

Nô's Saúde

Gezondheidsbevordering in de Kaapverdiaanse gemeenschap

*Evaluatie van de community interventie
Nô's Saúde in Rotterdam*

Drs. Barbara Groot
Drs. Marjan de Gruijter
Dr. Katja van Vliet

Augustus 2004



Samenvatting

Deze rapportage is het evaluatieverslag van het project NôS Saúde (Portugees voor: ‘onze gezondheid’). Dit project behelst een gezondheidsbevorderende community-studie bij Kaapverdianen. Het overgrote deel van de Kaapverdianen in Nederland woont in Rotterdam, waar zij een hechte en goed georganiseerde gemeenschap vormen. NôS Saúde is gefinancierd door ZonMw en uitgevoerd door vijf samenwerkende organisaties: Het Verwey-Jonker Instituut en het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ), en drie lokale partijen, te weten Stichting Avanço, GGD Rotterdam e.o. en Delphi Opbouwwerk. De doelen van NôS Saúde zijn drieledig:

- Inzicht krijgen in de gezondheidsculturen van Kaapverdianen.
- Op basis van deze inzichten samen met de leden van de gemeenschap en gezondheidsprofessionals uit de wijk interventies ontwikkelen en uitvoeren om gezonde leefstijlen te bevorderen in wijk en gezin.
- Zicht krijgen op de implementatiekansen van de benadering en de haalbaarheid van een grootschalig project onder meerdere migrantengemeenschappen.

De evaluatie van het project NôS Saúde is opgezet rond drie onderzoeksvragen:

- *Hoe verliep het proces van het project NôS Saúde?*
- *Wat zijn de uitkomsten van het project?*
- *Wat kan men leren over de opzet van een dergelijke community-interventie en wat kan men leren over de community-benadering?*

Voor deze evaluatie zijn diverse informanten, respondenten en bronnen geraadpleegd met een mix van kwalitatieve en kwantitatieve, formele en minder formele methodieken. Bovendien is voor de evaluatie van NôS Saúde een inventarisatie uitgevoerd naar veel voorkomende begrippen in de community-benadering. Momenteel is er nog weinig wetenschappelijk inzicht in de effectiviteit van projecten die zijn gebaseerd op een community-benadering. Op basis van literatuur zijn drie checklists geconstrueerd. Deze checklists dragen bij aan een zo volledig mogelijke beschrijving van de drie belangrijkste community-principes in het project NôS Saúde: ‘participatie’, ‘aansluiting bij de huidige situatie’ en ‘continuïteit’. De checklists laten zien in welke mate deze principes in dit project zijn toegepast.

Uit de evaluatie komen de volgende conclusies naar voren.

1. De opzet van het community-project NôS Saúde is een geschikte aanpak van een community-interventie.
2. Het verrichte onderzoek naar de gezondheidssituatie en de sociale infrastructuur van de Kaapverdiaanse gemeenschap vormt een gedegen basis voor de implementatie van gezondheidsbevorderende interventies.
3. Er moet een evenwichtige verhouding zijn tussen onderzoeksperiode en ontwikkel- en implementatieperiode.
4. Bovendien is het belangrijk om gemeenschapsleden en/of professionals in de wijk in een vroeg stadium bij het project te betrekken.
5. Conferenties waarop gemeenschapsleden en professionals aangeven welke problemen aangepakt moeten worden en op welke manier, zijn een goede vorm om de activiteiten te laten aansluiten bij de behoeften die leven in de gemeenschap.
6. In een toekomstig project verdient het de voorkeur bij de conferenties minder verbale methodieken te gebruiken.
7. Daarnaast kunnen zulke samenkomsten meer geïntegreerd worden in bestaande bijeenkomsten in de gemeenschap, zodat deze een minder formeel karakter krijgen en een gevarieerde doelgroep aanspreken.

8. In het project Nô's Saúde zijn twee interventieactiviteiten ontwikkeld. Een daarvan is een (voorlichtings)video over generatieproblematiek en opvoeding. De effectiviteit hiervan bleek moeilijk te beoordelen. De andere activiteit is het Zorgnetwerk Kaapverdianen Rotterdam, voor hulpverleners die (veel) Kaapverdiaanse cliënten hebben. Dit netwerk heeft aansluiting gevonden bij bestaande initiatieven en de deelnemers zijn enthousiast.
9. Bij de implementatie van interventieactiviteiten in toekomstige projecten lijkt projectmatig werken een voorwaarde voor succes. Doelstellingen kunnen op die manier adequaat geëvalueerd worden. De evaluatie van een community-project bleek ook goed mogelijk door gebruik te maken van formele en minder formele, kwalitatieve en kwantitatieve methodieken. Vooraf en tijdens een project doelen stellen is hierbij van groot belang.

Tot slot laat het project Nô's Saúde zien dat er door toepassing van de community-benadering een grotere kans is op participatie van de gemeenschap bij gezondheidsbevorderende activiteiten. Het grootste voordeel van de community-benadering is dat wordt aangesloten bij de bestaande situatie in een gemeenschap: door samen te werken met individuen en partijen uit de gemeenschap of wijk en met hun participatie kunnen deskundigheid, bestaande lokale netwerken en faciliteiten beter binnen de gemeenschap worden ingezet.

Summary

In this study the project NôS Saúde ('our health' in Portuguese) is evaluated. The project NôS Saúde is a community-based health initiative for the Cape Verdean community in Rotterdam, the Netherlands. Most Cape Verdean people, who immigrated to the Netherlands, live in Rotterdam. They form a close and well-organised community. The project NôS Saúde was initiated by two national organisations, the Verwey-Jonker Institute and the Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention (NIGZ), in close co-operation with the local organisations Stichting Avançaço, the Municipal Health Service Rotterdam and Environment, and Delphi Opbouwwerk. The project was funded by the Netherlands Organisation of Health Research and Development. The aims of the project are threefold:

- Gaining insight into health cultures of Cape Verdeans.
- Developing and implementing health promotion activities in co-operation with community members and local health professionals.
- Gaining insight into the chance of successful implementation of the approach used in the project in other migrant communities.

The objective of this study is to evaluate the project NôS Saúde. This study contributes to the answer of the following question: *'What are the processes and outcomes of the project NôS Saúde and what did we learn by doing this project with respect to similar community-based health initiatives in the near future and the community based initiatives in general?'* A mix of qualitative and quantitative, informal and formal methods was used to collect data. Also several informants, respondents and sources were consulted in this study.

Within the scope of the evaluation of the project NôS Saúde, an inventory of concepts with regard to the community approach were listed. The project is based on this theory. Currently, there is little scientific knowledge on the effectiveness of community-based initiatives. Therefore, three checklists were constructed based on available literature. These lists were used to describe the implementation of three community principles, namely 'participation', 'correspondence with the current situation' and 'continuity'.

Based on the findings of the study, the following can be concluded. The idea of the community project NôS Saúde appears a good approach for a community-based project. The preliminary research of the health situation of Cape Verdeans and the social infrastructure in the local setting, was a solid base for the rest of the project. However, in future projects this period of community analysis should be shorter and the grade of participation of community members and/or professionals should be higher in this period. Organising local conferences, in which community members and professionals discuss which problems should be tackled and in what way, is a good way to let the activities fit in with the needs of the community. In future project, the conferences should use less verbal methods. Moreover, the conferences could be integrated in currently held meetings in the community, to make them less formal and to reach a varied group of community members. In the project NôS Saúde two interventions were developed. One of them is an education videotape concerning the generation gap/parenting in order to raise a dialogue between young and old members in the community. The other activity is the starting 'Zorgnetwerk Kaapverdianen Rotterdam' (a Network of Health professionals who have Cape Verdean clients in Rotterdam). This network corresponds with other initiatives in the local setting and seems to have potential. For a successful implementation of intervention activities in the future, thematic working is required, mostly because this enables the evaluation of written targets. The method of evaluating a community project by using formal and informal, qualitative and quantitative methods

appeared to be effective. NôS Saúde confirmed that it is very important to formulate concrete targets before and during the project.

Finally, the project NôS Saúde confirmed that by using a community-based approach, the chance to raise the health situation of difficult to reach groups is higher than the traditional top-down health education approach. The biggest advantages of the community-based approach is the connection of the project with the community: by working together with and raise participation of individuals/organisations of the community or neighbourhood, local networks, expertise and facilities can be used in the project.

Inhoudsopgave

SAMENVATTING	1
SUMMARY	3
INLEIDING	7
CONTEXT	7
NÔS SAÚDE	7
PROBLEEMSTELLING	7
OPZET VAN HET ONDERZOEKSVERSLAG	8
1 KAAPVERDIANEN EN GEZONDHEID: NÔS SAÚDE	9
1.1 KAAPVERDIANEN IN ROTTERDAM	9
1.2 KAAPVERDIANEN EN GEZONDHEID	10
1.3 HET PROJECT NÔS SAÚDE	11
1.3.1 <i>Algemeen</i>	11
1.3.2 <i>Vorbereidingsfase (fase I)</i>	14
1.3.3 <i>Inventarisatiefase (fase II)</i>	15
1.3.4 <i>Ontwikkelingsfase van interventieactiviteiten (fase III)</i>	15
1.3.5 <i>Implementatiefase (fase IV)</i>	16
1.3.6 <i>Evaluatiefase (fase V)</i>	17
2 COMMUNITY BENADERING	19
2.1 COMMUNITY BENADERING	19
2.1.1 <i>Gezondheidsbevordering</i>	19
2.1.2 <i>Community interventies</i>	19
2.1.3 <i>Community</i>	20
2.1.4 <i>Community principes</i>	20
2.2 COMMUNITY PRINCIPES EN HUN EFFECTIVITEIT	21
2.2.1 <i>Community principe: participatie</i>	21
2.2.2 <i>Community principe: aansluiting huidige situatie</i>	23
2.2.3 <i>Community principe: continuïteit</i>	25
2.3 EVALUATIE VAN COMMUNITY INTERVENTIES	27
2.4 EVALUATIE VAN COMMUNITY INTERVENTIE NÔS SAÚDE	29
3 ONDERZOEKSMETHODEN	31
3.1 METHODEN VAN DATAVERZAMELING EN DEELNEMERS	31
3.1.1 <i>Documentanalyse</i>	32
3.1.2 <i>Interviews</i>	32
3.1.3 <i>Vragenlijst I</i>	33
3.1.4 <i>Vragenlijst II</i>	33
3.1.5 <i>Observatie en participatie</i>	34
3.2 ANALYSE DATA	34
4 RESULTATEN VOORBEREIDINGS-, INVENTARISATIE- EN ONTWIKKELINGSFASE	35
4.1 VOORBEREIDINGSFASE (FASE I)	35
4.1.1 <i>Doel voorbereidingsfase</i>	35
4.1.2 <i>Proces voorbereidingsfase</i>	35
4.1.3 <i>Context voorbereidingsfase</i>	37
4.1.4 <i>Uitkomst voorbereidingsfase</i>	37
4.2 INVENTARISATIEFASE (FASE II)	38
4.2.1 <i>Doel inventarisatiefase</i>	38
4.2.2 <i>Proces inventarisatiefase</i>	38
4.2.3 <i>Context inventarisatiefase</i>	39
4.2.4 <i>Uitkomst inventarisatiefase</i>	40

4.3 ONTWIKKELINGSFASE VAN INTERVENTIEACTIVITEITEN (FASE III)	40
4.3.1 <i>Doel ontwikkelingsfase</i>	40
4.3.2 <i>Proces ontwikkelingsfase</i>	41
4.3.3 <i>Context ontwikkelingsfase</i>	44
4.3.4 <i>Uitkomst ontwikkelingsfase</i>	45
4.4 CONCLUSIE VOORBEREIDINGS-, INVENTARISATIE- EN ONTWIKKELINGSFASE	45
5 RESULTATEN IMPLEMENTATIEFASE	47
5.1 INTERVENTIE ALGEMEEN	47
5.2 INTERVENTIEACTIVITEIT I: ZORGNETWERK KAAPVERDIANEN ROTTERDAM	47
5.2.1 <i>Doel Zorgnetwerk Kaapverdianen</i>	47
5.2.2 <i>Proces Zorgnetwerk Kaapverdianen</i>	48
5.2.3 <i>Context Zorgnetwerk Kaapverdianen</i>	51
5.2.4 <i>Uitkomst Zorgnetwerk Kaapverdianen</i>	51
5.3 INTERVENTIEACTIVITEIT II: VIDEO OVER GENERATIEPROBLEMATIEK EN OPVOEDING	54
5.3.1 <i>Doel video</i>	54
5.3.2 <i>Proces video</i>	54
5.3.3 <i>Uitkomst video</i>	54
5.4 LOPENDE ACTIVITEITEN	55
5.4.1 <i>Doel lopende activiteiten</i>	55
5.4.2 <i>Proces lopende activiteiten</i>	55
5.4.3 <i>Uitkomst lopende activiteiten</i>	56
5.5 CONCLUSIE IMPLEMENTATIEFASE	56
6 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	59
6.1 CONCLUSIES	59
6.1.1 <i>Hoe verliep het proces?</i>	59
6.1.2 <i>Wat zijn de uitkomsten?</i>	60
6.1.3 <i>Wat kan men leren over de opzet van een community interventie?</i>	60
6.1.4 <i>Wat kan men leren over de community benadering?</i>	61
6.2 AANBEVELINGEN	62
6.2.1 <i>Aanbevelingen proces</i>	62
6.2.2 <i>Aanbevelingen uitkomsten</i>	62
6.2.3 <i>Aanbevelingen opzet van een community interventie</i>	62
6.3 REFLECTIE EVALUATIEONDERZOEK EN AANBEVELINGEN VERVOLGONDERZOEK	63
REFERENTIES	67
BIJLAGEN	71
BIJLAGE I: STUURGROEP- EN WERKGROEPLEDEN	71
BIJLAGE II: SAMENVATTING PROJECTVOORSTEL NÔS SAÚDE	72
BIJLAGE III: INFORMANTEN SEMI-GESTRUCTUREERDE INTERVIEWS	74
BIJLAGE IV: SEMI-GESTRUCTUREERDE INTERVIEWLIJST	75
BIJLAGE V: ORGANISATIES VAN DEELNEMERS ZORGNETWERK	80
BIJLAGE VI: VRAGENLIJST I	81
BIJLAGE VII: VRAGENLIJST II	83
BIJLAGE VIII: SKETCHES VOOR TONEELGROEP 100% CABO	86
BIJLAGE IX: GIBSONMETHODE (1E LOKALE CONFERENTIES)	89
BIJLAGE X: STELLINGEN VAN DE 1E CONFERENTIE	90
BIJLAGE XI: WERKWIJZE 2E CONFERENTIES	92
BIJLAGE XII: VOORONDERZOEK ZORGNETWERK KAAPVERDIANEN ROTTERDAM	95
BIJLAGE XIII: AANBEVELINGEN VOOR DE OPZET VAN EEN COMMUNITY INTERVENTIE	99

Inleiding

In deze rapportage wordt de evaluatie van het project Nô's Saúde beschreven¹. In deze inleiding wordt achtereenvolgens de context, het project Nô's Saúde en de probleemstelling van dit onderzoek beschreven.

Context

Sociaal-economische gezondheidsverschillen vormen een belangrijk probleem op het gebied van gezondheidsbeleid. Met name allochtone en lage sociaal economische status (ses-) groepen lopen een hoog gezondheidsrisico en zijn moeilijk bereikbaar voor gezondheidsbevordering. Een veelbesproken methode om dit probleem aan te pakken is een community benadering. Daarbij wordt samen met de doelgroep gezocht naar thema's die aansluiten bij de belangstelling en de cultuur van gezondheid van de doelgroep (ten Dam, 1996 in Janssen & ten Dam, 2002). Binnen deze community benadering staat de brede opvatting over gezondheid centraal. Het gaat, naast de beïnvloeding van leefstijl, om de beïnvloeding van relevante gezondheidsaspecten zoals toegang tot de gezondheidszorg en de sociale en fysieke leefomgeving van mensen (Lalonde, 1973). Projecten die gebruik maken van een community benadering worden ook wel een community interventies genoemd. Bij een community interventie wordt samengewerkt met gemeenschapsleden, professionals en andere belanghebbenden die in contact staan met de gemeenschap. Met deze groep mensen wordt bekeken wat zij als probleem ervaren en welke oplossingen daarvoor mogelijk zijn. Daarbij wordt dus niet alleen gekeken naar individuele factoren zoals het gedrag van mensen, maar ook naar de sociale en fysieke omgeving.

Nô's Saúde

Het project, dat in samenspraak met de lokale partners de naam *Nô's Saúde* ('onze gezondheid' in het Portugees) heeft gekregen, behelst een gezondheidsbevorderend community-studie bij Kaapverdianen in Rotterdam. Het voorstel van het project *Nô's Saúde* is ontwikkeld door het Verwey-Jonker Instituut en het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) en is uiteindelijk gefinancierd door Zorg Onderzoek Nederland (ZonMw) in het programma Gezond Leven. Het doel van het project is drieledig:

- Inzicht krijgen in de gezondheidsculturen van Kaapverdianen.
- Op basis van deze inzichten samen met de leden van de gemeenschap en gezondheidsprofessionals uit de wijk interventies ontwikkelen en uitvoeren voor het bevorderen van gezonde leefstijlen in wijk en gezin.
- Zicht krijgen op de implementatiekansen van de benadering en de haalbaarheid van een grootschalig project onder meerdere migrantengemeenschappen.

Deze doelen zijn nagestreefd in het tweejarig project *Nô's Saúde* in samenwerking met drie lokale partners: Delphi Opbouwwerk, GGD Rotterdam e.o. en Stichting Avanço.

Probleemstelling

Het gebruik van een community benadering in gezondheidsbevorderende projecten lijkt succesvol, maar inzicht in relevante effecten en processen van deze benadering is nog niet voldoende aanwezig. *Nô's Saúde* is een project, dat beoogt door middel van community interventies de gezondheid van Kaapverdianen te bevorderen. In het kader van het project *Nô's Saúde* en de theorie van de community benadering is het interessant om zicht te krijgen in de processen en uitkomsten van het project en de opzet. Dit onderzoek heeft dan ook tot doel een

¹ De evaluatie is uitgevoerd door Barbara Groot, Marjan de Gruijter en Katja van Vliet. Barbara Groot heeft aan de evaluatie gewerkt in het kader van haar afstudeeropdracht aan de Universiteit Twente te Enschede.

beschrijving geven van de organisatie, de uitkomsten en de opzet van het gezondheidsbevorderende community project Nô's Saúde. De vragenstellingen die in dit onderzoek centraal staan, luiden als volgt:

- *Hoe verliep het proces van het project Nô's Saúde?*
- *Wat zijn de uitkomsten van het project Nô's Saúde?*
- *Wat kan men leren over de opzet van degelijke community interventies in de toekomst?*
- *Wat kan men leren over community interventies in het algemeen?*

Opzet van het onderzoeksverslag

Dit verslag heeft de volgende opbouw. Hoofdstuk 1 geeft inzicht in de context van het onderzoek. Het hoofdstuk geeft achtereenvolgens uitleg over de Kaapverdiaanse doelgroep, hun gezondheidssituatie en het project Nô's Saúde. Hoofdstuk 2 gaat in op de theorieën rond de community benadering. Op basis van de literatuur zijn drie checklist geconstrueerd die de toepassing van drie principes van de theorie in een project kunnen beschrijven. Ook gaat dit hoofdstuk in op de evaluatie van community interventies. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 de onderzoeksmethode besproken. Hoofdstuk 4 en 5 geven de resultaten van het onderzoek weer, met ieder een conclusie aan het einde van het hoofdstuk. Tot slot geeft hoofdstuk 6 een overzicht van de conclusies en aanbevelingen van het onderzoek. Hierin wordt een aanbevolen opzet van toekomstige community projecten geschetst.

1 Kaapverdianen en gezondheid: Nô's Saúde

De doelgroep van het project Nô's Saúde is de Kaapverdiaanse gemeenschap in Rotterdam. Dit hoofdstuk geeft een algemeen beeld van de doelgroep en hun gezondheids- en welzijnsituatie. Wie zijn deze Kaapverdianen in Rotterdam en wat is er bekend over hun gezondheidssituatie? Nadat deze context van het project besproken is, worden de opzet en inhoud van het project kort beschreven. Dit overzicht van de diverse fases van het project Nô's Saúde geeft inzicht in de plaats van dit onderzoek in het hele project.

