

Algemene gegevens / General information

Programma / Programme	:	Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid - vervolprogramma
Subsidieronde / Subsidy round	:	Verbinden van Preventie en Curatie
Projecttitel / Project title	:	Gezondheidsdialoog in de wijk
Projecttype / Project type	:	Toegepast onderzoek / Applied research

Projectleden / Project members**Prof. dr. B.J.C. Middelkoop (Hoofdaanvrager)***Functie / Position* : | *Opleiding / Education* :*Studierichting / Subject* :

T : | F : | E :

Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland

Postbus 121

2300 AC LEIDEN

Prof. dr. B.J.C. Middelkoop (Projectleider en penvoerder)*Functie / Position* : Epidemiol. GGD Den Haag + hoogl. Publ. health LUMC | *Opleiding / Education* :*Studierichting / Subject* :

T : 070 353 71 92 | F : | E :

GGD Den Haag

Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn

Epidemiologie

Postbus 12652

2500 DP DEN HAAG

Drs. E.J. Vos (Bestuurlijk verantwoordelijke)*Functie / Position* : Manager bedrijfsvoering | *Opleiding / Education* :*Studierichting / Subject* :

T : | F : | E :

Leids Universitair Medisch Centrum

Divisie 3

Bureau bedrijfsvoering

Postbus 9600

2300 RC LEIDEN

Drs. C.A. van den Berg (Projectcommissielid)*Functie / Position* : Accountmanager | *Opleiding / Education* :*Studierichting / Subject* :

T : | F : | E :

Zebra Welzijn

Drs. R. Koel (Projectadviseur)*Functie / Position* : Hfd. Afd. Zorg en Volksgezondheid Gem. Den Haag | *Opleiding / Education* :*Studierichting / Subject* :

T : | F : | E :

Gemeente Den Haag

Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn

Sector Volksgezondheid & Zorg

Postbus 12652

2500 DP DEN HAAG

Drs. C.M.J. Kraetzer (Projectcommissielid)*Functie / Position* : GB-functionaris migranten | *Opleiding / Education* :*Studierichting / Subject* :

T : | F : | E :

GGD Den Haag

Postbus 12652

2500 DP DEN HAAG

Prof. dr. R. Reis (Projectadviseur)*Functie / Position* : Hoogleraar Medische Antropologie | *Opleiding / Education* :*Studierichting / Subject* :

T : | F : | E :

Leids Universitair Medisch Centrum
Public Health en EerstelijngeneeskundePostbus 9600
2300 RC LEIDEN**Dr. P.J.M. Uitewaal MD (Mede projectleider)***Functie / Position* : Huisarts + epidemioloog GGD Den Haag | *Opleiding / Education* :*Studierichting / Subject* :

T : 070 445 22 22 | F : 070 445 22 23 | E : info@rubenshoek.nl

Gezondheidscentrum De Rubenshoek

Drs. H. Vrolijk (Mede aanvrager)*Functie / Position* : Huisarts | *Opleiding / Education* :*Studierichting / Subject* :

T : | F : | E :

Huisartsenpraktijk De Doc

Verslaggegevens / Report data**Rapportageperiode / Reporting period**

van / from: 1-5-2013 tot en met / until: 1-11-2014

Nederlandse samenvatting / Summary in Dutch

In het project 'Gezondheidsdialoog in de wijk' bespraken wijkbewoners en hulpverleners twee vragen met elkaar: 'Wat zijn de belangrijkste gezondheidsproblemen in de wijk?' en: 'Hoe en door wie moeten deze worden aangepakt?'. Het project werd uitgevoerd in twee achterstandswijken in Den Haag: de Schilderswijk en de Rivierenbuurt. De dialoog werd voorbereid in focusgroepdiscussies tussen wijkbewoners onderling en hulpverleners onderling. Door opbouwwerkers in te zetten werd voorkomen dat voornamelijk die wijkbewoners werden bereikt die toch al vaak het woord voeren.

Opvallend was de overeenstemming over de top-3 van de gezondheidsproblemen. In beide wijken luidde deze: 1. stress; 2. overgewicht / voeding; 3. bewegen.

Hiermee is een basis gelegd voor, mede door de wijkbewoners gedragen, initiatieven voor gezondheidsbevordering.

Bereikte resultaten / Results achieved

Het belangrijkste resultaat van dit project is het inzicht dat 'gemiddelde' wijkbewoners van achterstandswijken goed op de hoogte zijn van de belangrijkste gezondheidsproblemen in de wijk en dat er een zekere bereidheid is zelf verantwoordelijkheid te nemen om tot verbetering te komen. Voordat volgende stappen kunnen worden gezet moet nog wel veel worden uitgewerkt. Een voorbeeld: onder het thema stress vallen uiteenlopende problemen (o.a.: gerelateerd aan financiën, werkloosheid, opvoeding, onveiligheid, openbare ruimte, discriminatie, huisvesting etc.). Ook moet oog zijn voor de samenhang: bijvoorbeeld activiteiten m.b.t. voeding hebben waarschijnlijk weinig kans van slagen als niet óók aan het thema stress wordt gewerkt.

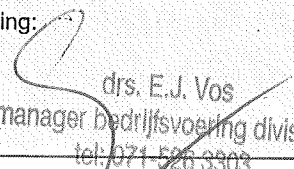
Engelse samenvatting / Summary in English**Bereikte resultaten Engels / Results achieved in English****Ondertekening / Signatures**

Naam penvoerder-projectleider B.J.C. Middelkoop	Naam bestuurlijk verantwoordelijke E.J. Vos
--	--

Eindverslag gegevens / Final report data

Dossier nummer / Dossier number: 204000029

DEFINITIEF

Plaats en datum: Leiden, 29 april 2015	Plaats en datum: Leiden, 4 mei 2015
Handtekening: 	Handtekening:  drs. E.J. Vos manager bedrijfsvoering divisie 3 tel: 071 526 3303

De informatie bij de vragen gemarkeerd met een asterisk (*) gebruikt ZonMw in haar communicatie over de inhoud en voortgang van de projecten, zoals in de projecten op de ZonMw-website en andere openbare projectoverzichten. Indien bij vragen deze markering ontbreekt, betreft het informatie waar ZonMw vertrouwelijk mee omgaat.

1 Algemene gegevens

Gegevens zoals bij ZonMw bekend. Wilt u a.u.b. eventuele wijzigingen *cursiveren*.

1.1 Goedgekeurd budget

€ 134.314,32

1.2 Looptijd project*

Data door ZonMw goedgekeurd op basis van de subsidieaanvraag/voortgangsverslag

Van startdatum: 01.07.2013 tot en met einddatum: 31.12.2014

2 Rapportage resultaten

2.1 Realisatie doelstelling en vraagstelling/taakstelling

Formuleer de doel-/vraag-/taakstelling en geef een toelichting op de realisatie. Indien deze niet of grotendeels gerealiseerd is, licht dit eveneens toe:

De hoofd doelstelling zoals geformuleerd in de subsidieaanvraag luidde: te komen tot een werkzame en werkbare interventie, die gedragen wordt door de wijkbewoners zelf, aansluit op het dagelijks leven van mensen, die goed beschreven is, waarvan voldoende aannemelijk is gemaakt dat deze succesvol is, en waarvan succes- en faalfactoren zijn beschreven.

Gedurende het project zijn er meerdere veranderingen doorgevoerd. De eerste twee punten hebben betrekking op met ZonMW besproken aanpassingen t.o.v. de subsidieaanvraag. De punten 3 t/m 5 hebben betrekking op aanpassingen zoals voorgesteld in het aangepaste plan van aanpak (d.d. 23-07-14).

1. Hoofddoelstelling

Om de originele hoofddoelstelling te kunnen behalen is het essentieel dat er in het begin van het project een gedegen 'verkenningfase' plaatsvindt. In het oorspronkelijke plan zou deze fase maximaal vijf maanden duren. Echter, 1) door de keuze om in plaats van al bekende wijkbewoners, juist meer representatieve bewoners te werven, 2) minimaal drie FocusGroepDiscussies (FGD's) per subdoelgroep uit te voeren en 3) in verband met de wenselijke uitgebreide verwerking van de (kwalitatieve) data is ervoor gekozen om de gehele projectduur te besteden aan deze verkenningfase en de actiefase later te laten starten. Dit is besproken met ZonMw (gesprekken van 11 oktober 2013 en 10 januari 2014) en weergegeven in het voortgangsverslag van 21 mei 2014. Op basis van het gesprek over dit verslag op 27 mei 2014 is een nieuw plan van aanpak gemaakt dat (met een nadere concretisering) door ZonMw is geaccordeerd (brief d.d. 11 augustus 2014).

2. Verbreding bevolkingsgroepen

In de subsidieaanvraag werd aangegeven dat er een verbreding t.o.v. de eerder uitgevoerde pilot zal plaatsvinden m.b.t. de deelnemende bevolkingsgroepen. Er werd ook aangegeven dat de vorm waarin dat zou moeten gebeuren nog onderzocht diende te worden.

In de pilotfase, uitgevoerd voorafgaand aan de verkregen subsidie en beschreven in de subsidieaanvraag, zijn alleen Turkse wijkbewoners uit de Schilderswijk betrokken. Deze wijkbewoners waren bekend bij en geworven door projectmedewerkers. De voorgestelde verbreding, zoals beschreven in de subsidieaanvraag, betrof het uitvoeren van het project in meerdere wijken en het betrekken van meerdere bevolkingsgroepen. Met het oog op een verbreding naar meer wijken, is het project uitgevoerd in twee wijken, namelijk de Rivierenbuurt en de Schilderswijk in Den Haag. Een praktijk in Alphen a/d Rijn had in eerste instantie ook interesse om het in een wijk uit te voeren, maar zij hebben hier uiteindelijk van af gezien i.v.m. de

belasting voor de professionals. M.b.t. de tweede verbreding, tot meerdere bevolkingsgroepen, is ervoor gekozen om in de Schilderswijk te focussen op de Turkse bevolkingsgroep en in de Rivierenbuurt op alle bevolkingsgroepen gezamenlijk. Deze keuze was gebaseerd op de volgende overwegingen.

Na het bestuderen van literatuur en het verkrijgen van advies van opbouwwerkers werkzaam in de Schilderswijk werd duidelijk dat het gezamenlijk starten en doorlopen van alle fasen binnen het project niet wenselijk zou zijn i.v.m. onderlinge segregatie, wantrouwen en de bestaande vooroordelen bij de drie grootste bevolkingsgroepen (Turken, Marokkanen en Surinaams-Hindostanen). Deze factoren zouden het proces sterk kunnen beïnvloeden en uiteindelijk kunnen verstoren. Een integratie in een latere fase wordt echter niet uitgesloten, mits er meer onderzoek naar wordt gedaan. Omdat het niet mogelijk was om de drie grootste bevolkingsgroepen naast elkaar in het proces te includeren is er voor gekozen om in eerste instantie alleen verder te gaan met de Turkse wijkbewoners (grootste groep in de Schilderswijk). Vergeleken met de Schilderswijk zijn de bevolkingsgroepen in de Rivierenbuurt kleiner. Om inzicht te verkrijgen in de effectiviteit van het project wanneer wel diverse bevolkingsgroepen samen betrokken worden, is in de Rivierenbuurt geen onderscheid gemaakt tussen deze groepen: iedereen was welkom om deel te nemen.

Ook dit voornemen is, tegelijkertijd met de verandering in de hoofddoelstelling (zie boven) besproken met en goedgekeurd door ZonMw (zie hierboven).

3. Interviews/mondelinge afname vragenlijst

Om een groter draagvlak te creëren onder de wijkbewoners, informatie te verzamelen van alle bevolkingsgroepen in de Schilderswijk en om de informatie uit de FGD's te valideren is voorgesteld om in de Schilderswijk korte interviews te houden in de vorm van een mondelinge afname van korte vragenlijsten. In totaal zijn 120 interviews afgenomen. Vanwege dit positieve resultaat is besloten om ook interviews in de Rivierenbuurt af te nemen (N = 40).

4. Voorbereiding De Samenspraak*

In de subsidieaanvraag en het bijgestelde plan van aanpak wordt gesproken over een spiegelgesprek tussen wijkbewoners en hulpverleners. Omdat deze term in andere onderzoeken en projecten voor een wat ander type gesprek staat dan zoals toegepast in het project 'Gezondheidsdialoog in de wijk' wordt in dit eindverslag de term Samenspraak gebruikt. In het bijgestelde plan van aanpak staat vermeld dat de wijkbewoners voorafgaand aan de Samenspraak, ter voorbereiding een aparte bijeenkomst aangeboden zouden krijgen. Op basis van de gelijkenis in visies tussen wijkbewoners en hulpverleners (blijkend uit de analyse van de FGD's) en de tijdsinvestering die het de wijkbewoners zou kosten om in de week voorafgaand de Samenspraak samen te komen, is besloten om geen voorbereidingsbijeenkomst te houden. In plaats hiervan zijn de wijkbewoners tijdens de mondelinge en schriftelijke uitnodiging voorzien van relevante informatie over de uitkomst van de diverse FGD's (dus ook die waaraan zij zelf niet hadden deelgenomen).

5. Constituerende en uitwerkingsfase*

Zoals weergegeven in het bijgestelde Plan van Aanpak kan de constituerende fase bestaan uit één of meerdere Samenspraken. Met constituerende fase werd in het Plan van Aanpak bedoeld op de afronding van de onderzoeksfase. Tijdens de constituerende fase wordt een duidelijk, door een grote meerderheid gedragen plan gemaakt voor de actiefase, en dan met name de onderwerpen waarop de uitwerkingsfase zich zal richten. Tijdens de eerste samenspraak in de Schilderswijk bleek dat wijkbewoners en hulpverleners een duidelijke voorkeur hadden voor de onderwerpen stress en overgewicht. Het was echter niet mogelijk om met een dergelijke grote groep en binnen een beperkte tijdsperiode een plan van aanpak te maken. Afgesproken is dat dit plan van aanpak gemaakt wordt in de uitwerkingsfase.

* hebben nog niet plaatsgevonden in de Rivierenbuurt (voor toelichting zie onderdeel 3: rapportage proces).

2.2 Conclusies

Beschrijf de belangrijkste conclusies van dit project.

De conclusies worden verdeeld in conclusies met betrekking tot algemene effecten, conclusies met betrekking tot vormgeving en inhoud en conclusies met betrekking tot implementatie.

2.2.1 Algemene effecten

1. Bereikte aantallen

Er hebben in totaal 40 mensen (wijkbewoners en hulpverleners) in de Rivierenbuurt en 84 mensen in de Schilderswijk meegedaan aan minimaal één FGD (zie Tabel 1). Deze aantallen zijn inclusief de FGD's met wijkbewoners die reeds bij een bestaande groep aangesloten zijn (Schilderswijk). In de Schilderswijk is na de eerste ronde een FGD groep uitgevallen (N=10), omdat de deelnemers niet tot slecht te bereiken waren (geworven via een contactpersoon bij een moskee, waarmee de samenwerking in tweede instantie moeizamer werd).

Tevens zijn bij 120 mensen in de Schilderswijk en bij 40 mensen in de Rivierenbuurt mondeling korte vragenlijsten afgenomen; in beide wijken betrof dit respondenten met een gemengde afkomst. Aan de Samenspraak in de Schilderswijk hebben 30 mensen deelgenomen.

Tabel 1: Overzicht deelname

		Rivierenbuurt		Schilderswijk			
		Wijkbewoners; etnisch gemengd (3 groepen)	Hulpverleners (3 groepen)	Turkse vrouwen (5 groepen, waarvan 2 BG*)	Turkse mannen (2 groepen, waarvan 1 BG*)	Etnisch gemengd	Hulpverleners (3 groepen)
Behoeften inventarisatie	FGD ronde 1	21	19	43 (BG* = 22)	23 (BG*=8)	Nvt	18
	FGD ronde 2	4	11	22 (BG* =8)	5	Nvt	10
Samenspraak		**	**	16	4	Nvt	10
Interviews		40				120	

* BG = Bestaande groep(en)

** Niet gerealiseerd binnen subsidieperiode

- Toename inzichten in de leefwereld en de perceptie van de systeemwereld (van de hulpverleners) van wijkbewoners in de Rivierenbuurt en de Schilderswijk.
Qua leefwereld is er, m.b.t. gezondheid, inzicht verkregen in de ervaren gezondheidsproblemen, de gezondheidsproblemen die wijkbewoners als aandachtspunten zien, de verander- en verbeterpunten en hoe deze eventueel aangepakt zouden kunnen worden. Tevens is inzicht verkregen in de visie van wijkbewoners op de systeemwereld van de hulpverleners, bijvoorbeeld in de relatie tussen wijkbewoners en hulpverleners en in de verander- en verbeterpunten voor de hulpverlening.
- Toename inzichten in de systeemwereld en de perceptie van de leefwereld (van de wijkbewoners) van de hulpverleners (welzijn en zorg) in de Rivierenbuurt en de Schilderswijk.
Er is inzicht verkregen in de perceptie van de hulpverleners van de leefwereld van de wijkbewoners m.b.t. gezondheid, zoals in de ervaren gezondheidsproblemen, de gezondheidsproblemen die wijkbewoners als aandachtspunten zien, de verander- en verbeterpunten en hoe deze eventueel aangepakt zouden kunnen worden. Tevens is in kaart gebracht hoe hulpverleners een en ander het liefst aangepakt zien worden.
- Toename in inzichten in, en het overbruggen van de kloof tussen welzijn en zorg.
Door het organiseren van multidisciplinaire FGD's hebben hulpverleners uit zorg en welzijn inzicht verkregen in elkaars ervaringen en visies. Tevens werd door deze ontmoetingen getracht de kloof tussen beiden te overbruggen.

2.2.2 Vormgeving en inhoud

- D.m.v. het houden van FGD's met alleen wijkbewoners was het mogelijk om inzicht te verkrijgen in hun leefwereld en hun perceptie van de systeemwereld van de hulpverleners. Deze inzichten zullen hieronder kort uiteen worden gezet (voor een uitgebreidere beschrijving zie punt 4: rapportage vervolg).
 - Rivierenbuurt: Er werden diverse ervaren gezondheidsproblemen gerapporteerd, zoals overgewicht, stress en longproblemen. De gekozen aandachtsgebieden waren voornamelijk overgewicht en stress. Echter, ook longproblemen en opvoedproblemen (in relatie met stress en overgewicht) werden door een groep als aandachtsgebied benoemd. Als oorzakelijke

- factoren werd vaak verwezen naar de omgeving. Onveiligheid heeft veel invloed op het overgewicht en de segregatie tussen drie groepen wijkbewoners (originele autochtone wijkbewoners, originele allochtone wijkbewoners: beiden lage ses, en de beter gesitueerde nieuwe wijkbewoners) leidt tot veel stress en spanningen. Zij zouden hier graag verandering in zien. De verbeterpunten m.b.t. het individu hadden vooral betrekking op hun eigen gedrag: zij zouden actiever moeten zijn. De hulpverlening kent volgens de wijkbewoners vooral verbeterpunten m.b.t. de communicatie (bijvoorbeeld beter luisteren). Naast een betere integratie tussen de drie groepen zou er ook meer aanbod aan activiteiten in de wijk moeten komen. De wijkbewoners gaven aan dat er mogelijk groepjes gevormd zouden kunnen worden die zich buigen over de gezondheid in de wijk. Zij zouden hier zelf een rol in kunnen spelen.
- Schilderswijk: Er werden diverse ervaren gezondheidsproblemen gerapporteerd. Van deze ervaren gezondheidsproblemen werd stress met stip als aandachtsgebied benoemd. Tevens was overgewicht in relatie tot bewegen en voeding ook een belangrijk aandachtsgebied. Diverse verklarende modellen (explanatory models) bleken te bestaan m.b.t. de oorzaken van deze gezondheidsproblemen. Zo werd er aangegeven dat er diverse oorzaken waren voor de stress, die onder te verdelen zijn in financiële stress en psychosociale stress. Door wijkbewoners werden zowel algemene verbeterpunten benoemd, zoals het hebben van meer kennis en het vertonen van een actievere copingstijl, als ook aandachtsgebied-specifieke verbeterpunten, zoals meer bewegen, meer regelmaat in eetpatroon aanbrengen. De uitgevraagde verbeterpunten (per aandachtsgebied) hadden zowel betrekking op de wijkbewoner zelf, als op de sociale en fysieke omgeving en de hulpverlening. M.b.t. alle drie de niveaus werden meerdere verbeterpunten benoemd. Voorbeelden van wat de wijkbewoner zelf kan verbeteren zijn hierboven genoemd. Enkele andere voorbeelden zijn: het aanpassen van het voedselaanbod in de wijk (fysieke omgeving), elkaar meer steunen (sociale omgeving) en beter communiceren (hulpverlening). De wijkbewoners gaven aan graag in werkgroepen deze aandachtsgebieden verder uit te willen werken om daarna actie te kunnen ondernemen. Het hebben van een procesbegeleider werd als essentiële voorwaarde gezien. Ook inzet en een bijdrage van hulpverleners (b.v. door het geven van voorlichting) werd als belangrijk benoemd.
 - D.m.v. het houden van FGD's met diverse hulpverleners is inzicht verkregen in hun systeemwereld en hun perceptie van de leefwereld van de wijkbewoners. Deze inzichten zullen hieronder kort uiteen worden gezet (voor een uitgebreidere beschrijving zie punt 4: rapportage vervolg).
 - Rivierenbuurt: De hulpverleners gaven aan diverse gezondheidsproblemen te zien bij de wijkbewoners. De genoemde gezondheidsproblemen hadden voornamelijk betrekking op de inwoners met een lage SES (originele autochtone wijkbewoners en originele allochtone wijkbewoners). Enkele genoemde gezondheidsproblemen waren: overgewicht, stress en longproblemen. Overgewicht werd in alle groepen als belangrijkste aandachtsgebied gezien, gevolgt door stress. Opvoeding werd benoemd in relatie tot overgewicht en stress en als laatste werd in één groep eenzaamheid gezien als een aandachtsgebied. Diverse verklarende modellen (explanatory models) bleken te bestaan m.b.t. de oorzaken van deze gezondheidsproblemen. Zo werd aangegeven dat een zeer belangrijke oorzaak van stress de segregatie tussen de groepen is. Maar ook de werkloosheid, het niet kunnen betalen van de rekeningen en de huisvestingsproblemen kunnen leiden tot stress. Door de hulpverleners werden algemene verbeterpunten benoemd die onder andere betrekking hebben op gedrag, kennis, houding en bewustwording. De uitgevraagde verbeterpunten (per aandachtsgebied) hadden zowel betrekking op de wijkbewoner als op de sociale en fysieke omgeving en de hulpverlening zelf. M.b.t. alle drie de niveaus werden meerdere verbeterpunten benoemd. Enkele voorbeelden zijn: de weg kunnen vinden naar de juiste hulp (wijkbewoners), met elkaar over problemen praten (omgeving) en het meer inleven in de situatie van de wijkbewoners (hulpverlening). Qua aanpak kan de hulpverlening het initiatief nemen om een selecte groep wijkbewoners te onderwijzen om deze daarna in te zetten als ambassadeurs (wordt op dit moment gedaan). Deze ambassadeurs zouden dan een belangrijke rol kunnen spelen in het opstarten van groepen met wijkbewoners die initiatieven willen opstarten en uitvoeren.
 - Schilderswijk: De hulpverleners gaven aan diverse gezondheidsproblemen te zien bij de Turkse doelgroep. Enkele genoemde gezondheidsproblemen betroffen: overgewicht, stress, psychische klachten (depressie) en pijnklachten. Stress en overgewicht werden benoemd als de aandachtsgebieden. Diverse verklarende modellen (explanatory models) bleken te bestaan m.b.t. de oorzaken van deze gezondheidsproblemen. Zo werd aangegeven dat er diverse oorzaken waren voor de stress, die onder te verdelen zijn in financiële stress en psychosociale stress. Door de hulpverleners werden algemene verbeterpunten benoemd die

onder andere betrekking hebben op gedrag, kennis, houding en bewustwording. De uitgevraagde verbeterpunten (per aandachtsgebied) hadden zowel betrekking op de wijkbewoner als op de sociale en fysieke omgeving en de hulpverlening zelf. M.b.t. alle drie de niveaus werden meerdere verbeterpunten benoemd. Enkele voorbeelden zijn: minder gericht zijn op de korte termijn (wijkbewoners), minder ongezonder aanbod in de wijk (omgeving) en het meer verdiepen in de cultuur van de wijkbewoners (hulpverlening). Qua aanpak zien de hulpverleners een centrale rol weggelegd voor de wijkbewoners (zich groeperen of b.v. het opstarten van een buddy systeem). Echter voor incidentele bijdragen zijn zij ook zelf in te zetten. Tevens geven zij aan dat sleutelfiguren en zelforganisaties een belangrijke rol moeten spelen. Ook geven de hulpverleners aan dat er veel dingen zouden moeten veranderen in de hulpverlening an sich (meer samenwerking, elkaar beter informeren etc.). Zij geven aan deze veranderingen belangrijk te vinden, maar het is niet duidelijk hoe zij dit zouden willen bereiken.

