

Diversiteit in participatie in gezondheidsbevordering

*Verkennde studie Doelgroep Participatie
allochtonen voor het programma
Gezond Leven van ZonMw*

Dr. Katja van Vliet
Drs. Marjan de Gruijter
Drs. Loes Singels

Verwey-Jonker Instituut en NIGZ
Augustus 2006

Inhoud

Samenvatting	5
1 Vraagstelling en opzet	9
1.1 Inleiding	9
1.2 Vraagstelling	11
1.3 Opzet	13
2 Conceptuele verkenning	19
2.1 Inleiding	19
2.2 Doelgroep Participatie	19
2.2.1 Definitie van doelgroep Participatie	21
2.2.2 Operationalisering van doelgroep Participatie	25
2.2.3 Beïnvloedende factoren op doelgroep Participatie	27
2.3 Empowerment en participatie	28
2.4 De Preffi	31
2.5 Analyse kader	33
3 Inventarisatie	37
3.1 Inleiding	37
3.2 De praktijkprojecten	38
3.3 De beleidsprojecten	38
3.4 Projecten Verenigd Koninkrijk	41
3.5 Gezondheidsthema's waarmee doelgroep Participatie wordt uitgevoerd en onderzocht	43
3.6 Settings waarin doelgroep Participatie wordt uitgevoerd en betrokken partijen	45
4 Review	47
4.1 Inleiding	47
4.2 Onderzoeksliteratuur naar participatie van allochtonen	47
4.3 De geselecteerde projecten	58
4.4 Analyse van de onderzoeksliteratuur, projecten en interviews aan de hand van de participatiekenmerken	63
4.5 Beleids-, praktijk- en onderzoeksvragen en thema's	70
4.6 Een aanzet tot prestatie-indicatoren	74

5	Conclusies	77
5.1	Inleiding	77
5.2	Participatie van allochtonen	77
5.3	(Gezondheids)thema's en settings	79
5.4	Thema's en vragen voor beleid, praktijk en onderzoek	80
6	Advies	83
6.1	Inleiding	83
6.2	Programmavoorstel fase 2: Verankering van participatie van allochtonen in gezondheidsbevordering	84
	6.2.1 State of the art	84
	6.2.2 Adviezen voor vervolgfase	85
	Literatuur	91
	Bijlage 1 Overzicht geïnventariseerde projecten	95
	Bijlage 2 Uitgebreide beschrijving geselecteerde projecten	113
	Bijlage 3 Geraadpleegde deskundigen	153
	Bijlage 4 Verslag van de expertmeeting	155
	Bijlage 5 Aanknopingspunten voor de ontwikkeling van Toolkits	165

Samenvatting

Het Verwey-Jonker Instituut en het NIGZ hebben in de eerste fase van het gerichte traject Doelgroep Participatie van allochtonen van ZonMw een verkennende studie verricht naar participatie van allochtonen in gezondheidsbevordering en gezondheidsbeleid. Deze bestond uit een beknopte conceptuele verkenning (uitwerking centrale begrippen; eerste analysekader) en een inventariserend onderzoek naar stedelijke praktijken en proceservaringen met methodieken voor doelgroep Participatie in Nederland en het Verenigd Koninkrijk. Daarnaast zijn in een review bestaand onderzoek en de resultaten van de inventariserende studie geanalyseerd. Een groep experts kreeg de uitkomsten van deze drie deelonderzoeken voorgelegd, met een voorstel voor het vervolg van het traject Doelgroep Participatie Allochtonen. Tot slot is aan ZonMw een eindrapportage van de verkennende studie met een advies over het vervolg uitgebracht.

De verkennende studie leverde de volgende resultaten op. Er is weinig informatie of kennis beschikbaar over het specifieke van doelgroep Participatie van allochtonen. Doelgroep, community en doelgroep Participatie (van allochtonen) zijn geen eenduidige begrippen. Bovendien krijgen deze begrippen vooral invulling vanuit het perspectief van professionals. Het is van belang aandacht te besteden aan door wie en hoe de doelgroep of de community worden gedefinieerd, aan diversiteit binnen de doelgroep en de verschillende posities die mensen tegelijkertijd innemen (intersectionaliteit). Er wordt bijna nooit expliciet ingegaan op de verschillende rollen die professionals vervullen

en de specifieke competenties die ze nodig hebben om samen te werken met de doelgroep.

Verder is (nog) weinig sprake van gezondheidsbeleid specifiek gericht op allochtonen, laat staan van participatie van allochtonen in gezondheidsbeleid. Participatie van allochtonen in gezondheidsbevordering vindt voornamelijk plaats in de praktijk en op projectniveau en krijgt voornamelijk gestalte via wijkgericht werken aan gezondheid in de bredere context van leefbaarheid en sociale cohesie. Het ontwikkelen van draagvlak bij en samenwerking met gemeente (of deelgemeente) vindt wel plaats, maar lukt (nog) niet altijd. Een aantal projecten lijkt veelbelovend: de doelgroep is vanaf de beginfase betrokken en speelt een rol bij zowel de planvorming als uitvoering van het project. Uit deze projecten kunnen verschillende leerpunten worden gedistilleerd. Er zijn echter nog geen uitspraken te doen over bewezen effectieve aanpakken.

Wél is duidelijk dat, getuige de hoeveelheid projecten die zijn gevonden, participatie van allochtonen binnen gezondheidsbevorderende interventies op de agenda staat van het werkveld. De werkzame principes van participatie in het algemeen zijn grotendeels bekend; niet bekend is hoe deze principes het beste kunnen worden toegepast voor allochtonen om succesvol te zijn. We trekken hieruit de conclusie dat:

- de kennis over participatie van allochtonen gefragmenteerd en beperkt is;
- de randvoorwaarden voor participatie in beleid nog niet aanwezig zijn.

Wij adviseren voor het vervolg van het gerichte traject drie - met elkaar samenhangende - ontwikkelingslijnen te volgen:

1. Overdragen van de leerpunten uit de (veelbelovende) projecten over participatie van allochtonen in gezondheidsbevordering aan het werkveld en verdere uitwerking van deze methodiek in de praktijk door de ontwikkeling van twee toolkits: een toolkit met methodische principes en een toolkit met prestatie-indicatoren.
2. Verankering van participatie van allochtonen in gezondheidsbevordering in relevante - integrale - beleidstrajecten in een aantal steden. Te denken valt aan steden waar al

aanknopingspunten daarvoor aanwezig zijn, zoals bij het grotestedenbeleid en de invoering van de Wmo.

3. Een programmatische aanpak van participatie van allochtonen in gezondheidsbevordering via een landelijk programma met stedelijke uitvoeringsprojecten.

1 Vraagstelling en opzet

1.1 Inleiding

In opdracht van ZonMw hebben het Verwey-Jonker Instituut en het NIGZ in de periode juni tot en met september 2005 een verkennende studie uitgevoerd naar doelgroep participatie van allochtonen. De studie vormde de eerste fase van het gerichte traject Doelgroep participatie allochtonen van het programma Gezond Leven. Dit heeft als inzet het gecontroleerd uitvoeren en onderzoeken van stedelijke uitvoeringsprojecten waarin participatie van de doelgroep van allochtonen zowel in de praktijk als in het beleid blijvend verankerd is. Doelstelling van deze eerste fase van het gerichte traject Doelgroep participatie Allochtonen is het vaststellen van de doelstellingen van en voorwaarden voor het vervolg. De opbrengst van het onderzoek in fase 1 is een advies aan ZonMw over het vervolg van het traject (fase 2).

Doelgroep participatie is een van de programmalijnen van het programma Gezond Leven. ZonMw geeft de volgende toelichting op het inzetten van het gerichte traject. "Allochtonen kennen de regels en mogelijkheden van de zorg en preventie niet goed en de hulpverleners ervaren dat als belastend. Dit traject is gericht op doelgroep participatie van allochtonen. Veronderstelling is dat mensen zeggenschap geven positief werkt. Er wordt beoogd zicht te geven op nieuwe methoden en best practices van doelgroep participatie. De succes- en faalfactoren van doelgroep participatie komen naar boven. Verder wordt kennis verkregen over de manier waarop een blijvende structuur voor doelgroep participatie kan worden gerealiseerd (hoe beklift de

participatie van de vele verschillende doelgroepen, hoe wordt dit ingebed in gemeentelijk gezondheidsbeleid?). Ten slotte biedt het project concrete handvatten en richtlijnen voor zowel toekomstige projecten als toekomstig beleid.” (ZonMw, 2004).

Aan het inzetten van het gerichte traject ligt de veronderstelling ten grondslag dat participatie van allochtonen zinvol kan zijn met het oog op het verbeteren van hun gezondheidssituatie en de mate van zorggebruik. Uit de verschillende studies gericht op de gezondheidssituatie van allochtonen en het zorggebruik van deze doelgroep komt naar voren dat de gezondheid van etnische groepen onderling verschilt. Ook de ervaren gezondheid en de manier waarop men gebruik maakt van de gezondheidszorg kan verschillen. Uit onderzoek van Stronks (2004) blijkt dat de verklaring van verschillen in gezondheid van allochtonen gezocht moet worden in een ‘scheve’ verdeling van specifieke risicofactoren. Met andere woorden: de gezondheidsproblemen van verschillende allochtone groepen verschillen, omdat factoren die het ontstaan van gezondheidsproblemen beïnvloeden in bepaalde groepen meer of juist minder vóórkomen. Deze factoren, of determinanten worden traditioneel in een aantal groepen onderscheiden: leefstijl, fysieke omgeving, psychosociale stress en gebruik van zorg (Stronks, 2004). Er zijn nog geen systematische gegevens over de onderlinge samenhang tussen etnische achtergrond, risicofactoren en gezondheidstoestand. Wel is enige informatie beschikbaar over de spreiding van risicofactoren over etnische groepen. Allochtonen met een lage sociaal-economische status (ses) blijken een hoge ziektelast te hebben (Van der Veen, Schrijvers & Redout, 2003). Wat betreft het gebruik van zorg door allochtone groepen merken we op dat ook hierbij sprake is van diversiteit tussen en binnen allochtone groepen. Niettemin blijkt dat allochtonen ten opzichte van autochtonen soms een hoger of een lager zorggebruik hebben (over- en onderconsumptie), ook als is gecorrigeerd voor de gezondheidstoestand en leefomstandigheden (RVZ, 2000).

Doelgroepparticipatie heeft betrekking op projecten die praktijkwerkers en anderen ontwikkelen, uitvoeren en toetsen samen met of zelfs op initiatief van de doelgroep. Door te participeren zullen mensen uit de doelgroep zich betrokken voelen bij het project. Bovendien kan de in de gemeenschap aanwezige deskundigheid optimaal worden benut en kan het

project worden afgestemd op de wensen en behoeften van de doelgroep en op de lokale situatie. In het gerichte traject Doelgroep Participatie allochtonen zijn participatie en empowerment sleutelwoorden. Deze begrippen worden vaak op verschillende manieren gedefinieerd en gebruikt en aan elkaar gerelateerd. Participatie is enerzijds een strategie voor gezondheidsbevordering, maar daarnaast ook een doel op zich. Empowerment wordt opgevat als noodzakelijke voorwaarde voor, deel van of uitkomst van participatie.

Het inzetten van een gericht traject Doelgroep Participatie allochtonen binnen het programma Gezond Leven van ZonMw is gebaseerd op de ervaringen met interventies tot nu toe. Interventies leiden tot betere resultaten wanneer inzichten en experimenten in samenspraak met de doelgroep in projecten worden omgezet, wanneer de vraag om een verandering, product of dienst uit de doelgroep zelf voortkomt en de doelgroep in een vroeg stadium wordt betrokken. Mensen meer zeggenschap geven (empowerment) kan een positieve uitwerking hebben op hun kwaliteit van leven (zoals meer sociale participatie en ondersteuning, meer invloed op een gezonde leefomgeving en meer gezond gedrag). Het beter verkennen van de mogelijkheden voor participatie van deze doelgroep is van groot belang. Een groot deel van de bevolking in de grote steden is allochtoon en dit percentage zal de komende decennia stijgen én de gezondheidssituatie van veel allochtonen is niet optimaal. De lokale inbedding van gezondheidsbeleid en nu ook van de maatschappelijke zorg (Wet Maatschappelijke Ondersteuning) biedt kansen voor een meer structurele vormgeving van doelgroep Participatie. Onderzoek laat zien dat versterking van gezondheidsbevordering op lokaal niveau effectiever is dan een uitsluitend landelijke aanpak.

1.2 Vraagstelling

In dit onderzoek gaat het om de volgende vraag: Wat zijn de doelstellingen van en voorwaarden voor het vervolg (fase 2) van het gerichte traject Doelgroep Participatie allochtonen van het programma Gezond Leven dat als inzet heeft het gecontroleerd uitvoeren en onderzoeken van stedelijke uitvoeringsprojecten

waarin participatie van de doelgroep van allochtonen, zowel in de praktijk als in het beleid, blijvend verankerd is?

De eerste fase van deze studie biedt antwoord op de volgende vragen:

1. Hoe worden de begrippen (doelgroep)participatie en empowerment gedefinieerd en geoperationaliseerd, hoe verhouden deze begrippen zich onderling en welke factoren zijn van invloed op participatie en empowerment?
2. Wat zijn gezondheidsthema's waarmee doelgroepparticipatie wordt uitgevoerd en onderzocht?
3. In welke (lokale) settings wordt doelgroepparticipatie uitgevoerd en welke partijen zijn hierbij betrokken?
4. Wat zijn actuele en relevante onderzoeksvragen, praktijkvragen, beleidsvragen en thema's op het gebied van doelgroepparticipatie van allochtonen?
5. Welke prestatie-indicatoren van doelgroepparticipatie kunnen worden geformuleerd, op uitvoerend en beleidsmatig niveau?
6. Welke adviezen kunnen worden geformuleerd over het vervolg van het gerichte traject Doelgroepparticipatie Allochtonen als het gaat om de vorm en mate van participatie van allochtonen en de doelstellingen en voorwaarden van stedelijke uitvoeringsprojecten?

Om deze vragen te beantwoorden zijn in een beknopte conceptuele studie eerst de centrale begrippen uitgewerkt en is een eerste analysekader ontwikkeld (onderzoeksvraag 1). Vervolgens is inventariserend onderzoek uitgevoerd naar praktijken op stedelijk niveau en proceservaringen met methodieken voor doelgroepparticipatie in Nederland en het Verenigd Koninkrijk (onderzoeksvragen 2 en 3). Daarnaast is een review verricht waarin bestaand onderzoek en de resultaten van de inventariserende studie nader zijn geanalyseerd. In de review zijn bovendien enkele interviews met sleutelfiguren gehouden. Binnen de review heeft ook een nadere analyse plaatsgevonden van acht aanpakken om doelgroepparticipatie te realiseren (onderzoeksvragen 4 en 5).

Deze drie producten vormen de input voor een werkdocument met een eerste antwoord op de onderzoeksvragen en een

conceptadvies (onderzoeksvraag 6). Dit werkdocument is ter toetsing en aanvulling voorgelegd aan een groep experts in een expertmeeting. Deze expertmeeting had tot doel te komen tot een onderbouwd advies aan ZonMw over het vervolg van het traject Doelgroep Participatie Allochtonen.

1.3 Opzet

Deze verkennende studie is uitgevoerd in vijf stappen:

1. Conceptuele verkenning (analysekader)
2. Inventarisatie projecten
3. Review
4. Expertmeeting
5. Advies en eindrapportage aan ZonMw

1. *Conceptuele verkenning*

In een beknopte conceptuele verkenning zijn de centrale concepten (doelgroep)participatie en empowerment en gerelateerde concepten zoals diversiteit, en de relaties tussen de concepten verhelderd en verfijnd. In deze verkenning wordt ook omschreven wat we verstaan onder het algemene begrip doelgroep en onder de doelgroep allochtonen. Door een literatuursearch is de literatuur over theoretische studies en empirisch onderzoek naar (doelgroep)participatie (van allochtonen) en empowerment verzameld. In een systematische analyse is nagegaan hoe de begrippen worden gedefinieerd en geoperationaliseerd en aan elkaar gerelateerd zijn, en wat de beïnvloedende factoren zijn. Hierbij zijn ook de resultaten van het gerichte traject Empowerment (Jacobs, 2005) gebruikt. In dat project is aandacht besteed aan a) de conceptualisering van empowerment in relatie tot gezond leven, b) de methoden die worden gebruikt om empowerment te ondersteunen, en c) de manier waarop de begrippen empowerment en gezond leven worden geoperationaliseerd en welke methoden en instrumenten worden gebruikt voor de evaluatie van empowerment in relatie tot gezond leven.

Op basis van de conceptuele verkenning is een eerste analysekader ontwikkeld. Daarbij is voor een meer praktijkgeoriënteerde blik gebruik gemaakt van de Preffi. De Preffi biedt een

handvat en kader om de verschillende keuzes en stappen in het werkproces van de professional te onderscheiden. De Preffi is in dit onderzoek gebruikt als een analyse-instrument om te kijken op welke aspecten men in de praktijk er wel of niet in slaagt om doelgroep participatie met allochtonen te realiseren.

In hoofdstuk 2 volgt een verslag van de conceptuele verkenning en wordt het eerste analysekader geschetst.

2. Inventarisatie projecten

Deelonderzoek 2 richtte zich op de onderzoeksvragen 2 en 3. In dit deelonderzoek zijn bestaande praktijken op stedelijk niveau geïnventariseerd. Daarnaast is kennis en ervaring die in Engeland voorhanden is, geïnventariseerd.

Door een literatuursearch zijn interventies gezocht op basis van de volgende inclusiecriteria:

- De interventie is gericht op gezondheidsbevordering met gebruikmaking van methodieken gericht op participatie van allochtonen of empowerment.
- De interventie is in principe nationaal en lokaal georiënteerd. Het betreft interventies die zijn of worden uitgevoerd op stedelijk of wijkniveau.
- De interventie is gestart na 2000, recent afgerond of nog lopend.
- Er is, met de gekozen zoekmethoden, voldoende informatie over de interventie beschikbaar.

Bij de literatuursearch is gebruik gemaakt van de volgende Nederlandse trefwoorden:

preventie/gezondheid(sbevordering) in combinatie met doelgroep participatie, community based interventies (eventueel ook community betrokkenheid en -cohesie), allochtonen, empowerment, participatieve methoden. Voor de Engelse situatie is gezocht naar de volgende Engelse trefwoorden: health promotion in combinatie met community based interventions (eventueel involvement/ cohesion), participatory approaches, community involvement, empowerment.

Voor de inventarisatie van de Nederlandse uitvoeringsprojecten is gebruik gemaakt van de volgende databanken: NIGZ (inclusief de Qui-databank), SLAG, Fonds OGZ, ZonMw. Daarnaast is via

NIGZ-netwerk Wijkgericht werken navraag gedaan bij diverse experts op gebied van empowerment / community projecten / participatie / allochtonen.

35 uitvoeringsprojecten voldeden aan de inclusiecriteria. Van deze projecten zijn de volgende aspecten nagegaan: project, organisatie, financier, betrokkenen, doel, doelgroep, thema, setting, participatie-interventiemethode en producten, evaluatie, kosten, bron, aanwezigheid van documentatie, gemeentelijke randvoorwaarden/omstandigheden, bevorderende of belemmerende factoren (naar aanleiding van procesevaluatie gegevens) lokaal of landelijk instrument en de looptijd van het project.

Daarnaast is een inventarisatie gemaakt van kennis en ervaringen die in het Verenigd Koninkrijk voorhanden zijn. Voor de Engels situatie is gezocht via NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence, voorheen NHS/HDA), via de Futurebuilders (Home Office) en is navraag gedaan bij diverse experts op gebied van empowerment / community projecten / participatie / allochtonen, via internationale contacten bij wijkgericht werken. Er zijn langs deze weg drie overzichtstudies en drie uitvoeringsprojecten geselecteerd.

Hoofdstuk 3 doet verslag van de inventarisatie. In bijlage 1 is het overzicht van projecten opgenomen.

3. Review

De reviewstudie richtte zich op onderzoeksvragen 4 en 5. In dit deelonderzoek vond een systematische en verdiepende analyse plaats van de resultaten van bestaand onderzoek en de uitgevoerde inventarisatie. De reviewstudie bestond uit drie onderdelen: een analyse van in de literatuur beschreven onderzoek, enkele interviews met deskundigen, en de selectie en beschrijving van acht projecten die zijn geselecteerd uit de inventarisatie als mogelijk veelbelovende aanpakken om doelgroep participatie van allochtonen te realiseren.

Aan de hand van literatuurstudie en met het ontwikkelde analysekader heeft een analyse plaatsgevonden van bestaand onderzoek naar bevorderende en belemmerende factoren en de

(gemeentelijke) randvoorwaarden bij het realiseren van structurele participatie van allochtonen in lokale projecten.

In aanvulling op de analyse van bestaand onderzoek zijn interviews met twee sleutelfiguren gehouden. Het doel was om de randvoorwaarden in kaart te brengen bij het realiseren van structurele participatie van allochtonen in lokale projecten. Een ander doel was om de voorwaarden voor succesvolle structurele participatie op praktijk- en beleidsmatig niveau te benoemen. Op basis van het conceptuele kader en de resultaten van de analyse van bestaand onderzoek is een topiclijst ontwikkeld. Aan de hand daarvan zijn de interviews gehouden.

Op basis van de resultaten van de eerste twee deelonderzoeken zijn de selectiecriteria voor de inventarisatie aangescherpt. Er zijn acht praktijken geselecteerd waarvan een uitgebreide beschrijving is gemaakt aan de hand van het analysekader. Hierbij is gebruik gemaakt van projectverslagen aangevuld met mondelinge informatie van de projectleiders. Het ging hierbij niet om een uitspraak te doen over de kwaliteit van de praktijken op zich, maar om het formuleren van goede principes voor doelgroep participatie van allochtonen.

Het resultaat van de reviewstudie is een overzicht van actuele thema's en vragen en een verdere uitwerking en verfijning van het analysekader in de vorm van een aanzet tot prestatie-indicatoren.

In hoofdstuk 4 worden de resultaten van de review beschreven.

4. *Expertmeeting*

De resultaten van de conceptuele studie, de inventarisatie en de review zijn samengevat in een werkdocument en mondden uit in een voorstel voor het vervolg van het gerichte traject doelgroep participatie allochtonen. De resultaten en het voorstel zijn voorgelegd aan een groep experts vanuit diverse disciplines: onderzoekers, projectleiders, personen met een beleidsverantwoordelijkheid voor (lokale) gezondheidsbevordering, deskundigen op het gebied van participatie van (allochtone) groepen.

De expertmeeting had ten doel het verkrijgen van consensus en input voor verdere aanscherping (voorstellen voor aanvullingen en/of wijzingen) van het advies.

Op basis van de inbreng van deze experts zijn de conclusies van de verkennende studie aangescherpt. Deze conclusies zijn in hoofdstuk 5 geformuleerd.
In bijlage 4 wordt verslag gedaan van de expertmeeting.

5 Advies

De opbrengst van deze verkennende studie is een onderbouwd en getoetst advies aan ZonMw voor het vervolg van het traject Doelgroep Participatie Allochtonen.

Op basis van de resultaten van de verkennende studie naar doelgroep participatie en de resultaten van de expertmeeting (hoofdstuk 2 t/m 5 en bijlage 4) is het advies voor het vervolg van het gerichte traject Doelgroep Participatie allochtonen geformuleerd.

Hoofdstuk 6 bevat het advies aan ZonMw.

2 Conceptuele verkenning

2.1 Inleiding

In het traject Doelgroep Participatie allochtonen benoemt ZonMw participatie en empowerment als sleutelwoorden. Deze begrippen worden vaak op uiteenlopende manieren gedefinieerd en gebruikt en aan elkaar gerelateerd. Voor de ontwikkeling van het analysekader is door literatuurstudie nagegaan hoe de begrippen (doelgroep)participatie en empowerment worden gedefinieerd en geoperationaliseerd, welke factoren van invloed zijn op participatie en empowerment en hoe deze begrippen zich onderling verhouden. Voor de ontwikkeling van het analysekader is ook gebruik gemaakt van de Preffi (Molleman, 2005). De Preffi biedt, voor gezondheidsbevorderende projecten, een kader om de verschillende keuzes en stappen in het werkproces van de professional te onderscheiden. Belemmerende en bevorderende factoren bij het al dan niet slagen van doelgroep participatie zijn hiermee inzichtelijk te maken. In paragraaf 2.2 en 2.3. worden achtereenvolgens de begrippen doelgroep participatie en empowerment gedefinieerd en geoperationaliseerd. In paragraaf 2.4 beschrijven we de Preffi en in paragraaf 2.5 wordt het analysekader geschetst.

2.2 Doelgroep participatie

ZonMw stelt dat de doelgroep participatie van allochtonen achterblijft. Om die reden is het Gerichte traject doelgroep participatie allochtonen ingezet. Het uitgangspunt voor deze

inventarisatie is dat participatie een rol of functie heeft om een machtsevenwicht te realiseren. Met andere woorden: participatie is noodzakelijk als we willen dat ieders belang in de samenleving aan de orde komt. Mensen hebben er belang bij om te participeren. Op individueel niveau zal iemand participeren als dat iets oplevert. Niet alle groepen in de samenleving zijn in staat hun eigen belang helder te definiëren en daarvoor op te komen. Daarvoor zijn bepaalde randvoorwaarden nodig, zoals voldoende mogelijkheden en vaardigheden bij de doelgroep zelf en bij professionals om aan te kunnen sluiten bij de doelgroep.

ZonMw omschrijft in haar programma Gezond Leven doelgroep-participatie als projecten die praktijkwerkers en anderen ontwikkelen, uitvoeren en toetsen in samenspraak met of zelfs op verzoek van de doelgroep. De voornaamste doelgroepen die ZonMw onderscheidt zijn: jongeren, ouderen, personen met een lage ses en allochtonen. Door te participeren zullen mensen uit de doelgroep zich betrokken voelen bij het project, kan de in de gemeenschap aanwezige deskundigheid optimaal worden benut en kan het project worden afgestemd op de lokale situatie. Doelgroep-participatie is een belangrijk kenmerk van community interventies (zie ook de Groot, de Gruijter & Van Vliet, 2004). De manier waarop en de mate waarin de doelgroep betrokken is, kan variëren. Er zijn projecten waarin de doelgroep weliswaar participeert, maar waar de inhoudelijke thema's en opzet van een project van tevoren zijn bepaald. Andere projecten komen lokaal tot ontwikkeling en worden (spontaan) door een groep mensen ('community') en zonder professionele inbreng ondernomen. Bij tussenliggende vormen bepaalt men de prioriteiten gezamenlijk en wordt gelijkwaardig samengewerkt. Wanneer is sprake van daadwerkelijke participatie van de doelgroep en hoe kan dat worden vastgesteld? Wat zijn de kenmerken van doelgroep-participatie? In deze paragraaf werken we de algemene omschrijving van ZonMw verder uit ten behoeve van het analysekader. Eerst definiëren we wat we in deze studie onder doelgroep en doelgroep-participatie verstaan. Vervolgens operationaliseren we doelgroep-participatie aan de hand van de in de literatuur onderscheiden kenmerken. Ten slotte behandelen we mogelijke factoren die van invloed zijn op doelgroep-participatie.

2.2.1 Definitie van doelgroep participatie

Doelgroep, community en diversiteit

Voordat we het begrip doelgroep participatie nader omschrijven, gaan we eerst in op het begrip 'doelgroep'. Een doelgroep bestaat uit mensen die de beoogde begunstigden zijn van de gezondheidsbevorderende interventies.

In de doelgroepen waar het programma Gezond Leven van ZonMw zich specifiek op richt (jongeren, ouderen, allochtonen en mensen met een lage ses) zijn achtereenvolgens leeftijd, etniciteit en sociaal-economische positie de kenmerken om een doelgroep te definiëren. Deze kenmerken veronderstellen echter niet per definitie gemeenschappelijke sociaal-culturele kenmerken en gedeelde problemen, opvattingen en belangen. In de focus op een specifieke doelgroep kan de nadruk te veel komen te liggen op één dominant kenmerk. Het gevaar daarvan is dat zowel de diversiteit binnen de doelgroep (sekse, etniciteit, leeftijd, opleidingsniveau, leefstijl) als samenbindende kenmerken (zoals deel uitmaken van bepaalde sociale netwerken en gedeelde problemen en belangen) uit het oog worden verloren. 'Diversiteit' en 'community' zijn in dit kader belangrijke begrippen.

Het concept diversiteit staat zowel voor een verzameling kernaspecten van maatschappelijke positietoewijzing als voor persoonlijke identiteit. Het kruispuntdenken is een bruikbare theorie ter verdieping van de kennis over gezondheidsproblemen, door die problemen in specifieke groepen met een specifieke context te onderzoeken (Bekker, e.a. 2005). In een recente literatuurstudie voor de organisatiebrede implementatie van diversiteit en patiëntenperspectief in ZonMw programma's is het begrip diversiteit en het gerelateerde begrip 'kruispuntdenken' (ook wel: intersectionaliteit) uitgewerkt (Boland et al., 2005). In een diversiteitsbenadering is er aandacht voor de categorieën waarin mensen in een samenleving van elkaar verschillen (Halsema & Jacobs, 2002 in Boland, et al., 2005). Diversiteitsaspecten zijn gelijktijdig en in onderlinge interactie werkzaam in een dynamisch proces, want verschillen tussen mensen zijn niet statisch en veranderlijk, maar variëren in betekenis. Om inzicht te krijgen in de complexe manieren

waarop de diversiteitsaspecten op elkaar inwerken, is het kruispuntdenken geïntroduceerd (Mens-Verhulst, 2001, Wekker & Lutz, 2001, Wekker, 2002, in Boland, et al., 2005). De identiteit van een persoon wordt dan als een kruispunt gezien van verschillende assen van maatschappelijke betekenisgeving. In de Angelsaksische literatuur over participatie is 'target group' een weinig gangbaar begrip en wordt meestal gesproken van 'community'. Het begrip community heeft een andere lading dan 'doelgroep' en is minder eenduidig. Rifkin en haar collega's (2000) onderscheiden definities in termen van geografie of in termen van gedeelde kenmerken. Een doelgroep of een community is in die definities op te vatten als een al dan niet geografisch bepaalde groep mensen met gemeenschappelijke economische, sociaal-culturele en politieke belangen en gedeelde problemen en behoeften.

Koelen en van den Ban (2004) waarschuwen voor het gebruik van de geografische dimensie, omdat dat vaak een zwakke schakel is in het definiëren van gemeenschappelijke belangen. Mensen die in een zelfde wijk wonen of in hetzelfde bedrijf werken hebben niet per definitie dezelfde opvattingen en belangen. Bovendien maken mensen deel uit van verschillende communities (de familie, de sportclub, de school, het werk). Daarnaast zijn communities dynamisch en veranderen ze steeds van samenstelling. Door de digitale mogelijkheden kunnen mensen tegenwoordig ook deel uitmaken van virtuele communities. Een community omvat volgens Koelen en van den Ban (2004) niet alleen een groep mensen, maar ook sociale instituties, zoals voorzieningen en netwerken in een buurt die op zich weer communities vormen. Daarnaast omvat een community ook componenten van sociale controle, zoals informele en formele regels en wetten, en gedeelde waarden en normen (Koelen & van den Ban, 2004).

Een belangrijke vraag is wie de community definieert (Rifkin et al., 2000). Zijn dat de communityleden of buitenstaanders? Uit de literatuur blijkt dat in de meeste gevallen buitenstaanders (professionals, beleidsmakers) definiëren wat de community is, in plaats van de begunstigden van een programma of project (Rifkin et al., 2000). In de optiek van Koelen en van den Ban (2004) is er alleen sprake van een community als de leden dat zelf vinden en zichzelf daarvan deel uit vinden maken. Op basis van de bovenstaande overwegingen definiëren Koelen en van den Ban (2004) communities als: 'groups of people who identify

themselves by their group membership, sharing a common interest, common social institutions and common social control components.’ De vraag is echter of deze definitie misschien mensen uitsluit die zich niet per definitie of niet bij voorbaat verbonden voelen met elkaar, maar die we juist wel willen bereiken en organiseren door doelgroep participatie.

In deze studie vatten we een doelgroep op als een groep mensen met bepaalde gemeenschappelijke kenmerken. Specifiek voor allochtonen zal het dus gaan om etnisch-culturele overeenkomsten. Vanuit het professionele en beleids perspectief wordt een doelgroepenbeleid ingezet en verantwoord op empirische en politieke gronden, zoals gezondheidsachterstanden, ondergebruik van voorzieningen, geringe participatie of ondervertegenwoordiging. Specifiek voor allochtonen kan doelgroepenbeleid ook worden ingezet om communicatieproblemen te ondervangen, bijvoorbeeld door allochtone intermediairs in te zetten. Bij het definiëren van een doelgroep dienen we ook rekening te houden met diversiteitsaspecten. Vanuit het community-perspectief staan gemeenschappelijke belangen en behoeften centraal.

Participatie van doelgroepen of communities

Community participatie wordt op meerdere manieren gedefinieerd. Koelen en van den Ban (2004) noemen de volgende gemeenschappelijke kenmerken in de definities. Ten eerste gaat het om de betrokkenheid van individuele leden van een community vanuit het perspectief dat het niet realistisch is om te veronderstellen dat de hele community participeert. Bij zeer omvangrijke communities is vertegenwoordiging een manier om doelgroep participatie te verwezenlijken. Ten tweede vatten de meeste definities community participatie op als een proces. Ten derde gaat het om de betrokkenheid van de doelgroep in de verschillende fasen van het proces. Koelen en van den Ban definiëren participatie als: ‘a process whereby community members take part in the identification of their needs, setting priorities, identifying and obtaining means to meet those priorities, including the development, implementation and evaluation of those means in terms of their outcomes.’ (2004, p. 138.)

Een belangrijke vraag is of participatie een middel is of een doel (Rifkin et al., 2005). Jacobs et al. (2005) beschouwen participatie als een methode of werkvorm om empowerment in de praktijk gestalte te geven. Rifkin en collega's (2000) stellen dat participatie vaak wordt gebruikt om mensen te mobiliseren om doelen te bereiken die zijn bepaald door buitenstaanders. Het gevolg is dat de begunstigden voornamelijk bijdragen op door anderen gedefinieerde manieren. In dit kader stellen Rifkin et al. ook twee vervolgvragen. De eerste is of participatie actief of passief is. Kan overeenstemming van communityleden met voorstellen van professionals of andere buitenstaanders worden opgevat als participatie, of is daar meer voor nodig? De tweede vraag is of participatie een product is of een proces. Als participatie wordt opgevat als product dan wordt het vaak vertaald in termen van uitkomsten of impact en gemeten in concrete resultaten. In de benadering van participatie als proces gaat het om kwalitatieve verandering en verbeteringen die een resultaat zijn van leerervaringen. Daarnaast stellen Rifkin et al. de vraag wie beslist over de prioriteiten en acties. Hierbij gaat het niet alleen om de verdeling van macht tussen professionals/ beleidsmakers en een community, maar ook tussen de leden van een community onderling.

De vragen van Rifkin veronderstellen dat er sprake is van verschillende dimensies van participatie met twee polen of dichotome kenmerken, zoals passief of actief en proces of uitkomst. De vraag is alleen of die kenmerken tegenover elkaar staan of elkaar per definitie uitsluiten. Zeker in praktijken waarin participatie wordt opgevat als een dynamisch proces, kan participatie zowel actief (voor een deel van de doelgroep) als passief (voor een ander deel van de doelgroep), zowel doel als middel, en zowel top-down als bottom-up zijn. De kenmerken kunnen in verschillende mate en in diverse combinaties in meerdere fasen van het proces voorkomen.

In deze studie vatten wij doelgroepparticipatie op als een dynamisch proces dat is gericht op actieve participatie van een groep mensen met gemeenschappelijke kenmerken. Actieve participatie van de doelgroep of community is zowel instrumenteel als een waarde op zich. Wie wat als doelgroep of in bredere zin als community definieert en met welke diversiteitsaspecten men (vooral) rekening houdt, kan gaandeweg het proces verschuiven, evenals wie de prioriteiten en acties bepaalt.

2.2.2 Operationalisering van doelgroep Participatie

Een manier om doelgroep Participatie te operationaliseren is Participatie te onderscheiden naar de vorm of gradatie waarin of het *niveau* waarop Participatie plaatsvindt. Een veel gebruikte typologie is die van Pretty (zie bijvoorbeeld Weijters & Koelen, 2003) die is gebaseerd op de Participatieladder van Arnstein (1969). Pretty (1995) onderscheidt zeven niveaus van Participatie: passieve Participatie; Participatie via informatie; Participatie via consultatie; Participatie door materiële prikkel; functionele Participatie; interactieve Participatie; zelfmobilisatie. In de weergave van de typologie door Koelen en van den Ban (2004) is het niveau van Participatie door een materiële prikkel niet opgenomen. In de onderstaande tabel staan de niveaus of de treden beschreven.

Tabel 1 Typologie van Participatie volgens Pretty (Koelen & van den Ban, 2004)

Niveau van Participatie	
6. Zelfmobilisatie	Professionals staan op de achtergrond in het programma. Mensen maken onafhankelijke keuzes, leggen hun eigen contacten en hebben volledige controle over de planning en implementatie van activiteiten.
5. Interactieve Participatie	Mensen zijn betrokken in een partnerschap met professionals in de planning en implementatie van activiteiten. Besluiten worden gezamenlijk genomen en mensen leveren hulpbronnen aan. Er is sprake van het delen van kennis om nieuwe inzichten te creëren.
4. Functionele Participatie	Mensen zijn actief betrokken in de ontwikkeling van programma's en activiteiten en in de besluitvorming.
3. Participatie via consultatie	De mening, behoeften of veranderingswensen van (representatieve) leden van de doelgroep worden gevraagd en er wordt gehandeld naar hun visie als de professionals dat nodig achten. De besluitvorming ligt bij de professionals.
2. Participatie via informatie	Mensen worden geïnformeerd over het programma en de activiteiten en worden betrokken via het stellen van vragen.
1. Passieve Participatie	Professionals hebben volledige controle over het programma, de planning en organisatie van activiteiten, en het leggen van contacten en zijn verantwoordelijk voor de financiering. Mensen worden geïnformeerd over het programma.
0. Geen Participatie	Mensen worden niet geïnformeerd over het programma, alleen over de activiteiten waarbij ze betrokken zijn.

