Gatto NM, Ventura EE, Cook LT, Gyllenhammer LE, Davis JN. LA Sprouts: A Garden-Based Nutrition Intervention Pilot Program Influences Motivation and Preferences for Fruits and Vegetables in Latino Youth. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics. 2012;112(6):913-20.
47. Alcazar L, Raber M, Lopez K, Markham C, Sharma S. Examining the impact of a school-based fruit and vegetable co-op in the Hispanic community through documentary photography. Appetite. 2017;116:115-22.
48. de Menezes MC, Mingoti SA, Cardoso CS, Mendonça RD, Lopes ACS. Intervention based on Transtheoretical Model promotes anthropometric and nutritional improvements - A randomized controlled trial. Eating Behaviors. 2015;17:37-44.

Bijlagen

Bijlage 1. Uitgebreide literatuurstudie

Vooreerst wordt een overzicht gegeven van studies die het effect van moestuininterventies met of zonder interactieve component op gedragsdeterminanten inzake gezonde voeding, onderzoeken. Nadien volgt een blik op onderzoeksprojecten die andere vormen van interventies met gelijkaardige gezondheidsdoelen analyseerden.

Moestuinen

Het laatste decennium werden meerdere onderzoeken gevoerd met een gelijkaardige studie-opzet: nagaan of en hoe een moestuin een effect kan hebben op consumptie van gezonde voeding of onderliggende determinanten hiervan.

Er werd slechts één artikel gevonden dat een moestuinproject gelinkt aan een huisartspraktijk beschrijft, in het zuiden van Londen. Een tiental praktijken werken daar samen om ongebruikte ruimte om te bouwen in moestuintjes waar patiënten terecht kunnen om groenten en fruit te telen. De huisartsen leiden hoofdzakelijk patiënten toe die lijden onder sociale isolatie of te kampen hebben met een chronische (psychische) ziekte. Hun doel is vooral om sociaal contact te stimuleren. In een gesprek met een tiental deelnemers ging men na welke positieve effecten zij hierdoor ervaarden. Zij noemden voornamelijk sociaal contact en beweging. Vier van hen vermeldde ook een toename van groenten en fruit consumptie, echter de meerderheid ondervond geen invloed op hun eetpatroon. (4)

Verder is er nog de explorerende analyse door George et al. die een overzicht geeft van 110 gemeenschapsmoestuinen gekoppeld aan ziekenhuizen en academische medische centra in de Verenigde Staten. Zij zien deze zeker als mogelijk middel om gezond eten te promoten maar deden hier geen onderzoek naar. (5)

Martin et al. observeerde dat vrouwen in een arme wijk in Frankrijk die toegang hadden tot een buurtmoestuin (n=21) significant meer groenten en fruit aankochten dan vrouwen met hetzelfde profiel die niet verbouwden in een moestuin. Opvallend is dat het niet de toegang tot gratis groenten en fruit is die zorgt voor een gedragsverandering. Actief deelnemen in een buurtmoestuin zou de voedingskeuzes van deze vrouwen dus kunnen beïnvloeden. (38)

In een community-based participatory research studie uitgevoerd door Grier et al. -waarbij zowel deelnemende jongeren (n=43) en hun ouders (n=25) als begeleiders (n=2) werden betrokken- werden de faciliterende en belemmerende factoren inzake haalbaarheid van een moestuin in een sociale woonwijk in kaart gebracht. Het merendeel van de jongeren en ouders ervoeren de moestuinactiviteiten als leuk en haalbaar. Er was een toename van kennis van groenten en fruit, echter geen verschil in het willen proeven, noch in de eigen effectiviteit. Het ondersteunen van werkzaamheden in de moestuin door begeleiders werd het frequentst vernoemd als facilitator. (10)

In een studie daterend van 2007, ging Wakefield et al. de ervaringen van deelnemers van een gemeenschapsmoestuin na via focusgroepen en diepte-interviews. Eén van de voornaamste voordelen die werd genoemd was een gemakkelijkere en goedkopere toegang tot groenten en fruit. Ook konden deelnemers hierdoor culturele voedingswaren telen die moeilijk in de winkels te vinden

waren. Er werd een grotere inname van groenten en fruit gerapporteerd. Deelnemers wisselden in de moestuin ideeën uit over groenten en fruit, over het klaarmaken ervan. Ze vonden het leuk om te leren van elkaar. Daarnaast werden ook niet-voeding gerelateerde voordelen vermeld zoals beweging, sociaal contact en ontspanning. (15)

Recentelijk werden twee studies uitgevoerd in Gentse basisscholen die het effect van het hebben van een moestuin onderzochten. De eerste studie, gepubliceerd in 2015, betrof een kwalitatieve procesevaluatie van een moestuin in enkele scholen. Leerkrachten en leerlingen gaven aan meer kennis en een positievere attitude t.a.v. groenten te vergaren. De groenteconsumptie op zich veranderde echter niet met behulp van de moestuin. (12) Hierop volgde een effect- en procesevaluatie van het moestuinproject “De Proeftuin”. Hierbij werd in lagere scholen een moestuinbak geïmplementeerd met bijhorend educatief pakket voor de leerkracht. De resultaten bleken echter teleurstellend: er werd geen effect gezien op de kennis, attitude, eigen effectiviteit, noch op de consumptie van groenten. De leerkrachten schreven dit toe aan moeilijkheden die zij ervaarden om het moestuinproject op een correcte manier te implementeren in hun onderwijsprogramma. (11)

Ratcliffe et al. bestudeerde bij 236 12-jarigen in een RCT het effect van gezondheidseducatie gebaseerd op een schoolmoestuin op hun groenteconsumptie. De kinderen ontwikkelden ten opzichte van de controleschool waar geen interventie plaatsvond, significant een positievere attitude en meer voorkeur voor groenten, waren vaker bereid een groente te proeven en aten een breder scala aan groenten. (39)

In een studie van Heim et al. namen 93 lagere schoolkinderen in de zomermaanden deel aan een buurtmoestuin. Hun ouders ondervonden dat zij hun kinderen gemakkelijker konden stimuleren om groenten en fruit te eten, wat de consumptie ervan thuis significant deed stijgen. (40, 41) Daartegenover staan twee onderzoeken waar geen verandering in de thuisconsumptie werd waargenomen. De studie gevoerd door Hanbazaza et al. bij 116 6-jarigen die op school in de moestuin werkten, concludeerde dat ondanks een significante verbetering in kennis over groenten en fruit en een positief effect op voorkeuren, de thuisconsumptie niet veranderde. (42) In 2014 werkten 76 kinderen in een Canadese school mee in de moestuin en kregen ze wekelijks gezonde snacks aangeboden. Triador et al. nam een significante stijging waar van de voorkeursscore voor groenten en fruit, echter thuis werd geen verschil in consumptie beschreven. De onderzoekers raadden aan om het gezin te betrekken bij toekomstige programma’s zodat een toegenomen voorkeur voor gezonde voeding kan vertaald worden naar een hogere consumptie, door meer aanbod thuis. (7)