- Door tijdens de FGD's met hulpverleners diverse disciplines aan te laten sluiten werd het contact tussen deze disciplines en de inzichten in elkaars werkgebied vergroot. Tevens werden er diverse bruggen geslagen (dit kwam onder andere tot uiting in het uitwisselen van contactgegevens). Het vergroten van samenwerking tussen de diverse disciplines werd door de hulpverleners als zeer positief ervaren (werd tevens ook aangegeven als verbeter- en veranderpunt binnen de hulpverlening).

2.2.3 Implementatie

Zoals aangegeven in 2.1. is in de huidige projectperiode gefocust op de verkenningfase. Echter, in de subsidieaanvraag wordt ook een actiefase benoemd. Deze actiefase zal buiten de subsidieperiode gestart worden. De originele doelstellingen, zoals geformuleerd in de subsidieaanvraag zullen gelden voor deze fase. De actiefase en de vormgeving hiervan wordt grotendeels gebaseerd op de verkregen informatie uit de verkenningfase, t.w. de wensen en behoeften van de wijkbewoners en de hulpverleners. Op basis van deze verkregen informatie kan geconcludeerd worden dat er grofweg twee trajecten gewenst zijn. Het eerste traject zou moeten gaan over het ondernemen van actie m.b.t. de gekozen aandachtsgebieden. Het tweede traject heeft betrekking op een algemener niveau, namelijk het beter organiseren van contacten tussen de wijkbewoners en de hulpverleners. Voor beide trajecten is het belangrijk dat er op een gestructureerde wijze te werk gegaan en extra aandacht wordt besteed aan participatie en duurzaamheid. Om dit te waarborgen wordt onder andere gebruik gemaakt van informatie uit de volgende bronnen:

- *Planning health promotion programs: an Intervention mapping approach* (Bartholomew, Parcel, Kok, Gottlieb & Fernandez, 2011) (stap 2 t/m 6: zie bijlage 1): Focus op stapsgewijs opzetten van interventies. Belangrijke lessen betreffen: het betrekken van zowel omgevings als gedragsaspecten, het niet te snel denken in oplossingen, het gedegen voorbereiden van een interventie en het evalueren ervan.
- *Community based participatory research* (Minkler & Wallerstein, 2008). Focus op samenwerking tussen gemeenschappen, beleid en onderzoek, het balanceren van macht, het creëren van vertrouwen en het continu in stand houden van de dialoog.
- *Zeggenschap in de wetenschap* (Abma & Broerse 2007). Focus op methoden en gewenst gedrag van deelnemers en procesbegeleiders.

2.3 Aanbevelingen

Beschrijf de aanbevelingen uit dit project

Op basis van de ervaringen opgedaan in dit project (zie ook onderdeel 3 en 4 van dit eindverslag) kunnen diverse aanbevelingen worden geformuleerd.

- Met betrekking tot de keuze doelgroep: het kiezen van een doelgroep dient nauwkeurig gedaan te worden. Er dient te worden onderzocht of deze doelgroep binding ervaart met elkaar en met de wijk.
- Met betrekking tot het opzetten van een dergelijk project met een wijkaanpak: bestudeer de beschikbare wetenschappelijke en praktijkkennis.
- Met betrekking tot het algehele proces: een dergelijk project duurt vaak langer dan verwacht. Het werven van wijkbewoners, het houden van FGD's en het samenbrengen van wijkbewoners en hulpverleners neemt veel tijd in beslag. Het is belangrijk dat vooraf een inventarisatie wordt gemaakt van mogelijke vertragende factoren zodat hierop geanticipeerd kan worden.

- Met betrekking tot de methodiek FGD's: 1. Door het houden van aparte FGD's met wijkbewoners en hulpverleners is er meer ruimte voor de wijkbewoners om hun verhaal te houden en kan de informatie uit beide groepen vergeleken worden.
- Met betrekking tot de methodiek FGD's: 2. Door op een bottom-up wijze informatie te verzamelen en door de wijkbewoners en de hulpverleners te laten bepalen wat de aandachtsgebieden zijn, wordt het draagvlak vergroot en tegelijk het inzicht verdiept.
- Met betrekking tot de methodiek FGD's: 3. Stimuleer wijkbewoners tot het geven van (meer) informatie. Zij blijken dan over veelzijdige en diepgaande informatie te beschikken. Ervaringskennis dient dan ook serieus genomen te worden.
- Met betrekking tot het verwachtingenmanagement: wanneer contact gelegd wordt met wijkbewoners of andere organisaties/personen om te helpen met de werving, is het belangrijk dat veel tijd wordt besteed aan het goed overbrengen van de informatie, om te voorkomen dat beide partijen verkeerde en/of tegenstrijdige verwachtingen hebben.
- Met betrekking tot de deelname van wel/niet georganiseerde wijkbewoners: voor het verzamelen van informatie over de leefwereld en de visie op de systeemwereld van de wijkbewoners kan men nieuwe groepen creëren of aansluiten bij bestaande groepen. Echter, wanneer men een actieve en langdurige deelname wil bereiken lijkt het verstandig om niet te zeer te vertrouwen op actieve participatie van leden uit bestaande groepen.
- Met betrekking tot de deelname van hulpverleners: over het algemeen zijn hulpverleners geïnteresseerd in dergelijke projecten, maar laat de ervaren drukte deelname niet altijd toe. Daardoor is het belangrijk om flexibel te zijn in de aangeboden vorm (in dit geval FGD's) om indien gewenst ook op andere manieren aan de gewenste informatie te komen.
- Met betrekking tot de analyse: hulpverleners zijn gewoonlijk praktisch ingesteld en willen zo snel mogelijk aan de slag met verkregen informatie. Dit kan een valkuil zijn; grondig analyseren van de verkregen informatie voorkomt dat belangrijke informatie verloren gaat en zorgt ervoor dat een solide basis wordt gecreëerd voor de eventueel te volgen acties, beslissingen en/of beleid.
- Met betrekking tot de terugkoppeling van de analyse: het blijven terugkoppelen van de verkregen informatie uit de FGD's (tussen opeenvolgende FGD's van één groep, maar ook tussen FGD's en de Samenspraak) leidt ertoe dat deelnemers zich gehoord en serieus genomen voelen.
- Met betrekking tot de samenwerking: 1. Tijdens de werving en het houden van de FGD's is een samenwerkingsverband aangegaan met de opbouwwerkers in de wijken. Zij kennen de wijk goed, weten ingangen te vinden en kunnen de wijkbewoners motiveren tot deelname. Een op gelijke basis gebaseerde samenwerking wordt dan ook sterk aangeraden.
- Met betrekking tot de samenwerking: 2. Door het betrekken van een onafhankelijke partij in de samenwerkingsverbanden (in dit geval de onderzoeker; maar het kan ook een andere actor zijn, mits onafhankelijk van zowel wijkbewoners als hulpverleners) wordt meer inzicht verkregen in mogelijke tegenstrijdige visies en belangen. Hierdoor wordt er meer ruimte gecreëerd voor het bevorderen van de onderlinge samenwerking.
- Met betrekking tot de samenwerking: 3. Het samenbrengen van praktijk en onderzoek kan worden gehinderd door diverse obstakels, zoals een verschil in verwachtingen van tempo en mate van grondigheid van de uitvoering van de diverse stappen in het proces. Het is belangrijk dat deze obstakels vroeg in het proces in kaart worden gebracht, zodat er op geanticipeerd kan worden.

2.4 Carrière onderzoeker

Alleen van toepassing op persoonsgebonden subsidies:

Heeft er door dit project vooruitgang in functie/loopbaanontwikkeling plaatsgevonden (hogere functie, meer verantwoordelijkheid)?

N.V.T.

3 Rapportage proces

Zijn in één of meer onderdelen van de door ZonMw goedgekeurde subsidieaanvraag wijzigingen opgetreden?

Ja

INDIEN JA

Geef aan voor welke van de volgende onderdelen de wijziging(en) consequenties hebben:

☒	Tijdsplanning
☒	Goedgekeurde begroting
☒	Vraagstelling / taakstelling
☒	Geplande activiteiten, plan van aanpak ¹
☒	Beoogde resultaten
☐	Samenwerking
☐	Anders, nl

INDIEN NEE

Het niet vermelden van wijzigingen betekent volgens ZonMw dat de uitvoering plaatsvindt zoals is beschreven in de goedgekeurde subsidieaanvraag (of een door ZonMw goedgekeurde wijziging daarvan).

Laat u in geval van wijzigingen het rapporteren achterwege, dan kan ZonMw op grond van de subsidievoorwaarden consequenties verbinden aan de subsidieverlening. Het is daarom van essentieel belang dat u inzichtelijk maakt of op de genoemde onderdelen de werkelijke uitvoering overeenkomt met de goedgekeurde.

¹ (denk hierbij o.a. aan studieopzet, interventies, uitkomstmaten, dataverzameling, instroom respondenten/patiënten)

Geef onder *Toelichting op wijzigingen* voor elk van de aangekruiste onderdelen zo concreet mogelijk aan waaruit de afwijkingen bestaan, wat daarvan de reden(en) zijn en beschrijf de voorgestelde oplossingen.

Toelichting op wijzigingen

Een eerste beschrijving van de wijzigingen is beschreven bij onderdeel 2: rapportage effecten. De focus van het project is door die wijzigingen komen te liggen op de verkenningsfase wat invloed heeft gehad op de tijdsplanning, de begroting (is naar beneden is bijgesteld), de vraagstelling en taakstelling, de geplande activiteiten en het plan van aanpak en de beoogde resultaten.

3.1 Methodologie en uitvoeringsproces

Beschrijf de methodologie van het project

Beschrijf zowel de kansen/succesfactoren als de problemen/belemmeringen die u bij uitvoering van het project bent tegengekomen.

Heeft u tips voor collega's die een soortgelijk project (gaan) uitvoeren. Denk hierbij bijvoorbeeld aan hoe u eventuele knelpunten heeft opgelost bij bijvoorbeeld: voorbereiding, uitvoering, samenwerking, draagvlak, tijd, financiën, etc.

De beschrijving van de methodologie en het uitvoeringsproces wordt onderverdeeld in een algemene beschrijving van het proces, de werving van deelnemers en een verdere uitwerking van de proces-onderdelen (FGD's, de korte vragenlijsten, de Samenspraak en de uitwerkingsfase). Als laatste zal worden ingegaan op de samenwerking met diverse partners en tussen onderzoek en de praktijk.

3.1.1 Algemene beschrijving proces

Voorafgaand aan de opzet van de verkenningsfase is een literatuurstudie uitgevoerd. Er is inzicht verkregen in wetenschappelijke literatuur en de praktijkervaringen binnen de GGD'en van de vier grote steden en informatie vanuit PHAROS en het Centrum Gezond Leven (CGL) van het RIVM. Het huidige project is qua wetenschappelijke onderbouwing gebaseerd op:

1. De 'Needs assessment' fase van Intervention Mapping.

Om een gezondheidssituatie in kaart te brengen moeten diverse aspecten belicht worden. In de eerste stap van intervention mapping, de 'needs assessment' worden deze aspecten toegelicht. Er wordt gebruik gemaakt van een model dat gebaseerd is op het Precede model van Green en Kreuter (2005) en uitgewerkt door Bartolomew et al. (zie bijlage 2) om in kaart te brengen wat de invloed van een gezondheidsprobleem op de kwaliteit van leven is. Tevens wordt vanuit dat gezondheidsprobleem terug geredeneerd om in kaart te brengen welke gedrags- en omgevingsfactoren en determinanten daar invloed op hebben. Door het op deze manier in kaart te brengen ontstaat er een logisch model dat de basis vormt voor verdere ontwikkelingen m.b.t. het bevorderen van de gezondheid.

2. Agenda setting literatuur.

Onderzoek uitgevoerd door onder andere Tineke Abma en Jacqueline Broerse (2007) over agenda setting en de participatie van patiënten hierin geeft veel inzicht in de diverse subfasen en randvoorwaarden die leiden tot een dialoog tussen beiden en die uiteindelijk resulteren in een gedeelde (onderzoeks)agenda. Dit proces wordt duidelijk toegelicht in Abma en Boersma (2010). In dit artikel onderscheiden zij zes fasen in een dergelijk proces, namelijk de exploratiefase, consultatiefase, priorisatiefase, integratiefase, programmeerfase en de implementatiefase.

De informatie over de praktijkervaringen heeft vooral betrekking op het werven en bejegenen van de wijkbewoners en het samenbrengen van wijkbewoners en hulpverleners en is zodoende verwerkt in de aanpak.

Grofweg kan de verkenningsfase opgedeeld worden in twee fasen (overlappend met fase 1 t/m 4 van Abma en Broerse, 2010), namelijk de inventarisatie- en de Samenspraak-fase. Tijdens de inventarisatiefase zijn met zowel wijkbewoners als hulpverleners, apart, meerdere focusgroep gesprekken gevoerd om inzicht te verkrijgen in de ervaren gezondheidsproblemen, de aandachtsgebieden en de specifieke verbeter- en veranderpunten. Tevens is besproken hoe een verdere actiefase er uit zou kunnen zien. Om de aantallen te vergroten, de verkregen informatie te verifiëren, en de Gezondheidsdialoog een bredere bekendheid te geven zijn ook korte vragenlijsten mondeling afgenomen bij wijkbewoners. Alle verkregen informatie is geanalyseerd en diende als input voor een Samenspraak tussen de wijkbewoners en hulpverleners die reeds deelnamen. Tijdens deze Samenspraak stonden de overeenkomsten, het gezamenlijk draagvlak en het toewerken naar de actiefase centraal.

3.1.2 Werving deelnemers

Waar in de pilot fase (uitgevoerd voorafgaand aan de subsidieaanvraag en toegelicht in die aanvraag) gebruik is gemaakt van een convenience sample -reeds bekende wijkbewoners werden betrokken- is nu ingezet op het bereiken van de 'niet standaard deelnemende' wijkbewoners, d.w.z. wijkbewoners die een (betere) afspiegeling vormen van de gemiddelde bewoner van de wijk. Hierdoor wordt onder andere een beter inzicht verkregen in de leefwereld van de 'gehele groep' en niet alleen in de leefwereld van de geproto-professionaliseerde wijkbewoners. Tevens zullen wijkbewoners die nog niet eerder bij projecten e.d. betrokken waren, mogelijk ook meer tijd hebben om actief te kunnen deelnemen in de actiefase.

Om deze wijkbewoners te bereiken heeft de werving plaatsgevonden via diverse kanalen zoals zorg, welzijn, onderwijs maar ook koffiehuizen en vrouwengroepen. Voor de uitvoering van de werving is een samenwerkingsverband aangegaan met opbouwwerkers, omdat zij veel inzicht hebben in de wijk en ruime ervaring hebben in het bereiken en motiveren van wijkbewoners. Uiteindelijk hebben voornamelijk wijkbewoners meegedaan die niet reeds participeerden in bestaande groepen en overleggen.

Indien wijkbewoners bereikt waren door de opbouwwerkers werd intensief contact onderhouden. Ongeveer één week voorafgaand aan de FGD werden ze zowel telefonisch als (indien mogelijk) schriftelijk uitgenodigd. De dag voorafgaand aan de FGD werden wijkbewoners gebeld ter herinnering. Indien ze niet aanwezig waren tijdens de FGD werd contact opgenomen en werden ze uitgenodigd voor een andere FGD. Zoals hierboven aangegeven zijn uiteindelijk ook bestaande groepen benaderd om deel te nemen. De reden hiervoor was dat er via de eerst gekozen wegen een te gering aantal

focusgroepen bleek te kunnen worden gevormd binnen een redelijke tijdspanne. Bovendien bleek dat niet-Nederlands sprekende wijkbewoners te weinig werden betrokken. De benaderde bestaande groepen waren niet de bekende belangenorganisaties e.d., maar bijvoorbeeld clubjes die samen breien of haken; of met elkaar sporten. Voor het verkrijgen van contact met bestaande groepen was het zaak om de juiste contactpersoon te achterhalen en te bereiken. Deze legde de situatie uit aan de groep en vroeg om toestemming. De contactpersoon meldde vervolgens aan de opbouwwerker of de groep bereid was tot deelname en zo ja, wanneer de eerstvolgende bijeenkomst zou zijn. Het plannen van een datum voor een focusgroepgesprek was afhankelijk van de frequentie waarmee de groep samenkwam. Doordat er een extra schakel in het proces was, namelijk de aanspreekpersoon van de groep, diende veel tijd gestoken te worden in goed communiceren van het doel van het gesprek. Desondanks bleek dit erg lastig te zijn, wat er in één geval toe leidde dat beiderzijds ontevredenheid ontstond en de contactpersoon vervolgens aangaf dat de deelname van deze wijkbewoners niet gecontinueerd werd.

De werving van de hulpverleners werd gedaan door de onderzoeker en de projectmedewerker van de GGD. Eerst werd een overzicht gemaakt van de verschillende disciplines (zorg, welzijn, onderwijs en overig). Uit deze categorieën werden hulpverleners per mail uitgenodigd om deel te nemen. Over het algemeen was er veel interesse voor deelname. Echter, het inplannen van de FGD's verliep stroef i.v.m. de beschikbaarheid van de hulpverleners. Vooral het werven en betrekken van huisartsen, die over het algemeen erg druk zijn, was lastig. Om tegemoet te komen aan de drukte en de planningsmogelijkheden zijn met drie huisartsen telefonische interviews gehouden.

Belemmerende en bevorderende factoren. De keuze voor het werven van juist de wat moeilijker bereikbare wijkbewoners heeft veel invloed gehad op de tijdsplanning. Het kost veel tijd om deze wijkbewoners te lokaliseren en te betrekken. De inzet van de opbouwwerkers heeft in het bereiken van de wijkbewoners een grote rol gespeeld: zij waren in staat om de bereikte wijkbewoners goed te informeren, te motiveren en een vertrouwensband op te bouwen. Veel wijkbewoners die deelnamen aan de FGD's gaven ook aan te komen vanwege het goede contact met de opbouwwerker. Echter, het werken met een door de opbouwwerker benaderde tussenpersoon, die een niet goed begrip heeft van het doel van het gesprek, was in sommige gevallen belemmerend.

3.1.3 Uitwerking procesonderdelen

Focusgroepdiscussies

De voorbereidende informatie voor de FGD's was identiek voor de wijkbewoners en de hulpverleners. Wel werd voor elke FGD een nog een aparte handleiding gemaakt met meer concrete instructies (zie bijlage 3 voor een voorbeeld). Het uitgangspunt was altijd de gezondheid van de wijkbewoners. Het ging expliciet niet om de individuele ervaringen, maar om de ervaringen op wijkniveau (in de Schilderswijk op het niveau van de Turkse bewoners van de wijk). In de FGD's werden vier aspecten besproken, namelijk de ervaren gezondheidsproblemen, de aandachtsgebieden, de specifieke verbeter- en veranderpunten m.b.t. de aandachtsgebieden en hoe deze problematiek gezamenlijk aangepakt zou kunnen worden.