Op de bovenste trede van participatie is sprake van een zuivere bottom-up benadering en op de onderste van een zuiver top-down benadering.

Volgens onze definitie van doelgroep Participatie is alleen vanaf trede vier sprake van doelgroep Participatie. In deze studie zullen we alleen de eerste drie treden betrekken, indien ze een opstap vormen naar meer functionele en interactieve vormen van participatie. Bovendien is de mate van participatie die je wilt bereiken ook afhankelijk van de beginsituatie en beïnvloedende factoren (zie volgende paragraaf).

Ten Dam (1997) onderscheidt naast het niveau van participatie de volgende aspecten aan participatie: directe/ indirecte participatie, de fase waarin participatie plaatsvindt, het aantal mensen dat participeert en het bereik van participatie. In de eerste plaats is participatie is een gezamenlijke activiteit waarbij sprake is van twee hoofdvormen: *directe of indirecte* participatie. Bij directe participatie is sprake van rechtstreeks contact tussen burgers en vertegenwoordigers van overheid of instellingen. In deze studie gaat het alleen om vormen van directe participatie.

Een ander aspect is de *fase* waarin participatie plaatsvindt. Ten Dam onderscheidt de volgende fasen: initiatief, ontwerp, uitvoering en evaluatie (zie tabel).

Tabel 2 Participatiefase volgens Ten Dam (1997)

Initiatief	Betrokkenheid bij initiatief of ontstaansfase van een project
Ontwerp	Participatie bij ontwerp, planning en vormgeving
Uitvoering	Bijdragen aan de uitvoering van een project
Evaluatie	Evaluatie en besluitvorming over eventueel vervolg

Ten Dam onderscheidt daarnaast de fase van consumptie. Deze fase laten wij buiten beschouwing omdat bij consumptie geen sprake is van participatie zoals bedoeld in deze studie.

Een volgend aspect is volgens Ten Dam het *aantal mensen* dat betrokken is en dat kan variëren van veel mensen die in geringe mate participeren tot weinig mensen die intensief participeren. We noemen dit het participatieresultaat. Hieraan voegen wij toe *wie* van de doelgroep participeren. Gaat het vooral om

vertegenwoordigers of sleutelfiguren of mensen uit de doelgroep die toch al actief zijn, of worden ook andere mensen uit de doelgroep bereikt? Wie en hoeveel mensen participeren, kan ook per *fase* variëren. Tot slot noemt Ten Dam *het bereik* van participatie ofwel de terreinen waarop participatie plaatsvindt: gaat het om participatie rond de inhoud van een project, de financiering, de organisatie, of om combinaties ervan?

2.2.3 Beïnvloedende factoren op doelgroepparticipatie

We kunnen een onderscheid maken tussen interne en externe factoren die van invloed zijn op (i.e. belemmerend of bevorderend voor) doelgroepparticipatie. De eerder beschreven kenmerken van participatie kunnen ook als interne beïnvloedende factoren worden beschouwd. In deze paragraaf gaan we in op externe factoren die de participatie kunnen beïnvloeden. In eerste instantie zijn dat de kenmerken van de doelgroep. Daarnaast spelen verschillende contexten een rol: de sociale en fysieke context, de professionele context, de organisatiecontext en de beleidscontext die de randvoorwaarden, de sturing, het draagvlak van doelgroepparticipatie bepalen.

Bij de definiëring van de doelgroep hebben we al gewezen op diversiteitskenmerken, zoals sekse, etniciteit, leeftijd, opleidingsniveau, leefstijl). Ook de competenties van de doelgroep spelen een rol. Vaak ontbreekt het bij specifieke doelgroepen juist aan competenties om succesvol te kunnen participeren. (Maloff et al., 2000). Bij de sociale en fysieke context gaat het om kenmerken van de community of setting, zoals sociale netwerken, voorzieningen, opvattingen, regels. De professionele context heeft betrekking op de bereidheid tot en de mogelijkheden van professionals. Doelgroepparticipatie vereist niet alleen bij deelnemers maar ook bij professionals (de ontwikkeling van) specifieke vaardigheden voor succesvolle participatie (Maloff et al., 2000). Hoe zorg je ervoor dat juist de meest kwetsbaren en degenen die niet over die specifieke competenties beschikken, betrokken worden? Koelen en van den Ban (2004) wijzen erop dat professionals (nog) niet gewend zijn om samen te werken met leken/vrijwilligers, omdat ze zijn getraind in top-down benaderingen. Daarnaast worden de mogelijkheden van professionals begrensd door de structuur en het beleid van de organisaties waarin ze werken en waarmee ze samenwerken en door het (lokale) gezondheidsbeleid. Daarbij is

vooral de onderliggende visie van belang op gezondheid en de benadering van gezondheidsbevordering en gezondheidsbeleid (gericht op individu of community, op de verandering van gedrag of (ook) op omgevingsfactoren).

Bij deze studie is de vraag relevant of specifieke factoren van invloed zijn op de participatie van *allochtonen*. In de voor de conceptuele verkenning gebruikte literatuur is hierover geen informatie aangetroffen. Gezien de verschillen die bestaan in maatschappelijke positie (onderwijs- en arbeidsmarktpositie, taalvaardigheid, deelname aan maatschappelijk middenveld) tussen autochtonen en allochtonen en tussen allochtone groepen onderling, mogen we veronderstellen dat specifieke factoren een rol spelen. Zo beschikken allochtonen vaak over minder kansen en hulpmiddelen om hun belangen op de agenda te zetten (Raghoebier, 1998). Ook cultuurverschillen, zoals de verschillen in de manier waarop gezondheid wordt beleefd en de wijze van communiceren, kunnen een rol spelen. Overigens hoeft niet per definitie sprake te zijn van een moeizamere participatie van allochtonen in gezondheidsbevorderende interventies. De grotere nadruk op het groepsverband in diverse allochtone groepen zou bijvoorbeeld kunnen leiden tot een grotere bereidheid tot actieve deelname aan een gezondheidsbevorderende activiteit.

2.3 Empowerment en participatie

In deze paragraaf wordt het begrip empowerment onder de loep genomen, waarbij vooral is geput uit de recente studie *Op eigen kracht naar Gezond Leven* (Jacobs et al., 2005). In deze studie is nagegaan wat onder empowerment wordt verstaan, hoe empowerment in de praktijk wordt toegepast en op welke wijze de uitkomsten van empowerment kunnen worden gemeten. ZonMw heeft deze studie laten uitvoeren omdat in het programma Gezond Leven, waarbinnen empowerment expliciet staat genoemd als bron van vernieuwing voor gezondheidsbevordering, de gewenste vernieuwing nog niet voldoende van de grond is gekomen. Net als onderhavige studie, is het onderzoek naar empowerment dus een zogenaamd gericht traject van het programma Gezond Leven.

Het Engelse begrip 'empowerment', dat in Nederland meestal onvertaald wordt gebruikt, betekent volgens Van Dale *het mondig maken, het leren opkomen voor jezelf, het lot in eigen handen nemen*. Deze vertaling duidt al aan dat het gaat om een ingewikkeld begrip, met diverse betekenissen. Het begrip empowerment komt voort uit het werkwoord *to empower*, dat een dubbele betekenis heeft: zélf sterker worden, het vergroten van eigen invloed, macht verwerven enerzijds; en de ánder machtigen, macht geven, of ondersteunen bij het verkrijgen van macht anderzijds. De beide vertalingen van het woord *power* komen hierin terug: kracht en macht.

Kenmerkend aan het begrip empowerment is volgens Jacobs et al. (2005) het gemak waarmee professionals het in de mond nemen - vaak als synoniem voor andere, verwante begrippen, zonder dat ze goed aangeven wat zij onder het begrip verstaan. De complexiteit van het begrip is hier volgens Jacobs et al. mede debet aan.

Het begrip empowerment is 'gelaagd', dat wil zeggen dat het subject of aangrijpingspunt van empowerment uiteenlopende vormen kan aannemen. Het kan gaan om de versterking van de capaciteiten van individuen, maar ook van groepen, gemeenschappen of organisaties. Daarnaast heeft empowerment verschillende betekenissen, afhankelijk van het levensdomein (bijvoorbeeld werk, zorg, sport en recreatie, et cetera) dat aandacht krijgt, of de situatie waarin een persoon of groep zich bevindt. Ook binnen één domein staat de betekenis niet vast; die fluctueert in de tijd. De meerduidige definitie van het begrip empowerment is ook te wijten aan het feit dat de term zowel betrekking heeft op een proces ('empowering'), als op een uitkomst ('empowered').

The Ottawa Charter for Health Promotion (1986) definieert gezondheidsbevordering als '*the process of enabling people to exert control over the determinants of health and thereby improve their health*'. In deze benadering van gezondheidsbevordering wordt het niveau van psychische, sociale en fysieke gezondheid overstegen, omdat ook aandacht wordt besteed aan omgevingsfactoren: de politieke, culturele en sociaal-economische aspecten die de gezondheid van mensen beïnvloeden. Dat betekent dat de gezondheidsbevordering die - naast educatieve activiteiten - is gericht op het bevorderen van gezonde leefstijlen, mensen ook aanzet tot kritische bewust-

wording en inzicht in de factoren die hun situatie mede bepalen. Bovendien prikkelt het tot sociale actie, gericht op het gezonder maken van hun leefomgeving (Jacobs et al., 2005). Het begrip empowerment ligt in deze definitie van gezondheidsbevordering besloten.

Jacobs et al. (2005) merken op dat empowerment in de jaren negentig van de vorige eeuw in Nederland is geïntroduceerd in de gezondheidsbevordering. Sindsdien heeft het steeds aan populariteit gewonnen, ook door het onderzoeksprogramma Gezond Leven, dat expliciet empowerment noemt als bron van vernieuwing van gezondheidsbevordering. Gezondheidsbevordering en empowerment zijn het laatste decennium dus - ook in Nederland - nauw met elkaar verbonden geraakt. Daarbij speelt empowerment een dubbele rol: zoals hierboven al is aangegeven verwijst empowerment zowel naar een proces als naar een uitkomst.

In empowerment als proces ligt de nadruk op het cyclische of spiraalvormige karakter en op elementen als samenwerking, participatie van de doelgroep, bewustwording en ontwikkeling van vaardigheden. Het gaat om al die elementen die bijdragen aan het proces van controle en invloed krijgen op het eigen bestaan en de eigen gezondheid. Bij empowerment als uitkomst van gezondheidsbevordering, dat overigens volgens Jacobs et al. (2005) veel minder helder omschreven is, gaat het om (een gevoel van) kracht en macht en over toegang tot hulpbronnen en voorzieningen (zoals gezondheidszorg).

Kenmerkend voor empowerment in de gezondheidsbevordering is de spanning tussen bottom-up en top-down benaderingen. Met andere woorden: wie bepaalt dat wie en op welke manier *empowered* moet worden? De eigen keuzen en waarden van de doelgroep hoeven niet overeen te stemmen met de doelen van gezondheidsbevordering. Dit stelt professionals voor een dilemma: hoeveel vrijheid en hoeveel sturing is vereist? Een zuivere bottom-up benadering in de gezondheidsbevordering is volgens Jacobs en collega's een illusie. Er is per definitie sprake van verschillen in macht, belangen, doelen en waarden tussen de belanghebbenden (doelgroep, professionals, beleidsmakers, financiers) (Jacobs et al., 2005).

De relatie tussen empowerment en participatie wordt volgens Jacobs et al. (2005) op een aantal manieren gezien. Allereerst beschouwen veel auteurs participatie als een voorwaarde voor empowerment. Daarnaast zien velen participatie als een belangrijke component van empowerment. Dit levert een paradox op: empowerment veronderstelt participatie, maar om te kunnen of willen participeren is ook een zekere mate van empowerment nodig. Jacobs verwijst voorts naar verschillende auteurs (Rifkin 2003; Laverack 2004; Koelen & van den Ban, 2004) die waarschuwen dat empowerment niet gereduceerd mag worden tot participatie. Participatie is een belangrijke, maar slechts één van de vele mogelijke indicatoren van empowerment. In de woorden van Rifkin (2003): participatie is dus wel een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde om van empowerment te kunnen spreken. Om bij te dragen aan empowerment, dient doelgroep participatie op een relatief hoog niveau (in de zin van de participatieladder) plaats te vinden (volgens Jacobs et al. (2005), ten minste op het niveau van samenwerking met professionals).

2.4 De Preffi

Preffi, door het NIGZ ontwikkeld in samenwerking met GVO-praktijkmedewerkers, GVO- en preventiedeskundigen en wetenschappelijk onderzoekers, staat voor Preventie Effectmanagement Instrument (Molleman, et al., 2003). Het is een kwaliteitsinstrument dat een systematische werkwijze ondersteunt en tot doel heeft de effectiviteit van gezondheidsbevorderende projecten te vergroten. Met de Preffi is te beoordelen of de elementen van een project of programma op een zodanige manier zijn gekozen en opgezet dat er een maximale kans bestaat dat het programma effectief is (Molleman, 2005). Over de Preffi bestaat brede consensus in het veld van gezondheidsbevordering. Met de Preffi worden alle aspecten die een rol spelen bij succesvolle interventies in kaart gebracht.

Het instrument is vooral bedoeld voor het ontwerpen en uitvoeren van gezondheidsbevorderende projecten. De criteria van de Preffi zijn elementen waar in ieder project aandacht aan geschonken moet worden. Ze zijn te zien als onderdelen van het werkproces van de professional, waarin participatie van

allochtonen tot uitdrukking kan komen. Door de Preffi op te nemen in het analysekader van deze studie krijgen we inzicht in welke fase van het project, op welke wijze en in welke mate de doelgroep heeft geparticipeerd (hoe participatie feitelijk heeft plaatsgevonden en/of is geoperationaliseerd in een project).

In de Preffi hebben de volgende items/elementen specifiek betrekking op participatie en empowerment. Deze onderdelen zijn tijdens de formulering van prestatie-indicatoren meegenomen bij de uitwerking van de operationalisering van de kenmerken van doelgroepparticipatie (zie hoofdstuk 4).

In de analysefase:

- spreiding van het probleem (specifiek voor allochtonen);
- zienswijze van de verschillende betrokkenen van het probleem;
- theoretisch model (is een model gekozen waarin ook ruimte is voor aandacht voor participatie en dat ook rekening houdt met specifieke culturele componenten van bijvoorbeeld gedrag);
- prioritering en keuze in determinanten.

In de interventie-ontwikkelingsfase:

- algemene en demografische kenmerken van de doelgroep (wordt voldoende gekeken naar de specifieke diversiteit waarvan sprake is bij de doelgroep);
- motivatie en mogelijkheden van de doelgroep;
- bereikbaarheid van de doelgroep;
- aanvaardbaarheid van doelen;
- afstemming van de strategieën en methoden op doelen en doelgroepen (mate waarin interventie past bij de doelgroep);
- duur en intensiteit van de interventie (passend bij de doelgroep);
- timing van de interventie (passend bij de doelgroep);
- participatie van de doelgroep;
- afstemming op de 'cultuur';
- effectieve technieken.

In de uitvoer- en implementatiefase:

- keuze voor implementatiestrategie gericht op intermediairen (met name participatieve implementatiestrategie);

- monitoren en genereren van feedback (meten van participatie);
- inbedden in een bestaande structuur (hoeverre is doelgroep mede eigenaar van project/ past het in de relevante infrastructuur van allochtonen).

In de evaluatiefase:

- duidelijkheid en overeenstemming over de uitgangspunten van de evaluatie;
- procesevaluatie (is participatie gemeten);
- feedback aan betrokkenen (is dat teruggekoppeld).

Gedurende alle fasen van het project:

- draagvlak (wijze waarop allochtonen betrokken zijn);
- aandachtspunten voor sturing (samenwerkingsvormen);
- participatie van de doelgroep als onderdeel van de capaciteit: inzet van mensen uit de doelgroep zelf).

2.5 Analyse kader

Centraal in dit hoofdstuk stond de vraag hoe de begrippen (doelgroep)participatie en empowerment worden gedefinieerd en geoperationaliseerd, hoe deze begrippen zich onderling verhouden en welke factoren van invloed zijn op participatie en empowerment.

In deze studie vatten we een doelgroep op als een groep mensen met bepaalde gemeenschappelijke kenmerken. Specifiek voor allochtonen zal het dus gaan om etnisch-culturele overeenkomsten. Vanuit het professionele en beleids perspectief wordt een doelgroepenbeleid ingezet en verantwoord op empirische en politieke gronden, zoals gezondheidsachterstanden, ondergebruik van voorzieningen, geringe participatie of ondervertegenwoordiging. Specifiek voor allochtonen kan doelgroepenbeleid ook worden ingezet om communicatieproblemen te ondervangen, bijvoorbeeld door allochtone intermediairs in te zetten. Bij het definiëren van een doelgroep dient ook rekening te worden gehouden met diversiteitsaspecten. Vanuit het community-perspectief staan daarnaast gemeenschappelijke belangen en behoeften centraal.

Doelgroepparticipatie vatten wij op als een dynamisch proces dat is gericht op actieve participatie van een groep mensen met gemeenschappelijke kenmerken. Actieve participatie van de doelgroep of community is zowel instrumenteel als een waarde op zich. Door wie en wat als doelgroep of in bredere zin als community wordt gedefinieerd en met welke diversiteitsaspecten (vooral) rekening wordt gehouden, kan gaandeweg het proces verschuiven evenals door wie de prioriteiten en acties worden bepaald.

Participatie wordt beschouwd als een voorwaarde voor empowerment. Daarnaast wordt participatie als een belangrijke component van empowerment gezien. Dit levert een paradox op: empowerment veronderstelt participatie, maar om te kunnen of willen participeren is ook een zekere mate van empowerment nodig. Empowerment mag niet gereduceerd worden tot participatie. Participatie is een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde voor empowerment. Om bij te dragen aan empowerment, dient doelgroepparticipatie ten minste op het niveau van samenwerking met professionals plaats te vinden.

Op basis van de uitwerking van de centrale begrippen in dit hoofdstuk onderscheiden we de volgende kenmerken of variabelen van doelgroepparticipatie: *participatiefase*, *participanten*, *participatiedoel*, *participatiebereik*, *participatieniveau* en *participatieresultaat*. Deze kenmerken en variabelen vormen het kader dat gebruikt is om de geselecteerde uitvoerings- en beleidsprojecten te analyseren.

Participatiefase

De participatiefasen zijn gebaseerd op de indelingen van de Preffi (2003) en Ten Dam (1997). Voor elk project wordt nagegaan in welke fasen participatie plaatsvindt. Ook worden het niveau, het doel, het bereik en de participanten beschreven.

Participanten

- Hoe wordt de doelgroep gedefinieerd?
- Door wie wordt de doelgroep gedefinieerd?
- Is er aandacht voor diversiteit van de doelgroep? Hoe?

- Is er aandacht voor kenmerken van de community en/of de setting? (Aansluiting bij behoeften en belangen van de doelgroep en bij bestaande sociale infrastructuur (sociale netwerken, settings, zelforganisaties, belangenbehartiging, platform, voorzieningen, et cetera.)
- Wie uit de doelgroep participeren? (Zelforganisaties, platform, intermediairs en sleutelfiguren uit de doelgroep en/of de uiteindelijke gebruikers.)
- Hoeveel mensen uit de doelgroep participeren?

Participatiedoel

- Waarvoor wordt doelgroepparticipatie ingezet? (Beleid en/of praktijk van gezondheidsbevordering.)
- Hoofddoel. Wat is het hoofddoel van participatie? Wordt doelgroepparticipatie ingezet als doel op zich en/of als middel om een ander doel te bereiken, in het bijzonder empowerment op de verschillende niveaus?
- Verwachtingen. Zijn er verschillen in verwachtingen tussen de uitvoerende professionals en organisaties enerzijds en de doelgroep anderzijds? Zijn er verschillende verwachtingen binnen de doelgroep?
- Competenties doelgroep. Is er aandacht voor de (ontwikkeling van) competenties bij de doelgroep die nodig zijn voor participatie (in het bijzonder empowerment op de verschillende niveaus)? Wordt competentieontwikkeling van de doelgroep genoemd als doel?
- Competenties professionals. Is er aandacht voor de (ontwikkeling van) specifieke competenties voor doelgroepparticipatie bij de betrokken professionals van de uitvoerende organisaties? Wordt competentieontwikkeling door professionals en de organisaties zelf genoemd als doel?
- Randvoorwaarden. Is er aandacht voor (ontwikkeling van) draagvlak en samenwerking? Is dit een thema en prioriteit bij de uitvoerende organisatie(s) en in het gezondheidsbeleidskader (bijvoorbeeld in de lokale gezondheidsnota)? Is er samenwerking met gemeente en andere organisaties? Wordt de ontwikkeling van draagvlak en samenwerking genoemd als doel?

Participatiebereik

- Wat is het participatiebereik ofwel de terreinen waarop participatie plaatsvindt? (Inhoud, financiering, en/of organisatie van een project).

Participatieniveaus

- Op welke niveaus vindt participatie plaats? (0: geen participatie, 1: passief, 2: via informatie, 3: via consultatie, 4: functioneel, 5: interactief, 6: zelfmobilisatie).

Participatieresultaat

- Wat is het resultaat van de participatie? Is het participatiedoel bereikt? Volgens wie?
- Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren hierbij?

3 Inventarisatie

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk presenteren wij de resultaten van de inventarisatie naar doelgroep participatie van allochtonen zowel binnen beleid als interventies. Er zijn ook voorbeelden uit het Verenigd Koninkrijk bij de inventarisatie betrokken. De selectiecriteria die voor deze inventarisatie zijn gebruikt, staan beschreven in hoofdstuk 1, net als de gebruikte databases en kennisnetwerken.

Bij deze inventarisatie zijn al afgeronde of nog lopende projecten geselecteerd, waarin de doelgroep actief heeft geparticipeerd. De selectie geeft geen volledig beeld van alle projecten die in Nederland zijn of worden uitgevoerd. Er is gekozen om, binnen het korte tijdsbestek van de eerste fase van deze studie, een vijftal bronnen te raadplegen. De verwachting was dat in deze bronnen gegevens van de meeste projecten zijn te vinden.

Ook vindt hier geen beoordeling plaats of de participatie wel of niet goed is geslaagd. De nadruk ligt op het presenteren en analyseren van de gegevens die de projecten zelf aanleveren. Projecten die zelf aangeven niet op alle fronten te zijn geslaagd, zijn wel in de selectie betrokken.

Er zijn 31 praktijkprojecten en vier beleidsprojecten gevonden. Daarnaast zijn drie overzichtstudies en drie projecten uit het Verenigd Koninkrijk gevonden. Een korte beschrijving van alle projecten is te vinden in bijlage 1. Hier volgt een samenvattend overzicht van de resultaten van de inventarisatie. Aan het eind

van dit hoofdstuk beantwoorden we onderzoeksvraag 2 (& 3.5) en 3 (& 3.6).

3.2 De praktijkprojecten

De eerste selectie heeft in totaal 31 projecten opgeleverd. Er zijn zowel projecten geselecteerd die specifiek zijn gericht op de doelgroep allochtonen, als projecten die gericht zijn op een bredere doelgroep, waaronder allochtonen. Ongeveer de helft van de geselecteerde interventies is afgerond (15); de overige 16 projecten zijn nog in uitvoering, grotendeels in het laatste jaar.

De geselecteerde praktijkprojecten laten een grote variëteit zien, zowel wat betreft de gekozen doelstelling, subdoelgroep en gezondheidsthema's. Ook is de doelgroep op uiteenlopende manieren en tijdens verschillende fasen betrokken. Niet in alle projecten is uitgebreid beschreven op welke wijze de doelgroep precies is betrokken. Ook was niet altijd duidelijk welke invloed de participatie van de allochtone doelgroep heeft gehad op de inhoud en het verloop van de interventie. Voor veel projecten was dat ook niet het hoofddoel: in die projecten lag bijvoorbeeld de nadruk op het ontwikkelen van activiteiten of producten en de toepassing daarvan in de praktijk. Verder werd niet in alle projecten de doelgroep allochtonen betrokken. Dit was soms wel de bedoeling, maar werd niet altijd gerealiseerd.

3.3 De beleidsprojecten

Om inzicht te krijgen in de mate waarin en de wijze waarop allochtonen betrokken zijn bij beleidsontwikkeling zijn de volgende werkzaamheden uitgevoerd:

1. Literatuurstudie; 2. Screening van de nota's lokaal gezondheidsbeleid van de dertig grote steden (betrokken bij het Grotestedenbeleid); 3. Zoeken naar praktijkvoorbeelden in de genoemde databases. Er is geen uitputtend onderzoek gedaan naar beschikbare literatuur. De nadruk van de inventarisatie lag op het vinden van voorbeelden de praktijk.

In het inventariserend onderzoek ‘Gemeentelijk gezondheidsbeleid met participatie van allochtonen’ van GGD Nederland, uitgevoerd door Bureau Van Wieringen en Thomas (2003) is nagegaan wat goede voorbeelden waren van gemeentelijk gezondheidsbeleid waarbij (groepen van) allochtonen uitdrukkelijk bij de beleidsvorming waren betrokken. Er waren weinig voorbeeldprojecten te vinden. Als allochtonen al participeerden was dit bij de uitvoeringsfase (voornamelijk via de inzet van Voorlichting in de eigen taal en cultuur (Vetc) of als einddoelgroep (ontvanger van de informatie). Er zijn enkele voorbeelden beschreven waarin allochtonen in andere fasen hebben geparticipeerd. In twee gevallen zijn algemene adviesorganen van allochtonen (zoals minderhedenraad) betrokken bij het formuleren van beleid. Ook zijn, vooral in de vier grote steden, allochtone organisaties op het gebied van gezondheid betrokken bij het maken van beleidskeuzen.

De afgelopen jaren zijn diverse publicaties verschenen over lokaal gezondheidsbeleid, onder andere in de instrumentenkoffers 1 en 2 van VNG en GGD Nederland. Deze koffers bestaan uit losse boekjes rond ontwikkelen en uitvoeren van lokaal gezondheidsbeleid in de praktijk. Het boekje ‘Op de gezondheid’ (Koornstra et al., 2003) besteedt specifiek aandacht aan de participatie van burgers (in het algemeen, dus niet alleen allochtonen). Het boekje beschrijft hoe en met welk doel burgers betrokken kunnen worden om beleidsprioriteiten te stellen.

Tot slot hebben we de nota’s lokaal gezondheidsbeleid gescreend van de dertig grote steden die participeren in het Grotestedenbeleid. De nota’s zijn gescreend op de trefwoorden: participatie, empowerment en betrokkenheid doelgroep. De doelgroep is breed geïnterpreteerd; er is dus niet alleen gezocht op participatie door allochtonen. Van zes steden was geen nota beschikbaar, omdat deze nog in ontwikkeling is of nog niet definitief is vastgesteld. Van de overige 24 steden is in zes gevallen geen informatie gevonden op basis van de genoemde trefwoorden. Dit betekent dat er desondanks wel sprake kan zijn van doelgroep participatie; het kan alleen op een andere manier verwoord zijn. In deze samenvatting beperken we ons echter tot die nota’s (totaal achttien) waarin wel een score is gevonden op een of meer van de trefwoorden. Op basis van de screening van de nota’s lokaal gezondheidsbeleid kunnen we

constateren dat doelgroep participatie op de agenda staat van 2/3 van de grote steden, die een nota hebben afgerond. Van een grote gemeente (Utrecht) en van een middelgrote gemeente (Hoogezand-Sappemeer) zijn de interventies geselecteerd voor de eindselectie. Voor deze twee gemeenten is gekozen op grond van de eerder geformuleerde criteria (zie & 3.4.). Voor de beleidstrajecten zijn deze criteria minder streng toegepast. Redenen: Participatie van allochtonen binnen beleidsontwikkeling is nog weinig ontwikkeld; voor zover wel ontwikkeld betreft het vaak alleen inspraak. Er is ook minder streng gelet op de fase van het project (afgerond of nagenoeg afgerond), omdat er weinig resultaten waren waaruit viel te kiezen. Wel geldt voor beide interventies dat participatie in ieder geval plaatsvindt in de ontwikkelfase en dat er voldoende schriftelijke rapportages beschikbaar zijn.

De inventarisatie heeft nog een aantal andere voorbeelden opgeleverd. Van deze voorbeelden ontbreken (eind)rapportages, maar we zullen ze hier toch kort noemen om een indruk te geven van de variëteit in de uitwerking. Ook hier geldt weer dat deze opsomming niet bedoeld is als totaal overzicht van de huidige stand van zaken in Nederland. Zo maakt de gemeente Nijmegen actief gebruik van een Adviescommissie Allochtonen (ACA) om op verschillende beleidsterreinen (inburgering, arbeidstoeleiding, onderwijs en ontmoeting in de buurt) multicultureel beleid te ontwikkelen. In Gemeente Roosendaal is het project 'Van losse schakels naar ketens' opgezet. Dit is een initiatief van de gemeente met als doel meer samenhang te brengen en een meer vraaggerichte aanpak te realiseren in beleid en uitvoering van projecten voor allochtonen gericht op gezondheidsbevordering en welzijn. De gemeente is actief betrokken in de persoon van de wethouder Gezondheidszorg en Maatschappelijk dienstverlening. Zowel een Migrantenraad als individuele allochtonen participeren wijksgewijs in het overleg met de gemeente.

Op basis van deze inventarisatie formuleren we de volgende conclusies. Contacten met de doelgroep hebben vaak als doel het verzamelen van gegevens, wensen en behoeftes over de gezondheid en/of de gezondheidszorg. Uitwerking van de participatie vindt plaats in de vorm van stadsgesprekken, burgerraadplegingen, door enquêtes of via themagroepen met wijkbewoners, via allochtone organisaties of via sleutelfigu-

ren/intermediairs in overlegfora. Uitwerking van deze informatie in de praktijk vindt veelal plaats op wijkniveau binnen wijkgerichte gezondheidsbevordering. Ook het bevorderen van empowerment (zowel voor patiënten/cliënten als gericht op zelfzorg, dan wel integratie) wordt geregeld genoemd.

3.4 Projecten Verenigd Koninkrijk

Informatie over de kennis en ervaringen in het Verenigd Koninkrijk is verzameld door een literatuursearch op de websites van NICE, ENPHA, Futurebuilders en van EuroHealth-Net. Hierbij zijn de volgende trefwoorden gebruikt: Health promotion in combinatie met Ethnic minorities, migrants, community based interventions, involvement en community participation. Er is vooral gezocht naar overzichtstudies met conclusies en aanbevelingen over doelgroepparticipatie. De belangrijkste reden voor deze keuze is de beperkte tijd in deze fase van de studie. Er zijn drie overzichtstudies en drie projectbeschrijvingen geselecteerd (zie bijlage 1). In alle drie geselecteerde projecten was de groep 'mensen met een gezondheidsachterstand' de doelgroep, maar werd wel specifiek aandacht besteed aan allochtonen.

De overzichtstudies hebben betrekking op participatie door de doelgroep in zowel de planning als de uitvoering van gezondheidsbevordering. De overzichtstudies zijn gebaseerd op een inventarisatie van succes- en faalfactoren van 230 projecten, op resultaten van literatuurstudies en op resultaten van workshops en van expert meetings.

Er zijn geen specifieke studies beschikbaar over de doelgroep allochtonen. De geselecteerde studies richten zich hoofdzakelijk op groepen met een gezondheidsachterstand en daarbinnen zijn allochtonen wel vertegenwoordigd. Over het algemeen bevatten deze studies concrete handvatten voor het opzetten van participatieprojecten.

In de drie geselecteerde projecten is specifiek aandacht besteed aan de doelgroep allochtonen. In alle drie projecten was echter de groep 'mensen met een gezondheidsachterstand' de brede doelgroep. Het initiatief voor de projecten is in alle gevallen

genomen door een lokale gezondheidsdienst (NHS of Local Health Board). Er is samengewerkt met een aantal organisaties, waaronder ook allochtone zelforganisaties. Bij een project is gewerkt met achttien verschillende organisaties waaronder twaalf vrijwillige organisaties. De doelgroep is betrokken bij een 'needs assesment' en daarna ook bij de uitvoering van het project. Er zijn verschillende methoden gebruikt om de doelgroep te betrekken, waaronder focusgroepgesprekken, intensieve consultaties bij de doelgroep en een breed onderzoek naar gezondheidsproblemen. Er kunnen binnen deze inventarisatie geen uitspraken worden gedaan over de meest effectieve aanpak. Alle drie projecten zeggen succesvol te zijn geweest in het leggen van contacten. Bij alle projecten zijn doelgroepspecifieke activiteiten op maat uitgevoerd voor delen van de doelgroep, zoals: support project voor Aziatische vrouwen met psychische problemen, sportactiviteiten voor allochtone vrouwen en opleiden van allochtone jongeren als peer-educator.

Hier volgt een korte samenvatting van de aanbevelingen. Het doel en de verwachtingen van de participatie moeten voor alle partijen duidelijk zijn gedefinieerd. Gevestigde instellingen zullen hun werkwijze moeten aanpassen om de doelgroep goed te kunnen laten participeren. Er is aandacht nodig voor 'conflict of interests': er zijn onvermijdelijk verschillen in verwachtingen, wensen en perspectief. De professional moet over voldoende vaardigheden, kennis en commitment beschikken om met de doelgroep te kunnen werken. Ook moeten de vrijwilligers uit de doelgroep goed worden ingewerkt en ondersteund. Tijdens alle fasen van project moet participatie gerealiseerd worden. Projecten waarin de doelgroep vanaf het begin participeert zijn het meest succesvol. Er moet, van het begin af aan, voldoende aandacht zijn voor structurele continuering. Realiseer een integrale aanpak met alle relevante organisaties, ook met vrijwilligersorganisaties en lokale politiek/bestuurders. Goed monitoren, vanaf het begin, en goed evalueren is noodzakelijk.

3.5 Gezondheidsthema's waarmee doelgroep participatie wordt uitgevoerd en onderzocht

Op basis van de resultaten van de inventarisatie beschrijft deze paragraaf wat de thema's zijn waarmee doelgroep participatie wordt uitgevoerd en onderzocht.

De thema's van de praktijkprojecten zijn divers (zie tabel 3).

Tabel 3 Overzicht gezondheidsthema's

<i>Gezondheidsthema's</i>	<i>Aantal projecten</i>
Ondersteuning	9
Leefstijl	7
Ziektebeeld	7
Gezond leven	5
Zorgaanbod	2
Patiëntenbeweging	1

Iets meer dan de helft van de gezondheidsthema's heeft betrekking op gezondheidsbevordering. In zeven projecten staan leefstijlthema's centraal: er werden twee projecten gevonden met overgewicht als thema, in vier projecten gaat het om seksuele gezondheid en in een project stonden alcohol en drugs centraal. In vijf projecten is gezond leven, of het bevorderen van een gezonde leefstijl het thema, soms met het expliciete doel om sociaal-economische gezondheidsverschillen te verminderen. Daarnaast zijn er zeven projecten waarin een 'ziektebeeld' centraal staat: psychische gezondheid (drie), diabetes (twee) hart- en vaatziekten (een) en chronische pijn (een). In twee projecten is het zorgaanbod het centrale thema en in een project gaat het om het vergroten van de betrokkenheid van allochtonen bij de patiëntenbeweging.

Een groot aantal projecten (9) concentreert zich rondom het thema ondersteuning. Er zijn vijf projecten waarin het bevorderen van zelfredzaamheid en het vergroten van empowerment het centrale thema is. Een project richt zich op het vergroten van sociale steun, twee projecten gaan over opvoedingsondersteuning en een project heeft als thema ondersteuning van mantelzorgers.

In de beleidsprojecten gaat het vooral om het thema participatie zelf: de wijze waarop de betrokkenheid van allochtonen kan worden vormgegeven of verbeterd staat in twee van de vier projecten centraal. Een project concentreert zich op het vergroten van de toegankelijkheid van het aanbod. Een project heeft tot doel om de samenhang tussen de verschillende zorgvormen te bevorderen.

Ook in de projecten uit het Verenigd Koninkrijk gaat het vaak om de voorwaarden voor participatie van allochtonen: in vier van de zes projecten staat dit thema voorop. Een project richt zich op het vergroten van de sociale cohesie en het bevorderen van zelfredzaamheid. Een project noemt het bestrijden van gezondheidsverschillen als onderwerp.

Als het gaat om de thema's van *onderzoek* naar doelgroepparticipatie, dan valt op dat in bijna alle gevallen (ongeacht of het praktijk- of beleidsprojecten betreft) de vraag aan de orde komt of doelgroepparticipatie is gerealiseerd en onder welke condities de participatie van allochtonen in de toekomst verder kan worden geoptimaliseerd.

De praktijkprojecten richten zich op een grote variëteit aan doelgroepen: tien projecten richten zich op de allochtone doelgroep als geheel, of op bijvoorbeeld wijkbewoners *inclusief* de daar woonachtige allochtonen. Alle andere projecten hebben een subdoelgroep gekozen. In totaal zijn drie projecten gericht op ouderen en zes op jongeren. Naast twee projecten die zich op de algemene doelgroep allochtone vrouwen concentreren zijn er vijf projecten gericht op een specifieke subgroep van allochtone vrouwen: bijvoorbeeld met chronische pijnklachten of behorend tot een specifieke culturele/etnische groep. Er zijn twee projecten voor allochtonen ouders en een project voor asielzoekers. Daarnaast zijn er zes projecten gericht op een specifieke etnische groep, al dan niet met een specifiek ziektebeeld of achterstand, zoals Kaapverdianen, Antillianen/Arubanen, Hindoestanen, (Creools-)Surinamers en Ghanezen.

De beleidsprojecten en de projecten uit het Verenigd Koninkrijk noemen allochtonen in brede zin als doelgroep van de interventies. Die kunnen overigens vaak ook andere doelgroepen behelzen zoals bewoners van een wijk of stad.

Kortom, de thema's van interventies waarin doelgroep Participatie een rol speelt zijn zeer divers. Daar waar allochtonen in beeld zijn als zorggebruikers, wijkbewoners, patiënten/consumenten, et cetera, wordt geëxperimenteerd met het inzetten of het vergroten van de betrokkenheid van deze doelgroep.

3.6 Settings waarin doelgroep Participatie wordt uitgevoerd en betrokken partijen

Op basis van de resultaten van de inventarisatie gaat deze paragraaf in op de vraag in welke (lokale) settings doelgroep Participatie wordt uitgevoerd en welke partijen hierbij betrokken zijn.

Uit de inventarisatie blijkt dat de wijk de meest voorkomende setting is voor doelgroep Participatie van allochtonen (zie tabel 4).