1.1 Kaapverdianen in Rotterdam

Kaapverdië is een eilandengroep voor de kust van West Afrika, ca. 600 km van Senegal en is een voormalige kolonie van Portugal. De Kaapverdiaanse eilanden tellen ongeveer 400.000 inwoners. Grootchalige emigratie door de jaren heen heeft ertoe geleid dat momenteel meer Kaapverdianen buiten Kaapverdië wonen dan in het land zelf; naar schatting 650.000, van wie de meesten in de Verenigde Staten. Ook zijn er veel Kaapverdianen naar Nederland gekomen. (De Gruijter, 2003) Momenteel wonen rond de 18.500 (1^e en 2^e generatie) Kaapverdianen in Nederland (Pieterse, 2002). Van de Kaapverdianen die in Nederland wonen, is de grote meerderheid 14.800 (80%) gevestigd in Rotterdam. In alle deelgemeenten van Rotterdam wonen Kaapverdianen, maar een belangrijk deel van de bevolkingsgroep is geconcentreerd in de wijk Delfshaven met ongeveer 6.500 (44%). De historische achtergrond van deze concentratie is het feit dat de eerste stroom immigranten vooral werkzaam was in de zee- en binnenvaart. (Pieterse, 2002)

De migratiegeschiedenis van Kaapverdianen gaat terug naar de jaren zestig van de vorige eeuw. Toen arriveerden zij als zeelieden² in Rotterdam, dat de aanmonsterings- en toekomstige vestigingsplaats van de Kaapverdianen zou worden. Ook in andere havensteden kwamen Kaapverdianen terecht om te werken: Amsterdam, Zaandam en Delfzijl. Sinds de jaren zeventig is sprake van gezinshereniging. Vrouwen en kinderen voegden zich vanaf die tijd bij hun reeds in Nederland wonende mannen. In de jaren negentig komen steeds meer vrouwelijke immigranten naar Nederland. Zij doen dit niet rechtstreeks, maar maken tussenstops in Italië of Portugal, waar zij tijdelijk als hulp in de huishouding werkten. Nu nog steeds komen Kaapverdianen naar Nederland, al zijn het er niet meer dan 200 per jaar. Vaak gaat het om alleenstaande jongeren die hier een opleiding komen volgen. (De Gruijter, 2003)

De Kaapverdiaanse cultuur wordt omschreven als een mix van (West-) Afrikaanse en Portugese invloeden. Religie speelt in de gemeenschap een belangrijke rol. De meeste Kaapverdianen zijn katholiek. Daarnaast is er een – van origine Braziliaanse – stroming met spiritistische invloeden die een rol speelt in de gemeenschap. In de familiestructuur vormen vrouwen vaak het hoofd van de familie. De onderlinge banden zijn sterk, men is geneigd om problemen vooral in eigen kring op te lossen en de organisatiegraad is hoog. (Keijsers, 2002-1) Er zijn meer dan 70 (zelf)organisaties actief op allerlei terreinen: sociaal/cultureel, sport/recreatie, ontwikkelingssamenwerking, religie en media (De Gruijter, 2003). Een van de oorzaken van die versnippering is dat Kaapverdianen zich bij voorkeur verenigen op basis van hun eiland van herkomst (Keijsers-1, 2002). Naast de activiteiten binnen organisaties blijkt dat Kaapverdianen in hun persoonlijke netwerken veel met andere Kaapverdianen omgaan. Dit gebeurt in familieverbanden in de bovengenoemde Kaapverdiaanse organisaties, maar ook de buurt of wijk speelt hierbij een belangrijke rol. (De Gruijter, 2003)

² Overigens was niet iedere Kaapverdiaanse emigrant zeeman van beroep. De vaart was echter de enige manier om het land te verlaten. Bovendien werd als snel bekend dat in Rotterdam altijd werk was. (Strooij, 2000; 46)

1.2 Kaapverdianen en gezondheid

Uit een review van Pieterse (2002) blijkt dat weinig onderzoeksgegevens beschikbaar zijn op het gebied van gezondheid en leefstijlfactoren van Kaapverdianen. Wel blijkt dat hun welzijnspositie gunstiger is dan die van andere migrantengroepen, maar minder gunstig dan dat van de autochtone bevolking. Deze conclusie leunt overigens zwaar op waarnemingen van binnen en buiten de Kaapverdiaanse gemeenschap. Daarnaast worden er uiteenlopende problemen gesignaleerd, die hieronder worden weergegeven. Een hiërarchie in onderstaande problemen is door Pieterse (2002) niet aangebracht, omdat hiertoe een gebrek aan informatie bestaat.

- Psychosociale problemen, zoals psychosomatische klachten, depressiviteit en huiselijk geweld. Bijzondere aandacht lijkt nodig voor psychosociale problemen onder mannen.
- De ouder wordende eerste generatie Kaapverdianen (vooral mannen) wordt toenemend afhankelijk van hulp en steeds minder. Voor hen vormt vereenzaming, heimwee en moeilijke toegankelijkheid tot de reguliere voorzieningen een groeiend probleem.
- Alleenstaande moeders en tienermoeders vormen een relatief grote groep in moeilijke omstandigheden vanwege de dubbele taak van werk en opvoeding.
- Wat leefstijl betreft zijn alcoholmisbruik en riskant seksueel gedrag de enige concrete aangrijpingspunten. Dit laatste leidt tot een verhoogd risico op soa, aids en ongewenste zwangerschappen.
- Probleemgedrag en (lichte) delinquentie van een deel van de Kaapverdiaanse jongens, dat hiermee mogelijk een signaal afgeeft niet gelukkig te zijn met hun huidige maatschappelijke positie.
- Kaapverdianen lijken een verhoogd risico te hebben op nieraandoeningen

Voor deze problemen noemt Pieterse (2002) een aantal oorzaken. De onderzoeker geeft echter aan dat de meeste oorzakelijke factoren op zichzelf weer problemen zijn met hun eigen oorzaken. Ook wijst hij op het feit dat problemen en oorzaken in veel gevallen onderling samenhangen met een complexe werkelijkheid en dat duidelijke causale relaties vaak niet eenvoudig aan te geven zijn. Ondanks een tekort aan (gedetailleerde) informatie over oorzaken van problemen en riskant gedrag bij Kaapverdianen, kwamen de volgende aspecten uit zijn analyse naar voren:

- Gezins- en opvoedingsgerelateerde problematiek in diverse vormen is een belangrijke bron van stress bij ouders en een schakel in het probleemgedrag bij Kaapverdiaanse jongeren.
- Achterblijvende schoolprestaties en een sociaal-economische achterstand, wat o.a. verband houdt met de taalbarrière, een laag opleidingsniveau van ouders en mogelijk onvoldoende (zelf) discipline.
- Cultureel bepaalde verschijnselen binnen de man-vrouw verhouding en seksualiteit, zoals relatiepatronen (polygame mannen), machogedrag bij mannen, taboe op seksualiteit binnen gezinnen en een laag verantwoordelijkheidsbesef bij jonge mannen.
- Drempels bij de aanbieders van zorg (onbekendheid met deze migrantengroep mede door hoge werkdruk) en kennistekort aan de vraagzijde (verkeerde verwachtingen en onvoldoende assertiviteit).
- Psychosociale problemen onder de mannen lijken samen te hangen met achterblijvende integratie/emancipatie, een beperkter sociaal vangnet en een hogere drempel om problemen te erkennen en hulp te zoeken.

Deze inventarisatie van gezondheidsproblemen en oorzaken is de start geweest van het project Nô's Saúde, een community interventie voor Kaapverdianen in Rotterdam.

1.3 Het project Nô's Saúde

In deze paragraaf volgt een korte uitleg van het project Nô's Saúde. Allereerst wordt de aanvraag van het project besproken. Vervolgens komen de vijf fasen van het project aan de orde, te weten de voorbereidingsfase, de inventarisatiefase, de ontwikkelingsfase van interventieactiviteiten, de implementatiefase en de evaluatiefase.

1.3.1 Algemeen

Het project Nô's Saúde heeft de ondertitel: "Allochtone vrouwen en gezondheidsbevordering in de wijk: Een community-studie rond de ontwikkeling en uitvoering van gezondheidsbevordering in de Kaapverdiaanse gemeenschap in Rotterdam". Het project behelst een community-studie in de Kaapverdiaanse gemeenschap in Rotterdam. Het voorstel van het project Nô's Saúde is ontwikkeld door het Verwey-Jonker Instituut en het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) en het project werd gesubsidieerd door Zorg Onderzoek Nederland (ZonMw) in het programma Gezond Leven. (Verwey-Jonker Instituut & NIGZ, 2001)

In eerste instantie omvatte het voorstel een pilot van een project ter bevordering van de gezondheid van vrouwen uit vier verschillende communities in vier steden: de Hindoestaanse gemeenschap in de in de Haagse Schilderwijk, de Creoolse gemeenschap in de Amsterdam Zuidoost, de Kaapverdianen in Rotterdamse wijk Delfshaven en de Antilliaans / Arubaanse gemeenschap in Hoogvliet (Rotterdam). De beoordelingscommissie van ZonMw heeft zich over de aanvraag gebogen en heeft verzocht om bijstelling. Hun advies was het plan eerst in één community uit te proberen. Uiteindelijk is gekozen voor een pilotproject in één stad onder één community: de Kaapverdiaanse gemeenschap in Rotterdam.

Bij de projectaanvraag is Stichting Avanço, de Kaapverdiaanse koepelorganisatie voor zelforganisaties benaderd om toegang te krijgen tot de gemeenschap. Na honorering van het voorstel werd de organisatie actief betrokken bij het project. Op dat tijdstip zijn ook de andere twee Rotterdamse partijen, de GGD Rotterdam e.o. en Delphi Opbouwwerk erbij betrokken. Deze partijen namen beide onder andere deel aan het project *Saúde e bem estar* (Portugees voor 'Neem je gezondheid in eigen hand'), dat zich ook richtte op de doelgroep Kaapverdianen. Dit project bestond uit een Kaapverdiaans radioprogramma met het daaraan gekoppelde inloopsprekuur over welzijn en gezondheid, en groepsvoorlichtingen in eigen taal. Dit project werd ook gefinancierd door ZonMw. De termijn van dit project liep af, waardoor aansluiting gezocht werd bij andere initiatieven, in dit geval bij het project Nô's Saúde. Na afweging door de projectleiding over de rechtvaardigheid van het gebruik van de subsidie voor dergelijke activiteiten, is besloten het radioprogramma gedeeltelijk te subsidiëren waardoor de activiteiten van het project *Saúde e bem estar* voortgezet kon worden gedurende de twee jaar van het project Nô's Saúde.

Tot slot is een verzoek gedaan aan de deelgemeente om deel te nemen in de stuurgroep. Dit verzoek werd niet gehonoreerd. De argumentatie was dat de (gezondheids)zorg geen deelgemeentelijke, maar een gemeentelijke taak is. Een Kaapverdiaanse bestuurder van de deelgemeente waarmee contact was gelegd, wilde wel op persoonlijke titel op afstand zitting nemen in de groep. Uiteindelijk vormden de vijf partijen, Verwey-Jonker Instituut, NIGZ, GGD Rotterdam e.o., Stichting Avanço en Delphi Opbouwwerk een samenwerkingsverband. Van iedere organisatie werd een vertegenwoordiger afgevaardigd naar de stuurgroep van het project (zie bijlage I). Deze groep fungeerde als coördinatieorgaan en kwam om de 2 á 3 maanden bij elkaar.

Het doel van het project Nô's Saúde, zoals geformuleerd in het projectplan is inzicht krijgen in de gezondheidsculturen van Kaapverdianen, en op basis van deze inzichten gezamenlijk met de

leden van de gemeenschap en gezondheidsprofessionals uit de wijk interventies te ontwikkelen en uit te voeren, teneinde het bevorderen van gezonde leefstijlen in wijk en gezin. Het project geeft zicht op de implementatiekansen van de benadering en de haalbaarheid van een grootschalig project onder meerdere migrantengemeenschappen. (Verwey-Jonker Instituut & NIGZ, 2001)

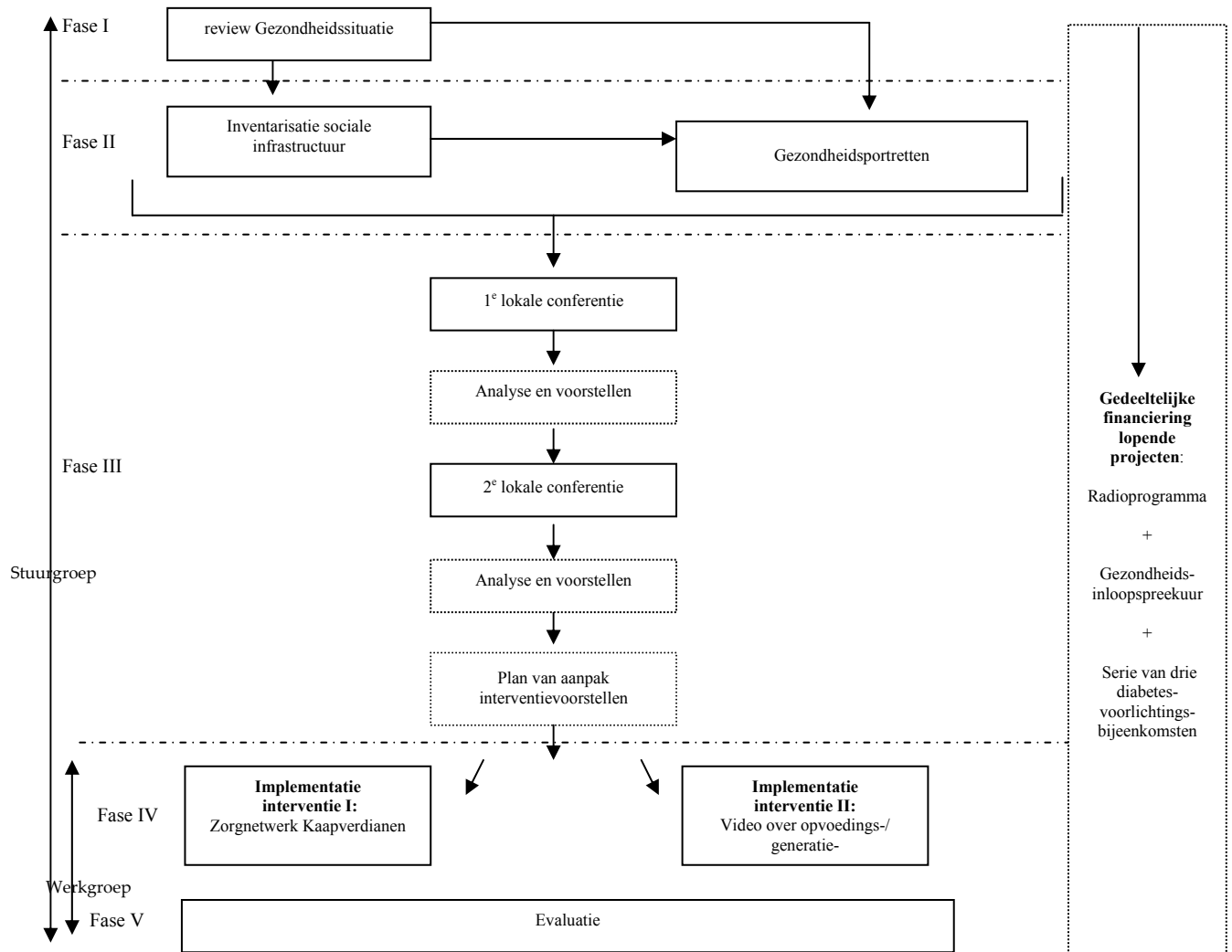
De ondertitel van het project, allochtone vrouwen en gezondheidsbevordering in de wijk, impliceert een vrouwelijke doelgroep. In het eerste jaar heeft echter een verschuiving van de doelgroep plaatsgevonden, van Kaapverdiaanse vrouwen naar de Kaapverdiaanse gemeenschap in zijn geheel. Op de reden hiervoor wordt in de volgende paragraaf verder ingegaan. Figuur 1 vat het project NôS Saúde samen.

NôS Saúde (Onze Gezondheid)	
Ondertitel	Allochtone vrouwen en gezondheidsbevordering in de wijk: Een community-studie rond de ontwikkeling en uitvoering van gezondheidsbevordering in de Kaapverdiaanse gemeenschap in Rotterdam
Doel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inzicht krijgen in de gezondheidsculturen van Kaapverdianen. ▪ Op basis van deze inzichten samen met de leden van de gemeenschap en gezondheidsprofessionals uit de wijk interventies ontwikkelen en uitvoeren voor het bevorderen van gezonde leefstijlen in wijk en gezin. ▪ Zicht krijgen op de implementatiekansen van de benadering en de haalbaarheid van een grootschalig project onder meerdere migrantengemeenschappen.
Doelgroep	De Kaapverdiaanse gemeenschap in Rotterdam.
Partners	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verwey-Jonker Instituut ▪ Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) ▪ GGD Rotterdam e.o. ▪ Stichting Avanço ▪ Delphi Opbouwwerk
Looptijd	Januari 2002 – juni 2004 ³
Financier	<ul style="list-style-type: none"> • Zorg Onderzoek Nederland (ZonMw), programma Gezond Leven • Verwey-Jonker Instituut • Nationaal Instituut Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ)

Figuur 1 De opzet van het project NôS Saúde samengevat.

Het project is opgebouwd uit vijf fasen, te weten de voorbereidingsfase, de inventarisatiefase, de ontwikkeling van de interventieactiviteiten, de implementatie van de interventieactiviteiten en de proces- en uitkomstenevaluatie. Iedere fase bestaat uit één of meerdere onderdelen. Voor de volledigheid is in bijlage II het projectvoorstel van NôS Saúde toegevoegd. Figuur 2 geeft het project per fase visueel vereenvoudigd weer. Figuur 3 geeft een overzicht van de planning van iedere fase en onderdeel over 2002 en 2003.

³ In het projectplan was een looptijd van 2 jaar voorzien. Uiteindelijk heeft het project 2,5 jaar geduurd.



Figuur 2 Schematische weergave project 'Nós Saúde'.

	2002		2003	
Fase I Vorbereidingsfase: Review	Fase II Inventarisatiefase: Inventarisatie sociale infrastructuur + Gezondheidsportretten		Fase III Ontwikkelings- fase: Lokale conferenties	Fase IV Implementatiefase: Implementeren interventieactiviteiten
Fase V Evaluatiefase: Proces- en effectevaluatie				

Figuur 3: Tijdsbalk van planning project Nôs Saúde per fase en per onderdeel.

In de volgende paragrafen volgt een uitleg over de diverse onderdelen van het project.

1.3.2 Voorbereidingsfase (fase I)

In de voorbereidingsfase van het project Nô's Saúde is een algemeen beeld gevormd van de gezondheidsproblemen in de Kaapverdiaanse gemeenschap door middel van een review (Pieterse, 2002). Deze review werd uitgevoerd door een medewerker van het NIGZ / Centrum voor Review & Implementatie. Een overzicht van de uitkomsten van de review is gedeeltelijk al in paragraaf 1.1 en 1.2 beschreven. Naast de geschetste gezondheidsproblemen en oorzaken geeft de review een overzicht van recente en lopende activiteiten op het gebied van gezondheid, gericht op de Rotterdamse Kaapverdianen. Van deze activiteiten blijkt nauwelijks effectonderzoek voorhanden, waardoor een kritische vergelijking en beoordeling van de activiteiten moeilijk is. De review leidt uit de resultaten en conclusies tot een aantal aanbevelingen die van belang kunnen zijn in het verdere project. In onderstaand kader staan de meest belangrijke aanbevelingen in het kader van dit project vermeld, opgedeeld in aanbevelingen ten aanzien van de probleemanalyse, determinanten en interventies.

Belangrijkste aanbevelingen uit de review (Pieterse, 2002)

Aanbevelingen ten aanzien van probleemanalyse

- Gebruik de review als basisinformatie bij het stellen van prioriteiten in de aan te pakken problemen.
- Geef extra aandacht voor doelgroep ouderen, die in aantal toeneemt.
- Geef aandacht aan psychosociale (gezondheids)problemen, waaronder gezins- en opvoedingsproblemen. *Vanuit de gemeenschap blijkt een duidelijke behoefte te bestaan deze problemen aan te pakken.*
- Het thema (on)toegankelijkheid van voorzieningen kan succesvol zijn in een community interventie. *Hier is brede aandacht voor, het is een relatief 'veilig' thema, want het is minder persoonlijk geladen, en het kan een introductie zijn van andere gezondheidsthema's. Verwijzing naar eerdere ervaringen.*
- Heroverweeg de doelgroep (niet uitsluitend mannen).

