Gezondheidsbevordering door de huisarts

Een gemeenschapsgericht interventieproject i.s.m. het 'Huis van het Kind'

Vandepitte Lauren, Universiteit Gent

Haegeman Jens, Universiteit Gent

Promotor: prof. dr. Peter Decat, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2021 – 2022

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Voorwoord

Allereerst willen we onze promotor prof. dr. Peter Decat bedanken om ons de kans te geven zelfstandig, met adequate begeleiding, een gemeenschapsgericht project op poten te zetten. We kregen de tijd en ruimte om ons te verdiepen in gezondheidspromotie bij kinderen en te kijken hoe we als arts hierin een rol konden spelen.

Ook onze sociale partner, het 'Huis van het Kind' te Wetteren, willen we van harte bedanken. Deze organisatie gaf ons het ideale platform voor de benadering van een relevante doelgroep en maakte het integreren van onze gezondheidseducatieve speelsessies in een taalkamp mogelijk. Speciale dank gaat uit naar Yenthe, pedagoog van 'Huis van het Kind'. Zij was ons aanspreekpunt en stond steeds voor ons klaar.

Onze vrienden en familie boden onschatbare emotionele steun. In gesprekken met hen werden gedachten ordelijk en inzichten klaarder. Zij hadden het geduld om onze masterproef na te lezen en gaven inhoudelijke en grammaticale feedback.

Tot slot willen we ook elkaar bedanken voor de constructieve samenwerking. We startten dit duo-project als twee onbekenden, maar vonden elkaar goed in een gemeenschappelijke visie op preventieve huisartsgeneeskunde. Onverbloemde opmerkingen op en kritische correcties van elkaars schrijven zorgden voor een deugddoende lach en af en toe een traan.

In dit project stonden we als onderzoekers bewust midden in de interventie. Er was een nauw contact met alle deelnemers en de sociale partner. We handelden als betrokken zorgverleners en niet als afstandelijke onderzoekers. Bijgevolg beslisten we om deze thesis en onze ervaringen uit te schrijven in de we-vorm. We beseffen dat dit kan interfereren met het verwachte objectieve karakter van de masterproef. Toch lijkt ons dit de beste manier om de observaties en eigen ervaringen te verwoorden.

Abstract

Inleiding: Kinderen tussen zes en twaalf jaar zien we als huisarts vaak slechts voor korte episode zorg. Toch kent de schoolgaande jeugd ook toenemende gezondheidsrisico's, waaronder overgewicht. Hoewel gezondheidspromotie bij kinderen tot nog toe weinig omschreven wordt binnen de huisartsgeneeskunde, wordt vanuit de literatuur meerwaarde gezien in het organiseren van groepsinterventies bij kinderen rond gezonde levensstijl. Kinderen met een migratieachtergrond blijken een extra relevante doelgroep te zijn. Met dit onderzoek wordt getracht een antwoord te geven op twee onderzoeksvragen. Enerzijds polsen we naar de invloed van gezondheidseducatieve speelsessies bij kinderen. Anderzijds naar wat de rol van de huisarts kan zijn binnen gezondheidsbevordering op wijkniveau.

Methode: In samenwerking met het 'Huis van het Kind' te Wetteren worden negen kinderen geselecteerd via een georganiseerd taalkamp. Hier integreren we zelf twee speelsessies waar gezonde voeding en beweging centraal staan. Nadien volgt een focusgroep met de ouders waarin gereflecteerd wordt over gezond opvoeden en de uitdagingen hierbij. Een antwoord op onze onderzoeksvragen proberen we te krijgen via de ervaringen van ouder en kind. De interventie wordt geëvalueerd aan de hand van de 'Realist Evaluation'-methode. Een vooraf opgestelde CMO-hypothese wordt getoetst aan alle verzamelde data verkregen via een focusgroep met ouders, een diepte-interview met een pedagoog en een panelgesprek met mede-huisartsen-in-opleiding (HAIO). Onze eigen observaties nemen we ook in beschouwing.

Onderzoekshypothese: Binnen een taalkamp voor kinderen *(context)* kan je, door als huisarts mee te werken aan speelsessies rond gezondheid en aansluitend de ouders te betrekken *(mechanisme)*, hen bewust maken van een gezonde levensstijl en zo bijdragen aan hun gezondheid *(outcome)*.

Resultaten: Na het doorvoeren van de sessies blijken vele factoren een potentiële invloed te hebben op de uitkomst. Contextueel blijkt vooral de samenstelling van de doelgroep, de locatie en de aanwezigheid van de huisarts van belang te zijn. Bij grondig nazicht van het mechanisme van onze sessies spelen volgende elementen een rol: vormgeving en inhoud van de speelsessies, onze attitude en participatie als huisarts en de samenwerking met de gekende sociale partner. Als uitkomst zien we het bespreekbaar maken van gezondheid, bewustwording hieromtrent en een veranderde visie op de rol van de huisarts.

Conclusie: De studie toont een mogelijke strategie om als huisarts binnen de wijk te kunnen deelnemen aan gezondheidspromotie bij kinderen. Onder de kinderen en ook thuis met de ouders wordt nadien nog over onze deelname aan de speelsessies rond gezondheid gesproken. Dit kan zorgen voor enige bewustwording van de eigen gezonde levensstijl. Het actief deelnemen als huisarts, zonder te beleren, zou kunnen leiden tot een laagdrempelige toegang tot de eerste lijn. In het huidige eerstelijnslandschap ziet de sociale partner onze betrokkenheid als huisarts vooral als medisch expert en om gezondheidsproblemen te signaleren binnen de wijk. Onder de mede-HAIO's wordt een verschil in visie beschreven betreffende de mate van betrokkenheid voor gezondheidsbevordering buiten de praktijkmuren. Wanneer de interesse er is zou men meer moeten inzetten op het verkleinen van de praktische drempels die het op heden moeilijk maken om wijkgerichte projecten te organiseren. De samenwerking met een lokale sociale partner blijkt hierin een essentieel speerpunt door het selecteren van een relevante doelgroep en het bieden van de juiste setting voor een project.

Inhoudsopgave

Voorwoord 1

Abstract 2

Lijst van tabellen 5

1. Inleiding 6

2. Literatuurstudie 7

2.1. Gezond opvoeden 7

2.1.1. Gezondheid bij kinderen en jongeren 7

2.1.2. School en opvanginitiatieven als ideaal platform 7

2.1.3. Engagement in de thuissituatie 7

2.1.4. Kinderen met een migratieachtergrond 8

2.2. Gezondheidsbevordering 8

2.2.1. Definitie en relevantie 8

2.2.2. De huisarts als gezondheidsbevorderaar 9

2.3. Gemeenschapsinterventies 10

2.3.1. Groepsinterventie als sleutel tot interactie 10

2.3.2. Rol van de huisarts binnen de gemeenschap 10

2.4. Van literatuur naar onderzoeksvraag 11

3. Methode 11

3.1. Zoekstrategie 11

3.2. Doelgroepselectie en interventie 11

3.3. Datacollectie en -analyse 12

3.3.1. Realist Evaluation 12

3.3.2. Focusgroep 13

3.3.3. Diepte-interview met pedagoog 'Huis van het Kind' 13

3.3.4. Panelgesprek met mede-HAIO's 14

3.3.5. Eigen observaties en ervaringen 14

3.3.6. Data-analyse 14

3.4. Ethische aspecten 14

4. Resultaten 15

4.1. Invloed van speelsessies op gezondheidsbevordering bij kinderen 16

4.1.1. Context 16

4.1.2. Mechanismen bij speelsessies 18

4.1.3. Mechanismen bij focusgroep 21

4.1.4. Uitkomst 21
4.2. Invulling van de gezondheidsbevorderende rol van de huisarts buiten de praktijkmuren 23
4.2.1. Context 23
4.2.2. Mechanisme 26
4.2.3. Uitkomst 27
5. Discussie 30
5.1. Bespreking 30
5.1.1. Invloed van speelsessies op gezondheidsbevordering bij kinderen 30
5.1.2. Invulling van de gezondheidsbevorderende rol van de huisarts buiten de praktijkmuren 31
5.2. Sterktes en beperkingen van onderzoek 32
5.2.1. Sterktes 32
5.2.2. Beperkingen 33
5.3. Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek 34
6. Conclusie 34
7. Referentielijst 35
8. Bijlagen 36
Bijlage 1: Interventionele CMO-hypothese 36
Bijlage 2: Geëxtraheerde codeboom uit Nvivo 37
Bijlage 3: Goedgekeurd studieprotocol 38
Bijlage 4: Gunstig advies Ethisch Comité 39
Bijlage 5: Praktische aanbevelingen bij gezondheidsbevorderend project 41
Bijlage 6: Persoonlijke reflectie Lauren 42
Bijlage 7: Persoonlijke reflectie Jens 44

Lijst van tabellen

Tabel 1: Percentage jongeren met overgewicht en obesitas in België 7

Tabel 2: CMO-hypothese.....13

Tabel 3: Codeboom met (sub)codes verkregen uit de interviews geordend volgens de CMO-structuur.....15

Tabel 4: Interventionele CMO-hypothese opgesteld na literatuuronderzoek.....36

Tabel 5: Uit NVivo geëxtraheerde codeboom met (sub)codes van informatie verkregen uit de afgenomen interviews.....37

Tabel 6: Schematisch overzicht van praktische aanbevelingen bij de opzet van gezondheids-bevorderende projecten bij jongeren volgens Aceves-Martins et al. (25).....41

1. Inleiding

Als huisarts in opleiding komen we met een diverse patiëntenpopulatie in aanraking. Eén deel daarvan zijn jonge kinderen, schoolgaande jeugd tussen zes en twaalf jaar, die vaak enkel voor korte episode zorg langskomen in de huisartsenpraktijk. De chronische opvolging van deze groep is echter beperkt. Toch hebben zij ook toenemende gezondheidsrisico's die aandacht vergen. Een voorbeeld hiervan is overgewicht. In Vlaanderen wordt jaar na jaar een stijgend percentage van kinderen met overgewicht waargenomen. Naargelang de leeftijd van de kinderen stijgt, stijgt ook het percentage van kinderen met obesitas (1, 2). Literatuur toont dat de kinderleeftijd en puberteit essentiële perioden zijn om in te zetten op gezondheidsbevordering. Kinderen krijgen bij het opgroeien meer zelfstandigheid over fysieke activiteiten en voedingsgewoonten. Die vormen vaak de basis van hun volwassen levensstijl (3).

Als preventiegerichte, toekomstige huisarts belichten we graag de maatschappelijke rol van 'gezondheidsbevorderaar' die de huisarts zou kunnen opnemen, ook buiten de muren van de praktijk.

We zetten een gemeenschapsgericht interventieproject op poten waarbij we met kinderen werken rond gezonde voeding en beweging. Het aflijnen van de doelgroep gebeurt samen met projectpartner het 'Huis van het Kind' te Wetteren. Deze regionale groep valt onder de bevoegdheid van de Vlaamse Overheid en is onderdeel van het agentschap 'Opgroeien' waar ook 'Kind en Gezin' en 'Jeugdhulp' onder vallen. Het is een samenwerking van organisaties die ouders helpen met o.a. kinderopvang, gezondheidszorg, vrijetijdsaanbod, opvoedingsondersteuning en workshops (4). De ideale partner om een preventiegericht wijkproject voor kinderen mee te organiseren.

Kinderen, tussen de leeftijd van zes en twaalf jaar, met een migratieachtergrond en taalachterstand worden geselecteerd via een georganiseerd taalkamp. Hier integreren we twee speelsessies waar gezonde voeding en beweging centraal staan. Als HAIO zijn we hier organisator en uitvoerder van de sessies. Ouders brengen we samen via een luchtig en interactief gesprek om via hen naar de ervaringen van hun kinderen te polsen. Ook faciliteren we zo reflectie rond het gezondheidsgedrag binnen het gezin.

Door middel van een focusgroep met enkele ouders, een diepte-interview met een pedagoog van 'Huis van het Kind' en een panelgesprek met mede-HAIO's wordt er vanuit verschillende invalshoeken gekeken naar onze gezondheidsinterventie bij kinderen en onze rol als huisarts hierin. Ook onze eigen observaties en ervaringen tijdens deze sessies nemen we in rekening. Nadien wordt de interventie geëvalueerd aan de hand van de 'Realist Evaluation'-methode.

Met deze thesis wordt getracht een antwoord te geven op twee onderzoeksvragen. Enerzijds polsen we naar de invloed van gezondheidseducatieve speelsessies bij kinderen. Anderzijds naar wat de rol van de huisarts kan zijn binnen gezondheidsbevordering op wijkniveau. Een antwoord op deze vragen proberen we te krijgen via de ervaringen van ouder en kind.

2. Literatuurstudie

2.1. Gezond opvoeden

2.1.1. Gezondheid bij kinderen en jongeren

Het aandeel van kinderen en jongeren (t.e.m. zeventien jaar) met overgewicht stijgt jaar na jaar en dit voor alle leeftijdscategorieën. Naarmate de jongeren ouder worden, hebben ze ook meer kans op overgewicht (1, 2). Cijfers van België over de jaren heen bekijken we in Tabel 1. Deze gepubliceerde resultaten vinden we terug in de Gezondheidsenquête van Sciensano (2).

Tabel 1: Percentage jongeren met overgewicht en obesitas in België

Jongeren van 2 t.e.m. 17 jaar	1997	2001	2004	2008	2013	2018
Percentage met overgewicht	13,6	16,2	16,2	17,3	18,2	19,0
Percentage met obesitas	4,5	4,9	5,3	4,7	6,3	5,8

In het Brusselse Gewest liggen de cijfers nog hoger. Daar ligt het percentage van jongeren met overgewicht in 2018 op 27,3% en 10,5% met obesitas (2). Obesitas bij kinderen en jongeren is een multifactoriële aandoening die geassocieerd gaat met een brede waaier aan gezondheidsproblemen en ook sociale consequenties (1, 2).

Shah et al. beschrijven de overgang van kindertijd naar puberteit als een essentiële periode om in te zetten op voeding en beweging. In deze periode zouden de jongeren meer zelfstandigheid krijgen over fysieke activiteiten en voedingsgewoonten. Dit vormt de basis voor de levensstijl die vaak zal aanhouden tot in de volwassenheid (3).

2.1.2. School en opvanginitiatieven als ideaal platform

Scholen bieden een ideale setting om aan gezondheidspromotie te doen. Tijdnood en een overvol curriculum blijken echter de belangrijkste organisatorische struikelblokken te zijn om initiatieven te implementeren in het schoolprogramma (5).

Naschoolse of buitenschoolse programma's kunnen hier een antwoord bieden. Deze hebben het voordeel niet aan een vast curriculum gebonden te zijn en kunnen op flexibele wijze gezondheidsactiviteiten opzetten. De participatie van kinderen uit gezinnen die men wil, maar moeilijk kan bereiken, kan hier echter lager zijn (6).

Gezondheidspromotie op school of in opvanginitiatieven zou moeten geïntegreerd worden in de alledaagse routine en zou het werk moeten faciliteren (7).

2.1.3. Engagement in de thuissituatie

Kinderverzorgers, leerkrachten en betrokken beleidsmakers benadrukken de grote invloed van de thuissituatie op de mogelijkheid om aan gezondheidspromotie te doen. De betrokkenheid van ouders wordt genoemd als een van de meest uitdagende en minst succesvolle elementen ter bestendiging van gezondheidsbevorderende initiatieven (5). De thuisomgeving oefent een belangrijke invloed uit op de fysieke activiteit en het nuttigen van gezonde voeding van het

kind. Om aan adequate gezondheidspromotie te doen dienen interventies goed afgestemd te worden op de leefomgeving van het kind (8). Literatuur toont dat gezondheidspromotie bij ouders ook een gunstig effect kan hebben op de levensstijl van hun kinderen (8, 9).

2.1.4. Kinderen met een migratieachtergrond

Families met migratieachtergrond kennen vaak een hogere nood aan gezondheidsinformatie. Bij immigratie vanuit lage-inkomenslanden naar een hoog-inkomensland beschrijft men vaak afname van kwalitatieve voedingsinname en fysieke activiteit (10). Zo gaat het verblijf in de loop van de tijd soms gepaard met accumulatie van cardiovasculaire risicofactoren. Daarbovenop wordt beschreven dat kinderen een hoger risico op obesitas en gerelateerde complicaties hebben dan eerste generatie volwassen immigranten (10, 11).