Tabel 4 Settings doelgroep Participatie allochtonen

<i>Settings</i>	<i>Aantal projecten</i>
Wijk	19
Zorgaanbod/instelling	11
School	2
Website	2
AZC	1

In negentien projecten is sprake van de setting 'wijk' (en in mindere mate 'stad'). Elf projecten zijn gerelateerd aan een zorgaanbod/zorginstelling. Twee projecten zijn op een (middelbare) school uitgevoerd, en twee projecten vonden plaats via een website. Een project ten slotte vond plaats in een asielzoekerscentrum.

Alle projecten zijn samenwerkingsprojecten. In de meeste gevallen neemt een reguliere, professionele, organisatie het initiatief. Vervolgens zoekt die samenwerking met andere reguliere organisaties en/of met zelforganisaties. In drie gevallen is een zelforganisatie de initiatiefnemer, die op haar beurt weer contact legt met bijvoorbeeld de GGD. Met de GGD is twaalf keer samengewerkt, met de gemeente in vier projecten. Zelforganisaties zijn zes keer genoemd als samen-

werkingspartner. Wijk- en buurtcentra zijn ook zes keer genoemd, net als zorginstellingen. Daarnaast is acht keer samengewerkt met een landelijk Gezondheidsbevorderend instituut en vijf keer met een universiteit (zie tabel 5).

Tabel 5 Samenwerkingspartners

<i>Samenwerkingspartners</i>	<i>Aantal maal genoemd</i>
Zelforganisatie	6
Instellingen gezondheidsbevordering:	
GGD	12
Landelijk kennisinstituut	8
Universiteit	5
Overige: Wijk- en buurtcentrum	6
Zorginstelling	6
Gemeente	4

Kortom, ook de setting en de samenwerkingspartners in de geïnventariseerde projecten zijn divers, hoewel kan worden opgemerkt dat een relatief groot deel van de projecten plaatsvindt in een specifieke wijk of bij een specifieke zorginstelling. De GGD is dikwijls in beeld als samenwerkingspartner, maar neemt ook vaak het initiatief tot het opzetten van een gezondheidsbevorderende interventie.

4 Review

4.1 Inleiding

In dit deelonderzoek vond een systematische en verdiepende analyse plaats van de resultaten van bestaand onderzoek en de uitgevoerde inventarisatie, aangevuld met informatie uit interviews met sleutelfiguren. De reviewstudie bestond uit drie onderdelen: een analyse van in de literatuur beschreven onderzoek, interviews met sleutelfiguren en keuze en beschrijving van mogelijk veelbelovende aanpakken om doelgroep participatie van allochtonen te realiseren.

Met de analyse van de onderzoeksliteratuur, de interviews, de geselecteerde projecten en de Preffi formuleren we aan het slot van dit hoofdstuk actuele en relevante praktijk-, beleids- en onderzoeksvragen en thema's. Ook worden prestatie-indicatoren geformuleerd (onderzoeksvragen 4 en 5).

4.2 Onderzoeksliteratuur naar participatie van allochtonen

Een globale scan van de verzamelde literatuur leverde op dat er niet veel onderzoek is verricht naar doelgroep participatie door allochtonen binnen gezondheidsbevordering. Wel zijn er over participatie in het algemeen (voor zowel allochtone als autochtone doelgroepen, met name groepen met een lage sociaal economische status) (onderzoeks)publicaties voorhanden. Het gaat dan vaak om 'wijkopbouw'projecten. De literatuur betreft vooral handboeken die tips geven hoe

participatie te realiseren. Deze handboeken zijn bijvoorbeeld gebaseerd op literatuuronderzoek en/of gesprekken met deskundigen. Ook zijn er verschillende verslagen van participatieprojecten over hoe de projecten zijn verlopen. Op basis daarvan worden algemene conclusies getrokken. Zelden is de wijze en mate van participatie onderzocht op effecten op het beleid, aanbod en toegankelijkheid van de zorg en op de gezondheidssituatie van allochtonen.

Vanwege de beperkte literatuur hebben we in de reviewstudie ook publicaties bekeken over participatie van andere groepen (mensen met een lage ses, bewoners) en literatuur waarin op basis van praktijkervaringen aanbevelingen of handreikingen worden geformuleerd. We vatten hieronder de bevindingen samen, waarbij de nadruk ligt op belemmerende en bevorderende factoren en/of leerpunten en aanbevelingen.

Wijkgericht werken aan gezondheidsbevordering in vier achterstandswijken in Rotterdam

In twee artikelen in TSG (de Haes et al., 2002; Voorham, et al., 2002) zijn de leerpunten beschreven uit de ervaringen met een met onderzoek begeleid project *Wijkgericht werken aan gezondheidsbevordering in vier achterstandswijken in Rotterdam*. Het onderzoek is voortijdig stopgezet omdat er op deelgemeenteniveau geen draagvlak ontstond voor een interventieproject in relatie tot een gezondheidsonderwerp. In Rotterdam is in 1997 een beleid in gang gezet, gericht op het betrekken van de bevolking bij besluitvorming. In die context ontwikkelde de GGD-Rotterdam een project wijkgericht werken aan gezondheidsbevordering. Het Instituut Maatschappelijke gezondheidszorg zou het evaluatieonderzoek uitvoeren. Bij de uitwerking bleek dat de verwachte politieke steun op deelgemeenteniveau niet aanwezig was. Dit had tot gevolg dat er geen draagvlak ontstond voor een interventieproject in relatie tot een gezondheidsonderwerp

Tijdens een bij ZON georganiseerde expertmeeting trokken diverse deskundigen de leerpunten uit deze ervaring. Men kwam tot de volgende slotsom (de Haes et al., 2002). De belangengestellingen van de vele belanghebbenden in zo'n groot project zijn vaak moeilijk overbrugbaar. Politieke betrokkenheid kan

vele vormen aannemen en niet elke steun is behulpzaam voor een wijkgerichte gezondheidsinterventie. De bevolking (in achterstandswijken) laat zich niet gemakkelijk betrekken in leefstijlonderwerpen die zij krijgen aangeboden. Uit een analyse van het proces van dit project (Voorham et al., 2002) worden de volgende leerpunten uit de praktijk getrokken. Voor wijkgericht werken aan gezondheidsbevordering is betrokkenheid van politici en de bevolking belangrijk. Het kan lang duren voordat deze er voldoende is. Wijkgericht werken moet meer als een 'community' benadering worden opgevat: sociale verbanden moeten het uitgangspunt zijn, niet noodzakelijk een geografisch gedefinieerde wijk. Evaluatieonderzoek moet flexibel worden opgezet om rekening te kunnen houden met een zekere onvoorspelbaarheid van de interventies. Tot slot moet het proces waarlangs het effect bereikt wordt een belangrijk aandachtspunt zijn in evaluatieonderzoek.

Samenwerken aan gezondheid in de buurt in Eindhoven

Het programma *Samenwerken aan gezondheid in de buurt in Eindhoven* is begeleid met onderzoek. Het programma heeft een wijkgerichte participatieve aanpak met als doel de sociaal economische gezondheidsverschillen in impulsbuurten te verminderen. Wageningen Universiteit heeft de activiteiten van het programma gedurende ruim drie jaar (van het najaar 1999 tot januari 2003) in de pilot-fase met actiebegeleidend onderzoek gevolgd. Daarnaast heeft de Erasmus Universiteit effectevaluatieonderzoek verricht waarbij de nadruk lag op leefstijl- factoren.

De uitkomsten van de derde en vierde ronde van het actiebegeleidend onderzoek (Weijters & Koelen, 2002, 2003) leidden tot de volgende conclusies en aanbevelingen over participatie. Voor een juist beeld van participatie is het belangrijk om onderscheid te maken tussen afgevaardigden uit de wijk, de 'doeners' of 'meehelpers' en 'de consumenten'. Het is belangrijk om realistische doelen te stellen voor participatie. Niet alle activiteiten lenen zich voor een bottom-up benadering vanwege de benodigde specifieke kennis over gezondheid. Het is dan ook niet realistisch om participatie te verwachten tijdens alle fasen van het project en op alle niveaus van samenwerking. De afvaardiging van de bewoners door een vrijwilliger uit de

bewonersorganisatie vormde een stevige basis voor ingang in de wijk en zicht op de behoeften. De afgevaardigde heeft op alle niveaus meegedacht en meebeslist over de uit te voeren activiteiten. Dit verhoogt de kans op een succesvolle aansluiting bij wat wijkbewoners (consumenten) willen. Daardoor is het makkelijker hen te werven voor deelname aan de activiteiten. Ook het werven van vrijwilligers om te helpen bij de implementatie wordt dan eenvoudiger.

De onderzoekers constateren dat de wijze waarop participatie beleefd werd van 'top-down' naar 'bottom-up' is verschoven. Bottom-up betekent in dit project niet letterlijk van onderop werken waarbij de wijkbewoners op alle niveaus eigen initiatieven tonen. Het wil zeggen dat er op alle niveaus rekening is gehouden met de realiteit van de wijk (bedoeld worden hier de door Rifkin onderscheiden niveaus: organisatie, management, mobilisatie van mensen en middelen, leiderschap en behoeftebepaling). Bij de uitvoerders bestaat de indruk dat het thema gezondheid concreter is geworden door aan te sluiten bij wat er leeft in de wijk in combinatie met aanbodgericht en laagdrempelig. Zolang het thema gezondheid in de wijk onvoldoende concreet leeft, lijkt het nodig te zijn dat één organisatie de rol van kartrekker op zich blijft nemen. Men verwacht in de toekomst dat men de wijkbewoners er meer bij kan betrekken op alle niveaus, wanneer er voldoende ruimte wordt gegeven aan de vrije keuze en eigen invulling van de activiteiten.

Voor het voortzetten van de gezondheidsactiviteiten in de wijk is een stabiele overlegstructuur belangrijk, evenals een initiatiefnemer zoals de GGD die kan fungeren als 'system integrator'. Verder werd geconcludeerd dat een activiteit meerdere doelen tegelijk kan dienen. Doelen geformuleerd in termen van het bevorderen van sociale cohesie in de wijk en het bevorderen van zelfbeschikking van wijkbewoners over hun leven (empowerment) zijn van invloed op de kwaliteit van leven. Daarmee zijn ze ook gerelateerd aan gezondheid (vanuit de definitie van gezondheid van de WHO).

De onderzoekers bevelen aan om aan gezondheidsactiviteiten onderzoek te blijven koppelen, zodat resultaten op allerlei niveaus zichtbaar kunnen worden. Voorwaarde is dat bij de effectevaluatie flexibele methoden van onderzoek worden

toegepast en dat het thema gezondheid in een brede context wordt geplaatst (ofwel niet alleen gericht op leefstijlfactoren). De meest directe weg voor behoeftebepaling is op een praktisch niveau contact met wijkbewoners te hebben zodat door signalering indirect deze behoeften afgeleid kunnen worden. Voorwaarde hiervoor is structureel overleg met bewonersorganisatie en werkers in de wijk. De inbedding van wijkgezondheidswerk in het reguliere beleid van samenwerkende partnerorganisaties vraagt nog meer tijd en aandacht. Belangrijk daarbij is dat de leden van de programmacommissie op beleids- en politiek niveau als ambassadeurs van gezondheid kunnen optreden.

Naast het actiebegeleidend onderzoek is er een evaluatieonderzoek verricht van het programma (Kloek, 2004). Kloek concludeert dat er een gespannen relatie bestaat tussen elementen van de community benadering en de eerder geformuleerde doelstellingen voor de interventiestudie. De bottom-up werkwijze resulteerde in een laag aantal evidence-based activiteiten binnen het totale interventieprogramma. Het beperkte resultaat van het programma na de implementatie van twee jaar is waarschijnlijk toe te schrijven aan twee oorzaken. Ten eerste de korte tijdsduur waarin de uitkomsten moesten worden behaald en ten tweede de ontoereikende kracht van het totale activiteitenaanbod. Volgens Kloek is meer onderzoek nodig naar de specifieke aspecten van de uitvoering en evaluatie van de complexe interventies voordat community interventies in achterstandsbuurten kunnen worden ingezet als effectief middel om het gezondheidsgedrag te verbeteren.

Heel de buurt (De Gezonde Buurt)

Een ander langlopend project over participatie van bewoners is Heel de buurt. De publicatie Heel de buurt gebundeld (NIZW, 2003) doet verslag van de ervaringen met vier jaar buurtgericht investeren. Voor de Gezonde buurt (het buurtgericht werken aan gezondheidsbevordering) zijn de volgende handreikingen geformuleerd. Presenteer gezondheid niet geïsoleerd naar de wijk maar zoek samenhang met thema's en kansen die zowel de algemene leefbaarheid als gezondheid, zorg en welbevinden raken. Aan de andere kant: versmal gezondheid niet tot 'algemene leefbaarheid': zorg ook voor inbreng van belangen en

opgaven die niet automatisch door bewoners worden herkend en aangegeven. Zoek verbinding met wijkbeleid en wijkvoorzieningen. Denk daarbij niet alleen aan algemene voorzieningen en netwerken, maar ook aan specifieke zorgvoorzieningen die een functie kunnen krijgen voor de wijk. Speel in op de mogelijkheden die herstructurering biedt voor het koppelen en hergroeperen van voorzieningen. Ga uit van nabijheid en kies thema's die raken aan dagelijkse ervaringen en belangen van bewoners en diversiteit. Geef naast het directe effect in gezondheid en welbevinden ook belang aan het stimuleren van ondersteunende netwerken en sociale samenhang. Combineer de ambitie en het belang van instellingen en lokaal beleid (sturing en regie, samenwerking, trekkersrol van bijvoorbeeld GGD) met druk vanuit bewoners. Ontwikkel vraagsturing langs twee hoofdlijnen: door signalen direct van bewoners te ontvangen (bijvoorbeeld door een belevingsonderzoek) en door zicht te ontwikkelen op behoeften via contact met doelgroepen in activiteiten. Ontwikkel dit cyclisch door na oriëntatie, onderzoek, planontwikkeling en uitvoering opnieuw een oriëntatie te starten.

In dezelfde publicatie van het NIZW (2003) worden de volgende randvoorwaarden geschetst voor de betrokkenheid van bewoners bij systematische en integrale wijkontwikkeling. Ten eerste bereidheid tot interactieve beleidsvorming, met een duidelijk kader met heldere doelen en een goede fasering van de activiteiten. Daarbij behoort duidelijke informatie en een gevarieerd communicatieplan met passende communicatiestrategieën voor de verschillende bevolkingsgroepen. Een tweede randvoorwaarde is de professionele ondersteuning. Dit vraagt een duidelijk herkenbare en voorspelbare samenwerkingsstructuur met professionals die ze kennen. Naast formele besluitvormingsprocedures is veel aandacht nodig voor het informele om echte betrokkenheid te realiseren. Een derde randvoorwaarde is investeren in het zelforganiserend vermogen van bewoners en extra facilitering van bestaande organisatie en netwerken van bewoners om hun rol in het participatieproces waar te kunnen maken. Volgens de ervaringen van Heel de buurt moet participatie door beleidsmakers niet teveel worden ingevuld als participatie in het beleidsproces (verticale participatie). Eerder gaat het om de bijdrage die het beleid kan leveren aan de participatie van bewoners in informele sociale structuren in hun buurt (horizontale participatie). Daarnaast blijft het van groot belang om in het beleid en de uitvoering rekening te houden

met de diversiteit van de bewoners, de manier waarop bewoners de wijk gebruiken en de buurtidentiteit invullen. Dit vereist een pragmatische invulling van buurtgericht werken (ook oplossingen buiten het schaalniveau van buurt of wijk, bijvoorbeeld per doelgroep, individu of themagebied).

Dezelfde publicatie (NIZW, 2003) behandelt interactief beleid in een multiculturele wijk. De volgende aanbevelingen worden geformuleerd. Houd rekening met de psychologie van de migrant, let op groepsomgangspatronen en beoordeel de sociale processen in de wijk op hun interculturele dynamiek. Betrek eerstelijners, management en de beleidssector op elkaar. Het heeft geen zin om organisaties activiteiten te laten ontwikkelen die uitvoerenden niet waar kunnen maken omdat de methodiek ontbreekt, of steun voor het uitvinden hoe het moet. Elk terrein kent zijn eigen dynamiek, machtsverhoudingen en betekenissen. Voor allochtonen liggen die gedeeltelijk anders dan voor autochtonen evenals de wijze waarop zij hiermee omgaan (zie ook Broekman, 2000). Voorwaarden om participatie van allochtonen te bevorderen zijn allereerst kennis van verschillende culturen, achtergronden en migrantengroepen. Ten tweede een duidelijk doel voor ogen hebben, duidelijkheid over wie je wilt bereiken, waar en hoe. Verder het gebruik maken van verschillende communicatietrajecten; korte termijn trajecten bewandelen: kleine en snelle successen. Daarnaast: samenwerking bewerkstelligen van groepen met eenzelfde belang. De publicatie gaat in op het gebruik van sociale netwerken en de verwachtingen aan en de opstelling van de welzijnswerker.

Inspiratiebronnen voor veelkleurige bewonersparticipatie

In de publicatie *Vraag 't ze persoonlijk. Inspiratiebronnen voor veelkleurige bewonersparticipatie* (Galesloot, 2001) zijn elf participatieprojecten beschreven. Projecten waarin samen met bewoners plannen zijn gemaakt voor de leefbaarheid of toekomst van de eigen buurt, waarin allochtonen actief hebben geparticipeerd. Twee van deze projecten zijn gericht op gezondheid. Een had het werven van allochtone intermediairs voor diverse instanties als oogmerk, waaronder de thuiszorg. Het andere project betreft het opzetten van een Turkse vrouwengroep binnen het Platform allochtonen met een handicap te Rotterdam. Doel van het project is allochtonen met

een handicap of met een gehandicapt kind meer te betrekken bij de zorg. Conclusies: versterk het eigendomsgevoel; investeer in een persoonlijke benadering en minder in verbale middelen; redeneer vanuit capaciteiten, niet vanuit problemen; benut allochtone organisaties en intermediairs; benoem sekseverschillen; speel in op de specifieke behoeften van allochtonen; creëer laagdrempelige ontmoetingsruimten; koester de werkwijze van het opbouwwerk; dam de bureaucratie in en maak ruimte voor bewoners; zet in op zelfredzaamheid en zelfrespect.

Participatie als voorwaarde voor en strategie in empowerment

Jacobs en collega's (2005) deden een beschrijvend kwalitatief onderzoek naar 'the state of the art' in de theorie en praktijk van empowerment in de gezondheidsbevordering. Daarbij hebben ze een analyse verricht van projecten die zijn uitgevoerd in het programma Gezond Leven. Zij concluderen dat een hoge mate van doelgroep participatie een voorwaarde is voor en een belangrijke strategie in het werken aan empowerment. Er wordt ook wel gesproken over een *partnership* tussen professionals en doelgroep, die te zien is in participatieve vormen van (actie)onderzoek, evaluatie en educatie. De kracht van Participatief Actie Onderzoek (PAR) ligt niet alleen in de samenwerking tussen professionals en doelgroep (als mede-onderzoekers en -ontwikkelaars). Die ligt evenzeer in de verbinding van onderzoek, leren en actie of verandering - alle drie belangrijke componenten in zowel de gezondheidsbevordering als empowerment. Zij bevelen aan dat de samenwerking tussen professionals en de doelgroep in het bevorderen van gezond leven (ideaal-typisch) alle facetten van een gezondheidsbevorderingsproject zou moeten omvatten. Deze facetten zijn het vooronderzoek naar de wensen, verlangens, behoeften, problemen van de doelgroep; de voorbereiding (inclusief een gezamenlijke gedeelde definitie van empowerment en het specificeren van de mate en aard van de beoogde samenwerking); het vaststellen van elk operationeel domein, inclusief leiderschap, verantwoordelijkheden, bevoegdheden; de strategische planning voor elk operationeel domein, inclusief het tijdsplan; de analyse/interpretatie van de resultaten (nieuwe inzichten dienen te worden ingezet in sociale en politieke actie door middel van strategische planning); de follow-up (opnieuw

vaststellen van operationele domeinen en gewenste veranderingen); de verslaglegging (inclusief het genereren van bruikbare en zinvolle lessen voor andere professionals en burgers, in de vorm van beschrijvingen van 'good' of 'best practices').

Ook concluderen ze dat een zuivere bottom-up benadering in de gezondheidsbevordering een illusie is. Er is per definitie sprake van verschillen in macht, belangen, doelen en waarden tussen de belanghebbenden (doelgroep, professionals, beleidsmakers, financiers). Al vanaf de start van de samenwerking dienen deze onderwerp te zijn van dialoog. Die vereist specifieke interpersoonlijke en politieke competenties van professional. Professionals zouden meer ondersteuning moeten krijgen in 'dialogisch werken'. Daarbij dienen professionals ook aandacht te hebben voor verschillen binnen de doelgroep in maatschappelijke positie, leefstijlen, behoeften, problemen en verlangens, en bronnen van kracht en kwetsbaarheid. Die hangen vaak weer samen met gender, klasse, etniciteit, generatie, enzovoort. Aandacht voor en het kunnen werken met dergelijke verschillen is nodig om uitsluiting te voorkomen. Jacobs en collega's concluderen dat het 'delen' van de macht de grootste uitdaging in empowerment blijkt. Dit vraagt om (verdere) ontwikkeling van interculturele competentie in gezondheidsbevordering

Voor het werken aan empowerment is volgens Jacobs et al. ook een cultuuromslag nodig in gezondheidsorganisaties en bij opdrachtgevers. Die verandering staat haaks op de trend van *evidence-based* werken en *accountability* in kwantificeerbare termen. Empowerment is een langer durend, gelaagd, dynamisch en contextspecifiek proces waarvan de uitkomsten (op verschillende momenten) niet van tevoren zijn vast te leggen. Projecten kampen met een gebrek aan tijd en menskracht om de participatie van de doelgroep op kwalitatief hoog niveau gestalte te geven. En waar dit wel lukt gaat dit vaak ten koste van gedegen actiebegeleidend onderzoek.

Onderzoekers en hun dilemma's in een participatief onderzoeksproject

Dat doelgroepparticipatie niet eenvoudig is te realiseren komt ook naar voren in het artikel *Waarde(n)vol onderzoek*.
Onderzoekers en hun dilemma's in een participatief onder-

zoeksproject (van den Ende & Jacobs, 2005). In dit artikel is het participatieproces beschreven van het project Zin In Gezond Leven. De auteurs onderscheiden drie fasen, waarin de vorm en mate van participatie sterk verschilden. In de voorbereidingsfase was er geen of nauwelijks sprake van participatie. In de fase van onderzoek was die van een hoog niveau (4 of 5) (volgens de ladder van Pretty). In de derde fase - de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie - liep de participatie weer terug naar de eerste drie niveaus. Was de doelgroep in eerste instantie een actieve partner in het project door inbreng van peers en intermediairs, uiteindelijk kreeg de participatie de vorm van een klankbordgroep.

De reden daarvoor was dat in het onderzoeksteam op verschillende wijze naar participatie werd gekeken (maar hierover is niet expliciet gesproken). Niet iedereen zag participatie als intrinsieke waarde. Men zag het als een manier om informatie van de doelgroep te vergaren, als een member check en bijvoorbeeld om via intermediairs de gebruikersgroep te werven. Een van de grootste dilemma's bleek het vasthouden aan het streven naar wetenschappelijke kwaliteit enerzijds en het realiseren van participatie anderzijds. En de meningsverschillen hierover. Deze zijn terug te voeren op een tekort aan tijd en gebrek aan dialoog, aan het afschermen van de intermediairs, waardoor er geen gelijkwaardige dialoog plaats vond. Specifiek voor de allochtone (Marokkaanse) doelgroep gold dat de onderzoekers voortdurend een vertaalslag moeten maken. Letterlijk, naar de Marokkaanse gebruikersgroep en intermediairs, maar ook figuurlijk doordat zij hun academisch taalgebruik moeten bijstellen - wat hun behoorlijk wat hoofdbrekens blijkt te kosten. Conclusie: het realiseren van doelgroep participatie is verre van eenvoudig. Naast de methodisch-praktische problemen werden de verstarde beelden genoemd. Niet alleen van de kwetsbare intermediair, maar evengoed van de deskundige onderzoeker, van de zuiver wetenschappelijke professionals die onvoldoende toegerust of bereid zijn om (gedeeltelijk) afscheid te nemen van hun idealen en te schipperen met hun waarden in de dagelijkse praktijk van onderzoek doen.

Participatie van allochtonen in de patiëntenbeweging

In het onderzoek *Participatie van allochtonen in de patiëntenbeweging. Huidige stand van zaken en mogelijkheden voor de toekomst* (Eitjes & de Graaff, 2004) worden onder andere de volgende conclusies getrokken. Allochtonen hebben hulp nodig bij het articuleren van hun wensen. De regierol is belangrijk - wie kan dat het beste doen? Een kennisbank ontbreekt (specifiek voor de patiëntenbeweging). Uit het onderzoek komen de volgende aanbevelingen naar voren. Goed lopende projecten voor autochtonen zijn uit te breiden naar allochtonen. Beleidsmakers moeten het proces van participatie structureel ondersteunen. Alle geledingen van de instelling moeten gericht zijn op de belangen van allochtonen. Focus op concrete (kleinschalige) acties met zichtbare resultaten. Vertaal het brede concept van belangenbehartiging (of van participatie) naar concrete opdrachten en thema's voor aanwijsbare doelgroepen.

Participatie van allochtonen in gemeentelijk gezondheidsbeleid

In een onderzoek naar *Participatie van allochtonen in gemeentelijk gezondheidsbeleid* (GGD Nederland, 2003) werden weinig voorbeelden gevonden van beleidsvorming met participatie van allochtonen. De gemeenten verklaren dat met de argumentatie dat gezondheidsbeleid niet hoog op de agenda staat, waardoor er weinig ruimte is voor specifieke inspanningen. Dat er daarbinnen ook nog weinig aandacht is voor de problematiek van allochtonen komt onder andere doordat er weinig bekend is over de noodzaak daartoe: er is lokaal vrij weinig bekend over wat de gezondheidsproblemen van allochtonen zijn. Groepen allochtonen worden zelf ook weinig gevraagd om die aan te leveren. Allochtonen zijn op dit onderwerp ook nog nauwelijks georganiseerd.

Uit het onderzoek wordt geconcludeerd dat eerst een aantal randvoorwaarden moet worden gecreëerd voor een meer structurele inbedding van beleidsparticipatie van allochtonen in gemeentelijk gezondheidsbeleid. Etniciteit zou meer meegenomen moeten worden in de (epidemiologische) onderzoeken. De gegevens over de gezondheidsproblemen van allochtonen moeten enerzijds beter gemeten en geregistreerd worden en

anderzijds beter bekend zijn. De kennis over allochtone groepen en werkwijzen moet op gemeentelijk/regionaal niveau beter aanwezig zijn, in elk geval bij de GGD. Dat kan door personeelsbeleid (aannemen allochtonen, tijdelijke aanstellingen Vetc-ers omzetten in vaste, opleidingen intercultureel werken) en door het kwaliteitsbeleid (meten of het aanbod beschikbaar, toepasbaar en bereikbaar is voor allochtonen). Tot slot moeten allochtone steunorganisaties worden gestimuleerd om mee te denken over het gezondheidsbeleid, in elk geval op GGD-regioniveau. Dit kan door het inrichten van inspraakorganen of adviesraden en door het aanhaken bij activiteiten om allochtone patiëntenorganisaties op te zetten of te versterken.

4.3 De geselecteerde projecten

Uit de projecteninventarisatie zijn acht projecten voor doelgroep participatie door allochtonen geselecteerd waarin het realiseren van doelgroep participatie in de doelstelling is opgenomen en de doelgroep vanaf het begin participeert. Het gebruik van de term 'veelbelovend' impliceert geen kwaliteitsoordeel over deze projecten. De selectie betreft alleen die projecten waarin de vorm, de inhoud en het verloop van participatie zijn beschreven.

Selectiecriteria

Om een selectie te maken uit de 35 projecten gebruiken we de volgende aangescherpte criteria.

1. De doelgroep participatie heeft in ieder geval ook betrekking op de ontwikkelingsfase van de interventie.
2. De nadruk ligt op doelgroep participatie en in tweede instantie op gezondheidsbevordering.
3. Er zijn schriftelijke rapportages beschikbaar, waarin de totstandkoming en het verloop van de doelgroep participatie wordt beschreven - bij voorkeur een eindrapportage.
4. Het project is (bij voorkeur) gestart na 2000 en (nagenoeg) afgerond.

Ad 1. Doelgroep participatie wordt in deze studie gedefinieerd als een dynamisch proces dat is gericht op actieve participatie van een doelgroep. Deze actieve participatie vindt plaats vanaf

(in ieder geval) de ontwikkelingsfase van het project tot en met de uitvoering. Het gaat dus niet om het betrekken van de doelgroep op onderdelen van het project, zoals het uittesten van voorlichtingsmaterialen en -methodieken bij vertegenwoordigers van de doelgroep of het uitvoeren van de interventie via de voor-en-door-methode. In deze studie zien wij dit soort deelname door de doelgroep niet als doelgroep participatie, maar als noodzakelijke voorwaarde voor ieder project dat zich richt op allochtonen om op effectieve wijze de doelgroep te bereiken. Alleen interventies waarin de doelgroep ook actief betrokken is bij ontwikkelingsfase en waarbij deze betrokkenheid tijdens het verdere verloop van het project wordt gecontinueerd, zijn in deze studie aangemerkt als doelgroep participatie-interventies.

Ad 2. Omdat we niet bij voorbaat wisten of we voldoende participatieprojecten op het terrein van gezondheidsbevordering zouden vinden, is besloten ook goede voorbeelden van doelgroep participatie in andere, vergelijkbare, werkvelden te selecteren. Uiteindelijk was dat niet nodig. De eerste selectie binnen het werkterrein van gezondheidsbevordering leverde voldoende op.

Ad.3. In verband met de benodigde beschikbaarheid van een aantal centrale gegevens (zie analysekader) en de beperkte tijd/omvang van het project was het niet mogelijk om dit soort informatie via bijvoorbeeld telefonische of mondelinge interviews te achterhalen. Ook speelde een rol dat participatie vaak onvoldoende beschreven is; er wordt bijvoorbeeld wel verslag gedaan van de resultaten van het project, maar niet over hoe participatie is aangepakt en hoe het verlopen is.

Ad.4. De voorkeur ging uit naar projecten die al of nagenoeg zijn afgerond, omdat daarvan de meest evaluatiegegevens beschikbaar zijn.

De geselecteerde projecten

Bij de selectie van de acht projecten is daarnaast gelet op variatie tussen de projecten. Er is gekozen voor projecten gericht op verschillende subdoelgroepen die uitgevoerd worden in verschillende settings rond uiteenlopende gezondheidsthe-

ma's. Met als gevolg dat ook een grote variëteit aan organisaties betrokken was (variërend van GGD'en, Universiteiten tot patiëntenorganisaties en zorginstellingen). De selectie bestaat uit zes praktijkprojecten, een gecombineerd beleids- en praktijkproject en een beleidsproject.

Praktijkprojecten:

1. Amor i salú: bevordering van seksuele gezondheid en preventie van tienerzwangerschappen (GGD Rotterdam e.o. en Antilliaanse en Arubaanse zelforganisaties).
2. Integrale benadering van vrouwelijke migranten met chronische pijnklachten (Nederlands Paramedisch Instituut).
3. Islam en seksualiteit: website voor Marokkaanse jongeren over veilig vrijen en seksualiteit (Soa Aids Nederland (SANL), Maroc.nl, NIGZ).
4. Kanaleneiland gezond: opvoedingsondersteuning aan Marokkaanse vaders en moeders (GG&GD Utrecht, Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling (DMO) gemeente Utrecht, Multicultureel Instituut Utrecht, zes zelforganisaties).
5. Nô's Saúde: gezondheidsbevordering van Kaapverdianen in de wijk (GGD Rotterdam e.o., Stichting Avanco, Delphi Opbouwwerk, NIGZ, Verwey-Jonker Instituut).
6. Zin in gezond leven: ontwikkelen van referentiekader en interventies die recht doen aan de sociale, culturele en existentiële dimensie van Gezond Leven, met nadruk op empowerment (Universiteit voor Humanistiek, Transact, GGD Rotterdam e.o.).

Gecombineerd beleids- en praktijkproject

7. Voorpost gezondheidszorg: buurtgericht gezondheidsprogramma (Gemeente Hoogezand Sappemeer en Heel de Buurt).

Beleidsproject

8. Vraaggericht preventiebeleid benaderen burgers (Gemeente Utrecht, GG&GD Utrecht, PPCP).

In het projectenoverzicht in bijlage 1 staan deze projecten cursief weergegeven.

In bijlage 2 zijn de projecten uitgebreid beschreven aan de hand van de in het analysekader onderscheiden participatiekenmerken. Hieronder wordt een korte samenvatting per project gepresenteerd.

Korte beschrijving van de projecten

Het project *Amor i salú* heeft als doel bevordering van seksuele gezondheid en preventie van tienerzwangerschappen. Ontwikkeling van interventies vond plaats samen met opinieleiders; uitvoering door Vetc-ers. Er is aangesloten bij reeds lopende activiteiten voor de doelgroep.

Voorlichtingsactiviteiten bestonden uit voorlichtingsbijeenkomsten in vrouwengroepen, tiengroepen of nieuwkomerproject, een GGD stand op Zomercarnaval, family day, Arubadag, Vrouwendag en andere festivals. Hier werden ook voorbijgangers benaderd voor een gesprekje. Daarnaast waren er uitingen op radio (radiosoap), poster en flyer. In de voorlichtingen speelde ook een toneelgroep een rol.

Het project *Integrale benadering van vrouwelijke migranten met chronische pijnklachten* heeft als doel het ontwikkelen van een multi-scenario-methodiek. Zodoende is een infrastructuur op te zetten van multi-sectorale netwerken (inclusief doelgroep participatie) die zijn gericht op bevordering van een gezonde leefstijl. De uitwerking vindt plaats in vier pijlers.

1. Optimaliseren van de inhoud en wijze van aanbieden van het groeps-oefenprotocol.
2. Samenstellen van een instrumentarium voor betere communicatie en evaluatie.
3. Netwerken opbouwen op wijkniveau. Binnen de wijken wordt een passend sportaanbod voor de vrouwen gezocht. Zij worden actief betrokken bij het kiezen van de beweegactiviteiten. Daarnaast wordt een netwerk opgebouwd op overkoepelend niveau, met onder andere zorgverzekeraars en stadsdeelraden.
4. Op basis van alle verkregen gegevens wordt een multi-scenario methodiek ontwikkeld, waarin faal-en succesfactoren voor het implementeren van een gezondere leefstijl bij verschillende doelgroepen staan aangegeven. Daarmee kan in verschillende steden implementatie plaatsvinden van de genoemde onderdelen. Voor de ontwikkeling van de vier pijlers zijn trekkers aangesteld die zelf tot de culturele subgroepen behoren.

In partnerschap met vertegenwoordigers van de Marokkaanse gemeenschap is een website (verder) ontwikkeld over *islam en seksualiteit*. De website is een subsite van Maroc.nl. Marokkaan-

se jongeren hebben geparticipeerd in de ontwikkeling van de website. Het doel van de site is het bespreekbaar maken van seksualiteit en het ondersteunen van jongeren bij het maken van keuzes in seksualiteit en relaties. Onderdelen van de website zijn een vraagbaak, een forum, columns en enquêtes en polls. Daarnaast zijn er een sekswijzer (encyclopedie) en een kennisquiz en worden wisselende thema's besproken.

Het project *Kanaleneiland gezond* is opgezet volgens de 'community' benadering. Doelgroep participatie is een van de uitgangspunten. Zowel aan professionals als bewoners, waaronder Turkse en Marokkaanse groepen, is gevraagd welk gezondheidsthema prioriteit had. Hieruit kwam opvoedingsondersteuning als belangrijkste thema naar voren. Dit project heeft als doel aan Marokkaanse ouders - en vooral vaders - kennis en vaardigheden over te dragen over opvoeding. Het uiteindelijke doel van dit project is: er zijn activiteiten in de wijk uitgevoerd die de gezondheid van de betrokken bewoners ten goede komen. Uiteindelijk is het de bedoeling dat deze activiteiten onderdeel worden van het reguliere werk in de wijk.

Het project *Nô's Saúde: gezondheidsbevordering van Kaapverdi- anen in de wijk* heeft als einddoel het bevorderen van een gezonde leefstijl in wijk en gezin. Om dit te realiseren zijn eerst de gezondheidsproblemen van deze gemeenschap en van de (in)formele sociale infrastructuur (door een community-analyse) in kaart gebracht. Ook is de ervaren gezondheid onderzocht. Op basis van deze informatie zijn interventies ontwikkeld. Het ontwikkelen vond plaats in lokale conferenties, waarbij de doelgroep en professionals uit de wijk zijn betrokken. Vervolgens zijn twee interventies (een voorlichtingsvideo en een zorgnetwerk) geïmplementeerd en geëvalueerd. Tot slot is gekeken naar de mogelijkheid om dit project breder te implementeren.

De eerste fase van *Zin in gezond leven* bestaat uit een studie naar een sekse- en etniciteitsbewust referentiekader voor Gezond Leven. In de tweede fase worden op basis van dit referentiekader interventies ontwikkeld die recht doen aan sociale, culturele en existentiële dimensie van Gezond Leven, met nadruk op empowerment. Er is een draaiboek ontwikkeld en er vindt een proefuitvoering plaats. Vertegenwoordigers van de doelgroep zijn via deelname aan projectgroep actief betrokken

bij project. Door participatief actieonderzoek is de doelgroep benaderd. Producten: een koffer met materialen en handleiding; inzicht in kader; do's en don'ts van de participatief dialogische methode.

Het Project *Voorpost gezondheidszorg: buurtgericht gezondheidsprogramma* komt voort uit het Heel de buurt project. Doel is het verbeteren van de toegankelijkheid naar zorg-, hulp- en dienstverlening voor alle bewoners in Hoogezand-Sappemeer en specifiek voor bewoners van allochtone afkomst. Een projectleider signaleert, adviseert, informeert, verwijst, bemiddelt en ondersteunt cliënten. Dit doet ze tijdens verschillende inloopsprekuren of huisbezoeken. Hierbij krijgt ze ondersteuning van drie allochtone intermediairs. Ook vinden voorlichtingsbijeenkomsten plaats over gezondheidsonderwerpen. De projectleider treedt op als consulent. Er wordt gewerkt op basis van informatie uit een gezondheidsenquête en een inventarisatie van vragen en wensen over de gezondheid van allochtonen onder sleutelfiguren.