Aanbevelingen ten aanzien van determinanten

- Verminder kennisachterstand onder Kaapverdianen over gezondheid en gezondheidszorg.
- Versterk competenties (vaardigheden) op het terrein van gezondheid en zorg.
- Overweeg opvoeding en gezin als preventiethema, gezien de samenhang met het probleemgedrag van jongeren, hun schoolprestaties en het psychosociale welbevinden van ouders.

Aanbevelingen ten aanzien van interventies

- De inzet van voorlichters in eigen taal en cultuur (VETC-ers) en andere vormen van peer education (in Nederlands 'voor-en-door voorlichting') zijn veelbelovend.
- Kaapverdiaanse vrouwen kunnen een centrale rol spelen binnen gezondheidsbevorderende activiteiten. *Richt hierbij op het verlichten van bestaande taken (opvoeding, werk, familie) door het creëren van nieuwe of het beter doen benutten van bestaande faciliteiten.*
- Werf Kaapverdiaanse mannen als intermediair om eventuele specifieke problemen onder mannen aan te kunnen pakken.
- Maak interventies succesvol door gezondheidsbevorderende activiteiten samen te laten vallen met bestaande (sociaal-culturele of sportieve) activiteiten in eigen kring. Kleed de activiteiten bovendien aantrekkelijk aan. Muziek, dans, voetbal en fitness bieden bijvoorbeeld goede aangrijpingspunten.
- Benader zelforganisaties en personen zorgvuldig, rekening houdend met de beschikbare capaciteit, competenties en onderlinge verhoudingen.
- Bied ruimte voor een religieuze en spirituele benadering en invulling van gezondheid(sbevordering), bij voorkeur met een actieve betrokkenheid van de kerken.
- Segmenteer de doelgroep in verband met onder meer de identiteit (op basis van eiland van herkomst) en leeftijd.
- Zoek binnen het community project naar de mogelijkheden die de hoge organisatiegraad van de Kaapverdiaanse gemeenschap met zich meebrengt, maar houdt ook de nadelen van versnippering (vanwege de verschillende eilandculturen) in de gaten.
- Streef naar cohesie tussen gezondheidsbevorderende activiteiten.

Onder andere naar aanleiding van deze review heeft een verschuiving van de aanvankelijke doelgroep plaatsgevonden, van Kaapverdiaanse vrouwen naar de Kaapverdiaanse gemeenschap in zijn geheel. Uit het onderzoek bleek dat de problemen van vrouwen, mannen en kinderen teveel

samenhingen. Uiteindelijk is gezamenlijk met de samenwerkingspartners een keuze gemaakt om het project in zijn geheel te richten op de gehele Kaapverdiaanse gemeenschap.

1.3.3 Inventarisatiefase (fase II)

Na het publiceren van de review is door een medewerker van het Verwey-Jonker Instituut gestart met het in kaart brengen van de (in)formele sociale infrastructuur (de community analyse). Tevens is onderzoek gedaan naar de ervaren gezondheid van individuele Kaapverdianen qua leefstijlen en qua gezondheidsculturen door middel van gezondheidsportretten. De community analyse en de gezondheidsportretten van deze fase zijn uiteindelijk in één rapport samengevoegd, genaamd het *Community Report* (De Gruijter, 2003). Uit het onderzoek komt naar voren waar en hoe gezonde leefstijlen binnen de Kaapverdiaanse gemeenschap effectief kunnen worden bevorderd en verankerd. In onderstaand kader zijn de in het community report (de Gruijter, 2003) geformuleerde aanknopingspunten voor interventies beschreven.

Aanknopingspunten voor interventies uit community report (de Gruijter, 2003)

Maak gebruik van sociale verbanden in interventies

De *informele* sociale infrastructuur van de Kaapverdianen in Rotterdam wordt gekenmerkt door zeer sterke sociale verbanden. Het betreft niet alleen familieverbanden, maar ook buurtnetwerken en netwerken van zelforganisaties. Als het gaat om voorlichting, werving, of het onder de aandacht brengen van gezondheidsbevorderende maatregelen, kan gebruik worden gemaakt van deze sociale verbanden. Met name (grootschalige) activiteiten, of evenementen van zelforganisaties lijken hiervoor geschikt, maar ook kan gedacht worden aan het informeren of scholen van sleutelfiguren in de gemeenschap. Deze personen kunnen hun kennis vervolgens doorgeven aan anderen.

Verbeter toegang tot zorgvoorzieningen via intermediairs

In de rapportage is kort ingegaan op de gezondheidssituatie van Kaapverdianen. Deze is op een aantal terreinen niet optimaal. Instellingen die zich richten op gezondheid (zorg) en welzijn (*de formele sociale infrastructuur*) vervullen een belangrijke rol in de behandeling of voorkoming van gezondheidsproblemen. Toch worden bepaalde groepen Kaapverdianen onvoldoende bereikt. Als het gaat om gezondheidsbevorderende interventies is het juist van belang ook deze groep te bereiken. Naast het opsporen van de precieze oorzaken van het buiten de boot vallen van groepen Kaapverdianen, is het van belang om intermediairs in te zetten, die op basis van hun specifieke kennis (en hun formele en informele netwerken) deze moeilijke bereikbare groep, wél kunnen bereiken.

Slotconclusie: Deel kennis onder de Kaapverdiaanse gemeenschap, professionals en intermediairs

Zoals gezegd, hebben algemene instellingen vaak projecten die tot doel hebben Kaapverdianen beter te bereiken, of te behandelen. Categoriale instellingen richten zich exclusief op Kaapverdianen. Het is van groot belang dat deze activiteiten breed bekend zijn in de Kaapverdiaanse gemeenschap, maar ook bij algemene (doorverwijzende) instanties. Op dit moment blijken instellingen niet altijd te weten wat andere instellingen doen. Het delen van kennis omtrent het aanbod van organisaties, maar ook kennis omtrent geschikte methoden, behandelwijze, etc. van gezondheidsproblemen van Kaapverdianen, kan een belangrijke rol spelen bij het bevorderen en verankeren van gezonde leefstijlen van Kaapverdianen in Rotterdam.

1.3.4 Ontwikkelingsfase van interventieactiviteiten (fase III)

In de ontwikkelingsfase zijn twee lokale conferenties georganiseerd. Tijdens de eerste conferenties hebben gemeenschapsleden en professionals uit de wijk, na het zien van een aantal sketches, gezamenlijk gediscussieerd over gezondheidsproblemen binnen de gemeenschap aan de hand van de Gibsonmethode (Attema, 1991). Van de in fase I en II geïnventariseerde problemen werd een prioriteitenlijst opgesteld. Uiteindelijk bleek dat de volgende vier problemen de meeste prioriteit verdienden:

- Toegang tot de zorg
- Generatieproblematiek
- Opvoedingsondersteuning
- Tiernmoeders / abortussen, veilig vrijen, zelfstandigheid (soa/aids).

De onderzoekers en de stuurgroep herformuleerden deze punten na de conferentie tot uit te voeren concrete activiteiten. Deze plannen voor uit te voeren activiteiten zijn besproken op de tweede conferentie. Op deze conferenties werd gediscussieerd over de resultaten en de haalbaarheid van de maatregelen die het meest prioriteit verdienden. De volgende drie maatregelen zijn door de deelnemers uitgekozen tot prioriteit:

- Opvoedcursussen aanbieden aan ouders.
- Hulploket in de wijk opzetten in samenwerking met maatschappelijk werk om verwijzing naar de juiste zorginstaties te faciliteren.
- Vergroten van het zelfsturende vermogen van meiden.

Uiteindelijk zijn, in tegenstelling tot het plan, geen concrete plannen gemaakt op de bijeenkomst. Hierdoor konden de gezondheidsprofessionals zich nog niet op de bijeenkomst committeren aan specifieke plannen. De uitkomsten van de conferenties werden verwerkt tot een plan van aanpak voor de interventieactiviteiten (NIGZ, 2003). De twee interventies die in dit plan worden beschreven, zijn het opzetten van een netwerk/zorgoverleg en het maken van een (voorlichtings)video over generatieproblematiek/opvoeding voor Kaapverdiaanse ouders en kinderen.

1.3.5 Implementatiefase (fase IV)

In deze fase zijn de twee bovengenoemde interventies geïmplementeerd, te weten het op te zetten netwerk/zorgoverleg en de (voorlichtings)video over generatieproblematiek/opvoeding. In het plan wordt per interventie het doel, het middel en de uiteindelijk uitkomst van de interventie beschreven. De kern hiervan staat beschreven in onderstaand kader.

Kern van plan van aanpak interventieactiviteiten (NIGZ, 2003)

Interventie I: Zorgoverleg / netwerk

Doel

Het versterken van communicatie, dialoog en samenwerking tussen informele hulpverleners / vertrouwenspersonen en professionele hulpverleners betreffende de gezondheidssituatie van Kaapverdiaanse bewoners en de factoren die daarop van invloed zijn ten einde de toegang tot de zorg en de gezondheidssituatie voor Kaapverdianen in Rotterdam te verbeteren.

Middel

Een apart overleg / samenwerkingsverband opzetten in samenhang met de bestaande overleggen en samenwerkingsverbanden rond de (verbetering van de) gezondheidssituatie van Kaapverdiaanse bewoners in de deelgemeente Delfshaven. Het gaat niet om een sterk geïnstitutionaliseerd overleg, maar om een levend netwerk van personen en instanties wat mogelijkheden biedt voor communicatie, afstemming, consultatie en het opzetten van nieuwe activiteiten, projecten, voorzieningen of diensten die de gezondheidssituatie van Kaapverdiaanse bewoners kunnen verbeteren.

Uiteindelijke uitkomst v.d. interventie

Een netwerk van verschillende informele hulpverleners / vertrouwenspersonen en de professionele hulpverleners die werken aan het verbeteren van de gezondheidssituatie van Kaapverdiaanse bewoners.

Interventie II: Video over generatieproblematiek en opvoeding

Doel

Bespreekbaar maken van problemen en onbegrip tussen de verschillende generaties Kaapverdianen onderling onder andere met betrekking tot het thema opvoeding.

Middel

Een video die de problemen in beeld brengt en in het kader van deze interventie wordt gemaakt. Deze video dient als instrument om jongeren en ouderen te stimuleren een dialoog aan te gaan over onderlinge conflicten en onbegrip met betrekking tot opvoedingsthema's en samen na te denken over mogelijke oplossingen voor deze conflicten.

Uitkomst

Een slotdocument met conclusies en aanbevelingen voor de toekomst, waarin beschreven staat hoe verder te werken aan deze problematiek.

De uitvoering van dit plan is ter hand genomen door een werkgroep, die in deze fase werd samengesteld. Deze werkgroep bestond uit één medewerker van de GGD Rotterdam e.o., twee medewerkers van Stichting Avanço en één medewerker van Delphi Opbouwwerk. Allen waren van Kaapverdiaanse afkomst of een vertegenwoordiger van de gemeenschap. De werkgroep werd gecoördineerd door een medewerker van het NIGZ.

Een eerste bijeenkomst van een Zorgoverleg Kaapverdianen Rotterdam heeft plaatsgevonden. Hier werden de plannen voor het netwerk gepresenteerd aan 30 deelnemers, voornamelijk informele en formele hulpverleners. Daarnaast werd een (voorlichtings-)video gemaakt over opvoeding en generatieproblematiek. Deze video is geschikt voor Kaapverdiaanse ouders en kinderen.

1.3.6 Evaluatiefase (fase V)

De procesevaluatie en uitkomstenevaluatie richtten zich op de vraag of het project volgens plan verloopt. Het voorstel (Verwey-Jonker Instituut & NIGZ, 2001) beschrijft deze fase als volgt. De aandacht gaat bij de evaluatie uit naar procesvariabelen (middelen die ingezet worden om de beoogde resultaten te bereiken) én contextvariabelen (variabelen die niet in de implementatiestrategie en het plan van aanpak zijn opgenomen, maar die wel van invloed zijn op de resultaten van de implementatie). De vraag of de beoogde doelstellingen van de toepassing van de interventies bereikt zijn, staat centraal in de uitkomstenevaluatie. Dit verslag bespreekt de proces- en uitkomstenevaluatie van dit project.

2 Community benadering

Deze studie behelst een evaluatie van het community project Nô's Saúde. In dit project staat gezondheidsbevordering in de Kaapverdiaanse gemeenschap in Rotterdam centraal. Wat wordt met deze begrippen bedoeld? Wat is gezondheidsbevordering, of een community project of een community? En hoe evalueert men een community project? Op deze vragen wordt antwoord gegeven. Dit hoofdstuk geeft inzicht in de theorie van community benaderingen en de werkwijze van het evaluatieonderzoek.

2.1 Community benadering

2.1.1 Gezondheidsbevordering

Gezondheidsbevordering is het organiseren van interventies die doorwerken op determinanten van gezondheid om zo de mogelijkheden voor en gelijke kansen op gezondheid te vergroten rekening houdend met de maatschappelijke context. Dit zeggen de Haes en Saan (2003) in de discussienota over onderzoek voor gezondheidsbevordering 'Evidence: goed werk'. Pieterse, Seydel en Taal (1995) leggen de context van bovenstaande definitie van gezondheidsbevordering uit. Gezondheidsbevordering omvat verbetering van gezondheid en gezonde leefstijlen. Dit is een brede vorm van de 'traditionele' benadering gezondheidsvoorlichting- en opvoeding (GVO) waarbij de aandacht uitgaat naar het individu. Gezondheidsbevordering gaat een stap verder dan GVO en richt haar aandacht bij het motiveren van mensen tot gezond gedrag niet alleen op het individu, maar ook op de gemeenschap waar het individu deel van uitmaakt. Hierbij poogt gezondheidsbevordering gedragsverandering te bereiken door (de enge vorm) GVO te combineren met alle mogelijke andere interventies, die uiteenlopende sectoren kunnen beslaan. Er hoeft niet meer alleen geprobeerd te worden mensen vrijwillig te motiveren, maar er kan ook worden ingegrepen in de (fysieke) omgeving van het individu en er kan soms gebruik gemaakt worden van (vormen van) dwang. Gezondheidsbevordering biedt mogelijkheden om een probleem van meer kanten tegelijk aan te pakken en biedt dus meer kansen op effect. Dit geldt vooral bij (multi-causale) problemen die gerelateerd zijn aan een bepaalde levensstijl, waarbij dus sprake is van een patroon van gedragingen. (Pieterse, Seydel & Taal, 1995)

Samengevat wordt in een gezondheidsbevorderend project geprobeerd leefstijlinterventies te ontwikkelen, waarbij individuele gerichtheid wordt gecombineerd met een sociale en fysiek georiënteerd omgevingsbenadering. Dit gebeurt door het organiseren van interventies die doorwerken op determinanten van gezondheid om zo de mogelijkheden voor en gelijke kansen op gezondheid te vergroten, rekening houdend met de maatschappelijke context.

2.1.2 Community interventies

Een community benadering is een strategie binnen de gezondheidsbevordering. Binnen deze community benadering staat de brede opvatting over gezondheid centraal. Het gaat, naast de beïnvloeding van leefstijl, om de beïnvloeding van relevante gezondheidsaspecten zoals toegang tot de gezondheidszorg en de sociale en fysieke leefomgeving van mensen (Lalonde, 1973). Projecten gebaseerd op een community benadering worden ook wel community interventies genoemd (Pieterse et al, 1995). Community interventies worden door velen gezien als een potentieel vruchtbare aanpak van gezondheidsbevordering, aldus Luijpers en Keijsers (2002). Zij doen deze uitspraak naar aanleiding van hun review over participatie. De community benadering is een alternatief voor de klassieke aanpak, waarbij doelen en interventies bepaald worden door de overheid en gezondheidsorganisaties. Die klassieke aanpak blijkt in de praktijk niet altijd goed te werken, vooral niet bij risicogroepen, aldus Keijsers (2002-1). De voorlichting bereikt hen niet en houdt te weinig rekening met bijvoorbeeld sociale en economische omstandigheden. Bij een

community interventie worden mensen zelf medeverantwoordelijk gemaakt voor het bepalen én behalen van de doelen. Daardoor groeit het draagvlak en ook de kans op effect. (Keijsers, 2002-1) Deze definitie geeft de grote lijnen van de benadering aan. Alting, Bouwens en Keijsers (2003-2) geven echter in hun review over de evaluatie van de community benadering aan dat er geen eenduidige definitie van een community interventie bestaat. Zij geven aan dat community interventies uit een rijke variatie van toepassing van principes bestaat. In de praktijk wordt per project een verschillend belang toegekend aan verschillende aspecten en doelen. Wel heeft deze brede, vaag omlinjende groep interventies een aantal kenmerkende elementen gemeen. Deze elementen zijn terug te voeren op community principes, die in meer of mindere mate worden toegepast in projecten gericht op een 'community'.

2.1.3 Community

De doelgroep van een community interventie is een community, ook wel gemeenschap genoemd. Uit de literatuur blijkt dat er bijna zoveel betekenissen van 'community' zijn als mensen die erover hebben geschreven. Mittelmark (2001 in Alting et al, 2003-2) hanteert, naar aanleiding van zijn studie naar communities, de volgende omschrijving:

'Een community is een groep mensen die bepaalde gemeenschappelijke aspecten hebben in hun leven. Deze aspecten kunnen bijvoorbeeld de woonomgeving, interesses, de cultuur of de normen en waarden zijn. Het gaat om aspecten die de mensen zelf van belang achten'.

Voorham, de Haes & Mackenbach (2002-2) beschrijven in hun artikel enkele leerpunten uit de praktijk van een wijkgericht gezondheidsbevorderend project in Rotterdam. Hierin wordt aangegeven dat de benadering van een community op basis van etnische gronden "naar de letter een echte community interventie" wordt genoemd. Bij deze benadering wordt rekening gehouden met de onderlinge netwerken voor een versterking van de effecten. Diezelfde redenering geldt ook voor wijkgericht werken, waarbij een benadering van een community op basis van territoriale gronden wordt gebruikt. De moeilijkheid bij deze benadering is de vraag of er sprake is van voldoende 'wijkgevoel' en onderlinge netwerken. De hierboven genoemde onderzoekers concluderen op basis van hun ervaringen dat het de voorkeur verdient om te werken met een combinatiestrategie. Hierin wordt wijkgericht werken gecombineerd met het actief benaderen van een specifieke, bijvoorbeeld etnische doelgroep in dat gebied.

2.1.4 Community principes

Community principes worden gebruikt om de doelgroep te bereiken in community interventies en uiteindelijk gezondheidsbevorderend gedrag te sorteren. In de literatuur worden tal van principes genoemd door verschillende onderzoekers (Alting et al, 2003-2; van Assema, 1003; van Assema & Willemsen, 1993; Bracht, 1990; Jansen, Schuit & van der Lucht, 2002; Pieterse et al, 1995; Ronda, 2003). De meest genoemde principes zijn:

- participatie,
- intersectorale samenwerking,
- sociale netwerkbenadering,
- aansluiten bij de bestaande situatie,
- continuïteit.

Daarnaast worden principes genoemd als:

- omgevingsgericht,
- multimediaal,
- multi-interventies,
- multi-methodisch.

In de praktijk kunnen community interventies nogal uiteenlopende vormen aannemen, waardoor projecten sommige community principes wel hebben, andere niet, of in minder mate. De community principes kunnen enerzijds in een project vertaald worden als doelen op zich, maar anderzijds of tevens als middel om een doel te bereiken. De principes zijn zeer gelieerd aan elkaar, waardoor het onderscheid tussen de principes soms onduidelijk wordt. In de volgende paragrafen wordt uitgebreider ingegaan op drie van deze principes.

2.2 Community principes en hun effectiviteit

Zoals hierboven is beschreven, bestaan er vele community principes om de doelgroep te bereiken. Hieronder wordt ingegaan op drie specifieke principes, te weten: ‘participatie’, ‘continuïteit’ en ‘aansluiting bij de huidige situatie’. Deze principes zijn gekozen omdat het projectplan van NôS Saúde deze principes expliciet dan wel impliciet heeft uitgewerkt in doelen⁴. Per principe wordt eerst de definitie van het principe besproken om inzicht te geven hoe deze toegepast kan worden. Daarna wordt per principe een checklist besproken aan het eind van de uitleg over het principe. De checklists zijn ter voorbereiding op dit onderzoek geconstrueerd op basis van de literatuur. Door het gebruik van deze checklists kan inzicht worden verschaft in de mate waarin een principe is toegepast in een project. De checklists zijn gebruikt bij het onderzoek.