Cultureel en taalkundig diverse populaties zouden eerder geneigd zijn deel te nemen aan interventies dan de autochtone bevolking. Het komt er dus op aan deze doelgroep gericht te benaderen. Vertrouwenspersonen (uit de gemeenschap) kunnen bij het betrekken en overbrengen van gezondheidsboodschappen een grote rol spelen. Deze hebben vaak een maatschappelijke achtergrond en zijn vertrouwd met de taal, cultuur en leefomgeving. Zo vermijdt men het woord-voor-woord vertalen van tolken die hun doel missen (12).

2.2. Gezondheidsbevordering

2.2.1. Definitie en relevantie

Al in 1986 stelde de Wereldgezondheidsorganisatie een uitgebreide definitie op over gezondheidsbevordering. Dit Charter van Ottowa geldt nog steeds als standaard (13).

> *“Gezondheidsbevordering is het **proces waarmee mensen de controle over hun gezondheid kunnen vergroten en deze kunnen verbeteren**. Om een toestand van volledig fysiek, mentaal en sociaal welzijn te bereiken, moet een individu of groep in staat zijn om ambities te identificeren en te realiseren, om aan behoeften te voldoen en om te veranderen of om te gaan met de omgeving. Gezondheid wordt daarom gezien als een hulpbron voor het dagelijks leven, niet als het doel van het leven. Gezondheid is een positief concept dat de nadruk legt op sociale en persoonlijke hulpbronnen, evenals op fysieke capaciteiten. Daarom is gezondheidsbevordering niet alleen de verantwoordelijkheid van de gezondheidssector, maar gaat het verder dan een gezonde levensstijl naar welzijn. Gezondheidsbevordering richt zich op het **bereiken van gelijkheid in gezondheid**. Maatregelen ter bevordering van de gezondheid zijn erop gericht de verschillen in de huidige gezondheidstoestand te verkleinen en gelijke kansen en middelen te waarborgen om alle mensen in staat te stellen hun volledige gezondheidspotentieel te benutten. Dit omvat een veilige basis in een ondersteunende omgeving, toegang tot informatie, levensvaardigheden en kansen om gezonde keuzes te maken. Mensen kunnen hun volledige gezondheidspotentieel niet bereiken, tenzij ze in staat zijn om de zaken die hun gezondheid bepalen, te beheersen. Dit moet in gelijke mate gelden voor vrouwen en mannen. Strategieën en programma's voor gezondheidsbevordering moeten worden **aangepast aan de lokale behoeften** en mogelijkheden van de afzonderlijke landen en regio's om rekening te houden met verschillende sociale, culturele en economische systemen (13).”*

Deze uitgebreide definitie belicht zeer duidelijk de kernboodschappen van gezondheidsbevordering (zie vetgedrukte begrippen). Het absolute doel is het bereiken van gelijkheid in gezondheid. Maatregelen om dit te bereiken moeten dus worden aangepast aan de lokale behoeften en kunnen verschillen naargelang het land, de subregio's, maar eveneens naargelang de sociale, culturele en economische status. De definitie beschrijft ook dat het een breed gedragen doel moet zijn en dat de verantwoordelijkheid niet alleen bij de gezondheidssector mag liggen (13).

De verantwoordelijkheid voor deze gezondheidspromotie wordt gedeeld door de individuen, de gemeenschappen, zorgprofessionelen en de overheden. De huisarts kan hier een belangrijke functie vervullen door zijn unieke rol in de eerste lijn.

2.2.2. De huisarts als gezondheidsbevorderaar

Huisarts zijn of worden vereist veel meer dan de pure medische kennis hebben om mensen met acute of chronische problemen te behelpen. Tijdens de opleiding huisartsgeneeskunde wordt men opgeleid om allerhande competenties te beheersen. Dit gebeurt aan de hand van de **CanMEDS-rollen**. Een samentrekking van de woorden Canadian Medical Education Directives for Specialists. Een methodiek, ontstaan in Canada, die de taken van zorgverleners kan kwalificeren en deze formuleert als eindtermen. Het is een term die de volgende zeven functies omvat: medisch handelen, communicator, samenwerking, manager, kennis en wetenschap, professionaliteit en als laatste maatschappelijk handelen (14).

Het is op deze laatste competentie dat hier wat dieper ingegaan wordt. Het maatschappelijk handelen wordt beschreven als een rol die we als huisarts kunnen opnemen. In het Engels wordt deze rol benoemd als 'health advocacy' en omvat de functie van gezondheidsbevorderaar ook buiten de praktijkmuren. Hierna gaan we wat dieper in op de definitie en inhoud van deze rol.

Poulton en Rose deden onderzoek naar de toepassing van de definitie van 'health advocacy' door artsen en artsen in opleiding alsook naar de uitdagingen die ze hierbij ervaren. Zowel studenten als educatoren geven aan dat het maatschappelijk handelen als gezondheidspromotor de meest uitdagende competentie is om aan te leren. Drempels hierbij zijn een schaarste aan gepubliceerde literatuur over het onderwerp, onduidelijkheid over de rolinvulling, weinig rolmodellen in de praktijk en het ontbreken van een gouden standaard voor beoordeling (15).

Venkataramani et al. polsten met een survey bij zorgverleners naar de barrières voor gezondheidspromotie bij kinderen. Zowel huisartsen als pediaters rapporteerden volgende barrières: tijdsgebrek, complex doorverwijzingsmechanisme voor preventieve zorg en inadequate vergoeding (16).

Verschillende collega-HAIO's richtten zich in voorgaande masterscripties op gezondheidsbevordering en de rol als huisarts hierbij. Dr. Lowie De Loose deed onderzoek naar hoe Vlaamse huisartsen het theoretische concept gezondheidsbevordering zien en hoe ze dit toepassen in de dagelijkse praktijk. Dr. De Loose identificeert vier niveaus waarop de huisarts aan 'health advocacy' kan doen: patiëntniveau, wijkniveau, populatieniveau en niveau van een externe populatie. Sommige artsen waren enkel actief op patiëntenniveau en namen geen rol op in de andere niveaus. Dit terwijl andere artsen verwachtten dat iedere huisarts ook

op deze andere niveaus een minimum aan taken zou opnemen. De uiteenlopende kennis en visie van huisartsen op hun rol als gezondheidsbevorderaar verklaart de verschillen die waargenomen worden in de praktijk. We merken dat huisartsen bereid zijn om hier een rol in op te nemen, maar dat praktische omstandigheden soms ontbreken om zich echt te engageren (17).

Door de unieke rol van de huisarts in de eerste lijn heeft de huisarts een goed zicht op de noden van bepaalde populaties binnen een wijk. Dan rest alleen de vraag of de huisarts moet optreden als doorverwijzer binnen die noden en hierbij beroep doet op de aanwezige sociale kaart in de buurt. Of dat de huisarts zelf hierbinnen ook een actieve rol op zich kan nemen.

Een manier om de rol van gezondheidspromotor op wijkniveau te beoefenen is aan de hand van groepsinterventies. Enkele mede-HAIO's hebben al enkele projecten op poten gezet waarbij de huisarts een sleutelpositie heeft bij bepaalde gemeenschapsgerichte projecten. Hierna worden enkele van deze projecten belicht als voorbeelden van hoe huisartsen preventieve zorg kunnen faciliteren. Dr. Laura Van Rillaer zette zich in om vanuit de praktijk een loopclub op te starten en hieraan gekoppeld gezondheidsinformatie te verspreiden (18). Dr. Gert Van Ooteghem deed groepsinterventies rond mentale weerbaarheid (19) en dr. Amelieke Van Brandt werkte in groep rond gezonde voeding via de volksmoestuintjes (20).

2.3. Gemeenschapsinterventies

2.3.1. Groepsinterventie als sleutel tot interactie

Het complexe en continu veranderlijke proces van gedragsverandering wordt geïllustreerd door het interpersoonlijke interactiemodel van dr. Decat. Het concept 'interactie als motor tot verandering' werd al meermaals besproken in eerdere masterscripties.

Samengevat stelt het dat acties die enkel educatief zijn minder leiden tot gedragsverandering. Wanneer projecten ook inzetten op interactie tussen individuen kunnen mensen bijleren van elkaar. Dit vanuit hun eigen achtergrond met een samenspel van verschillende sociale determinanten. De doctoraatstudie van prof. dr. Decat handelt over seksuele gezondheid, maar de interactieve benadering kan ook breder toegepast worden zoals hier over gezonde voeding en beweging (21).

Afleidend uit dit theoretische model zou het stimuleren van interactie tussen kinderen onderling kunnen leiden tot een zekere bewustwording van het eigen gezondheidsgedrag.
In het kort bepleit deze theorie onder meer de waarde van groepsinterventies.
Via een taalkamp wordt hier een groep kinderen geselecteerd waarin we op interactieve, speelse wijze gezondheidsinformatie zullen verstrekken.

2.3.2. Rol van de huisarts binnen de gemeenschap

Malik et al. beschreven in 'the family physician and youth: improving the connection' hoe jongeren kijken naar de rol van de huisarts. Jongeren zien de huisarts meer als iemand die je geneest wanneer je ziek bent, niet als iemand waar je naartoe gaat voor preventieve zorg. De jongeren staan wat sceptisch tegenover praten over gezondheidsproblemen met de huisarts. Dit uit angst voor een breuk in de vertrouwensband gezien de connectie dat de huisarts heeft met de ouders. Daarom durven jongeren hun mate van experimenteren of bezorgdheden niet

uiten tijdens een gewone consultatie. Hun suggestie is dit gesprek wegtrekken van de praktijk, wat een mogelijke oplossing zou kunnen bieden (22).

Volgens Yaffe et al. kan de huisarts een ondersteunende rol op zich nemen in de wijk. Ze zien vooral een educerende rol weggelegd op scholen. Enerzijds om leerkrachten over topics bij te staan, anderzijds door ook zelf lessen te ondersteunen over gezondheidspromotie. Een ondersteunende rol die ook aan bod kan komen wanneer er zieke kinderen in de klas zijn, om uitleg te geven over wat de ziekte inhoudt of waarom bepaalde activiteiten niet mogelijk zijn (23).

2.4. Van literatuur naar onderzoeksvraag

Na grondig literatuuronderzoek merken we enkele kennishiaten. Om hieraan tegemoet te komen delen we de thesis tweeledig op en worden twee onderzoeksvragen geformuleerd.

We stellen ons enerzijds de vraag welke invloed speelsessies kunnen hebben op de gezondheidspromotie bij kinderen. Anderzijds kijken we naar wat de rol van de huisarts kan zijn binnen gezondheidsbevordering op wijkniveau.

3. Methode

3.1. Zoekstrategie

Via de databank PubMed werd gezocht naar achtergrondinformatie om het gemeenschapsproject vorm te geven, de rol als gezondheidsbevorderaar te staven en om een relevante doelgroep af te lijnen.

Ook haalden we gezondheidsinformatie aan uit rapporten verstrekt via overheden en partnerorganisaties waaronder het rapport op basis van BMI-gegevens van Kind en Gezin en het Agentschap Zorg en Gezondheid, de Gezondheidsenquête van Sciensano uit 2018 en de World Health Organisation.

Voor het vormgeven van de inhoud van de gezondheidseducatieve speelsessies maakten we ook gebruik van enkele informele bronnen. Zo zijn er de websites van het Vlaams Instituut Gezond Leven, Eetexpert en het Lokaal Gezondheidsoverleg (LOGO) Gezondplus.

3.2. Doelgroepselectie en interventie

Bij preventieve interventies is het belangrijk de doelgroep zo te selecteren dat er een maximum aan impact kan bekomen worden. Bij een perfect gezonde groep kun je weinig gezondheid toevoegen. De literatuur toont aan dat bij kinderen met een migratieachtergrond interventies nuttig kunnen zijn. Het organisatorisch kader om de interventie uit te rollen wordt in ons project verzorgd door het ‘Huis van het Kind’ te Wetteren.

Ervaren pedagogen worden op die manier betrokken in gezondheidspromotie op gemeenschapsniveau. Tijdens een bestaand taalkamp organiseren wij gezonde speelsessies voor kinderen in de leeftijdsgroep van zes tot twaalf jaar. Een groepje van negen kinderen met een beperkte basiskennis van het Nederlands wordt ons toegewezen, inclusief de twee aanwezige monitoren die de groep de gehele week begeleiden.

Het taalkamp kent een flexibele invulling. Naast taallessen dienen allerhande activiteiten om de taalvaardigheid te oefenen. Zonder het strikte curriculum van een school, samen met een relevante doelgroep, blijkt dit een ideale setting voor het uitrollen van onze gezondheidseducatieve sessies.

Deze sessies hebben als doel spelenderwijs met de kinderen een gezonde levensstijl te ontdekken, het voorzien van voldoende fysieke activiteit en het eten van gezonde voeding. Beknopt halen we hier de inhoudelijke essentie aan van de educatieve speelsessies voor kinderen.

De eerste van de twee speelsessies draait rond beweging, de voordelen van sporten en buitenspelen, en de effecten van sedentair leven. Met stethoscoop en saturatiemeter in de hand wordt er bekeken wat het effect is van yoga, laag-intensieve spelletjes en uiteindelijk een groot actief tikspel op hartslag en ademhaling. Via de bewegingsdriehoek wordt alles toegelicht.

In een tweede speelsessie draait alles rond voeding en vochtinname. Een algemeen gezond voedingsbeeld schetsen blijkt niet eenvoudig, gezien de vele culturele verschillen. De voedingsdriehoek is hierbij een grote hulp. Hier bestaan ook Turkse en Marokkaanse versies van met kleine culturele aanpassingen. De kinderen tekenen op kartonnen bordjes hun maaltijden van de dag voordien waarna we deze op de voedingsdriehoek proberen in te delen. Samen snijden we nadien groenten en fruit fijn om een kunstwerkje te maken en dit uiteindelijk op te eten.

Een gemeenschappelijk doel wordt nagestreefd. Via de kleine activiteiten kunnen puzzelstukken van de voedingsdriehoek verdiend worden. Na het doorlopen van alle intensiteitsniveaus op de bewegingssessie krijgen alle kinderen een medaille.

Aansluitend brengen we enkele ouders samen in een focusgroep. Als onderzoekers koppelen we terug naar de speelsessies om de invloed hiervan in te schatten aan de hand van hun ervaringen. Ook modereren we een gesprek rond gezond opvoeden om inzicht te krijgen op de uitdagingen hierbij.

3.3. Datacollectie en -analyse

3.3.1. Realist Evaluation

Gezien dit kwalitatief onderzoek betreft, werd gekozen voor een analyse via de ‘Realist Evaluation’-methode. Bij deze onderzoekstechniek, beschreven door Pawson en Tilley, worden volgende zaken mee in rekening gebracht: “Wat werkt voor wie, hoe en onder welke voorwaarden?”. Het volledige project wordt ontleed en er wordt gekeken welke zaken werken en waarom (24).

Bij de ‘Realist Evaluation’-techniek wordt vooraleer de interventie plaatsvindt een CMO-hypothese opgesteld. Deze omvat alle contextfactoren (C), de mechanismen (M) en verwachte uitkomst (O=outcome). Alle contextfactoren moeten namelijk meegenomen worden. Deze kunnen zowel de interventie faciliteren of belemmeren en hebben dus een grote invloed op het al dan niet slagen van de interventie. Onder mechanisme verstaat men de manier waarop men de interventie uitvoert en een uitkomst tracht te bekomen.

Bij het analyseren van ons gezondheidsbevorderend project zullen we enkel door rekening te houden met verschillende determinanten en met de nodige voorzichtigheid conclusies mogen trekken.

Later wordt de CMO-hypothese afgetoetst aan een CMO-model dat opgesteld wordt aan de hand van alle verzamelde data. Hier verkregen via een focusgroep met ouders, een diepte-interview met een pedagoog, een panelgesprek met mede-HAIO's en ook via onze eigen observaties.

In Tabel 2 volgt de CMO-hypothese toegepast op ons project, alvorens het effectief werd uitgevoerd.

Tabel 2: CMO-hypothese

CONTEXT	Als twee huisartsen in opleiding organiseren we gezondheidseducatieve speelsessies met kinderen op een taalkamp georganiseerd door 'Huis van het Kind' te Wetteren.
MECHANISME	Samenwerking met sociale partner voor de organisatie van de sessies en laagdrempelige doelgroepselectie. (Inter)actieve speelsessies rond gezondheid met kinderen. Terugkoppeling en reflectie via focusgroep met ouders.
UITKOMST	Bespreekbaar maken van gezondheid tussen kinderen en hun ouders doet reflecteren over eigen gezondheidsgedrag. Het opnemen van een rol als huisarts buiten de praktijk is mogelijks drempelverlagend en kan preventief meer impact hebben.

