UNIVERSITEIT GENT

ACADEMIEJAAR 2011-2012

Beleving van de training 'Zorg voor jezelf' door verschillende patiëntengroepen van het wijkgezondheidscentrum 'Brugse Poort'

een kwalitatief onderzoek

Lien Eeckhaut

Promotor: Myriam Deveugele
Copromotor: Roland Rogiers

Scriptie voorgedragen in het kader van de opleiding tot huisarts

Abstract

Achtergrond: De training 'Zorg voor jezelf' is een 8 weken durende groepstraining, gebaseerd op de MBSR training (Mindfulness-Based Stress Reduction), die werd ontwikkeld vanuit het wijkgezondheidscentrum 'Brugse Poort' om toegankelijke zorg op maat te bieden aan migranten en mensen, met medische en psychische gevarieerde problematiek, die sociaal-economische tegenspoed ervaren. Deze kwalitatieve studie probeert een antwoord te bieden op de vraag: *Hoe werd de training 'Zorg voor jezelf' door de verschillende patiëntengroepen ervaren en wat leert deze ervaring ons voor de verdere organisatie in de toekomst?*

Methode: Elf patiënten uit drie verschillende trainingsgroepen werden voor het onderzoek gerekruteerd. De eerste groep bestond uit allochtone vrouwen, de tweede uit sociaal-economisch kwetsbare vrouwen. De derde groep tenslotte was een gemengd publiek (minder kansarmen, geen allochtonen, zowel mannen als vrouwen). Na afloop van de training werden semi-gestructureerde interviews afgenomen. Nvivo 9 werd gebruikt om de resultaten te analyseren.

Resultaten: De kracht van de werking in groepen is één van de belangrijkste conclusies uit dit onderzoek. Zo benadrukten de deelnemers meermaals het belang van erkenning en normalisatie van hun probleem door de groep. Dit pleit voor het samenbrengen van mensen met gelijkaardige problematiek. De groepsdynamiek verliep binnen de allochtone en kwetsbare groep anders dan bij de gemengde groep. Bovendien dient naargelang de beoogde doelgroep rekening gehouden te worden met: de manier van aanspreking, de prijs, het tijdstip en het geslacht van de deelnemers. Een flexibele houding met aandacht voor wat leeft in de groep is belangrijk.

Qua groepsaantal geven de deelnemers aan dat de groepen zeker niet kleiner mogen zijn en dat grotere groepen een grotere variatie in opinies geven. De ondersteuning van deze grotere groepen gebeurt idealiter door een trainer en een gekende zorgverstrekker die op de groep wordt afgestemd.

Naar inhoud van de training, moet men kritische herevalueren of het echt noodzakelijk is met kortere oefeningen te werken. Verder is het belangrijk de deelnemers blijvend te motiveren om thuis te oefenen en kan geprobeerd worden dit te faciliteren door het aanbieden van het juiste materiaal en extra betrouwbare informatie.

Indien het wgc besluit na deze evaluatie om de training 'Zorg voor jezelf' verder te zitten, zou één of andere vorm van follow-up wenselijk zijn.

Conclusie: De resultaten van deze studie suggereren dat de training 'Zorg voor jezelf' positief werd ervaren door de deelnemers en dat aanpassingen van de organisatie naar gelang het beoogde doelpubliek wenselijk zijn.

Dankwoord

Ik wil in de eerste plaats iedereen op het wgc enorm bedanken voor de afgelopen twee jaar. Ik heb veel geleerd en heb me enorm gedragen gevoeld door heel de equipe. Jullie zijn een fantastisch team met een enorme menselijkheid tegenover patiënt en collega! Marij, bedankt om me te ondersteunen in de weg naar huisarts worden. Niet alleen heb ik op medisch vlak veel zaken geleerd, maar ook ben ik als mens kunnen groeien. Dank je wel voor de veilige ruimte die je daarvoor aanbood. Kristel, jou steun is enorm belangrijk geweest voor mij om dit project tot een goed einde te brengen. Je visie als trainster en als mens was onmisbaar in dit geheel. Dank je wel voor de opbouwende commentaar, voor het uitwaaien aan zee en voor je blijvende enthousiasme en geloof.

Lieve vrienden, waar te beginnen? Ik prijs mijzelf een gelukkig mens om omringd te zijn door zo'n warme vriendenmantel! Ann-Sofie, ik zal te weinig tijd hebben in mijn leven om al mijn dankbaarheid ten opzichte van jou uit te kunnen drukken. Je bent gewoon de max! Een opsomming van al het goede dat je in mijn leven bracht zou sowieso tekort doen aan de realiteit. Ik hoop dat er nog vele jaren mogen volgen, maar dat zal wel, want we zijn nu éénmaal geboren voor het geluk. Jorijn , dank je wel om er te zijn! Ik geniet van zo hard van onze vriendschap, van ons huisje samen, van samen op avontuur trekken. Je maakt van ons huis een echte thuis waar ik kan landen! Raachel en Michael, de weekendjes, het wroeten in de tuin, de wandelingen door de heuvels, de avonden bij kampvuur met accordeonmuziek,… ze hebben me zoveel deugd gedaan. Bij jullie kon ik steeds weer helemaal opladen en tot rust komen.

Mijn ouders wil ik bedanken omwille van hun openheid om me voor deze studie te laten gaan en voor de onophoudelijke steun in deze lange weg tot huisarts.

Prof. M. Deveugele en Roland Rogiers wil ik graag danken voor de kans die zij me gaven om voor dit thema te kiezen, de hulp bij de vormgeving en het kritische doorlezen. Verder wil ik nog Rita Verplancke, Edel Maex, Lotte Sansen en Bjorn Prins danken voor het boeiende, richtinggevende gesprek.

Nog vele andere mensen hebben me ondersteund en geholpen. Allen op hun unieke manier. Dank je wel hiervoor!

INHOUDSTABEL

Abstract....2

Dankwoord....3

Inhoudstabel....4

1 Inleiding....8

1.1 Prevalentie van depressie binnen verschillende patiëntengroepen....8

1.1.1 Migratie, psychosociale en psychiatrische problematiek....8

1.1.2 Sociaaleconomische status en depressie....9

1.2 Het wijkgezondheidscentrum 'Brugse Poort'....9

1.2.1 Patiëntenpopulatie....9

1.2.2 Problematische doorverwijzing: grote nood versus beperkt aanbod....10

1.2.3 Cultuur van integrale zorg binnen het wgc....10

1.2.4 Keuze voor een mindfulness training....11

1.3 Onderzoeksvraag....11

2 Literatuur....13

2.1 Het concept 'Mindfulness'....13

2.2 Ontstaan en kadering van de mindfulness-trainingen....13

2.3 Mindfulness oefeningen....14

2.4 Effectiviteit van mindfulness-trainingen....15

2.4.1 Stress en levenskwaliteit....15

2.4.2 Angst-en stemmingsklachten in klinische populaties....15

2.4.3 MBCT als hervalpreventie bij majeure depressie....16

2.4.4 MBSR bij chronische ziekte....16

2.5 Samengevat....16

3 Methode....18

3.1 Ontwikkeling van de training 'Zorg voor jezelf' 18
3.2 De post-hoc evaluatie 20
3.2.1 Beschrijving van de drie verschillende groepen 20
3.2.2 Rekrutering van de geïnterviewden 20
3.2.3 De inhoud van de semi-gestructureerde interviews 21
3.2.4 Uitvoering van de interviews en verwerking van de data 21
4 Resultaten 23
4.1 Rekrutering van de geïnterviewden 23
4.1.1 De 'allochtone' groep 23
4.1.2 De 'kwetsbare' groep 23
4.1.3 De 'gemengde' groep 23
4.2 Voor de aanvang van de training 25
4.2.1 Aanspreking van de patiënt door de zorgverstrekker 25
4.2.2 Bezorgdheden en vooroordelen 26
4.2.3 De praktische regelingen 27
4.3 Oefening baart kunst 29
4.3.1 Hoeveel werd er thuis geoefend? 29
4.3.2 Thuis oefenen is moeilijk 29
4.3.3 Verschillende voorkeursoefeningen en verschillende beleving 29
4.4 Aangeboden materiaal 31
4.4.1 De geschreven instructies 31
4.4.2 Geluidsmateriaal 31
4.4.3 Video 32
4.4.4 Extra bronnen van informatie 32
4.5 Begeleiding 33
4.5.1 Omgaan met moeilijke momenten 33

4.5.2 Aanwezigheid van een vangnet 33
4.5.3 Twee zorgverstrekkers 33
4.6 Groepsaspecten 35
4.6.1 Geslacht 35
4.6.2 Aantal deelnemers 35
4.6.3 Het groepseffect 36
4.7 Subjectief ervaren resultaten 38
4.7.1 Algemeen stressniveau naar beneden/ welzijn naar boven 38
4.7.2 Lichamelijk beter voelen versus ziek zijn na het oefenen 38
4.7.3 Bewustwording en de keuze om anders te reageren 38
4.7.4 Eigenwaarde 39
4.7.5 Geduld en concentratie 40
4.8 Verderzetten van de aangeleerde technieken 41
4.8.1 Op eigen houtje verder zetten. 41
4.8.2 Nood aan terugkommomenten in groep? 41
5 Discussie 43
5.1 Belangrijkste bevindingen 43
5.2 Terugkoppeling naar reeds bestaand onderzoek 44
5.3 beperkingen van het onderzoek 45
5.4 suggesties voor verder onderzoek 45
5.4.1 Belang van oefentijd en formeel versus informeel oefenen 45
5.4.2 Drempels tot doorverwijzing en mogelijke oplossingen 46
5.4.3 Effectmeting 46
6 Besluit 47
7 Bibliography 48
8 Referenties 49

9 Bijlage 51

9.1 het semi-gestructureerd interview 51

1 INLEIDING

1.1 PREVALENTIE VAN DEPRESSIE BINNEN VERSCHILLENDE PATIËNTENGROEPEN

Uit onderzoek van de WHO blijkt dat majeure depressie wereldwijd de vierde grootste oorzaak is van ziektelast. De WHO voorspelt dat het belang van deze aandoening tegen 2020 zal stijgen tot de tweede plaats, na ischemische hartaandoeningen. Vóór ziekteverzuim en invaliditeit bij de volwassen bevolking staan stemmingsstoornissen momenteel op de eerste plaats op de wereldranglijst (Van Audenhove C, 2007).

Bij epidemiologisch onderzoek naar mentale stoornissen in België, gaf meer dan 27% van de respondenten aan ooit geleden te hebben aan minstens 1 mentale stoornis geleden, waarvan één op negen tijdens de twaalf maanden vóór het onderzoek. Tijdens de twaalf maanden vóór het onderzoek waren de depressieve stoornis en de fobie, de meest prevalente mentale stoornissen. Op lifetime basis waren dit de depressieve stoornis en alcoholmisbruik (Bruffaerts et al., 2004).

Epidemiologische studies binnen West-Europa tonen bovendien aan dat er hogere prevalentie van depressie is bij vrouwen, bij de minder gegoede bevolking en bij personen met sociale tegenspoed (Payksel et al., 2005). In deze studie wordt voornamelijk de nadruk gelegd op deze laatste 2 categorieën.

1.1.1 MIGRATIE, PSYCHOSOCIALE EN PSYCHIATRISCHE PROBLEMATIEK

Migratie is een belangrijke determinant geworden van sociale ontwikkelingen. Mensen verhuizen in grotere getale, over grotere afstanden en met een grotere snelheid, dan ooit tevoren. Deze trend zorgt voor nieuwe uitdagingen binnen de gezondheidszorg. Psycho-sociale aspecten van gezondheid worden vaak vergeten in dit complexe geheel. Nochtans is dit een belangrijke component van de gezondheidsproblemen ervaren door migranten (Carballo et al., 1998).

De impact van migratie wereldwijd op mentale gezondheid is een onderzoeksgebied in volle ontwikkeling. Gezien er momenteel echter weinig epidemiologische gegevens aanwezig zijn, blijft het tot op de dag van vandaag onduidelijk wat de invloed is van migratie op de mentale gezondheid.

In het reeds gepubliceerde onderzoek wordt meestal onderscheid gemaakt tussen mensen die vrijwillig migreren met de bedoeling hun economische situatie te verbeteren (werkmigranten) en mensen die gedwongen zijn te vluchten uit hun land van herkomst gezien de situatie daar niet meer veilig is (vluchtelingen). Onderzoek over de mentale gezondheid bij werkmigranten richtte zich tot op heden voornamelijk op het voorkomen van schizofrenie en andere psychoses. Bij vluchtelingen werd voornamelijk het PTSD onderzocht. Studies over andere angstproblematiek en stemmingsstoornissen in deze groepen zijn schaars en hebben vaak controversiële bevindingen. De meta-analyse van Lindert et al. toont prevalenties voor depressie aan van 20% bij werkmigranten versus 44% bij vluchtelingen. Voor angststoornissen zijn de prevalenties 21% bij werkmigranten versus 40 % bij vluchtelingen. Ze concluderen ook dat in landen met betere economische condities

(hoger BNP) depressie en angststoornissen bij werkmigranten minder voorkomen, maar dat dit niet opgaat voor vluchtelingen (Lindert et al., 2009).

Vluchtelingen hebben een hoger risico dan de algemene bevolking voor verschillende psychiatrische aandoeningen, waaronder depressie. Dit is gerelateerd aan hun blootstelling aan oorlog, geweld en marteling, de gedwongen migratie en aan de vaak langdurige onzekerheid van hun verblijfsstatus in de landen waar ze asiel aanvragen (Laurence et al., 2011).

Samengevat kunnen we zeggen dat het herkennen en behandelen van mentale problemen bij migranten een nieuwe uitdaging vormt in de geneeskunde. Hierbij spelen verschillende factoren een belangrijke rol. Communicatieve problemen zijn hierbij vaak een extra belemmerende factor. Ook culturele verschillen kunnen een barrière vormen. De manier waarop mensen communiceren over hun symptomen is vaak verschillend, wat een correcte en snelle diagnose bemoeilijkt. Ziektegedrag en omgang met de ziekte (coping) verschillen vaak, wat ook behandelen minder evident maakt. Hiernaast is het belangrijk aandacht te hebben voor de specifieke stressoren geassocieerd aan het migratie- en integratietraject (Laurence et al., 2011).