Het project *Vraaggericht preventiebeleid* bestaat uit het ontwikkelen van een gevalideerd en beleidsrelevant instrument (fase 1) ter ondersteuning van beleid (fase 2) dat is gericht op het ontwikkelen van meer vraaggerichte gezondheidsbevordering. Ook wordt een 'best practices' model uitgewerkt voor kennisoverdracht en gebruik van de gezondheidsinformatie voor beleidsontwikkeling. Het instrument bestaat uit drie onderdelen: een schriftelijke enquête onder een steekproef van de bevolking, mondelinge interviews bij intermediairs en een burgerraadpleging. In de tweede fase wordt de vraag omgezet in een beleidsvoornemen.

4.4 Analyse van de onderzoeksliteratuur, projecten en interviews aan de hand van de participatiekenmerken

In deze paragraaf analyseren we de in de onderzoeksliteratuur beschreven projecten, de geselecteerde projecten uit de inventarisatie en twee aanvullende interviews. Dit gebeurt met het in hoofdstuk twee ontwikkelde analysekader.

Participatiefase

Uit de onderzoeksliteratuur komt naar voren dat participatie in de diverse fasen van een project vaak veel meer tijd kost, dan men aanvankelijk heeft geschat. Naast tijd is ook ondersteuning, van zowel doelgroepleden als professionals, een belangrijk aandachtspunt dat vaak wordt 'onderbegroot'.

Bij zes van de acht geselecteerde projecten participeert de doelgroep in de fasen van analyse, ontwerp, ontwikkeling, uitvoering/implementatie en bij drie van de zes projecten ook in de evaluatiefase. Bij één praktijkproject was de doelgroep daarnaast betrokken bij het initiatief. Bij één praktijkproject was de doelgroep alleen betrokken bij de analyse en ontwerp/ontwikkeling. Bij nadere beschouwing bleek een van de beleidsprojecten alleen betrekking te hebben op participatie van de doelgroep in de analysefase. In het vervolg van dat project kan volgens de informant sprake zijn van (actieve) participatie van de doelgroep.

Participanten

Uit de onderzoeksliteratuur komt naar voren dat het belangrijk is om niet alle doelgroepleden over een kam te scheren. Zo zijn er 'afgevaardigden', 'doeners' en 'consumenten' die elk een eigen rol spelen in gezondheidsbevorderende interventies. Dit geldt overigens ook voor professionele participanten in een project. Diverse auteurs benadrukken dat het belangrijk is om een 'trekker' (een organisatie of professional(s) aan te stellen die het voortouw neemt), vooral in de beginfase. Een auteur noemt de GGD als mogelijke 'system integrator', die er voor zorgt dat verantwoordelijkheden worden opgepakt en dat participanten goed met elkaar communiceren.

De doelgroepen van de verschillende geselecteerde projecten zijn divers: Kaapverdianen in een Rotterdamse wijk, Antillianen en Arubanen van 15 t/m 50 jaar in Rotterdam, vrouwelijke migranten ouder 18, Marokkaanse jongeren van 14-24 jaar, Marokkaans en Nederlandse mannen en vrouwen van 55-75 jaar met een lage ses, personen ouder dan 16 jaar in GSB-wijken, bewoners (van allochtone afkomst) van Hoogezand-Sappemeer.

De doelgroep is in alle projecten (in eerste instantie) door de deelnemende instellingen en/of de gemeente gedefinieerd. In sommige gevallen is de definitie van de doelgroep in de beginfase van het project iets veranderd (bijvoorbeeld van Kaapverdiaanse vrouwen naar de hele Kaapverdiaanse populatie in een wijk en het verlagen van de leeftijdsgrens voor de Marokkaanse ouderen). Onduidelijk is of dit in samenspraak met de doelgroep heeft plaatsgevonden.

In de meeste projecten is er expliciet aandacht voor diversiteit. De praktijkprojecten richtten zich specifiek op bepaalde etnische en/of leeftijdsgroepen (jongeren, ouderen) en/of ses, en hielden binnen die doelgroep ook nog rekening met diversiteit, vooral in sekse. In één project wordt in de procesevaluatie geconcludeerd dat aandacht voor diversiteit nog veel beter kan. In de beleidsprojecten waren allochtonen één van de doelgroepen en was er aandacht voor diversiteit tussen de doelgroepen, dat wil zeggen voor specifieke kenmerken van de allochtone doelgroep waarmee bijvoorbeeld rekening werd gehouden bij het benaderen van de doelgroep. Diversiteit is dan een van de beleidsdoelen.

In alle projecten is er in meer of mindere mate aandacht voor kenmerken van de community en/of de setting. In alle projecten participeren vooral sleutelfiguren zoals vertegenwoordigers van zelforganisaties en intermediairs uit de doelgroep, in alle fasen, maar in het bijzonder in de fasen van ontwikkeling en uitvoering. In de analyse- en/of de uitvoerende fase is de participatie van de doelgroep breder. Het aantal mensen uit doelgroep dat participeert, varieert sterk en is ook afhankelijk van het doel en de gebruikte methoden.

Vanuit de interviews voegen de twee experts hieraan toe dat men moet onderkennen dat doelgroepleden, of participanten in een interventie, een privé-leven hebben, met zorgen en problemen. Participeren in een interventie is dus een extra activiteit die boven op het soms drukke dagelijkse programma komt. Een goede taakafbakening en ondersteuning zijn daarom belangrijk. Ook moet rekening worden gehouden met de consequenties van participatie voor een individuele wijkbewoner: door mee te doen, kan hij of zij in een (ongewenste) uitzonderingspositie terechtkomen, of juist de (overbelaste) vraagbaak van de buurt worden. Een expert stelt dat kan worden gedacht aan het opbouwwerk als belangrijke partner in het bereiken van - en samenwerken met - de doelgroep.

Opbouwwerkers staan met beide benen in de buurt, en weten wat er speelt. Zij beschikken ook over (gearticuleerde en niet-gearticuleerde) methoden om bewoners op een aansprekende manier te betrekken. Bewoners hebben vaak hulp nodig bij het articuleren van hun behoeften of wensen en hiervoor is in projecten vaak onvoldoende tijd en middelen gereserveerd. Overigens geldt iets vergelijkbaars voor professionele participanten: interculturalisering van professionals en instellingen staat weliswaar op de agenda, maar krijgt vaak nog onvoldoende concreet handen en voeten.

Participatiedoel

De onderzoeksliteratuur benadrukt dat in een lokale setting sprake kan zijn van verschillende doelen van gezondheidsbevorderende interventies. Soms levert dit geen problemen op (één activiteit kan meerdere doelen dienen), maar er kan sprake zijn van belangentegenstellingen. Als deze niet duidelijk zijn en zich pas gaandeweg het project manifesteren, dan zal het project niet slagen. Voor het welslagen van doelgroep participatie in een project is het volgens de auteurs ook belangrijk dat de formulering van het doel aansluit bij de ervaringen en leefsituatie van bewoners én dat men de vorming van (informele) netwerken stimuleert die zich inspannen om de doelstelling(en) te bereiken.

In de meeste geselecteerde projecten is participatie een middel om aan te sluiten bij de behoeften van de doelgroep. Bij het ontwikkelen van de interventie is participatie belangrijk om deelname van de doelgroep aan de interventie te vergroten. Twee projecten benoemen participatie ook als doel. In twee praktijkprojecten wordt empowerment van de doelgroep expliciet als een van de doelen benoemd. In twee projecten hebben de ontwikkelde materialen of heeft de ondersteuning empowerment tot doel, maar is het geen doel van de participatie in het project.

In drie projecten vindt (enige) competentieontwikkeling plaats, zowel van de doelgroep als van professionals. Het betreft bijvoorbeeld het trainen van intermediairs als interviewers, het ondersteunen en inzetten van actieve participanten als trekkers en een communicatietraining voor professionals. In de meeste

projecten is er aandacht voor draagvlak en samenwerking met andere organisaties. In drie projecten is ook aandacht voor (en sprake van) structurele inbedding in het reguliere aanbod of het beleid en financiering na de projectperiode.

De geïnterviewde experts benadrukken, zoals hierboven al is aangegeven, dat doelgroepleden dienen te worden ondersteund in het formuleren van hun doelen. Wat betreft de doelen die opdrachtgevers of financiers van gezondheidsbevorderende interventies formuleren, merken zij op dat het van belang is dat gezondheid breed geformuleerd wordt, zodat allerlei activiteiten hieronder kunnen vallen. Ook moeten de doelen in een later stadium (naar aanleiding van voortschrijdend inzicht) kunnen worden bijgesteld.

Participatiebereik

Dit kenmerk heeft betrekking op het participatiebereik ofwel de terreinen waarop participatie plaatsvindt: inhoud, financiering, en/of organisatie van een project. De auteurs van de onderzoeksliteratuur benadrukken het belang van betrokkenheid of participatie van zowel doelgroepleden als professionals op alle terreinen van een project. De mate van betrokkenheid, en de wijze waarop dit wordt vormgegeven, kan natuurlijk wel per terrein of onderwerp verschillen.

In de geselecteerde projecten heeft het participatiebereik vooral betrekking op de inhoud van een project. Sleutelfiguren uit de doelgroep participeren meestal ook in de organisatie van een project.

De geïnterviewde experts geven aangaande het participatiebereik de volgende aanvullingen. De inhoud van gezondheidsbevorderende projecten is 'gezondheid', maar voor het welslagen van het project dient vaak breder te worden gekeken, bijvoorbeeld naar 'leefbaarheid in de wijk'. Gezondheid is daar een onderdeel van. Dit komt omdat doelgroepleden soms andere doelen formuleren (of wensen hebben) die het terrein van gezondheid overstijgen. Daarnaast voegt een van de experts toe dat afgevaardigden, doeners en consumenten op verschillende terreinen participeren, en dat mensen op hun motivatie en competenties moeten worden ingezet. Dus: participatie in de

organisatie van een project vereist zitvlees en vergadertechnieken, terwijl de uitvoering van activiteiten weer andere

Participatieniveaus

Op welke niveaus vindt participatie plaats? (0: geen participatie, 1: passief, 2: via informatie, 3: via consultatie, 4: functioneel, 5: interactief, 6: zelfmobilisatie).

Uit de onderzoeksliteratuur blijkt dat verschillende mensen op verschillende niveaus participeren binnen één gezondheidsbevorderende interventie: sommige doelgroepleden participeren actief in activiteiten, terwijl anderen alleen geïnformeerd worden. Het bereiken van een zo hoog mogelijk participatieniveau voor *alle* doelgroepleden is niet realistisch. Beter is het te streven naar het zo goed mogelijk aansluiten bij de realiteit van de wijk, dat wil zeggen: ruimte bieden voor bottom-up initiatieven van bewoners, terwijl professionals in de wijk - samen met bewoners - hun agenda realiseren.

In de meeste geselecteerde projecten vindt ten minste functionele participatie van de doelgroep plaats (niveau 4). In vier projecten is (ook) sprake van een interactieve participatie (niveau 5) en in één project van zelfmobilisatie (niveau 6). Bij een van de beleidsprojecten is alleen sprake van participatie door consultatie (niveau 3).

De geïnterviewde experts bevestigen dat het bereiken van een hoog niveau van participatie heel erg lastig is. Een manier om het participatieniveau te verhogen, is om mensen te laten doen wat ze goed kunnen.

Participatieresultaat

In de meeste geselecteerde projecten zijn de beoogde participatieniveaus bereikt. In sommige projecten is het participatiebereik en/of niveau uiteindelijk minder hoog dan beoogd of is het onvoldoende gelukt om de bredere doelgroep te laten participeren.

Er zijn in de onderzoeksliteratuur, de geselecteerde projecten en de interviews uiteenlopende *bevorderende factoren* voor participatie genoemd. Deze zijn hier kort samengevat:

- Sterke onderlinge banden, oplossend vermogen en organisatiegraad van de doelgroep.
- Flexibele inzet van professionals (aanpassing werkwijze en werktijden) en een flexibel aanbod (aansluiting bij wensen van de doelgroep).
- Benadering van vrijwilligersorganisaties als gelijkwaardige partner, duidelijkheid over verschillende rollen en over het belang van participatie van de organisaties.
- Investeren in professionals die de interventie uitvoeren, zoals intensief contact, training interculturele communicatie, accreditatiepunten.
- Randvoorwaarden, zoals hechte samenwerking met andere activiteiten, gratis deelname (door bijvoorbeeld financiering door zorgverzekeraar).
- Opnemen van de activiteit(en) in meerjarenplan (geeft een garantie voor structurele inbedding).
- Bewandelen van verschillende wegen om draagvlak en implementatiekansen te vergroten, zoals instellen klankbordgroep, publicaties, presentaties. Hierin al tijdens de loop van het project investeren.
- Investeren in de analyse, bijvoorbeeld van interviews (levert veel informatie op).

De volgende *belemmerende factoren* werden genoemd in de onderzoeksliteratuur, de geselecteerde projecten en de interviews:

- Brede opvatting van gezondheid (van belang de opvatting van gezondheid met alle partijen goed door te spreken).
- Onvoldoende aansluiten van de vorm van de bijeenkomsten bij doelgroep (beter om te integreren in bestaande activiteiten).
- Te weinig aandacht voor verschillen binnen de doelgroep. Onvoldoende toerusting professionals (bijvoorbeeld voor voorlichting aan hoogopgeleiden).
- Gebrek aan kader, zoals allochtone of vrouwelijke docenten.
- Tegenstrijdige belangen (verschillende participatiedoelen).
- Onderlinge spanningen tussen de zelforganisaties.
- Niet goed vastleggen van afspraken.
- Kosten wat betreft tijd, geld en organisatie voor wederzijdse leerprocessen en om gelijkwaardigheid tussen de partners (doelgroep en uitvoerende organisaties) te verwezenlijken. Grote verschillen in context en professionaliteit

tussen de betrokkenen vergroten de kans op discrepantie in prioriteiten en het onvoldoende synchroon lopen van leerprocessen, waardoor de projectontwikkeling kan stagneren.

- Onmogelijkheid de informatie uit groepsgesprekken te generaliseren.
- Onduidelijkheid over de functie van de projectleider. Daardoor werd deze in eerste instantie opgevat als concurrent in het werkveld van zorg en dienstverlening.

De volgende aanbevelingen werden gedaan:

- Laat al in een eerder stadium een brede vertegenwoordiging van de doelgroep participeren (niet alleen bij activiteiten).
- Gebruik deskundigheid, faciliteiten en netwerken van participanten.
- Betrek lokale organisaties bij de activiteiten want zij zullen de activiteiten moeten continueren; betrokkenheid vanaf het begin is dan een voorwaarde.

4.5 Beleids-, praktijk- en onderzoeksvragen en thema's

Deze paragraaf beantwoordt de vraag wat de actuele en relevante beleids-, praktijk- en onderzoeksvragen en thema's zijn op het terrein van doelgroep Participatie van allochtonen.

Beleid

Uit de verkennende studie komt het beeld naar voren dat er (nog) weinig gezondheidsbeleid bestaat dat specifiek is gericht op allochtonen, laat staan van participatie van allochtonen in gezondheidsbeleid. Participatie van allochtonen krijgt tot nu toe vooral vorm in de praktijk van de gezondheidsbevordering. Dit blijkt bijvoorbeeld al uit het grote aantal praktijkprojecten en het geringe aantal beleidsprojecten bij de inventarisatie. Het ontwikkelen van draagvlak en samenwerking vindt wel plaats naar gemeente (of deelgemeente), maar dat lukt (nog) niet altijd. Daarnaast wordt er voornamelijk projectmatig aan doelgroep Participatie gewerkt. Daarbij is er wel aandacht voor structurele inbedding in praktijk en beleid, maar het is nog te vroeg om hiervan resultaten te kunnen melden.

Gezien de resultaten is het nog voorbarig om structurele inbedding als thema op de agenda te zetten. Een relevante vraag is wel wat de randvoorwaarden zijn voor beleidsmatige implementatie. Om welke voorwaarden gaat het precies en hoe zijn deze te realiseren?

De review biedt de volgende aanknopingspunten voor randvoorwaarden voor participatie van allochtonen in gezondheidsbeleid. In algemene zin zijn dat de bereidheid tot interactieve beleidsvorming, de bijdrage van beleid aan de participatie van de doelgroep in informele structuren en de inbedding van gezondheidsbeleid in ander beleid. Toegespitst op de doelgroep allochtonen is interculturele communicatie een belangrijke voorwaarde door het ontwikkelen en verspreiden van kennis en werkwijzen ten aanzien van allochtone groepen, de registratie van gegevens naar etniciteit en het stimuleren van allochtone organisaties om mee te denken over het gezondheidsbeleid.

Praktijk

In de praktijk van de gezondheidsbevordering in een (lokale) setting blijkt het daadwerkelijk effectief inzetten van doelgroep participatie een complex proces. De motieven of doelen om doelgroep participatie na te streven kunnen zeer divers zijn, wat gevolgen heeft voor de wijze waarop doelgroep participatie wordt ingezet (op welk niveau en in welke fase) en wie de participanten zijn. Dit heeft weer consequenties voor het resultaat van participatie.

De volgende thema's komen als relevant naar voren: het begrip doelgroep en doelgroep participatie, het specifieke van participatie van allochtonen, een brede benadering van gezondheid en een geïntegreerde aanpak, de toepassing van doelgroep participatie via wijkgericht werken, en de werkzame principes en effecten van doelgroep.

Ten eerste is het noodzakelijk om nauwkeuriger naar het begrip doelgroep en doelgroep participatie te kijken en daarbij tegelijk in ogenschouw te nemen dat het gaat om de doelgroep allochtonen. Aanknopingspunt is om in de definiëring en benadering van de doelgroep sociale verbanden en diversiteit als uitgangspunt te nemen.

Ten tweede is de vraag relevant wat het specifieke is aan participatie van allochtonen. Uit de review komen de volgende aanknopingspunten naar voren:

- De interculturele competentie bij professionals bevorderen.
- Kennis van verschillende migrantengroepen, culturen en achtergronden.
- Diverse communicatiestrategieën en -trajecten inzetten.
- Investeren in het zelforganiserend vermogen van de doelgroep. Dit kan bijvoorbeeld door (extra) ondersteuning van allochtone zelforganisaties en door educatieve activiteiten, door allochtone organisaties en intermediairs te benutten, diversiteit te benoemen, in te spelen op specifieke behoeften van allochtonen en te helpen bij het articuleren van hun wensen.

Een derde thema is een brede opvatting van gezondheid en een integrale benadering bij gezondheidsbevordering. De review levert de volgende aanknopingspunten. Gezondheid in een bredere context van bijvoorbeeld zelfbeschikking en sociale cohesie plaatsen, maar niet versmallen tot 'algemene leefbaarheid'. Dit betekent dat er zowel bottom-up als top-down wordt gewerkt. Niet alle activiteiten lenen zich voor een bottom-up benadering vanwege de benodigde specifieke kennis over gezondheid.

Een vierde thema is de toepassing van participatie van allochtonen. Wijkgericht werken komt naar voren als veelbelovende aanpak. De review levert de volgende aanknopingspunten voor principes voor doelgroep participatie in algemene zin:

- Wat betreft participatie(niveaus) aansluiten bij de realiteit van de wijk/doelgroep.
- Realistische doelen stellen wat betreft participatie(niveau) tijdens de verschillende fasen van het project.
- Onderscheid maken binnen de doelgroep tussen afgevaardigden, doeners en consumenten.
- Belangrijk is ook om na te gaan welke competenties nodig zijn bij de doelgroep om te kunnen participeren.
- Daarnaast is een stabiele en voor de doelgroep herkenbare overleg- en samenwerkingsstructuur met een 'system integrator' nodig.
- Inzetten van opbouwprincipes, zoals het eigendomsgevoel bij de doelgroep versterken, vanuit capaciteiten en niet vanuit problemen redeneren, inzetten op zelfredzaam-

heid en zelfrespect, laagdrempelige ontmoetingsruimten creëren.

- Specifiek voor participatie bij empowerment zijn verschillen in macht, belangen, doelen en waarden tussen de belanghebbenden (doelgroep, professionals, beleidsmakers, financiers) van belang. Al vanaf de start van de samenwerking dienen deze onderwerp te zijn van dialoog.
- Die vereist specifieke interpersoonlijke en politieke competenties van professionals. Professionals zouden meer ondersteuning moeten krijgen in 'dialogisch werken' met als doel het delen van de macht.
- Daarbij dienen professionals ook aandacht te hebben voor verschillen binnen de doelgroep die samenhangen met gender, klasse, etniciteit, generatie, om uitsluiting te voorkomen.

Een vijfde thema heeft betrekking op de werkzame principes en effectiviteit van de inzet van doelgroepparticipatie in gezondheidsbevorderende interventies. Uit de review komt naar voren dat daarover nog nauwelijks evidence-based informatie beschikbaar is. Wat betreft de effecten van doelgroepparticipatie zijn de projecten of programma's hoogstens 'veelbelovend' te noemen. De vraag is of er voldoende evidence-based informatie beschikbaar is voor het formuleren van prestatie-indicatoren. Niettemin doen wij daartoe in de laatste paragraaf op basis van het analysekader en de resultaten van de review een eerste aanzet.

Onderzoek

Uit de reviewstudie komt voor het onderzoek als thema naar voren het adequaat opzetten en uitvoeren van proces- en effectevaluaties. Enerzijds zijn die voldoende flexibel om ruimte te geven aan participatie van de doelgroep; anderzijds wordt voldaan aan eisen van uitvoerings- en wetenschappelijke kwaliteit. Een thema hierbij is de spanning en overbrugging tussen de verschillende 'talen' van doelgroep, intermediairs, professionals, beleidsmakers en wetenschappers.

Specifiek voor participatie als voorwaarde voor en strategie in empowerment bieden participatieve vormen van (actie)onderzoek, evaluatie en educatie, zoals PAR (Jacobs, et al.,

2005), belangrijke componenten in de gezondheidsbevordering en in empowerment. De kracht daarvan ligt niet alleen in de samenwerking tussen professionals en doelgroep (als mede-onderzoekers en -ontwikkelaars), maar ook in de verbinding van onderzoek, leren en actie of verandering.

De thema's en vragen voor het beleid en de praktijk zijn uiteraard ook belangrijke onderwerpen voor het onderzoek. In hoofdstuk 6 is dit verder uitgewerkt in het advies aan ZonMw voor het vervolg van het gerichte traject.

4.6 Een aanzet tot prestatie-indicatoren

In deze paragraaf gaan we in op de vraag welke prestatie-indicatoren geformuleerd kunnen worden, op uitvoerend en beleidsniveau. In paragraaf 4.5 is geconstateerd dat er onvoldoende evidence-based informatie beschikbaar is voor het formuleren van prestatie-indicatoren. Niettemin volgt in deze paragraaf op basis van het analysekader en de resultaten van de review een eerste aanzet.

In hoofdstuk 2 hebben we de volgende kenmerken of variabelen van doelgroepparticipatie onderscheiden: *participatiefase*, *participanten*, *participatiedoel*, *participatiebereik*, *participatieniveau* en *participatieresultaat*. Uit de reviewstudie komt naar voren dat de participanten, het doel, het bereik, het niveau en het resultaat kunnen variëren per fase. Dit kan worden weergegeven in de volgende matrix.

Participatiekenmerken

Participatie-fase	Participanten	Participatiedoel	Participatiebereik	Participatieniveau	Participatieresultaat
Initiatief					
Analyse					
Ontwerp/ Ontwikkeling					
Uitvoering/ implementatie					
Evaluatie					

Voor de verschillende cellen van de matrix zijn in de volgende tabel mogelijke prestatie-indicatoren geformuleerd op basis van de operationalisatie van de kenmerken in het analysekader, de resultaten van de review en de Preffi-items (zie hoofdstuk 2). Met deze prestatie-indicatoren kan worden vastgesteld of doelgroep participatie is of kan worden gerealiseerd.

Mogelijke prestatie-indicatoren voor de participatiekenmerken

<i>Participatie-fase</i>	<i>Participanten</i>	<i>Participatie-doel</i>	<i>Participatie-bereik</i>	<i>Participatie-niveau</i>	<i>Participatie-resultaat</i>
Initiatief	Initiatiefnemer formuleert de doelgroep	Initiatiefnemer formuleert het doel			
Analyse	Spreiding van het probleem specifiek voor allochtonen Hoe zien de verschillende betrokkenen het probleem Hoe definiëren de verschillende betrokkenen de doelgroep	Theoretisch model (aandacht voor participatie en culturele componenten van bijv. gedrag) Overeenstemming over doel en prioritering en keuze in determinanten	De analyse vindt in ieder geval met sleutelfiguren plaats, maar bij voorkeur met een bredere (gevarieerde) vertegenwoordiging uit de doelgroep	Vaststellen van niveau(s) van participatie (onderscheiden naar bijv. afgevaardigden, uitvoerders, deelnemers) Participatie in analyse: Minimaal niveau 3 (consultatie)	Participatie bij analyse bereikt? Hoe? Hoe eventueel te verbeteren?
Ontwerp/ Ontwikkeling	Rekening houden met: Diversiteit en kenmerken van de community/ setting Motivatie en mogelijkheden van de doelgroep (ontwikkeling van competenties) Bereikbaarheid van de doelgroep	Doelen zijn Aanvaardbaar Participatie zowel doel als middel Aandacht voor (ontwikkeling van) competenties bij professionals Aandacht voor (ontwikkeling van) draagvlak bij en samenwerking van de betrokken partijen	Bij de ontwikkeling is een brede (gevarieerde) vertegenwoordiging uit de doelgroep betrokken	Participatiestrategie/ methode: - afstemmen op doelgroep, doelen en setting - afstemmen op de 'cultuur' - duur, intensiteit, timing passend bij de doelgroep - top-down én bottom-up Minimaal niveau 4, bij voorkeur 5	Keuze voor effectieve technieken Participatie bij ontwikkeling bereikt? Hoe? Hoe te verbeteren?

<i>Participatie-fase</i>	<i>Participanten</i>	<i>Participatie-doel</i>	<i>Participatie-bereik</i>	<i>Participatie-niveau</i>	<i>Participatie-resultaat</i>
Uitvoering / implementatie	Inbedding in een bestaande infrastructuur, doelgroep mede-eigenaar van het project		Indien nodig worden intermediairen ingezet	Niveau 5	Monitoren en genereren van feedback (meten van participatie)
Evaluatie	Feedback aan betrokkenen (is dat teruggekoppeld)	Duidelijkheid en overeenstemming over de uitgangspunten van de evaluatie	In ieder geval met sleutelfiguren uit de doelgroep, maar bij voorkeur met een bredere groep	Minimaal niveau 3, bij voorkeur 4	Procesevaluatie (is participatie gemeten)
Alle fasen	Draagvlak (wijze waarop alloctonen betrokken zijn) Participatie van de doelgroep als onderdeel van de capaciteit: inzet van mensen uit de doelgroep zelf		Aandacht voor sturing (samenwerkingsvormen) Sleutelfiguren uit de doelgroep participeren in alle fasen op alle terreinen van het project		

5 Conclusies

5.1 Inleiding

Aan de hand van een conceptuele studie, de projecteninventarisatie en de analyse van onderzoeksliteratuur en veelbelovende projecten zijn de eerste vier onderzoeksvragen in de vorige hoofdstukken beantwoord. In dit hoofdstuk worden op basis van de verkennende studie en de expertmeeting (bijlage 4) conclusies getrokken voor het formuleren van het advies over het vervolg van het gerichte traject Doelgroep Participatie allochtonen (hoofdstuk 6).

5.2 Participatie van allochtonen

Uit de verkennende studie komt het volgende algemene beeld naar voren als het gaat om participatie van allochtonen in gezondheidsbevorderende interventies. In de literatuur en in onderzoek is weinig informatie te vinden over het specifieke van participatie van *allochtonen*. In individuele projecten worden weliswaar kenmerken van de doelgroep genoemd, maar in de meeste gevallen (met uitzondering van taal en zeer specifieke culturele gebruiken) kunnen deze kenmerken ook gelden voor andere of autochtone doelgroepen. Daarmee is nog onvoldoende duidelijk wat de betekenis is van het ontbreken van specifieke informatie over participatie van allochtonen. Duidt dit op de overtuiging dat de principes van doelgroep participatie door allochtonen niet afwijken van participatie door andere doelgroepen, zoals ouderen en jongeren? Ook bij deze doelgroepen?

pen is het bijvoorbeeld noodzakelijk goed aan te sluiten bij de specifieke culturele en sociale kenmerken. Een andere verklaring is dat de informatie ontbreekt omdat er vooralsnog geen onderzoek is uitgevoerd vanuit deze specifieke invalshoek.

In de literatuur en de projectbeschrijvingen zijn de termen 'doelgroep' en 'allochtone doelgroep' vaak onvoldoende helder uitgewerkt. De professionele organisatie definieert als regel de doelgroep op basis van de vraag wie wel of niet de mogelijkheid hebben om daadwerkelijk te participeren. De term doelgroep veronderstelt een groep die helder is af te bakenen, rond bepaalde kenmerken, maar de realiteit is veel complexer. Dat geldt zowel voor de 'einddoelgroep' als voor intermediaire doelgroepen zoals zelforganisaties. Het is van belang aandacht te besteden aan de diversiteit binnen de doelgroep en aan de verschillende posities die mensen tegelijkertijd innemen (intersectionaliteit).

De vraag is vervolgens wie de doelgroep definieert en op welke gronden. Er bestaat - per definitie - een spanning tussen de wensen en belangen van de doelgroep en van professionals. Wordt vanuit professioneel perspectief voldoende aandacht besteed aan de (verschillende) wensen en belangen van de betreffende mensen zelf? Welke dimensies zijn relevant of dominant in de definiëring en benadering van de doelgroep of community? Hoe positioneren mensen uit de doelgroep zichzelf? Dat betekent bijvoorbeeld dat niet alleen samenwerking wordt gezocht met allochtone zelforganisaties, maar ook met organisaties die gericht kunnen zijn vrouwen, jongeren, ouderen, religieuze groeperingen, et cetera. De nadruk op diversiteit betekent dat er nog steeds aandacht moet zijn voor overeenkomsten en gemeenschappelijkheid. Een doelgroep valt echter niet per definitie samen met een 'community'.

Bij doelgroep participatie wordt van beide partijen - de doelgroep die participeert en de professional waarmee wordt samengewerkt - bepaalde kennis en vaardigheden verwacht. In de gevonden projectbeschrijvingen komt slechts beperkt naar voren over welke competenties beide partijen zouden moeten beschikken. De meeste informatie betreft de (allochtone) doelgroep. Het is opvallend dat bijna nooit expliciet wordt ingegaan op de competenties die professionals nodig hebben om goed met de doelgroep samen te kunnen werken, zoals

vaardigheden in interculturele communicatie. Professionals moeten ook kunnen omgaan met verschillende rollen: enerzijds moeten zij inspelen op de wensen van de doelgroep, anderzijds wordt een beroep gedaan op hun professionaliteit om die wensen verder uit te werken en uit te voeren. Erkenning van de expertise van de doelgroep is essentieel voor een goede samenwerking: de bagage van de doelgroep weegt even zwaar als de bagage van professionals. Dit punt moet een expliciete plaats krijgen in de Preffi bij de uitwerking van de prestatie-indicatoren. Hieraan gaat de erkenning vooraf dat de doelgroep participeert vanuit eigen motieven en hoopt door participatie eigen doelen te realiseren.

Het is wellicht zinvol om twee benaderingen te onderscheiden: een ideologische en een instrumentele. Vanuit een ideologische invalshoek gaat het om diversiteit in participatie van mensen van wie de belangen versterkt dienen te worden. Daarbij is het van belang om rekening te houden met de posities die mensen innemen op meerdere assen van verschil, zoals leeftijd, etniciteit, gender, sociaal-economische status, leefstijl. Vanuit een instrumenteel perspectief kan het van belang zijn om te kiezen voor interventies die zijn toegesneden op een specifieke groep die helder wordt omschreven op basis van gemeenschappelijke kenmerken.

In het licht bovenstaande conclusie plaatsen de onderzoekers een kanttekening bij de titel van het gerichte traject. We stellen voor de titel in heroverweging te nemen en deze bijvoorbeeld te herformuleren in Diversiteit in participatie in gezondheidsbevordering.

5.3 (Gezondheids)thema's en settings

Uit de verkennende studie blijkt dat de (gezondheids)thema's waarmee doelgroep Participatie wordt uitgevoerd en onderzocht nauw samenhangen met de settings waarin doelgroep Participatie plaatsvindt.

Doelgroep Participatie (van allochtonen) krijgt in de praktijk vooral gestalte via wijkgericht werken. Daarbij wordt ingezet op gezondheid in de bredere context van thema's als leefbaarheid

en sociale cohesie. Wijkgericht werken lijkt een veelbelovende aanpak. Aandachtspunt bij deze benadering is wel dat de doelgroep, de community en de buurt/wijk niet altijd samen-vallen. Verder kunnen problemen, behoeften en oplossingen het schaalniveau van wijk/buurt overstijgen.

Het is belangrijk om aan te sluiten bij bestaande sociale verbanden (de (informele) sociale infrastructuur) en gebruik te maken van netwerken die al ontwikkeld zijn. Aandachtspunt is dat niet alle mensen uit de doelgroep worden vertegenwoordigd (of zich vertegenwoordigd voelen) door zelforganisaties. Waar nodig moet de communicatie met niet-actief participerende doelgroepleden verder ontwikkeld worden. Het opbouwwerk speelt hierbij een belangrijke rol.

Er zijn twee redenen om verder te kijken dan alleen naar het terrein van gezondheidsbevordering. Ten eerste richten veel interventies zich op achterstandsgroepen met allerlei proble-men. Het inzetten op alleen gezondheid is voor deze mensen veel te beperkt. Zij hebben juist ook veel behoeften op andere (welzijns)terreinen. Het inzetten op de aanpak van andere (bredere) problemen fungeert daarbij ook als opstap naar het aanpakken van gezondheidsproblemen. Ten tweede is er veel ervaring in het werken met doelgroep participatie op andere werkvelden. Juist van het opbouwwerk kunnen we leren hoe complexe problemen aangepakt en ‘moeilijke doelgroepen’ benaderd kunnen worden.

5.4 Thema's en vragen voor beleid, praktijk en onderzoek

Uit de verkennende studie komt het beeld naar voren dat er (nog) weinig sprake is van gezondheidsbeleid dat specifiek is gericht op allochtonen, laat staan van participatie van allochtonen in gezondheidsbeleid. Participatie van allochtonen krijgt tot nu toe vooral vorm in de praktijk van de gezondheids-bevordering. Dit blijkt bijvoorbeeld al uit het grote aantal praktijkprojecten en het geringe aantal beleidsprojecten bij de inventarisatie. Het ontwikkelen van draagvlak en samenwerking vindt wel plaats naar gemeente (of deelgemeente), maar dat lukt (nog) niet altijd. Daarnaast wordt er voornamelijk projectmatig aan doelgroep participatie gewerkt. Daarbij is er

wel aandacht voor structurele inbedding in praktijk en beleid, maar het is nog te vroeg om hiervan resultaten te kunnen melden.

Gezien de resultaten is het nog voorbarig om structurele inbedding als thema op de agenda te zetten. Een relevante vraag is wel wat de randvoorwaarden zijn voor beleidsmatige implementatie. Om welke voorwaarden gaat het precies en hoe zijn deze te realiseren?

In de praktijk van de gezondheidsbevordering in een (lokale) setting is het daadwerkelijk effectief inzetten van doelgroep-participatie een complex proces. De motieven of doelen om doelgroep-participatie na te streven kunnen zeer divers zijn, wat gevolgen heeft voor de wijze waarop doelgroep-participatie wordt ingezet (op welk niveau en in welke fase) en wie de participanten zijn. Dit heeft weer consequenties voor het resultaat van participatie. Kortom, het is noodzakelijk om nauwkeuriger naar het begrip en de toepassing van doelgroep en doelgroep-participatie te kijken en daarbij tegelijk in ogenschouw te nemen dat het gaat om de doelgroep allochtonen.

Over de effectiviteit van de inzet van doelgroep-participatie in gezondheidsbevorderende interventies is nog nauwelijks evidence based informatie beschikbaar. Wat betreft de effecten van doelgroep-participatie zijn de projecten of programma's hoogstens 'veelbelovend' te noemen. De term veelbelovend gebruiken we hier voor programma's waar op basis van beschikbare gegevens met te weinig zekerheid de generaliseerbaarheid van de conclusies kan worden ondersteund.

De volgende thema's komen als relevant naar voren.

Ten eerste is het noodzakelijk om nauwkeuriger naar het begrip doelgroep en doelgroep-participatie te kijken en daarbij bovendien in ogenschouw te nemen dat het gaat om de doelgroep allochtonen. Een tweede thema is wat het specifieke is aan participatie van allochtonen. Een derde thema is een brede opvatting van gezondheid en een integrale benadering bij gezondheidsbevordering. Een vierde thema is de toepassing van doelgroep-participatie in de praktijk van gezondheidsbevordering. Voor participatie van allochtonen komt wijkgericht werken naar voren als veelbelovende aanpak. Het vijfde thema heeft

betrekking op de werkzame principes en effectiviteit van de inzet van doelgroep Participatie in gezondheidsbevorderende interventies.

Voor het onderzoek komt als thema naar voren het adequaat opzetten en uitvoeren van proces- en effectevaluaties. Enerzijds dienen die voldoende flexibel te zijn om ruimte te geven aan participatie van de doelgroep. Anderzijds moeten ze voldoen aan eisen van uitvoerings- en wetenschappelijke kwaliteit.

De thema's en vragen voor het beleid en de praktijk zijn uiteraard ook belangrijke thema's voor het onderzoek. In hoofdstuk 6 wordt dit verder uitgewerkt in het advies aan ZonMw voor het vervolg van het gerichte traject Doelgroep Participatie allochtonen.