2.2.1 Community principe: participatie

Voor het begrip participatie zijn binnen het vakgebied van de gezondheidsbevordering vele definities voorhanden en aspecten te onderscheiden. Luijpers en Keijsers (2002; 208) definiëren dit begrip vanuit verschillende perspectieven; het beleid, het onderzoek en de praktijk. Hun definitie luidt als volgt:

‘Participatie is een ontwikkelingsproces met als kern: mensen serieus nemen door het samen creëren van een situatie zodat alle betrokken invloed hebben, kunnen meebeslissen en greep krijgen op de eigen situatie.’

Enerzijds kan participatie binnen een project fungeren als middel om gezonde leefstijlen te bevorderen. Anderzijds wordt participatie gezien als doel op zichzelf. Participatie kan worden ingezet op verschillende niveaus. De in de literatuur meest genoemde niveau-indeling van participatie is die van Arnstein (1969). Arnstein heeft een participatieladder ontworpen, met acht stappen van laag tot hoog: manipulatie, therapie, informeren, consulteren, afkopen, partnerschap, gedelegeerde macht en zelfbestuur (zie ten Dam, 1997; 85). Hier wordt niet dieper ingegaan op deze niveaus en (zowel positieve als negatieve) aspecten van participatie die te onderscheiden zijn, want deze worden uitgebreid beschreven in de literatuur (van Assema 1993; Luijpers & Keijsers, 2002; Nijboer, 2002; ten Dam, 1997: 82-85).

Participatie bewerkstelligen in een project is per definitie een moeilijk proces, vooral omdat verschillende belanghebbenden met verschillende wensen moeten omgaan met het onderwerp gezondheid dat niet altijd specifiek op hun agenda staat. Niet iedere participerende partij is namelijk specifiek gericht op het verbeteren van de gezondheidssituatie, aldus Luijpers en Keijsers (2002; 212). Zij beschrijven dat de verschillende belanghebbenden (bewoners,

⁴ Dit blijkt uit de documentanalyse van informatie over het project. In het projectvoorstel (Verwey-Jonker Instituut & NIGZ, 2001) staat ten eerste dat deelname van de doelgroep essentieel is voor de realisatie van het project. Participatie is dus een duidelijk doel van het project, en tevens een middel om het uiteindelijke doel te behalen. Bij de interventieactiviteiten wordt participatie expliciet benoemd als doel van de activiteiten. Ten tweede blijkt uit de notulen van een vergadering van de stuurgroep (04-09-'03) dat aansluiting bij de huidige situatie een wens is van het project. Tot slot beschrijft het voorstel (Verwey-Jonker Instituut & NIGZ, 2001) dat het project streeft naar blijvende lange termijn effecten.

intermediairs, bestuurders, etc.) uiteenlopende wensen hebben, die vaak ook voor een deel elkaar tegenspreken. Het blijkt moeilijk te zijn om gezondheid in termen van leefstijlonderwerpen op ieders agenda te krijgen. (Luijpers & Keijsers, 213; van der Lucht & Verkleij, 2001; 80)

Hoewel over de effectiviteit van het inzetten van participatie in community interventies nog geen duidelijkheid bestaat in de vakliteratuur, wordt participatie steeds meer gezien als essentiële voorwaarde van gezondheidsbevorderende community interventies. Verschillende onderzoekers bevestigen dat participatie essentieel is in community gezondheidsinterventies (Luijpers & Keijsers, 2002; Kreuter & Lezin, 2002; 245). Luijpers en Keijsers (2002) onderstrepen dat participatie geen garantie is voor gezond gedrag. Wel wordt participatie zowel door beleid, praktijk als onderzoek (al dan niet expliciet) gerelateerd aan een betere gezondheid. Deze relatie wordt vooral gelegd op basis van waarneming of zelfevaluatie.

De effectiviteit van de toepassing van participatie is afhankelijk van de manier waarop participatie wordt ingezet. Dit kan op diverse niveaus en fasen in een project. Ten Dam (1997) analyseerde lokale gezondheidsprojecten in vier grote steden in Nederland. Naar aanleiding van deze analyse geeft hij aan dat hij teleurgesteld was over de prestaties op het gebied van bevolkingsparticipatie. Bij alle bekeken projecten, op één uitzondering na, werden twee niveaus, namelijk 'informerend' en 'consultatief' gebruikt. Wat betreft de fase waarin de participatie plaatsvond, ging het vrijwel steeds om participatie in de laatste fase: de consumptie van een nieuwe voorziening of dienst. De onderzoeker geeft aan dat de doelgroep bij deze projecten op een te laag niveau betrokken wordt in een te late fase. Daarnaast refereren van Assema en Willemsen (2002) naar het feit dat uit de literatuur blijkt dat het aantal inwoners dat participeert in projecten vaak vrij beperkt is en bovendien vaak tot de elite van de community behoort. Zij bevelen aan om binnen community projecten een samenwerking op te bouwen tussen GVO en het opbouwwerk, omdat deze laatste jarenlange expertise met de activering en participatie van inwoners heeft. (Assema & Willemsen, 2002; 401)

Checklist participatie

Uit de literatuur blijkt dat verschillende manieren worden gebruikt om de mate van ingezette participatie in een project te beschrijven, voornamelijk op basis van observatie en zelfevaluatie. Het NIGZ/SLAG (2003) gebruikt een zelfevaluatiemethode om de wenselijke participatie ten opzichte van de daadwerkelijke participatie te bepalen. Projectmedewerkers van community projecten vullen hierbij een vragenlijst in na afloop van het project. Om de effectiviteit van de stuur- of werkgroepen binnen projecten te meten, gebruikt El Ansari (1999) een vragenlijst. Op deze vragenlijst kunnen de leden van de groepen hun visie geven op de ontplooiende activiteiten, hun rol daarin, hun verantwoordelijkheden en de uitkomsten van de samenwerking. Figueroa, Kincaid, Rani & Lewis (2002) leggen in hun meetinstrument ter evaluatie van een project onder andere de nadruk op de toegang van participatie in een project: hebben mensen die willen participeren de mogelijkheid gekregen en zo ja, met welk mechanisme? Tot slot geven Chrisman, Senturia, Tang en Gheisar (2002) in hun artikel over de evaluatie van het proces van stedelijk gemeenschapswerk aan dat participatie kan worden gemeten door de indicatoren: aanwezigheid van deelnemers bij activiteiten, actieve betrokkenheid bij het project en betrokkenheid bij de activiteiten. Kortom, de participatie kan worden beschreven door het doen van observatie en zelfevaluatie met behulp van een checklist, zie figuur 4. Deze checklist kan in onderzoeken worden gebruikt om te beschrijven in welke mate het principe participatie is toegepast in een project.

Checklist toepassing principe ‘participatie’ in project	
Indicator	Naar auteur
<ul style="list-style-type: none"> • Zelfevaluatie van mate van participatie • Te wensen vs daadwerkelijk niveau • Te wensen vs daadwerkelijk bereik • Wie participeert? • Vorm van participatie 	NIGZ/SLAG (2003)
<ul style="list-style-type: none"> • Effectiviteit van stuur- en werkgroep binnen het project. <ul style="list-style-type: none"> • Mate van deelname bijeenkomsten • Representativiteit stuurgroep voor community en probleem • Mate van discussie • Uitvoering taakverdeling • Communicatie partners 	El Ansari (1999)
<ul style="list-style-type: none"> • Mate van mogelijkheid krijgen / toegang hebben tot participatie in het project. 	Figuerola, Kincaid, Rani & Lewis (2002)
<ul style="list-style-type: none"> • Indicatoren voor participatie: <ul style="list-style-type: none"> • aanwezigheid bij activiteiten • actieve betrokkenheid bij het project • betrokkenheid bij de activiteiten. 	Chrisman, Senturia, Tang & Gheisar (2002)
<ul style="list-style-type: none"> • Mate waarin participerende groepen verenigbare wensen hebben. 	Luijpers & Keijsers (2002)
<ul style="list-style-type: none"> • Mate van betrokkenheid en draagvlak van project op ieder niveau. 	Luijpers & Keijsers (2002)

Figuur 4 Checklist participatie samengesteld op basis van meetinstrumenten/definities van onderzoekers.

2.2.2 Community principe: aansluiting huidige situatie

Het principe ‘aansluiting bij de huidige of lokale situatie’ wordt in de literatuur op verschillende manieren gezien; als aansluiting bij de praktijk, bij de gemeenschap, bij het beleid en bij de doelgroep. Deze verschillende perspectieven worden hieronder toegelicht op basis van de definities van het begrip afkomstig van diverse onderzoekers. Een manier om de mate van ingezette aansluiting bij de huidige situatie te meten, lijkt niet aanwezig. Aan de hand van onderstaande definities is uiteindelijk een checklist geconstrueerd ter vaststelling van het principe ‘aansluiting bij de huidige situatie’.

Aansluiting bij de praktijk en gemeenschap

Van Assema (1993) geeft in haar proefschrift van het evaluatieonderzoek van het project ‘Gezond Bergeyk’ geen duidelijke definitie van het community principe ‘aansluiting bij de huidige situatie’. Wel noemt zij een aantal criteria, waaraan een community interventie moet voldoen om aan te sluiten bij de huidige situatie. Enerzijds werken community interventies het best door bestaande goedlopende initiatieven te ondersteunen. Anderzijds moeten nieuwe initiatieven worden opgezet die aansluiten bij lokale behoeftes, mogelijkheden en barrières. Voor beide criteria geeft de onderzoeker enkele suggesties ter verwezenlijking hiervan;

- onderzoek doen naar de huidige situatie (de aanwezige initiatieven en effectiviteit) in de gemeenschap,
- onderzoek doen naar behoeftes, mogelijkheden en barrières,
- gebruik maken van aanwezige deskundigheid, faciliteiten en lokale netwerken (van Assema, 1993),
- de uitvoering van activiteiten laten doen door lokale organisaties (van Assema & Willemsen, 1993).

Aan de hand van bovenstaande criteria zou de mate van ‘aansluiting bij de huidige situatie’ vastgesteld kunnen worden. Daarvoor moeten de criteria worden omgebogen tot indicatoren. De volgende indicatoren vormen een input voor de checklist (figuur 5):

- het bestaan en de kwaliteit van een inventarisatie van bestaande initiatieven en hun effectiviteit,
- de kwaliteit van de vertaling van de analyse naar de uitvoering,
- de hoeveelheid en het verloop van door dit project ondersteunde goedlopende initiatieven,
- het bestaan en de kwaliteit van de inventarisatie van lokale behoeftes, mogelijkheden en barrières,
- de mate van gebruikmaking van aanwezige deskundigheid, faciliteiten en lokale netwerken.

Aansluiting bij het beleid

Ook Jansen, Schuit en van der Lucht (2002; 30) gaan in op de definitie van ‘aansluiting bij de huidige situatie’ bij gezondheidsinterventies in hun toekomstverkenning volksgezondheid. Zij spitsen de ‘aansluiting op de huidige situatie’ toe op de aansluiting op beleid. Aansluiting op beleid wordt in deze context vertaald in de mate van verwezenlijking van in het beleid gestelde doelen in gezondheidsbevorderende interventies. De interventies worden daarbij als (vooral stimulerend) beleidsinstrument gebruikt. Een project zou bijvoorbeeld in dienst van een beleidsmaker, de deelgemeente of gemeente, beleidsdoelen kunnen verwezenlijken door voorlichting te geven om uiteindelijk gezond gedrag te verkrijgen. Dergelijke inbedding in het beleid zien Jansen et al (2002) als aansluiting van een project bij de huidige situatie.

Leefstijlinterventies sluiten in de praktijk slechts matig aan op het overheidsbeleid, aldus Jansen et al (2002; 30). De onderzoekers schetsen drie belangrijke oorzaken hiervan. Aan de hand van de onderstaande tekst kunnen enkele indicatoren worden opgesteld die de mate van aansluiting bij de situatie kunnen beschrijven. Ten eerste blijkt dat (tot voor kort) kwantitatieve beleidsdoelen voor leefstijlfactoren ontbraken. Ten tweede lijkt het dat de prioriteiten die landelijke en lokale overheden stellen voor gezondheidsbevordering vaak niet in overeenstemming komen met elkaar. Er bestaat een spanning tussen enerzijds het belang dat op landelijk niveau aan gezond gedrag wordt gehecht, en anderzijds de prioriteit die op lokaal niveau vaak wordt gegeven aan onderwerpen als leefbaarheid en welzijn. Deze spanning (vaak het gevolg van politieke keuzes) vormt een knelpunt in tal van casussen. Ten derde is gezondheid vaak een thema dat slechts intersectoraal kan worden opgelost. Beleidsmakers van verschillende sectoren zijn hierbij van belang. Het intersectorale beleid (vanuit het onderzoek ook wel facetbeleid genoemd) in Nederland lijkt onzichtbaar in de praktijk, aldus Jansen et al (2002; 33). Zij beschrijven dat beleid waarbij over de schutting van het eigen terrein moet worden gekeken moeizaam tot stand komt. De belangrijkste uitdaging voor de spelers in het veld van gedragsgerichte preventie is de vraag: hoe krijg ik ‘leefstijl’ op de agenda? En niet alleen bij die van de doelgroep, maar zeker ook op de agenda van de (lokale) politiek en van intermediairs. (Jansen et al, 2002;38)

De volgende indicatoren die de mate van aansluiting bij de situatie kunnen beschrijven, kunnen worden opgesteld op basis van uitspraken van Jansen, et al (2002):

- de mate van uitvoering van concrete beleidsdoelen van gemeente of deelgemeente
- de mate van interesse van verschillende sectoren binnen de gemeente en deelgemeente voor een project
- de mate van agendasetting van thema’s in een project.

Aansluiting bij de doelgroep

Tot slot gaat Voorham (2003) vooral in op de aansluiting op activiteiten van het project tussen de zender en de doelgroep. Een potentieel kansrijke methode om deze aansluiting tussen doelgroep en zender in gezondheidsvoorlichting te optimaliseren is ‘peer education’, of in het Nederlands ook wel educatie door “voor-en-door-voorlichters” genoemd. Voorham (2003) heeft in deze vorm van voorlichting in zijn promotiestudie uitgediept. Hierin geeft hij aan dat een peervoorlichter een

persoon moet zijn die in de context met het betreffende onderwerp een wij-gevoel bij de doelgroep kan bewerkstelligen, en tegelijkertijd als persoon een rolmodel kan zijn. Hierbij zijn verschillende dimensies en eigenschappen van de persoon in kwestie van belang. Voorham beschrijft in zijn proefschrift allerlei dimensies van het peerschap. De invulling van de voorlicht(st)er aan deze dimensie bepaalt de effectiviteit van de concrete situatie. Voor een project is het interessant om na te gaan in hoeverre de naar-buiten-tredende-persoon van een project voldoet aan de eisen van een ideale peer. Naast de dimensies noemt Voorham ook concrete eigenschappen waaraan de ideale peer moet voldoen. Hierbij gaat het om status, kleding, uiterlijk, taalgebruik, geloofwaardigheid, betrouwbaarheid, deskundigheid etc. (Voorham, 2003; 36) Deze indicatoren van aansluiting bij de doelgroep kunnen bepalen in hoeverre naar buiten tredende personen aansluiten bij de huidige situatie.

Samenvattend geeft figuur 5 een checklist aan de hand waarvan de mate van aansluiting bij de huidige situatie in een project kan worden omschreven.

Checklist toepassing principe ‘aansluiting bij de huidige situatie’ in project	
Indicator	Naar auteur
<p>Aansluiting bij de gemeenschap</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het bestaan en de kwaliteit van inventarisatie van bestaande initiatieven en hun effectiviteit • De kwaliteit van de vertaling van de analyse naar de uitvoering • De hoeveelheid en het verloop van door dit project ondersteunde goedlopende initiatieven • Het bestaan en de kwaliteit van inventarisatie van lokale behoeftes, mogelijkheden en barrières • De mate van gebruikmaking van aanwezige deskundigheid, faciliteiten en lokale netwerken. 	van Assema (1993)
<p>Aansluiting bij het beleid</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mate van uitvoering van concrete beleidsdoelen van gemeente of deelgemeente • Mate van interesse van verschillende sectoren binnen de gemeente en deelgemeente voor het community project • Mate van agendasetting van thema's die in het project behandeld zijn 	Jansen et al (2002; 30)
<p>Aansluiting bij de doelgroep</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mate van invulling van dimensies van peerschap • Mate van voldoen aan concrete eigenschappen van ideale peer 	Voorham (2003)

Figuur 5 Checklist aansluiting bij huidige situatie samengesteld op basis van meetinstrumenten/ definities van onderzoekers.

2.2.3 Community principe: continuïteit

Tot slot wordt het derde principe beschreven, de ‘continuïteit binnen en van het project’. Vanaf het begin van een community interventie wordt vaak gestreefd naar continuïteit. Chrisman et al (2002) concluderen uit een literatuuronderzoek dat enkele factoren de continuïteit binnen een community project bevorderen:

- Het betrekken van mensen bij de stuurgroep met connecties op beleidsniveau.
- Het gebruiken van personele en andere hulpbronnen uit de gemeenschap in het project.
- Een continue werving voor nieuwe participanten / vrijwilligers.

- Streven naar lokale economische ontwikkeling, waardoor hulpbronnen kunnen worden vergroot en community leden positieve resultaten zien.
- Het organiseren van een feest bij ieder succes in het project.

Chrisman et al (2002) doelen, vooral bij punt vier, op een project met een lange termijn. Naast deze vijf punten geven ze aan dat het ondersteunen van de actieve deelnemers van een project van essentieel belang is voor het succes van een project. Uit deze bovenvermelde doelen van Chrisman et al (2002) kunnen een aantal indicatoren worden afgeleid om de mate van continuïteit van een project te beschrijven:

- aantal mensen die betrokken zijn geweest op stuurgroepniveau,
- hun mate van connecties op beleidsniveau,
- aantal gebruikte personele en andere hulpbronnen uit gemeenschap,
- mate van werving voor nieuwe participanten / vrijwilligers en
- ervaren mate van viering van succes.

Naast bovenstaande punten geeft van Assema (1993) in haar proefschrift aan dat continuïteit vooral kernmerkend is in de termen van toezegging van financiering van (vervolg)activiteiten en plannen op organisatorisch niveau voor (vervolg)activiteiten. Dit kenmerk heeft sterk te maken met de agendasetting, die werd genoemd bij de aansluiting bij de huidige situatie. Om deze plannen en toezeggingen te bewerkstelligen moet aan enkele voorwaarden worden voldaan (Assema & Willemsen, 1993). Ten eerste moet een organisatie voldoende vertrouwen in een project hebben, voordat ze tot agendasetting over gaan. Daarvoor is een goede sfeer binnen een project van belang; de samenwerking moet soepel lopen, mensen moeten plezier hebben in hun werk en moeten elkaar respecteren en vertrouwen. Ten tweede moet gedurende de totale looptijd van het project voldoende informatie beschikbaar worden gesteld over de lopende activiteiten en de voorlopige resultaten. Communicatie verhoogt de zichtbaarheid en acceptatie van het project en maakt dat mensen zich meer betrokken voelen. Aan de hand van bovenstaande informatie kunnen de volgende indicatoren opgesteld worden om de mate van continuïteit van een project te beschrijven:

- de (verwachte) agenda's van de betrokken organisaties,
- het aantal toezeggingen ter financiering van (vervolg)activiteiten,
- de kwaliteit van de toezeggingen,
- het vertrouwen in het project van de actieve deelnemers (de activiteiten van een project),
- de sfeer binnen de projectgroepen (samenwerking, plezier in het werk, mate van vertrouwen en respect voor elkaar),
- het aantal communicatiemomenten gedurende het project binnen de werk- en stuurgroepen, en naar de gemeenschap toe.

Pieterse et al (1995) gaan een stapje verder en geven aan dat de gemeenschap, na afloop van een community-interventie, in staat moet zijn zelfstandig de belangrijkste taken over te nemen en voort te zetten. In principe zou de gemeenschap dus in staat moeten zijn om de in het project opgezette activiteiten voort te zetten in een bepaalde periode na afloop van het project. Deze periode kan variëren afhankelijk van het doel van de activiteit en het nut voor de gemeenschap. In hoeverre is de gemeenschap in staat om de lopende activiteiten zelfstandig uit te voeren? Daarnaast geven de onderzoekers aan dat in een community project gestreefd moet worden om de gemeenschap te leren om nieuwe problemen zoveel mogelijk zelfstandig op te lossen. Het zelfstandig worden wordt ook wel samengevat onder de term 'empowerment'. Dit verslag gaat niet verder op dit brede begrip in. Voor meer informatie hierover, zie bijvoorbeeld Alting et al (2003-2).

Samenvattend geeft figuur 6 een checklist waarin de mate van continuïteit van en binnen een project kunt beschrijven aan de hand van indicatoren.