Duncan et al. observeerde in een RCT bij 77 kinderen van 10-jarige leeftijd dat een schoolmoestuin een significant effect had op de attitude, de subjectieve normen en de eigen effectiviteit. Deze bleken significante determinanten van gedragsverandering wat betreft de consumptie van groenten en fruit. Deze studie bevestigt *The Theory of Planned Behavior* beschreven door Ajzen. (3, 31)

Chaufan et al. analyseerde op een kwalitatieve manier een buurtmoestuin in samenwerkingsverband met scholen. Het merendeel van de ouders gaf aan dat dit programma de kennis van hun kinderen over gezonde voeding vergrootte en hen aanmoedigde om gezonder te gaan eten. (14)

Morgan et al. onderzocht een interventie waarbij 127 leerlingen uit het 5e en 6e leerjaar werden ingedeeld in 3 groepen: een groep die participeerde in de moestuin en daarnaast educatie kreeg over gezonde voeding, een groep die enkel de educatie kreeg en een controlegroep die geen van beide interventie onderging. In vergelijking met de laatste twee groepen waren de moestuindeelnemers na 10 weken significant meer bereid om groenten te proeven en scoorden ze de smaak van bepaalde groenten ook hoger. Er werd echter geen verschil gezien in consumptie. (43) In een gelijkaardige studie-opzet uitgevoerd door Parmer et al. zag men zowel in de groep "moestuin + educatie" als in de groep "educatie" een significante verbetering in voedingskennis en in smaakscores vergeleken met de controlegroep. In de cafetaria zag men dat de groep die beide interventies kreeg significant vaker koos voor groenten bij de lunch. (44)

Het "The Sprouting Healthy Kids"-programma bestond uit verschillende componenten: lessen in de klas, een naschools moestuinproject, excursies naar boerderijen, schoolbezoeken door boeren en proefsessies van groenten en fruit. Evans et al. besloot dat in vergelijking met studenten die slechts aan één interventie werden blootgesteld, studenten die aan minstens 2 activiteiten deelnamen significant meer groenten en fruit aten, een hogere kennis en eigen effectiviteit bezaten en minder voorkeur hadden voor ongezonde voeding. De hypothese is: "Hoe groter het aantal interventies waar men aan wordt blootgesteld, hoe groter het effect op de gedragsdeterminanten die gezond eten voorspellen". (45)

Moestuinen met een interactieve component

Voorgaande studies beschreven moestuinen -al dan niet aangevuld met een educatieve interventie- als middel om gezonde voeding te promoten. Hieronder volgen twee studies waarbij een moestuinproject een interactieve component bevat.

Een wijkproject ondersteunde families bij het ontwikkelen van een moestuin thuis. Er werden educatieve lessen georganiseerd, meetings waarin onderling ideeën en tips werden uitgewisseld en gezamenlijke oogstfeesten. Carney et al. observeerde dat de inname van groenten zowel bij volwassenen als bij hun kinderen significant steeg. Ook de "food security" verbeterde significant: deelnemende gezinnen hadden minder frequent bezorgdheden omtrent het kunnen aanschaffen van voeding. De helft van de deelnemers zag de voordelen in van leren van anderen door het delen van kennis en ervaringen tijdens de interactieve ontmoetingen. (13)

Ook in het pilootproject van Gatto et al., waarbij een vijftigtal 10-jarigen op school wekelijks interactieve lesactiviteiten in de moestuin kreeg gedurende een periode van 3 maanden, kwamen veelbelovende resultaten naar voren. Vergeleken met de controlegroep werd een significante stijging in voorkeur voor en een verandering in percepties qua groenten en fruit genoteerd. (46)

Andere interventies om gezonde voeding te promoten

In deze literatuurstudie wordt de focus beperkt tot studies die een interactieve interventie onderzochten. Tot de interventies die hier niet besproken worden, behoren enerzijds de *one-to-one* boodschappen tijdens de consultatie en educatieve programma's waarin geen interactie tussen de deelnemers onderling wordt voorzien (infobrochure, app, interactief e-programma, receptenboekjes,…). Anderzijds zijn er ook heel wat studies die onderzochten hoe een verandering in de ruimere omgeving of een interventie op beleidsniveau het voedingsgedrag kan beïnvloeden. Zo

bijvoorbeeld door kortingsbonnen uit te delen waarmee inwoners groenten en fruit op de versmarkt kunnen kopen, labels die in winkels de gezonde voedingsproducten aangeven en projecten waarbij het aanbod verse voeding in een buurt uitgebreid en laagdrempeliger wordt.

Een recente studie –uitgevoerd door Sharma et al.- bestudeerde de effectiviteit van het schoolprogramma "Brighter Bites" bij een vierhonderdtal kinderen uit laaginkomens gezinnen. De ouders werden actief betrokken bij de voedingseducatie van hun kinderen door o.a. groente- en fruitpakketten, gezonde proevertjes en gezamenlijke educatieve sessies. In vergelijking met de controlegroep werd een significante stijging in inname van fruit en groenten gerapporteerd, alsook een significante daling in inname van toegevoegde suikers. Ook thuis was er significant meer aandacht voor voedingsetiketten, werd er frequenter vers gekookt, kwamen er tijdens de gezinsmaaltijden meer fruit en groenten op tafel en werden de portiegroottes beperkt. (8) Diezelfde "Brighter Bites" werd getest in een Spaanse migrantengemeenschap door Alcazar et al. Er werd participanten gevraagd om tijdens en na het programma foto's te trekken die te maken hadden met de ondervonden pluspunten en barrières. Nadien werden deze foto's in groep besproken. Uit deze discussies kwamen vooral deze voordelen naar voren: kostenbesparing, meer variatie, gemakkelijkere toegang tot verse producten en de mogelijkheid om gezond eten te oefenen. Over het algemeen waren deelnemers enthousiast tijdens het programma maar eens afgelopen slaagden zij er moeilijk in hun gedragsverandering verder te zetten. (47)

In een groep jongeren tussen 10 en 14 jaar oud wonend in lage-inkomens gebieden werden interactieve sessies omtrent gezonde voeding gegeven door leeftijdsgenoten. Trude et al. observeerde een daling van calorie- en vetinname vergeleken met de controlegroep, echter deze resultaten bleken niet statistisch significant. Deze studie is tot zover de enige die interactie met *peers* als een meerwaarde ziet in de promotie van gezonde voeding. (6)