6 Advies

6.1 Inleiding

Doelgroep Participatie is een van de programmalijnen van het programma Gezond Leven. De werkgroep onderzoek en de commissie van het programma Gezond Leven van ZonMw hebben een aantal zogenoemde ‘gerichte trajecten’ ingezet, om veelbelovende, maar tot nu toe onderbelichte onderwerpen op de agenda te zetten. ‘Doelgroep Participatie van allochtonen’ is een van deze trajecten. De toelichting van ZonMw op het gerichte traject Doelgroep Participatie allochtonen, luidde als volgt:

“Allochtonen kennen de regels en mogelijkheden van de zorg en preventie niet goed en de hulpverleners ervaren dat als belastend. Dit traject is gericht op doelgroep Participatie van allochtonen. Veronderstelling is dat mensen zeggenschap geven positief werkt. Er wordt beoogd zicht te geven op nieuwe methoden en best practices van doelgroep Participatie. De succes- en faalfactoren van doelgroep Participatie komen naar boven. Verder wordt kennis verkregen over de manier waarop een blijvende structuur voor doelgroep Participatie kan worden gerealiseerd (hoe beklijft de participatie van de vele verschillende doelgroepen, hoe wordt dit ingebed in gemeentelijk gezondheidsbeleid?). Ten slotte biedt het project concrete handvatten en richtlijnen voor zowel toekomstige projecten als toekomstig beleid.” (ZonMw, 2004).

Aan het Verwey-Jonker Instituut en het NIGZ is gevraagd om op basis van een studie en een expertmeeting advies uit te brengen

over de verdere invulling van het gerichte traject Doelgroep-participatie van allochtonen. ZonMw heeft aangegeven in deze nadere invulling vooral te willen inzetten op het gecontroleerd uitvoeren en onderzoeken van stedelijke uitvoeringsprojecten waarin participatie van allochtonen blijvend verankerd is. Op basis van de resultaten van de verkennende studie naar doelgroep-participatie en de resultaten van de expertmeeting (hoofdstuk 2 t/m 5 en bijlage 4) formuleren het Verwey-Jonker Instituut en het NIGZ in dit hoofdstuk overstijgende conclusies en adviezen voor het vervolg van het gerichte traject Doelgroep-participatie allochtonen.

6.2 Programmavoorstel fase 2: Verankering van participatie van allochtonen in gezondheidsbevordering

6.2.1 State of the art

Onze studie maakt duidelijk dat er (nog) weinig sprake is van gezondheidsbeleid specifiek gericht op allochtonen, laat staan van participatie van allochtonen in gezondheidsbeleid. Participatie van allochtonen krijgt tot nu toe vooral vorm in de praktijk van de gezondheidsbevordering. Dit blijkt bijvoorbeeld al uit het grote aantal praktijkprojecten en het geringe aantal beleidsprojecten bij de inventarisatie. Het ontwikkelen van draagvlak en samenwerking vindt wel plaats naar gemeente (of deelgemeente), maar lukt (nog) niet altijd. Daarnaast wordt er voornamelijk projectmatig aan doelgroep-participatie gewerkt. Deze projecten krijgen vooral gestalte via wijkgericht werken. Een aantal projecten lijkt veelbelovend: de doelgroep is vanaf de beginfase betrokken en speelt een rol bij zowel de planvorming als uitvoering van het project. Uit deze projecten kunnen verschillende leerpunten worden gedistilleerd. Er zijn echter nog geen uitspraken te doen over bewezen effectieve aanpakken.

Wél is duidelijk dat, getuige de hoeveelheid projecten die zijn gevonden, participatie van allochtonen binnen gezondheidsbevorderende interventies op de agenda staat van het werkveld. De werkzame principes van doelgroep-participatie in het algemeen zijn grotendeels bekend; niet bekend is hoe deze

principes het beste kunnen worden toegepast voor allochtonen om succesvol te zijn.

We trekken hieruit de **conclusies** dat:

- de kennis over participatie van allochtonen gefragmenteerd en beperkt is;
- de randvoorwaarden voor participatie in beleid nog niet aanwezig zijn.

Op basis van deze hoofdconclusie **adviseren** wij over het vervolg van het gerichte traject drie ontwikkelingslijnen te volgen:

- Het gerichte traject richt zich op het overdragen van de leerpunten van de (veelbelovende) projecten aan het werkveld en het verder ontwikkelen van deze methodiek.
- Het gerichte traject richt zich op verankering door aan te sluiten bij relevante - integrale- beleidstrajecten.
- Het gerichte traject richt zich op het ontwikkelen van een programmatische aanpak.

Deze drie adviezen hangen met elkaar samen. Er kan niet gewerkt worden aan verankering als de succesvolle elementen niet bekend zijn. En voor het ontwikkelen van een programma zijn zowel verdere uitwerking van de methodiek als verankering in beleid belangrijke voorwaarden. Wij adviseren dan ook om deze drie lijnen in samenhang te laten uitvoeren.

6.2.2 Adviezen voor vervolgfase

Advies 1: Overdragen leerpunten en verdere ontwikkeling in de praktijk

Uit de verkennende studie komt het beeld naar voren dat participatie bij veel gezondheidsbevorderingsprofessionals weliswaar op de agenda staat, maar dat de daadwerkelijke uitvoering nog niet goed verloopt. De experts hebben hieraan toegevoegd dat professionals op allerlei terreinen (gezondheidsbevordering, welzijn, buurtwerk) wel al veel hebben ondernomen om participatie van allochtonen te bevorderen. Kortom, er is al kennis en ervaring op dit terrein beschikbaar, maar deze is nog niet ontsloten voor een breed publiek van gezondheidsbevorderaars. De experts hebben voorts opgemerkt dat professionals dienen te worden aangespoord om ook in die zin hun

verantwoordelijkheid te nemen. Gegeven het feit dat er al veel bekend is, is het niet wenselijk te wachten tot ieder (methodologisch) probleem rondom participatie is opgelost. Juist wordt aanbevolen voortvarend aan de slag te gaan met de opgedane kennis en kunde. Dit stelt (meer) eisen aan het professioneel handelen van gezondheidsbevorderaars en instellingen. Helder moet worden over welke vaardigheden professionals moeten beschikken om doelgroep participatie in hun gezondheidsbevorderende activiteiten succesvol te incorporeren. Een goede ondersteuning van professionals en instellingen is hierbij onontbeerlijk.

Uit de verkennende studie en de expertmeeting blijkt dat de begrippen doelgroep, community en allochtonen in zichzelf een duidelijk afgebakende betekenis hebben. De relatie tussen deze begrippen en de verhouding tot participatie in de gezondheidsbevordering beter moeten worden uitgewerkt. Uit ons onderzoek blijkt dat - ook als het gaat om gezondheidsbevordering - er reden is om aandacht te besteden aan allerlei persoonskenmerken (waar etniciteit er slechts één van is). Het behoren tot een bepaalde allochtone groep houdt niet automatisch gemeenschappelijk belang in. Ook hebben we te maken met het praktische gegeven dat in de grote steden meer dan honderd onderscheiden groepen allochtonen leven. Daarnaast is naar voren gekomen dat het specifieke van participatie van *allochtonen* niet duidelijk wordt benoemd. Rekening houden met bijvoorbeeld achtergrond, kennis en behoeften van de doelgroep geldt ook voor andere, autochtone, doelgroepen.

Daarom adviseren wij te kiezen voor de term 'diversiteit' in participatie in gezondheidsbevordering en interventies toe te snijden op een specifieke groep, die helder wordt omschreven op basis van gemeenschappelijke kenmerken en belangen.

Wij adviseren om te werken aan het verspreiden van de leerpunten en de verdere ontwikkeling in de praktijk door de ontwikkeling van twee toolkits: een toolkit met methodische principes en een toolkit met prestatie-indicatoren. In de bijlage is een voorstel opgenomen voor de uitwerking van deze twee toolkits.

Wij adviseren om aan te sluiten bij bestaande initiatieven en infrastructuur. Maak een selectie van steden waar goede

mogelijkheden zijn, zowel wat betreft inzet vanuit het werkveld als aanknopingsmogelijkheden binnen het beleid (zie ook advies 2); of: laat steden zich aanmelden als pilot/uitvoeringsproject.

Advies 2: Verankering in relevante beleidstrajecten

Uit de verkennende studie kwam naar voren dat er nagenoeg geen gezondheidsbeleid is dat specifiek is gericht op allochtonen, laat staan op participatie van allochtonen in gezondheidsbeleid. Wel is duidelijk geworden dat voor het realiseren van doelgroep Participatie een integrale aanpak en dus samenwerking met andere beleidsterreinen een goede invalshoek is. Ook is naar voren gekomen dat er op het terrein van het welzijnswerk, in het bijzonder het opbouwwerk, veel ervaring is met participatie van allochtonen. Die kan gebruikt worden voor gezondheidsbevordering.

Wij adviseren dan ook voor verankering van participatie van allochtonen binnen gezondheidsbevordering een bredere benadering te nemen dan alleen gezondheidsbeleid. Andere beleidsterreinen en beleidstrajecten bieden waarschijnlijk wel goede aanknopingspunten, zoals beleid gericht op integratie, en leefbaarheid en sociale integratie. Ook het grotestedenbeleid (GSB), dat bij uitstek is gericht op het wegwerken van (gezondheids)achterstanden door een integrale aanpak, biedt goede kansen. Verschillende grote steden hebben binnen het GSB expliciet aangegeven gezondheidsachterstanden te willen verminderen door wijkgericht werken. We hebben geconstateerd dat binnen deze setting de meeste projecten gericht op doelgroep Participatie allochtonen gestalte krijgen. Dit biedt een concreet aanknopingspunten. Juist vanuit de invalshoek van integraal beleid, inclusief beleid of facetbeleid bieden ook andere settings dan de wijk, zoals de brede school en de werkplek, aanknopingspunten voor participatie van allochtonen in gezondheidsbevordering. Ook de vormgeving van burger- en cliënten-participatie op lokaal niveau vanwege de nieuwe Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) biedt kansen voor de verankering van participatie van allochtonen.

Voor de verankering van participatie van allochtonen in beleid voor het bevorderen van gezond leven kunnen de volgende stappen worden gevolgd.

1. Inventarisatie van beleidsterreinen en -trajecten en analyse van (mogelijkheden voor) participatie van allochtonen en gezondheidsdoelen.
2. Het vertalen van diversiteit in participatie in beleidstermen/beleidsdoelen.
3. Het formuleren van de benodigde randvoorwaarden (om welke randvoorwaarden gaat het en hoe zijn deze te realiseren).
4. Ontwikkelen van prestatie-indicatoren.

Wij adviseren steden te selecteren waar al aanknopingspunten zijn voor participatie van allochtonen in gezondheidsbevordering in bovengenoemde, integrale, beleidstrajecten en in deze steden de genoemde stappen uit te werken; of: laat steden zich aanmelden als pilot/uitvoeringsproject.

Advies 3: Programmatische aanpak

De programmalijn *Doelgroep Participatie* richt zich op projecten die praktijkwerkers en anderen ontwikkelen, uitvoeren en toetsen in samenspraak met of zelfs op verzoek van de doelgroep. Uit onze verkennende studie valt als (overstijgende) conclusie te trekken dat dit gemakkelijk leidt tot een projectencarrousel. We adviseren de programmacommissie om een landelijk programma met stedelijke uitvoeringsprojecten in de tweede fase van het gerichte traject uit te zetten. Een programmatische aanpak heeft als voordelen dat er continuïteit mogelijk is en dat opgebouwde expertise behouden blijft en overgedragen kan worden. Daarnaast biedt een programmatische aanpak een uitgelezen kans om enkele verdiepende onderzoeksvragen te beantwoorden met als uiteindelijk resultaat het formuleren van concrete prestatie-indicatoren. Ook kunnen binnen een programma de (eerder) ontwikkelde toolkits als instrumenten worden ingezet. Deze kunnen dan verder worden getest op bruikbaarheid en zonodig worden aangepast.

Voor de opzet van een programmatische aanpak adviseren wij een landelijk programma te ontwikkelen. Het is daarbij zaak gebruik te maken van een op communities gerichte preventiestrategie of aanpak. Die dient samen te gaan met een gedegen probleemanalyse, een gezamenlijke probleemdefinitie en bewezen effectieve (of op zijn minst veelbelovende) interventies om gericht en aantoonbaar gezond leven onder allochtonen te bevorderen. Een voorbeeld van een dergelijke aanpak is Communities that Care.

Wij stellen voor dat de ontwikkeling van het programma plaatsvindt met stedelijke uitvoeringspartners (GGD'en in de grote steden) die zijn geselecteerd dan wel zich aangemeld hebben voor de stedelijke uitvoeringsprojecten (al dan niet in aansluiting op de geselecteerde/aangemelde steden in het kader van de voorstellen bij advies 1 en 2).

De volgende stappen kunnen hierbij worden gevolgd:

- Opstellen van programma van eisen: deskresearch + interviews experts.
- Ontwikkelingstraject: opstellen van een eerste versie van het programma.
- Toetsing eerste versie: expertmeeting.
- Bijstellen van eerste versie.
- Toetsing + aanpassing: expertmeeting.
- Handleiding.

Stedelijke uitvoeringsprojecten

Op locatie wordt het prototype verder ontwikkeld tot een goed functionerend programma. De 'uitontwikkeling' gebeurt door het team ter plaatse met steun van de specialisten van het landelijk projectteam. Er is dus sprake van een interactief ontwikkelingsproces waarbij iedereen op grond van gelijkwaardigheid zijn specialistische kennis inbrengt. Deze opzet is gekozen omdat dit leidt tot projecten die optimaal bij de regionale omstandigheden passen. Het leidt bovendien tot projecten die maximaal gebruik maken van de regionale mogelijkheden van het landelijk projectteam en van de reeds opgedane ervaringen.

Procesonderzoek en effectiviteitonderzoek

De proefprojecten zullen via een procesevaluatie worden gevolgd om de uitvoerbaarheid en kwaliteit van de implementatie vast te stellen. Daarnaast wordt met een quasi-experimenteel design de effectiviteit vastgesteld.

Literatuur

Bekker, M., Vliet, K. van, Klinge, I., Mens-Verhulst, J. van, Deeg, D., Mans, L. & Moerman, C. (2005). Een aanzet tot richtlijnen voor diversiteitsbewust gezondheids(zorg)onderzoek. *Tijdschrift voor Genderstudies*, 2, 36-43.

Boland, B., Klinge, I., & Bosch, M. (2005). *Compendium diversiteit*. Den Haag: ZonMw.

Broekman, H. (red.). (2000). *Werken met migranten in de wijk*. Utrecht: NIZW.

Dam, J. ten (1997). *Gezonde stadsgezichten. Een studie naar gezondheidsverschillen en stedelijk gezondheidsbeleid*.

Ende, T. van den, & Jacobs, G. (2005). Waarde(n)vol onderzoek. Onderzoekers en hun dilemma's in een participatief onderzoeksproject. *Tijdschrift voor Humanistiek*, 22, 6, 29-45.

Galesloot, H. (2001). *Vraag 't ze persoonlijk. Inspiratiebronnen voor veelkleurige bewonersparticipatie*. Amsterdam: IPP.

GGD-Nederland (2003). *Gemeentelijk gezondheidsbeleid met participatie van allochtonen*. Utrecht: GGD-Nederland.

Graaff, F. de, & Eitjes, H. (2004). *Participatie van allochtonen in de patiëntenbeweging*. Den Haag: Mutant.

Groot, B., Gruijter, M. de, & Vliet, K. van. (2004). *Nô's Saúde Gezondheidsbevordering in de Kaapverdiaanse gemeenschap. Evaluatie van de community interventie Nô's Saúde in Rotterdam*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Haes, W.F.M. de, Voorham, A.J.J., & Mackenbach, J.P. (2002). Wijkgericht werken aan gezondheidsbevordering in vier achterstandswijken in Rotterdam. Opzet, uitgangspunten en beschrijving van het proces. *TSG*, 80, 7, 425-430.

Jacobs, G., Braakman, M., & Houweling, J. (2005). *Op eigen kracht naar gezond leven. Verslag van een onderzoek naar empowerment in de gezondheidsbevordering met aanbevelingen voor de toekomst*. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek, Den Haag: ZonMw.

Koornstra, A. et al. (2003). *Op de gezondheid*. Utrecht: GGD-Nederland.

Kloek, G. (2005). *Improving health related behavior in deprived neighbourhoods*. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam.

Koelen, M., & Ban, A. van den (2004). *Health education and health promotion*. Wageningen: Wageningen Academic Publishers.

Laverack, G. (2004). *Health promotion practice. Power and Empowerment*. London: Sage Publications.

Maloff, B., Bilan, D., & Thurston, W. (2000). Enhancing Public Input Into Decision Making: Development of the Calgary Regional Health Authority Public Participation Framework. *Fam Community Health*, 23, 1, 66-78.

Molleman, G.R.M., Peters, L.W.H., Hosman, C.M.H., Hommels, L.M., Ploeg, M.A., Kok, H.H., & Llopis, E. (2003). De Preffi 2.0: systematische ontwikkeling van een kwaliteitsinstrument voor gezondheidsbevordering. *TSG, Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 81, 5, 247-255.

Molleman, G.R.M. (2005). *Preffi 2.0: Health Promotion Effect Management Instrument*. Woerden: NIGZ.

NIZW (2003). *Heel de buurt gebundeld. Een staalkaart van vier jaar buurtgericht investeren*. Utrecht: NIZW.

Pretty, J.N. (1995). *Regenerating agriculture politics and practice for sustainability of self-reliance*. London: Earthscan Publications Ltd.

Raghoebier, R. (1998). Empowerment van migranten: een waardevol instrument voor integratie en participatie. In: Royers, T., Ree, L. de en Verbeek, G. (red.). *Empowerment. Eigenmachtig worden in de hulpverlening*. Utrecht: NIZW.

Rifkin, S.B., Lewando-Hundt, G, & Draper, A.K. (2000). *Participatory approaches in health promotion and health planning. A literature review*. London: Health Development Agency.

Rifkin, S.B. (2003). *A framework linking community empowerment and health equity: it is a matter of CHOICE*. *J. Health popul.nutr.*, 21: 168-180.

RVZ (2000). *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*. Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Saan, H., & de Haes, W. (2005). *Gezond effect bevorderen*. Woerden: NIGZ.

Stronks, K. (2004). Welke factoren zijn van invloed op de gezondheidstoestand van allochtonen?. In: Wolffers, I. & Van der Kwaak, A. (red.). *Gezondheidszorg en Cultuur*. (2004). Amsterdam: VU Uitgeverij.

Veen, E. van der, Schrijvers, C., & Redout, R. (2003). *Bewijs voor verschil? Wat is het resultaat van de investering van ZonMw in multiculturele gezondheidszorg in de afgelopen zeven jaar?* Den Haag: ZonMw.

Voorham, A.J.J., Haes, W.F.M. de, & Mackenbach, J.P. (2002). *Wijkgericht werken aan gezondheidsbevordering in vier achterstandswijken in Rotterdam. Leerpunten uit de praktijk*. *TSG*, 80, 7, 431-435.

Wekker, G. (2003). *Een pas op de plaats en dan weer verder... Het intersectionele denken in een Nederlandse en internationale context*. Lezingenbundel Intersectionaliteit. Den Haag: E-Quality.

Weijters, J., & Koelen, M. (2003). *Samen werken aan gezondheid in de buurt. Actiebegeleidend onderzoek in Eindhoven. Verslag van de vierde ronde*. Wageningen: Communicatie- en innovatiestudies Wageningen Universiteit.

Weijters, J., & Koelen, M. (2002). *Samen werken aan gezondheid in de buurt. Actiebegeleidend onderzoek in Eindhoven. Verslag van de derde ronde*. Wageningen: Communicatie- en innovatiestudies Wageningen Universiteit.

Wittebrood, K., & Beem, M. van (2004). *Sociale veiligheid vergroten door gelegeheidsbeperking: wat werkt en wat niet?* Den Haag: Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling, werkdocument 2

WHO (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*.

ZonMw (2004). *Inzoomen op een vergezicht*. Tussenrapportage van het programma Gezond Leven. Den Haag: ZonMw.

Bijlage 1 Overzicht geïnventariseerde projecten

Nr	Naam project + uitvoerder	Doelgroep	Tijdspad	Korte beschrijving	Bron
A	<i>Projecten participatie specifiek gericht op allochtonen en gezondheidsbevordering *</i>				
1	Activerend Huisbezoek voor en door allochtone ouderen • Odyssee Maatschappelijke Ontwikkeling	Turkse en Marokkaanse ouderen	Start: 1-9-2001 tot eind 2004	Project Activerend Huisbezoek (duur: 30 maanden) wordt aangepast voor deze doelgroep. Nadruk op autonomie, zelfsturing en zelfmanagement. Project is gericht op: eenzaamheid; sociaal gedrag, ervaren sociale steun; gebruik maken van preventieve gezondheidsvoorzieningen. Vrijwilligers uit de doelgroep zijn getraind.	ZonMw Projectenpoort

* Projecten die cursief zijn weergegeven zijn in hoofdstuk 4 besproken

Nr	Naam project + uitvoerder	Doelgroep	Tijdspad	Korte beschrijving	Bron
2	Allochtone vrouwen en gezondheidsbevordering in de wijk 'Nô's Saúde' • VJI, NIGZ, GGD R'dam	Kaap-Verdiaanse vrouwen	1-2002 tot 1-2004	Het project heeft als einddoel het bevorderen van een gezonde leefstijl in wijk en gezin. Om dit te realiseren zijn eerst de gezondheidsproblemen van deze gemeenschap en van de (in)formele sociale infrastructuur (dmv. een community-analyse) in kaart gebracht. Ook is de ervaren gezondheid onderzocht. Op basis van deze informatie zijn interventies ontwikkeld. Het ontwikkelen vond plaats in lokale conferenties, waarbij de doelgroep en professionals uit de wijk zijn betrokken. Vervolgens zijn twee interventies (een voorlichtingsvideo en een zorgnetwerk) geïmplementeerd en geëvalueerd. Tot slot is gekeken naar de mogelijkheid om dit project breder te implementeren.	ZonMw Projectenpoort
3	Amor i Salú • GGD R'dam en A/A zelforganisaties	Antillianen en Arubanen in Rotterdam	8- 1999 tot en met 8-2001	Project met als doel bevordering van seksuele gezondheid en preventie van tienerzwangerschappen. Ontwikkeling van interventies vond plaats samen met opinieleiders; uitvoering door Vetc-ers. Er is aangesloten bij reeds lopende activiteiten voor de doelgroep. Voorlichtingsactiviteiten bestonden uit voorlichtingsbijeenkomsten in vrouwengroepen, tiengroepen of nieuwkomerproject, een GGD stand op het Zomercarnaval, family day, Arubadag, vrouwendag en andere festivals. Hier werden ook voorbijgangers benaderd voor een gesprekje. Daarnaast waren er uitingen op radio (radiosoap), posters en flyers. In de voorlichtingen speelde ook een toneelgroep een rol.	ZonMw Projectenpoort

Nr	Naam project + uitvoerder	Doelgroep	Tijdspad	Korte beschrijving	Bron
4	Beïnvloeden van het hulpzoekgedrag van Turkse en Nederlandse ouders in achterstandswijken • Erasmus Universiteit	Turkse en Nederlandse ouders in achterstandswijken	Van 9-2004 tot 9-2007	Evaluëren van een voorlichtingsstrategie gericht op het terugdringen van huisartsbezoek voor alledaagse klachten. Vraagstelling: leidt de voor-en-door-methode tot efficiënter huisartsbezoek? En is er verschil tussen Turkse en Nederlandse ouders? Uitvoering dmv. Focusgroepbijeenkomsten met de doelgroep; ontwikkeling van een interventie met inzet van een ervaren moeder uit de doelgroep.	ZonMw Projectenpoort
5	Empowerment van migrantenvrouwen met chronische lichamelijke klachten • Universiteit Humanistiek	Migrantenvrouwen en sleutelfiguren die werken met migrantenvrouwen	9-2000 tot en met 12-2001	Onderzoek naar zorg- en hulpverlening aan deze doelgroep en naar de betekenis die deze vrouwen zelf geven aan hun lichamelijke klachten. Zes 'goede praktijken' die gestalte geven aan empowerment en zich kenmerken door gevoeligheid voor diversiteit zijn in kaart gebracht. Betreft projecten bij Riagg, GGD, buurtcentra, gezondheidscentra.	ZonMw Projectenpoort
6	Empowermentstraining voor allochtone jongeren • Trimbos Instituut	Allochtone jongeren van 13-16 jaar die risico lopen op marginalisering en hun ouders	Van 12-2001 tot en met 12-2004	Ontwikkelen, uitvoeren, evalueren en overdraagbaar maken van een empowermentstraining voor deze doelgroep. Doel training: vergroten weerbaarheid en maatschappelijk redzaamheid. Succesvolle cursisten fungeren als rolmodel bij vervolgcursussen. Ouders leren hoe zij het nieuwe gedrag van hun kinderen kunnen versterken.	ZonMw Projectenpoort

Nr	Naam project + uitvoerder	Doelgroep	Tijdspad	Korte beschrijving	Bron
7	GGZ Amsterdam ZO kiest kleur; voorlichtingsproject i.s.m. zelforganisaties • De Meren MFO Zuid Oost en Stadsdeel Zuid Oost	4 grote groepen Allochtonen en hulpverleners	Van 10-2003 tot 3-2006	Op initiatief van het Stadsdeel intentieverklaring van diverse organisaties (w.o. zelforganisaties) om te werken aan betere toegankelijkheid van GGZ voor allochtonen en betere afstemming tussen vraag en aanbod.	Fonds OGZ Projecten-database
8	Hart- en vaatziekten Hindoestanen • GG&GD Amsterdam	Hindoestanen	1999-2002	Doel: Hindoestanen op adequate en cultuurspecifieke wijze voorlichting geven over hart en vaatziekten. Aanleiding: hoog percentage diabetes bij de doelgroep. Project is opgezet op initiatief van Anand Joti i.s.m. onder andere GG&GD. In tweede fase nadruk op inbedding in diabeteszorg Amsterdam.	Verslag van GG&GD Amsterdam
9	Hee Broedoe • Universiteit van Amsterdam en gezondheidscentra in Amsterdam Zuid Oost	Creools-Surinamers, Ghanezen en Nederlanders met hypertensie	9-2002 tot 7-2005	Onderzoek naar het perspectief van de doelgroep op hypertensie en de aanpassingen in leefstijl die daarvoor gewenst zijn en de aanpassingen binnen de eerstelijnszorg. Vraagstelling in het onderzoek: Is het zinvol om voor deze doelgroep een cultuurspecifiek zorgaanbod te ontwikkelen? Zowel praktijkwerkers als doelgroep worden in alle fasen van het project betrokken. Er zijn 53 patiënten betrokken.	ZonMw Projectenpoort

Nr	Naam project + uitvoerder	Doelgroep	Tijdspad	Korte beschrijving	Bron
10	In gesprek voor de geboorte. Een programma om de communicatie tussen verloskundigen en allochtone vrouwen te verbeteren. • Centrum educatieve dienstverlening	Zwangere allochtone vrouwen uit 12 taalgebieden	1-2002 tot en met 4-2004	Ontwikkeling van een CD-rom te gebruiken in de verloskundige praktijk. De CD-rom is ontwikkeld in samenwerking met verloskundigen en allochtone vrouwen. Het bevat vertalingen in 12 talen van de meest voorkomende vragen en blokken informatie tijdens een consult. Een implementatiewijzer geeft aanwijzingen voor het invoeren van de CD-rom in de praktijk.	ZonMw Projectenpoort
11	<i>Integrale benadering van chronische pijnklachten bij vrouwelijke migranten</i> • Nederlands Paramedisch Instituut	<i>Migranten-vrouwen met chronische pijnklachten en fysiotherapeuten in A'dam</i>	12-2002 tot en met 11- 2005	<i>Doel: ontwikkelen van een multi-scenario-methodiek om een infrastructuur op te zetten van multi-sectorale netwerken (inclusief doelgroep participatie) gericht op bevordering gezonde leefstijl. Uitwerking in 4 pijlers: 1. Optimaliseren van de inhoud en wijze van aanbieden van het groeps-oefenprotocol. Dit protocol bestaat uit 20 groepslessen van een fysiotherapeut en 2 van een VETC-er. De inhoud wordt meer aangesloten op vragen uit de doelgroep vrouwelijke migranten met chronische pijnklachten. 2. Samenstellen van een instrumentarium voor betere communicatie en evaluatie. Variabelen van deelnemers worden met meetinstrumenten in kaart gebracht. Er is een gestructureerde evaluatie van de groepslessen en de meetinstrumenten. Er wordt gewerkt aan een stramien voor communicatie over 'Gezond Leven'. 3. Netwerken opbouwen op wijkniveau. Binnen de wijken wordt een passend sportaanbod voor de vrouwen</i>	ZonMw Projectenpoort

Nr	Naam project + uitvoerder	Doelgroep	Tijdspad	Korte beschrijving	Bron
				<i>gezocht. Zij worden actief betrokken bij het kiezen van de beweegactiviteiten. Daarnaast wordt een netwerk opgebouwd op overkoepelend niveau, met o.a. zorgverzekeraars en stadsdeelraden. 4. Op basis van alle verkregen gegevens wordt een multi-scenario-methodiek ontwikkeld, waarin faal-en succesfactoren voor het implementeren van een gezondere leefstijl bij verschillende doelgroepen worden aangegeven. Daarmee kan in verschillende steden implementatie plaatsvinden van de genoemde onderdelen. Voor de ontwikkeling van de 4 pijlers, zijn trekkers aangesteld die zelf tot de culturele subgroepen behoren.</i>	
12	Kind-kind benadering ter bevordering van een gezonde leefstijl bij Marokkaanse en Nederlandse kinderen met diabetes • Lucas Ziekenhuis	Marokkaanse en Nederlandse kinderen tussen 6-12 jaar met diabetes type II	2-2003 tot 2-2004	Doel: inzicht krijgen in de manier waarop kinderen met diabetes (met name van Marokkaanse afkomst) hun ziekte en bijbehorende leefregels beleven en samen met deze kinderen een interventie ontwikkelen die tot een aantoonbare stimulans van gezond leven leidt. Het kindperspectief vormt het uitgangspunt van elke fase in het project.	ZonMw Projectenpoort
13	Overgewicht bij Surinamers. Een cultuurspecifieke aanpak. • GG&GD Amsterdam	Surinamers	2002-2003	Initiatief van zelforganisatie Anand Joti; integraal samenwerkingsproject met diverse gemeentelijke diensten. Doel: voorlichting geven en probleem bespreekbaar maken; uitvoering dmv. 3 publieksbijeenkomsten met informatie en toneel. Vervolg: docenten beweegopleiding leren om Surinaamse diabetes- en hartpatiënten te laten bewegen.	Eindverslag van de GG&GD

Nr	Naam project + uitvoerder	Doelgroep	Tijdspad	Korte beschrijving	Bron
14	Overgewicht bij Turkse en Marokkaanse vrouwen: een kwalitatief interventieonderzoek • GG&GD A'dam	Turkse en Marokkaanse vrouwen van 25-45 jaar in de wijk Westerpark	Start 11-2003 tot 11-2005	Kwalitatief interventie-onderzoek naar factoren die bijdragen aan prevalentie van overgewicht bij deze doelgroep (probleemanalyse) en naar mogelijkheden om, samen met de doelgroep, interventies te ontwikkelen. Het eerste deel is afgerond en uitgebreid beschreven. De analyse is uitgevoerd dmv. 33 diepte-interviews met sleutelinformanten, waaronder 10 vrouwen uit de doelgroep zelf. De resultaten van de interviews zijn besproken in focusgroeps gesprekken met leden van de doelgroep (in totaal 63 vrouwen). Hier wordt ook de basis gelegd voor de keuze en ontwikkeling van interventies. Deze tweede fase wordt nu uitgewerkt.	ZonMw Projectenpoort
15	Participatie van allochtonen in de patiëntenbeweging • Brabants Ondersteuningsinstituut Zorg + RPCP West Brabant	Allochtonen in werkgebied RPCP West Brabant	Van 6-2000 tot en met 6-2001	Vergroten van participatie en inspraak van allochtone bevolking / zelforganisaties in de patiëntenbeweging. Werkgroep Allochtonen en gezondheidszorg zal strategieën ontwikkelen waardoor allochtonen actieve leden kunnen worden en het beleid van het RPCP kunnen beïnvloeden. Resultaten: participatie van 6 allochtonen in de zorgvragersoverleggen en totstandkoming van de werkgroep 'allochtonen en gezondheidszorg'. Werving via allochtone organisaties. Draaiboek voor implementatie in andere regio's.	ZonMw Projectenpoort

Nr	Naam project + uitvoerder	Doelgroep	Tijdspad	Korte beschrijving	Bron
16	Psychische gezondheid en ouder worden. • Trimbos Instituut	Oudere Turkse en Marokkaanse vrouwen	Van 6-2003 tot en met 7-2004	Ontwikkeling van (een draaiboek voor) laagdrempelige informatieve huiskamerbijeenkomsten i.s.m. GGZ, GGD, welzijnsorganisaties en zelforganisaties. Uitvoering door een gastvrouw uit de doelgroep zelf bij haar thuis. In 3 regio's zijn 4 bijeenkomsten gehouden. Werving via sleutelfiguren en via de gastvrouwen.	ZonMw Projectenpoort
17	Saude-e-bem-estar. Gezondheidsvoorlichting via allochtone radiozender • Delphi Opbouwwerk, GGD R'dam. St. Werkwijzer en Kaapverdiaanse Media Stichting	Kaap-Verdianen in Rotterdam	5-2000 tot en met 2-2002	Een wekelijks educatief radioprogramma in de eigen taal gecombineerd met een wekelijks laagdrempelig inloopspreekuur en groepsbijeenkomsten in de eigen taal. Doel: verhogen competenties doelgroep om gezondheidssituatie meer in eigen hand te nemen. De inhoud van de programma's is vastgesteld in samenspraak met de doelgroep; tijdens de uitzending konden luisteraars reageren en ervaringen uitwisselen. N.B. uitgewerkt i.s.m. project nr. 2	ZonMw Projectenpoort
18	Preventie en opvang huiselijk en seksueel geweld bij allochtone vrouwen • Mozaiek i.s.m. Forum, Transact en NIGZ	Allochtone vrouwen en hulpverleners/intermediairen	Van 9-2001 tot 9-2004	Ontwikkelen, uittesten en verspreiden van een handboek, in nauwe samenwerking met allochtone zelforganisaties, sleutelfiguren en hulpverlenende instanties. De beschreven methodieken zijn o.m. gebaseerd op voorbeelden van allochtone organisaties en van individuele allochtone vrouwen en (deels) bij de doelgroep uitgetest in pilots. De effectiviteit van de methodiek is gemeten bij de doelgroep. Bij de implementatie zijn vertegenwoordigers van de doelgroep intensief betrokken via netwerkdagen. Deze dagen zullen ook na afloop van het project worden gecontinueerd.	ZonMw Projectenpoort

Nr	Naam project + uitvoerder	Doelgroep	Tijdspad	Korte beschrijving	Bron
19	Suicidepreventie allochtone jongeren 'Aan de Grenzen'. • GGD Den Haag	Allochtone jongeren	1999-2005	Doel: preventie suicide door versterking van de identiteitsontwikkeling en verbetering van zorgnetwerk (zowel professionele zorgverleners als informeel netwerk). Uitvoering door gespreksgroepen met kwetsbare jongeren; dialogen met jongeren en ouderen over suicide en mogelijke oorzaken; conferentie voor hulpverleners, training voor huisartsen en inzet casemanager realiseren.	Fonds OGZ Projecten-database
20	Turkse mantelzorg beter ondersteund • GG&GD Utrecht	Turkse mantelzorgers en Turkse ouderen	Van 4-2003 tot 4-2006	Verbeteren van de ondersteuning van Turkse mantelzorgers; meer zicht in de ondersteuningsbehoefte bij deze groep en vergroten van empowerment; participatie en training van afvaardiging uit zelforganisaties en mantelzorgers. Het project bestaat uit 2 fasen; 1 ^e fase is afgesloten. Er is een verslag en draaiboek. Project is opgezet door GG&GD met van te voren vastgestelde doelen. Een van de belangrijkste activiteiten: vorming en training van projectgroep van Turkse mantelzorgers en ouderen. Zij zijn actief betrokken geweest bij ontwikkeling draaiboek en uitvoeren bijeenkomsten. Leerpunten m.b.t. samenwerking doelgroep in kaart gebracht. Groep heeft zich aangesloten bij Vereniging van mantelzorgers (als eerste Turkse groep). In 2 ^e fase wordt doelgroep meer betrokken bij verdere ontwikkeling project. Loopt af in april 2006. Dan volgt eindverslag.	Fonds OGZ Projecten-database

Nr	Naam project + uitvoerder	Doelgroep	Tijdspad	Korte beschrijving	Bron
21	Uma Tori • Universiteit Maastricht i.s.m. GGD Rotterdam, Amsterdam, Den Haag en NIGZ	Creools-Surinaamse en Antilliaanse/Arubaanse vrouwen	2003- juli 2005	Soa/hiv preventie dmv. Tupperware methode. Methodiek is ontwikkeld in nauwe samenwerking met de doelgroep. Het hoofddoel is bewustwording van de eigen seksualiteit gericht op strategie kiezen voor veilig vrijen. Gebaseerd op zelfregulatie theorie en reciprocal empowerment. Voorafgaand aan de interventie-ontwikkeling is bij de doelgroep onderzoek gedaan naar communicatie over en risicoperceptie van soa/hiv. Er is een proces- en een effect-evaluatie met resultaten van de bijeenkomsten met de doelgroep.	ZonMw Projectenpoort
22	Vrije Vogel. Preventieproject Asielzoekers • AZC Almere	Asielzoekers in AZC Almere	Begin 2003 - 3-2006	Project beoogt psychische klachten bij asielzoekers te verminderen/voorkomen door: Asielzoekers stimuleren en faciliteren om actief te worden; sociale steun van asielzoekers onderling te verbreden; competenties om activiteiten te ontplooiën te vergroten. In dit project wordt de doelgroep direct en volledig betrokken bij het bepalen en uitvoeren van de interventies.	Fonds OGZ Projecten-database