1.1.2 Sociaaleconomische status en depressie

Uit cross-sectionele studies blijkt dat een lage sociaaleconomische status geassocieerd is aan een hogere prevalentie van depressie. Een longitudinale studie van zeven jaar bij een representatieve steekproef van Belgen, toonde aan dat een vermindering van de materiële levensstandaard geassocieerd is met toename in depressieve symptomatologie en voorkomen van majeure depressie. Onderzoek toont tevens aan dat mensen in armoede (zowel allochtonen als autochtonen) een verhoogde kwetsbaarheid hebben voor stress en psychosomatische klachten (Lorant V, 2007).

1.2 Het wijkgezondheidscentrum 'Brugse Poort'

1.2.1 Patiëntenpopulatie

Het wijkgezondheidscentrum (wgc) Brugse Poort ligt in het noordwestelijke deel van Gent en biedt toegankelijke, laagdrempelige, wijkgerichte gezondheidszorg aan waarbij gewerkt wordt volgens criteria zoals die werden opgesteld door de Vereniging voor Wijkgezondheidscentra. Belangrijke principes bij het aanbod van de gezondheidszorg in dit WGC zijn onder andere toegankelijkheid, integrale zorgverlening, aandacht voor ziektepreventie en gezondheidsbevordering en multidisciplinaire samenwerking.

Het centrum verzorgt een grote, diverse patiëntenpopulatie. Velen leven in armoede en/of hebben een allochtone achtergrond. Dit blijkt onder andere uit de kansarmoedecijfers van de Stad Gent, waaruit kan worden opgemaakt dat de wijk op een aantal kansarmoede-indicatoren veel hoger scoort dan een gemiddelde Gentse regio (www.gent.be/gentincijfers). In het jaar 2010 zijn er maar liefst 80 nationaliteiten terug te vinden in het patiëntenbestand (43% allochtonen versus 57% Belgen). Gegevens rond sociaaleconomische achtergrond zijn niet in detail beschikbaar. De

mutualiteitcodes geven hierover een idee. In het WGC zijn in 2010 inschreven: (Jaarverslag wgc 'Brugse Poort', 2010)[1].

- 3,6% mensen zonder papieren
- 7,0% WIGW100%
- 4,2% WIGW75%
- 23,8% PUG voorkeursregeling en OMNIO
- 60,4% PUG
- 0,9% onbekend

1.2.2 PROBLEMATISCHE DOORVERWIJZING: GROTE NOOD VERSUS BEPERKT AANBOD

Angst -en stemmingsklachten, stemmingsstoornissen, lichamelijk onverklaarbare klachten en stressgerelateerde aandoeningen, komen frequent voor in de eerste lijn.

Epidemiologisch onderzoek, gevoerd binnen het wijkgezondheidscentrum Botermarkt in Gent, dat we met enige voorzichtigheid extrapoleren naar het wijkgezondheidscentrum Brugse Poort, toont aan dat 15% van de patiënten zich aanmelden met psychische klachten zoals matige tot lichte depressie, surmenage, stemmingsklachten en psychosomatische klachten (De Maeseneer et al., 2009).

De artsen en andere zorgverstrekkers in het wijkgezondheidscentrum Brugse Poort hadden het idee dat bepaalde patiëntengroepen met angstige en depressieve reacties tot en met stemmingsstoornissen en een breed gamma van stressklachten, wel baat zouden hebben bij een gerichte niet-medicamenteuze aanpak, maar omwille van sociale, economische en/of culturele drempels geen aansluiting vonden bij de reeds bestaande doorverwijsmogelijkheden. Gezien de drempels naar de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen algemeen vrij hoog zijn (financiële drempels, wachtlijsten, stigmatisering enz.) kan er verondersteld worden, dat voor patiënten in armoede, patiënten uit de migratie, … het nog moeilijker is om de stap naar de geestelijke gezondheidszorg te zetten (De Maeseneer et al., 2009).

1.2.3 CULTUUR VAN INTEGRALE ZORG BINNEN HET WGC

Binnen het wijkgezondheidscentrum was er al een zekere traditie inzake het niet-medicamenteus behandelen van patiënten, waarbij hun eigen mogelijkheden tot zelfzorg werden aangesproken.

Zo hadden diverse artsen positieve resultaten geboekt met een kortdurende niet-medicamenteuze aanpak van licht tot matige angst- en stemmingsproblematiek via interventies uit de cognitieve gedragstherapie zoals uitgewerkt door R. Rogiers (Rogiers, 2002). Eén arts had vele jaren terug

[1] Het OMNIO-statuut geeft sinds 1 juli 2007 recht op betere vergoeding van medische kosten (arts, tandarts, kinesitherapeut, apotheker, hospitalisatie, …) voor gezinnen met een laag inkomen. De persoonlijke bijdrage (remgeld) die u voor die prestaties betaalt, is dan merkelijk lager. Het nieuwe statuut geeft recht op dezelfde terugbetalingen als voor de rechthebbenden op de verhoogde (verzekerings)tegemoetkoming (RVV). Ook de WIG's behoren tot deze laatste categorie. PUG = de primaire uitkeringsgerechtigde .(http://www.riziv.be/citizen/nl/medical-cost/SANTH_4_4.htm opgehaald op 10/03/2012).

positieve ervaringen met het individueel behandelen van patiënten met stressklachten via autogene training. Ook boekte één kinesist binnen het wijkgezondheidscentrum positieve resultaten in de behandeling van patiënten met psychosomatische klachten door hen vertrouwd te maken met aandachtgerichte bewegingsoefeningen.

1.2.4 KEUZE VOOR EEN MINDFULNESS TRAINING

Diverse factoren binnen het wijkgezondheidscentrum gaven aanleiding tot de keuze van een interne op mindfulness gebaseerde training in groep als basis voor een laagdrempelige training op maat.

Een aantal artsen, de coördinatrice van het wgc en een maatschappelijk werker, volgden in de afgelopen jaren zelf een training in mindfulness. Via deze training ervaarden ze zelf dat mindfulness-training een voor hen beklijvend effect had op zaken zoals een verhoogd welbevinden door op een andere manier de aandacht te richten, door zelf verantwoordelijkheid opnemen voor eigen grenzen, enz. Tevens bood de aanpak in groep een financieel haalbare oplossing die in het wgc zelf zou kunnen georganiseerd worden. Via Edel Maex kwamen zij in contact met Kristel Luyckx, een trainster met ervaring in het geven van mindfulness trainingen aan kwetsbare groepen. Zij ging de uitdaging aan om deze training vorm te geven.

Subsidies werden aangevraagd bij en toegekend door de Cel Armoedebestrijding van de stad Gent. Een proefreeks van drie trainingen op maat werd opgezet. De eerste training richtte zich tot een groep allochtone vrouwen met een beperkte kennis van het Nederlands, de tweede training richtte zich op een groep 'kwetsbare' vrouwen in armoede en de derde training richtte zich tot alle patiënten die baat zouden kunnen hebben bij deze training.

De keuze voor de eerste twee patiëntengroepen ontstond vanuit de hoge nood die het artsenkorps ervoer om net deze groepen te kunnen doorverwijzen voor een niet-medicamenteuze interventie en het door hun ervaren gat in de 'sociale kaart'.

1.3 ONDERZOEKSVRAAG

De artsen en andere zorgverstrekkers in het wijkgezondheidscentrum Brugse Poort hadden het idee dat bepaalde patiëntengroepen met angstige en depressieve reacties tot zelfs stemmingsstoornissen en een breed gamma van stressklachten, wel baat zouden hebben bij een gerichte niet-medicamenteuze aanpak, maar omwille van sociale, economische en/of culturele drempels geen aansluiting vonden bij de reeds bestaande doorverwijsmogelijkheden. De eerste vraag die zich stelt is:

Is een op mindfulness gebaseerde interventie een effectieve niet-medicamenteuze oplossing voor de klinische problemen waarmee deze patiënten zich aanmelden?

Op deze vraag geef ik een antwoord in het volgende hoofdstuk. Of een mindfulness training de *beste* interventie is voor de gegeven probleemstelling valt buiten het bestek van deze thesis. Zoals eerder vermeld, werd door het wgc gekozen voor een mindfulness interventie omwille van

verschillende objectieve en subjectieve criteria. Om het praktisch haalbaar te maken om deze training in het wijkgezondheidscentrum aan te bieden en om drempelverlagend te werken om net die groepen te bereiken die omwille van sociale, economische en/of culturele drempels geen aansluiting vinden bij de reeds bestaande doorverwijsmogelijkheden, werden een aantal ingrepen gedaan die tot doel hadden de training op maat van de doelgroepen te ontwikkelen. Over de conceptonwikkeling en de rationale hierachter, vindt u meer uitleg in de methodologie.

Na afloop van drie trainingen rees de vraag binnen het wijkgezondheidscentrum of het zinvol was de training 'Zorg voor jezelf' verder te zetten voor deze patiëntengroepen en op welke wijze. Hierdoor ontstond de nood aan feedback naar de praktijk toe over de ervaring van de deelnemers. Volgende vraag drong zich dan ook op:

Hoe werd de training 'Zorg voor jezelf' door de verschillende patiëntengroepen ervaren en wat leert deze ervaring ons voor de verdere organisatie in de toekomst?

2 LITERATUUR

2.1 HET CONCEPT 'MINDFULNESS'

Maar wat is nu precies *mindfulness*? Kabat-Zinns definitie is als volgt (Kabat-Zinn, 1994):

"Mindfulness means paying attention in a particular way: on purpose, in the present moment, and nonjudgmentally."

Een meer concrete manier om het concept te verwoorden is (Kabat-Zinn, 1994):

"We all frequently find ourselves swept away by the currents of thought and feeling related to the past, present, or future. We often lose the vividness of the present moment by being somewhere else. When we are able to be in the present moment, we become more awake in our lives; more aware of each moment, more aware of the choices open to us."

'Mindful aanwezig' zijn in het huidige moment omvat openheid voor je persoonlijke beleving van het huidige moment, zonder erover te oordelen en zonder deze beleving te proberen veranderen. Enkele van de kwaliteiten van mindful aanwezig zijn omvatten: openheid, nieuwsgierigheid, niet oordelen en aanvaarding. Dit in sterk contrast met 'op automatische piloot' door het leven gaan (Allen et al., 2006). Veel van wat we denken en doen gebeurt immers automatisch en vrij onbewust (Godfrin et al., 2007). In de Nederlandse literatuur wordt 'mindfulness' vertaald als oplettendheid, bedachtzaamheid, opmerkzaamheid en aandachtgerichtheid. De veelheid aan termen toont dat geen enkele term het volledige concept mindfulness dekt (Dewulf et al., 2005) (Eeckhaut L., 2008).

2.2 ONTSTAAN EN KADERING VAN DE MINDFULNESS-TRAININGEN

Het Mindfulness-Based Stress Reduction programma (MBSR) werd ontwikkeld door Jon Kabat-Zinn en wordt reeds meer dan 30 jaar gegeven aan het Medical Center van the University of Massachusetts (UMass) (Kabat-Zinn, 1990). Dit programma kan gekaderd worden in de gedragstherapie en heeft tot doel om mensen te wapenen met technieken om beter te leren omgaan met dagelijkse stress. Kabat-Zinn maakte voor dit doel gebruik van mindfulness-technieken. Hij gebruikte deze vernieuwende aanpak in plaats van relaxatie, omdat hij van mening was dat relaxatie niet altijd de beste oplossing is in stresserende omstandigheden. Het 'willen' ontspannen levert namelijk al de nodige spanning op (Dewulf et al., 2005). Het MBSR programma wordt reeds sinds 1970 gegeven aan het Medical Center van UMass voor mensen die te kampen hebben met uiteenlopende pathologieën zoals kanker, hartziekten, chronische pijn (Kabat-Zinn et al., 1995), stress-, angst-, en slaapstoornissen (Segal et al., 2002). Na een intakegesprek kunnen de patiënten starten aan het programma, dat gegeven wordt in groepen van een dertigtal personen. Gedurende acht à tien weken komen de deelnemers wekelijks bijeen tijdens een sessie van twee en een half uur om mindfulness meditatieoefeningen in te oefenen. Het oefenen wordt verbonden met psycho-educatie rond stress, spanning, aanvoelen en leren omgaan met grenzen. Daarnaast wordt er aan de

deelnemers gevraagd minimum 45 min per dag individueel te oefenen met behulp van begeleidende CD's (Baer, 2003).

Segal, Williams en Teasdale, de ontwikkelaars van het Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) programma, kwamen in 1992 voor het eerst samen met als doelstelling een onderhoudstherapie te ontwikkelen om terugval in depressie te voorkomen. Tijdens hun zoektocht kwamen ze in contact met het Mindfulness-Based Stress Reduction programma (MBSR) van Kabat-Zinn, gegeven aan het Medical Center van the University of Massachusetts (UMass) (Kabat-Zinn, 1990). Zij ontwikkelden een nieuw protocol gebaseerd op het MBSR protocol. De training leunt dicht aan bij MBSR, maar er wordt extra aandacht gegeven aan cognitieve technieken en psycho-educatie in de preventie van terugval in depressie. Er worden onder andere oefeningen toegevoegd aangaande het verband tussen denken en voelen. Ook worden verschillende methodes besproken om terugval in depressie te voorkomen. Concreet omvat het MBCT-programma nu acht sessies waarbij inzichtmeditatie, cognitieve exploratie en gedragsinterventies een centrale rol spelen (Godfrin et al., 2007).

Je kan mindfulness-trainingen kaderen binnen de derde generatie van de gedragstherapie. De derde generatie of 'the third wave' gaat ervan uit dat het proberen corrigeren van negatieve gedachten deze net intensifieert. Het is beter negatieve gedachten gewoon te aanvaarden. Therapieën van de derde generatie focussen dus niet op het veranderen van de inhoud van de gedachten, zoals dit in de tweede generatie gebeurt (oa cognitieve gedragstherapie), maar wel op hoe men de relatie ten opzichte van zijn gedachten kan veranderen. Dit verschil in visie zorgt voor een enorm debat tussen de tweede en derde 'wave', tussen change-based en acceptance-based therapieën (Cloud, 2006; Lau et al., 2005). MBSR en MBCT zijn voorbeelden van therapieën uit de derde generatie, naast onder andere Acceptance en Commitment Therapy (ACT) en Dialectical Behaviour Therapy (DBT) (Eeckhaut L., 2008).