In een RCT uitgevoerd door Wilson et al. werden 1120 leerlingen van 12 jarige leeftijd, gerandomiseerd verdeeld in een interventie- of controlegroep. In deze eerste groep participeerden de jongeren in verscheidene interactieve workshops over gezonde voeding en volbrachten ze huiswerkopdrachten waarin hun ouders werden betrokken. In de controlegroep vond geen interventie plaats. De leerlingen aten significant meer groenten en fruit zowel onmiddellijk na de interventie als 1 jaar nadien, in vergelijking met de controlegroep. Een significante toename in kennis van de *five a day*"-richtlijn vlak na het project kon daarentegen niet worden bevestigd na 1 jaar. (9)

In een RCT uitgevoerd door de Menezes et al. werden 71 vrouwelijke patiënten in een eerstelijnssetting opgedeeld in een interventiegroep waarbij zij werden toegewezen aan motivatiespecifieke interactieve workshops (pre-actiegroep met patiënten in de pre-, contemplatie- en voorbereidingsfase of actiegroep met patiënten in de actie- of onderhoudsfase) of een controlegroep waarin alle deelnemers hetzelfde educatief programma volgden onafhankelijk van hun motivatiestatus. De interventie ging gepaard met een significante reductie in consumptie van voeding rijk aan calorieën en vetten, terwijl in de controlegroep geen verschillen in voedingspatroon werden ondervonden. (48)

Bijlage 2. Goedgekeurd protocol

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

EEN MOESTUIN GELINKT AAN HET WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM: EEN KWALITATIEVE PROCESEVALUATIE OP BASIS VAN REALIST EVALUATION.

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: PETER DECAT
- FUNCTIE: PRAKTIJKASSISTENT
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 33 12
- FAX: 09 332 49 67
- E-MAIL: PETER.DECAT@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: JAN DE MAESENEER

CO-PROMOTOR

- NAAM:SARA DE LEPELEERE
- FUNCTIE: DOCTORAATSTUDENTE
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: VAKGROEP BEWEGINGS- EN SPORTWETENSCHAPPEN
- TELEFOONNUMMER: 09 264 63 21
- FAX: 09 264 64 84
- E-MAIL: SARA.DELEPELEERE@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: GREET CARDON

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: AMELIEKE VAN BRANDT
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER OF MEDICINE IN DE HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0476 48 06 18
- E-MAIL: AMELIEKE.VANBRANDT@UGENT.BE

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: HANNAH DE RUELLE
- ADRES: TWEEKAPELLENSTRAAT 45, 9050 GENTBRUGGE
- TELEFOONNUMMER: 09 331 53 70
- E-MAIL: HANNAH.DERUELLE@UGENT.BE
- TYPE-PRAKTIJK: WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM (MULTIDISCIPLINAIRE GROEPSPRAKTIJK)

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK: NVT

DIT MASTERPROJECT SLUIT NIET AAN BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK.

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: 01/04/2017 (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: 31/08/2018

7. SOORT ONDERZOEK

- ❑ **PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK**
  - ❑ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
  - ❑ VRAGENLIJSTEN
  - ❑ **INTERVIEW**
- ❑ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
  - ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
  - ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
    - ❑ WELKE PERIODE: ….
- ❑ **INTERVENTIONEEL ONDERZOEK**
  - ❑ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
    - ❑ FASE I
    - ❑ FASE II
    - ❑ FASE III
    - ❑ FASE IV
    - ❑ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
    - ❑ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
    - ❑ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN
  - ❑ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE, BLOEDAFNAME, RX,…)
    - ❑ MEDICAL DEVICE
    - ❑ BLOEDAFNAME, RX,…
    - ❑ **INTERACTIEVE SESSIES**

DE INTERACTIEVE GESPREKKEN OVER GEZONDE VOEDING WORDEN GEZIEN ALS EEN VORM VAN INTERVENTIE, HET GAAT MIJN INZIENS ALDUS OM EEN INTERVENTIONEEL ONDERZOEK. DE PERSOONLIJKE DIEPTE-INTERVIEWS NADIEN ZIJN EERDER EEN VORM VAN PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK. DEELNAME AAN DE MOESTUIN OP ZICH WORDT NIET GEZIEN ALS EEN INTERVENTIE BINNEN MIJN MASTERPROEFPROJECT AANGEZIEN DE PATIËNTEN HIER REEDS VRIJWILLIG IN PARTICIPEERDEN VOORALEER ZE WERDEN UITGENODIGD VOOR MIJN ONDERZOEK.

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

BEGIN 2017 WERD SAMEN MET VERSCHILLENDE BUURTPARTNERS EEN GEMEENSCHAPPELIJKE BUURTMOESTUIN OPGERICHT IN DE BUURT VAN HET WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM WAAR IK MIJN OPLEIDING TOT HUISARTS LOOP. PATIËNTEN WERDEN VIA FLYERS EN POSTERS UITGENODIGD TOT DEELNAME AAN HET WERKEN IN DE MOESTUIN EN/OF HET BIJWONEN VAN WORKSHOPS OMTRENT TUINIEREN. IN MIJN MASTERPROEFPROJECT ZAL IK –VIA DE BEHANDELEND ARTS- PATIËNTEN VAN ONS WGC DIE PARTICIPEREN AAN DE MOESTUIN UITNODIGEN TOT EEN 3-TAL GEZAMENLIJKE, INTERACTIEVE SESSIES OMTRENT GEZONDE VOEDING. DOOR MET ELKAAR OVER DIT SPECIFIEKE ONDERWERP IN INTERACTIE TE GAAN, ZULLEN MOGELIJKS DETERMINANTEN VAN GEDRAGSVERANDERING ZOALS PERCEPTIES OVER EEN GEZOND VOEDINGSPATROON WIJZIGEN. DIT ZOU OP LANGE TERMIJN EEN VERANDERING KUNNEN TEWEEGBRENGEN IN HET WERKELIJKE GEDRAG. IN EEN TWEEDE FASE ZAL IK HET EFFECT VAN DE MOESTUIN EN DE INTERACTIEVE GESPREKKEN NAGAAN DOOR MIDDEL VAN PERSOONLIJKE DIEPTE-INTERVIEWS WAARBIJ IK MET DE DEELNEMENDE PATIËNTEN PROBEER TE ACHTERHALEN OF DEZE MECHANISMEN WERKEN OM GEZONDE VOEDINGSGEWOONTEN TE PROMOTEN (OF NIET) EN WAAROM (OF WAAROM NIET). WAT ZIJN DE BARRIÈRES, WAT ZIJN HELPENDE FACTOREN, WAAROM WERKT HET OF WAAROM WERKT HET NIET?