- Voor het uitvragen van de specifieke verbeter- en veranderpunten is het model van Lalonde (1974) gebruikt. Er werd uitgevraagd wat er moest verbeteren op het niveau van het individu (opgesplitst in gedrag, kennis, houding en vaardigheden), de omgeving (sociaal en fysiek) en de hulpverlening (opgesplitst in gedrag, kennis, houding en vaardigheden).
- Er is gekozen voor een bottom-up up aanpak tijdens de FGD's. Er waren geen vooraf gespecificeerde inhoudelijke doelen. De deelnemers werden bij elke onderdeel aangemoedigd om zelf met zo veel mogelijk antwoorden te komen. Om te voorkomen dat bepaalde informatie niet werd benoemd, zijn aan het einde van elk onderdeel probes toegevoegd en deelnemers om een reactie gevraagd.
- De gespreksleiders hebben een training ontvangen over het doel van het gesprek, de werkwijze en de eventuele problemen die kunnen optreden.
- De FGD's met wijkbewoners werden voorgezeten door opbouwwerkers en de FGD's met hulpverleners door een GGD-medewerker. De onderzoeker was erbij om te assisteren, bij te sturen en te observeren. De gesprekken zijn met toestemming van de deelnemers opgenomen en op een later moment door de onderzoeker verwerkt.
- Om ook de mensen die niet goed Nederlands spraken te includeren zijn er enkele gesprekken in het Turks gevoerd. Hiervoor is een Turks sprekende zzp'er (bekend met de wijk) ingeschakeld en getraind.

- Tijdens de FGD's met de wijkbewoners bleek dat wanneer zij gevraagd werden om verander- en verbeterpunten te geven, zij in eerste instantie vooral dachten aan gedragsveranderingen. Door ze te stimuleren om verder te denken bleken zij prima in staat om ook verander- en verbeterpunten te benoemen m.b.t. bijvoorbeeld houding en vaardigheden.
- Aan het einde van elke FGD werd aan de deelnemers gevraagd hoe ze het hadden ervaren. Zowel de wijkbewoners als de hulpverleners waren erg positief. De wijkbewoners gaven aan het erg fijn te vinden dat ze hun verhaal kwijt konden en dat er echt naar ze geluisterd werd. Ook het vooruitzicht dat er wat met de gegevens zou worden gedaan en dat ze daar zelf mogelijk een rol in konden spelen werd als zeer positief ervaren. De hulpverleners vonden het erg fijn om onderlinge ervaringen te kunnen delen, informatie te krijgen van collega's en om onderling meer contacten te leggen. Zij gaven aan ook graag meer in gesprek te gaan wijkbewoners. Het feit dat dit in de Samenspraak zou gebeuren, had ook een positief effect op de deelname. Deze positieve ervaring, en het feit dat niet alles binnen de tijd besproken kon worden, heeft in meerdere gevallen geresulteerd in de wens om en uiteindelijke uitvoering van tweede gesprekken met dezelfde groep.
- De informatie uit de eerste gesprekken werd ter opfrissing en controle in de tweede gesprekken geïntroduceerd. De informatie uit alle gesprekken samen was leidend voor de Samenspraak (zie subkopje Samenspraak).
- De gelijkenis tussen de gegeven informatie door de wijkbewoners en de hulpverleners was vooral in de Schilderswijk groot. De analyses laten zien dat wijkbewoners en hulpverleners dezelfde aandachtsgebieden kiezen, veel gelijke verander- en verbeterpunten benoemen en dat zij een gelijke aanpak zien. In de Rivierenbuurt lijkt dit ook het geval te zijn. Echter, de informatie-dichtheid van de FGD's gehouden met de wijkbewoners aldaar was lager dan de informatie-dichtheid van de FGD's gehouden met de hulpverleners.

Enkele **belemmeringen** die in deze fase zijn opgetreden betroffen a) de moeite en de tijd die het kostte om de wijkbewoners te werven, b) de tijd die tussen de verschillende gesprekken zat i.v.m. reorganisatie, ramadan met aansluitend zomervakantie (Schilderswijk) en de kerstperiode (Rivierenbuurt) en c) de binding die wijkbewoners ervoeren met elkaar en met de wijk. Dit laatste punt wordt hieronder verder toegelicht. In de Schilderswijk ging het werven en behouden van de contacten met de wijkbewoners soepeler dan in de Rivierenbuurt. In de Schilderswijk is alleen gefocust op de Turkse wijkbewoners, waar in de Rivierenbuurt alle wijkbewoners konden deelnemen. Mogelijk hebben de Turkse wijkbewoners een groter 'community' gevoel wat invloed kan hebben gehad op dit proces. Naast de mogelijke invloed hiervan kan het gevoel van binding met de wijk aan sich ook een rol hebben gespeeld. Zo gaven de wijkbewoners van de Rivierenbuurt aan weinig inzicht te hebben in de gezondheidsproblemen van de andere wijkbewoners. Hierdoor werd het erg moeilijk voor hen om antwoord te geven op de vragen. De informatiedichtheid van de FGD's gehouden met de wijkbewoners uit de Rivierenbuurt was, als een mogelijk resultaat hiervan, veel lager dan die van de FGD's gehouden met de Turkse wijkbewoners in de Schilderswijk. Enkele wijkbewoners uit de Rivierenbuurt gaven voorts aan niet verder deel te willen nemen, omdat zij weinig inzicht hadden in de wijk en daarom 'niets te vertellen' hadden. Het feit dat de wijkbewoners weinig inzicht hadden in de ervaringen van andere wijkbewoners heeft mogelijk te maken met de sterke segregatie tussen de diverse groepen bewoners. Men onderscheidde de al langer in de wijk woonachtige, lager opgeleide groep, verder onder te verdelen in de allochtonen en autochtonen en de later gevestigde hoger opgeleiden, die niet integreren. Alle wijkbewoners gaven ook aan dat dit een groot aandachtspunt is (zie paragraaf 2.2.2 Vormgeving en inhoud). Verder lijken er ook aanwijzingen te zijn dat de wijkbewoners in de Rivierenbuurt enigszins overvraagd worden. Het betreft, zeker vergeleken met de Schilderswijk, een kleine wijk, waar ten tijde van dit project, ook andere projecten draaiden. De **bevorderende factoren** betroffen de inzet van de opbouwwerkers, de bottom-up benadering, de ingebouwde flexibiliteit en het inzetten van één contactpersoon (opbouwwerker) die de wijkbewoners werft en die de FGD begeleidt.

Korte vragenlijsten (mondeling afgenomen)

- De vragenlijsten zijn mondeling afgenomen en namen ongeveer 10 minuten in beslag. De hoofdvragen betroffen dezelfde vragen als gebruikt in de FGD's. Echter, in plaats van het uitwerken van meerdere aandachtsgebieden en het uitgebreid uitvragen van verbeter- en veranderpunten is er gefocust op één (zelf aan te dragen) aandachtsgebied en het benoemen van één verander- of verbeterpunt m.b.t. het individu, de omgeving en de hulpverlening.

- In de Rivierbuurt zijn mensen benaderd in de wachtkamer van een gezondheidscentrum, bij een rapportmiddag en -avond op een basisschool, op straat en in het buurthuis. Bij de eerste en laatste gelegenheid bleek het moeilijk om mensen te vinden, omdat de aanwezigen vooral uit de omringende buurten kwamen. In totaal zijn er 40 vragenlijsten in de Rivierenbuurt afgenomen. De grootste groep respondenten was van Nederlandse afkomst (deze groep was ondervertegenwoordigd tijdens de FGD's).
- Waar in de Schilderswijk de FGD's uitsluitend zijn gehouden met Turkse wijkbewoners, zijn ook in deze wijk de vragenlijsten bij alle etniciteiten afgenomen. De meeste respondenten hadden een Nederlandse of Surinaamse achtergrond. De grootste groep mensen is bereikt op het Schilderswijkfestival. De overige respondenten zijn benaderd in buurthuizen en op scholen. In totaal zijn er 120 vragenlijsten in de Schilderswijk afgenomen.
- Uit de vragenlijsten voor beide wijken kwamen dezelfde aandachtsgebieden naar voren als die benoemd waren tijdens de FGD's (zie paragraaf 2.2.2 Vormgeving en inhoud en deel 4 Rapportage vervolg). Ook de genoemde verbeter- en veranderpunten kwamen overeen. Opvallend is dat zowel tijdens de FGD's als het vragenlijstenonderzoek vooral gedragsmatige verander- en verbeterpunten werden benoemd. Waar er bij de vragenlijsten niet verder werd gevraagd, werd dit wel gedaan bij de FGD's. Wanneer wijkbewoners extra tijd krijgen en gestimuleerd worden om verder te denken worden ook verander- en verbeterpunten m.b.t. kennis, houding en vaardigheden benoemd.
- Aan het einde van het interview/mondelinge afname vragenlijsten, konden mensen aangeven of ze op de hoogte wilden worden gehouden over het project en of ze geïnteresseerd waren in verdere deelname. De helft van de geïnterviewden in de Rivierenbuurt gaf aan dit te willen. In de Schilderswijk was dit percentage beduidend lager (13%). Dit kan deels verklaard worden door het feit dat diverse interviewers de vraag vergaten te stellen.

Belemmerende en bevorderende factoren: Een belemmerende factor in de Rivierenbuurt was het ontbreken van voldoende vindplaatsen van de wijkbewoners. Bevorderend in de Schilderswijk was het aansluiten bij het festival. Bevorderend in beide wijken was de inzet van getrainde afnemers, de korte tijd die het in beslag nam en de ruimte voor individuele input.

Samenspraak

- De doelen van de Samenspraak waren: 1) het terugkoppelen van de verkregen informatie uit de FGD's; 2) het starten van de dialoog tussen wijkbewoners en hulpverleners en 3) het creëren (vergroten) van een gezamenlijk draagvlak voor de actiefase.
- Voor deelname aan de Samenspraak werden alle reeds gesproken wijkbewoners en hulpverleners uitgenodigd. Het bereiken van vooral de wijkbewoners nam veel tijd in beslag. Het prikken van een geschikte datum was daarentegen vooral lastig i.v.m. de beschikbaarheid van de hulpverleners.
- De Samenspraak heeft alleen plaatsgevonden in de Schilderswijk. De Samenspraak in de Rivierbuurt werd uitgesteld wegens het lage aantal beschikbare wijkbewoners en de geringe beschikbaarheid van de hulpverleners. Indien de Samenspraak wel door zou zijn gegaan met maar een klein aantal deelnemers, dan zou dit hoogstwaarschijnlijk eerder een demotiverende dan een motiverende werking hebben en zou het draagvlak voor een vervolgfase minimaal zijn geworden. Het is nu aan de betrokken organisaties om te beslissen of er voldoende draagvlak is voor het houden van de Samenspraak in 2015 of dat er op een andere manier verder moet worden gegaan.
- Voorafgaand aan de Samenspraak kregen alle deelnemers een informatiebrief met daarin een beknopte samenvatting van de informatie uit de FGD's (met als belangrijkste boodschap dat wijkbewoners en hulpverleners over veel zaken hetzelfde denken) en een uitleg over de agenda van de Samenspraak.
- Om de deelname van niet (goed) Nederlands sprekende wijkbewoners te bevorderen was een tolk aanwezig tijdens de Samenspraak en werd dit vooraf ook bekend gemaakt.
- De structuur van de Samenspraak zag er als volgt uit: 1) presentatie over verkregen informatie uit FGD's (ervaren gezondheidsproblemen; aandachtsgebieden en gegeven toelichting op aandachtsgebieden); 2) introductie van besproken verander- en verbeterpunten, waarbij ruimte werd gegeven voor verdere uitwerking en/of het elkaar om toelichtingen vragen en 3) gezamenlijk vormgeven van de contouren van de vervolgfase en het uitspreken van commitment. Tijdens het tweede onderdeel werden wijkbewoners en hulpverleners opgedeeld in subgroepen. In totaal waren er vier subgroepen die elk gelinkt waren aan een aandachtsgebied (overgewicht:

beweging; overgewicht: voeding en twee subgroepen over stress). Ter input van het gesprek waren verander- en verbeterpunten (conform de uitgangspunten van Intervention Mapping op gedragsniveau geformuleerd) uit de voorgaande gesprekken op kaartjes gezet. Wijkbewoners en hulpverleners werden gevraagd om ieder voor zich deze kaartjes op volgorde van belangrijkheid te plaatsen. Op basis daarvan werden de deelnemers aangemoedigd om met elkaar in gesprek te gaan. Aan het einde was er de gelegenheid om de individuele volgorde te veranderen. Om alle subgroepen te informeren over de inhoud van de gesprekken in de andere subgroepen werden aan het einde van dit onderdeel korte verslagjes gepresenteerd door de gespreksleiders.

- De gespreksleiders hebben een korte training ontvangen en werden tijdens de Samenspraak geassisteerd door de onderzoeker.
- Aan de Samenspraak hebben 20 wijkbewoners en 10 hulpverleners meegedaan. Opvallend is dat geen van de wijkbewoners die met hun bestaande groep hebben deelgenomen aan de FGD's, aanwezig was tijdens de Samenspraak.
- De aan het begin gepresenteerde informatie werd door de deelnemers herkend. Tijdens de subgroep gesprekken werden vragen aan elkaar gesteld, zaken verduidelijkt en discussies gevoerd. Ook tijdens deze gesprekken kwam naar voren hoezeer wijkbewoners en hulpverleners op één lijn zitten. Dit kwam onder andere tot uiting in de overeenkomsten in de volgorde van de kaartjes en de weinige veranderingen aan het eind. Er is tevens een aanzet gemaakt voor de actiefase. Aan het einde van de Samenspraak leken zowel de wijkbewoners als de hulpverleners enthousiast te zijn over de bijeenkomst.

Belemmerende en bevorderende factoren: Er zat relatief veel tijd tussen de laatste FGD en de Samenspraak (Ramadan, zomerperiode). Idealiter zou dit korter op elkaar hebben moeten plaatsvinden. Er waren diverse bevorderende factoren in deze fase. Door de wijkbewoners en de hulpverleners vooraf mondeling en/of via een nieuwsbrief (kort) te informeren over de resultaten van de analyse en de agenda van de Samenspraak konden mensen zich goed voorbereiden. Ook aan het begin van de Samenspraak werd stilgestaan bij de resultaten en de gelijkenis hierin. Hierdoor werd getracht het gevoel van gezamenlijkheid te versterken. Door de deelnemers van de Samenspraak op te delen in subgroepen (wijkbewoners en hulpverleners gemixt) ontstond ruimte voor discussie, welke werd geleid door een getrainde gespreksleider. Uit de reacties bleek dat hier echter meer tijd voor had mogen worden uitgetrokken.

Uitwerkingsfase

Na de Samenspraak zijn de wijkbewoners uitgenodigd om samen te komen om het gesprek te evalueren, om aan te geven of ze betrokken willen zijn bij de actiefase en welke richting ze op zouden willen gaan. Er waren in totaal 13 mensen aanwezig. Van deze groep gaf iedereen aan betrokken te willen zijn in een vervolgfase. Deze vervolgfase c.q. actiefase zou zich moeten richten op de onderwerpen stress en overgewicht. De Turkse wijkbewoners gaven ook aan dat zij graag zouden samenwerken met wijkbewoners uit andere bevolkingsgroepen om zich zodoende op de hele wijk te kunnen richten.

3.1.4 Samenwerking

In het huidige project zijn veel partners betrokken. Al deze partners hebben eigen ideeën, visies en belangen. Door het instellen van een onafhankelijke partij (in dit geval een onderzoeker van het LUMC) worden deze zaken helder gemaakt en ontstaat er ruimte voor een open dialoog. Tevens is het belangrijk gebleken om alle meewerkende partijen als partner te beschouwen. De communicatie in het project en de beslissingsstructuur zijn vormgegeven door het instellen van diverse overlegsituaties. Allereerst was daar natuurlijk de dagelijkse begeleiding van de onderzoeker door de projectleider. Als klankbord voor de onderzoeker werd daarnaast een onderzoeksgroep gevormd met medewerkers van het LUMC. De belangrijke beslissingen in het project werden voorgelegd aan een stuurgroep, waarin de oorspronkelijke aanvragers zitting namen. Mede in verband met de opheffing van Stiom trad in latere instantie de Regionale Ondersteuningsstructuur Lijn1 Haaglanden toe tot deze stuurgroep. De stuurgroep kwam eens in de paar maanden bijeen en stuurde op hoofdlijnen. Veel frequenter kwam het zogeheten DB bijeen, waarin de projectleider, de onderzoeker, een GGD-medewerker en een stafmedewerker van de welzijnsorganisatie participeerden. Dit DB bereidde de vergaderingen van de Stuurgroep voor en had de dagelijkse leiding. Voor de soms ingewikkelde methodische kwesties in het project werd het DB min of meer op ad hoc basis uitgebreid tot de zogeheten methodiekgroep, waarin dan tevens participeerden de

huisarts/GGD-epidemioloog die het project oorspronkelijk had voorgesteld en later ook de twee meest betrokken opbouwwerkers (zie onder).

In eerste instantie werden de opbouwwerkers ingehuurd om de werving te doen en de FGD's uit te voeren. Tijdens een tussentijdse evaluatie bleek dat zij zich meer verbonden met het project zouden voelen als zij een gelijkwaardige partner zouden zijn en ook op een meer structurele manier zouden kunnen meedenken. Op basis van deze feedback is dit ook gebeurd in de rest van het project, met name door deelname in de methodiegroep.

Het samenbrengen van onderzoek en praktijk bleek een uitdaging te zijn. Sommige beslissingen die genomen kunnen worden om de kwaliteit van het onderzoek te verhogen, kunnen de vorderingen in de praktijk belemmeren en vice versa. Door bijvoorbeeld te kiezen voor een goede representatie van de wijkbewoners, kan het project langer duren en kunnen dezelfde wijkbewoners weer afhaken. Een ander voorbeeld betreft het wel of juist niet houden van een voorbereidende bijeenkomst met wijkbewoners voorafgaand aan de Samenspraak. Vanuit onderzoeksoogpunt is dit een belangrijke stap, omdat wijkbewoners een gedegen voorbereiding krijgen en daardoor meer empowered zijn. Echter vanuit de praktijk werd dit sterk afgeraden, omdat wijkbewoners dan meerdere keren in korte tijd, tijd vrij moesten maken voor deelname. En dit zou een negatief effect kunnen hebben op deze deelname. Het in kaart brengen van deze mogelijk elkaar negatief beïnvloedende factoren is essentieel om hier op te kunnen anticiperen. In laatste instantie liepen de belangen van onderzoek en praktijk toch parallel, omdat -zoals in het gegeven voorbeeld naar voren komt- het onderzoek geschaad zou worden als bewoners afhaken omdat zij als het ware worden overvraagd.

3.2 Diversiteit

Is er aandacht besteed aan relevante verschillen binnen de doelgroep naar sekse, etnische achtergrond, leeftijd en andere relevante kenmerken?

Ja

Indien ja, beschrijf de belangrijkste leerpunten:

Voor het houden van de FGD's onder de Turkse wijkbewoners in de Schilderswijk is ervoor gekozen om de mannen en de vrouwen apart uit te nodigen. Binnen de groepen werd ernaar gestreefd om diverse leeftijdsgroepen aanwezig te laten zijn. Het scheiden van vrouwen en mannen werd door de vrouwen als erg belangrijk ervaren. De mannen gaven aan juist het gesprek met de vrouwen aan te willen gaan. Het includeren en bereiken van een diversiteit aan leeftijdsgroepen bleek moeilijk. De mannen en vrouwen waren voornamelijk van middelbare leeftijd.

Het samenbrengen van diverse leeftijdsgroepen in één FGD zou mogelijk niet wenselijk zijn. Door enkele jonge vrouwen werd namelijk aangegeven dat het voor hen over het algemeen moeilijk is om in te gaan tegen de oudere vrouwen en zodoende hun mening te geven. In de gehouden FGD's voelden zij zich wél voldoende gesteund om een actieve rol in te nemen. Zij gaven aan méér te zeggen dan ze normaliter, in aanwezigheid van oudere vrouwen, zouden doen.

In de Rivierenbuurt werd getracht om zoveel mogelijk mensen met verschillende etniciteiten te laten deelnemen (zie paragraaf 2.1 Realisatie doelstelling en taakstelling/vraagstelling; en daarvan punt 2). Dit heeft er mogelijk toe geleid dat de opkomst, (inhoudelijke) bijdrage en verdere deelname achter is gebleven (zie paragraaf 3.1.3 Uitwerking procesonderdelen; en daarvan het deel over de FGD's).

3.3 Samenwerking met eindgebruikers

Is er rekening gehouden met wensen en behoeften van eindgebruikers (bijvoorbeeld patiënten(organisaties), consumenten, commerciële bedrijven en publieksgroepen enz.)?

Ja

Is er inbreng geweest van eindgebruikers ((bijvoorbeeld patiënten(organisaties), consumenten, commerciële bedrijven en publieksgroepen enz.)?

Ja

Indien ja, beschrijf hieronder de belangrijkste leerpunten.

Het belangrijkste uitgangspunt van het project was de bottom-up aanpak, d.w.z. de wensen en de behoeften van de primaire doelgroep, de wijkbewoners, stonden centraal. Hierin vond geen inhoudelijke sturing plaats. Op procedureel vlak werd er echter wel een kader aangeboden (b.v. eerst FGD's en daarna Samenspraak; volgorde en onderdelen binnen FGD's). Dit kader is dynamisch van aard. Er werd ruimte voor aanpassingen en veranderingen ingebouwd. Zo zijn er bijvoorbeeld, in afwijking van het originele plan, extra (tweede) FGD's gehouden, omdat de wijkbewoners en de

hulpverleners graag nog een keer samen zouden willen komen om verder te praten. Wanneer deze vorm van participatie afgezet wordt tegen de participatie treden van Pretty (1995) dan is de deelname te classificeren als trede 3 / 4 (participatie via consultatie / functionele participatie). Gedurende deze fase werd er randvoorwaarden gecreëerd zodat de wijkbewoners in de actiefase op trede 5 (interactieve participatie) kunnen participeren. Dit werd onder andere gedaan door samen met de wijkbewoners na te denken over de vormgeving van deze fase. Het uiteindelijke doel is om trede 6 (zelfmobilisatie; de hoogste trede) te bereiken. Het is echter niet realistisch om hier direct naar te streven, aangezien er voor een goed functioneren op dit niveau onder andere kennis, vaardigheden en een goede infrastructuur essentieel zijn.