Na literatuuronderzoek werd een interventionele CMO-hypothese (Tabel 4) opgesteld waarin we enkele verwachte meespelende factoren en uitkomsten noteren. Deze voegen we bij als Bijlage 1.

3.3.2. Focusgroep

Aansluitend op de speelsessies wordt een focusgroep met enkele ouders van de kinderen georganiseerd waarin wij participeren, modereren, maar niet beleren. Er wordt gepeild naar de invloed van dergelijke sessies op de kinderen, het nut ervan en de rol als huisarts hierbinnen. Bovendien konden ouders hier ook laagdrempelig ervaringen met elkaar delen en was er plaats om te leren van elkaar rekening houdende met de bestaande overtuigingen en intenties.

We vonden vijf ouders bereid hieraan deel te nemen, hier enkel moeders. Door de Covid-omstandigheden moest deze focusgroep buiten én op afstand doorgaan. Dit groepsgesprek werd met toestemming van de deelnemers als audiofragment opgenomen en later getranscripteerd.

3.3.3. Diepte-interview met pedagoog 'Huis van het Kind'

Om de visie van de betrokken sociale partner in deze masterscriptie aan bod te laten komen vond een diepte-interview plaats met een pedagoog van het 'Huis van het Kind' te Wetteren. Er werd gepeild naar haar visie op interactiesessies rond gezondheid, het doel en nut ervan en de mogelijke bijdrage van de huisarts. Ook werd er dieper ingegaan op de zorgnoden van

onze specifieke doelgroep en de moeilijkheidsgraad om deze adequaat aan te spreken. Het interview vond plaats in het Sociaal Huis te Wetteren, werd met toestemming van de pedagoog vastgelegd op beeld en aan de hand hiervan getranscripteerd.

3.3.4. Panelgesprek met mede-HAIO's

Hoe kijken huisartsen naar dergelijke sessies en hoe zien zij hun rol daarin? Om daar een meer genuanceerde visie op te krijgen - naast onze eigen ervaringen - werd er een panelgesprek gevoerd met enkele mede-HAIO's. We brachten vier mede-HAIO's, drie vrouwen en één man, samen rond een virtuele tafel om hierover te praten. Gezien de Covid-omstandigheden van deze periode gebeurde dit gesprek online. Na akkoord van alle partijen werd dit opgenomen en nadien getranscripteerd.

3.3.5. Eigen observaties en ervaringen

Onze eigen observaties en ervaringen als onderzoeker dienen ook als bron van informatie. Vanuit onze eigen invalshoek merken we enkele belangrijke aspecten op tijdens zowel de groepsinterventie met kinderen als de focusgroep met ouders.

In de resultatensectie beschrijven we enkel de objectieve observaties. Interpretaties hiervan en persoonlijke ervaringen zijn terug te vinden in de discussie.

3.3.6. Data-analyse

Alle neergeschreven interviews werden eerst meerdere malen intensief doorgelezen en geanonimiseerd, waarna ze in het softwareprogramma NVivo werden gecodeerd. NVivo geeft de kans om alle data overzichtelijk te categoriseren, te structureren en kan makkelijk bijhorende quotes weergeven per topic. De geëxtraheerde codeboom wordt als Bijlage 2 toegevoegd (Tabel 5). De verkregen codes worden uiteindelijk samengevoegd tot een nieuwe CMO-tabel na de interventie, Tabel 3. Deze is terug te vinden in de resultatensectie.

3.4. Ethische aspecten

Ons onderzoeksprotocol werd goedgekeurd door het Ethisch Comité van het UZ Gent op datum van 04/12/2020. Het goedgekeurd studieprotocol werd bijgevoegd als Bijlage 3. Het gunstig advies is terug te vinden als Bijlage 4.

Het doel van onze studie en de meerledige opzet werd voldoende geduid aan deelnemende ouders. We maakten duidelijk dat deelname volledig vrijwillig is, dat er niet naar persoonsgegevens wordt gevraagd en dat deelname op elk moment kan stopgezet worden. Voorafgaand aan de speelsessies met de kinderen werd een 'informed consent' ondertekend door hun ouders.

4. Resultaten

De resultaten verkregen uit de focusgroep met ouders, het diepte-interview met de pedagoog en het panelgesprek met mede-HAIO's werden gecodeerd. Aan de hand van de codes en subcodes werd een codeboom opgemaakt (zie Bijlage 2). Deze werd dan geordend volgens de CMO-structuur (Tabel 3) om zo handig terug te kunnen koppelen naar onze hypothese. Dit laatste wordt doorgevoerd in onze discussie. Wat eerst volgt is een uiteenzetting van de belangrijkste resultaten. Kernbegrippen drukken we hier en daar vetgedrukt uit in de tekst om er nog eens de nadruk op te leggen.

Tabel 3: Codeboom met (sub)codes verkregen uit de interviews geordend volgens de CMO-structuur

CONTEXT	MECHANISME	OUTCOME
Doelgroep - aanspreken - grootte - samenstelling - diversiteit - taalbarrière Locatie - buitenschools taalkamp - niet-strikte planning - bereikbaarheid - vertrouwde omgeving Aanwezigheid van huisarts - toegankelijk - leeftijd en persoonlijkheid - interesse en ervaring - visie op huisartsgeneeskunde - professionele bedenkingen Aanwezigheid van vertrouwenspersoon (monitoren en pedagoog) Covid-19 restricties	Speelsessies met kinderen - (inter)actief - creatief - laten ontdekken - van elkaar leren - streven naar gemeenschappelijk doel - thematisch inkleden - communicatie op kindermaat Focusgroep met ouders - interactief - groepsdynamiek - erkenning - van elkaar leren - terugkoppeling naar speelsessies Attitude en participatie als huisarts - staat tussen de groep - niet als 'genezer', maar als preventie van ziekte Samenwerking met gekende sociale partner ('Huis van het Kind' te Wetteren)	Bespreekbaar maken van gezondheid - tussen de kinderen - thuis tussen kind en ouders - tussen de ouders Bewustwording en reflectie - gezonde levensstijl - uitdagingen voor gezond opvoeden Band met de huisarts - veranderend beeld - laagdrempelig aanspreekpunt - kennis van taken Rol van de huisarts - medisch expert - signalisatiefunctie - vervolginterventie en toekomstvisie van 'Huis van het Kind' :

4.1. Invloed van speelsessies op gezondheidsbevordering bij kinderen

4.1.1. Context

4.1.1.1. Aanspreken van de doelgroep

Het taalkamp bleek het ideale platform om met een voorgeselecteerde en relevante groep kinderen te kunnen werken. De geslotenheid en isolatie van gemeenschappen met migratieachtergrond bemoeilijkt het aanspreken van deze doelgroep voor gezondheidsbevordering. Uit het gesprek met de pedagoog leren we dat er binnen deze groep mensen verborgen (gezondheids)problematieken zijn waar vaak niet uit eigen beweging over gesproken wordt.

Dankzij de samenwerking met het 'Huis van het Kind' stelden de kinderen en hun ouders onmiddellijk vertrouwen in ons als mens en huisarts. Dit maakte het aanspreken gemakkelijker en deed eventuele weerstand of wantrouwen wegsmelten.

> *"Ik denk het feit dat je nog altijd een heel groot deel (van de populatie) hebt dat onder de radar blijft, dat je niet weet… dat speelt sowieso mee. Dat zijn de mensen die heel geïsoleerd leven, die heel moeilijk gewoon te bereiken zijn." (Pedagoog)*

> *"En dan lijkt mij ook het bereiken van de mensen een drempel te zijn. Je hebt een groot deel, soms diegenen die het meeste hulpbehoevend zijn, die je vaak niet of moeilijker kan bereiken. Je ziet die niet zo vaak op de consultatie." (HAIO)*

> *"Mensen vragen daar (gezondheidspreventie) eigenlijk ook niet naar. Echt maar heel zeldzaam komen mensen zelf preventief. Vaak ook de mensen die wel echt al bezig zijn met hun gezondheid, maar eigenlijk is dat niet echt de doelgroep die je voor preventie wilt bereiken." (HAIO)*

4.1.1.2. Grootte en samenstelling van de groep

De ene migratieachtergrond is uiteraard niet gelijk aan de andere. Naast de taal verschilt de migrantenpopulatie onderling ook fors op andere vlakken. Het versnipperde culturele landschap in veel gemeenten, ook in de gemeente Wetteren, bemoeilijkt het vormen van netwerken en houdt interactie tussen (grote groepen) mensen tegen. Een oplossing om toch doelgericht informatie over te brengen ligt in het selecteren van specifieke kleinere groepen. Bijgevolg dient men vaak één interventie verscheidene malen te herhalen.

> *"Als je dat vergelijkt met buurgemeenten en -steden, springen wij (gemeente Wetteren) daar toch wel uit. Wij hebben over de honderd verschillende culturen in Wetteren, dat is extreem veel. Wat maakt dat er ook heel veel kleine gemeenschappen zijn." (Pedagoog)*

> *"Wij hebben een vrij grote Afrikaanse en Tunesische gemeenschap die we kennen, maar al de rest is zo versnipperd. Wat maakt dat je ergens ook minder impact kunt hebben, want je kunt iets doen, en als mensen dat meenemen naar hun gemeenschap en vertellen dat 't fijn was, dan dat gaat ook veel sneller. Dat zijn mensen die, binnen hun gemeenschap, vertrouwen op elkaar. Dat gaat heel snel verspreiden dan, maar je kan dat hier niet doen omdat het zo versnipperd is. En het maakt ook dat mensen hier*

heel moeilijk een netwerk hebben. En dat is wel iets wat wij merken van, ja, dat het echt nodig is om dat heel frequent met kleine groepen te doen." (Pedagoog)

"Ik herinner me nu van dat taalkamp in de zomer, we hebben dat twee weken gedaan. Wij hebben op die twee weken kinderen uit, laat me denken, ik dacht dat het vierenvijftig verschillende landen was. Op die tachtig kinderen die we daar maar gehad hebben." (Pedagoog)

Onze groep voor de speelsessies bestond uit negen kinderen en twee monitoren, van diverse origine, maar allen de Nederlandse taal behoorlijk machtig. Binnen deze beperkte groep hadden we de mogelijkheid om elkaars mening en visie uitgebreid aan bod te laten komen. Een grotere groep zou het potentieel moeilijker maken om te controleren en te interageren.

In de focusgroep konden we vijf ouders van de negen deelnemende kinderen betrekken. Afgaande op het aantal deelnemers was dit een groep waarin een gesprek overzichtelijk kon worden gehouden en een vertrouwelijke sfeer creëren mogelijk was.

4.1.1.3. Taalbarrière

Het meest in het oog springende aspect dat het overbrengen van informatie en onderlinge interactie hindert, is de taalbarrière.

Voor de speelsessies wees de pedagoog van het 'Huis van het Kind' ons een groep kinderen toe die al wat verder gevorderd was in het begrip van de Nederlandse taal. De kinderen van lagere schoolleeftijd volgden al enige tijd mee in het Vlaamse onderwijssysteem. Er was onderling wel wat verschil in leeftijd, maar allen waren ze tamelijk goed de Nederlandse taal machtig. Het aanbrengen van informatie, maar ook het begrijpen van spelopdrachten verliep erg vlot. Ook de kinderen zelf konden hun mening en ideeën al erg goed overbrengen in onze moedertaal.

Met de ouders viel een gesprek echter moeilijk te voeren in één en dezelfde taal. Gezien de diverse origines spraken de deelnemers verscheidene talen. Om alsnog interactie te stimuleren tussen de ouders werd door onszelf getolkt in de gekende basistalen Frans en Engels. Afgezien van onze rol als tolk namen we zelf ook deel aan het gesprek.

"Ik spreek niet zo goed Nederlands. Ik zal proberen, maar het gaat wat traag." (Ouder)

"Excuseer voor mijn gebrekkig Nederlands, ik woon nog maar een jaar hier in België. Ik versta wel al veel, maar spreken gaat traag en ik kom soms niet op woorden, maar dan zeg ik het in het Frans. Goed?" (Ouder)

4.1.1.4. Buitenschools taalkamp als locatie

De locatie waar ons project plaatsvond, had mogelijks een grote invloed op de impact ervan. Als huisartsen werkten we hier los van een praktijkgebouw. We hoopten hiermee laagdrempelig te werken en een breder publiek te betrekken. De context van het taalkamp heeft een aantal voordelen.

Het taalkamp vond plaats in 't Kasteeltje La Koer, een gebouw in centrum Wetteren naast het gemeentelijke sport- en recreatiecentrum en speeltuin De Warande. Gezien de centrale ligging

en de gekende locatie kent dit kamp een erg **goede bereikbaarheid** en konden de ouders hun kind veilig en zonder al te veel moeite laten aansluiten.

Het taalkamp werd door het 'Huis van het Kind' georganiseerd voor kinderen die het (nog wat) moeilijk hebben met de Nederlandse taal en vaak een migratieachtergrond kennen. De kinderen worden via de scholen geselecteerd en de suggestie voor het taalkamp blijft vrijblijvend. Dit is een gekend herhaald concept in schoolvakanties. Ouders en kinderen kennen het taalkamp en de organisatie, wat dit tot een **vertrouwde omgeving** maakt.

Mede door het speelse en luchtige karakter, een gesubsidieerd project, de gekende locatie en vertrouwde brugfiguren, blijkt zo'n taalkamp erg **laagdrempelig**. Binnen deze buitenschoolse, maar toch educatieve, setting konden wij een ideale diverse doelgroep vinden voor ons gezondheidsproject. In samenspraak met het 'Huis van het Kind' werd ons een ietwat taalvaardigere groep kinderen toegewezen voor de speelsessies. Zo zorgden we samen voor **het selecteren van de juiste groep deelnemers**. We spraken zelf de ouders aan voor het verkrijgen van hun toestemming voor de speelsessies met hun kind en de eventuele losse terugkoppelende babbel nadien.

Gezien dit taalkamp een **niet-strikte planning** kende en allerhande activiteiten dienden om samen de taal te verwerven, konden ook onze speelsessies eenvoudig geïntegreerd worden. Voor beide speelsessies rond beweging en voeding kregen we een dagdeel om vrij in te vullen.

Ondanks de geïntegreerde taallessen is het kamp geen echt schools gebeuren. De kinderen namen graag deel aan het taalkamp en er heerste een ontspannen vakantiesfeer. Iedereen deed enthousiast mee met de georganiseerde activiteiten in de aanwezigheid van monitoren, leerkrachten en pedagogen.

4.1.1.5. Covid-restricties

Door de Covid-maatregelen moest de focusgroep met ouders buiten doorgaan, gebruikmakend van mondmaskers en op afstand van elkaar. Spelende kinderen op de achtergrond en veel passage langsheen ons groepje door onvermijdelijke interactie tussen kinderen en hun ouders bemoeilijkten het groepsgebeuren. Dit alles heeft een negatief effect op de verstaanbaarheid en de mogelijkheid tot interactie. Ook wordt het gesprek hierdoor onpersoonlijker en minder vertrouwelijk.

De Covid-crisis maakt het moeilijk om tot sociale contacten te komen, in te burgeren en ervaringen te delen. Ouders uiten de nood aan interactie om de Nederlandse taal te oefenen. Nu gebeurt dat voornamelijk binnen het gezin met de kinderen. De mogelijkheid om van andere gezinnen te kunnen leren is in deze periode meer beperkt. Dit maakt de betrokken ouders minder vertrouwd in de omgang met elkaar.

4.1.2. Mechanismen bij speelsessies

Onze speelsessies werden inhoudelijk al kort uit de doeken gedaan in de sectie methodologie. Hoe we tot de opzet van deze sessies gekomen zijn en aan welke waarden we aandacht gaven bij het uitvoeren ervan, wordt hieronder gestructureerd aan de hand van enkele specifieke mechanismen.

4.1.2.1. Thematisch inkleden

Als onderzoekers hebben we beiden ervaring als lid van een jeugdbeweging. Dit maakt ons vertrouwd met het organiseren en thematisch inkleden van spelactiviteiten voor kinderen. We trachten op deze manier meer in hun leefwereld te komen.

We treedden uit onze serieuze rol als arts en verplaatsten ons in hun wereld, zo ontstond er snel een spontane en ongedwongen sfeer. Het voorzien van het correcte begeleidende materiaal zorgde ervoor dat dit vlot verliep. We maakten kennis aan de hand van foto's en prenten, medisch materiaal uit onze eigen trousse en maakten gebruik van in het oog springende objecten zoals een miniatuur van het menselijk skelet.

De groep kinderen was van bij het begin erg geënthousiasmeerd door onze verschijning, het materiaal dat we meebrachten en het verhaal dat we te vertellen hadden.