DE INHOUD VAN DE INTERACTIEVE SESSIES WORDT BEPAALD DOOR EEN BEPERKTE TOPICLIJST MET THEMA'S DIE DIENEN ALS UITGANGSPUNT. AFHANKELIJK VAN DE REACTIES VAN DE DEELNEMERS ZAL OP ENKELE THEMA'S DIEPER EN GEDETAILLEERDER INGEGAAN WORDEN. DE ITEMLIJST KAN U TERUGVINDEN IN BIJLAGE 4. TIJDENS DE PERSOONLIJKE DIEPTE-INTERVIEWS ZAL IK BEPAALDE STELLINGEN LATEN BEOORDELEN DOOR DE DEELNEMERS. DE GROTE LIJNEN WAARVAN IK VERWACHT DAT DEZE AAN BOD ZULLEN KOMEN, KAN U NALEZEN IN BIJLAGE 5. DEZE ZULLEN ECHTER NOG WORDEN AANGEPAST AAN DE HAND VAN HETGEEN WAT UIT DE INTERACTIEVE SESSIES ALS BELANGRIJKE FACTOREN NAAR BOVEN KOMT.

IN DEZE KWALITATIEVE PROCESEVALUATIE ZAL GEBRUIKT GEMAAKT WORDEN VAN EEN BEPAALDE

ONDERZOEKSSTRATEGIE BINNEN DE GEZONDHEIDSPROMOTIE, NAMELIJK "REALIST EVALUATION". HIERBIJ POGEN ONDERZOEKERS VOLGENDE ONDERZOEKSVRAAG TE BEANTWOORDEN: "WAT WERKT VOOR WIE EN ONDER WELKE VOORWAARDEN?". DE NADRUK LIGT NIET ZOZEER OP HET KOMEN TOT KWANTITATIEVE RESULTATEN OF ALGEMEEN GELDENDE ANTWOORDEN, MAAR EERDER OP HET BEGRIJPEN VAN HET PROCES. DOOR ACTIEF TE GAAN EXPLOREREN WELKE ONDERDELEN VAN HET PROJECT WERKEN EN WELKE NIET EN WAAROM, KUNNEN GERICHTE AANBEVELINGEN VOOR VERBETERING VAN DE INTERVENTIE WORDEN GEDAAN.
PRAKTISCH WORDEN ENKELE CONTEXT-MECHANISME-OUTCOMES (CMO)-HYPOTHESEN GETOETST TIJDENS HET ONDERZOEK. HIERBIJ WORDEN OP VOORHAND ÉÉN OF MEERDERE HYPOTHESEN OPGESTELD WAARBIJ DE CONTEXT, HET MECHANISME EN DE BEOOGDE UITKOMSTEN WORDEN INGEVULD AFHANKELIJK VAN DE STUDIE-OPZET. HET AL DAN NIET SLAGEN VAN EEN INTERVENTIE IS NAMELIJK ONLOSMAKELIJK VERBONDEN MET DE CONTEXT WAARBINNEN BEPAALDE ACTIES ZULLEN PLAATSVINDEN, DEZE KAN ZOWEL EEN GUNSTIGE ALS ONGUNSTIGE INVLOED UITOEFENEN. OOK HET MECHANISME, DE MANIER WAAROP MEN GEDRAGSVERANDERING PROBEERT TE BEKOMEN, SPEELT EEN BELANGRIJK ROL.
DIT IN TEGENSTELLING TOT DE KLASSIEKE ONDERZOEKSMETHODEN DIE MEESTAL EEN ONDERZOEKSVRAAG PROBEREN TE BEANTWOORDEN DIE VEELAL TE HERLEIDEN IS TOT "WERKT DEZE INTERVENTIE?".

TIJDENS HET ONDERZOEK WORDEN VOLGENDE CMO-HYPOTHESEN GETOETST: "WERKEN IN DE MOESTUIN GELINKT AAN ONS WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM TE GENTBRUGGE VERANDERT DE MANIER WAAROP ONZE PATIËNTEN NAAR EEN GEZOND EETPATROON KIJKEN" EN "INTERACTIEVE SESSIES OVER GEZONDE VOEDING VERANDEREN DE MANIER WAAROP ONZE PATIËNTEN NAAR EEN GEZOND EETPATROON KIJKEN". KWALITATIEVE DATA ROND DEZE CMO-HYPOTHESEN ZULLEN WORDEN VERZAMELD TIJDENS DE PERSOONLIJKE DIEPTE-INTERVIEWS.

IK ZAL ELKE DEELNEMENDE PATIËNT EEN NUMERIEKE CODE TOEKENNEN EN DEZE CODES OP EEN LIJST BIJHOUDEN DIE ENKEL DOOR MEZELF ALS HOOFDONDERZOEKER KAN INGEKEKEN WORDEN. EENS GEPUBLICEERD ZAL HET ONMOGELIJK ZIJN OM VOOR ANDEREN TE ACHTERHALEN OM WELKE PATIËNTEN HET GAAT.

DE KWALITATIEVE GEGEVENS DIE HET ANTWOORD BIEDEN OP OPEN VRAGEN TIJDENS DE PERSOONLIJKE DIEPTE-INTERVIEWS WORDEN VERZAMELD PER NUMERIEKE CODE DIE GELINKT IS AAN ÉÉN VAN DE PROEFPERSONEN. GESPREKKEN WORDEN OMWILLE VAN PRAKTISCHE REDENEN –NA TOESTEMMING VAN DE PATIËNT- OPGENOMEN OP AUDIORECORDER. DE GESPREKKEN WORDEN DOOR MIJ UITGETYPT, WAARNA DE OPNAMES WORDEN VERNIETIGD. HIERNA VOLGT EEN KWALITATIEVE ANALYSE VAN DE DATA MET HET BEHULP VAN HET PROGRAMMA NVIVO 11, WAARBIJ AAN ELK DEELANTWOORD VOLGENS EEN BEPAALD THEMA EEN KLEURCODE WORDT TOEGEKEND. DIT MAAKT DE VERSCHILLENDE VISIES VAN PATIËNTEN PER THEMA DUIDELIJK, WAT ANALYSE VERGEMAKKELIJKT. DE RESULTATEN ZULLEN BARRIÈRES EN FACILITERENDE FACTOREN BLOOTLEGGEN EN (ONDERDELEN VAN) DE CMO-HYPOTHESE KUNNEN BEVESTIGEN OF WEERLEGGEN.

VOOR MEER INFORMATIE EN REFERENTIES, ZIE BIJLAGE 1.

9. IS HET ONDERZOEK

- ❑ DIAGNOSTISCH
- ❑ FYSIOLOGISCH
- ❑ MORFOLOGISCH
- ❑ **THERAPEUTISCH**
- ❑ FYSIOPATHOLOGISCH
- ❑ EPIDEMIOLOGISCH

GEZONDE VOEDING SPEEL EEN BELANGRIJKE ROL IN DE PREVENTIE VAN VERSCHEIDENE CHRONISCHE ZIEKTEN. DIT ONDERZOEK PAST VOORNAMELIJK BINNEN HET PAKKET GEZONDHEIDSPROMOTIE EN ZIEKTEPREVENTIE.

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ **NEEN**

HET MOESTUINPROJECT IS GELINKT AAN ONS WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM. ER ZIJN GEEN ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN, NOCH IN HET MOESTUINPROJECT OP ZICH, NOCH IN MIJN ONDERZOEKSPROJECT.