3.4 Samenwerking met intermediaire doelgroepen

Is er inbreng geweest van (vertegenwoordigers van) intermediaire doelgroepen (bijvoorbeeld zorgverleners, beleidsmakers, beroeps- en brancheorganisaties enz.) .

Ja

Indien ja, beschrijf hieronder de belangrijkste leerpunten.

De intermediaire doelgroepen zijn op drie manieren geïncorporeerd. Ten eerste hebben de hulpverleners deelgenomen aan het verkenningstraject en zullen zij een rol spelen in de vervolgfase. Ten tweede zijn diverse sectoren (Welzijn, Zorg, Gemeente) gerepresenteerd in de diverse overlegstructuren van het project (zie paragraaf 3.1.4 Samenwerking, voor belemmerende en bevorderende factoren). Ten derde is gesproken met sleutelfiguren (waarmee we doelen op belangrijke personen binnen de gemeenschap, zoals bestuursleden van zelforganisaties, imams e.d.) om inzicht te verkrijgen in hun visie op de gezondheidssituatie in de wijk. Tevens hebben enkele sleutelfiguren deelgenomen aan de Samenspraak. Alle partijen, wijkbewoners, hulpverleners en sleutelfiguren zelf geven aan dat de sleutelfiguren een belangrijke rol zullen spelen in de actiefase m.b.t. het overbrengen van informatie op en het mobiliseren van wijkbewoners.

4 Rapportage vervolg

4.1 Welke resultaten/eindproducten heeft uw project/onderzoek opgeleverd?

Naast bovengenoemde, voornamelijk op het niveau van het proces beschreven resultaten, is inhoudelijk inzicht verkregen in de vraag wat wijkbewoners en professionals als belangrijke gezondheidsproblemen zien en aan welke oplossingsrichtingen zij denken. In algemene zin is het meest opvallende punt dat zowel in de Rivierenbuurt als de Schilderswijk veel meer overeenstemming bestond dan verschil tussen enerzijds wijkbewoners en anderzijds professionals, vooral wat betreft de ideeën over wat de belangrijkste gezondheidsproblemen zijn. Ten aanzien van de oplossingsrichtingen liepen de opvattingen wat meer uiteen.

Een uitgebreide beschrijving is te vinden in:

- bijlage 4a: Gedeelte uit 'Documentatie verkenningfase Rivierenbuurt'
- bijlage 4b: Gedeelte uit 'Documentatie verkenningfase Schilderswijk'.

(I.v.m. de restricties voor het uploaden van bestanden in ProjectNet konden niet de volledige bestanden met documentatie worden toegevoegd. De volledige documenten zijn op te vragen bij de projectleider).

In beide wijken zag de top-3 voor zowel wijkbewoners als professionals er als volgt uit:

- stress
- voeding (in relatie tot overgewicht)
- bewegen (in relatie tot overgewicht)

In de Rivierenbuurt noemden zowel wijkbewoners als professionals bovendien longproblemen / COPD.

Stress leek te worden gebruikt als een overkoepelend begrip, waaronder veel uiteenlopende psychische en sociale problemen schuil gaan. Wijkbewoners en professionals in de Rivierenbuurt noemden bijvoorbeeld:

- financiële problemen (werkloosheid, schulden)
- lage sociale cohesie, waardoor o.a. eenzaamheid bij vrouwen die niet buiten (durven) komen
- ervaren onveiligheid in buurt (waardoor o.a. kinderen niet zelfstandig naar school gaan).

Daarnaast noemen professionals:

- eigen risico waardoor mensen niet de juiste zorg krijgen
- inkomen net boven bijstand (armoedeval)
- procedure problemen rond uitkeringen, schuldsanering e.d.
- opvoedingsproblemen
- taalproblemen
- wegvallen activiteiten buurthuis
- oude, kleine, donkere huizen.

De professionals zien een grote verwevenheid van stress en andere gezondheidsproblemen. In relatie hiermee worden vele kenmerken van de buurt genoemd die niet bevorderlijk zijn voor de gezondheid, zoals:

- een relatief groot aantal bewoners met een tijdelijke of geen binding met de buurt (studenten, MOE-landers)
- een populatie die uiteenvalt in drie subgroepen: lage SES autochtoon, lage SES allochtoon en hoge SES. De lage SES-groepen wonen al langer in de wijk
- veel luchtverontreiniging (wat bovendien leidt tot slecht ventilatiegedrag)
- weinig groen en weinig sportmogelijkheden (en wat in de omgeving beschikbaar is aan sportvoorzieningen wordt te duur bevonden)
- onveiligheid door hangjongeren
- onveiligheid door verkeer (te weinig drempels, slechte afscheiding straat/stoep)
- onveiligheid in de omgeving van de prostitutiestraten
- geluidsoverlast door bedrijvigheid, maar ook door uitgaanspubliek.

De bewoners van de Rivierenbuurt ervaren overigens maar een beperkt 'wijkgevoel'. Dat heeft mede te maken met de genoemde diversiteit van de populatie.

Enkele hulpverleners wezen op het arbeidsgerelateerde karakter van sommige gezondheidsproblemen zoals gewrichtsklachten en gehoorschade; en ook een deel van de longproblemen.

Qua oplossingsrichtingen denkt men in de eerste plaats aan het versterken van de dialoog tussen wijkbewoners en hulpverleners. Ook denken zowel wijkbewoners als professionals dat de wijkbewoners een actieve rol zouden kunnen en moeten spelen.

Zoals vermeld zijn de uitkomsten van de FGD's nog getoetst met aanvullend vragenlijstonderzoek onder een willekeurige groep wijkbewoners. Als belangrijkste gezondheidsproblemen werden genoemd overgewicht, stress, longproblemen en psychische klachten.

In de Schilderswijk werden naast de top-3 (d.w.z. de gezondheidsproblemen die door zowel wijkbewoners als professionals als de drie belangrijkste worden gezien: voeding, bewegen en stress) ook genoemd: diabetes, hoge bloeddruk, hart- en vaatziekten, longproblemen en alcoholisme. De vrouwelijke (Turkse) wijkbewoners noemden daarnaast o.m. kanker, en hyperventilatie; en de Turkse mannen zware griep, migraine en prostaatproblemen. De professionals noemden vitamine D- en ijzertekort, verhoogd cholesterol, vermoeidheid en ontwikkelingsachterstand bij kinderen. Veel van de hierboven bij de Rivierenbuurt genoemde achtergronden van ervaren stress spelen ook in de Schilderswijk. De kwaliteit van de woonomgeving is niet optimaal, de huizen zijn te klein voor het aantal bewoners, er is overlast van hangjongeren en er is onvoldoende groen. Wat betreft (fysieke) kenmerken van de wijk die een nadelige invloed hebben op voeding en bewegen, werd o.a. de wenselijkheid van sporttuinen genoemd, maar ook aan gegeven dat dan deskundige begeleiding gewenst is. Tevens werd de noodzaak van aparte tijden voor sporten voor vrouwen genoemd. Het aanbod van voedsel in de wijk werd als ongezond beoordeeld. Verder wezen de Turkse wijkbewoners ook op de sociale omgeving die soms nadelig werkt: men oefent bijvoorbeeld bij gasten te veel druk uit bij het aanbieden van eten. Het doorbreken van sommige cultureel bepaalde gewoonten is moeilijk; met name de mannen wezen op het bestaan van taboes en de schaamte om hulp te vragen, zeker buiten de eigen gemeenschap.

Ook in de Schilderswijk wordt de gedachte gedeeld dat betere communicatie tussen wijkbewoners en hulpverleners tot verbetering kan leiden. Verder werd veel verwacht van het elkaar activeren van wijkbewoners, wat verder gaat dan elkaar informeren. En aan sleutelfiguren van zelforganisaties en moskeeën werd een belangrijke rol toegedacht. Men verwachtte niet dat wijkbewoners geheel op eigen kracht actief zouden kunnen worden; een zekere begeleiding werd noodzakelijk geacht.

Gezien de redelijke mate van overeenstemming tussen wijkbewoners en professionals was het te verwachten dat uit de Samenspraak ongeveer dezelfde conclusies zouden voortkomen. Dat bleek inderdaad het geval. Tijdens de Samenspraak werd opgemerkt dat wijkbewoners onderling te weinig praten over stress en de onderliggende oorzaken, mede wegens bestaande angst voor roddels en onvoldoende onderling vertrouwen. Als er minder taboe rust op psychische problemen is de kans bovendien groter dat in een vroeg stadium hulp wordt verkregen. Aan de kant van de hulpverlening zou dan wel méér tijd beschikbaar moeten zijn, zodat de hulpvrager de gelegenheid krijgt zijn of haar verhaal volledig te vertellen.

Benadrukt werd dat beweegactiviteiten bij voorkeur zodanig moeten worden gekozen dat zij goed inpasbaar zijn in het dagelijkse leven.

Op het gebied van voeding heerst bij veel wijkbewoners het idee dat gezond eten (te) duur is. In algemene zin pleitten de wijkbewoners voor het vragen van een kleine financiële bijdrage bij gezondheidbevorderende activiteiten. Zodanig laag dat dit geen beletsel vormt voor deelname, maar wel voldoende om vrijblijvendheid tegen te gaan en commitment te vergroten.

Ook in de Schilderswijk zijn de uitkomsten van de FGD's getoetst met behulp van een aanvullend vragenlijstonderzoek. Ook hier kwamen overgewicht (en diabetes) en stress als belangrijkste gezondheidsproblemen naar voren. Op de vraag welk probleem het eerst zou moeten worden aangepakt noemde 60% overgewicht en diabetes; en 22% stress.

4.1.1 Zijn de resultaten van het project bekend gemaakt bij relevante databanken?

Nee, nog niet

Nee

Indien ja, welke?

Projectbeschrijving website CGL

4.2 Voor welke doelgroepen zijn deze resultaten van belang?

Wijkbewoners

Onderzoekers
Hulpverleners
Beleidsmakers

4.3 Welke activiteiten voor welke doelgroepen heeft u al verricht en gaat u nog uitvoeren om goede verspreiding en implementatie van de resultaten te bevorderen?

- 25 april 2013, buurthuis De Mussen (Schilderswijk): 'De gezondheidsdialoog in de wijk'. Presentatie voor geïnteresseerde wijkbewoners en hulpverleners.
- 10 december 2013, Theater Dakota, Den Haag: 'Gezondheidsdialoog in de wijk. Schilderswijk en Rivierenbuurt'. Presentatie tijdens symposium 'Haaglanden op één lijn', georganiseerd door de Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o., i.s.m. acht Haagse organisaties en ondersteund door het ZonMw programma 'Op één lijn'.
- 10 april 2014, De Doelen, Rotterdam: 'Gebiedsgerichte gezondheidsbevordering in de G4 - praktijkervaringen in Den Haag'. Presentatie tijdens Nederlands Congres Volksgezondheid 2014.
- 9 december 2014, Schuttelaar en Partners, Den Haag: deelname aan focusgroepdiscussie 'Succesfactoren in het bereiken en betrekken van lage SES voor wijkgerichte leefstijlpreventie', georganiseerd door Pharos, Expertisecentrum Gezondheidsverschillen.

4.4 Neemt een persoon of organisatie de nieuwe kennis, innovatie of werkwijze over, of gaat deze verder met de resultaten van het project? **Ja**

Indien Misschien of Ja, zeker: beantwoord ook de volgende drie vragen:

4.4.1 Vindt het vervolg plaats binnen of buiten ZonMw?

Binnen ZonMw, bij het programma Preventiekracht
X Buiten ZonMw, de volgende partijen of organisaties:
GGD Haaglanden
Zebra Welzijn
Lijn 1 (ROS)
Gezondheidscentra
Wijkbewoners, hulpverleners en sleutelfiguren

4.4.2 Vindt het vervolg plaats in een andere fase van de kennisketen¹?

☐ Nee, het vervolg blijft in deze fase van de kennisketen:

- ☐ Fundamenteel onderzoek
- ☐ Strategisch onderzoek
- ☐ Toegepast onderzoek
- ☐ Ontwikkelprojecten
- ☐ Implementatieprojecten

X Ja, het vervolg vindt plaats in deze fase van de kennisketen:

- ☐ Fundamenteel onderzoek
- ☐ Strategisch onderzoek
- ☐ Toegepast onderzoek
- X Ontwikkelprojecten
- X Implementatieprojecten

Toelichting

Kunt u de antwoorden toelichten c.q. onderbouwen: *Staten om te implementeren, zie 2.2.3 implementatie.*

4.4.3 Bijdrage aan maatschappelijke ontwikkelingen

a. Heeft dit projectresultaat een toepassing in de **praktijk** gekregen?

☐ Ja, vink in onderstaand lijstje aan in welk gebied het projectresultaat een toepassing heeft gekregen.

¹ ZonMw bestrijkt alle vijf fasen van de kennisketen: fundamenteel onderzoek, strategisch onderzoek, toegepast onderzoek, ontwikkelprojecten en implementatieprojecten.

☐ Misschien, vink in onderstaand lijstje aan in welk gebied het projectresultaat een toepassing mogelijk gaat krijgen

X Nee, ga door naar vraag 4.4.3.b.

Denk hierbij aan:

- ☐ Gebruik in richtlijnen, protocollen, standaarden, etc
- ☐ Gebruik in inhoud, kwaliteit of doelmatigheid van de zorg of preventie
- ☐ Gebruik in verandering van professionele handelen of organisatorische verandering
- ☐ Verandering in keuze van zorg of leefstijl van patiënt, consument, burger
- ☐ Gebruik in handleidingen, onderwijsmodules, leerboeken, etc
- ☐ Gebruik in technologische ontwikkelingen, instrumentenontwikkeling, etc
- ☐ Gebruik in grootschalige verbeterprogramma's zoals doorbraakprojecten, LAK, etc
- ☐ Anders, namelijk:

4.4.3.b. Heeft dit projectresultaat een toepassing in **beleid** gekregen?

☐ Ja, vink in onderstaand lijstje aan in welk gebied het projectresultaat een toepassing heeft gekregen.

☐ Misschien, vink in onderstaand lijstje aan in welk gebied het projectresultaat een toepassing mogelijk gaat krijgen

X Nee, ga door naar vraag 4.4.3.c.

Denk hierbij aan:

- ☐ Gebruik bij besluitvorming over DBC ontwikkeling, verstrektingsregels basispakket, verzekerde pakketten, etc
- ☐ Gebruik in adviesrapporten, signaleringen van raden, colleges, RIVM, NIVEL, CvZ, etc
- ☐ Gebruik in beleidsnotities VWS of NWO, intern of extern, of in beleidsbrieven aan tweede kamer
- ☐ Gebruik in beleidsnotities van landelijke koepels en organisaties
- ☐ Andere bijdrage aan zorg- of preventiebeleid, namelijk

4.4.3.c. Heeft dit projectresultaat een **commerciële toepassing** gekregen?

☐ Ja, vink in onderstaand lijstje aan in welk gebied het projectresultaat een toepassing heeft gekregen.

☐ Misschien, vink in onderstaand lijstje aan in welk gebied het projectresultaat een toepassing mogelijk gaat krijgen

X Nee, ga door naar vraag 5.

Denk hierbij aan:

- ☐ Gebruik van projectresultaat als te vermarkten intellectueel eigendom
- ☐ Octrooien, royalty regeling of andere overeenkomst m.b.t. intellectueel eigendom
- ☐ Actieve betrokkenheid of interesse van bedrijf, ondernemer
- ☐ Nieuwe onderneming als gevolg van projectresultaat of overgang van direct bij het project betrokken personen naar zo'n nieuwe onderneming
- ☐ Anders, namelijk:

5 Publicaties en producten

LET OP: Denk eraan producten en publicaties te melden via Producten in ProjectNet. Hier is het mogelijk om tijdschriftartikelen, boeken, proefschriften, poster, congresbijdragen e.d. te vermelden.

Presentaties:

- Zie de presentaties genoemd onder 4.3

Publicaties:

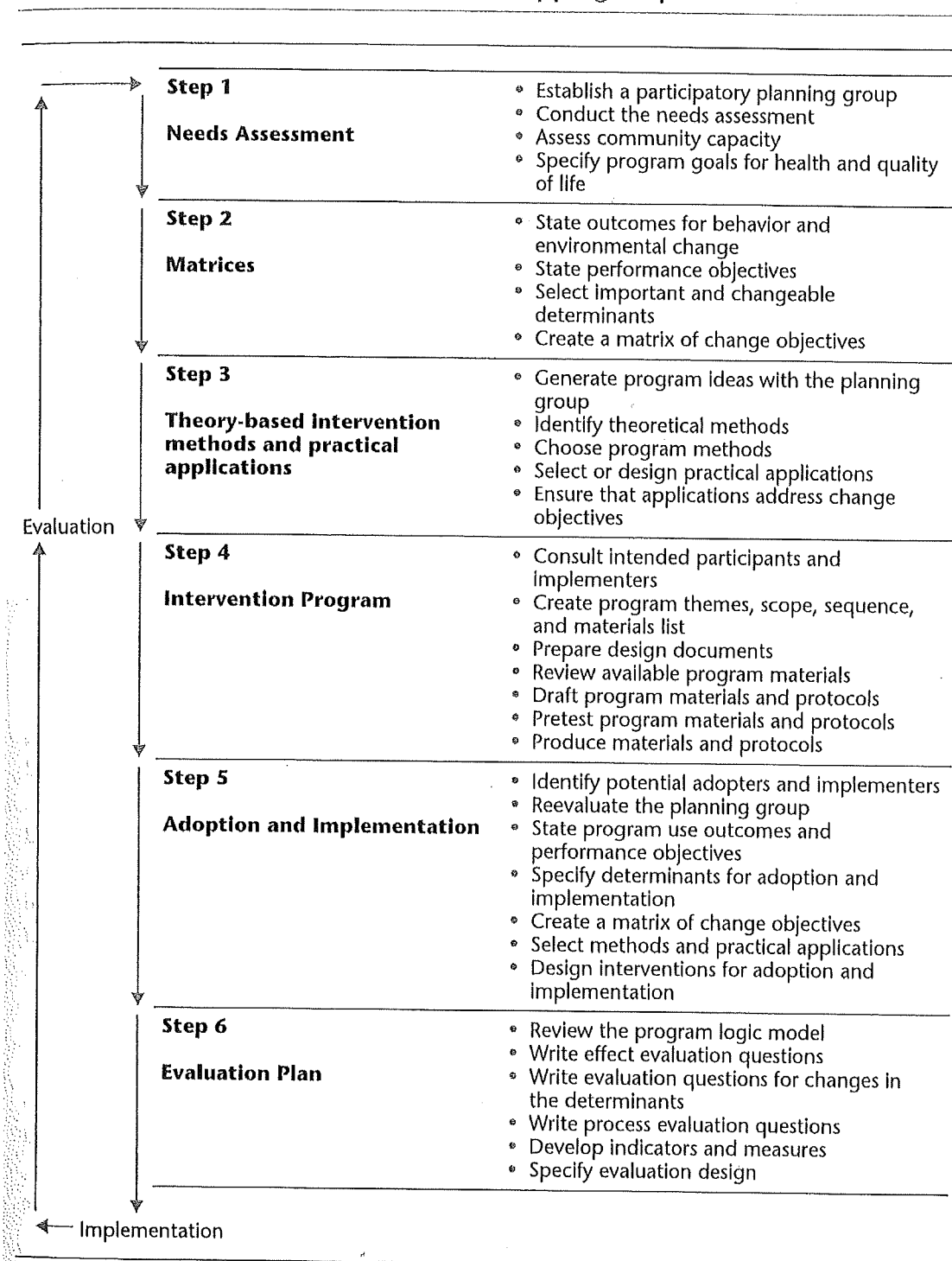
Publicatie in het Epidemiologisch Bulletin van de GGD Haaglanden wordt besproken, evenals een mogelijke internationale publicatie.

6 Algemene opmerkingen

Ruimte om zaken te vermelden waarvan u vindt dat die voor ZonMw en/of het programma van belang kunnen zijn.

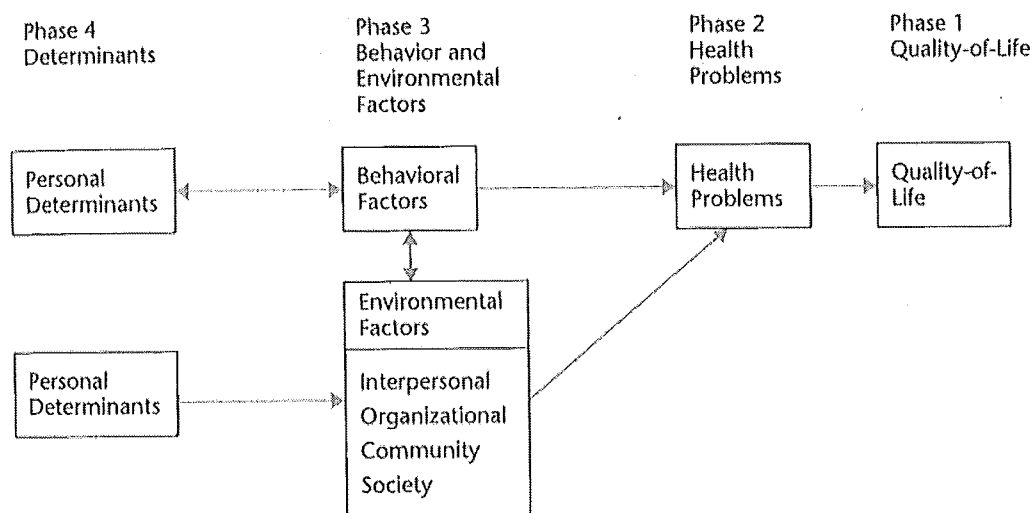
Bijlage 1: Intervention mapping steps and tasks (from: Bartholomew et al. Planning health promotion programs. An Intervention Mapping approach. San Francisco 2011).

FIGURE 1.2 Intervention Mapping Steps and Tasks



Bijlage 2: Logic model of needs assessment (from: Bartholomew et al. Planning health promotion programs. An Intervention Mapping approach. San Francisco 2011).