4.1.2.2. Communicatie op niveau van kinderen

Op gepaste wijze werden de kinderen betrokken in ons spelconcept. De leeftijden varieerden, bijgevolg ook het begrip. Bewust maakten we de spelen niet te complex, schetsten we het verloop op voorhand en gebruikten we duidelijke en eenvoudige taal.

Vakjargon werd vanzelfsprekend gemeden, niet-gekende benamingen werden op kindermaat uitgelegd. Bij het tonen en bespreken van medisch materiaal als een stethoscoop en een zuurstofmeter werden deze vaak merkwaardig genoeg al door enkele kinderen aan de anderen uitgelegd. Kinderen die wat minder sterk waren in de Nederlandse taal werden ook bijgestaan door de sterkere.

Ook kregen we assistentie van twee monitoren die de gehele week samen doorbrachten met de groep kinderen en hen dus ook al wat beter kenden. Dit gaf ons de mogelijkheid ten volle op de speluitleg en het verloop te focussen terwijl zij waar nodig kinderen extra stimuleerden of bij de les hielden.

4.1.2.3. Actief creatief

Het dagdeel rond beweging werd vanzelfsprekend gevuld met actieve spelvormen. Aan de hand van de bewegingsdriehoek werden verschillende intensiteitsniveaus van beweging onderscheiden en aan den lijve ondervonden. Dit varieerde van statische yoga naar een matig intensief 'Olympisch tienkamp' tot een erg actief tikspel. Alle kinderen deden erg enthousiast mee, ook zij met wat minder aanleg tot lenigheidsoefeningen of zwaardere fysieke inspanningen.

In de speelsessie rond voeding haalden we vooral het creatieve aspect in de kinderen naar boven. De kinderen kregen de tijd om hun maaltijd van de vorige dag te tekenen op een kartonnen bordje. Stiftjes in alle kleuren stonden hiervoor ter beschikking. Daaropvolgend mochten de kinderen een kleurrijk kunstwerk maken aan de hand van gesneden fruit en groenten. We merkten dat het ene kind al wat meer verbeelding had dan het andere. Sommige kinderen wisten hier uit zichzelf echte pareltjes te maken. Het stimuleren van creativiteit bracht andere kinderen dan weer op eerder ongekend terrein.

We zien dat het baat om kinderen in groep te stimuleren voor activiteiten die ze thuis in het dagelijkse leven minder doen.

4.1.2.4. Van elkaar leren

Vragend werden de kinderen uitgedaagd na te denken en hun ideeën met de groep te delen. Minder extraverte kinderen werden gestimuleerd, we maakten duidelijk dat ieders inbreng evenwaardig is.

Voor de invulling van intensieve en minder intensieve spelen werd te rade gegaan bij de kinderen. Het in groep nadenken over bewegingsvormen en samen een spelvorm kiezen bevorderde de groepsdynamiek. De uitvoering van rustige yoga-oefeningen mochten de kinderen aan elkaar tonen. De ene was al moeilijker dan de andere en vaak leidden de ongewone lichaamsposities tot groot vermaak. Na het sporten waren de kinderen erg gefascineerd bij het luisteren naar elkaars versnelling van hartslag en ademhaling.

Na het maken van de kunstwerkjes met groenten en fruit mochten de kinderen proeven. Ze leerden elkaar nieuwe smaken kennen. Zo was bijvoorbeeld aubergine ongekend voor velen. Het dan weer zien eten van verscheidene kleuren paprika stimuleerde anderen om dit ook te proeven.

4.1.2.5. Laten ontdekken

We trachtten een veilige omgeving te creeëren waarin de kinderen op niet-oordelende wijze kunnen ontdekken en bijleren. Het open staan voor het perspectief en de ideeën van de kinderen maakt dat zij zich gehoord voelen.

Bij het peilen naar de maaltijd van de dag voordien zagen we ook beperkt gevarieerde of minder gezonde bordjes. De maaltijd die men tekende werd kort besproken door de kinderen zelf en ingedeeld op de voedingsdriehoek. De kinderen konden vaak degelijk het onderscheid maken tussen eerder ongezonde en gezonde maaltijden.

Gezondheidsboodschappen worden soms afgeweerd of als aanvallend geïnterpreteerd. Als gezondheidspromotor bestaat de kunst erin zaken op een niet-belerende wijze over te brengen, zonder de mensen af te schrikken. In onze studie maakten we kinderen op erg speelse wijze bewust van gezonde voeding en het nut van lichaamsbeweging, zonder terecht te wijzen.

De educatieve opzet schuilde in het leren kennen van nieuwe fruit- en groentesoorten, andere eetgewoonten en aanbevolen doordeweekse bewegingsvormen. Het indelen van maaltijden of voedingsproducten in de voedingsdriehoek en het aflezen van bewegingsvormen in de bewegingsdriehoek werd tijdens onze speelsessies enkel als hulpmiddel beschouwd.

4.1.2.6. Streven naar gemeenschappelijk doel

We probeerden onze speelsessies een betekenisvol einde of doel te geven. Door de nodige ‘prestaties’ te leveren tijdens het sporten kregen alle kinderen een zelfgemaakte medaille. Via enkele kleine activiteiten, zoals het knutselen met voedsel, verdienden de kinderen puzzelstukken, delen van de voedingsdriehoek die we op ‘t eind samen bespraken. Op die manier werd een gemeenschappelijk doel nagestreefd.

Na afloop van de speelsessies waren de kinderen duidelijk fier op hun verkregen medaille. Ook de samen gepuzzelde voedingsdriehoek wekte vreugde op onder de kinderen en versterkte het groepsgevoel.

4.1.3. Mechanismen bij focusgroep

4.1.3.1. Interactief

Via de focusgroep trachtten we enerzijds feedback van de speelsessies te krijgen en anderzijds te reflecteren over gezond opvoeden. We proberen een soort **samenhorigheidsgevoel** te creëren waarbij **erkenning en herkenning** centraal staan. Door het delen van (ook onze eigen) ervaringen maken we het **leren van elkaar** mogelijk. We **stimuleren interactie** door zelf actief deel te nemen aan het gesprek en via open vragen ook minder extraverte ouders te betrekken. Taalbarrière is hier de grootste uitdaging.

We hadden geen ervaring in het begeleiden van focusgroepen met volwassen. Op sommige momenten verliep het eerder moeilijk, maar naargelang de sessie vordert komen we zelf en de ouders los.

4.1.3.2. Terugkoppeling naar speelsessies

Via het tonen van de knutselwerken en het schetsen van de activiteiten proberen we het gesprek over de speelsessies open te trekken. Het samen naar de tekeningen van hun kinderen kijken biedt een **gemeenschappelijk raakpunt** en bevordert de interactie. Via de feedback van de ouders wordt duidelijk dat enkele kinderen er thuis uitgebreid over gesproken hebben.

> *“Mijn dochters hebben er over verteld. Ze vertelden dat ze naar elkaars hart konden luisteren, en dat ze spelletjes gespeeld hebben om te kijken hoe de hartslag varieerde.” (Ouder)*

4.1.4. Uitkomst

4.1.4.1. Bespreekbaar maken

Tijdens de speelsessies konden we rekenen op een groot enthousiasme van de kinderen. Zowel tijdens sport en spel als bij het knutselen met voedsel deed ieder actief mee en werd ieders idee gehoord. Er was een fijne interactie tussen de kinderen en ze gingen vlot samen in dialoog over wat er op speelse wijze aangebracht werd in groep. De gezondheidseducatieve speelsessies bleven bij de kinderen duidelijk even nazinderen. We merkten dat er **tussen de kinderen onderling** wel verder over gesproken werd.

> *“Die (de kinderen) hebben zich ongelooflijk geamuseerd, ze hebben er nog lang over gepraat. ‘De twee mensen die hier waren’, jullie namen waren ze al vergeten, maar de activiteiten vonden ze superfijn. Ze praatten er onderling ook wel over merkten we, dus het had wel een effect. Het was niet zomaar gepasseerd, dus ik denk dat het heel fijn was.” (Pedagoog)*

“Het leefde bij de kinderen, denk ik, door de manier waarop het aangebracht werd, gewoon fun-gedeelte zonder het heel belerend over te brengen. Maar toch merkte ik dat ze er veel van opgepikt hadden.” (Pedagoog)

Via de focusgroep met de ouders konden we achterhalen dat de kinderen thuis over de gezondheidsbevorderende activiteiten hadden verteld. Het onderwerp werd thuis bespreekbaar gemaakt en het gesprek werd door terugkoppeling naar de speelsessies opengetrokken. Het **thuis bespreekbaar maken** van gezondheid speelt mee in het aanbrengen van gezondheidsinformatie binnen het gezin.

“Ze vertelden over het tekenen van de maaltijden, de bewegingsspelletjes en yoga. Ze waren onder de indruk van de stethoscoop. Ik vind het goed dat er aandacht is voor gezondheid en dat de focus niet enkel ligt op het bijleren van de taal. Elke cultuur is ook anders en zo is de visie op gezondheid.” (Ouder)

Doordat de kinderen al thuis over de sessies hadden gesproken werd de drempel tot deelname aan de focusgroep voor de ouders mogelijks verkleind. Door de ouders te betrekken in de focusgroep kon ook **gezondheid bespreekbaar** gemaakt worden **tussen de ouders onderling**.

“Ik hoorde wel aan de ouders achteraf; ‘mijn kind vond het fijn, dus ik kwam ook luisteren’. Die link gaat geholpen hebben om hen daar te krijgen. Had je gewoon flyers uitgedeeld en aangesproken, dan had het veel moeilijker geweest. Dus ik denk dat dat een goede manier van werken is om een beetje dat vertrouwen te winnen. Van; ‘oke dat is iemand die het goed bedoelt, die heeft iets fijns gedaan voor onze kinderen, en ik ben bereid om te komen en daarover te praten’. Dat had anders veel minder gelukt denk ik.” (Pedagoog)

Ouders gaven aan het samen bespreekbaar maken van gezondheid en het groepsgebeuren als aangenaam te ervaren. Dit in schril contrast met het dagelijkse leven dat eerder in isolatie plaatsvond tijdens de Covid-periode.

4.1.4.2. Bewustwording

De kinderen werden in de speelsessies uitgedaagd om na te denken over de eigen levensstijl. Ongeacht hun leeftijd mogen we van een zekere bewustwording spreken.

De meeste kinderen spelen graag buiten en verdelen hun vakantietijd goed tussen actieve en sedentaire activiteiten. Wel zijn de buitenspeelmogelijkheden niet overal even uitgebreid, zo beschikt niet iedereen over een grote tuin en moet men vaak uitwijken naar bv. een openbaar parkje. Wat betreft de voeding is het belang van water, groenten en fruit goed gekend. Concepten als volkoren graanproducten en het al dan niet bevatten van vetten of suikers dan weer minder.

De focusgroep met enkele ouders had als doel om de gezondheidseducatieve speelsessies met hun kinderen bespreekbaar te maken en te peilen naar de invloed hiervan. Aan de hand van de eigen ervaringen werd ook **samen gereflecteerd** over gezond opvoeden en de uitdagingen hierbij.

Door de ouders zelf werden enkele relevante topics met betrekking tot een gezonde levensstijl aangehaald waaronder voeding, beweging, schermtijd en stress in het dagelijkse gezinsleven. Vele van deze zaken werden thuis al eens kort aangehaald door de spelervaring van hun kind. De erkenning van dezelfde uitdagingen deed de ouders soms lachen uit herkenbaarheid.

> *"Ze (de kinderen) zijn altijd druk en bezig. Ze luisteren niet altijd. Kinderen vragen om chips, willen opblijven. Ik probeer hier grenzen te bewaren, maar dat lukt niet altijd." (Ouder)*

> *"Vooral het eten is moeilijk. Er is wel altijd eentje die het niet lekker vindt. Ik lust geen champignons, ik lust geen ui… Ik kook maar één iets en dat moeten ze eten. Dat is niet altijd even gezellig aan tafel, dat geeft soms stress." en "Wat ze lekker vinden is niet gezond." (Ouder)*

> *"Bijna altijd gaan ze wel eens naar buiten, bv. naar het speelpleintje in de buurt." en "Wij gaan veel zwemmen hier in het zwembad." (Ouder)*

> *"Ze willen altijd nog tv kijken." en "gsm's, kinderen zijn verslaafd aan telefoon." (Ouder)*

Gezond opvoeden blijkt niet altijd even makkelijk. Kinderen stellen vaak hoge eisen en verwachtingen m.b.t. ongezonde voeding, schermtijd of het slaapuur. De aanwezige mama's weten wel wat gezond en ongezond is, maar het is niet eenvoudig steeds consequent te blijven in een druk gezin. Het mag duidelijk zijn dat de ouders die deelnamen aan de focusgroep stuk voor stuk een rolmodel voor hun kinderen willen zijn.

4.2. Invulling van de gezondheidsbevorderende rol van de huisarts buiten de praktijkmuren

4.2.1. Context

4.2.1.1. Patiëntenvisie op rol van de huisarts

Hoe zien patiënten de rol van de huisarts? Is die vooral binnen de praktijk gelegen, of halen zij zelf ook een rol buiten de praktijkmuren aan? Deze vraag werd gesteld aan zowel de kinderen, de ouders als de HAIO's. Wanneer we ons bij de kinderen voorstellen als huisartsen merken we dat de kinderen wat onwennig naar elkaar kijken. Eén kindje steekt zijn hand op om te vragen wat we hier komen doen op het kampje. Het ideale moment om uit te leggen dat de huisarts er ook kan zijn als ze niet ziek zijn, om te praten over gezond leven. Geen enkel kindje zag de huisarts buiten de praktijk functioneren.

> *"Wij zien de huisarts vooral bij ziekte, ikzelf ga ook soms langs om mijn bloeddruk te laten controleren." en "Enkel als wij ziek zijn, gaan wij naar de dokter." (Ouder)*

Ouders geven aan de huisarts vooral te zien bij ziekte. De preventieve rol kwam nooit als suggestie aan bod. De deelnemers verwachtten de huisarts niet in de rol die we hier opnamen. Een enkele ouder gaf aan verrast te zijn ons hier te zien, maar zag het als een kans voor de kinderen om kennis te maken onze gezondheidszorg. Ook tijdens het gesprek met de pedagoog kwam enkel de rol binnen de praktijk aan bod.

“Ik denk dat dat ook een beeld is die wij van huisartsen zelf nog niet gewoon zijn. Als ik heel eerlijk voor mezelf spreek, dan zie ik een huisarts ook als een dokter waar ik naartoe ga als ik ziek ben of als er iets mis is. Ik ben blij om te horen dat er inderdaad wel een beetje een verschuiving in komt.” (Pedagoog)

4.2.1.2. Artsenvisie op rol buiten de praktijkmuren

Ook voor onze mede-HAIO’s is een rol binnen de gemeenschap vernieuwend en eerder ongekend. Geen enkele van de mede-HAIO’s bij het panelgesprek nam al een rol op buiten de praktijkmuren. In het panelgesprek worden enkele bedenkingen geuit en benoemt men mogelijke drempels die huisartsen kunnen ervaren bij het opnemen van rollen buiten de praktijk.

Een eerste drempel die aangehaald wordt, is de financiële vergoeding. De vraag wordt gesteld of er reeds een bestaand nomenclatuurnummer bestaat om dergelijke preventieve consulten of sessies te begeleiden. Dit blijkt bij navraag de grootste drempel te zijn. Een mede-HAIO vindt dat vanuit de overheid hier een oplossing moet voor gevonden worden.

“Die sessies zijn dan gratis? Als je veel mensen wilt bereiken kan je daar geen (of weinig) geld voor vragen. Denk dat dat sowieso een barrière is. Denk dat dat ook van arts tot arts in meerdere of mindere mate meespeelt.” en “Er bestaat geen nomenclatuurnummer voor preventieve consulten.” (HAIO)

“Eigenlijk is dat echt jammer dat er geen financiering bestaat buiten het forfaitair systeem. Ik vind dat dan echt heel jammer dat dat eigenlijk bijna op vrijwillige basis is of voor het engagement voor de wijk dat je het moet doen.” (HAIO)

Volgende drempels die de mede-HAIO’s aanhalen zijn gebrek aan tijd en ruimte. Niet elke praktijk heeft de ruimte om sessies in groep te kunnen organiseren. Zeker wanneer er met kinderen gewerkt wordt, is voldoende plaats nodig. Dit loskoppelen van de klinische praktijk lijkt een mede-HAIO een goed idee.