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

INTERUNIVERSITAIR SAMENWERKINGSVERBAND HUISARTSENOPLEIDING (ICHO)
(UNIVERSITEIT GENT, FACULTEIT GENEESKUNDE)

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

- ❑ JA

❑ NEEN

DE PROEFPERSONEN ZIJN ALS PATIËNT INGESCHREVEN IN ONS WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM EN NAMEN REEDS VRIJWILLIG DEEL AAN HET MOESTUINPROJECT. DEZE ZULLEN NIET IN EEN ACUTE ZIEKTETOESTAND VERKEREN OP HET MOMENT VAN HET ONDERZOEK.

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

❑ JA
❑ NEEN

(KANS OP) ZWANGERSCHAP WERD NIET GEHANTEERD ALS EXCLUSIECRITERIUM IN DIT ONDERZOEK.

C. AANTAL PROEFPERSONEN: 10

ER ZAL EEN GROEP DEELNEMERS SAMENGESTELD WORDEN VAN MINIMUM 5 EN MAXIMUM 10 PATIËNTEN. DIT IS EEN IDEAAL AANTAL OM DE INTERACTIEVE GESPREKKEN EN DE PERSOONLIJKE DIEPTE-INTERVIEW ZO VLOT MOGELIJK TE KUNNEN LATEN VERLOPEN.

D. LEEFTIJD : MINIMUMLEEFTIJD VAN 18 JAAR

DIT ONDERZOEK WERKT MET VOLWASSEN PROEFPERSONEN, DAAROM WORDT DE MINIMUM LEEFTIJDSGRENS GELEGD OP 18 JAAR. ER WORDT NIET GEËXCLUDEERD OP BASIS VAN MAXIMUMLEEFTTIJD.

E. GESLACHT : ZOWEL MANNEN ALS VROUWEN

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD?

DE PATIËNTEN DIE REEDS VRIJWILLIG MEEWERKEN IN DE MOESTUIN EN IN AANMERKING KOMEN VOOR MIJN ONDERZOEK ZULLEN DOOR DE BEHANDELEND ARTS BINNEN DE GROEPSPRAKTIJK WORDEN AANGESPROKEN OF ZIJ INTERESSE HEBBEN OM DEEL TE NEMEN EN OF ZIJ DOOR MIJ TELEFONISCH GECONTACTEERD MOGEN WORDEN OM MEER INFORMATIE HIEROMTRENT TE ONTVANGEN.

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

❑ **JA**

DE PATIËNTEN DIE GESELECTEERD WORDEN VOOR HET ONDERZOEK HEBBEN HET VERMOGEN OM LOGISCH TE REDENEREN EN ZELFSTANDIG EEN KEUZE TE MAKEN. ZIJ MOETEN GEGEVEN INFORMATIE KUNNEN BEGRIJPEN, DEZE OP HUN EIGEN SITUATIE KUNNEN TOEPASSEN EN MOETEN RATIONEEL KEUZEMOGELIJKHEDEN KUNNEN OVERWEGEN OP BASIS VAN DEZE INFORMATIE.

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

❑ **JA, ZIE BIJLAGE 2**
❑ NEEN

MONDELING :

❑ **JA**
❑ NEEN

INDIEN BLIJKT DAT PATIËNTEN NA HET REKRUTERINGSPROCES GEÏNTERESSEERD ZIJN OM DEEL TE NEMEN AAN HET ONDERZOEK, ZAL IK HEN TELEFONISCH UITNODIGEN VOOR EEN GESPREK WAARBIJ IK MONDELING ALLE ASPECTEN VAN HET ONDERZOEKSPROJECT ZAL UITLEGGEN IN EEN VOOR DE PATIËNT BEGRIJPELIJKE TAAL (INDIEN ANDERSTALIG MET BEHULP VAN EEN TOLK) EN ZAL IK EVENEENS EEN INFORMATIEFORMULIER MEEGEVEN WAARIN ZIJ ALLES KUNNEN NALEZEN. BIJKOMENDE VRAGEN ZULLEN ADEQUAAT WORDEN BEANTWOORD. DAARNA KRIJGEN ZE DE TIJD OM HET TOESTEMMINGSFORMULIER GRONDIG DOOR TE NEMEN, TE VERZOEKEN OM ONDUIDELIJKHEDEN TE VERHELDEREN EN VOOR AKKOORD TE ONDERTEKENEN.

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ? **NVT**

DE DEELNEMERS VAN MIJN ONDERZOEK ZULLEN WILSBEKWAAM ZIJN EN DUS ZELF DE TOESTEMMING GEVEN VOOR

DEELNAME AAN HET ONDERZOEK.

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? **NEEN**

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

- ❑ **NEEN**, IN DE BEOOGDE COHORTE NIET AANWEZIG

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ? **NVT**

C. GAAT HET OM KINDEREN?

- ❑ **NEEN**

ER WORDT EEN MINIMUM LEEFTIJDSGRENS VAN 18 JAAR GEHANTEERD EN ALLE DEELNEMERS ZULLEN WILSBEKWAAM ZIJN.

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

- ❑ **JA, ZIE BIJLAGE 2**

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

- ❑ **JA, ZIE BIJLAGE 3**

16. VERZEKERING

UGENT 'NO FAULT'

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

HET LAATSTE DECENNIUM WERDEN MEERDERE ONDERZOEKEN GEVOERD MET EEN GELIJKAARDIGE STUDIE-OPZET: NAGAAN OF EN HOE EEN MOESTUIN EEN EFFECT KAN HEBBEN OP CONSUMPTIE VAN GEZONDE VOEDING OF ONDERLIGGENDE DETERMINANTEN HIERVAN. DEZE MOESTUINPROJECTEN WAREN ECHTER ALLEMAAL GELINKT AAN SCHOLEN.

RECENTELIJK WERDEN TWEE STUDIES UITGEVOERD IN GENTSE BASISSCHOLEN DIE HET EFFECT VAN HET HEBBEN VAN EEN MOESTUIN ONDERZOCHTEN. DE EERSTE STUDIE, GEPUBLICEERD IN 2015, BETROF EEN KWALITATIEVE PROCESEVALUATIE VAN EEN MOESTUIN IN ENKELE SCHOLEN. HIERUIT BLEEK DAT ZOWEL LEERKRACHTEN ALS LEERLINGEN WAAR EEN MOESTUIN OP SCHOOL AANWEZIG WAS, AANGAVEN MEER KENNIS EN EEN POSITIEVERE ATTITUDE T.A.V. GROENTEN TE VERGAREN. DE GROENTECONSUMPTIE OP ZICH VERANDERDE ECHTER NIET MET BEHULP VAN DE MOESTUIN. HIEROP VOLGDE EEN EFFECT- EN PROCESEVALUATIE VAN HET MOESTUINPROJECT "DE PROEFTUIN". HIERBIJ WERD IN SCHOLEN ZONDER MOESTUIN, EEN MOESTUINBAK GEÏMPLEMENTEERD MET BIJHOREND EDUCATIEF PAKKET VOOR DE LEERKRACHT. DE RESULTATEN BLEKEN ECHTER TELEURSTELLEND: ER WERD GEEN EFFECT GEZIEN OP DE KENNIS, ATTITUDE, EIGEN EFFECTIVITEIT, NOCH OP DE CONSUMPTIE VAN GROENTEN VAN DE LAGERE SCHOOLKINDEREN. DIT ZOU VOLGENS DE LEERKRACHTEN TE MAKEN GEHAD HEBBEN MET DE MOEITE DIE ZIJ ERVAARDEN OM HET MOESTUINPROJECT OP EEN CORRECTE MANIER TE IMPLEMENTEREN IN HUN ONDERWIJSPROGRAMMA.