FIGURE 4.1 Logic Model for Needs Assessment



Bijlage 3: Focusgroep handleiding professionals Rivierenbuurt
Focus groep handleiding Professionals Rivierenbuurt
Introductie (5 a 10 minuten)

aspecten Introductie	Uitleg mbt huidige project
Welkom	Heet iedereen welkom (uiting van waardering geven)
Introductie 'team'	De gespreksleider, onderzoeker en assistent stellen zichzelf kort voor.
Inleiden project (Vera)	Gezondheid is erg belangrijk. Niet iedereen heeft evenveel kansen op een goede gezondheid. In sommige wijken lijkt dit extra te spelen. Om de gezondheid te verbeteren vinden we het belangrijk dat er aangesloten wordt bij de wijkbewoners en de hulpverleners. Daarom willen we hier met jullie over praten. We willen in dit project niet alleen luisteren, maar ook samen met wijkbewoners en eventueel hulpverleners aan de slag gaan. Hier zal aan het einde van de discussie wat meer uitleg over worden gegeven.
Werkwijze	We zullen enkele vragen stellen en het is dan de bedoeling dat jullie het daar met z'n allen over gaan hebben. Het is heel belangrijk om te weten dat er geen goede of foute antwoorden zijn. Laten we ook afspreken dat alles wat we vandaag bespreken binnen deze groep blijft.
Opname & Privacy (Vera)	We willen dit gesprek graag opnemen, omdat we het belangrijk vinden wat jullie zeggen en omdat we niets willen missen. De opname start pas na het voorstelrondje en er zullen dus geen namen op te horen zijn. Alleen de onderzoeker en de assistent zullen naar het bandje luisteren.
Vrijwilligheid	Jouw deelname is geheel vrijwillig. Mocht je tussendoor willen stoppen dan ben je daar geheel vrij in.
Vragenlijst	Aan het einde van het gesprek willen we je vragen om een korte vragenlijst in te vullen. Ik zal daar straks meer uitleg over geven.

Introductie deelnemers & eerste inleidende vraag (maximaal 10 minuten):

Inleiding: het zou fijn zijn als we elkaar een beetje leren kennen, voordat we in gesprek gaan. Zouden jullie daarom willen vertellen: Wat is je naam?

BAND AANZETTEN
Middenstuk
(1) Ervaren gezondheidsproblemen (maximaal 20 minuten)

Inleiding: geef korte inleiding: we gaan het nu hebben over de ervaren gezondheidsproblemen bij de bewoners van de Rivierenbuurt. Het gaat dus niet zozeer om individuele problemen, maar om problemen die meerdere mensen in deze wijk ervaren.

Welke gezondheidsproblemen worden er volgens jullie ervaren of zien jullie bij de bewoners in de Rivierenbuurt?

- problemen op het gebied van lichamelijke, geestelijke en sociale gezondheid
- BRAVO thema's (bewegen, roken, alcohol, voeding, ontspanning → stress)
- Samenhang tussen gezondheidsproblemen

Algemene techniek: Onderzoeker schrijft alle woorden op flap over (nog niet structureren)

Afsluiting: Geef een samenvatting van wat er gezegd is. Kijk ook naar de tijd.

(2) prioritering van gezondheidsproblemen (maximaal 20 minuten)

Inleiding: We hebben net een aantal gezondheidsproblemen besproken die ervaren worden in de wijk. We zouden nu graag daarop verder willen gaan.

Welke van de eerder genoemde gezondheidsproblemen zouden jullie als hulpverleners werkzaam met de bewoners van de Rivierenbuurt het liefst willen aanpakken?

- Belangrijkheid
- Haalbaarheid
- Generaliseerbaarheid
- Mate van belemmering
- Korte versus lange termijn effect van 'gezondheidsproblemen'
- Voordelen/nadelen van probleem/gedrag

Algemene techniek: Verwijzen naar onderwerpen flipover. Het liefst komen tot lig top 3 obv consensus. Lukt dat niet, dan kan iedereen een cijfer geven op een kaartje (onderzoeker kijkt dan naar top 3)

Afsluiting: Geef een samenvatting. Kijk naar de tijd.

Focus groep discussie

Handleiding Professionals Rivierenbuurt

Definitieve versie 27-02-14

PAUZE (10 minuten): hapje en drankje

(3) verbeteren van gezondheidsproblemen (maximaal 30 minuten)

Inleiding: We hebben nu een overzicht van de gezondheidsproblemen die ervaren worden door de bewoners in de Rivierenbuurt. Ook hebben we een top 3 gemaakt. We hebben nog wat tijd over dus we zouden graag een begin willen maken met het volgende onderdeel, dat is wat er zou moeten veranderen/verbeteren mbt de gekozen gezondheidsproblemen. We zouden dit graag per gezondheidsprobleem willen bespreken. Zullen we beginnen met (nummer 1).

Allereerst wil ik de termen die je hier op de flip over ziet staan, toelichten. We gaan jullie vragen wat er moet veranderen op het gebied van 'de persoon zelf, de sociale omgeving, de fysieke omgeving en de hulpverlening. Met 'de persoon zelf' wordt bedoeld wat iemand zelf kan doen aan zijn gedrag, of men meer kennis of vaardigheden nodig heeft, of dat er een veranderde houding gewenst is. Bij sociale omgeving worden de sociale netwerken (werk, familie, wijk etc) bedoeld. Bij fysieke omgeving draait het wat er allemaal buitenshuis in de wijk is en bij de hulpverlening draait het om het aanbod en de vraag en de ervaringen die men heeft. Het gaat hier dus om hulpverlening in brede zin.

Wat zou veranderd/ verbeterd moeten worden mbt probleem (1, 2 en 3) bij de bewoners in de Rivierenbuurt?

- leefstijl
- fysieke omgeving
- sociale omgeving
- hulpverlening

Indien er voldoende tijd is:

- wat zou daarbij helpen (krachten) / belemmeren (barrières)? (bv op basis van eerdere pogingen tot verandering)
- Waar zouden de Professionals in de Rivierenbuurt zelf invloed op kunnen hebben?
- Wat zouden zij daarvoor nodig zijn (kennis / vaardigheden etc)
- Wat zou jullie motiveren om deze invloed uit te oefenen?
- Waar zouden de wijkbewoners invloed op kunnen hebben?
- Wat zouden zij daar voor nodig hebben (kennis / vaardigheden)?
- Wat zou hen kunnen motiveren om invloed uit te oefenen?

Afsluiting: Geef een samenvatting.

Afsluiting (maximaal 10 minuten)

aspecten Introductie	Uitleg mbt huidige project
Samenvatting	Geef een samenvatting van het gehele gesprek (welke problemen, prioritering en mogelijkheden tot verbetering). Controleer of mensen hier nog op of aanmerkingen op hebben.
Evaluatie gesprek	Vraag de wijkbewoners om een reactie op het gesprek.
BAND UITZETTEN	
Verdere uitleg structuur project	Er zijn meerdere gesprekken geweest met wijkbewoners uit de Rivierenbuurt. Er is 1 gesprek, dit gesprek, ingepland voor professionals. Het is mogelijk voor jullie om deze samenvatting te ontvangen. Zoals eerder aangegeven hebben we al 1 gesprek gehad met professionals in de Rivierenbuurt. Graag zouden we met die en deze groep een tweede gesprek inplannen. Zouden jullie dat willen? We zouden ook graag willen vragen of er mensen geïnteresseerd zijn in <u>verdere deelname</u>. We willen namelijk een aantal mensen van elke groep vragen om samen een gesprek met wijkbewoners voor te bereiden en deze uiteindelijk te hebben. Mocht je dit liever niet willen, maar wil je wel actief blijven dan kan je ook aangeven dat we je weer kunnen benaderen als de werkgroepen gaan starten. Dit alles kan je aangeven op een algemeen formulier.
Achtergrondvragen	Zoals ik in het begin heb aangegeven wil ik jullie vragen om een korte vragenlijst in te vullen. Dit formulier is hiervoor. Op de voorkant staan een aantal algemene vragen over u als persoon en u kunt nog opmerkingen opschrijven. Heeft u moeite met het invullen van de vragen, dan helpen wij u graag. Voordat u dit invult, wil ik u nogmaals hartelijk bedanken voor het meedoen. Dit vinden wij echt heel erg fijn. Nadat u de vragenlijst heeft ingevuld, kan u aangeven of u verder nog wilt deelnemen en daarna krijgt u van ons een eenmalige vergoeding en bent u vrij om naar huis te gaan.

Bijlage 4a: Gedeelte uit 'Documentatie verkenningfase Rivierenbuurt'

1

INHOUDSOPGAVE**ALGEMENE INFORMATIE**

p.3

- 1.1 Opzet verkenningfase
- 1.2 Opzet FGD's
- 1.3 Opzet Samenspraak
- 1.4 Afname vragenlijsten
- 1.5 Analyse

FGD's HULPVERLENERS

p.5

- 2.1 Overzicht gesprekken: algemene gegevens
- 2.2 Samenvattingen eerste gesprekken
 - Hulpverleners groep 1
 - Hulpverleners groep 2
 - Hulpverleners groep 3
- 2.3 Samenvatting tweede gesprek
 - Hulpverleners samen
- 2.4 Samenvoeging informatie
 - Ervaren problemen
 - Prioritering
 - Wat te verbeteren
 - Hoe te verbeteren

FGD's WIJKBEWONERS

p.23

- 3.1 Overzicht gesprekken: algemene gegevens
- 3.2 Samenvattingen eerste gesprekken
 - Wijkbewoners groep 1
 - Wijkbewoners groep 2
 - Wijkbewoners groep 3
- 3.3 Samenvatting tweede gesprekken
 - Wijkbewoners samen
- 3.4 Samenvoeging informatie
 - Ervaren problemen
 - Prioritering

Wat te verbeteren

Hoe te verbeteren

VERGELIJKING INFORMATIE HULPVERLENERS EN WIJKBEWONERS

p.40

4.1 Ervaren gezondheidsproblemen

4.2 Keuze aandachtsgebieden

4.3 Wat te veranderen

Aandachtsgebied specifiek

Algemene verander punten

4.4 Hoe te veranderen

VRAGENLIJSTEN

p.42

5.1 Overzicht respondenten

5.2 Ervaren gezondheidsproblemen

5.3 Keuze aandachtsgebied

5.4 Wat te veranderen

5.5 Vergelijking met informatie uit FGD's

BIJLAGEN

p.45

1. Handleiding FGD's + vragenlijst achtergrondgegevens

2. Handleiding vragenlijsten

ALGEMENE INFORMATIE

In dit inleidende hoofdstuk zullen enkele methodologische zaken worden toegelicht. Voor aanvulling wordt er ook verwezen naar het eindverslag voor ZonMw.

1.1 Opzet verkenningfase

Grofweg kan de verkenningfase opgedeeld worden in twee subfasen, namelijk de inventarisatie en de Samenspraak fase. Tijdens de inventarisatiefase zijn met zowel wijkbewoners als hulpverleners, apart, meerdere focus groep gesprekken gevoerd om inzicht te verkrijgen in de ervaren gezondheidsproblemen, de aandachtsgebieden en de specifieke verbeter en veranderpunten. Tevens is besproken hoe een verdere 'actiefase' er uit zou kunnen zien. Om de aantallen te vergroten, de verkregen informatie te verifiëren, en de gezondsdialoog een bredere bekendheid te geven zijn er ook korte vragenlijsten mondeling afgenomen bij wijkbewoners. Alle verkregen informatie is grondig geanalyseerd en diende als input voor een Samenspraak tussen de reeds deelgenomen wijkbewoners en hulpverleners. Tijdens deze Samenspraak staan de overeenkomsten, het gezamenlijk draagvlak en het toewerken naar de actiefase centraal.

1.2 Opzet Focus groep discussies

Er zijn aparte focus groep discussies (FGD's) gehouden met wijkbewoners, hulpverleners en sleutelfiguren. Het raamwerk voor elke FGD was hetzelfde en betrof de volgende onderdelen :

1. Bespreken ervaren gezondheidsproblemen
2. Keuze Aandachtsgebieden
3. Specificeren verander en verbeterpunten
4. Aanzet geven 'hoe aan te pakken'

Binnen elke FGD stond de bottom up aanpak centraal. Er werden globale vragen gesteld en de wijkbewoners werden niet gestuurd in hun antwoorden. Wanneer echter bleek dat bepaalde onderdelen niet benoemd zouden worden is dit dmv een 'probe' onder de aandacht gebracht. Indien er geen draagvlak was om dit verder te bespreken, dan werd dat zo gelaten. De handleiding van de FGD's is weergegeven in Bijlage 1.

In eerste instantie werd er verwacht dat 1 FGD van 1 ½ uur voldoende zou zijn om alle vier de onderdelen te bespreken. Dit bleek echter niet het geval te zijn. Deelnemers werden daarom uitgenodigd om voor een tweede keer deel te nemen aan een FGD. De informatie die uit elk gesprek naar voren kwam, werd bij een tweede gesprek kort samengevat en diende als input voor de rest van dat gesprek.

Documentatie Verkenningfase Rivierenbuurt

1.3 Opzet Samenspraak

Voor de Samenspraak werden alle reeds deelgenomen (aan de FGD's) wijkbewoners, hulpverleners en sleutelfiguren uitgenodigd. Tijdens deze Samenspraak stonden drie onderdelen centraal, namelijk:

1. Terugkoppeling verkregen informatie uit FGD's
2. Discussie over gedragsveranderingsfactoren per aandachtsgebied
3. Toekomstvisie

Er heeft nog geen samenspraak plaatsgevonden. Voor de gebruikte opzet in de Schilderswijk zie documentatie verkenningfase Schilderswijk.

1.4 Afname vragenlijsten

Er zijn vragenlijsten ontworpen om op een korte en laagdrempelige manier meer informatie te verzamelen. De vragen zijn gebaseerd op de vragen zoals gesteld tijdens de FGD's. Echter, er hoefde maar 1 aandachtsgebied gekozen te worden. Ook hoefde ze voor dat aandachtsgebied maar 1 verbeter-verander punt te benoemen. De handleiding voor het afnemen van de vragenlijsten is weergegeven in Bijlage 2.

1.5 Analyse

Van alle FGD's zijn samenvattingen gemaakt door twee onafhankelijke beoordelaars. Deze samenvattingen werden daarna tot 1 document samengevoegd. De analyses van de verkregen informatie werd wederom onafhankelijk van elkaar gedaan en daarna geïntegreerd. Er is vanwege het praktische karakter geen gebruik gemaakt van kwalitatieve data analyse programma's, noch zijn er transcripten gemaakt.

Patientenpanel (wens vanuit HV) – professionals zouden meer naar wijkbewoners moeten luisteren - (lijkt wens vanuit Hv en WB)

2.4 Samenvoeging informatie

Onderdeel 1 ervaren gezondheidsproblemen

Niveau 1: Gezondheidsproblemen pur sang

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Overgewicht ▪ Stress ▪ Longproblemen ▪ Allergieën ▪ Gewrichtsproblemen ▪ Gehoorproblemen ▪ COPD ▪ Hart en vaatzieken ▪ Alcoholisme ▪ Druggebruik | <p>Veel mensen hebben hier last van; ook kinderen</p> <p>‘arbeiders’</p> |
|---|--|

Niveau 2: EM/ Local Theories

Overgewicht

- Zowel bij kinderen als volwassenen
- Is een maatschappelijk breed probleem
- 35% van de kinderen op school hebben overgewicht

Beweegen

- Men beweegt niet of te weinig
- Vooral weinig bewegen bij allochtone gezinnen (is niet zo normaal dat je sport en geven bepaalde dingen niet door, bv fietsen)
- Kinderen kijken liever tv en zitten te veel binnen
- Men gaat niet verder dan de wijk (te hoogdrempelig)
- Ouders brengen kinderen met auto naar school (is ook een statussymbool)
- Ouders ontbreekt wil om samen met kinderen op straat te gaan om te spelen
- Bewustwording en kennis van bewegen is laag
- Omgeving: te weinig mogelijkheden ook in de vorm van verenigingen en sportschool (lijkt men ook te duur te vinden)
- Omgeving: onveilige wijk (gevoel) door hangjongeren (12+) en onveilig door verkeer

Voeding

- Geldt voor zowel kinderen als volwassenen (bij ouderen sprake van ondervoeding)
- Bewustwording en kennis is laag (men denkt bv dat ongezond eten goedkoper is, dus dat wordt gekocht)
- Onregelmatig eten en overslaan van ontbijt; veel tussendoortjes; kinderen slechte energydrankjes; veel fastfood
- Er zijn kinderen die voor zichzelf moeten zorgen (of veel vrijheid hebben); kunnen nog niet de juiste keuzes maken
- Ouders geven niet het goede voorbeeld

Documentatie Verkenningfase Rivierenbuurt ||

Stress / spanningen

- Verschillende oorzaken voor stress
- Financieel:
 - Werkeloosheid
 - Kunnen zorg niet betalen ivm eigen risico (daardoor verwaarlozing van klachten)
 - Te weinig geld voor andere zaken dan dagelijkse kosten
 - Veel gezinnen net boven de bijstandsnorm en daardoor niet in aanmerking voor allerlei kortingen (bv ooiervaarspas)
 - Schulden
 - Stress door uitkeringen, procedures en slechte communicatie daar omtrent
- Psychosociale stress:
 - Problemen in thuissituatie
 - Problemen met opvoeding
 - Taalproblemen
 - Sociale cohesie: het samen wonen met allerlei groeperingen brengt veel stress omdat men elkaar mijdt (veel negatieve vooroordelen); groepen matchen niet; binnen groep wel cohesie, minder saamhorigheid door wegvallen activiteiten in buurthuis
 - Huisvesting: kleine en oude/donkere huizen
 - Veel binnen zitten
- Samenhangend met: slapeloosheid en angst
- Subonderdeel: veel eenzaamheid (hangt ook samen met sociale cohesie)

Longproblemen

- Er zijn veel benauwde mensen in de wijk
- Diverse oorzaken
 - vochtigheid van huizen
 - niet goed ventileren van huizen (door buitenlucht)
 - fijnstof in de wijk
 - wijkbewoners die met stof hebben gewerkt
 - veel verkeer
 - alle verbouwingen in de wijk
 - ook gevolg van roken

Alcoholisme en drugsgebruik

- Gebeurt veel in specifieke complexen
- Gaat vaak samen met geestelijke problemen
- Geeft veel overlast
- Onzeker over het buurtbreed voor komt
- Alcoholisme: vooral bij mensen 50+ (alleenstaanden), vooral autochtoon

Overig: aanvullend opvoeding

- Veel kinderen komen alleen naar arts (10-11 jaar)
- Kinderen zitten veel binnen
- Niet traditionele gezinsverbanden (bv meerdere mensen in 1 huis) hebben invloed op opvoeding
- Steeds meer kinderen met een gedragsuitdaging
- Kinderen lopen tot 's avonds laat buiten rond
- Structuur en regelmaat ontbreekt
- Ouders moeten 'nee' durven zeggen
- Hangjongeren aanpakken (ouders nemen het nu op voor kinderen)

Documentatie Verkenningfase Rivierenbuurt |||

Overig: roken

- Er wordt veel gerookt in de wijk
- Stress leidt ook tot roken

Algemene factoren

- Ziektebesef is laag: zien wijkbewoners zelf wel een probleem? Bijvoorbeeld wanneer iemand wordt doorverwezen naar een dietist, maar zelf geen problemen ziet met gewicht en voeding.
- Aanpak hulpverleners: hulpverleners willen vaak te veel en schatten niet goed in wat haalbaar is, beter blijven aansluiten bij leefwereld van wijkbewoners.
- Invloed cultuur: culturele opvattingen spelen ook een rol (vb eten is beloning; weinig bemoeienis van vader bij opvoeding etc).
- Passieve houding van wijkbewoners: niets doen met klachten, verwaarlozing, achterliggende gedachte 'ga ik kapot, nou dan ga ik kapot', het is de wil van god, maar ook angst. Lijkt voor de te komen bij oudere autochtonen (65+) en allochtonen vanaf 40 jaar.
- Algemeen kennisniveau is laag.

Niveau 3: visie op relatie en communicatie

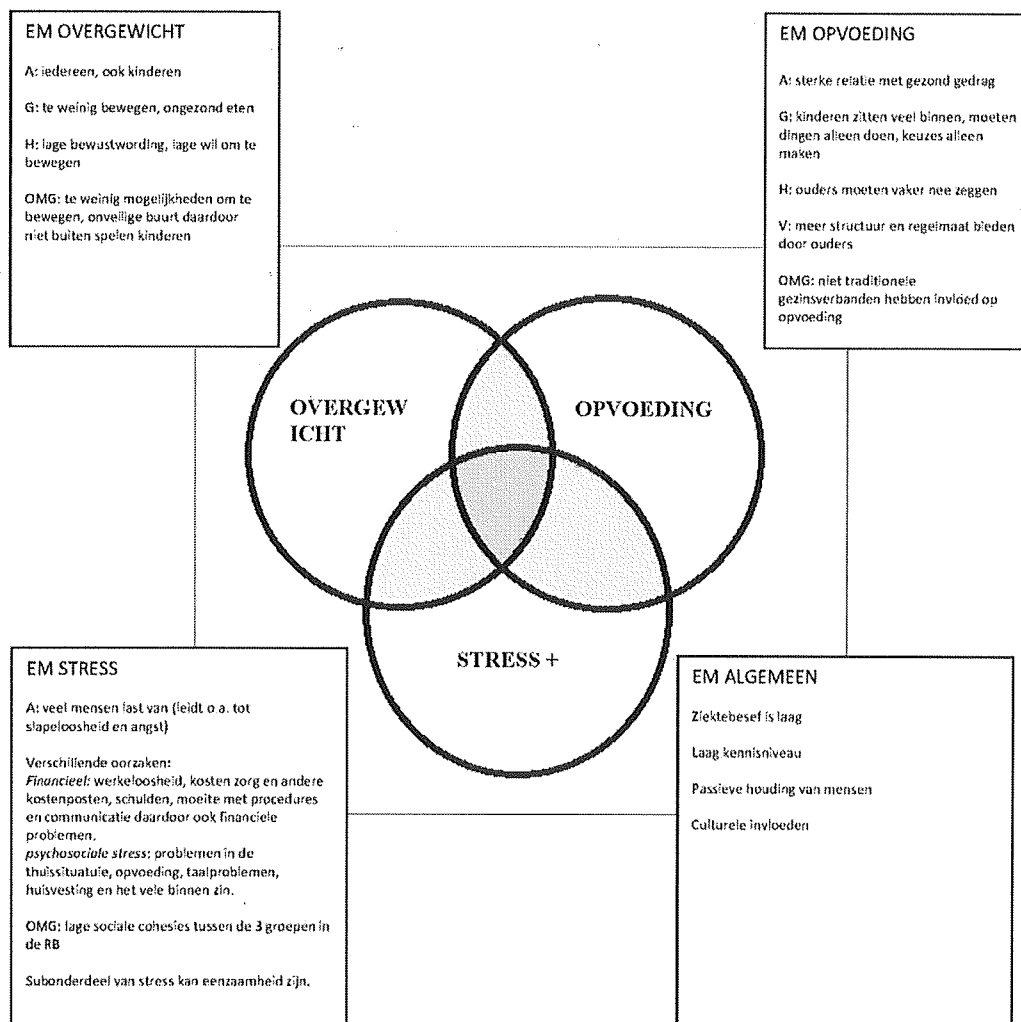
Geen opmerkingen.