Checklist toepassing principe ‘continuïteit’ in project	
Indicator	Naar auteur
<ul style="list-style-type: none"> • Aantal mensen dat betrokken is geweest op ‘stuurgroep’-niveau • Hun mate van connecties op beleidsniveau • Aantal gebruikte personele en andere hulpbronnen uit gemeenschap • Mate van werving voor nieuwe participanten / vrijwilligers • Ervaren mate van viering van succes 	Chrisman et al (2002)
<ul style="list-style-type: none"> • Toezegging van financiering van (vervolg)activiteiten • Plannen op organisatorische niveau voor (vervolg)activiteiten. 	van Assema (1993)
<ul style="list-style-type: none"> • De (verwachte) agenda’s van de betrokken organisaties • Het aantal toezeggingen ter financiering van (vervolg)activiteiten • De kwaliteit van de toezeggingen • Het vertrouwen in het project van de actieve deelnemers (de activiteiten van een project) • De sfeer binnen de projectgroepen (samenwerking, plezier in het werk, mate van vertrouwen en respect in elkaar) • Het aantal communicatiemomenten gedurende het project binnen de werk- en stuurgroepen en naar de gemeenschap toe. 	van Assema en Willemsen (1993)
<ul style="list-style-type: none"> • Mate van empowerment 	Pieterse et al (1995)

Figuur 6 Checklist continuïteit samengesteld op basis van meetinstrumenten/definities van onderzoekers.

Na uitleg te hebben gegeven over de begrippen van community interventies en de vaststelling van community principes, wordt nu ingegaan op de evaluatie van community interventies in het algemeen.

2.3 Evaluatie van community interventies

Al enkele jaren is er een debat gaande over de effectiviteit van gezondheidsprojecten onder onderzoekers, praktijkwerkers en beleidsmakers op nationaal en internationaal niveau. Ook in Nederland is de discussie in volle gang. Afgelopen jaar zijn een viertal conferenties georganiseerd, genaamd New Health Promotion conferenties (2003-2004). Deze conferenties zijn georganiseerd door de GGD Rotterdam e.o., NIGZ en ZonMw. De kernvraag binnen de discussie op de conferenties is hoe adequaat onderzoek naar gezondheidsbevordering eruit kan zien en hoe het gebruikt kan worden. Deze conferenties zijn bedoeld om een gezamenlijk referentiekader te creëren voor het relatief jonge werkveld van gezondheidsbevordering, waaronder de community development (de Haes & Saan, 2003). Op de conferenties nam onderzoek naar projecten gebaseerd op community principes een speciale plaats in. De vraag hoe adequaat (evaluatie-) onderzoek naar dergelijke projecten eruit moet zien en hoe het gebruikt kan worden, kwam ter sprake in de discussie aldaar. Een eenduidig antwoord hierop is niet gegeven.

In Nederland zijn de afgelopen jaren vele lokale initiatieven gestart. Van deze lokale initiatieven hadden ongeveer 890 projecten te maken met gezondheidsbevordering. Er zijn slechts enkele projecten goed beschreven en wetenschappelijk geëvalueerd, waardoor waarschijnlijk veel kennis verloren is gegaan (van der Lucht & Verkleij, 2001). Enkele community interventies zijn wel

wetenschappelijk geëvalueerd (van Assema, 1993; Kocken, Wouter, Voorham & Zwart, 2003; ten Dam, 1997; Ronda, 2003; Voorham, 2003). Bij deze laatste evaluaties werden vooral activiteiten geëvalueerd van community projecten op langere termijn. De nadruk van deze evaluatie ligt op onderzoek naar determinanten van gedrag en uitkomsten van het proces. Naast de kennis uit deze wetenschappelijke evaluaties is praktijkkennis beschikbaar. Voordat antwoord gegeven wordt op de vraag op welke manier evaluatieonderzoek van community interventies eruit moet zien, wordt eerst de aard van evaluatieonderzoek bij projecten gebaseerd op de community benadering beschreven.

Het evalueren van community projecten is complex en anders dan bij 'traditionele' GVO projecten, omdat de context voortdurend in beweging is. De klassieke Randomised Controlled Trial (RCT), en zijn opvolger de Community Intervention Trial (CIT) worden in de wetenschap gezien als waardevolle onderzoeksdesigns. De CIT gaat uit van een groot aantal afzonderlijke 'gemeenschapseenheden', die at random zijn verdeeld over een interventie- en controlegroep. Zodra het gaat over complexe processen als community interventies is ook het laatste design moeilijk uitvoerbaar. (Alting et al, 2003-1; 23) Er kleven een aantal moeilijkheden aan het design. Jansen (1999 in Schuit et al, 2002) definiëren deze moeilijkheden. De CIT vereist dat doelen en methoden van interventie(-activiteiten) van tevoren worden omschreven. Deze doelen en methoden worden in een ideale 'community-based' interventie juist samen met de doelgroep bepaald, en liggen dus niet van tevoren vast. Daarnaast is het dikwijls niet haalbaar gebleken de controlegroep daadwerkelijk 'af te schermen' van activiteiten die waren bedoeld voor de interventiegroep, zodat een 'verdunding' van het effect optrad. Geconcludeerd kan worden dat 'timing en de context' wetenschappelijk evaluatieonderzoek bij complexe community interventies moeilijk maken. Mackenbach (2003 in Alting, 2003-1; 24) stelt dan ook dat het beter is om op dit moment geen RCT's of CIT's uit te voeren bij de evaluatie van een community project, maar andere methoden te gebruiken.

Recentelijk heeft, met dit in het achterhoofd, een inventarisatie van de mogelijkheden voor evaluatie van community projecten plaatsgevonden door het CRIM van het NIGZ (Alting et al, 2003-1). Dit rapport betreft de advisering van onderzoeksmethoden en meetinstrumenten voor de evaluatie van interventies. De schrijvers constateren in hun rapport dat er momenteel nog geen valide en betrouwbare instrumenten beschikbaar zijn die geschikt zijn voor de evaluatie van de community benadering of relevante aspecten daarvan. Eén van de kernboodschappen in het rapport is dat:

'de evaluatie van de community benadering met gebruikmaking van kwantitatieve én kwalitatieve, minder formele methoden en minder instrumenten niet gericht dient te zijn op het aantonen van 'harde' bewijzen en effecten, maar vooral op het vergaren van verder inzicht en als middel om binnen community projecten te sturen en relevante beslissingen te nemen.' (Alting et al, 2003; 30)

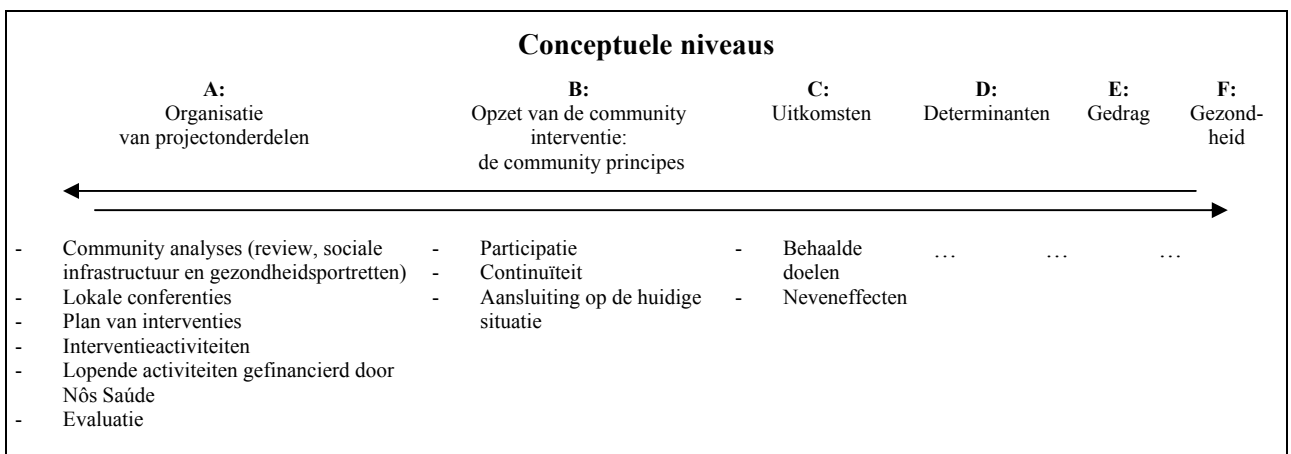
De onderzoeker moet bij ieder project afzonderlijk afwegen welke methode het beste past bij de aard en fase van het project. Welke methoden gebruikt worden in het evaluatieonderzoek van Nô's Saúde, wordt in het volgende hoofdstuk besproken.

Uit bovenstaande conclusie worden indirect twee antwoorden gegeven op de vraag welke doelen een evaluatieonderzoek naar een project gebaseerd op een community benadering heeft; 1) inzicht vergaren in de werking van de community benadering en 2) proberen projecten bij te sturen bij het nemen van relevante beslissingen. Het aantonen van eindeffecten is niet altijd realistisch en haalbaar, gezien de mogelijkheden en het tijdsbestek van de meeste community projecten. In de praktijk is de focus vooral gericht op het bereiken van intermediaire doelen en uitkomsten. Hierdoor ontstaat spanning tussen de verschillende betrokkenen (financiers, beleidsmakers,

professionals, community leden), die allen aan verschillende doelen en uitkomsten belang toekennen. (Alting et al. 2003-2) Over evaluatieonderzoek moet dus vooraf, al bij een subsidieaanvraag, aandacht besteed worden aan de haalbaarheid van eindresultaten ten aanzien van de termijn van het project. Betrokkenen kunnen hun verwachtingen dan bijstellen. Uit de literatuur blijkt dat prestaties en resultaten in evaluatieonderzoeken naar lokale gezondheidsprojecten waardevol zijn op korte termijn en dat effectmetingen vaak pas na lange tijd uitgevoerd kunnen worden (ten Dam, 1997; 126; Koelen, Vaandrager & Colornér, 2001). Koelen et al (2001) geven aan dat bijvoorbeeld het feit dat intersectoraal actie wordt ondernomen, al een succes op zich is, evenals de intentie tot verdere samenwerking.

2.4 Evaluatie van community interventie Nô's Saúde

Zoals hierboven wordt aangegeven is het evalueren van community interventies, zoals het project Nô's Saúde een complex proces. Verschillende fasen, activiteiten en personen spelen een rol in de ontwikkeling en implementatie van een dergelijk project. Een goed conceptueel raamwerk waarin deze onderdelen naar voren komen is essentieel. Op basis van het conceptueel kader van Ronda (2003; 15) dat zij gebruikt in haar promotieonderzoek, en het Referentiekader Gezondheidsbevordering van de Haes en Saan (2004) is een conceptueel raamwerk opgesteld dat kan dienen tot het evaluatieonderzoek van deze community interventie (figuur 7). Dit raamwerk heeft zes niveaus (A t/m F). Het project Nô's Saúde is een kortlopend community project, waardoor het onderzoek zich richt op de eerste drie van de zes conceptuele niveaus: ten eerste het niveau van organisatie van de projectonderdelen van het project (A), ten tweede het niveau van toepassing van de belangrijkste community principes van een community interventie in dit project (B), en ten derde op het niveau van uitkomsten van het project (C). Verandering in determinanten, het gedrag en in de gezondheid (niveau D, E en F) kan pas worden gemeten in langer lopende projecten. De pijlen in het raamwerk verwijzen naar diverse relaties tussen de conceptuele niveaus.



Figuur 7 Een conceptueel raamwerk voor de evaluatie van een community interventie op basis van het raamwerk van Ronda (2003; 15) en het Referentiekader Gezondheidsbevordering van de Haes en Saan (2004)

Het bovenstaand conceptueel raamwerk geeft duidelijk inzicht in de verschillende relaties tussen de niveaus van een community interventie. Bovenstaand figuur dient als raamwerk voor de conclusies van het onderzoek. Conclusies over de onderdelen van niveau A (projectonderdelen), B (inzet van community principes) en C (uitkomsten) worden beschreven in de conclusies van hoofdstuk 4 en 5. De resultaten worden niet beschreven volgens bovenstaand raamwerk. De leidraad van de beschreven resultaten is een viertal variabelen. Deze variabelen zijn geformuleerd

op basis van het plan van Nô's Saúde (Verwey-Jonker Instituut & NIGZ, 2001). De vier variabelen zijn: het doel, procesvariabelen, contextvariabelen en uitkomstvariabelen. Onderstaand figuur 8 geeft deze opzet weer. De schuin gedrukte woorden zijn thema's uit het conceptueel raamwerk geformuleerd op basis van Ronda (2003) en de Haas en Saan (2004) (figuur 7). Figuur 7 vormt het analytisch kader van dit onderzoek.

Organisatie en uitkomsten	Community principes <i>Participatie, Aansluiting bij de huidige situatie, continuïteit</i>		
	Fase I en II <i>Community analyses (review, inventarisatie sociale infrastructuur en gezondheidsportretten)</i>	Fase III <i>Lokale conferenties</i>	Fase IV <i>Interventieactiviteiten en lopende activiteiten</i>
Doel Proces Context Uitkomst	Hoofdstuk 4		Hoofdstuk 5

Figuur 8 Analytisch kader voor de evaluatie van Nô's Saúde.

Een uitleg van bovenstaand analytisch kader volgt. Hoofdstuk 4 behandelt de in fase I, II en III uitgevoerde community analyses (review, sociale infrastructuur en gezondheidsportretten) en de conferenties. Per fase wordt het doel, het proces, de context en vervolgens de uitkomst van de fase besproken. In de conclusie wordt teruggekomen op de inzet van de community principes (participatie, aansluiting bij de huidige situatie en continuïteit) in deze fase. Hoofdstuk 5 heeft dezelfde opbouw en behandelt de in fase IV uitgevoerde interventieactiviteiten en lopende activiteiten. Het volgende hoofdstuk gaat uitgebreid in op de methoden van onderzoek.

3 Onderzoeksmethoden

Dit onderzoek is gedaan met behulp van zowel kwalitatieve en kwantitatieve, formele en minder formele onderzoeksmethoden. Om resultaten te beschrijven en uiteindelijk conclusies te trekken is zowel data- als methodologische triangulatie toegepast. Dit hoofdstuk bespreekt de diverse methoden van dataverzameling, waarbij wordt ingegaan op eerder genoemde triangulatie. Daarnaast worden de deelnemers en analysemethodieken besproken.

3.1 Methoden van dataverzameling en deelnemers

Het onderzoek gebruikt een mix van kwalitatieve en kwantitatieve methoden en instrumenten. Het gebruik van deze mix wordt, zoals eerder in paragraaf 2.3 is vermeld, bij de evaluatie van community interventies waardevol en legitiem genoemd door Alting et al (2003-2). De nadruk van het onderzoek ligt niet op kwantitatief onderzoek, maar op kwalitatief onderzoek. Dit komt ten eerste doordat onderzoek naar community interventies moeilijk beheersbaar is omdat het moeilijk is vooraf doelen van het project te operationaliseren en te kwantificeren. Het gaat bij een community benadering immers om een proces waarbij interventies en uitkomsten zich in de loop van een project ontwikkelen, in samenspraak met de verschillende belanghebbenden. Dat maakt het vrijwel onmogelijk om voorafgaand aan de interventie elementen te selecteren en te meten en deze te vergelijken met de situatie na de interventies. (Keijsers, 2002-2) Daarnaast is tot de dag van vandaag nog geen gestandaardiseerd meetinstrument beschikbaar, dat effecten van of de processen rondom een community interventie op een algemeen geaccepteerde manier kan weergeven. (Alting et al., 2003-1; 28)

Gezien de context van dit project is zoals hierboven aangegeven, gekozen voor het gebruik van verschillende dataverzamelmethodeken. Hierbij worden verschillende databronnen gebruikt. De resultaten die uit verschillende bronnen kwamen, werden met elkaar geconfronteerd. De wijze waarop dit gebeurde, wordt ook wel triangulatie genoemd. Zoals Wester (1995; 186-8) aangeeft, is triangulatie, het toepassen van verschillende procedures om resultaten te verkrijgen, een belangrijke manier om onderzoek valide te maken. Er bestaan verschillende manieren om triangulatie uit te voeren. Denzin (1978 in Patton, 1980; 187) identificeert vier basis types van triangulatie:

- data triangulatie – gebruik van verschillende databronnen in een studie,
- onderzoekers triangulatie – gebruik van verschillende onderzoekers of evaluaties,
- theorie triangulatie – gebruik van verschillende perspectieven om data te interpreteren,
- methodologische triangulatie – gebruik van verschillende methodeken.

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van twee van deze vier types triangulatie, te weten data en methodologische triangulatie. Ten eerste wordt data triangulatie toegepast. Dit gebeurt door gebruik te maken van verschillende databronnen, te weten de actieve leden van het project, de potentiële deelnemers van de activiteiten, de deelnemers van de activiteiten en schriftelijke bronnen zoals documenten en verslagen van het project. Ten tweede wordt methodologische triangulatie toegepast. Er worden verschillende methodeken gebruikt, zowel kwalitatieve als kwantitatieve. Tot slot kan in dit onderzoek niet echt gesproken worden van onderzoekers triangulatie. Het onderzoek is namelijk uitgevoerd door één persoon. Wel zijn de resultaten en conclusies in het kader van het onderzoek geverifieerd door betrokken onderzoekers van het Verwey-Jonker Instituut. Zij kunnen gezien worden als onderzoekers die een deel van het project geobserveerd hebben. Een beschrijving, en waar nodig verantwoording voor de gebruikte methoden en databronnen volgt in de volgende subparagrafen. Een overzicht van de methodeken, databronnen / deelnemers per onderzoeksvraag wordt gegeven in tabel 1.

Tabel 1 Methodieken en deelnemers / bronnen opgedeeld in fases van het project.

Methodie	Deelnemers / bronnen	Fase I t/m III <i>Community analyse en conferenties</i>	Fase IV <i>Interventieactiviteiten en lopende activiteiten</i>
Documentanalyse	Notulen en documenten project	X	X
Semi-gestructureerde interviews	12 actieve leden van het project	X	X
Vragenlijst I	21 hulpverleners		X
Vragenlijst II	28 deelnemers bijeenkomst Zorgnetwerk Kaapverdianen R'dam		X
Observatie en participatie	Stuur- en werkgroepbijeenkomsten / interventieactiviteiten		X

3.1.1 Documentanalyse

Het doel van de documentanalyse was zicht krijgen op het proces en de uitkomsten van (de diverse fases van) het project. De databronnen van deze analyse waren alle projectplannen, documenten en de notulen van vergaderingen van het project.

3.1.2 Interviews

Ook zijn in dit onderzoek semi-gestructureerde interviews gehouden. Het doel van deze interviews was het verifiëren van de gegevens uit de documentanalyse en het achterhalen van aanvullende gegevens over de opzet en organisatie van het project. De doelgroep bestond uit 11 informanten. Deze informanten zijn actieve leden van het project; de meeste stuur- en werkgroepleden en twee personen die in mindere mate betrokken zijn geweest bij het project. Van deze informanten hebben drie personen een Kaapverdiaanse achtergrond en is één nauw verbonden bij de gemeenschap. De verdeling man/vrouw is zeven op vijf. Iedere informant die gevraagd is voor deelname aan een interview wilde meewerken. Zie bijlage III voor een overzicht van de informanten.

Het middel dat gebruikt werd bij de interviews was een interviewlijst (zie bijlage IV). Deze lijst bestond voornamelijk uit open vragen en is opgedeeld in fasen. Onderwerpen die aan bod kwamen in de lijst waren: 1) de toepassing van community principes, 2) de uitvoering, 3) de ervaring, 4) de functionaliteit en tot slot 5) aanbevelingen voor andere community interventies. Verschillende bronnen zijn geraadpleegd voor de samenstelling van de lijst, te weten: Verdonk (2003), Ronda (2003), Center for Community Health & Evaluation (2003), NIGZ/SLAG (2003), El Ansari (1999) en Chen en Bliese (2002).

De werkwijze voor het afnemen van de interviews was als volgt. De interviews waren gepland op een tijd en plaats die de te interviewen persoon goed uitkwam. De locatie en omstandigheden moesten de geïnterviewde niet belemmeren om vrijuit te spreken, waardoor een rustige omgeving de voorkeur verdiende. Het interview duurde afhankelijk van de persoon en de beschikbare tijd driekwartier tot twee en een half uur. Het interview werd na toestemming van de respondent op band opgenomen. De gestructureerde vragenlijst deed dienst als geheugensteuntje tijdens de gesprekken. Niet alle vragen kwamen dus naar voren in ieder interview. Wel is geprobeerd de ervaringen van de respondent met het project zo volledig mogelijk in beeld te krijgen in het gesprek. Bij sommige respondenten spitste het gesprek zich vooral toe op hun inbreng en agenda in het project. Bij gesprekken met enkele Kaapverdiaanse respondenten was er sprake van een kleine taalbarrière, die pas bij het afluisteren van de band ontdekt werd.