Nr	Naam project + uitvoerder	Doelgroep	Tijdspad	Korte beschrijving	Bron
23	<p><i>Islam en Seksualiteit; Website voor Marokkaanse jongeren over veilig vrijen en seksualiteit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Soa Aids Nederland i.s.m. Maroc.nl 	Marokkaanse jongeren	Van 9-2003 tot 2-2005	<p><i>In partnership met vertegenwoordigers van de Marokkaanse gemeenschap wordt een website (verder) ontwikkeld over seksualiteit en de islam. De website is een subsite van Maroc.nl. Marokkaanse jongeren hebben geparticipeerd in de ontwikkeling van de website. Het doel van de site is het bespreekbaar maken van seksualiteit en het ondersteunen van jongeren bij het maken van keuzes op het gebied van seksualiteit en relaties. Onderdelen van de website zijn een vraagbaak, een forum, columns enquêtes en polls. Daarnaast nog een sekswijzer (encyclopedie), een kennisquiz en wisselende thema's die besproken worden.</i></p>	Fonds OGZ Projecten-database
B	<i>Projecten gericht op participatie mensen met een lage ses (incl. allochtonen) in gezondheidsbevordering</i>				
24	<p>Find Out! Entertainment-education tv-serie door en voor jongeren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bouman E&E Development 	Jongeren (incl. allochtonen) met lage ses	Start 9-2004 tot 9-2006	<p>Ontwerpen en uittesten van een E&E interventie die bijdraagt aan inzicht in keuzen van jongeren tav. seks, drugs en alcohol. Deze thema's worden door de jongeren zelf ingevuld en uitgewerkt. Gewerkt wordt vanuit het principe van UAD - User-As-Designer. Doelgroep zijn jongeren van 13-19 jaar, waaronder jongeren van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse afkomst. Producten: tv-serie, scholentour, website en een dvd.</p>	ZonMw Projectenpoort

Nr	Naam project + uitvoerder	Doelgroep	Tijdspad	Korte beschrijving	Bron
25	<i>Kanaleneiland Gezond Opvoedingsondersteuning Marokkaanse vadergroepen</i> • GG&GD Utrecht	Marokkaanse vaders in Utrecht Zuidwest	Van 4-2003 tot en met 10-2003 + vervolgtraject	<i>Het project is opgezet volgens de 'community' benadering. Doelgroep participatie is een van de uitgangspunten. Zowel professionals als bewoners, waaronder Turkse en Marokkaanse groepen is gevraagd welk gezondheidsthema prioriteit had. Hieruit kwam opvoedingsondersteuning als belangrijkste thema naar voren. Dit project heeft als doel aan Marokkaanse ouders en met name vaders kennis en vaardigheden over te dragen m.b.t. opvoeding. Uiteindelijk is het bedoeling dat deze activiteiten onderdeel worden van het reguliere werk in de wijk.</i>	Fonds OGZ Projecten-database
26	Gezondheidsachterstand moet wijken • Gemeente/GGD Den Haag, Universiteit van Amsterdam	Bewoners van achterstandswijken met een lage ses (incl. allochtonen)	Start 11-2003 tot 11-2007	Gericht op de aanpak van segv in 6 achterstandswijken. Gebaseerd op 3 principes: opbouwen van intersectorale partnerships, community participatie en professionele integratie. Gestart met verkennende dialoog met bewoners 4 actiethema's geselecteerd. Uit tussenrapportage: om participatie te realiseren is gewerkt met bewonerspanels per wijk; hiervoor is conceptueel model ontwikkeld waarmee de dynamiek van drie systemen (contexten) bestudeerd kan worden. Een van die systemen is het systeem van de wijkbewoners. Aan de panels nam klein aantal bewoners deel. Om een groter aantal te bereiken wordt nu een nieuwe methode ontwikkeld.	ZonMw Projectenpoort

Nr	Naam project + uitvoerder	Doelgroep	Tijdspad	Korte beschrijving	Bron
27	Gezondheidsactiepunt (GAP) bewoners en organisaties in actie voor gezondheid in hun wijk • Gemeente Den Bosch	Bewoners van achterstandswijken (incl. allochtonen)	Van 1-2004 tot 6-2006	Starten en uitbouwen van GAP in 2 wijken. Organiseren van wijkgerichte gezondheidsactiviteiten met bewoners, GGD en andere organisaties Uitvoering door zelf opgeleide vrijwilligers. Einddoel: bevorderen zelfredzaamheid en zelfzorg.	Fonds OGZ Projecten-database
28	Life 21. Actieve participatie van jongeren bij de invulling van hun eigen gezonde leefstijl • GGD Eindhoven	Jongeren van 12-18 jaar	Van 4-2002 tot en met 10-2004	Overkoepeld doel: vergroten van eigen effectiviteit en empowerment. Uitwerking: via groepsgesprekken e.d. informatie verzamelen over welke gezondheidsthema's jongeren belangrijk vinden en op welke wijze zij hiermee bezig willen zijn. Onderwerpkeuze en werkwijze zijn door de jongeren zelf bepaald. Samen met de jongeren zijn nieuwe kleinschalige interventies ontwikkeld. Er is bewust gestreefd naar diversiteit in de doelgroep, wb. etniciteit en sekse; uiteindelijk relatief weinig allochtonen betrokken want gericht op HAVO/VWO-scholen.	ZonMw Projectenpoort
29	Samen Beter Wijkproject Gezondheidsparticipatie Den Bosch-Oost • LCO Den Bosch	Patiënten met lage ses (incl. allochtonen)	1999-doorlopend	Een belangrijke pijler is het Gezondheidscentrum Samen beter. Het Gezondheidscentrum is vanaf het eerste begin opgezet in samenspraak tussen actieve vrijwilligers uit de wijk en professionele gezondheidswerkers en ondersteund door het welzijnswerk. Twee aspecten maken dit gezondheidscentrum tot meer dan een gewoon gezondheidscentrum. Zowel in de praktische gang van zaken als in de formele structuur zijn wijkbewoners betrokken. Ook is het centrum stevig ingebed in een veelkleurig geheel van groepen, activiteiten en initiatieven in de wijk.	SLAG website

Nr	Naam project + uitvoerder	Doelgroep	Tijdspad	Korte beschrijving	Bron
30	Wijkgezondheidswerk Eindhoven • GGD Eindhoven i.s.m. Erasmus Universiteit en Wageningen Universiteit	Bewoners met een lage ses incl. allochtonen	Van 9-2000 tot 9-2002	Project gericht op het bestrijden van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Via integrale buurtgerichte aanpak is aandacht besteed aan leefstijlthema's. Na de interventie is een effect- en procesevaluatie uitgevoerd. De opbouw van integrale samenwerking en bewonerparticipatie is een langdurig proces, dat veel tijd vraagt. Deze investering loont op de lange termijn aangezien deze samenwerkingsprocessen de condities vormen voor succesvolle wijkgerichte projecten.	SLAG website
31	<i>Zin In Gezond Leven (Aspiring to healthy living: the development of a programme for healthy living in a diverse and dynamic society)</i> • Universiteit Humanistiek Transact, GGD Rotterdam	Nederlandse en Marokkaanse oudere mannen en vrouwen (55-75 jaar) met een lage ses	Van 10-2002 tot 1-2005	<i>1^e fase: Studie naar sekse- en etniciteitsbewust referentiekader voor Gezond Leven. 2^e fase: op basis van dit referentiekader worden interventies ontwikkeld die recht doen aan sociale, culturele en existentiële dimensie van Gezond Leven, met nadruk op empowerment. Er is een draaiboek ontwikkeld en er vindt een proefuitvoering plaats. Vertegenwoordigers van de doelgroep zijn via deelname aan projectgroep actief betrokken bij project. Door middel van participatief actieonderzoek is de doelgroep benaderd. Producten: koffer met materialen en handleiding; inzicht in kader; do'en don't's van participatief dialogische methode.</i>	ZonMw Projectenpoort

Nr	Naam project + uitvoerder	Doelgroep	Tijdspad	Korte beschrijving	Bron
<i>C</i>	<i>Beleid: gericht op participatie allochtonen</i>				
32	Agenda 22, werken aan de basis • Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland	Burgers (met beperkingen) en gemeenten in 3 pilotgebieden	Mei 2004 tot mei 2006	Agenda 22 is ontwikkeld in Zweden en wordt nu in Nederland (in 3 pilots) uitgeprobeerd. Doel: concreet maken waarover en hoe de samenspraak van gemeente en burgers kan leiden tot breed gedragen gezondheidsbeleid en tot het op de agenda krijgen van burgers met beperkingen. Allochtonen maken deel uit van de doelgroep, maar zijn niet altijd actief betrokken. In ieder project is een coördinatiegroep opgericht die zelf de thema's kiest waaraan ze willen werken. Het project maakt gebruik van bestaande infrastructuur (uitgangspunt is werken met bestaande samenwerkingspartners, zoals seniorenraad, gehandicaptenraad). Wel wordt gestimuleerd breder te kijken. De groepsleden leren onderhandelen, lobbyen, etc. Er is een pilot in Rotterdam met RPCP, daar zijn allochtonen wel actief; net als bij het Platform Alkmaar.	Fonds OGZ projecten-database
33	Vraaggericht preventiebeleid • Gemeente en GG&GD Utrecht	Burgers met gezondheidsachterstand, beleidsmakers en zorgaanbieders	Van 4-2004 tot 4-2006	<i>Ontwikkelen van een gevalideerd en beleidsrelevant instrument (fase 1) ter ondersteuning van beleid (fase 2) gericht op het ontwikkelen van meer vraaggerichte gezondheidsbevordering; een 'best practices' model voor kennisoverdracht en gebruik van de gezondheidsinformatie voor beleidsontwikkeling. Het instrument bestaat uit drie onderdelen: een schriftelijke enquête onder een steekproef van de</i>	Fonds OGZ projecten-database

Nr	Naam project + uitvoerder	Doelgroep	Tijdspad	Korte beschrijving	Bron
				<i>bevolking, mondelinge interviews bij intermediairs en een burgerraadpleging. In de tweede fase wordt de vraag omgezet in een beleidsvoornemen.</i>	
34	<i>Voorpost Gezondheidszorg; buurtgericht gezondheidsprogramma</i> • Gemeente Hoogezand Sappemeer	<i>Allochtonen en autochtonen met een lage ses in Hoogezand-Midden</i>	<i>Van 11-2003 tot 11-2005</i>	<i>Doel is het verbeteren van de toegankelijkheid naar zorg-hulp-en dienstverlening voor alle bewoners in Hoogezand-Sappemeer en specifiek voor bewoners van allochtone afkomst. Een projectleider signaleert, adviseert, informeert, verwijst, bemiddelt en ondersteunt cliënten. Dit doet ze tijdens verschillende inloopsprekken of huisbezoeken. Hierbij wordt ze ondersteund door drie allochtone intermediairs. Ook worden voorlichtingsbijeenkomsten gehouden over gezondheidsonderwerpen. De projectleider functioneert als consulent. Er wordt gewerkt op basis van informatie uit een gezondheidsenquête en een inventarisatie van vragen en wensen t.a.v. de gezondheid van allochtonen onder sleutelfiguren. Het project Voorpost gezondheidszorg wordt voortgezet tot 31december 2006. In het kader van dit programma zijn drie doelen gesteld:1. Omgaan met diversiteit in zorg-hulp- en dienstverlening. 2. Het creëren van draagvlak voor de functie van allochtone zorgconsulent .3.De ontwikkeling en uitvoering van preventieve activiteiten gericht op groepen cliënten. Het Project 'Voorpost gezondheidszorg' komt voort uit het Heel de buurt project.</i>	<i>Fonds OGZ projecten-database</i>

Nr	Naam project + uitvoerder	Doelgroep	Tijdspad	Korte beschrijving	Bron
35	Van losse schakels naar ketens • Gemeente Roosendaal	Allochtonen		Versillende losse projecten worden samengebracht in dit project. Voorzitter is de wethouder Preventiebeleid. Bevorderen participatie is belangrijk doel van dit project. Enkele projecten zijn ontstaan op verzoek doelgroep zelf.	SLAG website
D	<i>Projecten uit het Verenigd Koninkrijk (specifiek allochtonen en gezondheidsbevordering)</i>				
1	Improving Health through community participation - concepts to commitment • NHS / Health Development Agency		1998	Onderzoeksverslag en resultaten van een workshopbespreking met vertegenwoordigers van beleid, onderzoek en uitvoering. 8 cases zijn besproken. Er wordt afgesloten met <i>major issues</i> en aanbevelingen.	Website NICE
2	Participatory approaches in health promotion and health planning: a literature review • NHS / Health Development Agency		2000	Beschrijving van de theorie rond community participation en de toepassing in de praktijk. Afgesloten met <i>contributions and challenges</i>	Website NICE
3	Community participation for health. A review of good practice in community participation		2000	Inventarisatie van succes- en faalfactoren van 230 projecten (via vragenlijsten); regionale workshops met totaal 380 deelnemers waar 5 centrale thema's zijn geselecteerd (w.o. relevantie van doelgroep participatie);	Website NICE

Nr	Naam project + uitvoerder	Doelgroep	Tijdspad	Korte beschrijving	Bron
	health projects and initiatives • Health Education Authority			2 bijeenkomsten van experts. In eindverslag: good practice guidelines.	
4	Bare foot health workers project Cardiff • i.s.m. Cardiff local health board e.a.	Diverse allochtone groepen	2001 - eind 2006	In dit project zijn de wensen van de community onderzocht en zijn vervolgens activiteiten opgezet die goed aansluiten bij deze wensen, met aandacht voor de culturele verschillen.	Promoting social inclusion, etc. Overview of good practices (2005)
5	Cottoning on - improving health in Oldham • Oldham Primary Care Trust	Jongeren en zwarte/ migranten vrouwen	2002 - 2004	Verschillende activiteiten gericht op het bevorderen van sociale cohesie en empowerment van de bevolking. Ontwikkeld op basis van intensieve consultatie van de doelgroep.	Promoting social inclusion, etc. Overview of good practices (2005)
6	Smethwick Heart Action Research Project (SHARP)	Diverse allochtone groepen	2002-2003	Project gericht op stimuleren bewegen en gezond eten i.s.m. de doelgroep. Publicatie: Case Studies of the role of health promotion in tackling inequalities in health. ENHPA, 2000	

Bijlage 2 Uitgebreide beschrijving geselecteerde projecten

Hier worden de acht geselecteerde projecten nader beschreven door toepassing van het analysekader, zoals toegelicht in hoofdstuk 2. Van ieder project wordt eerst een korte samenvatting gegeven en daarna worden de participatiefase, de participanten, het participatiedoel, het participatiebereik, het participatieniveau en tot slot het participatieresultaat beschreven. Bij dit laatste onderdeel komen ook de belemmerende en bevorderende factoren aan de orde.

Het betreft zes praktijkprojecten, een gecombineerd beleids- en praktijkproject en een beleidsproject. Niet van alle projecten was voor alle onderdelen van het analysekader informatie beschikbaar. Via korte (telefonische) vraaggesprekken met de projectleiders is getracht deze hiaten zoveel mogelijk op te vullen.

PRAKTIJKPROJECTEN

1. Amor i salú

Uitvoerende organisaties: GGD Rotterdam en Antilliaanse en Arubaanse zelforganisaties.

Tijdspad: augustus 1999 - augustus 2001.

Samenvatting

Project met als doel bevordering van seksuele gezondheid en preventie van tienerzwangerschappen. Ontwikkeling van interventies vond plaats samen met opinieleiders; uitvoering

door Vetc-ers. Er is aangesloten bij reeds lopende activiteiten voor de doelgroep.

Voorlichtingsactiviteiten bestonden uit voorlichtingsbijeenkomsten in vrouwengroepen, tiengroepen of nieuwkomerproject, een GGD stand op het Zomercarnaval, family day, Arubadag, vrouwendag en andere festivals. Hier werden ook voorbijgangers benaderd voor een gesprekje. Daarnaast waren er uitingen op radio (radiosoap), posters en flyers. In de voorlichtingen speelde ook een toneelgroep een rol.

Participatiefase

De doelgroep is betrokken bij analyse van de community, de ontwikkeling van het gezondheidsbevorderingsprogramma, bij de uitvoering en implementatie van het programma en bij de evaluatie.

De organisatie van de voorlichting, het toneelstuk en de stand (op evenementen) organiseerde de GGD zelf.

Participanten

Hoe wordt de doelgroep gedefinieerd?

Antillianen en Arubanen in Rotterdam van 15 t/m 50 jaar.

Door wie is de doelgroep gedefinieerd?

GGD Rotterdam.

Is er aandacht voor diversiteit van de doelgroep? Hoe?

Er werden aparte voorlichtingsbijeenkomsten gegeven voor vrouwen, jongeren en nieuwkomers.

Uit de procesevaluatie wordt echter geconcludeerd dat aandacht voor diversiteit nog veel beter kan. Het bereik van het project was bijvoorbeeld onder vrouwen groter dan onder mannen. De jonge ongehuwde Arubaanse vader was een moeilijk te bereiken doelgroep. Volwassen Antillianen/Arubanen vonden het project vooral voor jongeren en betrokken het niet op zichzelf. Het project sloot moeizaam aan bij studenten uit de doelgroep (wo/hbo). De voorlichters hadden onvoldoende status voor deze doelgroep.

Uit de procesevaluatie kwam naar voren dat de rol van moeders uit de doelgroep (die seksuele voorlichting zouden geven aan hun kinderen) te weinig uit de verf was gekomen.

Is er aandacht voor kenmerken van de community en/of setting?

In de voorlichtingsboodschap is rekening gehouden met cultuurpatronen op het gebied van seksualiteit van Antillianen/Arubanen. Bij de voorlichting werd gebruik gemaakt van beeldmateriaal en folders in Papiamentu.

In het project werd samengewerkt met media die speciaal waren gericht op de doelgroep.

Voorlichting vond o.a. plaats op evenementen die specifiek waren georganiseerd voor de doelgroep, of op evenementen waar veel Antillianen/Arubanen op afkwamen. Er werd 'meegelift' op aansprekende, reeds bestaande activiteiten. Om de doelgroep te bereiken werd samengewerkt met al bestaande (zelf)organisaties.

Wie uit de doelgroep participeren?

In de analysefase: jonge meiden, jongens en vrouwen (zeven groepsinterviews). Zij werden onder meer geïnterviewd over hun ideeën en gevoelens bij ongewenste (tiener-) zwangerschappen.

In de ontwerp/ontwikkelingsfase: Tijdens twee workshops werden Antilliaanse/Arubaanse opinieleiders (dit waren vertegenwoordigers van zelforganisaties) geconsulteerd. Doelstellingen van het project werden door een discussie getoetst aan hun opvattingen. Daarna hebben zij gebrainstormd over mogelijke projectactiviteiten en een slogan. Tevens is een flyer en poster ontwikkeld samen met sleutelfiguren.

In de uitvoeringsfase: Antilliaanse/Arubaanse voorlichters eigen taal en cultuur (7), geleid door een Antilliaanse/Arubaanse coördinator. Daarnaast speelde een Antilliaanse/Arubaanse toneelgroep een rol in de voorlichtingsactiviteiten.

Antilliaanse interviewers werden ingezet in het uitvoeren van de evaluatie.

Hoe is contact gelegd met de doelgroep?

De Antilliaanse coördinator trok het project. Zij legde de contacten met de (zelf)organisaties, benaderde hen als gelijkwaardige partners in het project.

Hoe de GGD contact met haar legde wordt niet beschreven.

Hoeveel mensen uit de doelgroep participeren?

7 Vetc-ers voerden de voorlichtingsactiviteiten uit, geleid door 1 coördinator. Er zijn 25 groepsvoorlichtingen gegeven aan

gemiddeld 15 personen per keer (= 375 totaal); er is tijdens 45 activiteiten zoals feesten en manifestaties individuele voorlichting gegeven. Gemiddeld is aan 145 personen per activiteit voorlichting gegeven. Hiermee zijn 6525 personen bereikt.

12 opinieleiders, vertegenwoordigers van zelforganisaties werkten mee aan de ontwikkeling van de activiteiten.

Spelers toneelgroep: aantal niet bekend.

22 interviewers voerden gesprekken met de doelgroep t.b.v. een voormeting van januari tot mei 2000 - hierbij zijn 346 respondenten benaderd; en een nameting van april tot juli 2001 - hiervoor zijn 309 respondenten benaderd.

Uit de evaluatie blijkt dat 55% van de respondenten (representatief voor de doelgroep) van één of meer activiteiten van het project gehoord.

Aan het eind van het project zijn, om zicht te krijgen op bevorderende en belemmerde factoren, twee groepsinterviews gehouden: een met 5 Vetc-ers en een met 2 sleutelfiguren.

Daarnaast is een individueel interview gehouden met een Antilliaanse medewerker van de GGD.

Participatiedoel

Waarvoor wordt doelgroep participatie ingezet, voor beleid of praktijk?

De participatie werd ingezet voor de ontwikkeling en uitvoer van activiteiten, dus voor de praktijk.

Wat is hoofddoel participatie?

Het doel van de participatie was gericht op het zo goed mogelijk aanpassen van de voorlichtingsboodschap aan opvattingen over seksualiteit van de doelgroep (discussie en brainstorm met opinieleiders). Daarnaast was de participatie gericht op het bereiken van de doelgroep (contact met zelforganisaties en het geven van voorlichting op bestaande evenementen).

Voorwaarden/competenties bij de doelgroep

De uitvoering van de activiteiten vond plaats door Vetc-ers. Zij zijn al opgeleid voor het geven van voorlichting aan de doelgroep. Uit de procesevaluatie komt naar voren dat verdere training van voorlichters die werken met de doelgroep gewenst is op het gebied van seksuele voorlichting. Zij zijn nu in staat tot het geven van basale voorlichting. In een training kunnen zij

leren specifiek met hun informatie aan te sluiten bij de situaties en opvattingen van subgroepen.
De interviewers kregen een interviewtraining.

Voorwaarden en competenties bij de professionals en de organisaties

De Antilliaanse coördinator had veel ervaring in het werken met de zelforganisaties. Dit bleek een voorwaarde voor het succes van het project.

Randvoorwaarden

Door twee workshops waarin met vertegenwoordigers van zelforganisaties werd gesproken over de thema's van de interventies werd draagvlak gecreëerd bij deze organisaties. De goede contacten van de coördinator met de organisaties droegen hier ook aan bij.

Amor i salú wordt gefinancierd door de gemeente Rotterdam. In de eindfase van het project zijn door het gemeentebestuur opnieuw financiële middelen beschikbaar gesteld om de activiteiten structureel te continueren. Reeds in een vroeg stadium is gewerkt aan het verkrijgen van structurele middelen om activiteiten ook na de projectperiode te kunnen continueren.

Participatiebereik

Wat is het participatiebereik ofwel de terreinen waarop participatie plaatsvindt?

De terreinen waarop participatie plaatsvond waren analyse, en ontwikkeling en uitvoer en evaluatie van het project. De organisatie vond plaats door de GGD

Hoe structureel is de participatie, eenmalig of doorlopend tijdens het gehele project?

De participatie loopt door het hele project, van analyse tot en met evaluatie.

Participatieniveaus

Niveau 4, functionele participatie.

Participatieresultaat

Participatiedoel bereikt? Is de participatie effectief gebleken en wie vindt dat?

Uit de procesevaluatie komt naar voren dat de participatie effectief was:

- De coördinator heeft een essentiële rol gespeeld in de herkenbaarheid van het project, haar kennis en ervaring in het werken met organisaties zorgde dat de voorlichting goed aansloot bij de doelgroep.
- Het project leefde onder de bevolking, het logo en de naam spraken aan (ontwikkeld samen met opinieleiders).
- Het meeliften met reeds bestaande activiteiten werkte goed om de doelgroep te bereiken.
- De toneelvoorstelling was erg aansprekend en herkenbaar.

Wel komt naar voren dat het project succesvol is geweest door het geringe tijdsbeslag dat op vrijwilligersorganisaties (de zelforganisaties) werd gelegd. De organisatie vond plaats door de GGD. Uit de procesevaluatie bleek dat activiteiten het minste succes hadden, wanneer van de participerende zelforganisatie werd verwacht dat ze veel tijd staken in de voorbereiding. Voorstel: organisaties vragen een contactpersoon aan te wijzen die met het project contact onderhoudt.

Bevorderende en belemmerende factoren

Bevorderend:

De voorlichters waren flexibel en pasten zich aan aan de werkwijze en werktijden van de informele leiders en van de manifestaties en feesten.

Er was een flexibel aanbod: er werd aangesloten bij wensen doelgroep wat betreft de inhoud van de voorlichting.

De vrijwilligersorganisaties werden benaderd als gelijkwaardige partner; er was vanaf het begin duidelijkheid over de verschillende rollen. De organisaties hadden zelf ook een duidelijk belang bij participatie: de voorlichting en/of de toneelvoorstelling hadden een meerwaarde voor hun activiteiten.

Belemmerend:

Er had nog beter kunnen worden aangesloten bij lopende activiteiten. De tijd en menskracht die zelforganisaties kunnen investeren is beperkt.

Voorlichters waren onvoldoende toegerust om voorlichting te geven aan mensen met een hoge opleiding. In die groep hadden

ze onvoldoende overzicht. Er is meer aandacht nodig voor de verschillen binnen de doelgroep.

2. Integrale benadering van vrouwelijke migranten met chronische pijnklachten.

Uitvoerende organisatie: Nederlands Paramedisch Instituut.

Tijdspad: december 2002 tot december 2005

Samenvatting

Doel: ontwikkelen van een multi-scenario-methodiek om een infrastructuur op te zetten van multi-sectorale netwerken (inclusief doelgroep participatie) gericht op bevordering gezonde leefstijl. Uitwerking in 4 pijlers:

1. Optimaliseren van de inhoud en wijze van aanbieden van het groeps-oefenprotocol. Dit protocol bestaat uit 20 groepslessen van een fysiotherapeut en 2 van een Vetc-er. De inhoud wordt meer aangesloten op vragen uit de doelgroep vrouwelijke migranten met chronische pijnklachten.
2. Samenstellen van een instrumentarium voor betere communicatie en evaluatie. Variabelen van deelnemers worden met meetinstrumenten in kaart gebracht. Er is een gestructureerde evaluatie van de groepslessen en de meetinstrumenten. Deze meetinstrumenten zijn aangepast op basis van ervaringen van deelnemers en therapeuten. Er wordt gewerkt aan een stramien voor communicatie over 'Gezond Leven'.

Netwerken opbouwen op wijkniveau. Binnen de wijken wordt een passend sportaanbod voor de vrouwen gezocht. Zij worden actief betrokken bij het kiezen van de beweegactiviteiten. Daarnaast wordt een netwerk opgebouwd op overkoepelend niveau, met o.a. zorgverzekeraars en stadsdeelraden.

Op basis van alle verkregen gegevens wordt een multi-scenario-methodiek ontwikkeld, waarin faal- en succesfactoren voor het implementeren van een gezondere leefstijl bij verschillende doelgroepen worden aangegeven. Daarmee kan in verschillende steden implementatie plaatsvinden van de genoemde onderdelen.

Voor de ontwikkeling van de 4 pijlers, zijn trekkers aangesteld die zelf tot de culturele subgroepen behoren.

Participatiefase

Participatie vindt plaats in de fasen analyse, ontwerp/ontwikkeling, uitvoering/implementatie en evaluatie.

Participanten

Hoe wordt doelgroep gedefinieerd?

Vrouwelijke migranten ouder dan 18.

Ruim 87% van de deelnemers heeft een Turkse of Marokkaanse achtergrond. In een aantal wijken zijn er Surinaamse groepen. De overige deelnemers hebben een zeer diverse achtergrond. In totaal zijn er nu deelnemers uit 27 verschillende landen.

De (veelal Nederlandse) fysiotherapeuten zijn de intermediaire doelgroep; zij moeten hun werkwijze aanpassen en worden daarin ondersteund. In de loop van het project is het aantal therapeuten in Amsterdam dat groepstherapie geeft aan allochtone vrouwen toegenomen van 14 naar 39.

Door wie is doelgroep gedefinieerd

Door het NPI.

Is er aandacht voor diversiteit van de doelgroep? Hoe?

De deelnemers zijn patiënten van fysiotherapeuten die zijn doorverwezen. Er wordt dus geen selectie gemaakt binnen de doelgroep; in principe doen al deze doorverwezen vrouwen mee.

Wel worden van de doelgroep de volgende kenmerken beschreven: merendeel is 41-50 jaar (42%); 30% is 31-40 jaar en 17% is 52-60 jaar oud. 87% is van Turkse of Marokkaanse afkomst. De overige deelnemers kennen een diverse achtergrond, namelijk uit 27 verschillende landen.

Is er aandacht voor kenmerken van de community en/ of de setting?

Ja, de trekkers per wijk zoeken contact met de migrantenorganisaties. Allochtone vrouwen worden opgeleid tot zwemdocent in samenwerking met de Islamitische zwemvereniging, 'de Waterlelie'.

Nergens wordt echter vermeld hoe de doelgroep voor de groepslessen wordt geworven.

Wie uit de doelgroep participeren?

- Trekkers die elk een van 3 pijlers (4^e pijler is het eindresultaat) trekken. Deze pijlers worden genoemd protocol, communicatie en meetinstrumenten, wijk. Deze trekkers hebben een Turkse, Surinaamse en Marokkaanse achtergrond. Met deze trekkers vindt maandelijks overleg plaats. Deze trekkers zijn bekend met het terrein en de mensen, en zijn hoog opgeleid. Verder wordt niet vermeld van welke organisaties deze trekkers zijn. De trekker protocol is er één, net als de trekker communicatie en meetinstrumenten. De trekkers in de wijk zijn er één per wijk. Deze trekkers informeren de deelnemers over de mogelijkheden aan activiteiten na het protocol. De trekkers begeleiden de deelnemers ook naar een proefles. De trekkers leggen ook de contacten naar sportschooleigenaren, buurthuizen of migrantenorganisaties. Geleidelijk aan worden de taken van de trekkers overgenomen door actieve vrouwen in de wijk, ex-deelnemers, therapeuten of andere geïnteresseerden.
- Migrantenorganisaties zitten in de begeleidingscommissie. Deze commissie bewaakt de inhoud en voortgang van het project. Van hun kennis en contacten wordt gebruik gemaakt. In deze commissie zitten verder zorgverzekeraar Agis, GGenGD, de Amsterdamse thuiszorg en een cultureel antropologe.
- Vetc-er (s), die twee voorlichtingsbijeenkomsten uitvoert.
- 500 deelnemers aan de groepslessen, migranten vrouwen met chronische pijnklachten. Van hen is gemeten: persoonlijke kenmerken, hun welbevinden, het dagelijkse activiteitsniveau en hun lichamelijke conditie. Daarnaast evalueren zij de inhoud van de lessen, de metingen, het groepsgebeuren en de beweegactiviteiten in de wijk. Deze deelnemers kiezen zelf de onderwerpen voor de voorlichtingsbijeenkomsten met de Vetc-ers, en de activiteit voor de proefles. De deelnemers worden gemotiveerd om zelf in de wijk na te gaan welke activiteiten mogelijk zijn, onder andere door huiswerkopdrachten.
- allochtone vrouwen die worden opgeleid of toegeleid naar cursussen voor zwemdocent en MBvO (meer bewegen voor ouderen) docent. (de cursussen meer bewegen voor ouderen worden ook opengesteld voor allochtone vrouwen). Het is niet bekend hoeveel dit er zijn.

- ‘sterke’ of ‘steun’vrouwen in de wijk. Dit zijn actieve vrouwen of ex-deelnemers die andere deelnemers kunnen informeren en het doorsporten in de wijk kunnen helpen faciliteren en stimuleren. Hun aantal is niet vermeld

Hoe is contact gelegd met de doelgroep?

De doelgroep bestaat uit vrouwen die worden doorverwezen door de huisarts.

Hoeveel mensen uit de doelgroep participeren?

Zie hierboven.

Participatiedoel

Waarvoor wordt doelgroep participatie ingezet, voor beleid of praktijk?

De doelgroep wordt ingezet voor het ontwikkelen van de onderdelen van de Multi- scenario methodiek, niet voor beleid

Wat is hoofddoel participatie?

Doelen van de participatie zijn het krijgen van informatie en feedback over hoe de interventie inhoud te geven en uit te voeren. Het project wordt continu met de deelnemers geëvalueerd, met hun wensen en opmerkingen worden de groepslessen, meetinstrumenten en beweegactiviteiten aangepast. De interventie wordt ook daadwerkelijk uitgevoerd met de doelgroep (allochtone vrouwen die worden toegeleid naar opleiding voor zwemdokter of docent MBvO, actieve vrouwen die andere vrouwen stimuleren in het volgen van een vervolgsport).

Nevendoel van de participatie is ook empowerment van de deelnemers

Voorwaarden/competenties bij de doelgroep

De deelnemers krijgen huiswerkopdrachten mee naar huis, waarin ze geleidelijk aan steeds meer worden gestimuleerd om zelf actie te ondernemen om meer te gaan bewegen.

Als actieve vrouwen taken gaan overnemen van trekkers, is het de bedoeling dat zij hierin worden begeleid.

Een aantal jonge vrouwen wordt opgeleid tot zwemdokter of docent MBvO.

Voorwaarden en competenties bij de professionals en de organisaties

- De fysiotherapeuten hebben een scholingsmiddag interculturele communicatie gevolgd.
- De trekkers zijn bekend met het werkveld en de problematiek.

Randvoorwaarden

Het groepslessenprotocol wordt vergoed voor aanvullend verzekeren van zorgverzekeraar Agis. Nagegaan wordt of er - waar nodig- subsidie verkregen kon worden om activiteiten voor vrouwelijke migranten te verankeren in de wijken. Het passende sportaanbod wordt nu structureel opgenomen in de 'Wegwijzer aangepast sporten'. Dit bekostigt de gemeente Amsterdam. MBvO lessen zijn zeer geschikt gebleken voor de doelgroep. Deze lessen worden gesubsidieerd door Agis, waardoor deze gratis of goedkoop gevolgd kunnen worden.

Het groepslessenprotocol wordt in steeds meer wijken en door steeds meer therapeuten in Amsterdam uitgevoerd. Het groepsprotocol wordt in de huidige vorm al op kleine schaal toegepast in andere steden, met andere zorgverzekeraars. Het NPI publiceert in verschillende bronnen over dit project.

Participatiebereik

Analysefase t/m evaluatiefase

Hoe structureel is de participatie, eenmalig of doorlopend tijdens het gehele project?

Doorlopend

Participatieniveaus

Niveau 5, Interactieve participatie

Participatieresultaat

Participatiedoel bereikt? Is de participatie effectief gebleken en wie vindt dat?

Ja, dit vindt het NPI. De doelgroep heeft veel inbreng in de inhoud en vorm van de interventie, zodat deze steeds beter op de doelgroep aansluit.

De set vragenlijsten en meetinstrumenten is op een aantal punten aangepast (n.a.v. evaluatie van deelnemers), hierdoor zijn deze beter toepasbaar gebleken. Het netwerk wordt op wijkniveau steeds beter.

Bevorderende en belemmerende factoren

Bevorderend:

Er is intensief contact met de therapeuten die groepstherapie geven. Zij volgen een training interculturele communicatie en krijgen accreditatiepunten voor het verrichten van metingen voor het onderzoek. Er zijn speciale netwerkbijeenkomsten met de trekkers in de wijk, waardoor met hen goed contact is. Er is een lijst van geschikte sportfaciliteiten aangelegd. Deze wordt steeds geactualiseerd. Zonder deze faciliteiten is geen doorstroom mogelijk. Er is hechte samenwerking met Meer Bewegen voor Ouderen, waar de vrouwen gratis aan mee mogen doen (betaalt de zorgverzekeraar) (zie bij randvoorwaarden).

Belemmerend:

Gebrek aan kader bij de beweegcursussen (allochtone of vrouwelijke docenten).

3. Islam en seksualiteit. Website voor Marokkaanse jongeren over veilig vrijen en seksualiteit.

Uitvoerende organisaties: Soa Aids Nederland (SANL), Maroc.nl, NIGZ

Tijdspad: september 2003 - februari 2005

Samenvatting

In partnership met vertegenwoordigers van de Marokkaanse gemeenschap wordt een website (verder) ontwikkeld over seksualiteit en de islam. De website is een subsite van Maroc.nl. Marokkaanse jongeren hebben geparticipeerd in de ontwikkeling van de website.

Het doel van de site is het bespreekbaar maken van seksualiteit en het ondersteunen van jongeren bij het maken van keuzes op het gebied van seksualiteit en relaties.

Onderdelen van de website zijn een vraagbaak, een forum, columns, enquêtes en polls. Daarnaast is er een sekswijzer (encyclopedie) en een kennisquiz en worden wisselende thema's besproken.

Participatiefase

De doelgroep heeft geparticipeerd bij het initiatief, de Analyse, Ontwerp/ontwikkeling, Uitvoering/implementatie en Evaluatie

Participanten

Hoe wordt doelgroep gedefinieerd?

Marokkaanse jongeren van 14-24 jaar

Door wie is doelgroep gedefinieerd?

Door de uitvoerende organisaties

Is er aandacht voor diversiteit van de doelgroep? Hoe?

Op de website zijn veel interactieve onderdelen zoals een forum en enquêtes. Ook kunnen vragen worden gesteld. Er is bijvoorbeeld een 'kolom' door een vrouw/meisje, door een man/jongen, door deskundigen etc. Bezoekers kunnen hun mening laten horen; diversiteit in meningen en gedragingen zullen hierdoor naar voren komen.

Is er aandacht voor kenmerken van de community en/of de setting?

Bij de opzet van de website is contact gezocht met een bestaande websites voor Marokkaanse jongeren. In methodieken en strategieën is aangesloten op de werkwijze die de bestaande website al hanteerde.

Wie uit de doelgroep participeren?

550 bezoekers van Maroc.nl hebben een vragenlijst over seksualiteit ingevuld. Deze vragenlijst diende als voorstel voor de subsite (analysefase).

Zo'n 500-800 jongeren hebben enquêtes ingevuld en meegedaan aan polls over het thema seksualiteit. De uitkomsten van deze enquêtes en polls hebben de inhoud van de site beïnvloed.

Het bestuur van Maroc.nl, dit zijn 8 mensen, jonger dan 30 jaar. Zij hebben geparticipeerd in alle genoemde fasen. De verdeling binnen het bestuur naar leeftijd en sekse is niet bekend.

10 Jongeren in een jongerenadviesgroep. Deze adviesgroep heeft steeds meegedacht in de ontwikkeling van de website. Daarnaast hebben zij teksten voor de site geschreven, andere jongeren geïnterviewd en onderdelen van de subsite gepretest. Deze jongeren gebruikten ook hun vrienden als klankbord.