Onderdeel 2: aandachtsgebiedenPrioritering (samengesteld)

1. Overgewicht (3)
2. Stress (2)
3. A Opvoeding (2)
B Eenzaamheid (1)

Redenen:

- Overgewicht: aanpakken is basis voor goede gezondheid (veel mensen in lage klasse hebben hier moeite mee)
 - Bewegen: activeert mensen, is basis en heeft groot effect; is minder cultuurgebonden dan voeding; heeft positief effect op stress; door bewegen komt men ook vaker samen
 - Voeding : ook belangrijk iom overgewicht te reduceren
- Stress: iedereen heeft hier last van en stress moet eerst afnemen om aan gezondheid te kunnen werken (niet iedereen mee eens; anderen zeggen eerst gezondheid aanpakken en daarna stress). Stressfactoren zouden eerste weggenomen moeten worden. Is wel erg moeilijk aan te pakken.
- Opvoeding: zorgt ervoor dat kinderen ook gezonder gaan leven.
- Eenzaamheid: geen hele groep maar wel een schrijnend probleem.



Onderdeel 3: wat te veranderen

Tijdens de analyse bleek dat er zowel algemene verbeterpunten als aandachtsgebiedspecifieke verbeterpunten benoemd werden. Ondanks dat deze in elkaars verlengde opereren is er getracht een opdeling te maken. Hieronder volgt een schematisch overzicht van de aandachtsgebiedspecifieke verbeterpunten.

Algemene verbeterpunten individu:

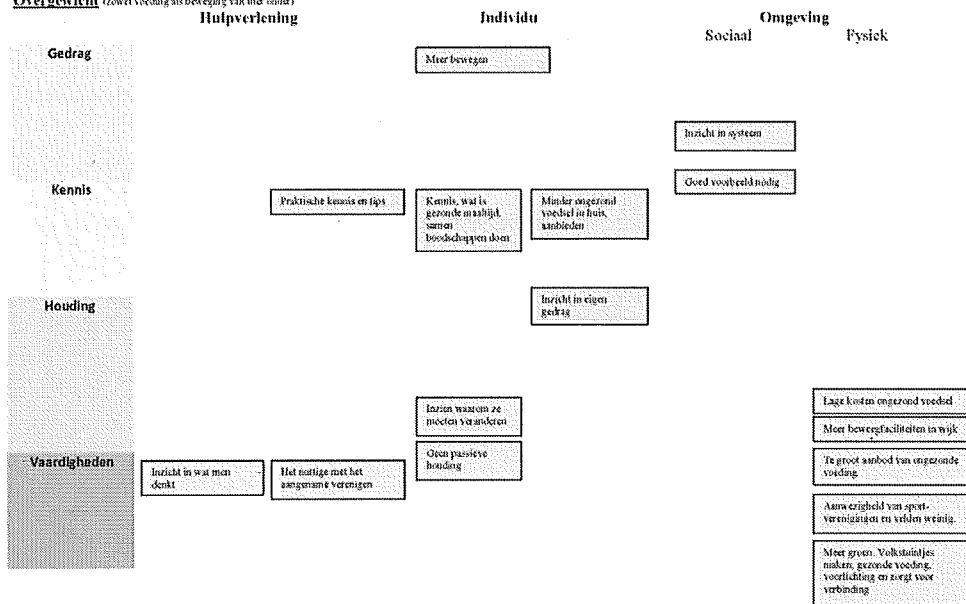
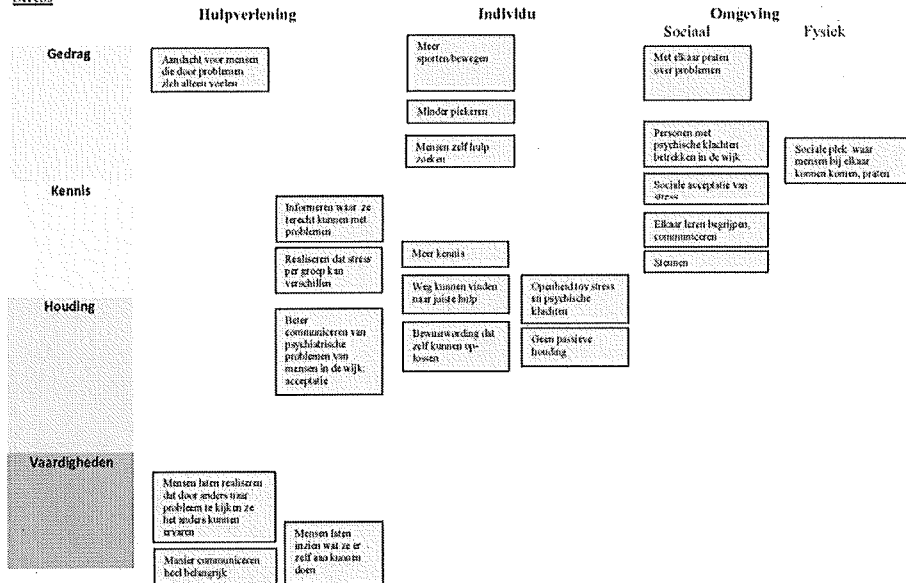
1. Gedrag: van passieve naar actieve coping en gedragsverandering langer vol blijven houden
2. Kennis: meer kennis noodzakelijk
3. Zelfinzicht / bewustwording
4. Controle: zelf de controle nemen
5. Vaardigheden: betere taalbeheersing en beter begripsniveau; anders tegen situaties aan kijken

Algemene verbeterpunten omgeving:

1. Elkaar meer steunen (soc)
2. Meer activiteiten in de wijk (fys)
3. Aanbod beter promoten (fys)

Algemene verbeterpunten hulpverlening:

1. Betere signalering
2. Geven van voorlichting: maatwerk, letten op manier van overbrengen
3. Meer samenwerking
4. Meer in gesprek gaan met wijkbewoners

Overgezicht (zowel voeding als beweging van hier onder)

Stress


Documentatie Verkenningfase Rivierenbuurt

Opvoeding

Hulpverlening

Individu

Omgeving
Sociaal Fysiek

Gedrag
Kennis
Houding
Vaardigheden

Een goed gesprek nodig met groep die overlast veroorzaakt, zijn ze bewust van probleem?

Individi zelf ook als overlast zien, bewustwording

Met ouders in gesprek gaan

Aanbod te weinig, te vaak overlast

Meer toezicht

Interne (denk) groepen in het jongeren denken en kijken of daarna iets kan versnellen

Documentatie Verkenningfase Rivierenbuurt

2.4 Hoe te veranderen

Er worden twee partijen genoemd, namelijk de wijkbewoners en de hulpverleners die betrokken moeten zijn bij de gewenste veranderingen.. Hieronder volgt een overzicht.

Actor	Uitwerking
Wijkbewoners	Wijkbewoners initiatieven laten starten. Wel procesbegeleider aanwezig. Gebruik maken van bestaande en lopende initiatieven (voor de groep) Deelnemen aan een platform samen met hulpverleners.
Hulpverleners	Vanuit hv: met kleine groepjes beginnen; met deze groep werken aan gedragsverandering en hen dan inzetten als ambassadeurs. Deelnemen aan een platform samen met wijkbewoners

Randvoorwaarden:

- Klein beginnen
- Richten op groepen ipv individuen
- Creëren draagvlak
- Vanuit behoeften wijkbewoners
- Wijkbewoners zouden eigenaar moeten zijn

FGD'S WIJKBEWONERS**3.1 Overzicht gesprekken: algemene gegevens**

Er is met drie verschillende groepen wijkbewoners een FGD gehouden. In totaal hebben er 21 wijkbewoners deelgenomen aan minimaal 1 FGD.

Op basis van de achtergrondgegevens die zijn uitgevraagd bij de FGD's kan worden vastgesteld dat de gemiddelde leeftijd van de deelgenomen wijkbewoners 47.5 jaar is (SD = 12.8), er maar 3 mannen hebben deelgenomen en dat de meesten mensen geboren zijn in Nederland (N=6), Marokko (N = 4), Suriname (N=3) en Egypte (N=3).

Tabel 1

	Aantal deelnemers
Groep 1	8
Groep 2	9
Groep 3	4

Er heeft ook nog een tweede gesprek plaatsgevonden. Hier waren 4 wijkbewoners bij aanwezig. Bij twee mensen is een korte vragenlijst afgenomen, omdat zij wel mee wilden doen, maar niet beschikbaar waren op de voorgestelde data. Er zijn veel wijkbewoners uitgevallen omdat ze niet bereikbaar waren (3), verhuisd waren (2) of aangaven weinig te kunnen bijdragen (3).

3.2 Samenvatting eerste gesprekken**Wijkbewoners groep 1****Gezondheidsproblemen pur sang**

- Overgewicht
- Stress/frustratie
- Longproblemen
- Allergieën

Opmerkingen/aanvullingen gezondheidsproblemen

- Overgewicht
- Weinig beweging
 - Weinig sportactiviteiten in de wijk
 - Kinderen blijven te veel binnen
- Voeding
 - Kinderen vaak zonder ontbijt naar school
 - Kinderen rond etenstijd veel snoepen
 - Ouders lijken niet het goede voorbeeld te zijn
- Frustratie en stress:
 - Geluidsoverlast (aggregaat, verkeer, uitgaanspubliek, kwaliteit huizen)Resulteert in: slaapproblemen, ramen dicht en kinderen thuis houden

Documentatie Verkenningfase Rivierenbuurt

- Werkeloosheid (jongeren), drukte in het leven, slecht vooruitzicht, gezondheidsproblemen
- Longproblemen
- Allergieën stof en voedsel
 - Veel stof in wijk
 - Veel verbouwingen
 - Verkeer
- Gebrek aan sociale cohesie (men kent burens, weinig vertrouwen, geen praatje met elkaar, veel verhuur aan tijdelijke mensen bv oost europeanen en studenten
 - Resulteert in eenzaamheid en niemand hebben om mee te praten
- Alcohol en drugsgebruik: veel bij Oost Europeanen maar ook bij wijkbewoners
- Roken: Vooral bij hangjongeren, lijkt niet heel groot probleem te zijn

Prioritering

1. Longproblemen (slechte huizen en problemen buiten)
2. Te weinig beweging kinderen (te weinig faciliteiten), veel ouders met kinderen in de wijk
3. Stress en spanning (geluidsoverlast en onveilige omgeving)

Wat moet veranderen:

Te weinig bewegen

Leefstijl	: Meer kinderen moeten gaan sporten, ook volwassenen moeten meer gaan bewegen (mensen ook bewust naar voeding laten kijken), vaker auto laten staan (mensen lopen al naar school)
Omgeving sociaal	: Meer samen gaan doen, samen initiatieven ontwikkelen (bv samen wandelen), men heeft een goed voorbeeld nodig (bv zien lopen doet lopen)
Omgeving fysiek	: Meer accommodaties om iets te kunnen doen, openbare ruimte aantrekkelijker maken voor kinderen om buiten te spelen (ouders komen dan ook naar buiten en dat is goed voor sociale contacten (er waren verbeter ideeën maar die zijn door crisis blijven liggen)
Zorgvoorzieningen	: Betaalbaarheid en laagdrempeligheid van sporten en accommodaties, check up laten doen door bv arts (meer aandacht besteden aan overgewicht) haalt mensen uit onwetendheid en ontkenning, drempel moet laag zijn zodat mensen komen.

Stress en frustratie

Leefstijl	: Goed slaap en waakritme (op tijd naar bed)
Omgeving sociaal	: Meer met elkaar praten over problemen (bv bijeenkomsten) en goede contacten met burens
Omgeving fysiek	: Minder verkeer, stoppen kamer verhuur
Zorgvoorzieningen	: Meer samenwerking tussen zorg en gemeente

Longproblemen

Leefstijl	: Mensen zouden meer naar buiten moeten voor frisse lucht (maar is tegelijkertijd ook probleem omdat de lucht zo vervuult is), maar is weinig groen, meer bewegen
Omgeving sociaal	: Mensen zouden meer samen moeten werken
Omgeving fysiek	: Stop met sloop gebouwen, moeten meer bomen komen
Zorgvoorzieningen	: Te weinig voorzieningen om binnen te bewegen

Wijkbewoners groep 2**Gezondheidsproblemen pur sang**

- Overgewicht
- Stress
- Luchtwegproblemen

Opmerkingen/aanvullingen gezondheidsproblemen

- Overgewicht
 - Meer bij vrouwen, maar ook bij mannen
 - Kinderen ook overgewicht
- Bewegen (probe)
 - Sommige vrouwen bewegen te weinig (alleen huishouden)
 - Geen faciliteiten dichtbij
 - Kinderen kunnen niet naar buiten: onveilig
- Voeding
 - 's Ochtends niet eten door kinderen
 - Vitaminegebrek bij jongeren, kinderen vaak moe, geen concentratie
 - Gerechten zijn erg zwaar
 - (tip van dokter: samen ontbijten)
 - Kinderen blijven vaak binnen (bv door weer en onveiligheid), daardoor veel eten en weinig bewegen
- Stress
 - Eenzaamheid (geen familie hier)
 - Veel mensen klagen hierover
 - Veel thuisblijven (koken, huishouden etc)
 - Financiële problemen leiden tot stress
 - Overlast van mensen die in psychiatrische woonvorm wonen (angst)
 - Angst om kinderen alleen naar school te laten gaan
 - Overlast van mensen die naar de stad gaan
 - Slecht slapen, moe zijn
 - Sociale cohesie grotendeels door school (maar niet met iedereen), mensen moeten er wel iets voor doen. Niet veel contacten met andere bevolkingsgroepen.
- Luchtwegproblemen (astma), benauwdheid, moeite met ademen
 - Hondenpoep (stank en bacteriën)
 - Luchtvervuiling (brandlucht in de wijk)
- Alcohol (probe)
 - Wijkbewoners niet per se een probleem (sommigen wel)
 - Wel blikjes op straat
- Opvoeding
 - Kinderen op straat (ouders laten dit toe), brutaal, slaan andere kinderen, luisteren slecht

Prioritering

1. Overgewicht: belangrijk: straalt ook uit naar andere dingen: je voelt je beter, hoeft minder naar de dokter. Overgewicht is niet mooi, niet leuk en niet gezond. Heeft invloed op verschillende zaken. Vooral voor kinderen: zijn al kwetsbaar, worden daardoor gepest.
2. Stress: "gevaarlijke ziekte" invloed op hele gezin. Hoe men dat kan verminderen, heeft ook invloed op opvoeding

Documentatie Verkenningfase Rivierenbuurt



3. Opvoeding van kinderen: geeft veel overlast → daardoor ook meer spelen door andere kinderen

Wijkbewoners groep 3

Eerste reactie over gezondheid in de wijk: kan ik niet weten, ken te weinig mensen, hebben meerdere mensen, 2 personen wonen er heel kort, twee mensen wonen geïsoleerd (doodlopende straat). 1 persoon woont in nieuwe subwijk, hoger opgeleiden met kinderen.

Zien weinig gezondheidsproblemen. Vrouw in nieuwe subwijk geeft aan dat school veel doet. 1 van de oudere wijkbewoners geeft aan dat er een groot verschil is tov 20 jaar geleden (veel gezonder).

- 1 persoon veel moeite om verder te kijken dan eigen ervaringen.
- 1 persoon nog mail sturen voor tips

Gezondheidsproblemen pur sang

- Overgewicht
- Stress
- Longproblemen
- Gewrichts- en gehoorproblemen

Opmerkingen/aanvullingen gezondheidsproblemen

- Overgewicht bij de kinderen (meningen verdeeld)
- Tips: maak gezond eten leuk, voorlichting etc
- Voeding (probe)
- Wordt veel aan gedaan op Jan van Nassauschool
- Stress: mensen zijn druk (stress lijkt hier niet heel groot probleem te zijn)
- Longproblemen bij oudere bewoners (probe), mensen die er lang hebben gewoond (zien er niet veel van)
- Mannen – ouderen : gewrichts- en gehoor problemen (arbeidersmilieu), slijtage
- Sociale cohesie wordt steeds minder (probe): enige herkenning
- Mensen zijn voorzichtiger
- Opvoeding: jonge kinderen 's avonds laat op straat, vertonen slecht gedrag (schelden enzo)
- Alcohol (probe): in openbaar parken en buurten die drinken (studenten die dronken thuis komen)
- Veel rokers in verzorgingshuis
- Kinderen weinig buiten ivm onveiligheid (probe): auto's en water
- Straten hebben geen goede afscherming
- Geen borden, geen drempels etc
- Hangjongeren (minder last van dan auto's)
- Ook weinig speelplekken voor jongeren
- Voor oudere jeugd is helemaal niets

Exploreren waarom visie anders is dan bij andere groep

- 1 persoon woont twintig jaar op Weterinkade, maar gaat alleen om met oude bewoners
- 1 persoon heeft voornamelijk contact met andere ouders, via school

Documentatie Verkenningfase Rivierenbuurt

- 2 personen komen niet echt in de wijk

Aangepast protocol → Eén ding wat men verandert zou willen zien

- Volkstuinjes maken: leuk voor kinderen, voorlichting, weten wat je eet, ook voor ouders en oudere bewoners – zorgt ook voor verbinding
 - Opknappen van groen in de wijk (basketbal veld is er: specifiek gedeelte) ook meer speelgedeelten opknappen (bv hekken etc voor veiligheid)
 - Zwemfaciliteit
- Bovenstaande vooral gericht op voeding, bewegen en sociale cohesie

3.3 Samenvatting tweede gesprek(ken)

Hieronder volgt de informatie uit het tweede gesprek met de wijkbewoners. De informatie uit de twee interviews is hieraan toegevoegd.

Wijkbewoners tweede gesprek

Ervaren gezondheidsproblemen

Samenvatting gegeven . Herkenning. Geven wel aan dat het voor meerdere wijken geldt. Sommige dingen zijn niet abnormaal: het niet kennen van burens bv. Uniek in de buurt: onveiligheid bij prostitutiestraat. Geeft ook overlast (trekt mensen aan die drugs gebruiken). Wordt ook veel gedeald.

Oost Europeanen: schrijnende situatie: veel onregelmatig werk door crisis, kunnen taal niet, zitten in kleine kamers, veel isolement.

Aandachtsgebieden

Stress/spanningen, overgewicht (voeding en beweging), longproblemen (1 groep), opvoeding (1 groep). Opvoeding kan ook onder kopje overgewicht geplaatst worden. Opvoeding kan ook onder stress vallen mbt de hangjongeren. Longproblemen hebben puur te maken met de geografische situatie. Bij longproblemen dient men ook te denken aan leefstijl. Veel ouderen roken als een ketter.

Wat te veranderen/verbeteren

Stress

- Veel nadruk op verkeer, geluidsoverlast, huisvesting (huisjesmelkers: studenten en Oost Europeanen: beide groepen hebben geen binding met de wijk: sociale cohesie wordt minder)

Individu	Gedrag	Meer met anderen spreken over stress, vaker zelf initiatief nemen om stressoren op te lossen , proberen uit vicieuze cirkel te komen
	Kennis	Beter weten waar je terecht kan met vragen/problemen (ook voor Oost Europeanen)
	Houding	Aanpassen aan je omgeving (bv overlast: wennen doe je nooit); meer vertrouwen hebben in hulpverlening (willen geen bemoeienis, hebben slechte ervaring; kijken er negatief tegen over)
	Vaardigheden Overig	Het kunnen benoemen van je problemen
Omgeving	Fys	
	Soc	Meer met elkaar praten
Hulpverl.	Gedrag	Meer aandacht besteden aan Oost Europeanen (ook Gemeente), meer luisteren naar signalen die uit de wijk komen (van wijkbewoners: zijn ervaringsdeskundige)ook gemeenten; meer samenwerking tussen hulpverleners (niet teveel hv op1 gezin) Meer banen creëren

Documentatie Verkenningfase Rivierenbuurt

Kennis	
Houding	Betere band opbouwen met de mensen, vertrouwensband creëren (mensen voelen zich dan minder snel aangevallen)
Vaardigheden	
Overig	Vaker naar mensen toe gaan (follow up: doen mensen het thuis wel)

Probleem mbt relatie wb-hv

- Wb heeft weinig vertrouwen in hv vanwege 'slechte ervaringen', ook in de Gemeente Den Haag

Overgewicht

Individu	Gedrag	Kinderen zouden veel meer naar buiten moeten gaan, ouders zouden ze meer naar buiten moeten sturen
	Kennis	
	Houding	Switch maken van uiterlijk naar gezondheid; niet snel aangevallen voelen; eten neemt in bepaalde culturen een centrale rol in en er goed uit zien (te zwaar zijn) is een teken van welvaart: dit zou anders moeten zijn.
	Vaardigheden	
Omgeving	Fys	Meer sport verenigingen en velden (er zijn wel wat speeltuintjes, maar de kinderen zijn daar niet): meer activiteiten op die velden aanbieden.
	Soc	Gebrek aan sociale contacten heeft ook invloed op overgewicht
	Gedrag	Eten en opdrachten leuk maken
	Kennis	
Hulpverl.	Houding	Hulpverlening zou zich ook op kinderen moeten richten, is ingang tot gezin
	Vaardigheden	
	Overig	

Financiële prikkel zou helpen (door verzekering) voor gedragsverandering

Moeilijk om gedragsverandering omdat men lange termijn consequenties niet ziet.