3.1.3 Vragenlijst I

Op één van de interventieactiviteiten, de bijeenkomst van het Zorgnetwerk Kaapverdianen Rotterdam is een vragenlijst afgenomen. De lijst had tot doel de kwaliteit, de attitude en intentie van de hulpverleners ten opzichte van de bijeenkomst van het Zorgnetwerk Kaapverdianen Rotterdam en de toekomst van het netwerk te inventariseren. De doelgroep van de vragenlijst bestond uit 30 deelnemers van de bijeenkomst. Uiteindelijk hebben 28 personen de vragenlijst ingevuld (respons van 93%). De deelnemers van het Zorgnetwerk konden als volgt omschreven worden. De deelnemers waren formele dan wel informele hulpverleners die direct of indirect te maken hadden met Kaapverdiaanse hulpvragers. Ongeveer de helft van de personen was van Kaapverdiaanse afkomst, de andere helft was niet-Kaapverdiaans. In totaal waren vier mannelijke deelnemers aanwezig. De formele hulpverleners hadden uiteenlopende functies en waren afkomstig van diverse organisaties, zie bijlage V voor een overzicht.

De vragenlijst bestond uit een combinatie van open en gesloten vragen (zie bijlage VI). De gesloten vragen waren voornamelijk in de vorm van een Likertschaal gesteld. De vragenlijst was opgedeeld in twee delen: 1) de bijeenkomst en 2) de toekomst van het zorgnetwerk. De vragen waren voornamelijk gebaseerd op een aantal bronnen. Hierbij ging het om schrijvers en onderzoekers die parameters of procesfactoren van (lokale) zorgnetwerken hebben beschreven of opgesteld. (Schulz, Israël & Lantz, 2003; Kooij & Poodt, 1999 uit Vaandrager, 2000; O'Neill et al, 1994 in Vaandrager, 2000). De vragenlijst is door 8 personen gepre-test en aan de hand daarvan aangepast.

De vragenlijst werd na afloop van de bijeenkomst uitgedeeld, waarna de deelnemers deze ter plekke invulden. De beslissing om de vragenlijst ter plekke in te laten vullen, in plaats van mee te geven naar huis, is op advies van de stuurgroep genomen. De voornaamste reden hiervoor was om de respons hoog te houden. Om de anonimiteit te waarborgen, zijn op de bijeenkomst enkele maatregelen getroffen. De respondenten konden de vragenlijst anoniem invullen en bij het verlaten van de zaal in een gesloten doos deponeren. De deelnemers zaten zeer verspreid over de zaal waardoor iedereen de lijst voor zich kon invullen.

3.1.4 Vragenlijst II

Er is een vooronderzoek gedaan voor het Zorgnetwerk Kaapverdianen Rotterdam. Dit vooronderzoek had als doel te inventariseren welke knelpunten hulpverleners ervaren met Kaapverdianen en hoe zij een Zorgnetwerk Kaapverdianen voor ogen hebben. Dit gebeurde door middel van interviews met 21 respondenten, afgenomen door de drie werkgroepleden die zich bezighielden met de organisatie van het Zorgnetwerk. De 21 respondenten zijn personen die werkzaam zijn bij hulpverlenende instanties in Rotterdam. Bij de interviews stonden een aantal open vragen centraal die verwerkt zijn in een vragenlijst, zie bijlage VII. De werkgroepleden schreven de resultaten van de interviews op deze vragenlijsten. De vragenlijst is tevens in samenspraak met deze werkgroepleden geconstrueerd.

De vragenlijst werd bij de interviews (of liever gezegd gesprekken) gebruikt als geheugensteuntje, voor de structurering van het gesprek, en als middel om de inhoud van de gesprekken over te dragen. In de werkgroep zijn hulpverleners geselecteerd die benaderd zouden worden. Ieder werkgroeplid kreeg een aantal personen of organisaties toegewezen. De gesprekken zijn vaak face-to-face gehouden op een plek waar het de hulpverleners uitkwam. Enkele hulpverleners zijn benaderd per e-mail. De vragenlijst werd naar de hulpverleners gestuurd, waarna deze ingevuld terug kwamen bij het werkgroeplid. Ook is één respondent telefonisch geïnterviewd.

3.1.5 Observatie en participatie

Gedurende de periode van het onderzoek (fase IV) zijn alle georganiseerde vergaderingen / activiteiten binnen het project bijgewoond door de onderzoeker, te weten 3 stuurgroepvergadering, 14 werkgroepvergaderingen, de twee interventieactiviteiten en één van de drie diabetesvoorlichtingsbijeenkomsten in eigen taal. Deze aanwezigheid had vooral in de vergaderingen van de werkgroep een participatieve functie. In alle bijeenkomsten is geobserveerd hoe de groep functioneerde. Dit gebeurde door het maken van niet-gestructureerde aantekeningen.

3.2 Analyse data

Door de hierboven beschreven methodieken zijn gegevens verzameld, die in de loop van het onderzoek zijn uitgewerkt. Deze verzamelde gegevens zijn een aantal omzettingsprocessen ondergaan, zoals Wester (1995) beschrijft. Hij geeft het proces van omzetting als volgt weer. In de analyse van de verzamelde data van een onderzoek, ondergaan de ‘gegevens’ als producten van de waarnemingsfasen een vormverandering door de plaatsing in een analytisch kader. In de loop van het analyseproces ontstaat een bestand, waarin de gegevens moeten worden geordend. (Wester, 1995; 138) De uitleg van Wester (1995) kan worden vertaald naar dit onderzoek, zoals is gedaan in de volgende paragraaf. Bij de vormverandering van de gegevens is het analytische kader van het onderzoek in het achterhoofd gehouden. Dit kader / bestand is in paragraaf 2.4 besproken, zie figuur 7. De leidraad van de ordening is dus de volgende: het doel, procesvariabelen, contextvariabelen en uitkomstvariabelen per fase.

De vormverandering van de gegevens heeft als volgt plaatsgevonden. Bij de verwerking van de data zijn allereerst alle verzamelde gegevens geregistreerd. Van de semi-gestructureerde interviews werden de bandopnames direct na het interview uitgeschreven. Daarnaast zijn de verzamelde documenten in de meest uitgebreide vorm verzameld. De antwoorden beschreven in de vragenlijsten zijn ingevoerd in een Word-bestand om overzicht te krijgen van antwoorden per vraag. Tot slot werden de niet-systematische aantekeningen van observaties van de onderzoeker verzameld. Deze aantekeningen zijn overigens nauwelijks gebruikt als data om conclusies op te baseren. Vervolgens is een selectie gemaakt door middel van een voorlopige analyse van het materiaal bij het zoeken naar ordening en structuur. Daarna zijn de gegevens gecodeerd. Hierbij werd een link gelegd tussen de gegevens en het bovenstaand analytisch kader. De interviews zijn open gecodeerd, wat ongeveer 20 codes opleverde. De codes stonden in relatie met het analytisch kader, en dus de structuur van het verslag. Naast de interviews zijn de vragenlijsten ingevoerd in SPSS, versie 10.0. De data zijn geanalyseerd met behulp van beschrijvende statistiek. Beide analyses zijn gecombineerd met de analyse van de documenten en de observaties. Uiteindelijk zijn alle gegevens die relevant zijn voor het onderzoek in dit bestand opgenomen. Dit bestand van gegevens, gecodeerd volgens de relevante analytische ingangen, vormden de resultaten waaruit de conclusies van het onderzoek getrokken zijn.

4 Resultaten voorbereidings-, inventarisatie- en ontwikkelingsfase

Dit hoofdstuk geeft de resultaten van de evaluatie van fase I, II en III weer. Deze fases betreffen de voorbereidings-, inventarisatie- en ontwikkelingsfase van de interventieactiviteiten. Volgens het plan van Nô's Saúde (Verwey-Jonker Instituut & NIGZ, 2001) wordt per fase beschreven: 1) wat het doel van de fase is, 2) hoe het proces is verlopen, 3) welke contextvariabelen van invloed zijn op de resultaten van de implementatie en ten slotte 4) wat de uitkomst van de fase is, waarbij gekeken wordt of het vooraf gestelde doel is behaald. Het hoofdstuk eindigt met een conclusie van deze drie fasen in de vorm van een schema.

4.1 Voorbereidingsfase (fase I)

4.1.1 Doel voorbereidingsfase

In de voorbereidingsfase werd een review geschreven. Het doel van deze review, dat staat beschreven in het projectplan (Verwey-Jonker Instituut & NIGZ, 2001), is een algemeen beeld vormen van de gezondheidsproblemen in de Kaapverdiaanse gemeenschap. De subdoelen die gesteld zijn in deze fase zijn 1) een overzicht geven van de reeds bestaande informatie over de gezondheidstoestand van Kaapverdianen in Rotterdam en 2) een overzicht geven van de interventies die reeds zijn of worden uitgevoerd.

4.1.2 Proces voorbereidingsfase

Om dit doel te bereiken is een review uitgevoerd door Marcel Pieterse van het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ, afdeling Centrum voor Review & Implementatie, CRIM – nu NIGZ-Centrum voor Kennis en Kwaliteit). In het projectplan is voorzien dat de Afdeling Informatie en Communicatie (I&C) van het Verwey-Jonker Instituut input zou leveren voor de te schrijven review. Een korte search door de gebruikelijke databases van de afdeling I&C bleek echter geen (nieuwe) informatie op te leveren, aldus een medewerker van het Verwey-Jonker Instituut, waarna de review verder volledig door het CRIM is uitgevoerd.

De gedane review is een overzichtstudie, waarin wetenschappelijke bronnen, praktijkervaringen en beleidsvisies en -ontwikkelingen verwerkt zijn. De werkwijze wordt door de onderzoeker aangeduid als ‘quick but not dirty’, waarbij in een aantal maanden gegevens worden verzameld uit verschillende bronnen. In tabel 2 wordt kort uiteengezet welke stappen zijn verricht om alle gegevens voor de review te verzamelen.

Tabel 2 Stappen van de reviewmethode om gegevens te verzamelen voor het project Nô's Saúid Pieterse, 2002)

Stappen van de review methode	Trefwoorden (en aanverwante termen of truncaties)
1. Search op internet via een aantal internationale zoekmachines. 2. Zoektocht naar gegevens en (onderzoeks)publicaties bij Nederlandse instituten in de databestanden en verder bij eventuele links hierin.	Etnische achtergrond, Cabo Verde, Kaapverdië
3. Zoektocht naar internationaal gepubliceerd onderzoek in wetenschappelijke databases met Engelse abstracts. 4. Opvragen van beschikbare rapporten en andere schriftelijke bronnen in Nederland bij diverse organisaties (verkregen via contactpersonen). 5. Internationaal contactleggen met onderzoekers van de Universiteit van Lissabon en een Amerikaanse universiteit.	Cape Verde
6. Zoektocht in wetenschappelijke databases	Migranten, vrouwen, gezondheid en community

In totaal is contact gelegd met vijftientig personen uit praktijk, beleid en onderzoek (zie tabel 3). Met de meesten zijn gesprekken gevoerd, telefonisch of ‘face-to-face’. Enkele deskundigen

zijn per e-mail geraadpleegd. Deze benaderde deskundigen zijn geselecteerd na een eerste oriëntatie op de Kaapverdiaanse gemeenschap, op advies van Stichting Avanço en de GGD Rotterdam, aangevuld met personen genoemd in de successievelijke gesprekken. (Pieterse, 2001) De onderzoeker vond iedereen bereid die hij wilde spreken.

Tabel 3 Organisaties (uit het beleid, de praktijk en het onderzoek) van contactpersonen die zijn geconsulteerd voor het onderzoek van de review (Pieterse, 2002).

Praktijk		Beleid	Onderzoek
<ul style="list-style-type: none"> • Stichting Avanço • Basisberaad GGZ • Delphi Opbouwwerk • Eerste lijn (huisartsen) • GGD Rotterdam e.o. • Humanitas Maatschappelijk Werk 	<ul style="list-style-type: none"> • Igreja Universal • LIZE • Migrantenparochie • SADI 	<ul style="list-style-type: none"> • Deelgemeente Delfshaven 	<ul style="list-style-type: none"> • GGD Rotterdam e.o. • Universidade de Lisboa • Vrije Universiteit

De review zegt zelf ‘een breed beeld van de gezondheid en welzijn van de Kaapverdiaanse gemeenschap in Rotterdam’ te schetsen. Het rapport geeft antwoorden op vijf groepen onderzoeksvragen met ieder een thema; de algemene beschrijving, de gezondheid, de gezondheidsdeterminanten, de determinanten van leefstijlgedragingen en andere factoren, en de interventies. In paragraaf 1.3 van dit verslag werd reeds een samenvatting gegeven van de belangrijkste conclusies en aanbevelingen van de review.

De actieve leden van het project ontvingen de review goed. Uit de notulen van een stuurgroepvergadering blijkt dat leden waardering uitspraken over de review. Hierbij werd vooral de herkenbaarheid van de informatie genoemd (notulen, 10-10-2003). Bij de individuele gesprekken bleek dat de meeste geïnterviewden de review niet direct voor de geest konden halen. Ze hadden hem meestal een jaar geleden voor het laatst gelezen. Het is mogelijk dat hun reacties beïnvloed was door de positieve reactie op de review in de stuurgroepvergadering. De reacties van de actieve leden, verkregen via interviews, liepen uiteen van redelijk tot zeer tevreden. De reacties over de reden van de tevredenheid varieerden van stilistische kenmerken (“simpel en duidelijk taalgebruik” – twee actieve leden), de uitvoering (“alle mogelijke informatie lijkt boven water gehaald” – een projectleider) tot de mate van functionaliteit (“functioneel voor buitenstaanders van de gemeenschap” – een actief lid). Een aantal mensen gaf aan dat de meerwaarde van de review vooral ligt bij het feit dat de bestaande versnipperde informatie is samengevoegd. Negatieve reacties werden niet gegeven. Wel vonden de lokale partijen, Delphi Opbouwwerk, de GGD Rotterdam e.o. en Stichting Avanço, dat het rapport geen nieuwe inzichten of kennis opleverde. Het bevestigde slechts het beeld over de gezondheid en welzijnsituatie van Kaapverdianen in Rotterdam dat ze al hadden. De onderzoeker van de review gaf aan dat hij de werkwijze van het CRIM een goede start van een community programma vindt, omdat het overzicht van en inzicht geeft in de situatie.

Zoals in paragraaf 1.3 beschreven staat, was tijdens het schrijven van de review de stuurgroep van het project samengesteld. Het doel van de stuurgroep was het project aansturen, coördineren, besluiten nemen en draagvlak vormen voor het project. Bij de projectaanvraag zijn het Verwey-Jonker Instituut en het NIGZ actief betrokken geweest. Uit de interviews bleek dat de andere partijen, Stichting Avanço, Delphi Opbouwwerk en de GGD Rotterdam, graag intensiever betrokken hadden willen zijn bij deze aanvraag. In deze fase is ook de afweging gemaakt om het gezondheidsinformatiepunt met het radioprogramma gedeeltelijke te subsidiëren. Uit observatie en interviews bleek dat de voornaamste reden van subsidiëring is de aansluiting bij de huidige situatie. Het radioprogramma leek een belangrijke basis voor de start van het project, evenals het inloopsprek voor en door Kaapverdianen.

4.1.3 Context voorbereidingsfase

Het aanbod van informatie op zowel nationaal als internationaal niveau heeft een rol gespeeld bij het behalen van het doel van de review. Sommige van de stappen uit tabel 3 leverden namelijk minder nuttige informatie op dan andere, aldus de onderzoeker. Vooral de zoektocht naar internationaal gepubliceerd onderzoek over Kaapverdianen in wetenschappelijke databases (stap 3) leverde weinig op. Deze literatuur was nauwelijks voorhanden. Ook liep het zoeken van contact met onderzoekers uit het buitenland (stap 5) nergens op uit, door barrières van contact op afstand. De beide onderzoekers binnen dit project beschrijven de oorzaak als volgt. De Kaapverdiaanse gemeenschap is als migrantengroep lange tijd onderbelicht gebleven. Dit komt mede doordat Kaapverdianen voor een groot deel in Rotterdam geconcentreerd zijn, en daardoor zeer weinig (landelijke) aandacht krijgen. Daarnaast hebben Kaapverdianen de voorkeur problemen binnen de eigen kring op te lossen. De brede zoektocht naar kennis en informatie over (gezondheid van) Kaapverdianen heeft met name weinig onderzoeksgegevens over determinanten van (on)gezondheid en riskant gedrag opgeleverd, beschrijft de onderzoeker in de review. Daarnaast is over de werkzaamheid van vergelijkbare gezondheidsbevorderende interventies, ook internationaal, nauwelijks literatuur voorhanden. Het gevolg hiervan is dat er weinig controleerbare gegevens voorhanden zijn. De review steunt daarom relatief zwaar op kwalitatieve informatie, vooral verkregen via experts en andere informanten. Dit beperkt de generaliseerbaarheid van de uitspraken en de stelligheid waarmee conclusies en aanbevelingen kunnen worden geformuleerd.

4.1.4 Uitkomst voorbereidingsfase

Het doel van de review, een algemeen beeld vormen over de gezondheidsproblemen in de Kaapverdiaanse gemeenschap, is verwezenlijkt. De review geeft een overzicht van de gezondheidstoestand van Kaapverdianen in Rotterdam en een overzicht van interventies die reeds zijn of worden uitgevoerd. Dit overzicht is vooral gestoeld op niet-wetenschappelijke informatie uit documenten en interviews. Het lijkt goed te zijn om oriënterend onderzoek te doen om te weten waar de gemeenschap op dit moment staat ten aanzien van het thema gezondheid. De gebruikte methode van het CRIM wordt echter door de lokale partijen in deze setting “niet de meest activerende en efficiënte” genoemd. Daartegenover staat dat een goed onderbouwd onderzoek nodig leek in het kader van de legitimiteit van het project. De conclusie en aanbevelingen van de review zijn in dit project op verschillende manieren ingezet, zoals hieronder wordt vermeld.

- De review is in zijn geheel gebruikt om het project te legitimeren en inzicht te geven voordat gestart wordt met het project.
- Een opsomming van problemen uit de review is gebruikt bij het formuleren van stellingen voor de discussie in de eerste lokale conferentie (fase III).
- De aanbevelingen van de review zijn gebruikt bij het formuleren van oplossingsrichtingen bij de tweede conferentie (fase III).
- Inzicht te geven aan niet-insiders van de Kaapverdiaanse gemeenschap over het thema gezondheid. De review is daarom naar alle informanten en geïnteresseerden gestuurd (voor zover via interviews bekend ongeveer 60 exemplaren). Voor een groot publiek is na het verschijnen van het rapport een factsheet gemaakt door het CRIM, waarop de meest in het oog springende resultaten kort en bondig zijn weergegeven (Keijsers, 2002-1). Deze factsheet is verspreid in de papieren versie (ongeveer 500) en via internet (aantal onbekend).

4.2 Inventarisatiefase (fase II)

4.2.1 Doel inventarisatiefase

In de inventarisatiefase werd een community report geschreven met daarin de gezondheidsportretten. Het, in het voorstel (Verwey-Jonker Instituut & NIGZ, 2001) beschreven doel van de community analyse is inzicht krijgen in de structuur en cultuur van de Kaapverdiaanse gemeenschap in Rotterdam. De subdoelen van de community analyse zijn: 1) een overzicht krijgen van de bestaande (wijk)voorzieningen en 2) inzicht krijgen in de formele en informele netwerken van de Kaapverdiaanse gemeenschap in Rotterdam. Het doel van de gezondheidsportretten is tweeledig: 1) inzicht krijgen in de gezondheidssituatie van de (individuele) Kaapverdianen en 2) inzicht verschaffen in de opvattingen over gezond leven en (on)beredeneerd gedrag t.a.v. gezondheid.

4.2.2 Proces inventarisatiefase

Om deze doelen te bereiken heeft Marjan de Gruijter van het Verwey-Jonker Instituut op basis van onderzoek een community analyse en enkele gezondheidsportretten gemaakt. Beide zijn in één rapport samengevoegd, genaamd het *Community Report: Kaapverdianen in Rotterdam* (De Gruijter, 2003).