2.3 MINDFULNESS OEFENINGEN

'Mindfulness' kan ontwikkeld worden door verschillende formele en informele oefeningen. De oefeningen hebben echter allemaal een meditatieve component (Allen et al., 2006). Voorbeelden van *formele* oefeningen zijn de body scan, zitmeditaties met als focus de adem, cognities of geluiden, hatha yoga, etc. De body scan is een 45 minuten durende oefening. Hiervoor gaat de persoon neerliggen met de ogen gesloten en richt hij zijn aandacht achtereenvolgens op de verschillende delen van zijn lichaam. Lichamelijke sensaties worden niet oordelend geobserveerd. Als de aandacht van de persoon afdwaalt naar gedachten, herinneringen of fantasieën neemt hij er kort nota van en keert terug naar de ervaring van de lichamelijke sensaties in het hier en nu. Het is dus de bedoeling je bewust te worden van de afdwaling zonder dat de inhoud ervan je aandacht helemaal absorbeert. Tijdens een zitmeditatie gaat de persoon zitten in een rechte positie en richt zijn aandacht op de sensaties van de ademhaling, waarbij hij ten opzichte van het afdwalen van zijn aandacht dezelfde houding aanneemt als tijdens de body scan. Hatha yoga, wandelmeditaties, bergmeditatie,… het zijn allemaal verschillende soorten oefeningen die kunnen gebruikt worden om mindfulness als attitude te trainen (Baer, 2003). Een eerder *informele* manier van oefenen is

met volle aandacht dagdagelijkse activiteiten uitvoeren. Zo kan men bijvoorbeeld 'mindful' de tanden poetsen, 'mindful' douchen, 'mindful' zwemmen, 'mindful' dansen, 'mindful' zingen etc. De informele oefeningen zorgen ervoor dat je de houding leert integreren in je dagelijkse leven (Allen et al., 2006). Brown & Ryan (2003) stelden zelfs dat de positieve effecten van mindfulness-meditatie afhankelijk zijn van de mate waarin iemand de 'mindful' kwaliteiten kan incorporeren in zijn dagelijkse leven (Eeckhaut L., 2008).

2.4 EFFECTIVITEIT VAN MINDFULNESS-TRAININGEN

Het effect van mindfulness-trainingen is de afgelopen 25 jaar veelvuldig wetenschappelijk onderzocht. Inmiddels zijn er honderden studies gepubliceerd over de effecten van mindfulness interventies. Onderzochte mindfulness trainingen zijn onder andere Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) en Dialectical Behaviour Therapy (DBT).

2.4.1 STRESS EN LEVENSKWALITEIT

Gerandomiseerd onderzoek uitgevoerd bij zowel gezonde als klinische populaties, heeft aangetoond dat mindfulness interventies effectief zijn in het verminderen van zelfgerapporteerde stress en stresssymptomen. Speca et al. (2000) toonden een positief verband aan tussen de intensiviteit van de mindfulness opleiding en de afname van het aantal stresssymptomen bij niet-gehospitaliseerde kanker patiënten. Onderzoek van Schrovers en Bradsma (2010) toonde dat na het volgen van een mindfulness-training deelnemers minder negatief affect (emotionele reactie op een ervaring) en meer positief affect lieten zien. Verbetering in mindfulness vaardigheden hingen samen met een verbeterd affect (Vandermeulen R., 2010).

Roth et al. (2004) deed een kwantitatief onderzoek naar het effect van MBSR bij een allochtone en/of kansarme groep patiënten die doorverwezen werden vanuit de eerste lijn, Via pre-post metingen in twee MBSR groepen en één controle groep probeerde hij het effect te kwantificeren op de globale gezondheid, de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven, de slaapkwaliteit en de familie harmonie. Als meetinstrumenten gebruikte hij de SF-36 Health Survey en twee additionele vragenlijsten betreffende slaapkwaliteit en familie harmonie. In vergelijking met de controle groep toonde de interventie groep statistisch significante verbetering op vijf van de acht maatschalen van de SF 36 Health Survey. Er werden geen verschillen gevonden in slaapkwaliteit en familieharmonie (Roth et al., 2004).

2.4.2 ANGST-EN STEMMINGSKLACHTEN IN KLINISCHE POPULATIES

Hofmann et al. (2010) voerde een meta-analyse uit met als doelstelling om de effect-grootte te bepalen van mindfulness interventies op angst-en stemmingsklachten in klinische populaties. Hun meta-analyse is gebaseerd op 39 studies met in totaal 1140 deelnemers die mindfulness-based therapie kregen voor een reeks van voorwaarden, met inbegrip van kanker, gegeneraliseerde angststoornis, depressie en andere psychiatrische of medische aandoeningen.

Mindfulness-based therapieën blijken matig effectief te zijn voor het verbeteren van angst (Hedges van g = 0,63) en stemmingsklachten (Hedges van g = 0,59) in pre-post analyses in de totale steekproef. Bij patiënten met angst- en stemmingsstoornissen, is deze ingreep gepaard met een effect-grootte (Hedges's g) van 0,97 en 0,95 voor het verbeteren van angst-en stemmingsklachten, respectievelijk. Deze effectgroottes toonden geen verband met de publicatiejaren of het aantal behandelingen, en bleven gehandhaafd bij follow-up (Hofmann et al., 2010).

2.4.3 MBCT ALS HERVALPREVENTIE BIJ MAJEURE DEPRESSIE

Een review van Chiesa et al. (2011) komt tot de volgende bevindingen. Ten eerste dat MBCT als aanvulling op de gebruikelijke zorg significant beter is dan de gebruikelijke zorg voor het verminderen van recidieven van majeure depressie bij patiënten met drie of meer eerdere depressieve episoden (4 kwaliteitsvolle studies). Ten tweede: MBCT gecombineerd met een geleidelijke stopzetting van de onderhoudsmedicatie zorgde voor een soortgelijke terugval na een jaar in vergelijking met voortzetting van het onderhoudsmedicatie (1 studie). Ten derde dat het gebruik van MBCT mogelijks nuttig zou zijn voor het verminderen van residuele depressieve symptomen bij patiënten met een majeure depressie in de voorgeschiedenis (2 studies) en voor het verminderen van angstsymptomen bij patiënten met een bipolaire stoornis in remissie (1 studie) en bij patiënten met bepaalde angststoornissen (2 studies). Hierover is echter verder onderzoek nodig, gezien deze studies enkele methodologische tekortkomingen hadden (Chiesa et al., 2011).

2.4.4 MBSR BIJ CHRONISCHE ZIEKTE

Merkes (2010) voerde een review uit met betrekking tot de effecten van MBSR bij mensen met chronische ziekten. Chronische ziekte wordt geassocieerd met een scala aan ongewenste psychologische en fysieke gevolgen. Vijftien studies werden geïdentificeerd en de resultaten met betrekking tot geestelijke en lichamelijke gezondheid, welzijn en de kwaliteit van het leven, werden vergeleken. Deelnemers hadden diagnoses waaronder: fibromyalgie, chronische pijn, reuma, diabetes type 2, chronisch vermoeidheidssyndroom, multiple allergieën en hart- en vaatziekten. Bij al deze studies bleek dat deelname aan een MBSR-programma als aanvulling bij de normale zorg, leidde tot verbeteringen op bovenstaande factoren. Geen negatieve verandering werden gemeld tussen baseline en follow-up. Resultaten met betrekking tot specifieke variabelen waren moeilijk te vergelijken wegens verschillen in meetinstrumenten en patiëntenpopulaties. Over het geheel genomen overheersten positieve veranderingen (Merkes, 2010).

2.5 SAMENGEVAT

Het effect van mindfulness trainingen is in de afgelopen jaren uitvoerig onderzocht op verschillende klinische populaties. Hieruit blijkt dat mindfulness interventies zorgen voor een vermindering van zelfgerapporteerde stress en stresssymptomen. Deelnemers laten na afloop minder negatief affect en meer positief affect zien. Ook scoren de deelnemers na afloop significant beter op gevalideerde vragenlijsten met betrekking tot globale gezondheid en gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Voor angst-en stemmingsklachten zijn mindfulness interventies matig effectief in gewone

klinische populaties, maar deze effectiviteit neemt toe bij patiënten met angst-en stemmingsstoornissen.

MBSR, als aanvulling bij de normale zorg, zorgde bij chronische zieke patiënten voor een verbetering van de gerapporteerde geestelijke en lichamelijke gezondheid, het welzijn en de kwaliteit van leven. MBCT werd voornamelijk effectief bevonden als hervalpreventie bij mensen die drie of meer depressieve episodes in het verleden doormaakten. Een op mindfulness gebaseerde interventie blijkt dus met andere woorden een effectieve niet-medicamenteuze oplossing voor patiëntengroepen met angstige en depressieve reacties tot en met stemmingsstoornissen en een breed gamma van stressklachten.

3 METHODE

3.1 ONTWIKKELING VAN DE TRAINING 'ZORG VOOR JEZELF'

Voor de concrete uitwerking en uitvoering van deze mindfulness training werd contact opgenomen met Edel Maex, één van de grondleggers van de mindfulness-training in Vlaanderen. Hij heeft meer dan vijftien jaar ervaring met het aanbieden van de training voor een brede groep van patiënten binnen de Stresskliniek van het Ziekenhuis Netwerk Antwerpen. Op zijn advies werd aan Kristel Luyckx, die als mindfulness trainer onder zijn supervisie werkt en ervaring heeft met het werken in groepen met mensen in armoede en uit de migratie, gevraagd om de training vorm te geven. Deze training op maat werd ontwikkeld op basis van de MBSR training. Binnen het wijkgezondheidscentrum Brugse Poort werd ervoor gekozen de training de naam mee te geven ´Zorg voor jezelf´. Met de keuze van deze naam werd van het begin af aan benadrukt dat het ging om een *training*, geen *therapie*, waarbij de focus kwam te liggen op de aanwezige positieve mogelijkheden van iedere mens om zorg voor zichzelf op te nemen.

Hoewel de ontwikkelde training erg nauw aansluit bij de inhoud en het protocol van de MBSR training, werden er een aantal ingrepen gedaan die tot doel hadden de training op maat van de drie doelgroepen te ontwikkelen.

- Zo waren er een aantal interventies om drempelverlagend te werken naar de toegankelijkheid en het effectief instappen in de training:
    - Er werd bepaald dat de prijs voor de training voor patiënten €20 zou bedragen, en dat patiënten die integraal aan de training deelnemen, na afloop €15 zouden terugkrijgen. Hierbij speelde ervaring met gelijkaardige initiatieven in het verleden een belangrijke rol, waarbij het centrum de idee had, dat dingen die volledig gratis werden aangeboden, vaak niet naar waarde werden geschat. Ook werd er gehoopt dat het teruggeven van een deel van het inschrijvingsbedrag de mensen zou motiveren om te blijven komen.
    - Omdat men wist dat de overstap naar een andere zorgverstrekker of organisatie een hoge drempel was, werd besloten de training in het wijkgezondheidscentrum zelf te laten doorgaan, in aanwezigheid van een voor de patiënten vertrouwde zorgverstrekker.
    - Bovendien gebeurde het deelnemen aan de training op indicatie van de arts: immers voor veel patiënten uit de doelgroep blijkt de rol van de arts als gezagsfiguur belangrijk. Men ging ervan uit dat het gezag van de arts die de training ´voorschreef´ wel eens belangrijk kon zijn om bijvoorbeeld het tijd uittrekken om thuis te oefenen te legitimeren.

- Tevens werd het oefenmateriaal van de training aangepast:
    - Zo werd het boek ´Leven in de Maalstroom´ dat door Edel Maex in zijn training wordt gebruikt, teruggebracht tot een heel eenvoudig oefenmapje waarin de kernaspecten zijn opgenomen.
    - In de bijhorende oefen CD´s werd aandacht besteed aan een eenvoudige toegankelijke taal.
    - De oefentijd werd ook ingekort: de langere oefeningen van 45 minuten werden tot 30 minuten teruggebracht. De deelnemers kregen de aanbeveling mee elke dag minstens een half uur formeel te oefenen.
- Gedurende de training vonden er ook specifieke procesinterventies plaats die tot doel hadden de training zoveel als mogelijk op maat van de groep te maken.
    - Zo bleek het effectiever dat de twee trainers (de ene als mindfulness trainer, de andere als zorgverstrekker vanuit het wijkgezondheidscentrum) in tandem werkten. Zo kon bijvoorbeeld de begeleidende maatschappelijk werker in de groep vrouwen uit armoede in gesprek gaan met een deelneemster die nood had om in te gaan op aspecten waarvan zij zich doorheen de training meer bewust werd. De begeleidende kinesist kon op haar beurt, vanuit haar vertrouwensband en deskundigheid, adviezen op maat geven aan patiënten die moeilijkheden hadden met de uitvoering van bepaalde rek-en strekoefeningen.
    - Andere procesinterventies waren het stapsgewijs en op maat van de groep werken. Zo werd in de groep allochtone vrouwen gaandeweg en in samenspraak met de groep besloten om de duur van de sessies korter te maken maar twee sessies meer te organiseren dan gepland.
    - Er waren ook heel wat interventies die erop gericht waren het gevoel van veiligheid in de groep zo hoog mogelijk te maken. Er werd bewust gekozen voor kleine groepen van max 12 personen. In groep 1 en 2 werden enkel vrouwen ingeschreven. Er werd bovendien benadrukt dat er steeds ondersteuning binnen het wgc beschikbaar was op het ogenblik dat dit voor de patiënt gewenst was.

De aanpassingen om van de klassieke MBSR tot de in het wgc aangeboden training te komen, hadden dus voornamelijk te maken met de praktische invulling van de training. De grootste verandering naar inhoud toe was de inkorting van de oefentijd van drie kwartier naar een half uur.

3.2 DE POST-HOC EVALUATIE

Na afloop van drie trainingen rees de vraag binnen het wijkgezondheidscentrum of het zinvol was de training 'Zorg voor jezelf' verder te zetten en zo ja, op welke wijze. Hierdoor ontstond de nood aan feedback naar de praktijk toe over de ervaring van de deelnemers.

Hoe werd de training 'Zorg voor jezelf' door de verschillende patiëntengroepen ervaren en wat leert deze ervaring ons voor de verdere organisatie in de toekomst?

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag werd ervoor gekozen om uit de drie groepen die reeds plaatsvonden in het verleden een aantal deelnemers te interviewen. Gezien we op zoek gaan naar de belevingen en verwachtingen van mensen, is kwalitatief onderzoek hier op zijn plaats. Het is niet de bedoeling van dit onderzoek om te bewijzen dat de training 'Zorg voor jezelf' zijn doel bereikt of de oorzaak is van de vermelde veranderingen die de patiënten aangeven. Hiervoor zou een kwantitatieve benadering nodig zijn.