OOK IN HET BUITENLAND WERDEN REEDS MEERDERE STUDIES UITGEVOERD OMTRENT HETZELFDE THEMA, MET ZEER UITEENLOPENDE RESULTATEN.

ER KAN GECONCLUDEERD WORDEN DAT ER AL HEEL WAT ONDERZOEK GEBEURD IS NAAR MOESTUINPROJECTEN GELINKT AAN SCHOLEN. ER WERD ECHTER NOOIT EERDER ONDERZOEK GEDAAN NAAR HET EFFECT OP GELIJKAARDIGE OUTCOMES IN EEN DOKTERSPRAKTIJK IN EERSTELIJNSSETTING. OOK DE ONDERZOEKSMETHODE VERSCHILT VAN DEZE ANALOGE SCHOOLGERELATEERDE STUDIES. AANGEZIEN MIJN PROJECT EEN EERSTE, EXPLORERENDE STUDIE BETREFT IN DIT ONDERZOEKSGEBIED, KIES IK ERVOOR OM EEN KWALITATIEVE PROCESEVALUATIE UIT TE VOEREN, EERDER DAN EEN KWANTITATIEVE EFFECTEVALUATIE.

VOOR MEER INFORMATIE EN REFERENTIES, ZIE BIJLAGE 1.

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

❑ **JA**
❑ NEEN

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

❑ **JA**
❑ NEEN

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

❑ **JA**
❑ NEEN

DE KENNIS VAN DE DEELNEMENDE PATIËNTEN OVER GEZONDE VOEDING ZAL UITBREIDEN, ZIJ ZULLEN ER MOGELIJKS EEN ANDERE VISIE OP NAHOUDEN. MISSCHIEN ZORGT DIT ERVOOR DAT ZIJ IN DE TOEKOMST EERDER GENEIGD ZIJN TOT GEZONDE GEDRAGSVERANDERINGEN OP HET VLAK VAN VOEDING. EEN GEZONDER EETPATROON KAN OP LANGE TERMIJN BELANGRIJK ZIJN IN DE PREVENTIE VAN ONDER ANDERE DIABETES MELLITUS EN CARDIOVASCULAIR LIJDEN.

IK KRIJG GEGEVENS OVER DE INVLOED VAN DE MOESTUIN OP DE DEELNEMENDE PATIËNTEN HUN PERCEPTIES OVER GEZONDE VOEDING. ER ZAL DUIDELIJK WORDEN OF DE MOESTUIN IN DE TOEKOMST DOOR MIJN OPLEIDINGSPRAKTIJK KAN INGEZET WORDEN ALS MIDDEL OM GEZOND VOEDINGSGEDRAG TE PROMOTEN. ALS BLIJKT DAT DIT NIET WERKT, ZAL IK KUNNEN TE WETEN KOMEN WELKE BARRIÈRES OF BEÏNVLOEDENDE FACTOREN HIERMEE TE MAKEN HADDEN, WAAROM HET NIET HEEFT GEWERKT. EVENTUEEL ZOU DIT KUNNEN LEIDEN TOT HET VERBETEREN VAN HET MOESTUINPROJECT IN DE TOEKOMST.

MIJN OPLEIDINGSPRAKTIJK KRIJGT INTERESSANTE INFORMATIE OVER DE MEERWAARDE VAN HET IMPLEMENTEREN VAN DE MOESTUIN IN DE PRAKTIJKVOERING OP HET VLAK VAN GEZONDHEIDSPROMOTIE EN ZIEKTEPREVENTIE. DIT KAN DAN WEER OP LANGERE TERMIJN ANDERE PATIËNTEN DIE NIET DEELNEMEN AAN MIJN STUDIE, TEN GOEDE KOMEN.

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

❑ **WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT**
❑ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

ER WORDT IN DEZE STUDIE GEEN PREPARAAT TOEGEDIEND AAN DE PROEFPERSONEN.
DEELNAME AAN DE INTERACTIEVE SESSIES EN DE PERSOONLIJKE DIEPTE-INTERVIEWS HOUDT WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO IN.

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? DOKTER AMELIEKE VAN BRANDT, DOKTER HANNAH DE RUELLE

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

JA, VIA DE WACHTDIENST VAN GENTBRUGGE, BEREIKBAAR OP HET NUMMER 09 236 50 00,

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? DOKTER AMELIEKE VAN BRANDT

TIJDENS DE OPENINGSUREN VAN ONS WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM (8U-19U) KUNNEN DE DEELNEMERS OP WERKDAGEN MIJ OF ÉÉN VAN MIJN COLLEGA'S STEEDS TELEFONISCH BEREIKEN VOOR VRAGEN OF OPMERKINGEN.

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

UIT ONDERZOEK IS GEBLEKEN DAT VELE ACTIES IN HET KADER VAN GEZONDHEIDSBEVORDERING ONDANKS EEN GOEDE OPZET EN HOGE VERWACHTINGEN, TOCH WEINIG TOT GEEN IMPACT HEBBEN OP HET GEDRAG VAN DE PROEFPERSONEN. OM DIE REDEN WERD RECENT EEN NIEUW THEORETISCH MODEL VAN GEDRAGSVERANDERING VOORGEDRAGEN. HIERBIJ WORDT INTERPERSOONLIJKE INTERACTIE GEZIEN ALS DE MOTOR TOT GEDRAGSVERANDERING. DE HULPVERLENER DIE EEN GEDRAG WENST TE BEÏNVLOEDEN, PROBEERT HIERBIJ IN PLAATS VAN ALLERLEI GEZONDHEIDSPROMOTIE-GERELATEERDE ACTIES TE VOEREN, DEZE INTERACTIE TUSSEN DE PROEFPERSONEN TE FACILITEREN.