In het onderzoek dat is uitgevoerd in het kader van de community analyse werd eerst de (in)formele sociale infrastructuur van Kaapverdianen in Rotterdam in kaart gebracht. Hieruit kwam naar voren waar en hoe gezonde leefstijlen binnen de Kaapverdiaanse gemeenschap effectief kunnen worden bevorderd en verankerd. De voor dit onderzoek gebruikte informatie is deels afkomstig van het onderzoek dat is uitgevoerd in fase I voor de review. Daarnaast is gebruik gemaakt van beleidsplannen, projectbeschrijvingen en is op een aantal punten aanvullende literatuur gezocht. Ook zijn een vijftal personen binnen de gemeenschap geraadpleegd. (De Gruijter, 2003) Uit de interviews blijkt dat de actieve leden redelijk positief zijn over het onderzoek en enkele actieve leden geven aan dat de onderzoekster die informatie naar boven heeft gehaald die ze kon halen. De aanknopingspunten uit de community analyse voor het project staan vermeld in paragraaf 1.3 van dit verslag.

In het projectplan was voorzien dat binnen de analyse van de structuur en cultuur expliciet werd gezocht naar dragers in de gemeenschap die benaderd konden worden om in het project een actieve rol te gaan spelen. Dit is niet gebeurd, omdat in die periode de stuurgroep met de samenwerkende partijen al in werking was gesteld. In deze groep zaten dragers van het project, waaronder ook personen uit de Kaapverdiaanse gemeenschap. Daarnaast waren er in deze fase nog geen concrete activiteiten waaraan de dragers een bijdrage konden leveren.

Naast de infrastructuur op het gebied van gezond leven, werd ook de manier waarop de gezondheid in de Kaapverdiaanse gemeenschap wordt ervaren onderzocht. In totaal zijn zes Kaapverdianen geïnterviewd, drie mannen en drie vrouwen. Dit wijkt af van het plan dat gezondheidsportretten van vrouwen gemaakt zouden worden. Dit komt door de verschuiving van de doelgroep van Kaapverdiaanse vrouwen naar die van de Kaapverdiaanse gemeenschap in zijn geheel binnen het project. De onderzoekster beschrijft in het rapport dat de werving van de respondenten is verlopen via formele en informele contacten in het kader van dit project. Daarbij is gelet op variatie in kenmerken, zoals leeftijd, sociaal-economische status, werk(loosheid), ziekte / gezondheid, ouderschap, tijdstip van migratie, tweede generatie. De interviews waren breed opgezet en gingen over de (ervaren) gezondheid van de geïnterviewde in hun eigen leefsituatie. Ook opvattingen rondom gezond leven, ziekte en welzijn kwamen aan de orde. In de stuurgroep (10 oktober 2002) zijn de items van de vragenlijst besproken, waarna enkele aanpassingen zijn aangebracht aan de vragenlijst. Uit de interviews werden gezondheids-

portretten geconstrueerd die leden van de Kaapverdiaanse gemeenschap in beeld brengen. (De Gruijter, 2003)

De interviews zijn gepland op een tijd en plaats die de te interviewen persoon goed uitkwam. De locatie en omstandigheden moesten de geïnterviewde niet belemmeren om vrijuit te spreken. Enige privacy, in een rustige omgeving verdiende daarom de voorkeur. Het interview nam ongeveer twee uur in beslag. Er was geen voorgestructureerde vragenlijst, maar wel een lijst met thema's die aan de orde kwamen tijdens het gesprek. Drie interviews zijn gehouden met behulp van een tolk. De tolk vertaalde – daar waar nodig – vraag en antwoord. De andere drie interviews zijn in het Nederlands gehouden. Het uiteindelijke product van het interview, te weten het gezondheidsportret, is aan de geïnterviewde voorgelegd ter accodering. Dit leidde in een aantal gevallen tot het verzoek om gegevens waardoor de persoon in de eigen gemeenschap herkend zou kunnen worden weg te halen. Aan deze verzoeken is gehoor gegeven. (De Gruijter, 2003)

De actieve leden geven aan dat de gezondheidsportretten daadwerkelijk inzicht geven in de gezondheidssituatie van individuele Kaapverdianen en hun opvatting over gezond leven en gezondheidsgedrag. Wel blijken een aantal actieve leden te vinden dat de gezondheidsportretten niet zo veel nieuwe informatie genereren voor het project. Ze fungeerden in dit project vooral als aangrijpingspunten en illustratie om problemen op een goede manier te schetsen. “Het idee ervan is dat je gewone mensen naar hun gezondheid vraagt, niet mensen met speciale problemen. Deze speciale problemen komen dan dus ook niet in beeld.” Dit is waarschijnlijk een van de redenen waardoor de gezondheidsportretten door iemand binnen het project als enigszins teleurstellend worden gezien. “Ze gaven niet zo'n levendig, typerend en aangrijpend beeld als verwacht.”

Op de bijeenkomst van de stuurgroep op 11 december 2002 wordt aangegeven dat het “in de lijn der verwachting ligt dat media, zoals het radioprogramma, het televisieprogramma van Stichting Avanço en eventueel de in ontwikkeling zijnde soap voor Kaapverdiaanse ouderen een rol kunnen en moeten spelen in het verloop van het project”. Hierbij gaat het om bijvoorbeeld bekendheid geven aan het project (en de lokale conferenties), het onder de aandacht brengen van gezondheidsproblemen en mogelijkheden om hier iets aan te doen, het werven van mensen die een rol willen vervullen in het project, etc. Aangegeven wordt dat het community report daarom aandacht moet besteden aan de kansen die er zijn om de (genoemde) een rol te laten spelen.

Het rapport werd uiteindelijk goed ontvangen door de actieve leden van het project, afgezien van de te lange looptijd van het onderzoek. Er werd in de interviews aangegeven dat het rapport goed in elkaar zit. “Het community report sluit goed aan op de review uit de voorgaande fase.” Deze aansluiting bestaat uit het feit dat er goed is doorgegaan op de review, maar dan op een gedetailleerder niveau. Eén van de respondenten gaf aan dat de lay-out van het rapport overzichtelijker had gekund. Schema's of duidelijke opsommingen zouden de leesbaarheid van het rapport vergroten. Lezers zouden dan snel een beeld kunnen vormen waar ze moeten zijn voor wat en bij wie.

4.2.3 Context inventarisatiefase

Een variabele die een rol heeft gespeeld bij het behalen van het doel van de community analyse is de moeilijkheid van het in kaart brengen van de informele sociale infrastructuur, aldus de onderzoekster. Zij merkt op dat deze infrastructuur slechts voor een deel via de gebruikte methode te vinden was. Het bleek lastig om kleine initiatieven op het spoor te komen en te beschrijven. “Als je deze dingen uiteindelijk op het spoor komt, dan is het moeilijk er het juiste gewicht aan toe te kennen: in hoeverre zijn ze belangrijk voor Kaapverdianen?”, aldus de onderzoekster. Vaak is op basis van informatie uit een interview of een schriftelijke bron vaak toch gekozen om dit initiatief op te nemen in het rapport, geeft de onderzoekster aan.

Ook bleek het bereiken van een bepaalde doelgroep bij de gezondheidsportretten een rol te hebben gespeeld bij het behalen van het doel ervan. Het bleek niet mogelijk om interviews te houden met alleenstaande (jonge) moeders die zorg en arbeid combineerden, aldus De Gruijter (2003). Het was de bedoeling om in totaal acht interviews te houden (Verwey-Jonker Instituut & NIGZ, 2001). Na zes interviews is door de stuur- en werkgroep van Nô's Saúde nagegaan hoe de laatste twee interviews zouden kunnen worden ingevuld. Besloten werd om – gezien de uitkomsten van de review en het community report – nog twee interviews te houden met alleenstaande (jonge) moeders die zorg en arbeid combineren. Het is echter niet gelukt om respondenten te werven die bereid of in staat waren mee te werken aan het onderzoek. Als reden noemden de benaderde vrouwen telkens dat zij ‘te druk’ waren. Dit is op zichzelf natuurlijk al een relevant gegeven. Verder lijkt sprake te zijn van aarzeling om expliciet de problemen rondom het combineren van zorg en arbeid te bespreken. Alleenstaand moederschap is in de Kaapverdiaanse gemeenschap geen taboe; wellicht is het bespreken van de moeilijkheden die dit met zich mee kan brengen dat wel. Na de nodige inspanning, ook met hulp van Stichting Avanço, is daarom besloten het bij zes gezondheidsportretten te laten. (De Gruijter, 2003)

4.2.4 Uitkomst inventarisatiefase

Uit het Community Report komt naar voren waar en hoe gezonde leefstijlen binnen de Kaapverdiaanse gemeenschap mogelijk effectief kunnen worden bevorderd en verankerd. De community analyse verschaft een inzicht in de structuur en cultuur van de Kaapverdiaanse gemeenschap in Rotterdam. Daarnaast somt het rapport de vele bestaande voorzieningen op evenals de formele en informele netwerken binnen de gemeenschap. In hoeverre de inzichten en opsommingen compleet en waarheidsgetrouw zijn, daar kan op basis van de onderzoeksgegevens van het evaluatieonderzoek geen uitspraken over worden gedaan. De in het rapport beschreven aanknopingspunten voor de bevordering en verankering van leefstijlen in de gemeenschap zijn deels gebruikt bij de ontwikkeling van de interventies.

De gezondheidsportretten geven inzicht in de gezondheidssituatie van deze individuele Kaapverdianen. Omdat het woordje individueel tussen haakjes staat, is het doel “inzicht krijgen in de gezondheidssituatie van de (individuele) Kaapverdianen”, slechts ten dele behaald. Er kan naar aanleiding van dit onderzoek niet gezegd worden dat daadwerkelijk inzicht is verkregen in de gezondheidssituatie van Kaapverdianen in het algemeen. Daarnaast hadden de portretten ten doel inzicht te verschaffen in opvattingen over gezond leven en (on)beredeneerd gedrag ten aanzien van gezondheid. Bij dit doel is het ook op basis van de onderzoeksgegevens moeilijk om te bepalen of het behaald is. Wel kan gezegd worden dat het resultaat van de portretten gebruikt is als input voor en illustratie bij de sketches, die gemaakt zijn in de lokale conferenties (fase III van het project). De gezondheidsportretten gaven een kwalitatieve aanvulling op de in de review geschetste problemen, in de context van een Kaapverdiaanse persoon.

4.3 Ontwikkelingsfase van interventieactiviteiten (fase III)

4.3.1 Doel ontwikkelingsfase

In deze fase werden twee lokale conferenties georganiseerd. Op basis van deze twee conferenties werd een plan ontwikkeld voor te implementeren interventieactiviteiten. Het projectvoorstel (Verwey-Jonker Instituut & NIGZ, 2001) geven de volgende doelen per onderdeel aan. Het doel van de eerste conferentie is het inventariseren van problemen in de gemeenschap, gezamenlijk met gemeenschapsleden en professionals uit de wijk. De tweede conferentie heeft twee doelen meegekregen: 1) bedenken van concrete maatregelen/activiteiten en 2) commiteren van gezondheidsprofessionals aan de maatregel/activiteit. Tot slot heeft het plan van aanpak interventieactiviteiten tot doel een haalbaar pakket van activiteiten en maatregelen te bedenken.

4.3.2 Proces ontwikkelingsfase

De uitvoering van de conferenties lag in handen van het NIGZ, hoewel alle stuurgroepleden zich inzetten voor de organisatie van de conferenties. Iedereen had bij de organisatie hiervan één of meerdere taken, uiteenlopend van het verzorgen van hapjes en drankjes, de ruimte, de uitnodigingen, de toneelstukjes tot het ontwikkelen van de methodiek voor de discussie. Om de opkomst van de conferenties te verhogen is bij de organisatie geprobeerd een feestelijke sfeer te creëren, met muziek, theater, hapjes, drankjes, een lezing van bekende Kaapverdiaanse arts etc.

Het projectplan van Nô's Saúde beschreef dat het publiek bij de conferenties een mix zou moeten zijn van gemeenschapsleden die variëren naar leeftijd, geslacht, sociaal-economische status en professionals uit de wijk uit de brede sociale infrastructuur. Uit de interviews kwam naar voren dat om deze mix van personen te bereiken via verschillende kanalen een uitnodiging is verstuurd:

- er zijn officiële geschreven uitnodigingen verstuurd (100 voor de 1e en 120 voor de 2e conferentie)⁵,
- er hingen flyers voor de conferenties bij Stichting Avanço,
- er heeft een advertentie gestaan in de buurtkrant 'Middellander' van de wijk Middelland,
- de conferenties zijn twee keer genoemd in de nieuwsbrief van Stichting Avanço,
- de boodschap is verspreid via persoonlijke contacten van de actieve leden van het project.

Bij deze laatste twee kanalen bleek een moeilijkheid te bestaan bij het inviteren van leden van de gemeenschap. Ten eerste was niet voor iedereen die inviteerde duidelijk wat het doel was van de conferenties. Daarnaast was het programma van de middag niet bekend bij ieder actief lid. Hierdoor werd de uitnodiging soms als 'vaag' omschreven door de uiteindelijke doelgroep. Dat bleek uit de interviews met enkele informanten die dit vernamen uit hun omgeving. De persoonlijke contacten hebben bij de eerste bijeenkomst vooral geleid tot deelname van actieve Kaapverdianen, aldus enkele informanten.

De officiële uitnodigingen die per post zijn verstuurd, leken bij de eerste bijeenkomst weinig respons te hebben, aldus de organisator. De reden hiervoor is niet eenduidig te noemen. Iemand geeft aan dat het doel van de bijeenkomst niet duidelijk was beschreven in de uitnodiging. Daarnaast werd het (late) tijdstip van de verstuurd uitnodigingen als belemmerende factor genoemd. Ook bleek verwarring te zijn ontstaan over de afzender, doordat de uitnodiging was gedrukt op briefpapier van één van de deelnemende organisaties. Naar aanleiding van deze verwarring is bij de uitnodiging van de tweede conferentie neutraal briefpapier gebruikt, blijkt uit de notulen van een stuurgroepvergadering, die in de dagen na de eerste conferentie was georganiseerd.

Het deelnemersaantal aan de conferenties was ongeveer gelijk; op de eerste conferentie waren er tweeëndertig personen, op de tweede conferentie vierendertig, aldus een organiserend stuurgroep lid. Uit interviews bleek dat de eerste bijeenkomst meer Kaapverdiaanse gemeenschapsleden trok dan (al dan niet Kaapverdiaanse) professionals of para-professionals (uit de zorgsector, welzijnssector, zelforganisaties etc). Op de tweede bijeenkomst waren daarentegen voornamelijk professionals en para-professionals. Op beide conferenties namen bijna geen professionals deel uit de eerste lijn van de zorg, aldus een stuurgroep lid.

De eerste lokale conferenties

De eerste conferentie werd georganiseerd op donderdag 20 maart 2003 (18.00-22.00 uur) in een zaal bij Stichting Avanço. De deelnemers kregen na een introductie over het project Nô's Saúde, gezamenlijk naar sketches die werden opgevoerd door het Kaapverdiaanse jongerentheater 100%

⁵ De officieel uitgenodigde gasten zijn contacten van de actieve leden, die zijn verzameld in het kader van deze lokale conferenties. De lijst is bij de tweede bijeenkomst aangevuld met 20 extra contacten.

CABO (zie bijlage VIII). Thema's die voortkwamen uit de gezondheidsporetten van het Community Report (De Gruijter, 2002) vormden de input van de vier korte toneelstukjes. Marjan de Gruijter gaf een toelichting bij de sketches. De sketches werden goed ontvangen door het publiek. "De sketches waren hilarisch!", aldus een stuurgroep lid. "Heel herkenbaar!" zegt een Kaapverdiaans werkgroep lid. De video van de conferentie geeft een beeld van de positieve reacties en lachsalvo's naar aanleiding van de sketches. De schrijfster van de gezondheidsporetten spreekt waardering uit over de manier waarop de stukjes tot stand kwamen. "Het is hierbij goed gelukt om op basis van redelijk summere informatie abstracte noties (als sociale zekerheid, tienerzwangerschap, etc.) in iets heel herkenbaars voor de Kaapverdiaanse gemeenschap om te zetten." Toneel als middel om heikele onderwerpen in te leiden werd eenduidig als positief beoordeeld door de actieve leden van het project.

Na de sketches met de deelnemers is een discussie (op)gestart met behulp van de Gibsonmethode. De methode werkte als volgt. Het doel van de discussie was prioriteit te leggen bij de problemen in de gemeenschap door de aanwezigen. Aan de hand van de review en het Community Report waren door het NIGZ in samenwerking met de stuurgroep vooraf 25 stellingen geformuleerd. Elke stelling schetste een probleem in de vorm van een oplossingsrichting. Deze stellingen stonden op kaartjes en lagen op een tafel in het midden van de zaal. De deelnemers kozen stellingen waar ze het heel sterk mee eens of oneens waren. Uiteindelijk bleven de stellingen over waarvan er zowel voor- als tegenstanders waren. Hieruit volgde discussie over de (diverse kanten van de) problemen. Deze discussie werd geleid door de zowel Nederlands als Kaapverdiaans sprekende dagvoorzitster. Voor een uitgebreide uitleg over de Gibsonmethode, zie bijlage IX. De volgende stellingen riepen (soms een heftige⁶) discussie op:

- "Nederlandse artsen hebben geen kennis van de gezondheidssituatie van Kaapverdianen." EN "Alleen Kaapverdiaanse hulpverleners kunnen Kaapverdianen écht begrijpen en helpen bij psychische problemen."
- "Kaapverdianen zoeken liever hulp bij traditionele genezers."
- "Kaapverdiaanse jongens en meisjes denken niet na over de gevolgen van onveilig vrijen."
- "Opvoedingsproblemen en problemen op school ontstaan doordat veel Kaapverdiaanse kinderen 'sleutelkinderen' zijn (kinderen die na school thuiskomen in een huis waar geen toezicht van een volwassene is)."
- "Kaapverdiaanse mannen zijn niet geëmancipeerd" EN "Kaapverdiaanse mannen zijn niet voldoende betrokken bij de opvoeding van hun kinderen."

De gebruikte Gibsonmethode om discussie op te wekken werd zeer verschillend beoordeeld door de actieve leden. De leden die actief hebben meegewerkt aan de organisatie hiervan waren zeer enthousiast over de werking van deze methode, bleek uit de interviews. Eén van de redenen voor de tevredenheid die werd aangegeven was dat de aanwezigen goed snaptten wat de bedoeling was en zich daardoor niet geremd voelden doordat anderen van de gemeenschap meekeken. Benadrukt wordt dat goede uitleg van de op het eerste gezicht ingewikkelde methode hiertoe bijdroeg. De lokale partijen nuanceerde dit enthousiasme echter, vooral doordat de methode niet goed aansluit bij de doelgroep en de karakteristieken van de doelgroep. Alhoewel het interactieve proces met de stellingen een leuke vorm was, bestond een onoverkomelijke barrière bij de doelgroep, namelijk die van begrijpend lezen. De schriftelijke stellingen waren moeilijk te begrijpen voor groep deelnemers, die de Nederlandse taal niet goed beheerst. Een Kaapverdiaanse persoon gaf aan dat hij op de bijeenkomst zag dat vele deelnemers zich hierdoor geremd voelden in de discussie.

Uit de discussie (zie bijlage X) zijn uiteindelijk drie soorten problemen naar voren gekomen die volgens de aanwezigen het meest prioriteit verdienen:

⁶ De heftige discussie was te zien op de videoband van de bijeenkomst.

- Toegang tot de zorg
- Generatieproblematiek / Opvoedingsondersteuning⁷
- Tienermoeders / abortussen, veilig vrijen, zelfstandigheid (soa/aids).

In de discussie kwamen enkele oplossingsrichtingen aan bod. Het NIGZ herformuleerde die na de conferentie tot uit te voeren concrete activiteiten. Ze werden daarna goedgekeurd in de stuurgroep. Deze beschreven activiteiten vormden de input voor de discussie op de tweede conferenties.

De tweede lokale conferentie

De tweede conferenties werd enkele weken later georganiseerd op 14 april 2003 (18.00-22.00 uur) in dezelfde setting. Ter inleiding op de conferentie vertelde een Kaapverdiaanse arts de heer Do Rosario de aanwezigen over zijn werk rond de bestrijding van de ziekte AIDS in Kaapverdië. Vervolgens vertelde één van de projectleiders, Joop ten Dam van het NIGZ, kort iets over het project en de vorige conferentie. Hij besprak het doel van deze bijeenkomst, waarbij hij benadrukte dat het belangrijk is dat we op de continuïteit van de te bedenken maatregelen letten. “We kunnen niet zomaar iets beginnen.” Hij geeft aan dat in de bijeenkomst wordt gekeken naar wie de maatregelen kan gaan uitvoeren.