3.2.1 BESCHRIJVING VAN DE DRIE VERSCHILLENDE GROEPEN

3.2.1.1 De 'allochtone' groep

Een eerste groep onderging de training in het voorjaar van 2010. Deze training richtte zich op een groep allochtone vrouwen die door culturele drempels en taalproblematiek in het reguliere circuit moeilijker te verwijzen waren (moslima, beperkte taalkennis). Deze groep werd begeleid door Kristel Luyckx met als brug- en vertrouwensfiguur een kinesist van het wijkgezondheidscentrum. Zeven deelneemsters schreven zich in. Eén persoon stopte na het eerste contactmoment. De andere zes waren op regelmatige basis aanwezig en vervolledigden de training.

3.2.1.2 De 'kwetsbare' groep

Een tweede groep werd samengesteld in het najaar van 2010. Deze training richtte zich tot kwetsbare vrouwen met een sociaaleconomische problematiek, zoals kansarmoede, alleenstaand ouderschap of werkloosheid. In deze groep werd Kristel Luyckx mede ondersteund door de maatschappelijk werkster van het wijkgezondheidscentrum. Negen deelnemers werden ingeschreven. Eén persoon stopte na het eerste trainingsmoment in overleg met haar huisarts. De overige acht deelneemsters vervolledigden de training en waren op regelmatige basis aanwezig.

3.2.1.3 De 'gemengde' groep

De inschrijvingen voor de derde groep werden opengesteld voor het brede publiek. Uiteindelijk bestond deze groep uit een groep autochtone, hoger opgeleide patiënten, zowel mannen als vrouwen. Deze groep werd mede begeleid door Lien Eeckhaut, HAIO in het wijkgezondheidscentrum, en auteur van deze thesis. In deze groep waren zes mensen op regelmatige basis aanwezig. Ook hier stopte één iemand na het eerste trainingsmoment.

3.2.2 REKRUTERING VAN DE GEÏNTERVIEWDEN

De geïnterviewden werden uit de drie groepen geselecteerd in overleg met Kristel Luyckx en de zorgverstrekker van het wgc die aan de desbetreffende training deelnam. De doelstelling was om

uit elke groep vier mensen te interviewen waarbij binnen de groep gekozen werd voor zoveel mogelijk diversiteit.

3.2.3 DE INHOUD VAN DE SEMI-GESTRUCTUREERDE INTERVIEWS

Er werd gekozen voor semi-gestructureerde interviews. Om de vorm en initiële inhoud van dit interview te bepalen, werd overlegd met verschillende experts in het gebied van mindfullness opleidingen. Overlegmomenten vonden plaats met Kristel Luyckx (de trainster binnen het wijkgezondheidscentrum), Edel Maex (bezieler van 'Leven in de maalstroom'), Ria Verplancke (trainster bij Itam[2]) met ervaring met kwetsbare groepen en Björn Prins (oprichter van Itam en lesgever in de post-graduaat opleiding tot mindfulness trainer op Artevelde hogeschool te Gent).

Er werd bewust gekozen om bij de bevraging zoveel mogelijk de natuurlijke chronologie van de training te respecteren. Dit met de bedoeling om het proces van begin tot einde in kaart te kunnen brengen en alle verschillende stappen die hierbij van belang waren. In bijlage 1 vindt u de structuur van het interview en de bevraagde thema's.

3.2.4 UITVOERING VAN DE INTERVIEWS EN VERWERKING VAN DE DATA

De interviews werden uitgevoerd door Lien Eeckhaut, auteur van deze thesis, en opgenomen op audio. De deelnemers werden niet in een bewuste volgorde geïnterviewd, maar naargelang ze beschikbaar waren.

Na het doorlopen van drie interviews werden deze beluisterd en eventueel nieuwe thema's werden toegevoegd aan het semi-gestructureerd interview. Deze cyclus werd drie maal herhaald.

Vervolgens werden de interviews uitgetypt en ingevoerd in het verwerkingsprogramma NVivo 9. Een eerste lezing en codering gebeurde in samenspraak met Kristel Luyckx. De interviews werden uit elkaar getrokken op basis van volgende coderingen:

- Persoonlijk:
    - Persoonsgegevens
    - Informatie over de persoonlijke problematiek en het gevolgde traject in de gezondheidszorg
- Vóór:
    - Alle opvattingen, bezorgdheden, verwachtingen en drempels die voor aanvang van de training een rol speelden
    - De aanspreking door de zorgverlener

[2] Het **Instituut voor Training van Aandacht en Mindfulness** (Itam) is één van de Mindfulness pioniers in Vlaanderen

- Tijdens:
    - De emotionele beleving van de training zelf
    - Moeilijke momenten en coping
    - De ondersteuning vanuit de omgeving of het wgc
- Oefenen:
    - Beleving van de oefeningen in groep en thuis
    - Thuis oefenen
    - Gebruikte materiaal en eventuele hiaten hierin
- Groep:
    - Aantal deelnemers
    - Geslacht
- Resultaat:
    - Veranderingen toegeschreven aan het ontwikkelen van een mindful attitude
    - Veranderingen toegeschreven aan deelname in groep
    - Eventueel interferende factoren
- Toekomst:
    - Wat nu de training gestopt is?
    - Nood aan opvolging/ herhaling/…

Een tweede codering gebeurde om de thema's nog verder te verfijnen. Bij het weergeven van de resultaten werd gekozen om zo nauw mogelijk trouw te blijven aan de bewoording van de deelnemers. Er werden enkel aanpassingen gedaan om de leesbaarheid te verhogen. Herhalingen van dezelfde woorden en stopwoordjes werden weggelaten. Ook werden van halve zinnen in de mate van het mogelijke volledige zinnen gemaakt. Dit gebeurde uitsluitend indien dit de boodschap niet inhoudelijk beïnvloedde.

Voor de interpretatie werd uitvoerig samen gezeten met Kristel Luyckx en werd gepeild naar haar ervaring met de begeleiding van deze groepen. Bij de resultaten wordt derhalve ook haar beleving en ervaring weergegeven als tweede partij.

4 RESULTATEN

4.1 REKRUTERING VAN DE GEÏNTERVIEWDEN

De rekrutering ging van start na goedkeuring van de ethische commissie in het voorjaar van 2011 (Belgisch Registratienummer: B670201111116). In totaal werden elf mensen bereid gevonden tot deelname. Zij kregen de nodige informatie en het document 'informed consent' werd getekend.

4.1.1 DE 'ALLOCHTONE' GROEP

In de 'allochtone' groep waren zes deelneemsters op regelmatige basis aanwezig. Hieruit werden vier mensen geselecteerd. Er werd bewust gekozen voor diversiteit qua leeftijd, oorspronkelijke nationaliteit en gezondheidsproblematiek waarvoor ze deelnamen aan de training.

	Verwijzer	M/V	Leeftijd	Herkomst	Gezondheidsproblematiek
Pt 1	Kiné	V	47	Turkije	Hyperventilatie en psychosomatiek
Pt 2	Kiné	V	50	Filippijnen	Chronische pijn
Pt 3	Huisarts	V	35	Turkije	Psychosomatische klachten, rouw
Pt 4	Huisarts	V	32	Irak	Chronische pijn

4.1.2 DE 'KWETSBARE' GROEP

In de 'kwetsbare' groep waren acht deelneemsters op regelmatige basis aanwezig. Vier mensen werden hieruit geselecteerd. Er werd bewust gekozen voor diversiteit qua leeftijd, gezondheidsproblematiek en sociaaleconomische problematiek. Twee personen stemden toe om deel te nemen, één persoon verbleef in die periode gedurende lang tijd in het buitenland en één persoon weigerde deelname. Vervolgens werden de vier andere deelnemers gecontacteerd. Twee personen bleken telefonisch niet bereikbaar na herhaaldelijke pogingen om contact op te nemen. Eén persoon weigerde deelname. De vierde persoon stemde in met deelname aan het onderzoek.

	Verwijzer	M/V	Leeftijd	Herkomst	Gezondheidsproblematiek
Pt 5	Huisarts	V	50	België	Hyperventilatie, psychosomatiek en PTSS
Pt 6	Huisarts	V	56	België	Recidiverende depressies
Pt 7	Maatsch. Werker	V	51	België	Chronische pijn, slaapproblemen en impulsiviteit na ongeval

4.1.3 DE 'GEMENGDE' GROEP

In de 'gemengde groep' waren zes deelnemers op regelmatige basis aanwezig en ook hier werden vier personen geselecteerd. Hier werd gekozen voor diversiteit betreffende geslacht en gezondheidsproblematiek.

	Verwijzer	M/V	Leeftijd	Herkomst	Gezondheidsproblematiek
Pt 8	Huisarts	V	50	België	Depressie
Pt 9	Huisarts	V	49	België	Burn out en slaapproblematiek
Pt 10	Huisarts	V	47	België	Burn out bij met borderline persoonlijkheid
Pt 11	Huisarts	M	38	België	Veralgemeende angst en recidiverende depressie

4.2 VÓÓR DE AANVANG VAN DE TRAINING

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste beslissingsfactoren besproken om deel te nemen aan de training.

4.2.1 AANSPREKING VAN DE PATIËNT DOOR DE ZORGVERSTREKKER

Zoals in de inleiding reeds vermeld werd, werd vanuit het wijkgezondheidscentrum vermoed dat de rol van de arts/kinesist/maatschappelijk werker als vertrouwenspersoon belangrijk kon zijn om mensen te motiveren tot deelname. Daarom kon niemand zich op eigen initiatief inschrijven voor de training, maar gebeurde dit enkel op voorschrift van de arts. De mensen werden voor deelname aan de training gecontacteerd door hun huisarts, kinesist of maatschappelijk werker.

In alle groepen wordt door de deelnemers vermeld dat het aangesproken worden door een vertrouwenspersoon voor hen een overtuigende factor was om deel te nemen aan de training. De deelnemers gaven aan vertrouwen te hebben in hetgeen deze vertrouwenspersoon hun aanraadt, omdat ze aanvoelen dat deze persoon hen goed kent en weet wat goed voor hen is in de gegeven situatie.

4.2.1.1 De 'allochtone' groep

Pt 4: *Ik was direct akkoord, omdat als dokter iets zegt, het is goed. Ik vertrouw in mijn huisarts, mijn dokter. Ik vertrouw niet iedereen, maar als dokter mij iets zegt: "dat is goed voor u": ik doe het!*

4.2.1.2 De 'kwetsbare' groep

Pt 7: *Nee, ik heb meteen gezegd van ja, dat ga ik doen.*

Lien: *Als iemand anders jou daarover had aangesproken, zou je dat dan ook gedacht hebben?*

Pt 7: *Nee, want als iemand anders iets zegt, zou ik dat misschien wel willen doen, maar ik heb een stamp nodig.*

Lien: *En Lieve* [maatschappelijk werker van in het wgc] *kan goed een stamp geven?*

Pt 7: *Awel, ja!*

Lien: *Zou je dat van andere mensen niet aanvaard hebben?*

Pt 7: *Lieve die kent mij en die kent mijnen problematiek, maar anderen vind ik moeten ulder niet moeien met wat dat ik zou moeten doen.*

4.2.1.3 De 'gemengde' groep

Pt 8: *De week voordat de eerste sessie gestart is zei ze* [haar huisarts] *: "Goh, dat zou wel goed zijn als je zou kunnen aansluiten".*

Lien: *Moest iemand anders jou dat aangeraden hebben, zou je dat dan ook overwogen hebben?*

Pt 8: *Misschien minder. Nee, vanuit de vriendenkring zou ik daar eigenlijk niet zo direct ingestapt zijn.*

Lien: *Dus het was eigenlijk wel belangrijk dat net uw huisarts zei: "dat is misschien iets voor u"?*

Pt 8: *Ja, toch wel!*

4.2.2 BEZORGDHEDEN EN VOOROORDELEN

In de 'allochtone' en 'kwetsbare' groep is het vertrouwen in de vertrouwenspersoon van die aard dat de deelnemer niet twijfelt om deel te nemen aan de training. In de 'gemengde' groep daarentegen uitten de deelnemers toch een zekere bezorgdheid. Zij vermeldden allemaal dat ze reeds van mindfulness hadden gehoord in het verleden, maar steeds schrik hadden voor een te esoterische of 'zweverige' benadering. Eén deelneemster uitte ook angst voor de emoties die deze training zou kunnen losmaken bij haar.

4.2.2.1 De 'allochtone' groep

Pt 3: *Mijn dokter heeft toen gezegd: "Jij hebt veel stress zo en veel pijn. Jij gaat naar die training." Ik heb gezegd "ja, ik ga proberen".*

Lien: *Heb je daar veel over moeten twijfelen of nadenken?*

Pt 3: *Ik heb gezegd: "ik ga proberen". Niet twijfelen, doen.*

4.2.2.2 De 'kwetsbare' groep

Lien: *Heb je getwijfeld toen ze dat uitlegde: "Zou ik dat doen?"*

Pt 6: *Nee, ik heb onmiddellijk gezegd: "ja". Ik wou weten wat het inhield, dus ik ben daar op ingegaan.*

4.2.2.3 De 'gemengde' groep

Iedereen in deze groep uitte de bezorgdheid voor een te 'zweverige' training. De deelnemers waren echter gerustgesteld door het feit dat de training in het wgc doorging, omdat ze inschatten dat de training dan meer 'down to earth' zou zijn.

Pt 11: *Ik keek daar eigenlijk naar uit omdat het in het dokterscentrum was, waardoor ik het gevoel had dat het waarschijnlijk niet te zweverig zou zijn en met niet te veel mystiek errond, want daar heb ik eigenlijk een beetje een allergie aan. Allez, ik geloof daar absoluut niet in, al dat hogere, dus ik was eigenlijk heel blij dat het hier gebeurde.*

Eén iemand had net voor de training een boek gelezen in verband met cognitieve gedragstherapie. Zij vermeldde dat ze toch wat angst had voor de training, omdat deze emoties zou kunnen losmaken.

> Pt 10: *Waar ik een beetje bang voor was: dat erin stond van "je moet opletten, want er kunnen dingen naar boven komen waar je heel bang van wordt of waar je heel veel verdriet over hebt".*

4.2.3 DE PRAKTISCHE REGELINGEN

Om de praktische organisatie van de training in de toekomst nog meer op punt te stellen, werden ook de deelnemers ook hierover bevraagd. Verschillende aspecten kwamen aan bod, zoals tijdstip, locatie en prijs.