Hulpverleners moeten luisteren naar de signalen uit de wijk.

Hoe veranderen

- Met commissies/ groepjes: constateren wat er speelt en dan (deels) aanpakken
Niet alleen praten, maar ook actie ondernemen. Er wordt al te veel gepraat, de actie ontbreekt.
- Door alleen maar te praten, haken mensen af
- Terugkoppeling is erg belangrijk: men ziet wat je doet en wat er gebeurt, ook als iets niet lukt: wel informeren
- In kleine groepjes, korte actiepunten (wel op papier zetten) en stap voor stap: praktische uitvoering
- Groepen vullen door bijvoorbeeld oproepen te doen; mensen zelf initiatief nemen (klein en dicht bij huis)
- Professionals zijn nodig bij de groepen: ervaring en netwerk kunnen aanboren (soms ook dingen uitvoeren en regelen) en anders samen; gebruik maken van elkaar (breder draagvlak).

Documentatie Verkenningfase Rivierenbuurt

- Er zou een ombudsman moeten komen: iemand die goed te bereiken is en goed zaken kan signaleren.
- Laagdrempeligheid is belangrijk: hierdoor hopelijk meer mensen die willen deelnemen.
- Moet geen algemene wensput zijn: niet alles kan gedaan worden.

Mensen aan tafel krijgen: hoe krijgen we mensen voor de actiefase: tips

- Heel erg moeilijk om mensen aan tafel te krijgen
- Het zou mensen direct moeten raken (ook bijvoorbeeld praten over wat er in een straat zou gebeuren; kleiner houden) dan meer kans van slagen
- Ze moeten het idee hebben dat er iets gaat gebeuren als men aansluit
- Er zijn ook al best wat mensen die al wel actief zijn ergens anders
- Je moet het wel hebben van de betrokken personen
- Commitment van hulpverleners is ook erg belangrijk (vb: bij leefbaarheidsvergadering bepaalde partijen niet aanwezig ook geen vervanging)

Discussie over sociale controle (zou meer moeten worden).

3.4 samenvoeging informatieOnderdeel 1: ervaren gezondheidsproblemen**Niveau 1: Gezondheidsproblemen pur sang**

- | | |
|----------------------|--|
| ▪ Overgewicht | Komt bij een grote groep voor, zowel mannen als vrouwen en kinderen. |
| ▪ Stress | Veel mensen hebben hier last van. |
| ▪ Longproblemen | Vooral bij oudere mensen. |
| ▪ Allergieën | |
| ▪ Gewrichtsproblemen | Bij oudere mannen |
| ▪ Gehoorproblemen | |

Niveau 2: EM/ Local TheoriesOvergewicht → met name focus op kinderen

- In relatie gebracht met bewegen en voeding
- Bewegen: weinig activiteiten in de wijk en gaan bijna niet naar buiten (mogelijke reden = onveiligheid in de wijk)
- Voeding: kinderen zonder ontbijt naar school; kinderen rond etenstijd veel snoepen; ouders lijken niet het goede voorbeeld te geven
- Ook vrouwen bewegen te weinig.

Stress / spanningen

- Veel mensen klagen hierover
- Leidt tot slecht slapen en moe zijn
- Diverse oorzaken voor stress
 - Financieel: werkloosheid
 - Psychosociaal: lage sociale cohesie (niet veel contacten met andere bevolkingsgroepen; vooral niet met studenten en Oost-Europeanen ivm tijdelijke huur); eenzaamheid; veel vrouwen blijven alleen maar in huis (huishouden, zorgen voor kinderen); angst voor overlast van psychiatrische woonvorm
 - Vanuit omgeving: geluidsoverlast (aggregaat; verkeer; uitgaanspubliek); onveiligheid door verkeer (straten hebben geen goede afscheiding; geen borden, geen drempels), maar ook door hangjongeren en onguere types (prostitutiestraat) resultaat → ouders durven kinderen niet buiten te laten spelen of alleen naar school te gaan.

Longproblemen & allergieën

- Vooral bij mensen die al langer in de wijk wonen
- Door stof in de wijk, veel verbouwingen en het verkeer

Leefstijl: overig

- Roken : vooral bij oudere bewoners (verpleeghuis)
- Drugs en alcoholgebruik : komt vooral voor bij Oost-Europeanen

Niveau 3: visie op relatie en communicatie

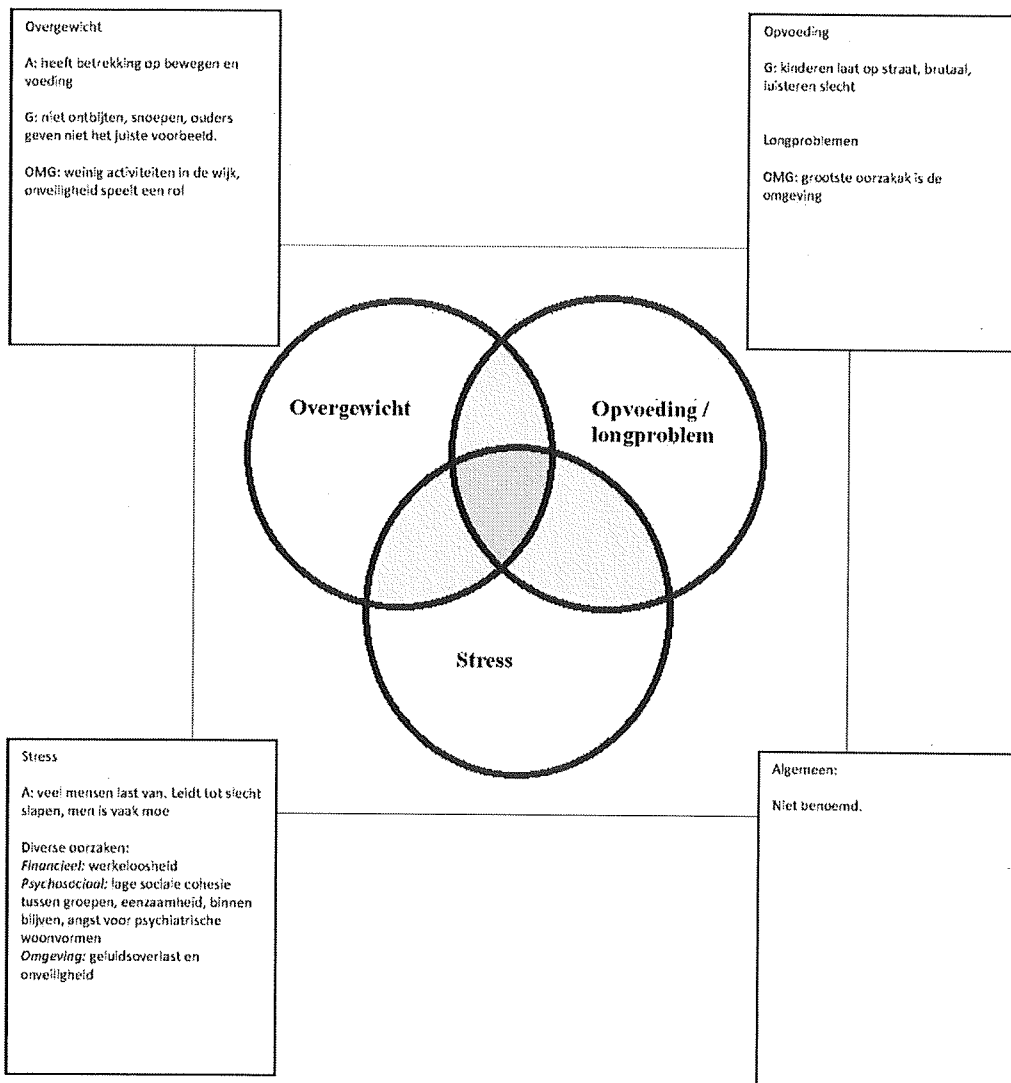
Geen opmerkingen.

Onderdeel 2: keuze aandachtsgebieden

1. Overgewicht (2)
2. Stress en spanningen (2)
3. A. Longproblemen (1)
B. Opvoeding (1) → gelinkt aan overgewicht en stress en spanningen (hangjongeren)

Redenen:

1. Overgewicht: er zijn veel ouders met kinderen in de wijk die te zwaar zijn; wanneer iemand geen overgewicht zou hebben zou men zich ook beter voelen en straalt dat uit naar andere gebieden. Overgewicht heeft invloed op andere zaken. Vooral voor kinderen moeilijk omdat zij al kwetsbaar zijn.
2. Stress: is een gevaarlijke ziekte, heeft invloed op hele gezinnen
3. Opvoeding: geeft veel overlast
4. Longproblemen: vele oorzaken in de buurt



Onderdeel 3: wat te veranderen

De wijkbewoners hebben enkele punten benoemd die zouden moeten veranderen/verbeteren. Hieronder volgt een overzicht per aandachtsgebied. Er zijn voornamelijk probleemspecifieke veranderingen en verbeterpunten benoemd. Wanneer men kijkt naar de gegeven antwoorden kan men qua algemene veranderingen denken aan:

Algemene verbeterpunten individu:

- Gedrag: actie ondernemen

Omgeving

- Meer aanbod
- Meer elkaar helpen/naar elkaar luisteren

Hulpverlening

- Meer luisteren naar wijkbewoners

Overgewicht (zowel voeding als beweging van hier onder)

	Hulpverlening	Individueel	Omgeving
Gedrag	Aanpak aan overgewicht heeft mensen uit voedselwijdte en voedselwijdte Zorgverzekering financiële prikkel inzetten	Check op arts Gezond eten leuk maken Luisteren naar signalen uit de wijk Meer bewegen Meer kinderen sporten Afvallen Auto laten staan Bewust worden lange en korte termijn effecten	Sociaal: - Meer samen gaan doen - Samen activiteiten ontwikkelen - Goed voorbeeld nodig Fysiek: - Meer accommodaties - Openbare ruimte aantrekkelijker maken om te spelen, ook positief voor sociale contacten - Meer activiteiten voor mensen, voor vrouwen en jongeren - Activiteiten kinderen aanbieden wanneer ze vrij zijn - Haalbaarheid, bereikbaarheid en laagdrempeligheid sport en accommodaties - Weg voor zwembad in de wijk - Opleidingen geven in de wijk en speelplekken - Meer activiteiten op velden aanbieden
Kennis	Advies over voeding vanuit specifiek		
Houding	Betrouwbare, drempel lager om te komen HV richten op kinderen Verandering in denken Straks maken van uitdaging naar gezonde leefwijze Niet snel aangevallen voelen bij opmerking van zorg Te vaak geen teken van mediatie		
Vaardigheden			Aanwezigheid van sportverenigingen en velden weinig Meer groen, Volkshuisjes maken, gezonde voeding, voorlichting en zorgt voor verbinding

Stress (bij GMI geen sprake van stress)

	Hulpverlening	Individueel	Omgeving
Gedrag	Meer samenwerking zorg en gemeente WB meer info over "hoe omgaan met stress" Aanpak Oost-Europese in de wijk Vaker naar mensen toe	Doet sportieve Niet hele dag thuis Naar buiten gaan Zelf initiatief om stress op te lossen Kennis hebben waar terecht kan	Sociaal: - Meer praten met elkaar over problemen - Goede contacten buiten Fysiek: - Minder verkeer - Stoppen kamers verhuur aan studenten of Oost-Europeanen
Kennis	Luisteren naar signalen WB, zij zijn ervaringsdeskundigen. Gedrukt maken van WB die er al lang wonen, hebben zicht op Samenwerking tussen zorg		
Houding		Meer vertrouwen in HV Aanpak van de omgeving	
Vaardigheden	Vertrouwen opbouwen, WB gevoel dat er echt gehoord wordt Victorie bij de doortocht door twee werk te creëren Kunnen benutten van problemen		

Longproblemen (Met name bij GM1 als groot probleem gezien)
Hulpverlening

Gedrag
Kennis
Houding
Vaardigheden

Longproblemen hebben grotendeels te maken met de geografische situatie van de wijk, ingeklemd tussen drukke verkeerswegen en de IJssel. Ook veel bewoosd gebied. Leefstijl is voor een kleiner deel verantwoordelijk op longproblemen, zoals roken.

Individu

Meer naar buiten voor frisse lucht maar daar ligt ook gedeeltelijk het probleem

Meer bewegen
Stoppen met roken

Omgeving

Sociaal
Mensen zouden niet samen moeten werken om invloed te oefenen

Fysiek

Meer groen, meer bomen
Stoppen met sleep gebouwen, dit leidt tot bezwaarf
Meer voorzieningen om bomen te bewegen

Documentatie Verkenningfase Rivierenbuurt

Opvoeding (Met name bij GM2 als groot probleem gezien)
Hulpverlening

Gedrag
Kennis
Houding
Vaardigheden

Aanhel van ouders geven over de opvoeding

Individu

Meer aandacht voor kinderen
Dier naar kinderen histeren
Goed voor kinderen zorgen

Kinderen niet hele dag op straat laten hangen
Kinderen ruimte geven om hun eigen mening te uiten

Omgeving

Minder hoesjongeren

Meer speelplaatsen voor jongeren

Documentatie Verkenningfase Rivierenbuurt

Onderdeel 4: Hoe te veranderen

Actor	Uitwerking
Wijkbewoners	Samen groepjes vormen: constateren wat er speelt en dit dan (deels) aanpakken. Dus niet alleen praten, maar ook actie ondernemen (door alleen te praten haken mensen af). Belangrijk: - Geen algemene wensenput - Laagdrempelig - Korte actiepunten - Terugkoppeling blijven geven - Veel inzet op bereiken van mensen (zie WB gesprek samen)
Hulpverleners	Begeleiding bieden bij de groepjes (obv ervaring en netwerk)
Overig	Er zou een ombudsman moeten komen

Bijlage 4b: Gedeelte uit 'Documentatie verkenningfase Schilderswijk'

1

INHOUDSOPGAVE**ALGEMENE INFORMATIE**

p.3

1.1 Opzet verkenningfase

1.2 Opzet FGD's

1.3 Opzet Samenspraak

1.4 afname vragenlijsten

1.5 Analyse

FGD's HULPVERLENERS

p.5

2.1 Overzicht gesprekken: algemene gegevens

2.2 Samenvattingen eerste gesprekken

Hulpverleners groep 1

Hulpverleners groep 2

Hulpverleners groep 3

2.3 Samenvatting tweede gesprek

Hulpverleners samen

2.4 Samenvoeging informatie

Ervaren problemen

Prioritering

Wat te verbeteren

Hoe te verbeteren

FGD's WIJKBEWONERS

p.26

3.1 Overzicht gesprekken: algemene gegevens

3.2 Samenvattingen eerste gesprekken

Wijkbewoners TV groep 1

Wijkbewoners TV groep 2

Wijkbewoners TV groep 3

Wijkbewoners TV groep 4 BG

Wijkbewoners TV groep 5 BG

Wijkbewoners TM groep 1

Wijkbewoners TM groep 2

Wijkbewoners TM groep 3BG

||| Documentatie Verkenningfase Schilderswijk

3.3 Samenvatting tweede gesprekken

Wijkbewoners samen

3.4 Samenvoeging informatie

Ervaren problemen

Prioritering

Wat te verbeteren

Hoe te verbeteren

VERGELIJKING INFORMATIE HULPVERLENERS EN WIJKBEWONERS

p.68

4.1 Ervaren gezondheidsproblemen**4.2 Keuze aandachtsgebieden****4.3 Wat te veranderen**

Aandachtsgebied specifiek

Algemene verander punten

4.4 Hoe te veranderen**De SAMENSpraak**

p.74

5.1 Aanwezigheid Samenspraak**5.2 Terugkoppeling verkregen informatie fgd's****5.3 Discussie over gedragsveranderingsfactoren per aandachtsgebied****5.4 Toekomstvisie****VRAGENLIJSTEN**

p.80

6.1 Overzicht respondenten**6.2 Ervaren gezondheidsproblemen****6.3 Keuze aandachtsgebied****6.4 Wat te veranderen****6.5 Vergelijking obv etniciteiten****6.6 Vergelijking met informatie uit FGD's****BIJLAGEN**

p.83

1. Handleiding FGD's + vragenlijst achtergrondgegevens**2. Handleiding vragenlijsten**

**VERGELIJKING INFORMATIE FGD'S WIJKBEWONERS EN
HULPVERLENERS**
4.1 Ervaren gezondheidsproblemen
Niveau 1: gezondheidsproblemen pur sang
Gedeelde problemen:

	Genoemd bij alle groepen
1	Overgewicht
2	Psychosociale klachten
3	Psychische klachten
4	Diabetes
5	Hart en vaatziekten
6	Hoge bloeddruk
7	Pijnklachten
8	Longproblemen
9	Alcoholisme -

Genoemd bij twee groepen:

- Kanker (HV en TV)
- Hernia (TV en TM)

Genoemd bij alleen HV
Vitamine tekort
Ijzertekort
Hoog cholesterol
Kanker
vermoeidheid
Ontwikkelingsachterstand kinderen

Genoemd bij alleen TM
Migraine (TM)
Zware vorm van groep (TM)
Prostaatproblemen (TM)

Genoemd bij alleen TV
Kanker (TV)
Hernia (TV)
Hyperventilatie (TV)

4.2 keuze aandachtsgebieden
Keuze aandachtsgebieden (alleen daarvan verder met EM)
Gedeelde keuze:

	Genoemd bij alle groepen
1	Stress
2	Overgewicht 1 (bewegen)
3	Overgewicht 2 (voeding)

Extra keuze gekoppeld aan gedeelde problemen

Extra genoemd bij alleen WB
Astma / luchtwegproblemen (ook gekoppeld aan bewegen en voeding) 2 GR/Top3
Hartklachten (ook gekoppeld aan bewegen en voeding)

Extra keuze niet gekoppeld aan gedeelde problemen

Extra genoemd bij alleen WB
Kanker (all round kennis)
Migraine (1 groep TM als 4e)
(gekoppeld aan bewegen en info)

4.3 Wat te veranderen

Er zijn twee typen verander en verbeterpunten genoemd, namelijk aandachtsgebied specifieke en algemene.

Aandachtsgebied specifieke verbeterpunten op gedragsniveau

Stress

Wijkbewoners
Hulp zoeken bij hulpverleners
Leren omgaan met stress
Met elkaar praten over stress
Plannen en organiseren

Hulpverleners
Mensen leren omgaan met stress
Begeleiden van kennis in praktijk
Meer samen in gesprek gaan
Luisteren naar hele verhaal

Overgewicht: bewegen

Wijkbewoners
Meer thuis bewegen
Meer buiten bewegen
Meer tijd maken voor bewegen

Hulpverleners
Informatie geven – hoe te bewegen
Aanwezig zijn – uitleg en instructie
Prikkelen – nieuwsgierig maken
Wegwijzen – waar naar toe

Overgewicht- voeding

Wijkbewoners
Gezonde keuzes maken
Regelmatig eten
Kleine porties eten
Opletten wat men eet

Hulpverleners
Informeren keuzes gezonde voeding
Begeleiden – gezond eten
Wegwijzen – waar naar toe
Informatie geven - overgewicht

Verbeterpunten op algemeen niveau

Algemene thema's + verbeterpunten
Individu
Gedrag
passief – actief
(Eerder) Hulp zoeken (mannen eerder uiting geven aan klachten)
Kennis
Meer kennis nodig (TV, TM, HV)
Houding+ bewustwording
Zelf controle nemen (HV + TM) (ipv Allah heeft het zo gewild)
Geloven in eigen kunnen (HV)
Richten op preventie (TM)

Documentatie Verkenningfase Schilderswijk

Meer algemene bewustwording gezondheid (TM, TV)
Algemene pos houding (TM/TV)
Pos staan t.o.v. voorlichting en act (TM)
Gezondheid serieus nemen (TV)
Jezelf meer waarderen (TV)
Meer richten op lange termijn effect (HV)
Niet alleen richten op effect uiterlijk (HV)
Minder catastrofes (HV)
Geen externe oplossing verwachten (HV)
Uiting geven aan klachten (HV)
Vaardigheden
Leren maken van gezonde keuzes (HV)
Leren omgaan met klachten (HV)
Beter leren plannen en organiseren/ structuur aanbrengen in leven (TM, HV)
Leren toepassen van kennis in de praktijk (HV en TV)
Taal leren om: - informatie te begrijpen: toegang tot informatiestromen (weten waar men terecht kan), lezen bijsluiters ed (TM en TV) - leren uiten van klachten: Meer woordenkennis over ziektebeelden
Sociale steun
Elkaar meer steunen (TV,TM, HV)
Bij elkaar aankloppen voor steun (TV,TM, HV)
Samen als gezin richten op gezondheid (TM en HV)
Relatie wijkbewoner en hulpverlener
Naar arts gaan: zelf hulp zoeken (TM,TV,HV)
Vertrouwt en veilig voelen bij hulpverlening (TM, HV)
Beter opvolgen advies (TV)
Naar arts toe durven gaan (minder angst voor uiting geven aan klachten) (TM)
Algemene thema's + verbeterpunten
Hulpverlening
Gedrag
Meer en betere informatie en informatie verstrekken (TV,TM,HV) - Ook praktisch advies geven (TM,TV)
Beter doorverwijzen (TV,TM,HV)

Beter volgen van mensen (continuering) (HV)
Sneller en effectiever actie ondernemen (TV en HV)
Meer continuering in voorlichting (HV)
Betere begeleiding (kennis /praktijk (TV)
Meer in gesprek gaan met wijkbewoners (TM,HV)
Meer samenwerking tussen hulpverleners (HV)
Veranderingen in hulpverlening en regelgeving beter doorgeven (TV)
Kennis
Meer kennis hebben over Turkse cultuur (TV,TM,HV)
Meer kennis hebben over multiproblematiek (TM,HV)
Kennis opdoen over sociale kaart (HV)
Houding+ bewustwording
Problemen van wb als gelinkt zien (TV,TM)
Mensen stimuleren en motiveren m.b.t. gezondheid (TV,HV)
Mensen overtuigen van gezondheid (TM)
Meer richten op gemeenschap dan het individu (HV)
Meer aandacht besteden aan signalering (HV)
Meer ook hebben voor preventie (HV)
Meer redeneren vanuit Turkse cultuur (HV)
Rolmodel zijn (TV)
Vaardigheden
Communicatie
Niet te direct zijn (TM,HV)
Zorgen dat communicatie begrijpelijk is (TM,HV)
Beter luisteren naar hele verhaal (TM)
Beter uitvragen (HV)
Relatie
Mensen serieus nemen (TV,TM)
Meer vertrouwen creëren (TM,HV)
Meer begrip tonen (TM)
Overig
Gebruik maken van tolken (TV,TM,HV)

Weinig tot geen informatie verstrekken via papier (TV,TM)
Algemene thema's + verbeterpunten
Fysieke omgeving
<i>Aanbod</i>
Aanbod aanpassen (TV,TM,HV)
Lage kosten faciliteiten en activiteiten (TV,TM,HV)
Specifieke tijden voor vrouwen (TV,TM,HV)
Betere promotie van activiteiten die er zijn (TV,HV)
Begeleiding bij aanbod door hulpverleners (TV,HV)
Meer plekken creëren waar mensen samen kunnen komen (TM,HV)
<i>Veiligheid wijk</i>
Wijk moet veiliger (TV,HV)
Sociale omgeving
<i>Positieve beïnvloeding</i>
samen richten op gezondheid door activiteiten te ondernemen
problemen met elkaar bespreken (kanttekening hulpverleners: ook buiten gemeenschap)
gemeenschappelijke bewustwording (HV en TV)
Elkaar minder negatief beïnvloeden (HV en TM) (HV: voorbeeld: elkaar minder aanzetten tot catastrofes)
Meer begrip hebben voor elkaars situatie en elkaar steunen (TV en TM)
<i>Minder naar binnen gerichte cultuur</i>
meer buiten eigen cultuur kijken (HV en TV)
meer aanpassen aan Nederlandse cultuur (TV)
meer omgaan met andere nationaliteiten (TV)

4.4 Hoe te veranderen

Wijkbewoners en Hulpverleners zien grofweg dezelfde rollen weggelegd voor elkaar en de sleutelfiguren. Schematisch ziet dat er als volgt uit:



Beide partijen zien samenwerking als een essentieel element. Dit kan samenwerking tussen de groepen, maar ook binnen de groepen betekenen. Belangrijk voor een samenwerkingsverband tussen de wijkbewoners, is dat zij een procesbegeleider willen en nodig hebben. Een belangrijk aandacht thema's die benoemd is, is het bereiken van de wijkbewoners. Zowel de wijkbewoners als de hulpverleners zien hier een belangrijke rol voor de sleutelfiguren

SAMENSpraak
5.1 Aanwezigheid samenspraak

Alle reeds deelgenomen wijkbewoners, hulpverleners en sleutelfiguren waren uitgenodigd. In totaal kwamen er 20 wijkbewoners (16 vrouwen en 4 mannen), 10 hulpverleners en 4 sleutelfiguren. Opvallend was dat er geen wijkbewoners uit de bestaande groepen zijn gekomen.