ER WORDEN INTERACTIEVE GESPREKKEN GEORGANISEERD WAARBIJ ER EEN GELIJKWAARDIGHEID HEERST TUSSEN DE COMMUNITY-LEDEN EN DE GEZONDHEIDSWERKERS: ELKE MENING TELT EN VERDIENT RESPECT EN AANDACHT. DE DEELNEMERS HANTEREN EEN EERLIJKE EN RESPECTVOLLE HOUDING EN ER IS OPEN COMMUNICATIE MOGELIJK. ER IS AANDACHT VOOR ZOWEL DE RATIO ALS DE EMOTIE. ALLEEN DE ONDERZOEKER HEEFT ALS MODERATOR EEN LEIDENDE ROL OM DE INTERACTIE IN GOEDE BANEN TE LEIDEN EN DE GESPREKSREGELS TE BEWAKEN.

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

ER WORDT GEEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND TIJDENS HET ONDERZOEKSPROTOCOL.

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ? NVT

ER WORDT GEEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND TIJDENS HET ONDERZOEKSPROTOCOL.

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES, OM DE .....

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN

WELKE .....

OM DE .....

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES

WELKE .....

OM DE .....

D. BLOEDAFNAMEN : .....

.....

.....

E. WEEFSELAFNAME : .....

F. **ANDERE** : 3 INTERACTIEVE SESSIES (VERMOEDELIJK OM DE 2 À 3 WEKEN) MET NADIEN PER PROEFPERSOON EEN PERSOONLIJK DIEPTE-INTERVIEW. DIT LAATSTE ZAL PLAATSVINDEN ENKELE WEKEN NA DE LAATSTE GEZAMENLIJKE SESSIE.

25 . FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

- ❑ **NIET VAN TOEPASSING**
- ❑ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:
  - ❑ ERELOON:
  - ❑ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

DE INTERACTIEVE SESSIES ZIJN GRATIS VOOR DE PATIËNTEN. ER WORDT GEEN EXTRA KOST AANGEREKEND.

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 20/02/17
NAAM : AMELIEKE VAN BRANDT
HANDTEKENING :



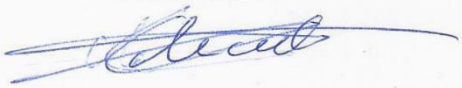
PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 20/02/17
NAAM : HANNAH DE RUELLE
HANDTEKENING :



PROMOTOR

DATUM : 27/2/17
NAAM :PETER DECAT
HANDTEKENING :



CO-PROMOTOR

DATUM : 24/02/2017
NAAM :SARA DE LEPELEERE
HANDTEKENING :



DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM :JAN DE MAESENEER
HANDTEKENING :

Bijlage 3. Gunstig advies Ethisch Comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek (UZP074)

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

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

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

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**
	2017/0470	18-apr-17	Zie "CC"

BETREFT Advies voor monocentrische studie met als titel:
Een Moestuin gelinkt aan het wijkgezondheidscentrum : Een kwalitatieve procesevaluatie op basis van realist evaluation
MaNaMa : Amelieke Van Brandt
Belgisch Registratienummer: B670201732165
Fase (Phase): NVT/NA

* Adviesaanvraagformulier (versie 1) dd. 6/03/2017 (volledig ontvangen dd 23/03/2017) + Adviesaanvraagformulier: (Aangepaste versie ontvangen dd 7/04/2017)
* Protocol dd. 10/02/2017
  Bijlage 1 Uitgebreid protocol, versie
* Informatie- en toestemmingsformulier dd. 10/02/2017
  Bijlage 2 en 3, Versie 1
* Diverse dd. 10/02/2017
  - Bijlage 4 Topiclijst interactieve sessies, Versie 1
  - Bijlage 5 Topiclijst Persoonlijk diepte-interview, Versie 1
* Antwoord onderzoekers: Ontvangen dd. 7/04/2017 via mail Amelieke Van Brandt in antwoord op opmerkingen EC dd. 6/04/2017
* Informatie- en toestemmingsformulier
  (Bijlage 2)_versie 2 ontvangen dd. 7/04/2017

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 7/04/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 7/04/2018, 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 7/04/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 7/04/2018, 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 18/04/2017
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 18/04/2017

- *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)*

Muriel Fouquet
Tel: 09/332 33 36
Muriel.fouquet@uzgent.be

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185, B-9000 Gent
www.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**
	2017/0470	18-apr-17	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2017/0470

- *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

Bijlage 4. Informatieformulier

Informatieformulier voor de deelnemers

TITEL: Promotie van gezonde voeding op wijkniveau: van actie naar interactie.

Onderzoeker: Dr. Amelieke Van Brandt
Promotor: Dr. Peter Decat
Co-promotor: Sara De Lepeleere

Geachte heer, mevrouw,

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

Beschrijving en doel van het project

In het kader van mijn master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde doe ik, dr. Amelieke Van Brandt, onderzoek naar verschillende methoden om op wijkniveau gezonde voeding te promoten. U nam deel aan één van de projecten, namelijk de interactieve sessies over gezonde voeding bij “Happen en Klappen” of de moestuinsessies op donderdagnamiddag onder leiding van de gezondheidspromotor van WGC De Punt.

Graag had ik u hierover enkele vragen gesteld in een individueel gesprek, dat ongeveer 1 uur in beslag zal nemen. De bedoeling van dit persoonlijk interview is vooral om na te gaan wat uw ervaringen waren met de interventie en in het bijzonder wat u heeft ondervonden qua moeilijkheden of net helpende factoren. U mag vrij antwoorden op de gestelde vragen.

Dit interview worden opgenomen op spraakrecorder en wordt nadien enkel door dr. Amelieke Van Brandt beluisterd om deze gemakkelijk te kunnen uittypen. Achteraf wordt deze opname gewist, deze zullen dus door niemand anders beluisterd worden.

Deelname

Uw deelname is volledig vrijwillig. Dit wil zeggen dat u kan weigeren om deel te nemen aan deze studie. Ook kan u zich op elk moment uit de studie terugtrekken zonder dat u daarvoor een reden moet opgeven of zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere behandeling en relatie met uw huisarts.

Door het ondertekenen van het toestemmingsformulier geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie.

Risico’s en voordelen

Deelname aan het onderzoek houdt geen risico’s in.

De meerwaarde voor u kan zijn dat u door te praten over gezonde voeding of te werken in de moestuin, meer inzicht krijgt in de materie. Ook zullen we met behulp van de resultaten van dit onderzoek het promoten van gezonde voeding op wijkniveau in de toekomst kunnen verbeteren. Zo kan dit project een nuttige bijdrage leveren ook voor andere wijkbewoners.

Deze studie staat onder supervisie van dr. Peter Decat (verbonden aan de universiteit Gent).

Alsook werd dit onderzoek goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent. Het wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

Letsels ten gevolge van deelname aan de studie

De onderzoeker voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan de studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004. Op dat ogenblik kunnen uw gegevens doorgegeven worden aan de verzekeraar.

Kosten

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u.