4.2.3.1 Tijdstip

De training vond bij alle groepen plaats op woensdagvoormiddag. In de 'allochtone' groep gebeurde een aanpassing van het tijdstip omwille van de schooluren van de kinderen. In alle groepen vermeldden de werkende deelnemers dat het tijdstip uitzonderlijk pastte omwille van gecombineerd ziekteverlof. Drie mensen vermeldden dat ze blij waren dat de training s' ochtends plaatsvond, omdat de drempel die zij voelen om naar buiten te gaan en iets te ondernemen dan het kleinst is.

4.2.3.1.1 De 'allochtone' groep

De training ging initieel door op een woensdagvoormiddag van 9 uur tot 12 uur. Er werd meer tijd voorzien (3 uur in plaats van 2,5 uur) dan bij de andere groepen, omwille van de te voorziene communicatiemoeilijkheden. Voor de vrouwen bleek 12 uur echter een moeilijk tijdstip gezien ze op dat moment de kinderen op school moesten ophalen. Dit werd aangekaart tijdens de tweede sessie en er werd besloten de training om 11u30 te beëindigen. Er werden bovendien twee sessies toegevoegd aan de training. Dit gebeurde omdat de trainster het gevoel had dat het protocol van oefeningen in kleinere stappen moest worden opgesplitst. Dit was niet enkel een kwestie van taal, voor veel deelneemsters was het aandacht leren schenken aan hun lichaam, zoals dat geleerd werd binnen de mindfulness opleiding zo ´anders en nieuw´ dat extra tijd noodzakelijk was.

> Pt 3: *Voor mij dat gaat moeilijk tot twaalf uur, want ik moet om mijn kinderen op woensdag. Moest op andere dag, het zou geen probleem zijn. We hebben het samen met de groep besproken. Zij hebben ook hun kinderen en dat is voor hun ook moeilijk. Wij vertrekken allemaal iets vroeger.*

4.2.3.1.2 Deelnemers met een job

De meeste deelnemers met job vermeldden dat het tijdstip onder normale omstandigheden niet evident zou zijn, maar nu wel inpasbaar was omwille van het ziekteverlof dat zij hadden door hun problematiek. Enkelen werkten niet op woensdagvoormiddag, zodat het tijdstip voor hen net ideaal was.

Pt 8: *Kan je het niet eventjes combineren met wat medisch verlof, vroeg mijn huisarts? En zo was het eigenlijk op een goed moment, maar in het ander stramien toen ik aan het werk was dat niet mogelijk.*

4.2.3.1.3 Ondernemingsdrempel

Drie mensen beschreven dat s' ochtends de drempel om naar buiten te gaan en onder de mensen te komen lager is dan tijdens de namiddag of avond. Geen enkele respondent kon echter duidelijk de oorzaak daarvan aangeven.

Pt 6: *Voor mij is het moeilijk om mijn deur uit te komen, dus het vroeg iedere keer energie om mijn deur uit te gaan en weg te gaan. Ik denk dat moest het 's middags geweest zijn, ik nog meer moeite zou gehad hebben om naar hier te komen.*

4.2.3.2 Locatie

Eén persoon had net een operatie achter de rug waardoor de fysieke bereikbaarheid voor haar belangrijk was.

Pt 9: *Een cursus die vrij is , waar ik te voet naar toe kan.*

4.2.3.3 Prijs

De deelnameprijs werd bepaald op 20 euro. Bij volledige deelname aan alle sessies werd hiervan 15 euro terugbetaald. De prijs werd bewust laag gehouden om het laagdrempelig te houden. De reden om 15 euro terug te geven, was mensen motiveren tot het einde deel te nemen.

Voor iedereen is de prijs van niet-medicamenteuze interventies zoals een mindfulness training of gesprekken bij een psychologe *buiten* het wgc, een belemmerende factor. De prijs om de training *in* het wijkgezondheidscentrum te volgen is echter voldoende laag om dit drempeleffect weg te nemen. De 15 euro die na deelname aan de volledige training werd teruggegeven, was voor niemand een argument om te blijven komen naar de training. In de 'gemengde' groep opperde enkele deelnemers dat de prijs gerust hoger mocht zijn. Eén iemand opperde om de prijs hoger te maken en meer geschreven informatie mee te geven.

Pt 3: *Bij andere dingen moet per uur en financieel kan ook niet. Is goed dat hier ze doen het goedkoop.*

Pt 9: *Voor 20 euro, allez voor vijf euro is het eigenlijk. Ik denk dat je die vraag rond de prijs en het aanbod. Van hoe beperkt kan je het houden voor die lesgever en is dat te doen aan die prijs. Dan denk ik prijs kwaliteit, dat de prijs echt wel hoger mag zijn.*

4.3 OEFENING BAART KUNST

Tijdens een training wordt van de deelnemers verwacht dat ze thuis dagelijks een half uur proberen vrij te maken om de aangeleerde zaken verder te oefenen. Dit wordt op het moment van inschrijving duidelijk meegedeeld. De mensen krijgen hiervoor elke sessie de nodige cd's en papieren instructies mee naar huis. Ook tijdens de sessie wordt herhaaldelijk benadrukt dat thuis oefenen belangrijk is.

4.3.1 HOEVEEL WERD ER THUIS GEOEFEND?

Iedereen geeft op deze vraag een ander antwoord. De tijdsinvestering die mensen doen varieert enorm. Iedereen zegt wel dat hij tijdens de periode van training geoefend heeft thuis.

> Pt 6: *Ik heb dat ook niet alle dagen kunnen doen. Ik had zo voor mezelf, als ik twee, drie keer geoefend heb dan is het goed. Wat ik wel deed was zo die korte oefeningen* [het gaat hier over de ademruimte[3]].

4.3.2 THUIS OEFENEN IS MOEILIJK

Iedereen geeft aan dat thuis oefenen een enorme opgave is. De redenen hiervoor zijn erg gevarieerd. Volgende redenen werden vermeld: tijdsgebrek, familieleden die storen, geen cd-speler, geen eigen ruimte, onrust tijdens het oefenen, gebrek aan discipline.

> Pt 1: *Alleen gaat het niet. Ik zit zo met de kinderen en zo. Ginder gaat goed met de groep.*

4.3.3 VERSCHILLENDE VOORKEURSOEFENINGEN EN VERSCHILLENDE BELEVING

Er worden tijdens de sessie verschillende oefeningen aangeleerd zoals de body scan, een inzichtsmeditatie, yoga, stapmeditatie, bergmeditatie, ademruimte en meermeditatie. Alle oefeningen hebben tot doel deelnemers een andere omgang met stress en spanning aan te leren. Zoals reeds in de indeling vermeld zijn er formele en informele oefeningen om een 'mindful' attitude te ontwikkelen.

4.3.3.1 Formele oefeningen

De deelnemers beleven dezelfde formele oefeningen vaak helemaal anders. Er is geen gemeenschappelijke voorkeur of afkeur te ontdekken. Een voorbeeld vindt u hieronder betreffende de beleving van de meermeditatie.

> Pt 11: *Dat is echt niks voor mij. Dan begin ik aan onder dat meer te denken en dan het wier dat u kan vast strengelen. De vissen die er allemaal in zitten. Ik zie daar helemaal geen rust in. Ik zie daar een hele wereld in.*

[3] Ademruimte: een korte oefening om de aandacht te brengen naar het huidige moment en zich bewust te worden van de effecten van moeilijke ervaringen op onze gedachten, emoties en lichamelijke gewaarwordingen (Finucane et al. 2006))

Pt 6: *De oefeningen waar we ons een meer bij moesten voorstellen een uitgestrekt meer. Dat was zalig. Het alsof de stilte dan vanuit dat meer dwars door mij komt.*

4.3.3.2 Informele oefeningen

Iedereen vermeldt dat de korte informele manieren van oefenen en de korte ademruimte veel meer werden toegepast en ook gemakkelijker integreerbaar waren in hun dagelijkse leven.

Pt 6: *Wat ik wel veel deed was zo die korte oefeningen, zo die time out voor één minuut.*

Lien: *De ademruimte?*

Pt 6: *Ademruimtes, ja. Dat is zo iets waar ik mij het meest aan gehouden heb en ook nog altijd toepas.*

4.4 AANGEBODEN MATERIAAL

Zoals vermeld in de inleiding werd het boek ´Leven in de Maalstroom´ dat in de training van Edel Maex gebruikt wordt, teruggebracht tot een eenvoudig oefenmapje waarin enkele kernaspecten zijn opgenomen. Elke les werd één pagina meegegeven met een samenvatting van de aangeleerde aspecten in het trainingsmoment en met een duidelijke vermelding van de thuisopdracht. De deelnemers hadden de mogelijkheid om tijdens de training het boek 'Leven in de maalstroom' te lenen. In de bijhorende oefen CD´s werd aandacht besteed aan een eenvoudige en toegankelijke taal en werd de oefentijd ingekort. De langere oefeningen werden van 45 minuten naar een half uur ingekort. De CD's werden door Kristel Luyckx ingesproken.

Bij de derde groep werd tijdens de training ook een video getoond, aangezien er vanuit deze groep veel vragen naar extra informatie kwamen.

4.4.1 DE GESCHREVEN INSTRUCTIES

Met uitzondering van één persoon is iedereen tevreden over de geschreven instructies die werden meegegeven. Ze appreciëren het samenvattende vermogen van de blaadjes. Eén persoon vond de geschreven instructies te beknopt, maar kon dit opvangen door tijdens de training het boek uit te lenen.

> Pt 5: *Die blaadjes waren goed, allemaal kort en de essentie staat daar op. Ik vind dat goed. Er moet daar niet meer opstaan.*

> Pt 9: *Ik vind die blaadjes goed, ze heeft daar heel veel zorg aan besteed, maar het is wel heel beperkt. Als je dat achteraf bekijkt, dat is echt het minimum van het minimum. Dat boek geeft nog veel meer om dat te herkauwen, nog veel meer duiding.*

4.4.2 GELUIDSMATERIAAL

Thuis oefenen zonder CD's wordt door iedereen als bijna onmogelijk ervaren en de CD's worden dan ook uitvoerig gebruikt bij het oefenen thuis.

In de gemengde groep vermeldt iedereen dat luisteren naar dezelfde CD saai wordt en dat ze tijdens de training verschillende andere oefeningen van het internet haalden.

De CD-speler van één deelneemster werkte niet goed en ze had niet de financiële middelen om dit op te vangen. Er werd haar een mp3 speler vanuit de praktijk uitgeleend.

Tijdens en na de training kwam ook drie maal de vraag om het auditieve oefenmateriaal in mp3-vorm beschikbaar te stellen. De reden hiervoor was telkens om met oortjes te kunnen luisteren via een mp3 speler zodat er niemand zou kunnen meeluisteren.

Pt 11: *Het was ongelofelijk praktisch om deze CD's te hebben, want ik weet niet of ik het zonder CD's had gekund. Ik heb wel andere bodyscans gedownload van het internet, want het werd moeilijker en moeilijker om mij nog te concentreren een half uur steeds op dezelfde CD.*

Pt 10: *Dienen ambetanterik [CD-speler] slaat dan af. Potverdorie ik kan weer niet verder doen. En toen was het van pff, nu is het genoeg, want het lukt mij hier toch niet. Financieel is het moeilijk en al die andere dingen.*

Pt 8: *Je moet je daar toch voor kunnen afzonderen dus met disketjes had ik dat graag op mp3 gezet, maar we kregen dat daar niet op. Bij ons loopt er ook altijd veel volk rond thuis en op reis was dat eigenlijk ook zo. Als je iedere keer naar een cd moet luisteren dat de andere mee luisteren* (patiënt zucht) *. Dat is dus heel goed als je via de oortjes kunt luisteren.*

4.4.3 VIDEO

Bij de gemengde training kreeg de trainster het gevoel dat er nood was aan meer achtergrondinformatie en onderbouwing. Hierdoor werd er besloten tijdens de voorlaatste sessie een informatieve video te tonen (boeddhistische omroep stichting Nederland 2008- Geneeskunde, aandacht en compasse. Meditatie en wetenschappelijk onderzoek). Dit werd door de deelnemers als waardevolle informatie ervaren.

Pt 11: *Dat heb ik geleerd via de video. Dat hij het eigenlijk gewoon voor een klinisch breed publiek wou maken en dat het nooit zijn bedoeling is geweest om er new age toestanden bij te halen.*

4.4.4 EXTRA BRONNEN VAN INFORMATIE

De deelnemers gingen op zoek naar bijkomende informatie tijdens en na de training. Hierover meer in paragraaf 4.8.1.

4.5 BEGELEIDING

4.5.1 OMGAAN MET MOEILIJKE MOMENTEN

Verschillende mensen vermeldden moeilijke emotionele momenten te hebben doorgemaakt tijdens de training. Ieder ging hiermee op zijn eigen manier mee om. Sommigen verwerkten dit op zichzelf. Anderen brachten de problemen waarop zij stootten aan in de groep. Twee personen raadpleegden hun huisarts.

4.5.1.1 Op eigen houtje

Lien: *Wat heeft jou op dat moment door die moeilijke momenten geholpen?*

Pt 6: *Doorgaan, gewoon erdoor gaan, niet op de vlucht slaan.*

4.5.1.2 In de groep brengen

Pt 9: *Er is daar aandacht aan gegeven en ik kreeg daar ook de ruimte. Dat was even lastig maar dat is ook goed beluisterd geweest en goed gekaderd in dat verhaal.*

4.5.1.3 De huisarts als steunpunt

Lien: *Heeft jouw arts je een beetje kunnen helpen op moeilijke momenten?*

Pt 10: *Ja, maar hij zegt ook, mijn draaglast was te zwaar tegenover mijn draagkracht. En hij heeft ook gezegd afbakenen, zeker afbakenen.*

4.5.2 AANWEZIGHEID VAN EEN VANGNET

Alle deelnemers die ernaar gevraagd werden, hadden het gevoel voldoende ondersteund te zijn tijdens de trainingssessies, en dat er een vangnet was indien zij het nodig achtten.

Lien: *Heb je het gevoel dat je door ons genoeg ondersteund bent?*

Pt 8: *Goh, ja. Dat hangt dan ook van ons af eigenlijk, hoe dat we het eigenlijk naar buiten brengen.*

4.5.3 TWEE ZORGVERSTREKKERS

4.5.3.1 Allochtone groep

Deze groep werd mede begeleid door een kinesist van binnen het centrum. De deelnemers vermeldden dat zij hen vooral hielp om de aangeboden informatie te verwoorden en meer begrijpbaar te maken.

De trainster vermeldde dat de kinesiste ook een grote steun was om de lichamelijke oefeningen in begrijpbare taal over te brengen en indien nodig aan te passen aan de beperkte bewegingsmogelijkheden van sommigen.