Onafhankelijke adviseurs en representanten van verschillende organisaties, in een adviesgroep. Dit zijn de organisaties Stichting maroc.nl, Stichting Tans (hoogopgeleide Marokkaanse jongeren), Forum, Stichting Yoesef (islam en homoseksualiteit), Rutgers Nisso Groep. Alle leden van de adviesgroep konden materiaal aanleveren voor de site. De productgroep (Maroc.nl, SANL en het NIGZ) besloten welke items op de subsite werden gepresenteerd en hoe dit gebeurde. De adviesgroep bevatte geen jongeren uit de beoogde leeftijdsgroep. Bezoekers van de site Islam en seksualiteit is gevraagd vragenlijsten in te vullen voor de evaluatie van de site. De resultaten hiervan zijn nog niet beschikbaar.

Hoe is contact gelegd met de doelgroep?

SANL en het NIGZ kwamen samen op het idee voor een Marokkaanse website over seksualiteit. Zij hebben hierover een oproep gedaan aan een aantal Marokkaanse sites, waarvan Maroc.nl enthousiast reageerde. Zij zijn mede initiatiefnemer. De leden van de jongerenadviesgroep zijn jongeren uit de omgeving van twee mensen uit het bestuur van Maroc.nl. Zij hebben deze jongeren benaderd. De andere participanten (enquêtes en polls) zijn benaderd via Maroc.nl.

Hoeveel mensen uit de doelgroep participeren?

Zie eerder

Participatiedoel

Waarvoor wordt doelgroep participatie ingezet, voor beleid of praktijk?

Voor beide. De praktijk, de invulling van de site, wordt door de doelgroep bepaald.

Het bestuur van Maroc.nl en de jongerenadviesgroep denken ook mee over het beleid t.a.v. het thema seksualiteit op de site. Hun inbreng heeft ook invloed op de beleidskeuzes van SANL en van het NIGZ. Aangegeven is dat het project veel kennis heeft opgeleverd die gebruikt kan worden in bestaande en toekomstige interventies van deze doelgroep. Zij stellen voor een analyse van deze data te laten maken door de Universiteit van Maastricht.

Wat is hoofddoel participatie?

Een doel van de participatie is het verkennen van de doelgroep, inzicht krijgen in de doelgroep, t.a.v. het onderwerp seksualiteit. Daarnaast het bereiken van de doelgroep (via Maroc.nl). Empowerment van de doelgroep (de jongerenadviesgroep) was een neven doel.

Voorwaarden/competenties bij de doelgroep

De jongeren waren niet getraind om te kunnen participeren. Het is de bedoeling dat ze in de toekomst wel een training gaan volgen over soa/aids/seksualiteit.

Voorwaarden en competenties bij de professionals en de organisaties

SANL en het NIGZ zijn niet speciaal getraind voor de doelgroep-participatie. Zij hebben contact met Maroc.nl, die weer zorgt voor het contact met de doelgroep.

Randvoorwaarden

Het programma jongeren van SANL heeft van VWS de opdracht gekregen intensief aandacht te besteden aan allochtone jongeren. SANL zal het project voorlichting via communitysites een plaats geven in een nieuw meerjarenplan; dit biedt de garantie dat de projectresultaten structureel en langdurig worden geïmplementeerd.

Participatiebereik

Wat is het participatiebereik ofwel de terreinen waarop participatie plaatsvindt?

Participatie vindt plaats op het gebied van inhoud en organisatie van het project.

Financiering vindt o.a. plaats door het fonds OGZ.

Hoe structureel is de participatie, eenmalig of doorlopend tijdens het gehele project?

Doorlopend tijdens het hele project

Participatieniveaus

Het niveau is 5, interactieve participatie.

Participatieresultaat

Participatiedoel bereikt? Is de participatie effectief gebleken en wie vindt dat?

Ja, het project heeft veel nieuwe informatie opgeleverd op het gebied van kennis, houding en gedrag van Marokkaanse jongeren over seksualiteit, soa en zwangerschapspreventie, maagdelijkheid, Islam etc. Dit vinden SANL en het NIGZ.

De verschillende onderdelen van Islam en seksualiteit trokken veel bezoekers (geen concreet aantal bekend). De vraagbaak ontving van mei 2004 tot juni 2005 800 vragen.

Bevorderende en belemmerende factoren?

Bevorderend:

Goede keuze samen te werken met Maroc.nl: veel relevante expertise en kennis.

Belemmerend:

Het betrekken van jongeren uit de doelgroep kostte veel meer tijd dan gepland. Omdat het vrijwilligers zijn die alles in hun vrije tijd moeten doen; daardoor zijn ze niet altijd inzetbaar en zijn deadlines overschreden.

4. Kanaleneiland gezond: opvoedingsondersteuning aan Marokkaanse vaders en moeders.

Uitvoerende organisaties: GG&GD Utrecht, DMO (Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling), zes zelforganisaties: Tamount, TSU, TOC, Al Amal, Vaders van Zuid, Stimulans en Multicultureel Instituut Utrecht (MIU).

Tijdspad: september 2002 - juni 2006

Korte samenvatting

Het project is opgezet volgens de 'community' benadering. Doelgroep participatie is een van de uitgangspunten. Zowel professionals als bewoners, waaronder Turkse en Marokkaanse groepen is gevraagd welk gezondheidsthema prioriteit had. Hieruit kwam opvoedingsondersteuning als belangrijkste thema naar voren. Dit project heeft als doel aan Marokkaanse ouders en met name vaders kennis en vaardigheden over te dragen over opvoeding. Het uiteindelijk doel is: er zijn activiteiten in de wijk uitgevoerd die de gezondheid van de betrokken bewoners

ten goede komen. Uiteindelijk is het bedoeling dat deze activiteiten onderdeel worden van het reguliere werk in de wijk. Dit staat nu in het werkprogramma/begroting van DBO. Ook is het de bedoeling dat de organisaties in de wijk het overnemen; dat wordt ook opgenomen in komende werkplannen.

Participatiefase

Het initiatief voor het project Kanalen Eiland Gezond is genomen door de GG&GD in overleg met DMO en de wijkaccountmanager. Zij hebben vanaf het begin contacten gelegd met de wijkbewoners en organisaties. Deze hebben het thema van het project bepaald. Voor de uitwerking zijn vanaf het begin contacten gelegd met de zelforganisaties. Zij zijn betrokken bij de themakeuze en bij de opzet van de cursussen. Voor de cursus voor de vaders is er contact geweest met drie Marokkaanse zelforganisaties, met twee van deze organisaties werd over concrete plannen gesproken. Met de Marokkaanse vrouwenorganisatie is een thema middag over opvoeding georganiseerd en een inventarisatie gemaakt van wensen ten aanzien van opvoedingscursussen.

Halverwege 2003 stelt DMO geld beschikbaar voor de zelforganisaties om zelf cursussen te organiseren. Dit heeft grote invloed op de participatie van de zelforganisaties in het project. De zelforganisaties zijn verantwoordelijk voor de fase 1 cursus waarvoor ze geld en ondersteuning krijgen van DMO. De GG&GD is verantwoordelijk voor de fase 2 cursus, hierbij wordt wel nauw samengewerkt met de zelforganisaties m.b.t. de opzet, uitvoering en evaluatie van de cursussen.

Participanten

Hoe wordt de doelgroep gedefinieerd? Door wie?

Voor het project Kanalen Eiland Gezond is de doelgroep: alle bewoners uit de wijk Kanaleneiland, met name Turken en Marokkanen.

Door de themakeuze (opvoeding) zijn uiteindelijk de Marokkaanse ouders als specifieke doelgroep gekozen. Voor deze doelgroep is gekozen omdat Marokkaanse jongeren de meeste overlast geven in de wijk. Ook zijn er meer Marokkanen dan Turken in de wijk.

Is er aandacht voor diversiteit van de doelgroep? Hoe?
Speciale aandacht gaat uit naar de Marokkaanse vaders. In het verleden waren met name de moeders betrokken bij het opvoedingsondersteuningsaanbod. De moeders vonden het belangrijk dat de vaders ook bereikt zouden worden. Er is dus rekening gehouden met diversiteit en aangesloten bij de vragen en behoeftes van de doelgroep.

Is er aandacht voor kenmerken van de community en/of setting?
Er is aangesloten bij de bestaande structuren in de wijk.

Wie uit de doelgroep participeren?
Naast de Marokkaanse vaders kunnen ook de zes zelforganisaties als doelgroep worden aangemerkt. De besturen van de zelforganisaties participeren het meest in het project.

Hoe is contact gelegd met de doelgroep?
Contact is gelegd via de bestaande structuur in de wijk. Het DMO had al contacten met de zelforganisaties, via de reguliere vergadering die het DMO beledt zijn de eerste contacten gelegd. Daarnaast is speciaal voor dit project een Marokkaanse medewerker aangesteld. Hij onderhield de contacten met de zelforganisaties voor mannen. Een vrouwelijke Vetc-er onderhield samen met de projectleidster de contacten met een vrouwelijke zelforganisatie.
De zelforganisaties hebben contact gelegd met hun achterban.

Hoeveel mensen uit de doelgroep participeren?
Aantal deelnemers aan de cursussen: ongeveer 200.

Participatiedoel

Waarvoor wordt doelgroep participatie ingezet, voor beleid of praktijk?
In dit project is participatie met name ingezet voor de praktijk van gezondheidsbevordering.

Wat is het hoofddoel?
Hoofddoel was zowel middel (participatie zelforganisaties) als doel (participatie einddoelgroep) op zich. Middel: Het was nieuw voor de GG&GD om zo intensief samen te werken met zelforganisaties. De centrale vraag hierbij was of zo de Marokkaanse

vaders beter bereikt konden worden. Doel: realiseren van betere betrokkenheid van bewoners bij hun gezondheid.

Voorwaarden/competenties bij de doelgroep

Vanuit het project worden de zelforganisaties met name ondersteund bij het organiseren van de opvoedingscursussen. In bredere zin ondersteunt het DMO de zelforganisaties om te participeren in de wijk. Bij de start van dit project zijn alle zelforganisaties individueel benaderd door de GG&GD (door een Marokkaanse medewerker).

Voorwaarden en competenties bij de professionals en de organisaties

Het project is ingebed in bestaande werkstructuur. DMO heeft al reguliere contacten met de zelforganisaties en ook met de bewoners. Die competenties zijn in een eerder stadium ontwikkeld. Er is een structuur van een wijkbureau, waarin ook de GG&GD een plek heeft. Duidelijk is wel dat er verschillende rollen en doelen zijn bij DMO en GG&GD. Deze laatste wil met de zelforganisaties samen werken op inhoudelijke thema; de eerste ondersteunt/versterkt de zelforganisaties. Deze doelen komen soms met elkaar in conflict.

Randvoorwaarden

Er is gekozen om draagvlak en samenwerking te realiseren via de zelforganisaties. De vraag is wel welke bewoners precies behoren tot de achterban van de zelforganisaties. Dat is niet geheel duidelijk.

Belangrijke randvoorwaarde (of invloed op het participatie niveau) was de financiering. Er heeft een verschuiving plaats gevonden van financiering van fase 1 (zelforganisaties voeren het project zelf uit) en fase 2 (GG&GD voert uit i.s.m. zelforganisaties).

Het thema heeft prioriteit bij de DMO en GG&GD én bij de zelforganisaties en wijkbewoners.

Participatiebereik

Wat is het participatiebereik ofwel de terreinen waarop participatie plaatsvindt?

Op alle terreinen: Binnen het project is er participatie van de zelforganisaties op de inhoud en organisatie van de cursussen

(fase 2). De zelforganisatie en de einddoelgroep heeft inspraak in de inhoud, deze wordt verder verzorgd door de GG&GD. De zelforganisaties organiseren verder de cursussen (tijd, uitnodiging en zaal).

Voor de fase 1 cursus krijgen de zelforganisaties financiering van het DMO en zijn ze dus volledig zelf verantwoordelijk voor de cursussen

Hoe structureel is de participatie, eenmalig of doorlopend tijdens het gehele project?

Structureel: vindt plaats in het kader van reeds bestaande werkstructuren. Bedoeling is dat het project verder een plek vindt binnen het reguliere werkaanbod. Hoe?

Participatieniveau

Het niveau van participatie van de zelforganisaties ligt op het niveau van interactieve participatie en zelfmobilisatie.

Participatieresultaat

Participatiedoel bereikt? Is de participatie effectief gebleken en wie vindt dat?

Het project loopt nog en de participatie kwaliteit moet nog blijken. Het is goed gelukt om samen met zelforganisaties opvoedingsondersteuningscursussen te organiseren. Er is een stijgende lijn in het aantal organisaties waarmee samengewerkt wordt en het aantal cursussen dat gegeven wordt. Dit wijst op een effectieve participatie.

De participanten van de eerste opvoedingscursussen waren met name Marokkaanse vaders met een relatief goede opleiding en positie. In die cursussen is het vanuit GG&GD standpunt onvoldoende gelukt om de uiteindelijke doelgroep te laten participeren.

Bevorderende en belemmerende factoren

Bevorderend:

Er kon worden aangesloten bij een samenwerkingsstructuur in de wijk.

Belemmerend:

Het is moeilijk inzicht te krijgen wie precies tot de achterban van zelforganisaties behoort, wie van de uiteindelijke doelgroep op deze manier participeert.

Er bestaan, bij de verschillende samenwerkingspartners, verschillende ideeën over het doel van de participatie : DMO ondersteunt de zelforganisaties en vindt dat zij zelf de cursussen moeten (kunnen) geven; GG&GD ziet zelforganisaties vooral als middel om doelgroep te bereiken en wil zelf de inhoudelijke competentie kunnen leveren.

Het aanstellen Marokkaanse contactpersoon verliep moeilijk; heeft uiteindelijk een half jaar geduurd.

5. 'Nô's Saúde' gezondheidsbevordering van Kaapverdianen in de wijk.

Uitvoerende organisaties: Verwey-Jonker Instituut, NIGZ, GGD Rotterdam, Stichting Avanco en Delphi Opbouwwerk
Tijdspad: januari 2002 - januari 2004

Samenvatting

Het project heeft als einddoel het bevorderen van een gezonde leefstijl in wijk en gezin. Om dit te realiseren zijn eerst de gezondheidsproblemen van deze gemeenschap en van de (in)formele sociale infrastructuur (door een community-analyse) in kaart gebracht. Ook is de ervaren gezondheid onderzocht. Op basis van deze informatie zijn interventies ontwikkeld. Het ontwikkelen vond plaats in lokale conferenties, waarbij de doelgroep en professionals uit de wijk zijn betrokken. Vervolgens zijn twee interventies (een voorlichtingsvideo en een zorgnetwerk) geïmplementeerd en geëvalueerd. Tot slot is gekeken naar de mogelijkheid om dit project breder te implementeren.

Participatiefase

De doelgroep heeft geparticipeerd in alle fasen, met uitzondering van Initiatief. Het voorstel is ontwikkeld door het VJI en het NIGZ. Na honorering van het voorstel zijn de lokale partners, waaronder een Kaapverdiaanse koepelorganisatie voor zelforganisaties betrokken. Er bestaat geen duidelijkheid over de vervolgfase.

Participanten

Hoe wordt de doelgroep gedefinieerd?

Het werken vanuit de community interventie principes brengt met zich mee dat de community de doelgroep is. De doelgroep is hier de Kaapverdiaanse gemeenschap in Rotterdam. In eerste instantie was het project met name bedoeld voor Kaapverdiaanse vrouwen. In het eerste jaar heeft een verschuiving plaats gevonden naar de Kaapverdiaanse gemeenschap in zijn geheel

Door wie is de doelgroep gedefinieerd?

In eerste instantie door de initiatiefnemers (Verwey-Jonker Instituut, NIGZ) ; in de loop van het project door alle betrokken organisaties.

Is er aandacht voor diversiteit binnen de doelgroep? Hoe?

Er is aandacht geweest voor diversiteit wat betreft mannen/ vrouwen en ouderen/jongeren. Ook voor de verschillen op basis van afkomst (van verschillende eilanden). Er is een inventarisatie gemaakt van de sociale infrastructuur, die informatie heeft opgeleverd over de diversiteit binnen de gemeenschap.

Is er aandacht voor kenmerken van de community en/of setting?

Er is aangesloten bij bestaande zelforganisaties en intermediairs/ sleutelfiguren.

Wie uit de doelgroep participeren?

Een vertegenwoordiging van de doelgroep heeft geparticipeerd in de projectgroep - vier actieve leden van het project waren van Kaapverdiaanse afkomst. Met hen zijn semi-gestructureerde interviews gehouden in de analysefase van het project. Vervolgens hebben 28 deelnemers van het zorgnetwerk Kaapverdianen Rotterdam (betreft formele en informele hulpverleners; ongeveer de helft van Kaapverdiaanse afkomst) een vragenlijst ingevuld om inzicht te krijgen in hun ideeën en wensen tav. dit Zorgnetwerk.

In deze analysefase zijn ook met 25 vertegenwoordigers van zelforganisaties en andere relevante instellingen een gesprek gevoerd. Doel was verkrijgen van een breed beeld van de gezondheid en welzijn van de Kaapverdiaanse gemeenschap in Rotterdam.

Om meer inzicht te krijgen in de gezondheidssituatie en in opvattingen over gezond leven zijn gezondheidssportretten gemaakt, waarvoor 3 Kaapverdiaanse vrouwen en 3 Kaapverdiaanse mannen zijn geïnterviewd.

In de ontwikkelingsfase zijn 2 lokale conferenties georganiseerd waaraan in totaal 66 leden van doelgroep hebben geparticipeerd. In deze bijeenkomsten zijn de prioritaire thema's en de maatregelen/activiteiten gekozen, die in de uitvoeringsfase zijn uitgewerkt. Op basis hiervan is een plan van aanpak geformuleerd dat aan een tiental leden van de doelgroep is voorgelegd. Bij de uitvoering is de doelgroep betrokken in de werkgroep Zorgnetwerk. Er waren drie leden van Kaapverdiaanse afkomst. De uitvoering van de 2^e activiteit (video over opvoeding) is uitgevoerd door een Kaapverdiaanse organisatie in nauwe samenwerking met leden van de doelgroep.

Hoe is contact gelegd met de doelgroep?

Contact is gelegd via formele en informele contacten vanwege het project.

Participatiedoel

Waarvoor wordt doelgroep participatie ingezet, voor beleid of praktijk?

Voor de praktijk.

Wat is het hoofddoel van de participatie?

Het hoofddoel is de gezondheidssituatie van de Kaapverdiaanse gemeenschap te bevorderen. Doelen zijn opgedeeld in het verkrijgen van informatie over gezondheidssituatie en opvattingen over gezondheid; het realiseren van samenwerkingsverband met zelforganisaties; op prioriteren in activiteiten en vervolgens het realiseren van deelname aan de uitvoering.

Voorwaarden/competenties bij de doelgroep

Hierover is geen concrete informatie gevonden.

Voorwaarden/competenties bij de professionals en organisaties

Hierover is geen informatie gevonden

Randvoorwaarden

Er is expliciet aandacht besteed aan het ontwikkelen van draagvlak en samenwerking.

Ook is geprobeerd de deelgemeente hierbij te betrekken. Dat is niet gelukt.

Participatiebereik

Bij analysefase, ontwikkeling en uitvoering.

Hoe structureel is de participatie?

De participatie is doorlopend tijdens hele project.

Participatieniveau

4. functioneel en 5. interactief

Participatieresultaat

Participatiedoel bereikt? Is de participatie effectief gebleken en wie vindt dat?

In de verschillende fasen van het project is geparticipeerd. Het oordeel verschilt per fase. Positief oordeel over de analysefase van zowel leden van de doelgroep zelf als de initiatiefnemers. Bij de ontwikkelfase waren de deelnemers zelf minder positief. Over de uitvoeringsfase zijn alle partijen positief.

Bevorderende en belemmerende factoren

Bevorderend:

Bij de Kaapverdiaanse gemeenschap zijn de onderlinge banden sterk. Men is geneigd om problemen vooral in eigen kring op te lossen en de organisatiegraad is hoog. Dit laatste is ook een belangrijke factor voor het welslagen van het project. Gebruik deskundigheid, faciliteiten en netwerken van participanten.

Betrekken van lokale organisaties: zij zullen de activiteiten moeten continueren. Betrokkenheid vanaf begin is dan voorwaarde.

Belemmerend:

Participatieniveau lag minder hoog dan verwacht - namelijk slechts op het niveau van consultatie. Reden was dat het onderzoek en het schrijven van plan van aanpak voor interventie-activiteiten langer duurde dan verwacht; de review kostte

meer tijd net als het creëren van gezondheidsportretten. Daarom is het niet gelukt alle gewenste doelgroepen te betrekken. De verwachting is dat dit beter is te realiseren als de diverse onderzoeksactiviteiten worden geïntegreerd. De brede opvatting van gezondheid (Lalonde) houdt in dat gezondheid, welzijn en leefbaarheid niet geheel van elkaar zijn te scheiden. Van belang deze opvatting van gezondheid met alle stakeholders goed door te spreken en de verschillende ideeën daarover te bespreken.

6. Zin in Gezond Leven

Uitvoerende organisaties: Universiteit voor Humanistiek, Transact, GGD Rotterdam e.o.
Tijdspad: oktober 2002 tot maart 2005

Samenvatting

1^e fase: Studie naar sekse- en etniciteitsbewust referentiekader voor Gezond Leven.

2^e fase: op basis van dit referentiekader worden interventies ontwikkeld die recht doen aan sociale, culturele en existentiële dimensie van Gezond Leven, met nadruk op empowerment. Er is een draaiboek ontwikkeld en er vindt een proefuitvoering plaats.

Vertegenwoordigers van de doelgroep zijn via deelname aan projectgroep actief betrokken bij project. Door participatief actieonderzoek is de doelgroep benaderd. Producten: koffer met materialen en handleiding; inzicht in kader; do'en don'ts van participatief dialogische methode.

Participatiefase

Uitgangspunt van het project is dat alle actoren op alle momenten over alle facetten meedenken, meepraten, meebeslissen en meedoen. In de praktijk heeft dit nuanceering. De momenten dienen te worden onderscheiden naar aspecten en stappen van het onderzoeks- dan wel interventie-ontwikkelingstraject. Per stap kan dan worden gespecificeerd welke inbreng geëigend is en welke invloed mogelijk is voor welke deelnemer. Die invloed kan bijvoorbeeld worden uitgedrukt in termen van agenda bepalen, normen stellen, informatie geven en feedback geven.

Voor de analyse zijn de resultaten uit interviews met ouderen gebruikt en uitkomsten uit de participatief dialogische methode. De peers en intermediairs uit de projectgroep zijn betrokken geweest bij de ontwikkeling van de koffer en de proefinterventies. Zij hebben diverse materialen uitgeprobeerd en een aantal van hen heeft de proefbijeenkomsten geleid. Er is dus geparticipeerd in de fasen analyse en ontwerp/ontwikkeling.

Participanten

Hoe wordt doelgroep gedefinieerd?

Marokkaanse en Nederlandse oudere mannen en vrouwen (55-75 jaar, Marokkaanse leeftijdsgrens is later in het project verlaagd) met een lage sociaal-economische status.

Door wie is doelgroep gedefinieerd

Door de uitvoerende organisaties.

Is er aandacht voor diversiteit van de doelgroep? Hoe?

Het doel van het project is dat er materiaal wordt ontwikkeld waarin rekening wordt gehouden met diversiteit in sekse en etniciteit. De doelgroep is homogeen qua leeftijd en sociaal economische status (ses). Opvattingen en ervaringen aangaande gezond leven van de vier doelgroepen (Marokkaanse mannen, Nederlandse mannen, Marokkaanse vrouwen, Nederlandse vrouwen) zijn onderzocht door het voeren van interviews met leden uit deze doelgroepen en door het voeren van dialoog (participatief-dialogische methode) met de peers en intermediairs uit de projectgroep.

Aansluiting bij bestaande gespreksgroepen heeft als nadeel dat de leeftijd van de bestaande gespreksgroep hoger kan zijn die van de beoogde doelgroep. Ook is het lastig gebleken om de ses van mensen vast te stellen, omdat opleidingsniveau bij deze generatie geen goede indicator is en het vragen naar inkomen een taboe is in de Nederlandse samenleving. Bovendien gaat achter 'lage ses' geen homogene groep schuil; er zijn grote verschillen qua opvattingen, ervaringen en leefwijzen.

Is er aandacht voor kenmerken van de community en/ of de setting?

Aansluiting bij bestaande gespreksgroepen heeft de voorkeur.

Wie uit de doelgroep participeren?

- Marokkaanse en Nederlandse ouderen zijn geïnterviewd over hun opvattingen en ervaringen m.b.t. gezond leven. De interviews zijn uitgevoerd door de leden van de projectgroep.
- In de projectgroep zitten twee Marokkaanse en twee Nederlandse mannen en twee Marokkaanse en twee Nederlandse vrouwen.
- Daarnaast zaten in de projectgroep zes professionals op het terrein van onderzoek en interventie. Dit zijn professionals van de uitvoerende organisaties (5 vrouwen en 1 man, allen van Nederlandse afkomst). Zij behoren dus niet tot de doelgroep.
- Een klankbordgroep met vertegenwoordigers van organisaties uit zorg en welzijn, expertisecentra en allochtonenorganisaties. Dit had als neven doel draagvlak te creëren.
- Daarnaast zijn professionals bevestigd die in de praktijk werken met Nederlandse of Marokkaanse ouderen. Deze zijn bevestigd over het materiaal, dit ook om draagvlak voor gebruik van het materiaal te creëren.

Hoe is contact gelegd met de doelgroep?

Respondenten voor de interviews zijn door de leden van de projectgroep geworven. Hoe de leden van de projectgroep zijn geworven wordt niet vermeld.

Hoeveel mensen uit de doelgroep participeren?

Er is hierover geen informatie gevonden.

Participatiedoel

Waarvoor wordt doelgroep participatie ingezet, voor beleid of praktijk?

Interviews en dialoog waren gericht op de ontwikkeling van materialen en methoden, dus voor de praktijk.

Wat is hoofddoel participatie?

Het doel van de participatie is het verkrijgen van inzicht in de opvattingen en beleving van gezond leven bij de doelgroep. Deze zijn gebruikt voor ontwikkeling van het draaiboek en de koffer met materialen.

Empowerment was hierbij waarschijnlijk een neveneffect, maar wordt niet expliciet als doel vermeld.

Voorwaarden/competenties bij de doelgroep

De interviewers uit de projectgroep hebben een interviewtraining gekregen.

De onderlinge communicatie (peers en professionals) was een punt van aandacht.

Voorwaarden en competenties bij de professionals en de organisaties

Zij hebben geen training gehad, maar leerden gaandeweg het project om hun theoretische concepten in concreet taalgebruik te uiten.

Randvoorwaarden

Door het betrekken van een klankbordgroep en professionals (die in de praktijk met de ouderen werken) is draagvlak gecreëerd voor het gebruik van de materialen. Velen van de professionals vertoonden concrete belangstelling. Inmiddels heeft Transact een training voor professionals in haar aanbod opgenomen. Het is de bedoeling dat in een vervolgtraject de koffer actief wordt geïmplementeerd. Voor dit traject is bij ZonMw financiering aangevraagd. Met het NIGZ en GGD Rotterdam e.o. zijn gesprekken gaande over de versterking van de implementatie door gebruik van hun verspreidingskanalen.

Participatiebereik

Wat is het participatiebereik ofwel de terreinen waarop participatie plaatsvindt?

De doelgroep heeft geparticipeerd op de terreinen analyse en ontwerp/ontwikkeling.

Hoe structureel is de participatie, eenmalig of doorlopend tijdens het gehele project?

De participatie is doorlopend tijdens het gehele project.

Participatieniveaus

Niveau 4, functionele participatie

Participatieresultaat

Is het participatiedoel bereikt? Is de participatie effectief gebleken en wie vindt dat?

Ja, dit vinden de uitvoerende organisaties. De interviews en participatieve werkwijze hebben inzichten opgeleverd over empowerment, zingeving en diversiteit in relatie tot gezond leven. Deze zijn gebruikt bij de ontwikkeling van de materialen. De materialen zijn geschikt gebleken (tijdens pretest) voor gebruik in bijeenkomsten over gezond leven met de doelgroep. De peers hebben nadrukkelijk een inbreng gehad in het project en voelden zich betrokken bij de werkzaamheden.

Bevorderende en belemmerende factoren

Bevorderend:

Verschillende wegen bewandelen om draagvlak en implementatiekansen te vergroten, zoals instellen klankbordgroep, publicaties, presentaties; hierin al tijdens de loop van het project investeren.

Investeren in analyse van de interviews (dat kostte ook veel tijd, maar heeft veel informatie opgeleverd).

Belemmerend:

Kanttekeningen zijn dat de gelijkwaardigheid tussen de partners (doelgroep en uitvoerende organisaties veel vertaalslagen en wederzijdse leerprocessen vergt, die tijd, geld en organisatie kosten.

Individuele en collectieve spiraalvormige leerprocessen (de participatief-dialogische werkwijze) zijn gebaat bij een normatieve overeenstemming tussen de deelnemers. Als deelnemers sterk verschillen in context en professionaliteit verhoogt dit de kans op verschil in prioriteiten. Leerprocessen kunnen onvoldoende synchroon lopen, waardoor de projectontwikkeling kan stagneren.

7. Voorpost gezondheidszorg: buurtgericht gezondheidsprogramma

Uitvoerende organisaties: gemeente Hoogezand Sappemeer en organisatie van Heel de Buurt.

Tijdspad: november 2003 - november 2005

Samenvatting

Doel is het verbeteren van de toegankelijkheid naar zorg-hulp- en dienstverlening voor alle bewoners in Hoogezand-Sappemeer en specifiek voor bewoners van allochtone afkomst.

Een projectleider signaleert, adviseert, informeert, verwijst, bemiddelt en ondersteunt cliënten. Dit doet ze tijdens verschillende inlooppreekuren of huisbezoeken. Hierbij wordt ze ondersteund door drie allochtone intermediairs. Ook worden voorlichtingsbijeenkomsten gehouden over gezondheidsonderwerpen. De projectleider treedt op als consulent.

Er wordt gewerkt op basis van informatie uit een gezondheidsenquête en een inventarisatie van vragen en wensen t.a.v. de gezondheid van allochtonen onder sleutelfiguren.

Het project Voorpost gezondheidszorg wordt voortgezet tot 31 december 2006.

In het kader van dit programma zijn drie doelen gesteld:

1. Omgaan met diversiteit in zorg-hulp- en dienstverlening.
2. Het creëren van draagvlak voor de functie van allochtone zorgconsulent.
3. De ontwikkeling en uitvoering van preventieve activiteiten gericht op groepen cliënten.

Het Project 'Voorpost gezondheidszorg' komt voort uit het Heel de buurt project.

Participatiefase

De doelgroep participeert in de analysefase, de ontwerp/ontwikkelfase en de uitvoeringsfase

Participanten

Hoe wordt doelgroep gedefinieerd?

Alle bewoners van Hoogezand -Sappemeer en specifiek alle bewoners van allochtone afkomst.

Extra info Henk Kamminga:

Door wie is doelgroep gedefinieerd
Gemeente Hoogezand-Sappemeer

Is er aandacht voor diversiteit van de doelgroep? Hoe?

De Voorpost richtte zich in principe op alle inwoners. Maar al snel bleek de behoefte binnen de allochtone gemeenschap het grootst. De Voorpost richt zich niet specifiek op bepaalde groepen. Maar door de grootte van de groepen komen de meeste cliënten uit de Turkse, Marokkaanse, Joegoslavische en Javaanse gemeenschap.

In de Voorpost zijn allochtone intermediairs werkzaam.

Daarnaast werkt de projectleider op basis van individueel maatwerk.

Doel van het project is het omgaan met diversiteit in zorg-hulp en dienstverlening.

Is er aandacht voor kenmerken van de community en/ of de setting?

Ja, leden van zelforganisaties zitten in de projectgroep en sleutelfiguren van deze organisaties zijn geïnterviewd. Verder vinden inloopspreekuren plaats op vindplaatsen van allochtonen.

Wie uit de doelgroep participeren?

- Respondenten van de gezondheidsenquête. Deze enquête geeft een indicatie over specifieke gezondheidsproblemen van allochtonen in Hoogezand-Sappemeer. (aantal niet bekend)
- 5 Sleutelfiguren van allochtone zelforganisaties uit de gemeente Hoogezand Sappemeer. Door middel van gesprekken met deze groep zijn vragen en wensen t.a.v. de gezondheid van allochtonen geïnventariseerd.
- De 5 sleutelfiguren zitten ook in de stuurgroep. Dit zijn vertegenwoordigers van de Turkse Culturele Vereniging, de Marokkaanse vrouwenvereniging Jamaia Arabia en St. Bangsa Jawa. Verder zitten in de stuurgroep politie, maatschappelijk werk, St. Thuiszorg, GGZ, GGD, Humanitas, SKPW en St. Prisma. In de projectgroep worden gezamenlijk besluiten genomen over de inhoud en uitvoering van het project en worden samenwerkingsafspraken gemaakt.

- Drie intermediairs van Marokkaanse, Joegoslavische en Turkse afkomst. Zij ondersteunen de projectleider. Zij leiden allochtone bewoners toe naar het spreekuur van de Voorpost, geven informatie/voorlichting en begeleiden cliënten soms naar hulp en zorgverlening. De projectleider kan hierdoor gemakkelijk in contact komen met de doelgroep. Twee intermediairs zijn structureel bij de Voorpost betrokken, een tijdelijk voor een specifieke activiteit (huisbezoeken). De allochtone intermediairs (en de projectleider) zijn de schakel tussen informele zorg (een netwerk van contacten in allochtone gemeenschap) en de formele zorg. De allochtone intermediairs zijn degenen die dit netwerk moeten vormen. Zij zijn in dienst op basis van een 0-uren contract, worden betaald voor de uren die ze werken (doorgaans 5 uur per week)
- De projectleider is van Turkse afkomst. Zij is ook projectleider van 'Heel de Buurt', wat nu G6 programma wordt genoemd. Andere intermediairen zoals huisartsen, vroedvrouwen, fysiotherapeuten, psychologen, apothekers en bijvoorbeeld buurtmoeders, adviseren de uitvoerders op afstand.

Hoe is contact gelegd met de doelgroep?

Er is contact gelegd met sleutelfiguren en vertegenwoordigers van allochtone zelforganisaties.

Hoeveel mensen uit de doelgroep participeren?

Zie eerder.

Participatiedoel

Waarvoor wordt doelgroep participatie ingezet, voor beleid of praktijk?

Voor beide, de doelgroep zit in de stuurgroep. Die vergadert over de uitvoering (praktijk) van de Voorpost en daarnaast over het diversiteitsbeleid in de gemeente Hoogezand-Sappemeer (plannen voor GSB-termijn 2005-2008). Hierbij horen ook de ontwikkeling en uitvoering van preventieve activiteiten gericht op groepen cliënten.

Het diversiteitsbeleid houdt in dat instellingen en organisaties in hulp-zorg- en dienstverlening de multiculturele samenleving gaan vertalen naar structuur, personeel en procedures,

producten en diensten. Het gaat om een veranderingsstructuur, waarin kritische reflectie op de eigen doelstelling, beroepshouding, aanpassingsvermogen, flexibiliteit en veranderingsgezindheid centraal staat. De verantwoordelijkheid voor het in gang zetten van een interculturalisatieproces ligt bij het management van de organisatie. De Voorpost kan een belangrijke bijdrage leveren door de ontwikkeling en inzet van een allochtone zorgconsulent binnen de organisatie. Daarnaast kan de Voorpost een rol spelen door het organiseren van bijeenkomsten waar onderwerpen worden besproken die te maken hebben met: het omgaan met diversiteit, de betekenis van interculturalisatie, eigen waarden en normen van hulpverleners en de invloed op de hulpverlening.

Wat is het hoofddoel van de participatie?

Het verkrijgen van informatie over de behoefte die allochtonen hebben aan advies en ondersteuning op het gebied van gezondheid. Daarnaast wordt met de projectgroep afgestemd hoe advies en ondersteuning zo toegankelijk mogelijk aan te bieden, afgestemd op de gewoonten en vindplaatsen van de allochtonen.

De allochtone projectleider en intermediairs worden ingezet om de allochtone patiënten zo goed mogelijk te bereiken.

De geboden ondersteuning richt zich sterk op het activeren van het eigen oplossend vermogen van de cliënt. In een vertrouwensrelatie met de cliënt wordt deze geholpen om inzicht te krijgen in factoren die zijn gezondheid belemmeren, om prioriteit aan te brengen in problemen en om- veelal met behulp van reguliere zorg-, hulp- en dienstverleners- te gaan werken aan oplossingen. Dit wordt op empowerment gerichte cliëntondersteuning genoemd.

Voorwaarden/ competenties bij de doelgroep

De allochtone intermediairs hebben behoefte aan meer training op het gebied van communicatie en voorlichting. Deze zullen zij ook gaan volgen.

Voorwaarden en competenties bij de professionals en de organisaties

Ook de projectleider zal een training interculturele communicatie gaan volgen.

Randvoorwaarden

Tot 1 november 2005 wordt het gefinancierd met middelen uit het Fonds OGZ.

Het project wordt voortgezet tot 31 december 2006. Financiering door investering van een gemeentelijk samenwerkingsverband (G 6: tussen de 6 grote gemeenten en de provincie Groningen) Het wordt versterkt door de projectleider extra uren te geven (16+4) en er wordt een procesbegeleider aan toegevoegd, voor 8 uur. De allochtone intermediairen worden ieder 5 uur per week ingezet. Tot einde 2006 wordt gewerkt aan het creëren van draagvlak voor een allochtone zorgconsulent met als doel het structureel inbedden van deze functie bij de Voorpost. Er is een intentie om deze functie te koppelen aan het lokaal gezondheidsloket (dat wordt opgezet in het kader van het WMO beleid). Hierdoor is ook de kans groter dat de inzet structureel kan worden.

Andere doelen voor de nieuwe GSB- termijn zijn het omgaan met diversiteit in zorg-hulp en dienstverlening en de ontwikkeling en uitvoeren van preventieve activiteiten gericht op groepen cliënten.

Afstemming met andere gemeenten in de provincie Groningen vindt plaats via het G6 programma.

Participatiebereik

Wat is het participatiebereik ofwel de terreinen waarop participatie plaatsvindt?

Participatie vindt plaats in de analyse, bij het ontwerp/ontwikkeling van het project en bij de uitvoering (door allochtone projectleider en intermediairs).

Hoe structureel is de participatie, eenmalig of doorlopend tijdens het gehele project?

Doorlopend tijdens het gehele project.

Participatieniveaus

Niveau 5, interactieve participatie.