5.2 terugkoppeling verkregen informatie FGD's
Procedure

Tijdens het uitvoeren van de analyses viel het op dat de wijkbewoners en de hulpverleners over veel zaken hetzelfde dachten. Zo hadden zij eenzelfde top 3 en gaven zij ongeveer dezelfde invulling aan de Aandachtsgebieden. De onderzoeker heft dit middels een korte presentatie toegelicht. Ook hier lag de nadruk op de overeenkomsten.

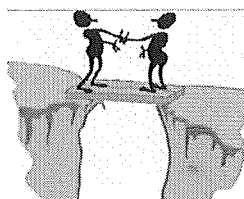
Materialen

Gebruikte sheets:

Informatie uit groepsgesprekken

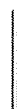
Algemene conclusie

Veel met elkaar eens!


Ervaren gezondheidsproblemen & prioriteiten

		Griep	Hoge bloeddruk
Luchtwegproblemen	Kanker	Hoog cholesterol	
	Hernia	Psychische klachten (depressie)	
Vermoeidheid	Hart- en vaatziekten		
		Ijzertekort	Stress/ spanningen
Prostaatproblemen	Pijnklachten		
Diabetes	Migraine	Ontwikkelingsachterstand kinderen	
	Overgewicht	Vitaminetekort	
Hyperventilatie			

Documentatie Verkenningfase Schilderswijk



Toelichting stress/spanningen

- Algemeen
- * Iedereen heeft er last van
 - * Samenhang met gezondheidsproblemen
 - * Vele oorzaken

- Oorzaken
- * Familieproblemen
 - * Taal en cultuurproblemen
 - * Verlangen naar Turkije
 - * Weinig steun

- Factoren van buitenaf
- * Werkloosheid
 - * Alleenwielproblemen
 - * Woonproblemen
 - * Veiligheid in de wijk


Toelichting overgewicht: bewegen

- Algemeen
- * Veel mensen last van overgewicht
 - * Vele oorzaken

- Oorzaken
- * Veel binnen blijven
 - * Verwachtingen - strepen

- Factoren van buitenaf
- * Hoge kosten
 - * Wegvallen van activiteiten
 - * Veiligheid in de wijk


Toelichting overgewicht: voeding

- Algemeen
- * Veel mensen last van overgewicht
 - * Vele oorzaken

- Oorzaken
- * Ongezonder eten
 - * Onregelmatig eten
 - * Sociaal eten

- Factoren van buitenaf
- * Veel ongezond eten in de wijk



Output

De aanwezigen konden zich vinden in de analyses. Er werden geen inhoudelijke aanvullingen gedaan.

5.3 Discussie over gedragsveranderingsfactoren per aandachtsgebied

Procedure

Allereerst werd er een korte introductie gegeven over de benoemde verbeterpunten. Deze zijn opgedeeld in de algemene en aandachtsgebied specifieke verbeterpunten. Er werd aan de aanwezigen uitgelegd dat dit onderdeel in subgroepen besproken zou worden. Er zijn per subgroep kaartjes gemaakt met daarop de door de wijkbewoners en hulpverleners geformuleerde aandachtsgebied gedrags specifieke verbeterpunten. Het was de bedoeling dat zij deze kaartjes eerst voor zichzelf zouden prioriteren, daarna in discussie zouden gaan met elkaar en uiteindelijk konden zij hun eigen volgorde nog aanpassen. Bij elk gesprek was een gespreksleider aanwezig.

Materialen

Sheet:

Wat te veranderen/verbeteren

Algemene factoren

- Kennis
- Houding en bewustzijn
- Waardigheden
- Sociale steun
- Relatie wijkbewoner – hulpverlener
- Milieuomgeving
- GEDRAG



Gebruikte kaartjes:

Stress kaartjes

Wijkbewoners

- A = Hulp zoeken bij hulpverleners
- B = Leren omgaan met stress
- C = met elkaar praten over stress
- D = plannen en organiseren

Beweeg kaartjes

Wijkbewoners

- A = meer thuis bewegen
- B = meer buiten bewegen
- C = meer tijd maken voor bewegen

Hulpverleners

- A = mensen leren omgaan met stress
- B = begeleiden van kennis in praktijk
- C = meer samen in gesprek gaan
- D = luisteren naar hele verhaal

Hulpverleners

- A = informatie geven – hoe te bewegen
- B = aanwezig zijn – uitleg en instructie
- C = prikkelen – nieuwsgierig maken
- D = wegwijzen – waar naar toe

Documentatie Verkenningfase Schilderswijk



Voeding kaartjes
Wijkbewoners

- A = gezonde keuzes maken
B = regelmatig eten
C = kleine porties eten
D = opletten wat men eet

Hulpverleners

- A = informeren keuzes gezonde voeding
B = begeleiden – gezond eten
C = wegwijzen – waar naar toe
E = informatie geven - overgewicht

Output

De output zal per aandachtsgebied worden gepresenteerd. Er waren in totaal 4 subgroepen. Stress is door 2 groepen besproken.

Stress (samenvatting van beide groepen)

De wijkbewoners zouden meer met elkaar moeten praten (weten dat je niet de enige bent en men kan dan meer van elkaar leren). De belemmering is echter de angst voor roddels. Alleen wanneer er vertrouwen is tussen mensen, wordt er samen gepraat. Helaas is dat vertrouwen vaak niet aanwezig. Men zou het beste kunnen starten binnen het gezin. Men zou eerst zelf moeten kijken naar de stress er daarna met anderen over moeten praten. Ook zou men goed voor zichzelf moeten zorgen zodat men daarna voor anderen kan zorgen. Een verschuiving van de 'ik' naar de 'wij' cultuur wordt als belangrijk gezien door de wijkbewoners. Als laatste stap moeten wijkbewoners aankloppen bij de hulpverleners. Echter, wanneer de stress nog in een vroeg stadium is kan de hulpverlener meer betekenen. Wanneer het al in een vergevorderd stadium is wordt ook aangeraden om niet te lang te wachten met het gaan naar de hulpverlener. De angst voor labels is een belangrijke belemmerende factor. De hulpverlener zou meer moeten luisteren naar het hele verhaal, zodat er een goede begeleiding gestart kan worden. Helaas is dit vaak door tijdsbeperkingen niet mogelijk (hierdoor is het opbouwen van een vertrouwensrelatie ook moeilijker). Verder werd aangegeven door alle partijen dat er meer gesprekken moeten komen tussen hulpverleners onderling en hulpverleners met wijkbewoners.

Groep 1

NR	Doelgroep	Volgorde sessie 1 WB	Volgorde sessie 1 HV
1	WB	B-D-C-A	B-D-A-C
2	WB	A-C-D-B	B-D-C-A
3	HV	C-A-B-D	D-C-A-B
4	HV	D-C-B-A	D-B-C-A
5	HV	C-B-A-D	C-D-A-B
6	SL	D-C-B-A	C-B-D-A

Groep 2

NR	Doelgroep	Volgorde sessie 1 WB	Volgorde sessie 2 WB
1	Wb	d-c-b-a	b-d-a-c
2	Wb	c-a-b-d	b-d-c-a
3	Wb	c-b-d-a	d-c-a-b
4	Wb	a-b-c-d	d-c-a-b
5	Wb	d-a-b-c	d-c-b-a
6	Wb	b-d-c-a	a-b-c-d
7	HV	c-a-b-d	d-c-a-b
8	SL	d-b-c-a	d-c-a-b

Bewegen

De prioritering van de kaartjes voor de wijkbewoners was vrij snel gedaan. Zowel wijkbewoners als hulpverleners waren van mening dat het vrij maken van tijd om te bewegen het meest belangrijke aandachtspunt was voor de wijkbewoners. Daarna werd bewegen buiten en bewegen binnen genoemd. Bij het bewegen buiten werden voorbeelden als: naar de supermarkt lopen of fietsen benoemd. De wijkbewoners denken dat het gaan naar een sportschool een stap te ver is. De buiten 'bewegingen' die zij voorstellen zijn ook goed in te passen in het dagelijks leven. Een mogelijk probleem voor de uitvoering hiervan is het onveilige gevoel dat enkele mensen in de wijk ervaren. Als algemene belemmering wordt ook de erkenning van het overgewicht genoemd. Niet alle wijkbewoners lijken het als een probleem te zien (men vindt mensen eerder aan de dunne kant).

Tijdens de opvoeding zou al veel aandacht moeten worden besteed aan het voorkomen van overgewicht. Dit lijkt echter uitdagend te zijn. Een van de redenen hiervoor is dat ouders niet op 1 lijn lijken te liggen. Wat betreft de aandachtsgebieden voor de hulpverleners was het iets lastiger om een eenduidig beeld te schetsen. Het geven van informatie over hoe te bewegen werd als erg belangrijk bestempeld. Aan de hand hiervan startte een discussie over hoe mensen het beste bereikt kunnen worden door de hulpverleners, aangezien het niet bereiken van mensen als grote belemmering wordt ervaren. Enkele suggesties betroffen 'het aanwezig zijn in de wijk van hulpverleners' en 'het investeren van meer tijd'.

NR	Doelgroep	Volgorde sessie 1 WB	Volgorde sessie 1 HV
1	wb	c-d-a	c-d-a-b
2	Wb	c-b-a	a-c-d-b
3	Wb	c-b-a	a-b-c-d
4	Wb	a-b-c	d-c-b-a
5	Wb/sl	a-b-c	a-b-d-c
6	HV	b-c-a	c-d-a-d
7	HV	c-b-a	d-c-a-b
8	HV	c-b-a	a-c-d-b
9	SL	b-c-a	d-b-c-a

Voeding

De focus in dit gesprek lag meer op hoe veranderingen teweeggebracht kunnen worden, dan op het prioriteren en bespreken van de kaartjes. Allereerst werd besproken dat mensen een sterke wil moeten hebben om hun gedrag te veranderen. Als ze dat niet hebben dan zullen ze ook niets veranderen. Wel kunnen hulpverleners proberen om ze een stukje op weg te helpen door bijvoorbeeld informatie te geven. Wanneer er veel aanbod is in de wijk aan activiteiten en men er niet voor hoeft te betalen, dan neemt de motivatie om deel te blijven nemen af. Aangeraden wordt om een klein geldbedrag of een wederdienst te vragen, zodat mensen zich meer committeren aan de activiteiten. Voeding en bewegen zijn met elkaar verbonden. Zij moeten dus ook in relatie tot elkaar gezien worden. Het doorbreken van een ongezonde levensstijl is moeilijk. Hierbij is begeleiding van de hulpverleners gewenst. Buurthuizen kunnen hierbij een belangrijke rol vervullen. Ook is besproken dat mensen erg vaak in de verleiding worden gebracht om ongezonde dingen te eten. Het is dan erg moeilijk om 'gezond' te leven. Ook denkt men dat ongezonde voeding goedkoper is. Wanneer er gekeken wordt naar de neergelegde kaartjes dan ontstaat er geen eenduidig beeld

NR	Doelgroep	Volgorde sessie 1 WB	Volgorde sessie 1 HV
1	Wb	b-c-d-a	e-d-a-b
2	Wb	b-c-d-a	a-d-a-b
3	Wb	d-a-b-c	e-d-a-b
4	Wb	c-b-d-a	d-b-e-a
5	Wb	c-b-d-a	d-b-e-a
6	Wb	c-b-d-a	d-e-b-a
7	HV	a-b-c-d	a-b-e-d
8	HV	a-d-b-c	e-a-d-b
9	SL	d-a-b-c	d-a-b-e

5.4 Toekomstvisie

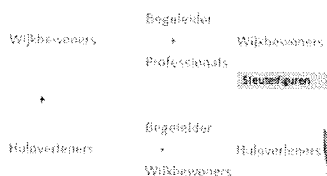
Procedure

Uiteindelijk was er nog weinig tijd over voor dit onderdeel. Allereerst is er een korte presentatie gegeven (1 sheet) over wat de wijkbewoners en hulpverleners in een eerdere fase hebben aangegeven als mogelijk plan voor de actiefase. De aanwezigen zijn gevraagd om nog eventuele aanvullingen op te schrijven. Verder is met de aanwezigen afgesproken dat er na de herfstvakantie weer contact met ze zal worden opgenomen.

Materialen

Hoe aanpakken

Verschillende vormen



Output

De deelnemers leken enthousiast te zijn geworden van de bijeenkomst.

VRAGENLIJSTEN

Er zijn op diverse locaties (Schilderswijkfestival, buurthuizen en scholen) en diverse tijdstippen vragenlijsten mondeling afgenomen. De vragen kwamen sterk overeen met de vragen die gesteld werden bij de FGD's (zie bijlage 2). Afname nam 10 -30 minuten in beslag en werd gedaan door opbouwwerkers, GGD medewerker en ambassadeurs Gezonde Levensstijl.

6.1 Overzicht respondenten:

Geslacht	
- Man	47
- Vrouw	64
- Onbekend	9
Leeftijd	
- 18 – 29	19
- 30 – 39	23
- 40 – 49	26
- 50 – 59	19
- 60 – 69	15
- 70 – 79	5
- 80 – 89	1
- Onbekend	12
Geboorteland	
- Nederland	31
- Turkije	14
- Marokko	10
- Suriname	21
- Anders	16
- Onbekend	28
Geboorteland moeder	
- Nederland	12
- Turkije	21
- Marokko	13
- Suriname	22
- Anders	11
- Onbekend	41
Geboorteland vader	
- Nederland	11
- Turkije	22
- Marokko	12
- Suriname	20
- Anders	12
- Onbekend	43
Getrouwd	
- Ja	47
- Nee	42
- Onbekend	32
Gelovig	
- Nee	9
- Ja, christen	10
- Ja, moslim	51
- Ja, hindoestaans	17

- Ja, anders	1
- Onbekend	42
Opleiding	
- Geen	8
- Lagere school	11
- LBO	10
- Mavo, Havo, VWO	18
- MBO	19
- HBO/Universiteit	20
- Onbekend	35
Occupatie	
- Studie	9
- Baan	36
- Huishouden	15
- Anders	21
- Onbekend	40

6.2 Ervaren gezondheidsproblemen

Er zijn per persoon gemiddeld 3 gezondheidsproblemen benoemd. Veruit het meeste benoemd zijn overgewicht en diabetes en stress. Andere benoemde gezondheidsproblemen betreffen hart en vaatziekten, longproblemen en psychische klachten.

6.3 Keuze aandachtsgebied

Aan deze personen is ook gevraagd welke van deze gezondheidsproblemen ze als aandachtsgebieden zagen en in hoeverre ze ze zich konden vinden in de aandachtsgebieden die naar voren waren gekomen tijdens de FGD's. 97% van de respondenten kan zich herkennen in de gekozen aandachtsgebieden uit de FGD's. Voor deze vragenlijst moesten ze zelf 1 aandachtsgebied kiezen. Het overgrote deel koos voor overgewicht/diabetes (60%). Op de tweede plek kwam stress met 22%.

6.4 Wat te veranderen

Aan de respondenten is gevraagd wat zij als verander en verbeterpunten zagen m.b.t. het door hun gekozen aandachtsgebied. Zij werden gevraagd om dit aan te geven over het individu, de omgeving en de hulpverlening. Dit wordt hieronder per aandachtsgebied toegelicht.

Overgewicht/Diabetes

M.b.t het niveau van het individu geeft het merendeel van de respondenten aan dat mensen hun gedrag moeten aanpassen. Enkele voorbeelden die (meerdere malen) werden gegeven zijn: meer bewegen en gezonder eten. Tevens werd aangegeven dat ook het verkrijgen van meer kennis belangrijk is. In de omgeving zou er meer aanbod moeten komen en zouden mensen elkaar meer

moeten ondersteunen, stimuleren en samen activiteiten moeten ondernemen. De hulpverlening zou meer voorlichting moeten geven en meer activiteiten moeten organiseren.

Stress

Er kwam geen duidelijk beeld naar voren uit de analyse, wat iemand zelf zou kunnen veranderen m.b.t. het ervaren van stress. Enkelen gaven aan dat men meer zou moeten gaan bewegen. In de omgeving zou men elkaar meer moeten stimuleren, helpen en ondersteunen. Tevens zou er meer aanbod moeten zijn. Qua verbeterpunten voor de hulpverlening werd benoemd dat meer voorlichting, het beter wegwijs maken van de mensen, en meer onderlinge samenwerking gewenst zou zijn.

Opvallend is dat op het niveau van het individu en de hulpverlening vooral gedragsmatige veranderingen verbeterpunten worden benoemd.

6.5 Vergelijking o.b.v. etniciteiten

Er is een vergelijking gemaakt tussen de antwoorden die zijn gegeven door de mensen van verschillende afkomst. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat het zeer kleine aantallen betreft en een uitgebreide vergelijking niet mogelijk is. Op basis van de vergelijking lijkt er geen verschil te zijn in de gegeven antwoorden op alle vragen.

6.6 Vergelijking met informatie uit FGD's

De analyse van de vragenlijsten is vergeleken met de analyse van de FGD's. De tijdens de afname van vragenlijsten verkregen antwoorden wijken niet af van de verzamelde gegevens uit de FGD's en lijken de conclusies van de FGD's te ondersteunen.



LEIDS UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM

Leids Universitair Medisch Centrum, Divisie 3, Public Health en Eerstelijns Geneeskunde

Project:

Projectleider: Prof.Dr. B. Middelkoop
ZonMw Dossiernummer 204000029 / 50-50405-98-213
Startdatum: 16-07-2013
Einddatum: 31-12-2014
LUMC Projectnummer: 8223-20870

Gerealiseerde uitgaven

Personele lasten

Persoon		Bedrag
Vera Atema	0,89fte (16-07-2013 tot 1-10-2014) / 1,0fte 1-10-2014 tot 1-1-2015)	€ 66.558,90
Overhead 16%		€ 10.649,42
Personeel niet in loondienst		€ 13.366,26
Eigen bijdrage LUMC		€ 12.406,34
Totale personele lasten		€ 102.980,92

Overige kosten

Jaar	
2013 Overige kosten	€ 8,60
2014 Overige kosten	€ 21.542,10
2015 Overige kosten	€ 6.957,28
Totale overige kosten	€ 28.507,98
Totale projectkosten	€ 131.488,90





LEIDS UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM

Recapitulatie subsidiegelden en gerealiseerde uitgaven

	<u>Begroting</u>	<u>Werkelijk</u>	<u>Onder/ bovenbesteding</u>
Personele lasten	€ 106.814,32	€ 102.980,92	€ 3.833,40
Overige kosten	€ 27.500,00	€ 28.507,98	-€ 1.007,98
	<u>€ 134.314,32</u>	<u>€ 131.488,90</u>	<u>€ 2.825,42</u>
Werkelijke kosten			€ 131.488,90
Af: Eigen Bijdrage			€ 12.406,34
Werkelijke kosten exclusief eigen bijdrage LUMC			€ 119.082,56
Toegekende subsidie			€ 134.314,32
<u>Reeds bevoorschot</u>			
2013			€ 79.808,00
2014			€ 39.904,00
		Totaal ontvangen subsidie	€ 119.712,00
		Nog te ontvangen subsidie	<u>€ 14.602,32</u>

Handtekening Bestuurlijk verantwoordelijke:

Naam:
Functie:

Drs. E.J. Vos
Manager Bedrijfsvoering Divisie 3