> Pt 3: *Tijdens de sessies...wij dan zeggen... wij begrijpen niet t is te vlug.... en zij zegt oke ik zal effekes uitleggen... en zij legt voor ons uit...*

> Pt 4: *Soms ik begrijp niet van Kristel en Inge legt het uit. Mindfulness is zo een beetje moeilijke taal. Het is niet gelijk gewone praat. Subtiele taal.*

4.5.3.2 'Kwetsbare' groep

In deze groep trad de maatschappelijk werker op als vertrouwensfiguur. Met uitzondering van één persoon kende zij iedereen al voor de training. Eén persoon vermeldde dat zij vanuit haar kennis over de persoonlijk problematiek vaak mensen kon helpen in het verwoorden van hun beleving.

De trainster vermeldde dat de maatschappelijk werkster in een aantal noodsituaties de mensen apart nam in haar rol van maatschappelijk werkster om een persoonlijk probleem na afloop direct op te lossen. Zo was één deelneemster de ochtend van de training door een deurwaarder bezocht waardoor zij in paniek aankwam. De maatschappelijk werkster nam deze persoon even apart en regelde een aantal praktische zaken.

> Pt 5: *Zij kon goed samenvatten wat dat wij zeiden, wat dat we bedoelden. Lieve kon daar zo de essentie uithalen. Lieve die is bekend bij veel mensen ook, zij was wel een aanspreekpunt.*

4.5.3.3 Gemengde groep

Bij de laatste groep nam Lien Eeckhaut deel aan de training. De deelnemers van deze groep vermeldden allemaal dat dit de groepsdynamiek bevorderde.

> Pt 11: *Ik voelde als het stil was dat jij soms wel de stilte brak en dat vond ik wel heel plezant, omdat het dan eigenlijk gemakkelijk was om daarna ook te babbelen.*

4.6 GROEPSASPECTEN

4.6.1 GESLACHT

Dit thema werd pas later toegevoegd aan het semi-gestructureerd interview. Hierdoor is niet iedereen hierover bevraagd.

4.6.1.1 'Allochtone' groep

De vrouwen aan wie dit gevraagd werd, vermeldden allemaal dat het heel belangrijk was voor hen dat er in de groep geen mannen aanwezig waren. Hierbij vermeldden ze als reden voornamelijk het weglaten van de hoofddoeken tijdens sommige oefeningen en het doen van fysieke lichaamsoefeningen zonder de nabijheid van mannen.

> Lien: *Was dat belangrijk voor jou dat die groep alleen maar vrouwen waren?*
>
> Pt 3: *Ja, want liggen en zo. Ik wil niet met mannen. Is belangrijk voor mij. Soms zonder hoofddoek en zo. Met vrouwen geen probleem.*

4.6.1.2 'Kwetsbare' Groep

In deze groep vonden de mensen het niet van fundamenteel belang dat er geen mannen aanwezig zijn in een mindfulness training. Wel vermeldden zij dat dit hun gevoel van veiligheid verhoogde om hun verhaal te kunnen doen en bepaalde thema's aan te brengen.

> Lien: *Vond je het belangrijk dat dat alleen met vrouwen was?*
>
> Pt 5: *Goh, nee, voor mij was dat niet belangrijk, maar ik denk dat dat wel bepaald heeft hoe we dat gedaan hebben. We waren meer vertrouwd met elkaar. Je hoorde dat ook voor dingen te zeggen en zo. Ja, ik denk toch dat het heel anders geweest zou zijn, moesten er mannen geweest zijn, want je zou denken ik ga een opmerking krijgen of zo.*

4.6.1.3 'Gemengde' groep

Dit is de enige groep waar ook mannen aanwezig waren. De deelnemers aan wie dit gevraagd werd, vonden het geen enkel probleem dat het een gedeelde groep was. Ze vonden dat dit de thema's waarover het kon gaan verruimde en dat ze van elkaar konden leren.

> Pt 9: *Ik heb altijd graag gemengde groepen, omdat dat een heel andere dynamiek brengt en ook andere thema's, want soms kan je van dingen die mannen aanbrengen of inbrengen ook veel leren als vrouw en ook omgekeerd denk ik.*

4.6.2 AANTAL DEELNEMERS

Aan de deelnemers werd gevraagd wat ze van het groepsaantal vonden. Daarnaast werd ook gepeild naar welke verschillen ze verwachtten indien er meer of minder mensen aanwezig zouden zijn.

Niemand wou nog kleinere groepen, omdat ze zich anders te verplicht zouden voelen om persoonlijke zaken te delen. Grotere groepen had volgens iedereen zijn voor- en nadelen.

Sessies met kleinere groepen zijn volgens de respondenten meer intiem en persoonlijk. Hierdoor is er meer tijd om stil te staan en in te gaan op persoonlijke problemen. Wel zouden de deelnemers zich dan meer verplicht voelen om persoonlijke ervaringen te delen.

Anderzijds biedt een grotere groep volgens de deelnemers als voordeel dat er meer verschillende meningen en visies aan bod komen. Vaak wordt je eigen beleving verwoord door een andere deelnemer waardoor je, indien je wenst, meer op de achtergrond kan blijven.

> Pt 9: *Je krijgt het wel door het feit dat anderen het verwoorden. Ik ervaar dat zo en iemand anders die zo compleet iets anders zei. Dat je eigenlijk wel merkt de twee zijn oké. En als ik niets durf zeggen of ik heb daar geen zin in dan kan ik zien: "ah ja, ik sluit mij hier aan". Dit zit op uw vel. De grens waarin je toelaat om dingen te zeggen wordt veel vager in een groep van acht. In een groep van 22 steek je je weg, hé.*

> Pt 5: *En ook hoe meer volk dat er is hoe minder persoonlijk het wordt, je kan je meer wegsteken en gewoon luisteren.*

4.6.3 HET GROEPSEFFECT

De deelnemers hadden de ervaring dat het deelnemen in groep een meerwaarde was op verschillende vlakken. Het horen van herkenbare verhalen bij andere deelnemers heeft een enorm normaliserend effect, doordat mensen het gevoel krijgen van niet alleen te zijn met dergelijke problematiek. Voor velen leidt het horen van andere en in hun beleving grotere problemen, ook tot relativering van hun eigen problematiek.

Voornamelijk in de 'kwetsbare' en 'allochtone' groep lijdt deelname aan de training voor enkelen tot het doorbreken van hun sociale isolatie. Er vormt zich tijdens de weken van de training als het ware nieuw sociaal weefsel. Sommige deelnemers hebben anderhalf jaar na de training nog steeds op regelmatige basis contact met elkaar.

In de gemengde groep was er één deelnemer voor wie deelnemen aan een training op zich al een grote overwinning was. Hij kon hierdoor een eerste stap zetten om zijn schrik voor groepen te overwinnen.

In de 'kwetsbare' en allochtone groep haalden een aantal deelnemers wel aan dat het af en toe lastig was omwille van de zware verhalen die gebracht werden en dat dit voor hen gevoeligheden naar boven bracht. In de gemengde groep werden er minder persoonlijke verhalen gedeeld.

4.6.3.1 Normalisering van eigen problematiek

> Pt 6: *Dat je weet dat er nog heel wat andere mensen zijn die het ook moeilijk hebben. Dat je dan denkt: "waar maak ik me nu druk om". Dat je veel dingen leert relativeren of meer leert relativeren. Zo van, ja, het gaat wel voorbij.*

4.6.3.2 Relativering van eigen problematiek

Pt 5: *In feite hoor je dan dat iedereen wel problemen heeft. Zo op de één of andere manier. Soms voel je je dan een gelukzak dat het maar dat is.*

4.6.3.3 Doorbreken van sociale isolatie

Pt 1: *Ik vergeet toch al een stuk mijn probleem. Je zit onder de mensen, je babbelt. Ik vind dat wel leuk.*

4.6.3.4 Doorbreken van angst voor een groep

Pt 11: *Zeker de eerste keer als je met een totaal vreemde over elkaar moesten gaan zitten en vertellen, dat vond ik verschrikkelijk moeilijk. Dat zijn zo dingen waar ik wel schrik voor heb.*

Lien: *Ging dat gemakkelijker naar het einde toe?*

Pt 11: *Ja, omdat dat we wel allemaal, had ik de indruk, mensen waren met een goed hart.*

4.6.3.5 Zware verhalen

Pt 5: *Het was wel soms hevig. Iedereen zit daar natuurlijk met zijn eigen gevoeligheden en ergens komt dat dan naar boven. Dat vond ik wel lastig.*

4.7 SUBJECTIEF ERVAREN RESULTATEN

Aan de deelnemers werd gevraagd welke veranderingen zij bij zichzelf ervoeren tijdens en na het deelnemen aan de training. Tenzij uitdrukkelijk vermeld, werden deze thema's bij meerdere personen teruggevonden.

4.7.1 ALGEMEEN STRESSNIVEAU NAAR BENEDEN/ WELZIJN NAAR BOVEN.

Pt 11: *Als ik 's morgens gestresseerd wakker word, dan doe ik mijn bodyscan en dat helpt mij wel om te kalmeren.*

Pt 2: *If I am ten times positive before, now it is eleven.*

4.7.2 LICHAMELIJK BETER VOELEN VERSUS ZIEK ZIJN NA HET OEFENEN

Met uitzondering van twee personen beschrijft iedereen dat ze zich lichamelijk beter voelden tijdens en na de training. Twee personen beschrijven dat ze zich direct na het oefenen lichamelijk ziek voelen.

Pt 4: *Het is goed voor mijn lichaam, ik voel dat het zo soepel wordt.*

Pt 8: *Na het overgeven aan zo een moment, zat ik nadien met braakneigingen, hoofdpijn, enorme tristesse… Een enorm slecht gevoel eigenlijk.*

4.7.3 BEWUSTWORDING EN DE KEUZE OM ANDERS TE REAGEREN

Patiënten beschreven dat ze zich meer bewust werden van lichamelijke signalen, gedachten en emoties, waardoor ze deze ook gemakkelijker konden benoemen. De deelnemers ervoeren ook een vergrote keuzevrijheid in hun omgang met de bewust geworden ervaring.

Pt 5: *Als er iets is, heb je in feite de keuze hoe je daar op reageert, dat vind ik wel belangrijk. Je kan altijd hetzelfde reageren en dan ga je ook altijd hetzelfde resultaat hebben, dat kan niet anders, maar je kan ook eens proberen anders te reageren. Dat heb ik toch wel geprobeerd en dat zit toch altijd in mijn hoofd.*

4.7.3.1 Bewust worden van lichamelijke signalen.

Verschillende personen beschreven dat ze zich meer bewust werden van wat er aan het gebeuren was in hun lichaam. Deze herkenning zorgt ervoor dat mensen ervoor kunnen kiezen om anders met deze signalen om te gaan. Hieronder enkele voorbeelden hoe dit op verschillende vlakken invloed uitoefende.

4.7.3.1.1 Herkennen van lichamelijk onverklaarbare klachten en angst

Pt 5: *Als ik bijvoorbeeld diarree heb. Ik weet het, het is van die nervositeit, maar vroeger begon ik direct imodium te slikken. Nu denk ik, het is er en ik weet wat het is en ik probeer mij daar niet nog ne keer in op te jagen. Zelf die hevige paniekaanvallen. Het is hevig, maar ik denk toch: "ik ken het, het is niet zo erg".*

4.7.3.1.2 Noden en grenzen van je lichaam

Pt 10: *Door opnieuw te roken heb ik ook gevoeld van: "goh, wat heb ik mijn lichaam hier aangedaan". Want die ademhalingsoefeningen als je acht dagen niet gerookt had was dat al veel beter. Ik vind wel dat je voelt waar je lichaam versterkt moet worden, waar het deugd van heeft en dan luisteren naar grenzen.*

4.7.3.1.3 Meer genieten van de kleine zaken

Pt 6: *Zondag heb ik weer een aantal keer stil gestaan en gekeken. En echt bewust van de vogeltjes die fluiten, de bladeren, … Dat is echt zalig!*

4.7.3.2 Bewust worden van gedachten

Doorbreken van rumineren en angst-inducerende, niet-helpende gedachten.

Pt 6: *Als er dingen opkwamen dat ik ook vlugger besefte: "ge zijt u weer zorgen aan het maken en heel dat piekeren; stop en laat het los". En dat ik dan zeer bewust iets ging doen en me daarop focuste zodat het wegging.*

4.7.3.3 Bewust worden van gevoelens

Dit bewust worden van emoties zorgt bij sommige mensen ervoor dat onverwerkte zaken naar boven komen.

Pt 8: *Als ik dan gestresseerd geraak, dat ik dan kan bepalen van: "ik zit nu met dat gevoel, ik ben opgejaagd of verdrietig, dat een keer definieert en daar een rustmoment aan toevoegt."*

Lien: *En hoe zou je vroeger gereageerd hebben?*

Pt 8: *Mij verder opjagen terwijl ik nu op de rem kan gaan staan. Dan besef je wel dat dat gewoon nog heel diep zit via zo die oefeningen. Het werkt het open en brengt het terug naar de oppervlakte.*

4.7.4 EIGENWAARDE

Binnen de 'kwetsbare' groep beschreven de deelneemsters dat ze door deelname aan de training meer in hun eigen capaciteiten gingen geloven en hun eigenwaarde toenam. Dit werd niet actief bevraagd, maar werd toch door hen allemaal verwoord.

Lien: *Als je voordien het woord meditatie of yoga hoorde, wat dacht je dan?*

Pt 7: *Dat kan ik niet.*

Lien: *Dat kan ik niet? Had je een idee van wat dat zou zijn dan?*

Pt 7: *Nee, maar dat is altijd het eerste wat ik denk*

Lien: *Waarom vond je die training dan toch goed voor jou als al hetgeen je verwachte toch hetzelfde bleef?*

Pt 7: *Omdat ik overeen kwam met die andere vrouwen die dat daar kwamen. Ja, dat deed goed en die training zelf dat gaf toch ook iets van structuur aan mijn leven. En ook in die periode dacht ik positiever over mezelf. Ik dacht dan: "Zie, ik kan dat ook".*

Lien: *Het omgekeerde van wat je in het begin zei van ik kan dat toch niet; dat je nu een keer het gedacht had van ik kan dat wel.*

Pt 7: *Ja*

Pt 5: *Ik vind overal, ik ben hier het minste en het laagste en die cursus heeft daar toch veel aan gedaan. Zo van: ge moogt er ook zijn met alles.*

4.7.5 GEDULD EN CONCENTRATIE

Eén persoon beschreef dat ze meer geduld had en zich beter kon concentreren. Omdat zij op het einde werd geïnterviewd, is dit niet meer aan andere personen gevraagd.