“Meer praktisch dan, maar ook de ruimte. Als je groepssessies wilt doen heb je plaats nodig. In een gewone praktijkruimte is dit moeilijk. Anderzijds denk ik dat je misschien wel een ander publiek aanspreekt als je het los van het praktijkgebouw doet, zeker voor kinderen kan dit positief zijn.” (HAIO)

De ongerustheid heerst ook naar tijdsbeheer toe. Bij drukke praktijken met volle agenda’s zal het moeilijk zijn extra tijd vrij te maken voor dergelijke sessies.

“Ik denk dat die drempels inderdaad vooral heel praktisch zijn. Eén je moet er tijd voor maken, ik denk dat dat veel meer tijd kost dan je initieel denkt, ook in de voorbereiding kruipt veel tijd. Dat is niet altijd evident, stel dat je in een huisartsarme omgeving werkt.”

Naast de aangegeven praktische drempels als tijdsmanagement, ruimte en vergoeding zal zeker ook het persoonlijk interessegebied van de arts de mate bepalen waarin deze preventieve taken opneemt. Ook de invulling van de sessies zal vanuit het interessegebied van de arts verschillen. Vanuit onze ervaring in het jeugdwerk kozen wij voor groepssessies met kinderen, en om deze actief en creatief in te vullen.

“Een andere drempel is interesse. Het kan een grote stap zijn om af te stappen van de behandelingsvorm naar de preventievorm omdat je daar minder voeling mee hebt. Ik denk dat dat interessegebied er moet zijn, anders is dat een enorme drempel om dat te moeten doen.” (HAIO)

Daarnaast zal de vertrouwensrelatie met patiënten een belangrijke invloed hebben op de mogelijkheid tot ingrijpen op gezondheidsproblemen. Dit kan vanuit de twee standpunten bekeken worden. Patiënten zonder vaste huisarts zullen moeilijker toegang hebben tot de sessies als deze volledig vanuit de praktijk georganiseerd worden. Anderzijds is de vertrouwensband met de huisarts net belangrijk en zouden sommige patiënten deze niet willen veranderen door gesprekken buiten de klinische setting.

“Wij, als gewone mensen uit de middenklasse, je hebt wel een band met uw huisarts, je gaat altijd bij dezelfde huisarts, of toch velen. Dat is bij die gezinnen (met migratieachtergrond en/of een taalbarrière) al veel minder het geval, die hoppen heel vaak van huisarts naar huisarts, waardoor je er minder impact op kunt hebben.” (Pedagoog)

“…dat (het kunnen ter sprake brengen van preventie) is enkel bij mensen die je al goed kent, en al lang opvolgt. Niet bij mensen die acuut zo een keer per jaar komen, voor een griepje of verkoudheid. Dan gaat dat eigenlijk ook niet echt aan bod komen. Dat is dan niet echt het moment om dat aan te halen.” (HAIO)

4.2.1.3. Aanwezigheid van de huisarts

De aanwezigheid van de huisarts was in onze sessies een belangrijke contextuele factor. Echter omvat deze verschillende aspecten. Een eerste is de **persoonlijkheid en leeftijd** van de artsen. Het profiel van de arts kan meespelen bij de beleving van de speelsessies en focusgroep. Onze leeftijd lag niet ver van de leeftijd van de aanwezige monitoren, waardoor we snel aansluiting vonden met hen en de kinderen. Anderzijds konden we in het gesprek met de ouders toch enige ervaring aanbrengen waardoor we niet als jonge ‘snotneus’ werden bekeken.

De manier waarop de artsen zich opstellen en hun persoonlijkheid bepaalt in grote mate de **toegankelijkheid**. We trachtten een open houding aan te nemen door zelf bij te leren in het gesprek met de ouders.

In ons geval voelden wij ons comfortabel tijdens de speelsessies, we vonden het leuk om ook mee te kunnen spelen en knutselen. Dit is een **persoonlijke interesse** die bij ons voortkomt uit onze ervaring bij de jeugdbeweging. Artsen zonder deze ervaring zouden dit mogelijks anders aanpakken en invullen.

Ook de **visie** die de artsen op huisartsgeneeskunde en gezondheidspromotie hanteren zou mogelijks kunnen interfereren met het project. In ons geval waren we gemotiveerd om gezondheidspromotie buiten de praktijkmuren te laten plaatsvinden. We geloofden in de meerwaarde van luchtige groepssessies met kinderen en aansluitend het betrekken van hun ouders.

4.2.1.4. Aanwezigheid van een vertrouwenspersoon

De pedagoog benoemt het verweven zijn met de gemeenschap als een belangrijke eigenschap van vertrouwenspersonen. Zij vormen een essentiële schakel in het bereiken van de gewenste doelgroep en kunnen cultuurspecifieke noden signaleren. Ook zorgen ze voor de nodige vertrouwensrelatie tussen degenen die (gezondheids)informatie aanbrengen en de ontvangers.

> *"Vertrouwenspersonen zijn het belangrijkste omdat ze weten van; 'Dat zijn mensen die niet beoordelend zijn naar ons, die aanvaarden wie we zijn. Zij gaan ons op een manier iets bijbrengen en dan kunnen wij beslissen wat we ermee doen.'." (Pedagoog)*

> *"Wij hebben een intercultureel forum, Wetteren Samen heet dat. Daar zit iemand in van de moskee hier in Wetteren, die ontfermt zich over diverse culturen, maar dat is wel iemand die een boodschap kan overbrengen als het nodig is. Ook is er iemand van de Tunesische gemeenschap, die een vzw heeft, die echt veel doet voor die gemeenschap, die bv. de Arabische lessen organiseert. Voor de Afrikaanse gemeenschap hebben we iemand die het wereldkoor organiseert, zij heeft een grote invloed op haar gemeenschap. Wanneer andere organisaties, bijvoorbeeld Kind en Gezin, connectie zoeken met bepaalde gezinnen kunnen zij als brugfiguur fungeren." (Pedagoog)*

In ons project fungeerde de pedagoog van het 'Huis van het Kind' als de gekende en vertrouwde brugfiguur. Deze organisatie sluit op laagdrempelige wijze aan bij het leven van gezinnen en kinderen uit het Wetterse. Ze fungeerde als grote schakel tussen ons en de migrantenpopulatie in Wetteren. Ook de twee aanwezige monitoren hadden tijdens de speelsessies zelf een rol als vertrouwenspersoon. Zij begeleidden de groep al de hele week en zorgden voor een brug tussen ons en de kinderen.

4.2.2. Mechanisme

4.2.2.1. Attitude en participatie als arts

Als huisarts maakten we ons de attitude eigen ons tussen de groep te plaatsen. Samen **met de kinderen speelden we actief mee**. We ervaarden dat wanneer wij ons enthousiast opstelden, ook de kinderen actief meegingen in de activiteiten. We merkten dat de kinderen op die manier **langer geboeid** bleven en meer oppikten van ons verhaal. Ook na de speelsessies bleven enkele kinderen **connectie met ons zoeken**.

Door niet enkel te modereren, maar ook **actief deel te nemen aan het gesprek met de ouders** hadden we **invloed op de dynamiek**. Niettegenstaande we hier en daar iets vertaalden, kwam het gesprek steeds meer op gang. Via persoonlijke vragen die we kregen evolueerde het naar een **losse babbel**. We deelden ook eigen ervaringen en ondanks we zelf nog geen kinderen hebben, kwamen we toch **op gelijke voet te staan met de ouders**. We koppelden terug naar de fijne speelsessies met de kinderen door de tekeningen en knutselwerkjes te tonen. Ouders gaven aan dat de klassieke gespreksrelatie met de eigen huisarts anders is en vaak stijver verloopt.

We stelden ons van bij het begin voor als bezig zijnde met het **voorkomen van ziekte en behouden van gezondheid** in tegenstelling tot de gekende genezende arts. Het praten over gezondheid valt minder zwaar in vergelijking met praten over ziekte, wat maakte dat we **eenvoudig aansluiting** vonden als arts.

4.2.2.2. Samenwerking met sociale partner

Tijdens de uitwerking van dit project stootten we al snel op de uitdaging een geschikte doelgroep te bereiken. Om met een preventieve opdracht voldoende impact te kunnen hebben, is doelgroepselectie essentieel. Uit eigen ervaring werd duidelijk dat het bereiken van de gewenste doelgroep vanuit de praktijk niet eenvoudig zou zijn. We klopten aan bij een sociale partner in de buurt, het 'Huis van het Kind' te Wetteren. Zij waren erg enthousiast over ons project. Tot op heden kenden zij nog geen gezondheidsbevorderend project op maat van kinderen in de regio en via hun taalkamp beschikten wij over perfecte platform hiervoor.

Als praktische bedenking werd door mede-HAIO's aan bod gebracht dat er nood is aan externe ondersteuning voor de opzet van gemeenschapsinterventies. Als huisarts mag je nog de interesse en motivatie hebben, het organiseren van zo'n sessies is moeilijk. Onze mede-HAIO's zien heil in het **samenwerken met een gekende sociale partner** om zo'n project te laten slagen.

> *"Maar ik denk ook dat je als huisarts al een goede connectie moet hebben met bv. een sociaal huis of ocmw zodat je al goed weet wat er in de buurt is en dat daarop afstemmen. Je kunt volgens mij niet zomaar zeggen vanop je eiland: 'kijk ik ga daar eens mee beginnen'. Je moet echt kijken naar de wijk en de buurt van; wat is er al, en waar kan ik mee instappen of mooi op aanvullen. En dat vraagt weer tijd." (HAIO)*

> *"Ik denk dat je net daarom ook moet samenwerken met een sociaal huis. Van; kijk, er wordt een sessie gegeven over gezondheid, beweging en voeding. Je kunt dit als huisarts volgens mij niet alleen trekken. Ok, je medisch dossier zal al iets kunnen weergeven, maar ik denk dat je dat steeds ook moet doen met een buurtorganisatie of ocmw. Je zal veel breder mensen kunnen bereiken." (HAIO)*

Volgens enkele mede-HAIO's kun je door samen te werken met sociale partners uit de omgeving ook veel meer wijkgericht gaan werken en inzetten op de gezondheidsproblemen die in de wijk primeren.

> *"Ik krijg al direct ideeën voor plenaire sessies. Bijvoorbeeld bewegingssessies bij kinderen met obesitas. Ook tandheelkundige sessies bij kinderen kunnen nuttig zijn. Want tandverzorging is iets dat bij mijn populatie echt heel schrijnend is." (HAIO)*

4.2.3. Uitkomst

4.2.3.1. Band met de huisarts

Eén van de doelen van ons project was om gezondheidszorg in de eerste lijn laagdrempelig te profileren. Onze ervaring leert dat na het beëindigen van de sessies zowel de kinderen, de monitoren en de ouders nog contact met ons zochten voor een open gesprek. Niet steeds over gezondheid en gezond opvoeden, maar het toont dat de drempel tot interactie kleiner werd.

Het **veranderde beeld van de huisarts en zijn tot nog toe ongekende preventieve taken** worden positief onthaald. De initiële visie van de huisarts binnen de praktijk die ziekte behandelt, hebben we kunnen opentrekken tot ook de preventieve rol. Dit kwam uitgebreid aan bod in zowel de focusgroep met ouders als tijdens de speelsessies met de kinderen. Het brede takenpakket van de huisarts werd toegelicht.

Enkele kinderen gaven aan niet graag naar de dokter te gaan. Wanneer we echter tijd nemen om onze taken te benoemen en ook ons medisch materiaal eens te laten rondgaan, zien we alle kinderen geïnteresseerd en actief deelnemen om spelenderwijs bij te leren.

4.2.3.2. Huisarts als medisch expert

De huisarts heeft een plaats als het aankomt op het **verstrekken van gezondheidsinformatie**. Ondanks onze jonge leeftijd, ook zonder uitgebreide praktijkervaring, zonder zelf al een kroost te hebben, kregen we al snel het mandaat om te praten over gezond opvoeden. We werden soms bevraagd en onze kennis als arts werd als nuttig beschouwd.

Preventieve wijkgerichte projecten mee invullen en vormgeven zien mede-HAIO's zichzelf wel doen. Hier blijkt de nadruk te liggen op het uitvoeren van een **soort kwaliteitscontrole op de aangebrachte gezondheidsinformatie**. De vraag rijst of we als huisarts ook de uitvoerder en eindverantwoordelijke moeten en kunnen zijn van zo'n projecten.

> *"De huisarts is goed voor de medische onderbouwing, maar er zijn ook wel sociale medewerkers nodig om dat mee te helpen organiseren. Dan lijkt mij dat wel iets haalbaars. Het kan niet alleen op de schouders van de huisarts rusten." (HAIO)*

> *"Maar is dat de volledige functie van een arts? Ik denk dat die functie echt wel gedeeltelijk kan overgenomen worden door evengoed bijvoorbeeld kinesisten, leerkrachten L.O. bijvoorbeeld, diëtisten, hulpverleners in het algemeen. De arts kan dat zeker, maar moet dat een arts zijn? Dat kan, maar hoeft volgens mij niet per se. Plus misschien dat het wel interessant kan zijn als een arts meedoet, omdat dat wat extra kracht geeft aan het project. Omdat sommige mensen toch nog extra waarde blijven hechten aan de betrokkenheid van een arts, misschien dat dat dan wel een verschil maakt naar impact toe van de boodschap." (HAIO)*

In bovenstaande quote worden suggesties gedaan naar andere uitvoerders en partners voor dergelijke projecten. De arts wordt eerder niet gezien als uitvoerder van de sessies, maar wel als aanwezige expert. Het is niet helemaal duidelijk of de impact van de sessies per definitie groter zou zijn als de arts actief deelneemt.

Naar aanleiding van ons project werd vanuit het 'Huis van het Kind' gericht gepolst naar onder meer voedingsgewoonten bij naburige lagere scholen. De verkregen feedback leert ons dat scholen wel degelijk een interessant platform zijn om gezondheidsproblemen te signaleren of gezondheidsbevorderende projecten op te zetten. Om in voldoende voorlichting te voorzien, ontbreekt het zorgteams en leerkrachten vaak aan gezondheidsinformatie. De pedagoog ziet de arts meer als adviserend **medisch expert**, minder als concrete uitvoerder van educatieve projecten.

“Ik denk hierbij aan het voorbeeld van een school die ons laatst contacteerde in verband met verschillende kinderen en hun ongezond gevulde boterhamdozen. Ja, wij organiseerden daar dan infosessies over, maar dat zou perfect zijn dat een huisarts vooraf aan die professionals wel nog eens de juiste info gaat geven. Want, wij doen ook vanuit wat wij denken dat goed is, maar het is niet dat ik opgeleid ben over gezondheid. Dus, dat je zou zeggen van, we geven de professionals van de sociale sector daar eens een vorming over. Zoiets denk ik dat dan wel misschien voor een huisarts interessant is.” (Pedagoog)

4.2.3.3. Signalisatiefunctie in de praktijk

Meer in relatie tot de klassieke rol van de huisarts in het kabinet, ziet de pedagoog een signalisatiefunctie voor de huisarts. Het **opmerken van gezondheidsproblemen** die er in de wijk zijn en deze doorgeven aan de externe sociale partner, zodat deze hier gericht op kan inspelen. Zo werkt ieder aanvullend vanuit zijn eigen vakdomein.

“...ik denk dat de grootste functie van huisartsen zit in het proberen opmerken, daar (gezonde levensstijl) gewoon aandachtig voor zijn. Proberen doorverwijzen zodat wij ('Huis van het Kind') misschien meer aan de slag kunnen. Maar het is natuurlijk ook altijd even voor huisartsen de knop omdraaien van ‘ik moet hier weer iets extra erbij nemen eigenlijk’.” (Pedagoog)

Ook de mede-HAIO’s halen deze rol aan. Wanneer praktische drempels onszelf verhinderen om gericht in te grijpen op bestaande problemen, moet doorverwezen worden naar sociale partners in de omgeving. Een kennis van de sociale kaart in de buurt is essentieel voor dergelijke samenwerkingen.

4.2.3.4. Vervolginterventie en toekomstvisie 'Huis van het Kind'

De pedagoog suggereert een mogelijke vorm van gezondheidsbevordering in het huidige eerstelijnslandschap waar samenwerken en onderlinge communicatie centraal staan.

Zoals hierboven beschreven zou onze gezondheidsbevorderende rol als huisarts zowel kunnen bestaan uit het signaleren van gezondheidsproblemen als uit het aanbrengen van gezondheidsinformatie. Het verstrekken van informatie kan rechtstreeks in onze praktijk of op aangeven van de sociale partner aan zorgteams in bestaande projecten als medisch expert.

Omgekeerd kunnen gezondheidsproblemen ook door een school of andere sociale partners opgevangen worden, die dan op hun beurt in contact staan met de naburige huisartspraktijken.