Participatieresultaat

Participatiedoel bereikt? Is de participatie effectief gebleken en wie vindt dat?

Ja, het is effectief gebleken, dit vindt de gemeente:

- de behoefte aan advies en ondersteuning op het gebied van gezondheid bij de allochtone gemeenschap is zichtbaar geworden;
- uit registratie blijkt dat allochtone cliënten de aanwezigheid van de projectleider positief ervaren. Ze voelen zich serieus genomen;
- voorlichtingsactiviteiten hebben allochtone cliënten meer inzicht gegeven in hun eigen gezondheidsklachten, behandeling, preventie en de werking van de Nederlandse gezondheidszorg en dienstverlening; vergroten eigen oplossend vermogen (op empowerment gerichte cliëntondersteuning)
- het werken met allochtone intermediairs blijkt succesvol: voor een cliënt bij de Voorpost komt is er door de intermediairs al veel werk verzet.

Bevorderende en belemmerende factoren

Bevorderend:

De betrokkenheid van de gemeente en de inbedding in een breder beleidskader.

Belemmerend:

Het project had een wat moeizame start. De Voorpost gezondheidszorg en het werk van de projectleider werd in het begin van het project gezien als concurrent in het werkveld van zorg en dienstverlening. Onduidelijkheid over de functie van de projectleider wekte bij instellingen de indruk dat zij hun werk zat te doen. Inmiddels zijn de meeste onduidelijkheden opgelost en wordt er goed samengewerkt.

BELEIDSPROJECT

8. Vraaggericht preventiebeleid: Benaderen burgers

Uitvoerende organisaties: gemeente Utrecht, GGenGD Utrecht, PPCP.

Tijdspad: april 2004 tot april 2006

Samenvatting

Ontwikkelen van een gevalideerd en beleidsrelevant instrument (fase 1) ter ondersteuning van beleid (fase 2) gericht op het ontwikkelen van meer vraaggerichte gezondheidsbevordering; een 'best practices' model voor kennisoverdracht en gebruik van de gezondheidsinformatie voor beleidsontwikkeling.

Het instrument bestaat uit drie onderdelen: een schriftelijke enquête onder een steekproef van de bevolking, mondelinge interviews bij intermediairs en een burgerraadpleging. In de tweede fase wordt de vraag omgezet in een beleidsvoornemen.

Participatiefase

De doelgroep heeft geparticipeerd in de analysefase.

Participanten

Hoe wordt doelgroep gedefinieerd?

Personen ouder dan 16 jaar in de wijken Overvecht, Noordwest, Zuid en Zuidwest. (wijken waarop het Grotestedenbeleid (GSB) beleid zich richt)

Door wie is doelgroep gedefinieerd

Door de gemeente Utrecht en de GGenGD Utrecht

Is er aandacht voor diversiteit van de doelgroep? Hoe?

Er wordt van uitgegaan dat 'de Utrechter' niet bestaat, maar dat er verschillende doelgroepen in Utrecht te benoemen zijn. In de burgerraadpleging worden daarom groepsgesprekken gehouden met verschillende doelgroepen.

Van de gezondheidsenquête zijn twee versies gemaakt, één voor 16 tot 54 jarigen, en één voor 55 jarigen. Er waren geen Turkse of Marokkaanse versies van de gezondheidsenquête. Deze inwoners ontvingen wel een begeleidende brief in het Turks of Marokkaans. Mensen konden aangeven dat ze hulp nodig hadden

bij het invullen van de enquête. Tevens werden enquêtes afgenomen bij mensen geen respons gaven. Met hen is telefonisch een afspraak gemaakt om de enquête thuis af te nemen. In totaal zijn er bij 83 mensen enquêtes afgenomen. Hiervoor zijn enquêteurs geworven, die hiervoor een training hebben gevolgd. Ook ontvingen ze een enquêteer instructie. In totaal waren dit 18 enquêteurs, 7 Nederlanders, 5 Turken en Marokkanen. Turkse respondenten werden door Turkse enquêteurs geïnterviewd, Marokkaanse respondenten door Marokkaanse enquêteurs. Mannen door mannen, vrouwen door vrouwen.

Is er aandacht voor kenmerken van de community en/ of de setting?

Niet expliciet. Het ging om het benaderen van de doelgroep in die specifieke wijken.

Wie uit de doelgroep participeren?

- Ongeveer 2000 inwoners van Utrecht (en uit de 4 GSB wijken) van 16 jaar en ouder. Zij hebben een gezondheidsenquête ingevuld over gezondheid en behoefte aan informatie, hulp en voorzieningen op het gebied van gezondheid. Voor deze enquête is een steekproef van 5000 inwoners van Utrecht benaderd. Voor dit project werden hieruit de gegevens geselecteerd van de bewoners uit de 4 GSB wijken.
- 53 bewoners uit de wijken Oud Hoograven/Tolsteeg of Nieuw Hoograven/ Bokkenbuurt. Zij hebben in de burgerraadpleging geparticipeerd, in 5 groepsgesprekken met de volgende doelgroepen:
 - Marokkaanse vrouwen
 - Marokkaanse mannen
 - 55-plussers
 - Hoog opgeleide 16-54 jarigen
 - Laag opgeleide 16-54 jarigen.

Met deze groepen is gesproken over hun wijk, hun visie op gezondheid en hun behoefte aan informatie en ondersteuning.

Intermediairs van zorgaanbieders, zij zijn benaderd via het PP/CP (provinciaal patiënten consumenten platform). Hen is gevraagd naar de preventievraag van burgers en het preventieaanbod.

Hoe is contact gelegd met de doelgroep?

- De 3000 inwoners die de gezondheidsenquête hebben ingevuld kregen deze met de post opgestuurd. Daarna zijn ze indien nodig telefonisch benaderd, en zijn de enquêtes desgewenst nog mondeling afgenomen.
- Voor de gesprekken met hoog opgeleide 16-54 jarigen en 55 plussers zijn de respondenten geworven via de inwonersenquête (NUP) 2004. In deze enquête werd aan respondenten de vraag voorgelegd of ze bereid zijn in de toekomst mee te werken aan vervolgonderzoek door de gemeente. Mensen die hier positief op gereageerd hebben, zijn gevraagd mee te werken aan de burgerraadpleging.

Voor het groepsgesprek met de laag opgeleide 16-54 jarigen heeft de GGD mensen geworven via het opbouwwerk van de welzijnsorganisatie Portes. Deze groep bleek niet goed te bereiken te zijn door de inwonersenquête. Het opbouwwerk heeft hen intensief individueel, mondeling benaderd.

De Marokkaanse vrouwen zijn geworven door de GGenGD, via een cursus over gezondheidsbevordering en diabetes. Het waren dus vrouwen die al bezig waren met gezondheid, dit geeft enigszins een vertekening van de doelgroep. De Marokkaanse mannen zijn geworven via de welzijnsorganisatie Portes (waarschijnlijk ook opbouwwerk).

- Zoals eerder gezegd zijn de intermediairs benaderd via PP/CP.

Hoeveel mensen uit de doelgroep participeren?

Zie eerder.

Participatiedoel

Waarvoor wordt doelgroepparticipatie ingezet, voor beleid of praktijk?

Voor beleid. Via de gezondheidsenquête en burgerraadpleging wordt informatie verkregen over de vraag van de Utrechtse burger over gezondheidinformatie, hulp en voorzieningen. Het is de bedoeling dat het er naar aanleiding hiervan preventiebeleid wordt geformuleerd wat meer gaat aansluiten op de bevindingen.

Wat is hoofddoel participatie?

Het verzamelen van informatie over de visie van de doelgroep en hun vraag naar preventieve zorg.

De Burgerraadpleging had ook als nevensdoel het leggen van contacten met bewoners (de wijkgezondheidswerker van wijk Zuid was bij de gesprekken aanwezig), en een eerste stap voor verdere participatie van deelnemers bij gezondheidsactiviteiten in wijk Zuid.

Voorwaarden/competenties bij de doelgroep

Er zijn geen eisen gesteld aan competenties van de doelgroep, hier wordt indien nodig aan tegemoet gekomen door het mondeling afnemen van de enquêtes.

Vlak voor het voeren van de groepsgesprekken krijgen ze een korte instructie over hoe het groepsgesprek in zijn werk gaat (gedragsregels).

Voorwaarden en competenties bij de professionals en de organisaties

De enquêteurs hebben een training gevolgd en een instructie ontvangen.

Nergens staat vermeld of de gespreksleider voor de burgerraadpleging hiervoor een training heeft gevolgd.

Randvoorwaarden

Voor het project is er een stuurgroep (leden afkomstig uit uitvoerende partners) en een kwaliteitsgroep (leden afkomstig van landelijke kenniscentra en van onder meer GGD Nederland en VNG) samengesteld.

Participatiebereik

Wat is het participatiebereik ofwel de terreinen waarop participatie plaatsvindt?

Het bereik van participatie is de analyse

Hoe structureel is de participatie, eenmalig of doorlopend tijdens het gehele project?

Participatie vindt plaats aan het begin van het project, bij de analyse.

Participatieniveau

Niveau 3, participatie via consultatie.

Participatieresultaat

Is het participatiedoel bereikt? Is de participatie effectief gebleken en wie vindt dat?

Voor de gezondheidsenquête is het doel bereikt. Dit vinden de uitvoerders. De enquête levert heel veel informatie op over de vraag naar preventieve zorg.

Voor de burgerraadpleging is het antwoord ook positief. Dit vindt de afdeling Bestuursinformatie van de gemeente Utrecht. De groepsgesprekken leveren relevante informatie op die van meerwaarde kan zijn bij het vormgeven van wijkbeleid op het gebied van gezondheid.

Aandachtspunt hierbij is:

- Er komt tijdens de gesprekken allerlei informatie naar boven. Dit geeft een overzicht van de knelpunten in de wijk op het vlak van gezondheid. Hieruit kunnen echter geen algemene uitspraken worden gedaan over de verschillende doelgroepen in Hoograven.

Bijlage 3 Geraadpleegde deskundigen

De heer E. van Ameijden (GG&GD Utrecht)
Mevrouw H. Borst (GG&GD Utrecht)
Mevrouw M. Cense (TransAct)
Mevrouw R. Corstjens (GGD Amsterdam)
De heer J. ten Dam (NIGZ)
De heer C. van Eijk (MCA Communications)
Mevrouw J. Ferrier (E-Quality)
Mevrouw M. Foets (Erasmus MC)
Mevrouw G. Jacobs (Universiteit voor Humanistiek)
Mevrouw A. Jap-A-Joe (Stichting Shakti)
Mevrouw I. Kalkman (NISB)
De heer H. Kamminga (Gemeente Hoogezand-Sappemeer)
De heer D. Maddoe (STIOM)
Mevrouw M. Mascini (GGD Nederland)
Mevrouw V. Michaud (Pharos)
De heer G. Molleman (NIGZ)
Mevrouw M. Peppelenbos (GGD Nederland)
De heer Radji (STIOM)
Mevrouw J. Spithoven (ZonMw)
Mevrouw R. Raghoebier
De heer R. Rijkschroeff (Verwey-Jonker Instituut)
De heer J. Walter (GGD Amsterdam)
Mevrouw J. Weijters

Bijlage 4 Verslag van de expertmeeting

Samenvattend verslag Expertmeeting Voorwaarden voor participatie van allochtonen in beleid voor en uitvoering van gezondheidsbevordering

Utrecht, donderdag 8 september 2005

Deelnemers: mevrouw F. Alakay (NIGZ), mevrouw H. Borst (GG&GD Utrecht), mevrouw M. Cense (TransAct), mevrouw R. Corstjens (GGD Amsterdam), de heer J. ten Dam (NIGZ), de heer C. van Eijk (MCA Communications), mevrouw J. Ferrier (E-Quality), mevrouw M. Foets (Erasmus MC), mevrouw G. Jacobs (Universiteit voor Humanistiek), mevrouw A. Jap-A-Joe (Stichting Shakti), mevrouw I. Kalkman (NISB), de heer H. Kamminga (Gemeente Hoogezand-Sappemeer), de heer D. Maddoe (STIOM), mevrouw M. Mascini (GGD Nederland), mevrouw V. Michaud (Pharos), de heer G. Molleman (NIGZ), mevrouw M. Peppelenbos (GGD Nederland), de heer Radji (STIOM), Mevrouw L. Singels (NIGZ), mevrouw J. Spithoven (ZonMw), mevrouw K. van Vliet (Verwey-Jonker Instituut), de heer J. Walter (GGD Amsterdam).

De heer R. Rijkschroeff (Verwey-Jonker Instituut, voorzitter), mevrouw M. de Gruijter (Verwey-Jonker Instituut, verslag)

Introductie

Deze expertmeeting wordt georganiseerd in het kader van het vooronderzoek dat het Verwey-Jonker Instituut en het NIGZ gezamenlijk uitvoeren voor een gericht traject Doelgroep participatie allochtonen binnen het programma Gezond Leven van ZonMw.

De achtergrond is de volgende. De werkgroep onderzoek en de commissie van het programma Gezond Leven van ZonMw hebben een aantal zogenoemde 'gerichte trajecten' ingezet, om veelbelovende, maar tot nu toe onderbelichte onderwerpen op de agenda te zetten. 'Doelgroep Participatie van allochtonen' is een van deze trajecten. Het Verwey-Jonker Instituut en het NIGZ voeren de eerste fase van het gerichte traject doelgroep Participatie uit. Opbrengst van deze fase is onder andere een advies aan ZonMw ten aanzien van de verdere invulling van het gerichte traject (tweede fase).

De expertmeeting heeft tot doel om allereerst de resultaten van het vooronderzoek te toetsen en aan te vullen en vervolgens om het conceptadvies aan ZonMw over de verdere invulling van het gerichte traject te bespreken. Naar aanleiding van de resultaten van de expertmeeting stellen de onderzoekers het advies bij en/of vullen dit - waar nodig - aan.

Reacties deelnemers op (de resultaten van) de verkennende studie

In een algemene ronde vraagt de voorzitter (Rally Rijkschroeff) om reacties op de (resultaten van de) verkennende studie. Dit levert de volgende reacties op (thematisch geordend).

Participatie en professioneel handelen in de gezondheidsbevordering

Uit de studie komt het beeld naar voren dat participatie een onderwerp is dat bij veel gezondheidsbevorderingsprofessionals op de agenda staat, maar dat de daadwerkelijke uitvoering nog niet goed verloopt. Het blijkt ingewikkeld om participatie te bewerkstelligen, ook omdat doelgroep Participatie veel tijd en geld kost. In de studie mist de nuancering dat op het terrein van de gezondheidsbevordering, als het gaat om de doelgroep allochtonen, eigenlijk door professionals al meer is ondernomen om participatie te bevorderen dan in andere sectoren/terreinen. Deze nuancering is belangrijk, enerzijds omdat het laat zien dat wel al heel veel weten en al veel ervaring hebben opgedaan, maar anderzijds om professionals aan te sporen om hun verantwoordelijkheid te nemen. Gegeven het feit dat we al veel weten, zouden zij zich minder achter (methodologische) problemen rondom participatie moeten verschuilen, en voortvarend aan de slag moeten met de opgedane kennis en

kunde. Als dan blijkt dat men bepaalde kennis (bijvoorbeeld omtrent kenmerken van de doelgroep) mist, dan kan dit snel in beeld worden gebracht door een quick scan, of kleinschalige onderzoeken. Diverse deelnemers bepleiten dat meer eisen worden gesteld aan het professioneel handelen van gezondheidsbevorderaars en instellingen als het gaat om participatie. Helder moet worden over welke vaardigheden professionals moeten beschikken. Een goede registratie van gegevens en een goede ondersteuning van de professional is hierbij onontbeerlijk. Tot nu toe wordt, als het gaat om participatie (van allochtonen) bovendien erg vanuit de professional en de instelling geredeneerd: Hoe kan vanuit hún perspectief en doelen participatie worden gerealiseerd? Het perspectief en de (mogelijk andere) doelen van de doelgroep zelf, blijven hierdoor onderbelicht.

De termen doelgroep, community en allochtoon

De term 'doelgroep allochtonen' wordt door de deelnemers te weinig precies gevonden. Deze moeten nader worden gespecificeerd. Het zou moeten gaan om diversiteit, waarbij telkens aandacht wordt besteed aan in- en uitsluitingsmechanismen: niet iedereen heeft in de samenleving immers dezelfde macht of positie en deze bepaalt in grote mate of men kan of mag participeren. Het begrip 'intersectionaliteit' duidt aan dat iedere persoon verschillende kenmerken heeft die gezamenlijk in ogenschouw dienen te worden genomen als het gaat om bijvoorbeeld gezondheidsbevorderende interventies. Een persoon is bijvoorbeeld vrouw, Marokkaans, oudere en patiënt. Bij interventies dient met al deze aspecten - en de wisselwerking hiertussen (intersectionaliteit) - rekening te worden gehouden. Bij deze aanpak zou overigens kunnen blijken dat 'ethniciteit' niet (altijd) de juiste insteek is, maar dat juist moet worden gekozen voor een gender invalshoek, sociaal-economische klasse, een geografische eenheid (bijvoorbeeld buurtbewoners), of een transnationaal netwerk.

Het belang van een goede (interculturele) communicatie komt in het werkdocument ook (nog) niet goed uit de verf, terwijl dit gegeven de bovengenoemde intersectionaliteit randvoorwaardelijk is voor het succes van participatie. Als toch over doelgroepen gesproken wordt, is van belang om precies te duiden over wie het gaat. Dit betreft ook bijvoorbeeld de participatie van

(zelf)organisaties in een interventie: over wie, of welke organisaties hebben we het en wat is hun belang in de interventie?

De termen 'community' en 'doelgroep' worden gemakkelijk door elkaar gehaald. Community veronderstelt een bepaald (ervaren) gemeenschappelijk belang, terwijl doelgroep, zoals hierboven is aangegeven gedefinieerd wordt vanuit het perspectief van de professional. Een bepaalde mate van ervaren gemeenschappelijk belang van de doelgroep van gezondheidsbevorderende interventies is een randvoorwaarde voor het welslagen ervan. Dit laat onverlet dat professionals ook zelf hun professionele verantwoordelijkheid moeten waarmaken, en dus soms belangen zullen hebben die niet (geheel) overeenkomen met die van de doelgroep. Overigens dient ook aandacht te worden besteed aan de belangen binnen een community. Als een interventie zich bijvoorbeeld richt op bestrijding van huiselijk geweld, dan is duidelijk dat er verschillende belangen in het geding zijn (die van slachtoffer en dader) en dat de professional zich hiertoe moet verhouden. Als het gaat om belangen van leden van een community, dan dient ook in ogenschouw te worden genomen dat participeren sociale consequenties kan hebben: als iemand meedoet in een interventie gericht op een taboeonderwerp, dan kan hij of zij worden uitgesloten of veel kritiek over zich heen krijgen.

Top down én bottom-up strategieën zouden tezamen moeten worden ingezet om tegemoet te komen aan beide belangen (een middle-up-down-strategie). Daarbij is het van belang om breder te kijken dan alleen de gezondheidsbevordering: ook in andere sectoren (bijvoorbeeld het welzijnswerk) heeft men dezelfde uitdagingen. Bovendien komt een dergelijke aanpak meer tegemoet aan de problemen van de multi-problem gezinnen, waarop interventies vaak gericht zijn. Een (allochtoon) gezin met allerlei problemen help je niet echt, als je je beperkt tot de geïsoleerde aanpak van één probleem.

Presentie

Een deelnemer verdedigt de stelling: "Meer investeren in presentie dan in interventie". Hiermee geeft zij aan dat tot op heden onvoldoende aandacht uitgaat naar de randvoorwaarden (bijvoorbeeld in de wijk) die participatie mogelijk maken. Een

van die randvoorwaarden is 'present zijn' in de wijk. Dit betekent dat professionals aanwezig zijn in, of *feeling* hebben met de wijk vóóordat sprake is van specifieke interventies. Op die manier kunnen professionals achterhalen welke problemen werkelijk in de wijk spelen en bovendien aanknopingspunten vinden om deze problemen samen met de burgers aan te pakken. Het gaat dus om het creëren van draagvlak met en bij de doelgroep. Erkenning van de doelgroep, met de kenmerken en bagage van de mensen die het betreft, is hierbij van het allergrootste belang.

Resultaten van participatie

De resultaten of effecten van participatie worden meestal gedefinieerd vanuit het perspectief van de professionals. Maar, wat betekent participatie voor de mensen die participeren en welke verwachtingen hebben zij ten aanzien van professionals? Deze vragen dienen beantwoord te worden, wil participatie voor zowel professionals als doelgroep succesvol verlopen. Ook het doel van participatie is hierbij van belang: gaat het om het behalen van resultaten op het terrein van de participatie zélf, of (ook) om resultaten op het terrein van gezond leven? Het feit dat de doelgroep ook eigen doelen heeft om te participeren, bijvoorbeeld het verbeteren van de eigen (maatschappelijke) positie, moet erkend worden. Professionals dienen hier bij de opzet en uitvoering van projecten rekening mee te houden en moeten ook duidelijk maken hoe zij de doelgroep gaan ondersteunen bij het participeren (ook in financiële zin). Bij het uitblijven van een verbetering (op de korte termijn) zal de motivatie om deel te nemen, afnemen. In het werkdocument is de term doelgroepparticipatie instrumenteel gedefinieerd en gebruikt. De term is neutraal geformuleerd, terwijl men zich rekenschap dient te geven dat er belangen zijn gemoeid met participatie (zie hierboven) en dat deze belangen conflictueus kunnen zijn. Empowerment van de doelgroep - met andere woorden: hen in staat stellen te participeren - is noodzakelijk voor het vinden van een evenwicht in deze belangen. De vraag welke doelgroepleden (zouden moeten) participeren en hoe hun verhouding is met de rest van de doelgroep verdient nader onderzoek.

Naar een voorstel voor het traject Gezondheidsbevordering via doelgroep Participatie allochtonen

Onderzoek naar praktijken van gezondheidsbevordering via doelgroep Participatie

Het eerste deel van het conceptvoorstel voor het traject gezondheidsbevordering via doelgroep Participatie betreft onderzoek naar de effectiviteit van (nieuwe) methoden en best practices van doelgroep Participatie in stedelijke uitvoeringsprojecten. De deelnemers zijn van mening dat het bij dit onderzoek niet moet gaan om het starten van nieuwe stedelijke uitvoeringsprojecten, maar juist om bestaande projecten en initiatieven. Zoals in het eerste deel reeds is opgemerkt, zijn de deelnemers het er immers over eens dat er al veel bekend is, en al veel ervaring is opgedaan als het gaat om participatie van allochtonen. De *wat-vraag* (wat zijn werkzame principes om gezondheidsbevordering via doelgroep Participatie te bewerkstelligen?) is in eerder onderzoek al grotendeels beantwoord. Het gaat hier om de *hoe-vraag* (Hoe (op welke wijze) moeten deze werkzame principes worden toegepast om succesvol te zijn?) en om de *effectvraag* (wat betekent participatie voor de betrokkenen?).

De deelnemers zijn het er ook over eens dat het onderzoeken van de effecten van doelgroep Participatie niet via een Randomised Controlled Trial plaats zou moeten/kunnen vinden. Dit laatstgenoemde onderzoeksdesign is niet toepasbaar op het terrein van participatie in gezondheidsbevordering, omdat randvoorwaarden, doelstellingen, etc. tijdens de interventie gezamenlijk worden bepaald, en later kunnen wijzigen. De deelnemers onderschrijven echter wel het nut van evidence based-onderzoek. In het advies aan ZonMw zou daarom kunnen staan dat onderzoek naar de werkzaamheid van principes van doelgroep Participatie prioriteit verdient. Het gaat dan om de vraag wat werkzame bestanddelen zijn in de (goede) ervaringen die reeds zijn opgedaan en hoe deze zodanig zijn te passen dat ze goed aansluiten bij de multiculturele samenleving. Deze onderzoeksvraag is goed te vertalen in een onderzoeksdesign, bijvoorbeeld met behulp van de Preffi. De Preffi is dan een hulpmiddel om vast te stellen *hoe* de principes van doelgroep Participatie in de handelingspraktijk werken. Vervolgens kan worden nagegaan hoe bewezen werkzame principes kunnen

worden toegepast in diverse settings en voor diverse doelgroepen.

Bij het onderzoek naar de werkzaamheid van principes van doelgroep Participatie dient overigens telkens een vertaalslag te worden gemaakt naar nabije doelen. Alleen op die manier kunnen participanten een oordeel hebben over de (kwaliteit van de) participatie. Daarbij dient ook in ogenschouw te worden genomen dat het idee dat je zelf iets aan je gezondheid kunt doen niet voor iedereen vanzelfsprekend is. In het advies zou daarom ook aandacht kunnen worden besteed aan bijvoorbeeld een begrip als 'health literacy', de notie dat mensen ondersteuning nodig kunnen hebben in het omgaan met gezondheid en het onderkennen van hun eigen rol hierin. Dit brengt ons weer terug bij het principe van intersectionaliteit: het niveau van 'health literacy' wordt ook bepaald door het gegeven of je man, of vrouw bent, Marokkaans, Surinaams, of juist Nederlander, of je oud bent of jong, opgeleid of niet. Een beknopte conceptuele studie naar intersectionaliteit (begrip ontwikkeld door Gloria Wekker c.s.) in relatie tot gezondheidsbevordering zou onderdeel van het advies aan ZonMw kunnen zijn. Daarbij kan het onderzoek van Boland, Klinge en Bosch (2005) naar diversiteit, dat is uitgevoerd in opdracht van ZonMw worden meegenomen.

Diverse deelnemers benadrukken het belang van de betrokkenheid van de doelgroep bij het vaststellen van de opzet van het onderzoek naar de werkzaamheid van principes van participatie. In dit design dient het belang en het perspectief van de doelgroep goed verankerd te zijn. Ook kan worden aangesloten bij andere terreinen of sectoren, waarin men ook (op succesvolle wijze) met doelgroep Participatie bezig is, zoals het opbouwwerk.

Onderzoek naar beleid van gezondheidsbevordering via doelgroep Participatie

Door een van de deelnemers wordt opgemerkt dat het verschil tussen doelgroep Participatie in praktijk en beleid niet moet worden weggemoffeld. De andere deelnemers beamen dat het gaat om twee verschillende zaken. Zoals hierboven is aangegeven is in de praktijk van gezondheidsbevordering relatief veel kennis en ervaring opgedaan met participatie. In het beleid ten

aanzien van participatie in gezondheidsbevordering is dit nog niet het geval. ZonMw zou binnen het gerichte traject Gezond Leven graag onderzocht zien hoe participatie van allochtonen in beleid van de gezondheidsbevordering in de lokale setting structureel ingebed zou kunnen worden. Uit de voorstudie blijkt echter dat er (nog) onvoldoende randvoorwaarden aanwezig zijn voor de structurele inbedding van doelgroepparticipatie in beleid (van gemeenten). Het lokale gezondheidsbeleid staat immers nog in de kinderschoenen. Er is nog geen sprake van structurele inbedding van gezondheidsbevordering, laat staan van participatie binnen het beleid ten aanzien van gezondheidsbevordering. Dit laat onverlet dat er wel goede initiatieven zijn op dit gebied, maar, zo formuleert een deelnemer Gezondheidsbevordering is geen issue dat in de lokale setting hoog op de agenda staat; er is weinig (politieke) belangstelling voor. Dit is overigens ook een kans: Het geeft meer vrijheid om in de luwte te werken aan het bevorderen van participatie in beleid. GGD Nederland is hiermee - in samenwerking met andere partijen - bezig. Geconcludeerd wordt dat het te vroeg is om (binnen het traject doelgroepparticipatie allochtonen) te kijken naar structurele inbedding van doelgroepparticipatie in beleid. Dit laat onverlet dat in praktijkprojecten wel gekeken moet worden naar (de randvoorwaarden voor) beleidsmatige implementatie.

Afsluiting

Diverse deelnemers maken gelegenheid van de mogelijkheid om in de rondvraag nog iets toe te voegen of op te merken. Een aantal deelnemers zijn benieuwd naar de titel van de uiteindelijke rapportage en het advies, gezien de kanttekeningen die zijn geplaatst bij de termen doelgroep, participatie en allochtonen. Een deelnemer spreekt de hoop uit dat de voorstudie ook zal bijdragen aan het onder de aandacht brengen van de leefwereld van mensen. Het benoemen van best practices en gebruik maken van deze succesvolle ervaringen kan hierbij helpen.

Een deelnemer doet de concrete aanbeveling om al in de opleiding van gezondheidswerkers (doelgroep)participatie onder de aandacht te brengen en concreet aandacht te besteden aan ervaringen, methodieken et cetera, die reeds bestaan en succesvol worden toegepast. Een deelnemer heeft behoefte aan uitwisseling via een netwerk van mensen die zich bezighouden

met participatie, empowerment en gezondheidsbevordering. Naar aanleiding hiervan wordt opgemerkt dat het NIGZ een dergelijk netwerk coördineert netwerk (zie <http://www.slag.nu/page.cfm?code=684>) en dat geïnteresseerden van harte zijn uitgenodigd om hieraan te gaan deelnemen.

De deelnemers geven aan geïnteresseerd te zijn in het verslag van deze bijeenkomst en bereid te zijn hierop (snel) te reageren met eventuele op- of aanmerkingen. De deelnemers krijgen het verslag daarom in conceptvorm toegestuurd en krijgen enkele dagen gelegenheid voor reactie. De voorzitter bedankt de deelnemers aan de expertmeeting voor hun inzet. De onderzoekers kunnen met de resultaten van deze vruchtbare bijeenkomst hun werk voortzetten en voltooien. Begin oktober brengen zij advies uit aan ZonMw.

Bijlage 5 Aanknopingspunten voor de ontwikkeling van Toolkits

Toolkit 1 Methodische principes diversiteit in participatie in gezondheidsbevordering

Aanknopingspunten

- In hoeverre wijken de principes van doelgroep participatie door allochtonen af van participatie door andere doelgroepen, zoals ouderen en jongeren? Ook bij deze doelgroepen moet bijvoorbeeld goed aangesloten worden bij de specifieke culturele en sociale kenmerken.
- De competenties van professionele participanten in gezondheidsbevorderende interventies worden goeddeels als een gegeven beschouwd, hoewel in veel literatuur en evaluaties wordt aangegeven dat succesvolle participatie ook “iets” vraagt van de professionals. Bij dit ‘iets’ wordt vaak verwezen naar interculturalisatie, maar dit wordt meestal niet nader geoperationaliseerd. Dit punt dient expliciet te worden uitgewerkt: helder moet zijn over welke vaardigheden en kennis professionals moeten beschikken en waar/hoe zij deze kunnen verwerven.
- Erkenning van de expertise van de doelgroep is essentieel voor een goede samenwerking: de bagage van de doelgroep weegt even zwaar als de bagage van professionals. Dit punt moet expliciet uitgewerkt worden in de Preffi (in het kader van de uitwerking van de prestatie-indicatoren). Hieraan gaat de erkenning vooraf dat de doelgroep participeert vanuit eigen motieven en hoopt door participatie eigen doelen te realiseren.

- Aandacht voor de randvoorwaarden (bijvoorbeeld in de wijk) die participatie mogelijk maken. Een van die randvoorwaarden is 'present zijn' in de wijk. Dit betekent dat professionals aanwezig zijn in, of *feeling* hebben met de wijk vóórdát sprake is van specifieke interventies. Op die manier kunnen professionals achterhalen welke problemen werkelijk in de wijk spelen en bovendien aanknopingspunten vinden om deze problemen samen met de burgers aan te pakken. Het gaat dus om het creëren van draagvlak met en bij de doelgroep. Erkenning van de doelgroep, met de kenmerken en bagage van de mensen die het betreft, is hierbij van het allergrootste belang.

Ten behoeve van de ontwikkeling van Toolkit 1 worden twee verdiepende studies voorgesteld: een conceptuele studie en een meta-analyse van onderzoek naar integrale aanpakken Multi-problematiek.

Conceptuele studie

Uit de verkennende studie en de expertmeeting blijkt dat de begrippen doelgroep, community en allochtonen weliswaar in zichzelf een duidelijk afgebakende betekenis hebben, maar dat de relatie tussen deze begrippen en de verhouding tot participatie in de gezondheidsbevordering beter moeten worden uitgewerkt. Dit is van groot belang om zicht te krijgen op de perspectieven, de doelen en de resultaten van participatie voor de doelgroep of community én professionals. Een beknopte conceptuele studie ter uitwerking van de begrippen doelgroep, community en allochtonen in relatie tot elkaar en participatie in de gezondheidsbevordering kan hierin voorzien. In deze conceptuele studie wordt nadrukkelijk aandacht besteed aan diversiteit, zowel in de samenleving, als binnen communities en bij individuen.

Het onderzoek van Boland, Klinge en Bosch (2005) naar diversiteit, dat is uitgevoerd in opdracht van ZonMw biedt hierbij waardevolle aanknopingspunten. Daarnaast verdient het aanbeveling om het theoretische begrip kruispuntdenken of 'intersectionaliteit', (Wekker, 2003 praktisch uit te werken in relatie tot participatie in gezondheidsbevordering.

Meta-analyse van onderzoek naar integrale aanpakken multi-problematiek

In de verkennende studie en de expertmeeting is aandacht besteed aan het gegeven dat de personen die men wil bereiken met gezondheidsbevorderende interventies zich in een achterstandspositie bevinden, die het terrein van gezondheid overstijgt. De achterstandspositie heeft bijvoorbeeld ook betrekking op de sociaal-economische status, veiligheid en welzijn. Er is, met andere woorden vaak sprake van multi-problematiek. Interventies ontwikkeld in bijvoorbeeld het wijkgericht werken, het welzijns- en opbouwwerk, etc. werken reeds langer vanuit de notie dat achterstandsgroepen veel verschillende problemen kunnen hebben. Gerichtheid op het wegwerken andere (bredere) problemen fungeert daarbij ook als opstap naar wegwerken gezondheidsproblemen. Er is al veel onderzoek verricht naar integrale aanpakken van multi-problematiek. Er zijn echter nog nauwelijks onderzoeksresultaten beschikbaar, waarin expliciet vanuit de invalshoek van gezondheidsbevordering wordt gekeken. Hetzelfde geldt voor doelgroep participatie vanuit een integrale aanpak. Een meta-analyse van de onderzoeken naar aanpakken van multi-problematiek levert naar verwachting interessante aanknopingspunten op voor gezondheidsbevordering via doelgroepenparticipatie.

Toolkit 2 Prestatie-indicatoren diversiteit in participatie in gezondheidsbevordering

Aanknopingspunten

- De verkennende studie en de experts hebben laten zien dat als het gaat om doelgroep participatie in de gezondheidsbevordering, de wat-vraag (wat zijn werkzame principes om gezondheidsbevordering via doelgroep participatie te bewerkstelligen?) in eerder onderzoek al grotendeels beantwoord is. De hoe-vraag (Hoe (op welke wijze) moeten deze werkzame principes worden toegepast om succesvol te zijn?) en de effectvraag (wat betekent participatie voor de betrokkenen?) zijn nog niet beantwoord, terwijl het veld van gezondheidsbevordering aangeeft veel behoefte te hebben aan de antwoorden op deze vragen.
- Meer specifiek is er behoefte aan antwoord op de vraag wat werkzame bestanddelen zijn in de (goede) ervaringen die

reeds zijn opgedaan en hoe deze zodanig zijn te passen dat ze goed aansluiten bij de multiculturele samenleving.

Ten behoeve van de ontwikkeling van Toolkit 2 wordt dan ook voorgesteld een evaluatieonderzoek naar werkzame principes van doelgroep Participatie te doen.

Evaluatieonderzoek werkzame principes doelgroep Participatie

Om te beginnen zou onderzoek uitgezet kunnen worden naar de werkzaamheid van principes van doelgroep Participatie. Deze onderzoeksvraag is goed te vertalen in een onderzoeksdesign, bijvoorbeeld met behulp van de Preffi. De Preffi is dan een hulpmiddel om vast te stellen hoe de principes van doelgroep Participatie in de handelingspraktijk zijn ingevuld en worden toegepast. Tot slot kan worden nagegaan hoe bewezen werkzame principes kunnen worden toegepast in diverse settings en voor diverse doelgroepen. Vervolgens kan worden onderzocht welke effecten de participatie heeft gehad. De te onderzoeken effecten hangen samen met de gekozen doelstelling van het project (bijvoorbeeld: realiseren van empowerment, verhoging van “locus of control”, realiseren van door de doelgroep gewenste activiteiten of zorgaanbod). Om effecten te kunnen vaststellen is een onderzoeksdesign gewenst dat uitgaat van evidence based resultaten, maar dat ook flexibel kan worden aangepast aan de ‘onvoorspelbaarheid’ van de interventies (zie ook Saan & de Haes, 2005). Geadviseerd wordt dan ook niet te kiezen voor een RCT-design, maar voor een quasi-experimentele opzet. Bij zo’n opzet worden metingen verricht bij de doelgroep en bij een controlegroep, die vergelijkbaar is met de doelgroep, maar niet deelneemt aan de betreffende interventie/project/programma (Wittebrood & Van Beem, 2004).

Colofon

opdrachtgever	ZonMw
financier	ZonMw
auteurs	Dr. K. van Vliet, Drs. M. de Gruijter, Drs. L. Singels
eindredactie	I. Linse
basisontwerp binnenwerk	Gerda Mulder BNO, Oosterbeek
opmaak	N. van Koutrik
uitgave	Verwey-Jonker Instituut Kromme Nieuwegracht 6 3512 HG Utrecht telefoon 030-2300799 telefax 030-2300683 e-mail secr@verwey-jonker.nl website www.verwey-jonker.nl

De publicatie

De publicatie kan gedownload worden via de websites:

<http://www.verwey-jonker.nl> en www.nigz.nl

Deze publicatie is eerder digitaal verschenen met de ondertitel 'Een verkennende studie voor en een advies over het vervolg van het gerichte traject Doelgroep Participatie allochtonen van het programma Gezond Leven van ZonMw'.

Daarnaast kunt u via de site <http://www.verwey-jonker.nl> deze publicatie en andere producten bestellen. Ook is bestellen mogelijk door te mailen naar verwey-jonker@adrepak.nl of faxen naar 070-359 07 01, onder vermelding van de titel van de publicatie, uw naam, factuuradres en afleveradres.

ISBN 90-5830-19-74

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2006

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut en het NIGZ.

Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute.

Partial reproduction is allowed, on condition that the source is mentioned.