Pt 6: *Ik heb veel meer geduld. En wat dat voor mensen vroeger uiterlijk misschien als geduld overkwam, was het niet, want binnenin was ik mezelf dan aan het opvreten of aan het kwaad maken. Maar nu voel ik geduld binnenin.*

Pt 6: *Ik las geen boeken meer, omdat ik mijn aandacht er niet bij kon houden. En sindsdien lees ik dagelijks. Ik kan daar meer mijn aandacht bij kan houden.*

4.8 VERDERZETTEN VAN DE AANGELEERDE TECHNIEKEN

4.8.1 OP EIGEN HOUTJE VERDER ZETTEN.

Deelnemers gingen na de training op zoek naar meer informatie rond mindfulness en probeerden de aangeleerde vaardigheden op verschillende wijzen verder te ontwikkelen. Dit gebeurde op verschillende wijzen: onder andere door verder te oefenen met het gekende materiaal, via het lezen van boeken, meditaties en video's op het internet en/of andere vormen van gerichte lichaamsbeweging.

> Pt 4: *Ja, ik heb ook in internet gekeken. Ik heb naar video's gekeken. Die cursus in video's. Verder gekeken voor meer informatie, om te weten wat is het. Nog beter te kennen. Ik heb video's gezien op internet.*

> Pt 5: *Gelijk nu. Allez straks voorspellen ze terug onweer. Ik heb een enorme schrik van onweren. Ik moet nu ook iets zoeken van, kijk hoe gaat ge dat aanpakken, want ja: misschien ga ik ook zo een keer weer iets opleggen waar ik me eventjes kan op concentreren, dan kan je niet beginnen andere dingen doen. Dat vind ik wel wijs.*

> Pt 2: *Also Shamboo, because I said it's finished you see. I don't like to stop, because with mindfulness you open my mind. You open, so I have to search for something that is almost the same. So I do NEI and pilates and yoga in Shamboo*.

> Pt 9: *Ik heb dan pas op het einde dat boek gekocht en ik ben dat nu aan het herkauwen. Stukjes aan het herlezen.*

4.8.2 NOOD AAN TERUGKOMMOMENTEN IN GROEP?

Met uitzondering van één persoon wou iedereen het beoefenen van mindfulness verder zetten. De deelnemers hadden het gevoel dat de training een beginpunt is van een nieuwe manier van omgaan met zaken, maar dat er nood aan is om deze vaardigheid te blijven oefenen. Ze dachten er hierbij aan om de cursus opnieuw te volgen indien dit mogelijk is of hoopten dat er opvolgmomenten zouden georganiseerd worden in de toekomst. Ze ervoeren dat thuis alleen verder zetten niet evident is en missen de contacten en uitwisseling met de groep. Enkelen hadden het gevoel dat ze tijdens de training veel informatie kregen op korte tijd en nood hadden aan herhaling.

> Pt 4: *Ik wil dat het altijd zo is, niet zo één keer per jaar. Meditatie thuis moeilijk te doen, maar moest ik weg, ik dan na twee uur terugkomen, het is goed, dan heb ik tijd voor mijzelf. Thuis jij kan niet voor jezelf tijd maken. Je man loopt rond en hij zegt ik wil dit, ik wil dat. Het is moeilijk!*

Pt 5: *Ja, ik zou dat graag nog een keer doen. De dingen die ik dan onthouden heb, zou ik misschien nog een keer bevestigd weten. Ik zou er andere dingen uithalen.*

Pt 8: *Een terugkommoment of een vervolgmoment, denk ik dat zeker wel aangewezen zou zijn, als dat ook mogelijk zou zijn.*

Moest ik een tweede keer zo een sessie kunnen volgen met een ruimer weten van wat dat het juist allemaal behelst, zou dat eigenlijk niet slecht zijn. Eén keer, ja goed, je trekt iets open, maar het is maar na een paar weken dat je eigenlijk begint te beseffen dat het eigenlijk wel deugddoend is. Maar dan is week acht daar en het is gedaan.

Lien*: Je hebt het gevoel dat het nog niet afgerond is?*

Pt 8: *Eigenlijk wel ja. Ja. Ja.*

5 DISCUSSIE

5.1 BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN

Het project dat opgezet werd in het wgc is uniek en er is tot op heden weinig onderzoek bekend over het gebruik van mindfulness-trainingen in eersteslijnscentra.

Uit de literatuur blijkt dat een op mindfulness gebaseerde interventie een effectieve niet-medicamenteuze oplossing is, voor patiëntengroepen met angstige en depressieve reacties tot en met stemmingsstoornissen en een breed gamma aan stressklachten. Onderzoek vond momenteel voornamelijk in de tweede lijn plaats.

Dit drempelverlagend initiatief in de eerste lijn bereikte de beoogde doelpopulatie. Waar vaak de vraag gesteld wordt op het terrein of mindfulness interventies niet alleen geschikt zijn voor een hoger opgeleid publiek, toont deze studie aan dat dit ook door 'kwetsbare' en 'allochtone' groepen als aanvaardbaar en waardevol wordt ervaren. Bovendien bleek het haalbaar dit initiatief in de eerste lijn uit te voeren en was de compliantie van de deelnemers hoog.

Eén van de belangrijkste conclusies uit dit onderzoek is de kracht van het samenbrengen in groepen van deelnemers met gelijkaardige achtergrond en/of problematiek. Zo benadrukten de deelnemers meermaals het belang van erkenning en normalisatie van hun probleem door de groep. Voornamelijk in de 'kwetsbare' en 'allochtone' groep leidt deelname aan de training voor enkelen tot het doorbreken van hun sociale isolatie. Er vormt zich tijdens de weken van de training als het ware nieuw sociaal weefsel. Deelnemers worden bondgenoten in het gezamenlijk oefenen, van daaruit ontdekkingen doen en met elkaar uitwisselen. Uit de getuigenissen van de deelnemers blijkt dat dit bondgenootschap zich uitbreidt buiten het verband van de training: enerzijds zoeken enkele deelnemers elkaar op buiten de training en blijven ze elkaar ondersteunen, anderzijds worden ze proactiever in het aangaan van contacten met anderen. Deelnemers gaven aan dat ze doorheen de training bewust werden van hun bestaansrecht, vanuit dit bewustzijn kwamen er meer verbindingen tot stand met anderen. Dit is een belangrijke bevinding gezien net voor deze groepen het ontbreken van sociaal weefsel een onderhoudende factor is voor hun problematiek.

Bovendien blijkt dat het naargelang de beoogde doelgroep wenselijk is rekening te houden met: de prijs, het tijdstip, de schriftelijke informatie en het geslacht van de deelnemers. Het is dus wenselijk om kritisch na te denken over de mogelijke drempels voor de beoogde doelgroep en hier in de organisatie van de training zoveel mogelijk rekening mee te houden. Ook tijdens het verloop van de training blijft een flexibele houding met aandacht voor wat leeft in de groep van cruciaal belang.

In alle groepen werd door de deelnemers vermeld dat het aangesproken worden door een vertrouwenspersoon voor hen een overtuigende factor was om deel te nemen aan de training. De deelnemers gaven aan vertrouwen te hebben in hetgeen deze vertrouwenspersoon hun aanraadt, omdat ze aanvoelen dat deze persoon hen goed kent en weet wat goed voor hen is in de gegeven

situatie. Dit pleit ervoor om deze training *actief* te blijven aanbieden aan de patiënten waarvan wij als arts het gevoel hebben dat ze er baat bij zouden kunnen hebben.

De deelnemers geven aan dat de groepen zeker niet kleiner mogen zijn, anders is er te veel ruimte om persoonlijke ervaringen uit te wisselen. Het is belangrijk de deelnemers het comfort te laten behouden om niet op elk moment op de voorgrond te staan. Anderzijds moet er wel de kans zijn om dit wel te doen, indien ze dit wensen. Bovendien geven grotere groepen een grotere variatie in opinies. De uitdaging bij grotere groepen ligt erin om voldoende steun te geven op het moment dat ze geconfronteerd worden met emoties waarmee ze het moeilijk hebben. Dit kan mogelijks opgevangen worden door deelname van de tweede zorgverstrekker zoals dit tot nu gebeurde en wat in alle groepen als een meerwaarde werd ervaren.

Indien het wgc besluit na deze evaluatie om de training 'Zorg voor jezelf' verder te zetten, is het wenselijk dat zij zorgen voor continuïteit en follow-up van de deelnemers.

5.2 TERUGKOPPELING NAAR REEDS BESTAAND ONDERZOEK

In 2006 werd in Schotland in een eerste lijnscentrum in een kleine stad, een MBCT training georganiseerd voor patiënten met een actieve majeure depressie of angstproblematiek. Dertien deelnemers werden drie maanden na de training op semi-gestructureerde wijze geïnterviewd. De bedoeling was om de aanvaardbaarheid en effectiviteit van de MBCT training te evalueren. Kwantitatieve data werden verzameld door middel van een pre-post meting via de BDI-2 (Beck Depression Inventories) en BAI (Beck Anxiety inventories). Ook in deze training werden de oefeningen ingekort tot een half uur (Finucane et al., 2006).

De kwalitatieve gegevens gaven aan dat de MBCT training als aanvaardbaar en nuttig werd ervaren door de meeste patiënten. Er was een enorme variabiliteit in de hoeveelheid en het type huiswerk en ook hier werden voornamelijk de informele korte oefeningen veelvuldig gebruikt. De formele oefeningen werden door iedereen anders beleefd en de body scan zorgde bij enkele deelnemers achteraf voor een ziektegevoel. Ook in dit onderzoek beschrijven deelnemers de normaliserende ervaring van deelname in groep. Gemeenschappelijke thema's met betrekking tot de groepservaring zijn: de erkenning van het niet alleen zijn met een problematiek en het belang van het niet moeten brengen van persoonlijke ervaringen tijdens de training (Finucane et al., 2006). Een kwalitatief onderzoek door Manson et al. probeerde het therapeutische proces te beschrijven die deelnemers meemaken bij deelname aan de MBCT training. Ook uit dit onderzoek blijkt dat erkenning van niet alleen te zijn met een problematiek ook voor deze deelnemers erg belangrijk is. Ook beschrijven de deelnemers dat ze veel leerden uit de ervaringen van de andere deelnemers (Manson et al., 2006). Ook vond het merendeel van de Schotse groep dat de cursus te kort was en dat een bepaalde vorm van follow-up van essentieel belang was. De deelnemers vermelden dat ze na afloop van de training: beter konden ontspannen en genieten van kleine zaken, geleerd hadden een time out te nemen en niet meteen negatieve conclusies te trekken, anders konden omgaan met negatieve emoties, zichzelf meer aanvaarden en hierdoor meer eigenwaarde hadden. Meer dan de helft van de patiënten pasten mindfulness technieken toe drie maanden nadat de cursus was

afgelopen. Ondanks de verschillende doelpopulatie en interventie - MBCT in plaats van MBSR - werden dus gelijkaardige resultaten teruggevonden (Finucane et al., 2006).

5.3 BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK

Enkel wie instapte in de training en deze vervolledigde werd geïnterviewd. Het zou interessant zijn om te onderzoeken wie net niet instapte of doorzette in deze training en wat de reden was dat zij afhaakten. Zijn er nog andere aspecten waar wij als organisatie rekening mee moeten houden om het beoogde doelpubliek te kunnen bereiken.

Het aantal bevraagde mensen is relatief klein. Het is erg waarschijnlijk dat er geen saturatie werd bereikt en dat verderzetten van dit onderzoek nodig is om tot een punt te komen waar geen nieuwe inzichten meer bereikt worden.

Eén persoon stemde niet toe om geïnterviewd te worden. Dit was mogelijks iemand met een andere mening betreffende de training. Deze persoon wou hierover bij telefonisch contact niet meer uitleg geven. De reden van weigering blijft dus onduidelijk.

Voor de begingroepen was de training reeds een jaar geleden afgelopen op het moment van het interview. Dit had als voordeel dat ze meer konden vertellen over wat de invloed van de training voor hun was na een langere periode, maar had als nadeel dat voor hen de herinnering aan het trainingsmoment en de praktische aspecten toen verder weg zaten. Voor de laatste groep gold echter net het omgekeerde. Misschien is het in de toekomst mogelijk om met vragenlijsten te werken die op een vast moment voor en/of na de training worden toegestuurd.

5.4 SUGGESTIES VOOR VERDER ONDERZOEK

5.4.1 BELANG VAN OEFENTIJD EN FORMEEL VERSUS INFORMEEL OEFENEN

De enige aanpassing naar inhoud van de training 'Zorg voor jezelf' in vergelijking met de MBSR training, was de inkorting van de oefentijd. Het verkorten van de oefentijd is een omstreden onderwerp.

Mindfulness training omvat het herontwikkelen van een meer gedecentreerde aanpak van moeilijke ervaringen. Langere meditatie sessies zorgen voor een grotere kans om ervaringen tegen te komen zoals frustratie, fysiek ongemak en pijnlijke emoties, waarmee geoefend kan worden. Daarentegen moeten de deelnemers ook in staat zijn om te kunnen 'blijven' bij deze moeilijke ervaring (Finucane et al. 2006). Ze moeten met andere woorden beschikken over voldoende draagkracht om bij deze moeilijkere ervaringen te kunnen blijven.

De relatie tussen de oefentijd thuis en de mate van mindfulness, medische en psychologische symptomen, ervaren stress en psychisch welbevinden werd in het verleden reeds onderzocht in een steekproef van 174 volwassenen in een klinische MBSR training. De resultaten toonden in een pre-post meting een toename in mindfulness, algemeen welzijn en een afname van de ervaren

stress en medische en psychologische symptomen. De tijd die thuis werd besteed aan de huiswerkopdrachten was significant gerelateerd aan de mate van verbetering in de meeste facetten van mindfulness en aan verschillende facetten van de symptomen en algemeen welzijn (Carmody et al., 2008). In deze zin is dit een aanpassing die het effect van de training 'Zorg voor jezelf' zou kunnen verminderen.