Via de pedagoog kwamen te weten dat ons project toch ook voor hen wat in beweging heeft gebracht. Ons project werd door het ‘Huis van het Kind’ op een scholenoverleg besproken. Hierop kwam feedback en in een vervolgproject werd besloten om meer in te zetten op gezonde voeding op school.

“Het is eigenlijk een beetje naar aanleiding van jullie project, we hebben dat op scholenoverleg gebracht, van ‘kijk dat is gebeurd op dat taalkampje’, heel kort maar. Maar er is wel een school die ons achteraf gebeld heeft, niet ver van hier, een centrumschool, van; ‘gezonde voeding, we hebben daar heel veel problemen mee.” (Pedagoog)

5. Discussie

5.1. Bespreking

5.1.1. Invloed van speelsessies op gezondheidsbevordering bij kinderen

Aceves-Martins et al. onderzochten enkele aspecten waar gezondheidspromotoren rekening mee moeten houden als ze willen inzetten op interventies bij kinderen en jongeren (25). Een overzicht van hun bevindingen kan teruggevonden worden in Tabel 6 (Bijlage 5). Bij nazicht blijkt dat onze sessies verschillende elementen uit hun onderzoek omvatten. Vooral eerder beschreven contextuele factoren en mechanismen passen binnen hun bevindingen. Dit gegeven sterkt onze opvatting dat zowel de opzet van ons project als de invulling van de speelsessies doelgericht en effectief zijn.

Een eerste belangrijk element is de doelgroepselectie, de keuze van de juiste groep deelnemers. Kinderen en jongeren variëren in niveau van ontwikkeling en verantwoordelijkheden. Maar ook de volwassenen die hen begeleiden variëren in bereidheid tot werken met kinderen en jongeren. Om winst in gezondheid te maken is het belangrijk de groep doelgericht te selecteren. Een extra inspanning moet geleverd worden om kinderen of jongeren met kwetsbare achtergrond te betrekken (25). De Gezondheidsenquête van Sciensano toont stijgende percentages van overgewicht bij kinderen (2). Uit de literatuur leren we dat kinderen met een migratieachtergrond voor extra uitdagingen staan bij het integreren in nieuwe culturen (10). Het onderzoek van Shah et al. benadrukt het belang van de overgang van kindertijd naar puberteit voor de basis van de levensstijl als volwassene (3). Via onze interventie tijdens een taalkamp hebben we alle bovenstaande zaken trachten te integreren. Wij kozen er bewust voor om de gezondheidssessies niet te organiseren binnen bijvoorbeeld een betalend sportkamp. Binnen de context van een gesubsidieerd taalkamp voor kinderen met een taalachterstand en migratieachtergrond denken we een diverse en relevante doelgroep afgelijnd te hebben.

Een volgend element dat Aceves-Martins et al. beschrijven is de connectie met een sociale instantie. Zoek een instantie in de omgeving die mee het project kan dragen, die aansluit bij het leven van de kinderen (25). De meerwaarde hiervan hebben wij zelf kunnen ervaren. De mooie doelgroepselectie hadden wij nooit kunnen bereiken zonder de hulp van het ‘Huis van het Kind’ te Wetteren. Zij zorgden voor de extra organisatorische ondersteuning, waren een brug naar de ouders en hadden duidelijk ervaring met de doelgroep. Ook de mede-HAIO’s benadrukken dat dergelijke projecten niet door de huisarts alleen kunnen gedragen worden. Tijd en ruimte ontbreken om als huisarts de volledige organisatorische taak op ons te kunnen nemen.

Aceves-Martins et al. geven ook suggesties naar invulling van de interventies bij kinderen. Onder meer het toevoegen van creativiteit, werken naar een gemeenschappelijk doel en activiteiten aangepast aan de leeftijd worden genoemd (25). Met onze ervaring in het jeugdwerk stemden we de speelsessies af op onze doelgroep en trachtten we het niet-schools en luchtig aan te pakken. Hun creativiteit konden de kinderen de vrije loop laten tijdens het tekenen van hun maaltijd en het knutselen met groenten en fruit. Het groepsgevoel versterkten we door hen te laten streven naar een gezamenlijk doel. Zo verdienden ze puzzelstukken van de voedingsdriehoek door kleinere knutselactiviteiten te volbrengen en kregen een medaille na het doorlopen van verscheidene beweegspelen.

Uit het diepte-interview met de pedagoog weten we dat de sessies nadien nog even bleven nazinderen bij de kinderen. Ze spraken er onderling over gedurende het verdere verloop van het taalkamp. Dit doet ons vermoeden dat we enige bewustwording van gezondheid verkregen. Onze gezondheidseducatieve opdracht lijkt geslaagd in zijn opzet. Uiteraard dienen we dit effect te kaderen binnen onze CMO-hypothese. Gezondheidspromotie onder de vorm van speelsessies lijkt wel degelijk een gunstige impact te hebben op een kleine groep kinderen met migratieachtergrond binnen de context van een taalkamp.

De literatuur toont dat het betrekken van ouders en engagement in de thuissituatie essentieel is in het bestendigen van gezondheidspromotie bij kinderen (8, 9). Het moderen van een focusgroep met volwassenen was voor ons beiden iets nieuws. We hadden ervaring in het jeugdwerk, maar volwassenen samenbrengen en een luchtig gesprek begeleiden was een uitdaging. Naast de taalbarrière kaarten we ook enkele andere moeilijkheden aan, verder in de beperkingen van ons onderzoek. Toch konden we uit de focusgroep begrijpen dat er thuis in het gezin het één en ander bespreekbaar werd gemaakt en dat deze vorm van gezondheidspromotie bij de kinderen warm werd onthaald.

Het samen met de ouders erkennen van moeilijkheden bij gezond opvoeden doet vermoeden dat hieruit een toename kan volgen van kennis en gezondheidsvaardigheden. Ten gevolge hiervan zouden de ouders een verhoogde controle over het eigen gezondheidsgedrag kunnen ervaren en een sterker rolmodel kunnen spelen voor hun kinderen. Dit laatste sterkt ons geloof dat we in ons project, zo ook indirect, gezondheidsbevordering bij kinderen in de hand werken. Ons doel reikt echter niet verder dan het bespreekbaar maken en bewustwording stimuleren van gezonde levensstijl. Dit gezien we mogelijke verandering in gezondheidsgedrag in dit project niet kunnen meten.

5.1.2. Invulling van de gezondheidsbevorderende rol van de huisarts buiten de praktijkmuren

Elke arts heeft een rol als gezondheidsbevorderaar. Veelal wordt deze enkel opgenomen op patiënt- of praktijkniveau. Deze CanMEDS-rol kan echter ook breder gezien worden buiten de praktijkmuren, met een rol weggelegd binnen de wijk.

De literatuur toont dat jongeren veelal de huisarts zien als de oplosser van gezondheidsproblemen tijdens een consultatie (22). Ook de pedagoog en de ouders zien ons vooral werkzaam binnen het kabinet. Is er dan een plaats voor de huisarts buiten de praktijkmuren?

Yaffe et al. gaven aan dat jongeren binnen een standaard consultatie hun mate van experimenteren en risicogedrag minder durven aangeven. Dit gezien de arts vaak ook een vertrouwensband heeft met de ouders (23). Door ons als niet-behandelend arts enthousiast voor te stellen en actief deel te nemen, merkten we dat zowel de kinderen als hun ouders ons in vertrouwen namen. Binnen de context van het taalkamp werd het voor ons mogelijk een gezondheidsgesprek opentrekken. Ook na het beëindigen van de sessies zochten enkelen ons nog op, zo merkten we dat de drempel voor interactie met ons als arts kleiner werd.

Enkele mede-HAIO's zouden graag de rol van gezondheidsbevorderaar meer op zich nemen om te komen tot een meer betrokken en toegankelijke eerstelijnszorg. De eigen interesse bepaalt hierin de mate van engagement. Naast de eigen interesse en vertrouwensrelatie

worden belangrijke struikelblokken als tijd, ruimte en vergoeding benoemd voor zo'n projecten in de dagelijkse praktijk. Deze drempels zien we ook bevestigd in de literatuur (16).

Bij het uitvoeren werd duidelijk dat ons gemeenschapsgericht project steunt op veel meer dan enkel de rol 'gezondheidsbevorderaar'. Met name ook de rol van 'organisator' en 'samenwerker' zijn essentieel. Onze collega's stellen zich de vraag of we zonder het betrekken van sociale partner laagdrempelig de gewenste doelgroep zouden kunnen bereiken en dus of wij als arts wel de voortrekker van dergelijke projecten kunnen zijn. Onze eigen ervaring leert dat het organiseren van een doelgericht gezondheidsbevorderend project als arts alleen erg moeilijk is. Het 'Huis van het Kind' bleek hiervoor een ideale partner te zijn.

De pedagoog geeft aan dat aanwezigheid van de huisarts kracht kan geven aan een project en zal zorgen voor juiste gezondheidsinformatie. In het huidige eerstelijnslandschap ziet men de rol van de huisarts eerder als medisch expert en het signaleren van gezondheidsproblemen. Voor het uitvoeren, om de informatie over te dragen en de sessies te begeleiden ziet men eerder een rol weggelegd voor andere hulpverleners waaronder leerkrachten, diëtisten en kinesisten. In ons project waren wij graag zelf de uitvoerder van de speelse sessies. Uiteraard beseffen we dat dit een persoonlijke interesse is. Onze ervaring binnen het jeugdwerk zou hierin een rol kunnen spelen.

Gezondheidseducatieve wijkgerichte projecten waarbij ook huisartsen actief deelnemen, zonder te beleren of te vingerwijzen, zouden kunnen zorgen voor een laagdrempelige eerstelijnszorg die preventie vooropstelt. In welke mate de huisarts zelf gezondheidsinformatie overbrengt of eerder adviseert als medisch expert zal afhangen van de persoonlijke interesse en de mogelijkheid in de dagelijkse praktijk.

5.2. Sterktes en beperkingen van onderzoek

5.2.1. Sterktes

Tijdens het uitwerken van ons project werd al snel duidelijk dat dit met twee personen moeilijk ging worden. We vonden aansluiting met een lokale sociale partner, Het 'Huis van het Kind' te Wetteren. Zij bleken de perfecte toegangspoort naar onze doelgroep. We werden bijgestaan door een ervaren pedagoog. Zij kon ons ondersteunen in de aflijning en het bereiken van de doelgroep, zorgde voor ruimte in het taalkamp en gaf ons tips over hoe we best konden omgaan met de culturele verschillen en de taalbarrière.

De samenwerking met het 'Huis van het Kind' te Wetteren bleek een mooie wisselwerking te worden. Na ons project werden gezondheidsgerichte thema's bij naburige lagere scholen afgetoetst. Zo krijgt ons gezondheidsbevorderend project een mooi vervolg. De pedagoog suggereert een mogelijke vorm van gezondheidsbevordering in het huidige eerstelijnslandschap waar samenwerken en onderlinge communicatie centraal staat.

Op basis van literatuuronderzoek namen we aan dat kinderen uit migrantenfamilies een extra relevante doelgroep zijn voor gezondheidsinterventies. De diversiteit van onze groep mag ook als een sterkte benadrukt worden. Binnen de leeftijdsgroep was er een mooie variatie aan achtergrond, nationaliteiten en gezondheidsvaardigheden. Zoals in het artikel van Aceves-Martins et al. wordt besproken moet er een extra inspanning gebeuren om een

maatschappelijk relevante doelgroep te bereiken. We vinden dat we dit toch naar behoren hebben kunnen toepassen.

5.2.2. Beperkingen

We beseffen dat dit een kleinschalige kwalitatieve studie betreft met enkele belangrijke beperkingen waarmee we moeten rekening houden bij het trekken van conclusies.

Allereerst dienen we de beperkte grootte van de groep te vermelden. Het aantal deelnemers bleek perfect om in groep spelactiviteiten te organiseren en een veilige sfeer te creëren. Echter, door de eerder kleine groep ligt de aantonende kracht van deze studie lager.

Ook de specifieke aflijning van de groep zorgt dat we niet kunnen veralgemenen. De contextuele factoren binnen de CMO-benadering zijn belangrijke zaken om in het achterhoofd te houden. De keuze van sociale partner (het 'Huis van het Kind' te Wetteren), de samenstelling van de groep (leeftijd, migratieachtergrond), de locatie (taalkamp) en ook onze aanwezigheid (interessegebied en persoonlijkheid) zijn zeer bepalend voor de uitkomst van ons project.

Ondanks de voorselectie van een eerder sterke taalvaardige groep kinderen en hun ouders zorgde de taalbarrière toch voor enkele moeilijkheden. De taalverschillen maakten het voor enkele ouders soms moeilijk hun ideeën te verwoorden. Voor de focusgroep met ouders was extra ondersteuning welkom geweest. Er was wat te weinig interactie en soms iets te veel één-op-één communicatie. Ook vervielen we snel in gesloten vragen in een poging duidelijker te willen zijn. Zo denkt ook de pedagoog aan het inschakelen van een tolk of intercultureel medewerker, iemand die gewoon is om dergelijke gesprekken te modereren. Bij de transcriptie werden quotes leesbaarder gemaakt en zelfs vertaald. Onze eigen interpretatie kan afdoen aan de betrouwbaarheid en reproductiviteit van onze studie, al zeker gezien dit proces door twee verschillende onderzoekers gebeurde.

Tijdens de gesprekken met de ouders, de pedagoog en de mede-HAIO’s participeerden wij als onderzoekers. Het zelf stellen van de vragen zou mogelijks kunnen leiden tot sociaal-wenselijke antwoorden. Het uitselecteren van geïnteresseerde ouders en mede-HAIO’s kan ook een zekere invloed hebben op de voorkennis met betrekking tot gezonde levensstijl en de uiteindelijk verkregen antwoorden.

Als laatste moeten ook de Covid-omstandigheden mee in aanmerking worden genomen. We waren hierdoor genoodzaakt enkele zaken anders aan te pakken dan initieel voorzien. Zo vond de focusgroep buiten met enige lawaaihinder plaats, op afstand van elkaar. Het gebruik van mondmaskers maakte non-verbale communicatie en het creëren van verbondenheid moeilijker. Het panelgesprek met mede-HAIO’s verliep virtueel, wat mogelijks gespreksvoering en interactie bemoeilijkte. Dit is een belangrijke contextuele factor waarmee in het opstellen van de CMO-hypothese geen rekening werd gehouden, maar die naar onze ervaring toch een impact heeft gehad. Het maakt dat de resultaten niet zomaar mogen geëxtrapoleerd worden naar een situatie zonder Covid-restricties.

5.3. Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

De literatuur is beperkt wanneer het gaat over gezondheidsgerichte groepsinterventies bij kinderen, zeker wanneer er gezocht wordt naar de betrokkenheid van artsen hierbij. Binnen de Vlaamse context konden wij dit niet terugvinden.

Gemeenschapsgerichte projecten kunnen de drempel naar de eerste lijn verlagen en mooie samenwerkingen met sociale partners in de omgeving bevorderen. In toekomstige projecten binnen een andere setting zou men kunnen nagaan wat de invloed is van andere contextuele beïnvloedende factoren. Mede-HAIO's suggereerden dat onderwerpen als tandhygiëne, schermtijd en risicogedrag zoals roken, ethylgebruik en onbeschermde seksuele contacten mogelijke topics kunnen zijn.

Door meer interactie tussen ouders mogelijk te maken zou men, gebaseerd op het interactiemodel van prof. dr. Decat, tot verandering in gezondheidsgedrag kunnen komen. Het samen erkennen van moeilijkheden voor en het belang van gezond opvoeden zou kunnen zorgen voor een verhoogde controle over het eigen gezondheidsgedrag. Zo kunnen ouders een sterker rolmodel spelen en indirect ook gezondheidsbevordering bij hun kinderen in de hand werken. Beïnvloedende factoren in deze hypothese zouden in toekomstig onderzoek belicht kunnen worden.

Onze ervaringen tonen dat zowel de kinderen, hun ouders en de sociale partner openstaan voor een gezondheidseducatieve samenwerking. Indien dit tot het interessegebied van de arts behoort en deze graag een gezondheidsbevorderende rol op zich neemt, zouden middelen ter beschikking gesteld moeten worden om soortgelijke projecten mogelijk te maken. De financiering van preventieve gezondheidszorg zou men in toekomstig onderzoek kunnen toetsen aan de huidig overwegende betaling per prestatie.

6. Conclusie

Binnen de context van het taalkamp met een divers groepje kinderen mogen we concluderen dat de educatieve speelsessies bewustwording creëerden van de eigen gezondheid en levensstijl en dat er dus enige gezondheidsbevorderende invloed was. Het onderwerp werd bespreekbaar gemaakt zowel tussen de kinderen, binnen het gezin en ook tussen de ouders onderling.