Vertrouwelijkheid

In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en zal u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

Alle gegevens die in het kader van deze studie worden verzameld, worden vertrouwelijk behandeld. Deze worden gecodeerd verwerkt zodat uw gegevens enkel door de onderzoekers kunnen teruggekoppeld worden naar uw persoonlijk dossier. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw identiteit niet te achterhalen zijn.

Contact

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met dr. Amelieke Van Brandt, op het nummer 09 331 53 70.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs, alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Amelieke Van Brandt

Bijlage 5. Toestemmingsformulier

Toestemmingsformulier voor deelname aan een wetenschappelijk onderzoek

TITEL: Promotie van gezonde voeding op wijkniveau:
van actie naar interactie.

Onderzoeker: Dr. Amelieke Van Brandt
Promotor: Dr. Peter Decat
Co-promotor: Sara De Lepeleere

Naam deelnemer: ……..

- Ik bevestig dat ik uitgebreid werd geïnformeerd over de aard en het doel van deze studie. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie begrepen en schriftelijk gekregen heb. Ik heb het document “Informatieformulier voor de deelnemers” gelezen van pagina 1 tot en met 2. Ik stem in met de inhoud van het informatieformulier en geef toestemming om aan dit onderzoek mee te doen.
- Men heeft me de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie. Ik heb op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen.
- Ik heb een kopij gekregen van dit ondertekende en gedateerde toestemmingsformulier.
- 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 experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.
- Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder een reden voor deze beslissing te moeten opgeven en zonder dat dit een invloed zal hebben op mijn verdere relatie met mijn huisarts.
- Ik geef mijn toestemming om het interview op te nemen met een spraakrecorder.
- Ik geef toestemming dat enkel gegevens die relevant en noodzakelijk zijn voor het onderzoek zullen worden verzameld, om te gebruiken voor de doelen die in de informatiebrief vermeld staan. Mijn gegevens worden gecodeerd verwerkt.
- Ik stem erin toe om nadien telefonisch gecontacteerd worden door de onderzoeker Amelieke Van Brandt om praktische zaken te regelen of als er nog aanvullende vragen beantwoord moeten worden.

Door de vrijwillige deelnemer te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Naam:……..

Datum…… Handtekening…….

Ik bevestig dat ik mondeling de nodige informatie heb gegeven over deze klinische studie, dat ik een kopie heb gegeven van het informatie- en toestemmingsformulier dat door de verschillende partijen werd getekend, dat ik bereid ben om zo nodig alle aanvullende vragen te beantwoorden en dat ik geen druk op de patiënt heb uitgeoefend om aan de studie deel te nemen. Ik verklaar dat ik handel volgens de ethische principes die worden beschreven in de Verklaring van Helsinki en de Belgische wet van 07/05/2004 over proeven op mensen.

Naam van de informerend arts: ……

Datum……. Handtekening…….

Bijlage 6. Vragen diepte-interviews

Interactieve sessies

Voorbije weken kwamen we drie keer samen in “Happen en Klappen” om onderling te praten over gezonde voeding.

Hoe heb je de voorbije sessies ervaren?
Hoe was dat voor jou om te praten over (gezonde) voeding?

- ➔ Hoe voelde je je daarbij? Wat deed dit met jou?
- ➔ Wat dacht je toen? Wat ging er door je heen?
- ➔ Wat maakt dat je…?

Context:

- Wat vond je van de locatie?
- Het feit dat de sessies doorgingen in de door jou reeds gekende groep “Happen en Klappen”, was dat van belang voor jou?
- Wat vond je van de grootte van de groep?
- De andere deelnemers hadden veelal een gelijkaardige achtergrond, namelijk een armoede-ervaring. Heeft dat een rol gespeeld denk je?
- Dat een huisarts samen met de gezondheidspromotor de praatsessies begeleidde, wat vond je daarvan?

Mechanisms:

- Wat maakt dat deze sessies iets betekend hebben voor jou of net niet?
- Wat maakt dat je meestal/telkens bent gekomen naar de sessies?
- Wat liep niet altijd goed?
- Wat vond je aangenaam/leuk? Wat vond je minder leuk?
- In de sessies hebben we vooral de focus gelegd op praten met anderen over voeding.
    - Hoe heb jij dat ervaren, dat samen praten?
    - Had je het gevoel dat er genoeg plaats was voor jou in de groep? En voor de anderen?
    - De huisarts in opleiding en de gezondheidspromotor vertelden van bij het begin dat zij gewoon als persoon zouden deelnemen aan het gesprek en niet zouden optreden als alles wetende hulpverleners. Hoe voelde dat voor jou/wat deed dat met jou?
    - Heb je al eens een lesje over voeding of gezond leven gevolgd of folders gelezen? Wat deed dit met jou? Voel je een verschil?
- Hoe voelde het om naar praatsessies te komen bij mensen die je reeds kende?
- Hoe voelde je jou in de groep? Hoe ervaarde je de groepssfeer?
- Wat deed het met jou dat je zelf thema’s kon kiezen?
- Heb je het gevoel dat praten over gezonde voeding geen effect zou kunnen hebben op het gedrag o.w.v. financiële barrières?

Outcomes:

- Welk effect hebben de interactieve sessies gehad op jou?
- Wat is er voor jou veranderd na deze sessies?
- Wat neem je mee uit de sessies?

- Wat hebben deze sessies voor jou betekend op vlak van gezonde voeding?

Moestuin

Een half jaar geleden ging de buurtmoestuin van start.

Hoe heb je de moestuinsessies ervaren?

Wat heeft de moestuin voor jou betekend?

- ➔ Hoe voelde je je daarbij? Wat deed dit met jou?
- ➔ Wat dacht je toen? Wat ging er door je heen?
- ➔ Wat maakt dat je…?

Context:

- Wat vond je van de locatie?
- Wat vond je van de grootte van de groep?
- Dat een gezondheidspromotor de moestuinnamiddagen begeleidde, wat vond je daarvan?

Mechanisms:

- Wat maakt dat deze namiddagen iets betekend hebben voor jou of net niet?
- Wat maakt dat je enkele keren bent gekomen naar de sessies?
- Wat liep niet altijd goed?
- Wat vond je aangenaam/leuk? Wat vond je minder leuk?
- Hoe voelde het om naar deze namiddag te komen waar je misschien niemand zou kennen?
- Hoe voelde je jou in de groep? Hoe ervaarde je de groepssfeer?
- Wat is naar jouw gevoel de reden dat de moestuin niet zoveel mensen kon bereiken?
- Heb je het gevoel dat zo'n projecten geen effect zouden kunnen hebben op eetgedrag omwille van financiële barrières?

Outcomes:

- Welk effect hebben de moestuinsessies gehad op jou?
- Wat is er voor jou veranderd na deze sessies?
- Wat neem je mee uit de sessies?
- Wat hebben deze sessies voor jou betekend op vlak van gezonde voeding?