De deelnemers vermeldden wel allemaal dat ze voornamelijk veel korte oefeningen deden die gemakkelijk inpasbaar waren in het dagelijkse leven (informele oefeningen) en dat de langere, echte meditatie oefeningen waarvoor ze zich moesten afzonderen moeilijk verliepen (formele oefeningen). Het blijkt dus enorm belangrijk voor de deelnemers om veel informele oefeningen te hebben: kleine oefeningen die je tijdens de busrit, op de fiets, tijdens het wachten, in bad, … kan doen.

Verder onderzoek is aangewezen om te kijken wat het effect is van formeel versus informeel oefenen en of een opsplitsing van een lang oefenmoment in verschillende kleinere momenten een waardevol alternatief is.

5.4.2 DREMPELS TOT DOORVERWIJZING EN MOGELIJKE OPLOSSINGEN

Verder zou het ook interessant zijn om verder onderzoek te doen naar de drempels die aanwezig zijn bij moeilijk doorverwijsbare patiëntengroepen. Bij de conceptontwikkeling van de training werd een aantal ingrepen gedaan met als doel drempelverlaging. De rationale om zaken aan te passen, was gebaseerd op ervaring in het wgc met vroegere initiatieven. Het zou interessant zijn om te onderzoeken welke aanpassingen effectief drempelverlagend werken en in welke groepen.

5.4.3 EFFECTMETING

Het was niet de bedoeling van dit onderzoek om te bewijzen dat de training 'Zorg voor jezelf' zijn doel bereikt of de oorzaak is van de vermelde veranderingen die de patiënten aangeven. Hiervoor zou een kwantitatieve benadering nodig zijn. Het zou interessant zijn dat deze effectmeting in de toekomst plaatsvindt in de eerste lijn bij net deze patiëntengroepen.

6 BESLUIT

Depressie en stemmingsstoornissen zijn vaak voorkomend en worden zelfs gerekend onder de grootste oorzaken van ziektelast, ziekteverzuim en invaliditeit volgens WHO. Bovendien is er een hogere prevalentie bij vrouwen, de minder gegoede bevolking en mensen met sociale tegenspoed. Mindfulness is één van de beschikbare tools om deze problematiek aan te pakken.

De training 'Zorg voor jezelf' is een uniek project waarbij een mindfulness interventie werd aangeboden en georganiseerd in een eerstelijnscentrum voor patienten waarbij de arts een moeilijke doorverwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg ervaarde.

Dit drempelverlagend initiatief in de eerste lijn bereikte de beoogde doelpopulatie en deze studie toont aan dat een mindfulness interventie ook door 'kwetsbare' en 'allochtone' groepen als aanvaardbaar en waardevol wordt ervaren. Bovendien bleek het haalbaar dit initiatief in de eerste lijn uit te voeren en was de compliantie van de deelnemers hoog.

Eén van de belangrijkste conclusies uit dit onderzoek is het belang van de werking in groepen met deelnemers met gelijkaardige achtergrond of problematiek. Dit leidt namelijk tot erkenning en normalisatie van hun probleem door de groep wat door velen als therapeutisch wordt ervaren.. Voornamelijk in de 'kwetsbare' en 'allochtone' groep leidt deelname aan de training voor enkelen tot het doorbreken van hun sociale isolatie. Er vormt zich tijdens de weken van de training als het ware nieuw sociaal weefsel.

Bovendien blijkt dat het wenselijk is om naargelang de beoogde doelgroep aanpassingen in de organisatie van de training door te voeren om zoveel mogelijk drempelverlagend te werken. Ook tijdens het verloop van de training blijft een flexibele houding met aandacht voor wat leeft in de groep van cruciaal belang.

Indien het wgc besluit na deze evaluatie om de training 'Zorg voor jezelf' verder te zetten, is het wenselijk dat zij zorgen voor continuïteit en follow-up van de deelnemers.

7 BIBLIOGRAPHY

Driessens K, Van Regenmortel T (2008). Bind-Kracht in armoede. Leefwereld en armoede. *Lannoo, Leuven.*

Driessens K, Van Robaeys B (2011). Gekleurde armoede en hulpverlening. *Lannoo, Leuven.*

Kabat-Zinn J (1990). Full catastrophe living. *New York, Delta.*

Kabat-Zinn J (1994). Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life. *New York, Hyperion.*

Lucassen P, olde Hartman T (2007). Kwalitatief Onderzoek: Praktische methoden voor de medische praktijk. *Houten, Bohn Stafleu van Loghum.*

Rogiers R (2002). De niet-medicamenteuze aanpak van angst-en stemmingsstoornissen door de huisarts: Implementatie van CGT in de huisartspraktijk. *Academia Press*.

Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression. A new aproach to preventing relapse. *New York, The Guilford Pres.*

Van Audenhove C, De Coster I, Van Den Ameele H (2007). De aanpak van depressie door de huisarts: Een handboek voor de praktijk. *Lannoo campus nv.*

8 REFERENTIES

Allen NB, Chambers R, Knight W (2006). Mindfulness-based psychotherapies: A review of conceptual foundations, emperical evidence and practical considerations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 285-294.

Baer RA (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.

Brown KW, Ryan RM (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.

Bruffaerts & al. (2004). Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking. *Tijdschrift voor geneeskunde*, 60 (2).

Carbello M, Divino J, Zeric D (1998). Migration and heath in the European Union. *Tropical medicine and International Healt* , 3 (12), 936-944.

Carmody J, Baer R (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *J Behav Med* , 31 (1), 23-33.

Chiesa A, Serretti A (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res* , 187 (3), 441-53.

Cloud J(2006) The third wave of therapy. *Time*. Opgehaald op 05/02/2012 van http://www.time.com/time/magazine/article/0,9171,1156613,00.htlm

De Maeseneer J, Wittevrongel L, Vincke A, Herman E: Onderzoeksrapport: Eerstelijnspsycholoog, oktober 2009.

Dewulf D, Godfrin K, Audenaert K, Vervaet M, Van Den Abbeele D, Van Heeringen C (2005). "Mindfulness-based cognitive therapy" en depressie. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 61(22), 1599-1609.

Eeckhaut L. (2008). De Plaats van "Mindfulness-Based Cognitive Therapy" (MBCT) in de hervalpreventie van depressie: een kwalitatieve en kwantitatieve analyse. *Thesis.*

Finucane A, Mercer SW (2006). An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry*, 6:1.

Godfrin K, Dewulf D, van Heeringen C (2007). Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) en terugvalpreventie bij depressie. *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie*, 211-222.

Hayes SC, Shenk C (2004): Operationalizing mindfulness without unnecessary attachments. *Clinical Psychology, Science and Practice,* 2004, 11, 249-254.

Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* Vol 78(2), April, 169-183.

Kabat-Zinn J, Lipworth L, Burney R (1995). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine,* 8, 163-190.

Lau MA, McMain SF (2005). Integrating Mindfulness Meditation With Cognitive and Behaviournal Therapies: The Challenge of Combining Acceptance-and Change-Based Strategies. *Can J Psychiatry*, 50(13), 863-869.

Laurence J, Kirmayer M, Lavanyan M (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Guidelines for Immigrant Health,* 183 (12), 959-967.

Lindert J, Ehrensteind O, Priebe S (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine ,* 69 (3), 246-257.

Lorent V, Croux C, Weich S, Deliège D et al. (2007): Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. *The British Journal of Psychiatry,* 190: 293-298.

Mason O, Hargreaves I (2001). A qualitative study of mindfulness-based cognitive therapy for depression. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 197-212.

Merkes M (2010): Mindfulness-based stress reduction for people with chronic diseases. *Aust J Prim Health*, 16(3):200-10.

Payksel, S., Brugha, T., & Fryers, T. (2005). Size and burden of depressive disorders in Europe. *Eur Neuropsychopharmaco ,* 15 (4), 411-23.

Roth B, Robbins D (2004). Mindfulness-Based Stress Reduction and Health-Related Quality of Life: Findings From a Bilingual Inner-City Patient Population. *Psychosomatic Medicine,* 66:113-123.

Schroevers MJ, Brandsma R (2010): Is learning mindfulness associated with improved affect after mindfulness-based cognitive therapy? *British Journal of Psychology,* 101, 95–10.

Speca M, Carlson LE, Goodey E, Angen M (2000): A Randomized, Wait-List Controlled Clinical Trial: The Effect of a Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Program on Mood and Symptoms of Stress in Cancer Outpatients. *Psychosomatic Medicine,* 62:613– 622*.*

Van der Meulen R, Bradsma R (2010): Onderzoek naar de effectiviteit van Mindfulness. Juni 2010.

Wijkgezondheidscentrum 'Brugse Poort'. (2010). Jaarverslag.

9 BIJLAGE

9.1 HET SEMI-GESTRUCTUREERD INTERVIEW

Narratieve analyse.

Je hebt deelgenomen aan een Mindfulness training . Kan je me eens vertellen hoe dit voor jou verlopen is vanaf het moment dat jouw huisarts je hierover aansprak?

- *1ste contact met term MFN of gelijkaardige concepten (yoga, meditatie,…)*
    - *Had je **vroeger** al over **mfn** gehoord/gelezen/…?*
    - *Had je vroeger al met **gelijkaardige concepten** contact gehad? Erover gelezen?*
    - *Als je voor de training de **term meditatie/yoga** hoorde, wat waren dan de **gedachten/gevoelens** die spontaan bij je opkwamen?*
    - ***Spirituele/religieuze drempels/cultuur:** Sprak jouw levensvisie, jouw waarden, normen, godsdienst, een rol in jou gevoel tov deze techniek?*
- *Aanspreking door arts/MW/kine*
    - ***Wie** heeft jou als **eerste aangesproken** over de training?En **hoe** verliep dat?*
    - ***Wat** vertelde hij? Legde hij uit **waarom JIJ** mss deugd zou hebben van zo een training?*
    - *Was er een concrete **aanleiding**?*
    - ***Indien iemand** anders je deze training had aangeraden, zou je dan ook overwogen hebben deze te doen?*
- *Overweging tot deelname/inschrijving*
    - *Wat waren je initiële gedachten/gevoelens over deelname?*
    - *Wat vond je ervan dat deze training in **groep** plaatsvond?*
    - *Speelde de **kostprijs** een rol? Wat vond je van het systeem 20 **euro** betalen 15 euro terug?*
    - *Waren er **plannen/praktische zaken** die je moest verschuiven?*
        - *Kinderen*
        - *Vervoer*
        - *Werk*

- *Kwam het **moment** van de training voor jou goed uit?*
- *Hoe reageerde mensen in je **omgeving**?*
- *Speelde je huisarts/Maatschappelijk Werker/kinesist hier nog een verdere rol? Zijn jullie hier meermaals op terug gekomen? Heb je er met **verschillende mensen binnen het wgc** over gesproken?*
- *Wat heeft je uiteindelijk **over de streep** getrokken?*
- *Welke **verwachtingen** had je ten aanzien van de training? Wat wou je er graag **voor jezelf** mee bereiken? Wat hoopte dat er voor jou **zou veranderen** door deelname aan de training?*

- *<u>1st trainingsdag</u>*
  - *Hoe voelde je je die dag van de eerste training?*
  - *Heb je **getwijfeld** om af te komen?*
  - *Hoe voelde je je **nadat de eerste sessie** was afgelopen?*
- *<u>Verloop in de weken nadien</u>*
  - *Hoe zijn de **weken van de training** voor jou **verlopen** zijn?*
  - *Was het lichamelijk/emotioneel zwaar? Waren er **moeilijke momenten**? Hoe heb je deze **overkomen?** Heb je hier met iemand over kunnen praten?*
  - *Heb je op momenten **willen stoppen**? Hoe kwam dit toen? Wat heeft je toen toch doen verder zetten?*
  - *Hoe ging het **oefenen** thuis?*
    - *Tijd maken?*
    - *Eigen ruimte/plaats/materiaal?*
    - *Omgeving?*
    - *Omgaan met weerstand/ geen zin hebben?*
    - *Omgaan met wat er naar boven komt?*
    - *Emoties / gedachten/ lichamelijk ongemak*
  - *Waren er **oefeningen** die je **liever/minder graag** deed?*
  - *Kon je alles **goed verstaan**? Werden de oefeningen goed uitgelegd?*

- *Hoe hebben jouw partner/kinderen/vrienden/… gereageerd op het feit dat je die training deed?*
- *Heb je tijdens de training contact gehad met je **Huisarts/Maatschappelijk Werker/kinesist**? Heb je het toen over de training gehad?*
- *Wat vond je van de **groep**? Steun/schaamte/erkenning….*
    - *Heb je steun ervaren door ervaringen van andere mensen?*
    - *Gevoel van erkenning?*
    - *Negatieve ervaringen?*
- *Merkte je **evoluties** op bij jezelf?*
    - *Lichaam*
        - *Ervaarde je je lichaam op een ander manier?*
        - *Voelde je je lichaam sneller?*
        - *Voelde je je lichamelijke **grenzen** sneller?*
        - ***PIJN**?*
        - ***Spanning/relaxatie/hyperventilatie/ angstreacties**?*
    - *Gedachten/ Emoties*
        - *Is er verandering gekomen in de manier waarmee je **omging met je gedachten/gevoelens/ piekeren**?*
        - *Kreeg je nieuwe inzichten?*
        - *Hoe bekijk je jezelf nu?*
    - *Heb je **verandering** gemerkt in de **klachten** waarvoor je **initieel** deelnam aan de training?*
        - *Angst/ depressie/ piekeren/ stress/… (terug te koppelen naar verwachtingen en aanmeldingsklacht)*
    - *Situationele verandering*
        - *Ging je **anders met mensen** om?*
        - *Welke **reacties** heb je gekregen uit je **omgeving**?*

- *Ging je **anders om met situaties** die zich voordeden? Bijvoorbeeld?*
- *Zijn er **ervaringen** die **verandert** zijn door er aandacht aan te geven?*

▪ *Zijn er bepaalde dingen veranderd bij jezelf die je **niet verwacht** had? (Slapen, concentratie, eten, …)*

<u>*Na afloop*</u>

- *Merk je **blijvende verandering** in je eigen leven nu je de mindfulness training hebt gevolgd?*
- *Draag je **meer zorg** voor jezelf?*
- *Zijn er zaken die je tijdens de training **meer of minder aan bod** had willen laten komen?*
- *Zou je de training **aanraden aan anderen**? Wat zou je deze mensen dan over de training vertellen?*
- *Heb je bepaalde **leemtes** ervaren? Waren er zaken waar je liever dieper op ingegaan was?*
- *Wat vond je het **meest waardevol**? Wat zijn de geleerde zaken waar je nu nog het meest gebruik van maakt?*
- ***Oefen** je nog? Op welke manier? Heb je soms nood om nog eens samen te komen?*