Gezondheidseducatieve wijkgerichte projecten waarbij ook huisartsen actief deelnemen, zonder te beleren of te vingerwijzen, zouden kunnen zorgen voor een laagdrempelige eerstelijnszorg die preventie vooropstelt. Niet elke arts ziet een even grote rol weggelegd buiten de praktijkmuren. Maar indien de interesse er is om dergelijke preventieve projecten op poten te zetten of te ondersteunen, zouden alle artsen over de middelen moeten beschikken om zo een laagdrempelige toegankelijkheid van de eerste lijn mogelijk te maken.

In het huidige eerstelijnslandschap ziet onze sociale partner, de pedagoog van het 'Huis van het Kind', onze betrokkenheid als huisarts vooral als medisch expert en om gezondheidsproblemen te signaleren binnen de wijk. Samenwerking en onderlinge communicatie staan centraal in gemeenschapsgerichte gezondheidspromotie. Als vervolg op onze sessies werd het gesprek rond gezond opvoeden ook met omgevende scholen opengetrokken.

7. Referentielijst

1. Vancoppenolle, D., Colaert, K., Cloots, H. & Roelants, M. (2020). De gewichtsstatus van kinderen en jongeren in Vlaanderen. Geïntegreerde rapportage op basis van BMI-gegevens van Kind en Gezin en Zorg en Gezondheid. Brussel, Kind en Gezin en Zorg en Gezondheid.
2. S. Drieskens, L. Gisle, R. Charafeddine, S. Demarest, E. Braekman, D. Nguyen, J. Van der Heyden, F. Berete, L. Hermans, J. Tafforeau. Gezondheidsenquête 2018: Levensstijl. Samenvatting van de resultaten. Brussel, België: Sciensano. Rapportnummer: D/2019/14.440/52. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquete.be
3. Shah S, Foley BC, Molinari I, Lim K-S, Shrewsbury VA. The students as lifestyle activists (SALSA) program. British Journal of Sports Medicine. 2017;51(19):1445-6.
4. Huis van het Kind. Geraadpleegd op 15 mei 2021, van https://www.huisvanhetkindlww.be/.
5. Day RE, Sahota P, Christian MS. Effective implementation of primary school-based healthy lifestyle programmes: a qualitative study of views of school staff. BMC Public Health. 2019;19(1):1-16.
6. Elias PH, Montemurro G, Sulz L, Torrance B, Storey KE. Canadian after-school care providers' perceived role promoting healthy lifestyles: a focused ethnography. BMC public health. 2020;20(1):1-11.
7. Norman Å, Nyberg G, Berlin A. School-based obesity prevention for busy low-income families—Organisational and personal barriers and facilitators to implementation. PLoS One. 2019;14(11):e0224512.
8. Van de Kolk I, Goossens AJ, Gerards SM, Kremers SP, Manders RM, Gubbels JS. Healthy nutrition and physical activity in childcare: Views from childcare managers, childcare workers and parents on influential factors. International journal of environmental research and public health. 2018;15(12):2909.
9. Lindsay AC, Wallington SF, Lees FD, Greaney ML. Exploring how the home environment influences eating and physical activity habits of low-income, Latino children of predominantly immigrant families: a qualitative study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2018;15(5):978.
10. Wieland ML, Weis JA, Hanza MM, Meiers SJ, Patten CA, Clark MM, et al. Healthy immigrant families: participatory development and baseline characteristics of a community-based physical activity and nutrition intervention. Contemporary clinical trials. 2016;47:22-31.
11. Ngongalah L, Rankin J, Rapley T, Odeniyi A, Akhter Z, Heslehurst N. Dietary and physical activity behaviours in African migrant women living in high income countries: a systematic review and framework synthesis. Nutrients. 2018;10(8):1017.
12. Renzaho A, Green J, Smith BJ, Polonsky M. Exploring factors influencing childhood obesity prevention among migrant communities in Victoria, Australia: A qualitative study. Journal of immigrant and minority health. 2018;20(4):865-83.
13. Organization WH. Ottawa charter for health promotion, 1986. World Health Organization. Regional Office for Europe; 1986.
14. Frank JR, Danoff D. The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. Medical teacher. 2007;29(7):642-7.
15. Poulton A, Rose H. The importance of health advocacy in Canadian postgraduate medical education: current attitudes and issues. Canadian Medical Education Journal. 2015;6(2):e54.
16. Venkataramani M, Cheng TL, Solomon BS, Pollack CE. Caregiver health promotion in pediatric primary care settings: results of a national survey. The Journal of pediatrics. 2017;181:254-60. e2.
17. De Loose L. De Vlaamse huisarts: een geboren health advocate? : Universiteit Gent; 2016.
18. Van Rillaer L. Bewegingspromotie in de gemeenschap ondersteund door de huisartsenpraktijk: waarom is sporten in groep zo'n succesverhaal? : Vrije universiteit Brussel.
19. Van Ooteghem G. Een nieuwe community interventie voor mentale weerbaarheid: interactie als motor tot verandering.: Universiteit Gent.
20. Van Brandt A. Promotie van gezonde voeding: van actie naar interactie: Universiteit Gent.
21. Decat P. Addressing the Unmet Contraceptive Need of Adolescents and Unmarried youth: Act or Interact? Learning from Comprehensive Interventions in China and Latin America. Public defense: 2015-09-28 17: 30. 2015.
22. Malik R, Oandasan I, Yang M. Health promotion, the family physician and youth: improving the connection. Family practice. 2002;19(5):523-8.
23. Yaffe MJ. Developing and supporting school health programs. Role for family physicians. Canadian Family Physician. 1998;44:821.
24. Tilley N, Pawson R, editors. Realistic evaluation: an overview. founding conference of the Danish Evaluation Society; 2000: Citeseer.
25. Aceves-Martins M, Aleman-Diaz AY, Giralt M, Solà R. Involving young people in health promotion, research and policy-making: practical recommendations. International Journal for Quality in Health Care. 2019;31(2):147-53.

8. Bijlagen

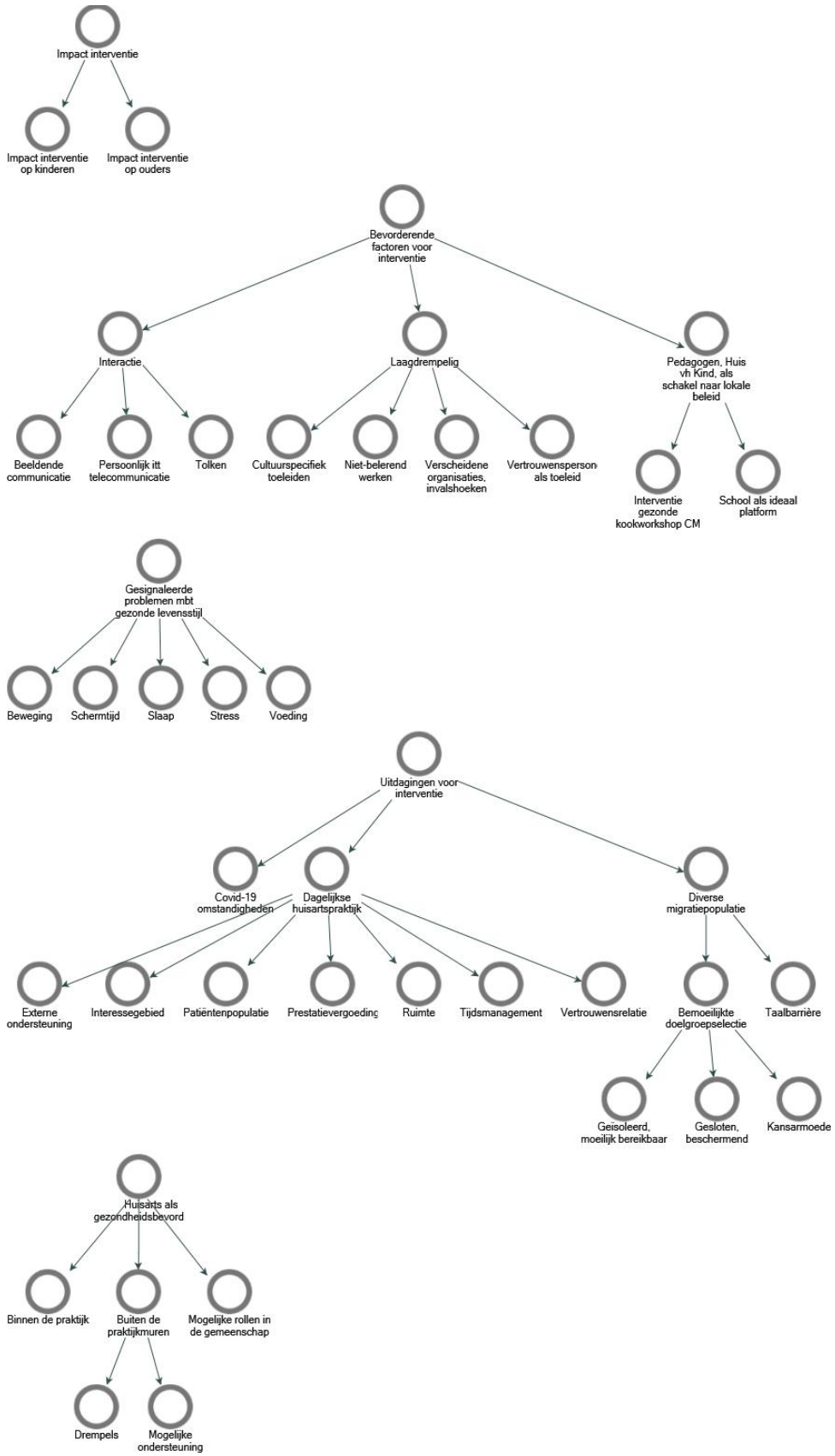
Bijlage 1: Interventionele CMO-hypothese

Tabel 4: Interventionele CMO-hypothese opgesteld na literatuuronderzoek

CONTEXT	MECHANISME	UITKOMST
Kinderen met taalachterstand, migratieachtergrond	Organisatie taalkamp door 'Huis van het Kind'	Participatie gestimuleerd door gekende brugfiguren
Actieve en gezonde speelsessies met kinderen geïncludeerd via taalkamp	Huisarts als educator tijdens gezonde speelsessies met kinderen	Verandering familiaal gezondheidsgedrag onder invloed van kinderen
Huisarts buiten de praktijkmuren	Focusgroep met ouders	Interactie als motor tot verandering in gezondheidsgedrag
Groep ouders verbonden door kinderen met enige taalachterstand, met migratieachtergrond	Interactie, delen van ervaringen/overtuigingen	Toegenomen kennis en vaardigheden voor een gezonde levensstijl, ouders als rolmodel
Gemeenschappelijkheid en verbinding in context van taalkamp voor kinderen	Terugkoppeling naar speelsessies	Gezond en positief opvoeden
Huisarts als deelnemer aan interactiesessie	Ontvangend participeren i.p.v. belerend modereren	Drempelverlagende preventie als health advocate
Kennis en kunnen m.b.t. gezondheid en de eigen perceptie hiervan	Zelfreflectie	Verhoogde ervaren controle over het eigen gezondheidsgedrag
Sociaal-culturele normen en waarden bepalend voor visie en attitude t.o.v. gezonde levensstijl, fysieke activiteit, sedentariteit, nieuwe/gezonde voedingsproducten	Interculturele bemiddeling in breed socio-ecologisch kader	Cultuursensitieve gezondheidspromotie
Taalbarrière tussen onderzoekers en deelnemers	Informele tolken, beeldmateriaal naar advies van experten en ervaringsdeskundigen	Inclusieve en toegankelijke gezondheidsboodschappen
Veeleisende thuissituatie en gemeenschapsleven	Organisatorische, ruimtelijke en sociale valkuilen in beeld	Pedagogen, 'Huis van het Kind', als schakel naar het lokale beleid

Bijlage 2: Geëxtraheerde codeboom uit Nvivo

Tabel 5: Uit NVivo geëxtraheerde codeboom met (sub)codes van informatie verkregen uit de afgenomen interviews



Bijlage 3: Goedgekeurd studieprotocol

Studieprotocol versie 3 – dd. 23 november 2020

Titel van de studie: Gezondheidspromotie bij kinderen – Een gemeenschapsproject i.s.m. het 'Huis van het Kind'
Onderzoekers: Jens Haegeman & Lauren Vandepitte
Promotor: Prof. Dr. Peter Decat

Als huisarts in opleiding komen we met een diverse patiëntenpopulatie in aanraking. Eén daarvan zijn jonge kinderen, schoolgaande jeugd tussen de 6 en 12 jaar, die vaak enkel voor korte episode zorg langskomen in de huisartsenpraktijk. De chronische opvolging van deze groep is echter beperkt. Toch hebben zij ook toenemende gezondheidsrisico's die aandacht vergen. Door onze preventiegerichte en maatschappelijke rol als toekomstig huisarts breder te zien, trachten we ook buiten de kabinetmuren met deze doelgroep en hun ouders in gesprek te gaan.

Kinderen, en hun ouders, zijn zich niet altijd bewust van de gezondheidsrisico's dat bv. overgewicht, ongezonde voeding, veel schermtijd en dergelijke met zich meebrengen.
Via luchtige, niet-schoolse, interactieve sessies lijkt het ons boeiend te informeren naar perceptie van gezondheid en gezonde levensstijl. Zo zouden we als huisarts kunnen leren hoe en waar zinvol te ondersteunen binnen de samenleving.

Het lijkt ons een meerwaarde indien we een gezondheidsinterventie zouden uitrollen in een diverse populatie met verscheidenheid in culturele identiteit, sociale factoren, levensstijlgewoonten en barrières. We zijn ervan overtuigd zo meer te kunnen leren daar het contrast met ons referentiekader meteen belangrijke vragen doet rijzen; Hoe zien mensen met een migratieachtergrond gezond opvoeden, voor welke uitdagingen staan zij, welke rol heeft de huisarts tot dusver en hoe kunnen we als huisarts een gesprek hierover modereren?

Bij het aflijnen van de doelgroep riepen we hulp in van projectpartner 'het Huis van het Kind' te Wetteren. Kinderen met een migratieachtergrond en enige taalachterstand worden geselecteerd via een georganiseerd taalkamp. We betrekken hen in een tweetal speelse en interactieve sessies m.b.t. gezonde levensstijl, één rond gezonde voeding en één rond beweging. Deze sessies vallen mogelijks te integreren in het taalkamp. Hun ouders zouden we willen betrekken in een interactiegroep om ervaringen uit te wisselen betreffende het implementeren van gezonde levensstijl. Ook willen we bij deze laatste de interventie evalueren d.m.v. de 'Realist Evaluation'-methode met diepte-interview. Rekening dient gehouden te worden met het taalkamp dat plaatsvindt onder voorbehoud gezien gekende covid-omstandigheden. Ook moet het communicatief eenvoudig zijn om de interventie te evalueren, de taalbarrière bij de kinderen en ouders moet men kunnen overbruggen.

We willen als huisarts een plaats krijgen in het bevorderen van een gezonde levensstijl en zo indirect in de preventie van zwaarlijvigheid bij de jeugd. Aan de hand van dit thesisonderzoek willen wij bekijken of kinderen zich bewustzijn van hun levensstijl en het gezondheidsrisico van overgewicht. De focus van ons gemeenschapsgericht interventieproject ligt eerder bij de ervaringen van ouder en kind, in beeld brengen wat de interventie voor hen betekent. We pogen geenszins verandering te kwantificeren in de gezondheidsvaardigheden of het gezondheidsgedrag van schoolgaande jeugd of hun ouders.

Bijlage 4: Gunstig advies Ethisch Comité

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. Dr. Peter Decat
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg - GE39
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
BC-09118	NVT	07/12/2020	1/2

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"Gezondheidspromotie bij kinderen - een gemeenschapsproject i.s.m. het Huis van het Kind - MaNaMa Jens Haegeman"

B.U.N.: B6702020001111

* Adviesaanvraagformulier dd. 24/11/2020 Ontvangen dd 2/12/2020
* Begeleidende brief dd. 30/11/2020
* Protocol dd. 24/11/2020
* Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier versie 3 dd. 24/11/2020
* Diverse Versie 2 dd. 27/11/2020 richtactiviteiten en richtvragen
* Informatie- en waarschuwingsnota dd. 30/11/2020

Advies werd gevraagd door: Prof. Dr. Peter Decat

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 04/12/2020 INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 04/12/2021, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 04/12/2020 IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 04/12/2021, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 15/12/2020.
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 15/12/2020.

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

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Decat

SECRETARIS
Prof.dr. R. Pelemans

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36
Sara De Smet
T +32(09) 332 68 55
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 54

SECRETARIAAT
Sebastian Callewaert
T +32(09) 332 41 81
Marieke De Meyer
T +32(09) 332 05 05
Charlotte De Wolf
T +32(09) 332 22 85
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 85
Ann Heinebelcke
T +32(09) 332 22 85

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT

Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

* *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. P. Deron
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Ledenlijst 2019-2023:

Voorzitter: Prof.dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)
Secretaris: Prof.dr. R. PELEMAN (UZG –internist, ♂)

Leden:
Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)
Dhr. K. BENHADDOU (menswetenschapper, ♂)
Prof.dr. W. CEELEN (UZG – chirurg, ♂)
Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – internist, ♂)
Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale welenschappen, ♂)
Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UG - statisticus, ♂)
Dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)
Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – fysiotherapeute, ♀)
Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale welenschappen ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)
Dr. L. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)
Dr. S. JANSSENS (UZG – geneticus, ♀)
Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)
Prof.dr. F. MORTIER (UG – moraalfilosoof, ♂)
Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)
Dr. N. PETERS (UZG – fertiliteitsarts, ♀)
Prof.dr. R. PIERS (UZG - geriater, ♀)
Prof.dr. R. RUBENS (UZG – endocrinoloog, ♂)
Prof.dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof.dr. S. STERCKX (moraalfilosoof, ♀)
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)
Prof.dr. W. VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂)
Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)
Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. K. VAN LIERDE (UG – logopediste, ♀)
Prof.dr. H. VERSTRAELEN (UZG – Vulva-arts, ♂)

Bijlage 5: Praktische aanbevelingen bij gezondheidsbevorderend project

Tabel 6: Schematisch overzicht van praktische aanbevelingen bij de opzet van gezondheids-bevorderende projecten bij jongeren volgens Aceves-Martins et al. (25)

Tijdens het ontwerpen van gezondheidsbevorderend project voor jongeren	**Tijdens de uitvoering van gezondheidsbevorderend project voor jongeren**	**Bij het voltooien van het gezondheidsbevorderend project voor jongeren**
Definieer een doel voor deelname Gebruik een vertrouwde methodologie Werk via een theoretisch kader Kies leeftijdsafhankelijke activiteiten Selecteer de gepaste werkruimte en transport Voorzie voedsel zo nodig Zorg dat materiaal voorhanden is Includeer externe partners Zet in op diversiteit Minimaliseer de druk Voorzie ondertekend consent door voogd/ouder Gebruik bestaand onderzoek en tools	Introduceer de deelnemers en laat ze een team voelen Identificeer en benoem diversiteit binnen de groep Herken mogelijke stressoren en barrières Zet een doel Stimuleer samenwerking Denk samen met de jongere Identificeer de laatste trends bij de jeugd Gebruik verstaanbare taal Omarm andere communicatiemogelijkheden bv. sociale media Gebruik de creativiteit van de jongere	Beloning bij voltooien Erken de deelname Erken de samenwerking tussen jongere en volwassene Benadruk vertrouwen Deel en praat na over de ervaringen Maak de volgende doelstellingen bekend
Geldig tijdens alle fasen van het gezondheidsbevorderend project met jongeren		
Garandeer serieuze betrokkenheid van de volwassenen Plan en schematiseer Sta open voor verandering Selecteer geschikte doelgroep Evalueer het proces en project Motiveer Consulteer de jongere over hun bezorgdheid en doelen Transparantie Wijs de deelnemers op de beperkingen en restricties van het project		

Bijlage 6: Persoonlijke reflectie Lauren

Het schrijven van de mastersciptie tijdens de huisartsenopleiding loopt over drie jaar. Best een lang uitgerekt traject, met tussentijdse deadlines. De allereerste was het kiezen van het onderwerp en ook de mogelijke optie van een duothesis. Het was tijdens het eerste contactmoment met prof. dr. Decat over mogelijke wijkgerichte gezondheidsinterventies dat ik Jens voor het eerst ontmoette. Altijd een risico om met een totaal onbekende te beslissen om drie jaar lang samen te werken en een gezondheidsgericht project op poten te zetten. Echter kan ik voor mij concluderen dat dit een goede beslissing was, hopelijk wederzijds.

Naarmate de thesis vorderde en deadlines naderden, leerden we elkaar beter kennen. Zo weet ik ondertussen dat zowel Jens als ikzelf wat druk nodig hebben om vooruit te komen. Wanneer deadlines in zicht kwamen, hoorden we elkaar frequenter en volgden de resultaten snel. Gezien de Covid-omstandigheden van de laatste twee jaar hebben we elkaar vooral online en virtueel proberen te ondersteunen. In perioden dat de ene het druk had, werkte de ander door aan de thesis. Maar op het einde van de rit denk ik dat er een mooie evenwichtige verdeling van het werk is.

Bij de voorafgaande literatuurstudie werd het werk als volgt verdeeld. Ik verdiepte me in het hoofdstuk gezondheidsbevordering en de rol van de huisarts hierbij. Jens schreef de hoofdstukken rond gezond opvoeden en migrantenfamilies als relevante doelgroep. Echter werd de literatuurstudie een aantal keren volledig aangepast, dat alle hoofdstukken een mooie mix van beiden bevatten. Verschillende geschreven hoofdstukken haalden helaas de eindmeet niet. Alle verzamelde literatuur en de uiteindelijke uitwerking van de thesis gebeurde via een gemeenschappelijke google drive, op die manier konden we vlot elkaars vorderingen bijhouden.

Via Jens zijn connecties in het Wetterse kwamen we in contact met het Huis van het Kind, op die manier hadden we een lokale sociale partner. Jens verzorgde de communicatie met hun, gezien hij daar nog een maatschappelijke stage gevolgd heeft en dus geen onbekende was. We verzorgden een kleine presentatie voor Huis van het Kind zodat ze een beeld konden schetsen van ons doel en ons project. Ook zij waren enthousiast over het preventiegerichte project en ze hadden het gevoel ons een nuttige doelgroep te kunnen aanbrengen voor dergelijke interventie.

Het uitwerken van de speelse gezondheidssessies deden we samen. We kwamen samen om de activiteiten te bedenken en uit te werken, gezondheidsinformatie vonden we op informele websites van overheidsinstanties (gezondleven.be). Ook onze ervaring in jeugdwerk konden we hier volop aanspreken. Het nodige materiaal vonden we bij bevriende leerkrachten, de bibliotheek, online of knutselden we het gewoon zelf.

Het uitvoeren van de sessies en het moderen van de focusgroep deden we samen. De speelse sessies vonden op zomerdagen plaats. En dit gaf mij op het moment zelf totaal niet het gevoel ‘aan het werk’ te zijn. Het was zo ontspannen en het enthousiasme van de kinderen en monitoren op het taalkampje gaven me moed om door te gaan, en deden ons inzien dat we toch ergens een mini-impact konden hebben.

Het interview met de pedagoog werd door Jens afgenomen, ik nam het panelgesprek met mede-huisartsen in opleiding voor mijn rekening. Elk was verantwoordelijk voor de transcriptie

van de uitgevoerde interviews, en we controleerden elkaars werk nadien. Via een gemeenschappelijk NVivo bestand konden we beiden aan de gemeenschappelijke codeboom werken.

Ook het uitschrijven van de resultaten werd verdeeld. In de initiële aanzet nam Jens de onderzoeksvraag over gemeenschapstinterventies bij kinderen voor zijn rekening en ik onderzoeksvraag over artsenrol buiten de praktijkmuren. Echter dit werd meerdere malen herschreven, waarbij Jens vooral de resultatensectie voor zijn rekening nam en ik me toelegde op de discussie en abstract.

Zelf ben ik computertechnisch niet zo goed aangelegd, ben blij dat ik voor deze zaken steeds bij Jens terecht kon.

Het moeilijke van een duothesis is de zoektocht naar uniformiteit. Zorgen dat het eindwerk één geheel vormt, ondanks dat de verschillende hoofdstukken door twee personen geschreven werden. Twee verschillende schrijfstijlen combineren, manieren van refereren, visie op layout of uitkomst van het project. Ik heb altijd het gevoel gehad wel mijn mening te kunnen zeggen, we hebben enkele mooie discussies gehad waarbij we eigenlijk wel tot de best mogelijke conclusies zijn gekomen. De hoofdstukken die door de een werden geschreven, werden kritisch nagelezen door de ander. Suggesties werden telkens samen overlopen, en de pro's en contra's werden afgewogen.

Ik geloof oprecht dat we ergens voor de deelnemers en voor het Huis van het Kind toch een klein steentje in de rivier hebben kunnen verleggen. En ik hoop voor mezelf blijvend dergelijke projecten te kunnen ondersteunen. Ik hoop volgend jaar via de praktijk aansluiting te vinden bij een dergelijke sociale partner om ook buiten de praktijkmuren mijn rol als gezondheidsbevorderaar te kunnen uitvoeren. Persoonlijk vind ik kinderen dan de ideale doelgroep en bovendien steeds leuk om mee te werken.

In onze masterproef zelf bespreken we de CanMED's rollen. De rol van samenwerker hebben hier zelf aan den lijve ondervonden. Ik kan wel zeggen dat ik er veel uitgeleerd heb. Er moet toch iets meer vooruitgepland worden, rekening houdend met elkaars agenda's. Wanneer er punten waren waarbij we een verschillende visie hadden was eerlijke en open communicatie belangrijk. En ik kan zeggen dat dit alles ervoor gezorgd heeft dit ik dit kan afronden als een mooie samenwerking met deze thesis als eindresultaat. Ik hoop dat Jens er een gelijkaardig gevoel bij overhoudt. En ik kan alleen maar afronden met Jens hiervoor te bedanken.

Bijlage 7: Persoonlijke reflectie Jens

Bij het initieel indienen van een thesisonderwerp lag mijn focus op het bereiken van kwetsbare patiënten in de eerste lijn. Dit interesseert me sterk vanuit mijn bewuste keuze voor het gemeenschapsgerichte huisartsenberoep. Ook ben ik ervan overtuigd dat de grootste gezondheidswinst te boeken valt binnen een selecte kwetsbare patiëntenpopulatie.

De toegewezen promotor prof. dr. Peter Decat interesseert zich voor preventie, gezondheidspromotie en diversiteit in al zijn facetten. De vakgroep zorgde voor een goede match die mij motiveerde om me voor een praktijkrelevant wijkgericht project te smijten. In een eerste informatieve sessie werden HAIO's samengebracht die een gelijkaardig onderwerp wilden behandelen. Hier gaf onze promotor aan voorstander te zijn van samenwerken en duo-thesissen.

Zonder elkaar goed te kennen merkten Lauren en ikzelf bij elkaar aanleunende thema's en interesses. Een samenwerking rond gezondheidspromotie en het bereiken van kwetsbare doelgroepen zat al snel in de pijplijn. Een wijkgericht project opzetten buiten de huisartsenpraktijk leek ons beiden erg leuk om doen. Na brainstormen had een eerste interventieplan als doel overgewicht bij kinderen aan te pakken.

Het kiezen van een geschikte doelgroep voor onze interventie vonden we als huisarts niet evident. Onze ervaring in het jeugdwerk stuurde ons in de richting van werken met kinderen. Hoe een relevante groep kwetsbare kinderen af te lijnen en te benaderen was ons echter niet meteen duidelijk. Van Peter kregen we het advies hiervoor met een partnerorganisatie samen te werken.

Het 'Huis van het Kind' te Wetteren is een overkoepelende regionale organisatie binnen de jeugd- en gezinshulpverlening. Gedurende twee weken mocht ik eerder in de opleiding al kennis maken met hun werking onder de vorm van een maatschappelijke verdiepende oriëntatiestage als coassistentschap in het huisartsentraject. Dit maakte de stap klein om opnieuw contact op te nemen en te polsen naar de mogelijkheid om samen een project op te zetten. We bleken al snel een erg enthousiaste partner gevonden te hebben. Medewerkster en pedagoog Yenthe nam de verdere communicatie op zich en stelde het bestaande taalkamp voor als setting voor onze gezondheidsinterventie. Een diverse groep kinderen met taalachterstand vormde een uiterst relevante doelgroep voor gezondheidspromotie.

In overleg met onze promotor stapten we af van de focus op overgewicht en verlegden deze naar de relatie tussen gezonde levensstijl en migratieachtergrond en taalachterstand. Ook stelden we onze rol als gezondheidsbevorderende huisarts in vraag. Zo ontstond een tweeledige onderzoeksvraag.

Bij het nodige zoeken naar achtergrondinformatie om onze interventie op te stoelen legde Lauren zich vooral toe op onze rol als arts in gezondheidspromotie buiten de praktijkmuren en bij kinderen. Ik nam voornamelijk de doelgroep migrantenfamilies in relatie tot gezond opvoeden voor mijn rekening.

Voor de speelsessies met de kinderen kregen we twee dagdelen ter beschikking binnen het taalkamp. De invulling hiervan werkten we samen uit en dit gaf ons het fijne gevoel even terug in het jeugdwerk te staan. Aansluitend op deze sessies vond de focusgroep met enkele ouders

plaats waarin we samen participeerden. Initieel werd gekozen voor een tweeledige interventie met zowel ouders als kinderen. De taalbarrière bleek echter interactie tussen ouders fors te bemoeilijken. Hierdoor werd de focusgroep eerder enkel gezien als bron van informatie om de speelsessies met de kinderen te evalueren. In een laatste overleg met onze promotor zou blijken dat de focusgroep alsnog voldoende waarde bleek te hebben om deel uit te maken van onze interventie.

De opzet van ons project bleef dan wel dezelfde, maar de gerapporteerde resultaten die we uit de interventie konden halen kregen een geheel bijkomend aspect. Persoonlijk voelde dit soms ietwat verwarrend aan, alsof we enkele keren het geweer van schouder veranderden. Uiteindelijk ben ik blij dat ook de focusgroep deel kan en mag uitmaken van onze interventie. Tenslotte blijven we ervan overtuigd dat we door de ouders te betrekken ook (indirect) invloed hebben op gezondheidsbevordering bij hun kinderen.

Om verscheidene relevante visies op ons project te verkrijgen interviewde ik Yenthe, de pedagoog van het 'Huis van het Kind', terwijl Lauren een panelgesprek met mede-HAIO's modereerde. Richtvragen voor de interviews en de focusgroep werden voorafgaand gezamenlijk opgesteld. Het transcripteren van onze interviews deden we zelf. Het aan de hand hiervan opstellen van een codeboom via NVivo gebeurde in verschillende fasen door steeds naar elkaars werk terug te koppelen.

Bij het uitschrijven van de resultaten verkregen uit onze interviews hanteerden we het tweeledige onderzoeksplan. Zo trachtten we elk een antwoord te geven op één van beide onderzoeksvragen en volgden we ons eerder eigen uitgevoerde literatuuronderzoek. Leerpunten en kernlijnen die we aanbrachten in de discussie, alsook sterktes en beperkingen van ons onderzoek werden in het verloop van ons project samen schematisch opgesteld. Om uiteindelijk samenhangende hoofdstukken te verkrijgen zorgde Lauren voor eenheid in de literatuur- en discussiesectie. Ik verzorgde de verhaallijn in de resultatensectie.

We kunnen niet genoeg benadrukken voorzichtig te willen zijn in het trekken van conclusies uit onze bescheiden interventie. Preventie en gezondheidsbevordering zijn begrippen die steeds belangrijker (moeten) worden. In ons onderzoek lijnen we een relevante doelgroep hiervoor af, met name kinderen en ouders met een taalachterstand en migratieachtergrond.

Ons werk schetst een mogelijke rolinvulling als huisarts om aan gezondheidspromotie bij kwetsbare kinderen te doen, hier binnen de context van een taalkamp. In een veranderend eerstelijnslandschap en een diverse maatschappij wil ik als toekomstig huisarts ook graag meer deze rol kunnen opnemen.

Het tot stand komen van deze thesis ervaar ik als een geslaagd duo-project met een gebalanceerde taakverdeling. Tussen ons beiden was er steeds open communicatie mogelijk. Bedenkingen konden ten allen tijde afgetoetst worden waarbij de eigen visie werd gerespecteerd.

De masterproef ervaar ikzelf als een veeleisende opdracht, zeker in combinatie met een druk werkschema en andere opleidingstaken. Het elkaar steunen en oppeppen in moeilijkere periodes, zeker in de eindfase, beschouw ik misschien wel als het ultieme leerdoel van dit samenwerken.