Na de uitleg van het doel van de bijeenkomst, werd door dezelfde projectleider een zestiental mogelijke interventieactiviteiten gepresenteerd, die vooraf waren bedacht, zoals hierboven beschreven. Deze maatregelen waren opgedeeld in de drie thema's: 1) toegang tot de zorg, 2) generatieproblematiek / opvoedingsondersteuning en 3) tienermoeders / abortussen, veilig vrijen, zelfstandigheid (soa/aids) De deelnemers moesten zich opsplitsen in drie groepen. Iedere persoon mocht het onderwerp kiezen waar zijn of haar voorkeur lag. Het plan binnen de groepjes luidde als volgt: bespreek per maatregel het resultaat, de haalbaarheid, de termijn en de verantwoordelijke personen / organisatie(s) hiervoor. Voor een uitgebreide beschrijving van de werkwijze en maatregelen, zie bijlage XI.

Na de discussie in de groepen eindigt de conferenties met een plenaire bijeenkomst. Hieruit kwam, volgens het verslag van de tweede bijeenkomst, naar voren dat de volgende drie maatregelen door de deelnemers zijn uitgekozen als prioriteit:

- Opvoedcursussen aanbieden aan ouders.
- Hulploket in de wijk opzetten in samenwerking met maatschappelijk werk om verwijzing naar de juiste zorginstanties te faciliteren.
- Vergroten van het zelfsturende vermogen van meiden.”

De bijeenkomst werd afgesloten met de boodschap dat deze drie maatregelen verder worden uitgewerkt door het NIGZ. In dit stadium werd geen appel gedaan op deelnemers of partijen om te committeren aan de voorstellen. Dit stond wel in het plan vermeld. Hier waren twee redenen voor. Uit de interviews komt naar voren dat de plannen enerzijds nog niet concreet genoeg waren in dit stadium. Daarnaast waren weinig leden van de Kaapverdiaanse gemeenschap aanwezig.

De tweede conferentie werd door de meeste actieve leden niet heel enthousiast beoordeeld, alhoewel sommigen positief waren. Iedereen uitte wel enige kritiek op één van de onderdelen van de conferentie. In één groep bleef de discussie oppervlakkig alhoewel de discussie op zich goed op gang was. Dit kwam voornamelijk doordat in deze groep slechts één Kaapverdiaan zat. De ander gaf aan dat de mogelijke maatregelen dichtgetimmerd waren, waardoor initiatief van de deelnemers zelf ontbrak. Een derde gaf aan dat de conferentie erg omslachtig was, waardoor het

⁷ Het ging hierbij om twee losstaande thema's die in een later stadium zijn samengevoegd.

leek of de discussie die in de stuurgroep over het onderwerp gehouden was min of meer herhaald werd. Daar staat tegenover dat enkele informanten het succesvol vonden. Ook wordt positief gesproken over het feit dat zeer concrete plannen werden besproken in de discussie, waardoor de discussie niet bleef hangen in abstractie.

Plan van aanpak interventieactiviteiten

Na de conferenties is het plan van aanpak voor de interventieactiviteiten (NIGZ, 2003) geschreven. Dit plan geeft de overgang van ideeën en mogelijkheden die uit de conferenties naar voren kwamen weer in een concreet plan voor de interventieactiviteiten. Het schrijven en ontwikkelen van het plan kostte meer tijd en inspanning dan vooraf werd verwacht, bleek uit de interviews. De ideeën moesten vertaald worden naar een concreet voorstel dat aan, door de schrijfster van het plan van aanpak zelf ten doel gestelde, drie criteria moest voldoen. Ten eerste moesten de activiteiten haalbaar zijn, qua tijd en geld. Ten tweede moesten zij op korte termijn resultaat opleveren. Tot slot moesten alle partijen zich erin kunnen vinden. Volgens de schrijfster van het voorstel gaven vooral de eerste twee punten moeilijkheden, omdat er relatief weinig tijd en geld over was voor de uitvoering van de activiteiten. Doordat dit proces lang duurde bleek het moeilijk om de dynamiek van het project te behouden. Het plan heeft als kern het organiseren van twee activiteiten om twee (gezondheids)problemen te verminderen. Doelbeschrijving zie paragraaf 1.3 en uitgebreider verslag van implementatie in het volgende hoofdstuk.

- Een zorgoverleg / netwerk om de toegankelijkheid van Kaapverdianen tot de zorg te verbeteren.
Een netwerk zijn van verschillende informele hulpverleners / vertrouwenspersonen en de professionele hulpverleners die werken aan het verbeteren van de gezondheidssituatie van Kaapverdiaanse bewoners.
- Een (voorlichtings-)video over generatie- en opvoedingsproblematiek om een dialoog over opvoeding en generatieconflicten tot stand te brengen.
Een video die generatie- en opvoedingsproblemen van Kaapverdianen in beeld brengt en in het kader van deze interventie wordt gemaakt. Deze video dient als instrument om jongeren en ouderen te stimuleren een dialoog aan te gaan over onderlinge conflicten en onbegrip met betrekking tot opvoedingsthema's en samen na te denken over mogelijke oplossingen voor deze conflicten.

4.3.3 Context ontwikkelingsfase

Op beide bijeenkomsten waren niet dezelfde mensen aanwezig, wat de continuïteit van de discussie niet bevorderde. Ten eerste was de mix tussen jonge en oudere Kaapverdianen op de eerste bijeenkomst niet gelijk. Veel jongeren zijn in de pauze weg gegaan, omdat er een voetbalwedstrijd was gepland die avond. Hierdoor deed deze doelgroep niet mee aan de discussie, waardoor deze op sommige punten eenzijdig bleef. Ten tweede waren veel professionals die op de tweede conferentie aanwezig waren niet op de eerste conferentie geweest. Dit leidde ertoe dat zij soms graag hun mening kwijt wilden over de 'geconstateerde problemen' die in de eerste bijeenkomst al aan bod waren gekomen.

Daarnaast wordt de manier van consultatie, het organiseren van conferenties, door enkele stuurgroepleden kritisch bekeken. De conferenties dienen in het project als gelegenheid voor inspraak in het project aan de gemeenschap. Zij geven aan dat deze vorm, het organiseren van een 'officiële' bijeenkomst niet de realiteit van de mensen ligt waarvoor het project bestemd is, de Kaapverdiaanse gemeenschap benaderd. Ten eerste zijn conferenties vrij formeel en verbaal. Het formuleren van meningen en discussiëren in een grote groep is voor veel mensen uit de gemeenschap moeilijk, afgezien van de taalbarrière die bestaat. Daarbij zijn er in de Kaapverdiaanse gemeenschap ook nog allerlei tegenstellingen, zoals de afkomst per eiland, de politieke voorkeuren etc. Deze tegenstellingen lijken het discussiëren in een dergelijke setting te

bemoelijkken. Tot slot geeft een sleutelfiguur aan dat de Kaapverdianen er niet van houden om hun vuile was buiten te hangen en over vele onderwerpen schaamte hebben. Door mensen voor te bereiden op een conferentie zou de drempel voor de conferenties in ieder geval lager kunnen maken. Mensen formuleren vaak pas hun mening als hierover een soort van debat bestaat binnen de gemeenschap. De conferenties leken ‘uit het niets’ te komen, volgens de sleutelfiguur. “Zij zijn niet ingeleid in de gemeenschap door minder officiële en meer toegankelijke kanalen.”

4.3.4 Uitkomst ontwikkelingsfase

De fase van ontwikkeling van interventies had drie doelen, te weten, 1) het inventariseren van problemen in de gemeenschap, gezamenlijk met gemeenschapsleden en professionals uit de wijk, 2) het bedenken van concrete activiteiten en committeren van gezondheidsprofessionals aan de activiteiten en 3) het bedenken van een haalbaar pakket van activiteiten en maatregelen. Het eerste doel is behaald door met 32 deelnemers, de uit onderzoek naar voren gekomen problemen te prioriteren. De discussie op de bijeenkomst vormde voldoende input voor de tweede conferentie. Het tweede doel is deels behaald. Er is met 34 deelnemers (opgedeeld in vier groepen) gesproken over vooraf bedachte concrete activiteiten. Het committeren van gezondheidsprofessionals aan de activiteiten was op de conferenties geen doel meer, 1) omdat de plannen nog niet concreet genoeg om in dit stadium en 2) omdat er slechts enkele leden van de Kaapverdiaanse gemeenschap aanwezig waren. Op de bijeenkomst is besproken welke richting het project het beste in kan gaan, aan de hand van gesprekken met de deelnemers. Vervolgens is een plan gemaakt door het NIGZ, dat enkele keren is voorgelegd aan de stuurgroep. De haalbaarheid van het pakket van activiteiten wordt in de eindconclusie (hoofdstuk 6) besproken. Dat kan getoetst worden op de drie criteria die zijn geformuleerd door de schrijvers van het plan: 1) de haalbaarheid qua tijd en geld, 2) resultaatgericht op korte termijn en 3) in overeenstemming met alle partijen.

4.4 Conclusie voorbereidings-, inventarisatie- en ontwikkelingsfase

De conclusies van de eerste drie fases zijn in tabel 4 te vinden. De conclusies zijn opgedeeld in verschillende onderdelen, te weten de review en inventarisatie sociale infrastructuur, de gezondheidsportretten, de conferenties en het plan van aanpak interventieactiviteiten. Deze onderdelen zijn projectonderdelen uit het conceptueel raamwerk van dit onderzoek (zie paragraaf 2.4). Een algemene beschouwing van deze conclusies zijn te vinden in hoofdstuk 6.

Tabel 4 *Beknopt beschreven successen en knelpunten van onderdelen uit de eerste drie fasen van het project.*

	Successen	Knelpunten
Review en inventarisatie sociale infrastructuur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inzicht verschaft in de situatie van Kaapverdianen omtrent het thema gezondheid. ▪ Goed overzicht van de infrastructuur van de gemeenschap aan niet-insiders. ▪ Het op een rij zetten van gegeven waar de gemeenschap op dat moment met een bepaald thema staat is een goede basis voor de start van een project. ▪ Aanbevelingen van de gedane onderzoeken werden meerdere malen meegenomen bij het opstellen van plannen en randvoorwaarden van toekomstige activiteiten. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gegevens uit de review zijn bij professionals binnen de gemeenschap veelal bekend. ▪ Het onderzoek had meer kunnen inspelen op de conferenties die dan eerder in het traject georganiseerd hadden moeten worden. ▪ Beide onderzoeken overlappen elkaar deels. ▪ Participatie was in deze fases beperkt tot consultatie van gemeenschapsleden en professionals door interviews. ▪ De onderzoeksmethoden waren niet erg activerend voor gemeenschapsleden of professionals uit de wijk. ▪ De aanbevelingen omtrent het gebruik van media en aansluiting bij lopende initiatieven uit het onderzoek zijn slechts deels opgevolgd in het project. ▪ Voorbereidings- en inventarisatiefase is te lang ten opzichte van de gehele projectduur. Tevens duurde het onderzoek langer dan gepland.
Gezondheidsportretten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De sketches die zijn gemaakt op basis van de thema's uit de portretten worden zeer enthousiast ontvangen door de doelgroep en het projectteam. ▪ De portretten vormen een kwalitatieve aanvulling op de review. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Het onderzoek was vrij tijds-intensief. ▪ Het bleek niet mogelijk om interviews te houden met alleenstaande (jonge) moeder die zorg en arbeid combineerden.
Conferenties	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De conferenties gaven gemeenschapsleden de gelegenheid mee te denken over aan te pakken (gezondheids)problemen en oplossingsrichtingen. ▪ Op de twee conferenties waren 32 en 34 deelnemers aanwezig. ▪ De eerste conferentie leverde een korte lijst problemen op die door de aanwezigen werden geprioriteerd als aan te pakken probleem. ▪ De tweede conferenties leverde een drietal te nemen maatregelen en/of te organiseren activiteiten op die door de aanwezigen werden geprioriteerd om te nemen/organiseren. ▪ De discussie in de tweede conferentie bleef niet hangen in abstractie, maar er werden concrete voorstellen besproken, mede door de gebruikte methode. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Het organiseren van 'officiële' conferenties lijkt niet helemaal aan te sluiten bij de leefwereld van de meeste Kaapverdianen, omdat conferenties vrij formeel en verbaal zijn. Het formuleren van meningen en discussiëren in een grote groep is voor veel mensen uit de gemeenschap moeilijk, nog afgezien van de taalbarrière die bestaat en allerlei tegenstellingen binnen de gemeenschap, zoals de afkomst per eiland, de politieke voorkeuren, etc. ▪ De Gibson-methode uit de eerste bijeenkomst om discussie op te wekken was ook vrij verbaal. ▪ De geprioriteerde deelproblemen waren nog vrij algemeen, en zijn niet opgedeeld in deelproblemen die bij een evaluatie gemeten kunnen worden. ▪ Gemeenschapsleden of professionals zijn in de tweede conferentie niet benaderd om mee te werken aan het opzetten/organiseren van geprioriteerde activiteiten.
Plan van aanpak interventie-activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Een globaal plan van aanpak is gemaakt voor twee interventieactiviteiten, te weten het thema 'toegankelijkheid van Kaapverdianen naar de zorg' en 'de vermindering van de generatie- / opvoedingsproblematiek'. ▪ Dit plan is gemaakt aan de hand van bovenstaande activiteiten. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De uiteindelijke activiteiten die zijn geformuleerd in het plan wijken licht af van de in de tweede conferentie geprioriteerde activiteiten

5 Resultaten implementatiefase

Dit hoofdstuk geeft de resultaten van de evaluatie van fase IV weer. Deze fase behelst de georganiseerde interventieactiviteiten, de eerste bijeenkomst van het Zorgnetwerk Kaapverdianen Rotterdam en het maken van de (voorlichtings-)video over generatieproblematiek en opvoeding. Daarnaast bespreekt dit hoofdstuk de resultaten over het verloop van de lopende activiteiten (die zijn gefinancierd in het kader van het project Nô's Saúde). Deze fase startte bij aanvang van dit onderzoek. In dit hoofdstuk wordt net als in het voorgaande hoofdstuk per fase beschreven: 1) wat is het doel van de fase / de activiteit, 2) hoe is het proces verlopen, 3) welke contextvariabelen zijn van invloed op de resultaten van de implementatie en ten slotte 4) wat wordt de uitkomst van de fase, waarbij gekeken wordt of het vooraf gestelde doel is behaald. Het hoofdstuk eindigt met een conclusie van deze fase in de vorm van een tabel.

5.1 Interventie algemeen

Het plan (Verwey-Jonker Instituut & NIGZ, 2001) beschrijft enkele algemene doelen voor de implementatiefase. Deze doelen zijn driedelig:

- Vrouwen activeren tot gezonde gedragingen door middel van de *Lensmethode (Attema, 1991)*, *levensgeschiedenissen (Spierings, 1996)* en *reminiscentie (Prakken, 2001)*.
- Participatie van vrouwen in het uitdragen van gezonde gedragingen in hun gemeenschap.⁸
- De activiteiten zijn 'bottom-up'.^{7,9}

Deze doelen moesten worden bereikt door het implementeren van de interventies. In dit hoofdstuk worden eerst de activiteiten in het kader van het opzetten van het Zorgnetwerk Kaapverdianen Rotterdam besproken. Vervolgens komen de activiteiten in het kader van de (voorlichtings-)video over generatieproblematiek en opvoeding aan bod. In de conclusie van dit hoofdstuk wordt teruggekomen op bovenstaande doelen van de interventie in het algemeen.

5.2 Interventieactiviteit I: Zorgnetwerk Kaapverdianen Rotterdam

5.2.1 Doel Zorgnetwerk Kaapverdianen

De eerste interventieactiviteit is het opzetten van een Zorgnetwerk Kaapverdianen Rotterdam. Het plan van aanpak voor de interventieactiviteiten (NIGZ, 2003) beschrijft doelen op lange en korte termijn. Het doel op lange termijn is het versterken van communicatie, dialoog en samenwerking tussen informele hulpverleners/vertrouwenspersonen en professionele hulpverleners betreffende de gezondheidssituatie van Kaapverdiaanse bewoners en de factoren die daarop van invloed zijn ten einde de toegang tot de zorg en de gezondheidssituatie voor Kaapverdianen in Rotterdam te verbeteren. De interventie heeft drie doelen op korte termijn, te weten 1) starten na toetsing van haalbaarheid van de activiteit, 2) een plan maken met ideeën rondom het opzetten en functioneren van het netwerk en 3) plannen voorleggen aan de potentiële deelnemers van het Zorgnetwerk Kaapverdianen, waardoor inspraak kan worden gegeven in de opzet en vormgeving van het netwerk.

⁸ De onderste twee doelen zijn tevens een middel om het eerste doel te verwezenlijken.

⁹ Bottom-up is een begrip dat veel wordt gebruikt bij de community benadering. Luijpers & Keijsers (2004-2) beschrijven de bottom-up benadering als volgt: "met bewoners, professionals en andere belanghebbenden in de wijk samenwerken aan wat zij als probleem ervaren. Uitgangspunt is dat de doelgroep betrokken is bij vaststelling van probleem, doelen en wenselijke activiteiten en dat niet alleen instanties de agenda' bepalen."

5.2.2 Proces Zorgnetwerk Kaapverdianen

In het kader van het opzetten van het Zorgnetwerk Kaapverdianen werd de werkgroep in werking gesteld. Zoals in paragraaf 1.3 is vermeld, bestond deze werkgroep uit één medewerker van de GGD Rotterdam e.o., één medewerker van Stichting Avanço en één medewerker van Delphi Opbouwwerk. Allen waren van Kaapverdiaanse afkomst of vertegenwoordigde de Kaapverdiaanse gemeenschap. De werkgroep werd gecoördineerd door een medewerker van het NIGZ. Deze laatstgenoemde persoon was eerder werkzaam bij Delphi Opbouwwerk en participeerde gedurende de projectperiode van Nô's Saúde. De vergaderingen van de werkgroep werd een enkele keer bijgewoond door een belangstellende die werd uitgenodigd voor de vergadering. Hierbij ging het om personen die geïnteresseerd waren in het project in het kader van hun eigen werkzaamheden, bleek uit observaties. Het ging hier voornamelijk om 'netwerken'. De laatste weken hielp een vrijwilliger van Stichting Avanço bij de organisatie van de bijeenkomst van het zorgoverleg. De werkgroep heeft veertien keer vergaderd. Op deze bijeenkomsten waren bijna altijd alle werkgroepleden van het zorgoverleg aanwezig. De stuurgroep was bewust nauwelijks betrokken geweest bij de uitvoering van de activiteiten, bleek uit interviews. Zij zijn in die tijd weinig bij elkaar gekomen. Hieronder wordt per stap beschreven hoe het proces verliep. De meeste informatie is verkregen op basis van observatie en participatie, mits anders vermeld.

Sociale kaart

De eerste stap die de werkgroep ondernam, was het verzamelen van informatie voor de 'sociale kaart'. De sociale kaart is een lijst met adressen van organisaties die een bijdrage kunnen leveren aan het bevorderen van de gezondheid van Kaapverdianen. Op de lijst staat bij iedere organisatie de openingstijden vermeld, evenals de Kaapverdiaans / Portugees sprekende contactpersoon binnen de organisatie. Het boekje *Êndereços Úteis*, een adressengids voor Kaapverdianen, vormde de grootste bron voor de sociale kaart. Daarnaast werden contactpersonen en organisaties die bekend waren bij de werkgroepleden aan de lijst toegevoegd. Het verzamelen van deze informatie was de start van het creëren van het netwerk. Personen van organisaties werden op deze manier op de hoogte gebracht van het initiatief.

Vooronderzoek

Na het verzamelen van deze informatie is een selectie gemaakt van organisaties en / of personen die benaderd zouden worden voor een persoonlijk gesprek, een soort van interview. Uit observaties bleek het doel van het interview een vooronderzoek te zijn. Ook konden potentiële deelnemers direct kennismaken met de initiatiefnemers van een eventueel zorgnetwerk. De volgende punten kwamen in de gesprekken naar voren; of hulpverleners barrières ervaren bij de hulpverlening met Kaapverdianen, zo ja welke, welke oplossingen de hulpverleners hiervoor dachten te hebben en in welke vorm een eventueel netwerk voor hen nuttig kan zijn. Hulpmiddel bij het structureren en overdragen van de gesprekken was vragenlijst II (zie paragraaf 3.1.4).

De gesprekken verliepen vaak goed tot zeer goed, bleek uit analyse van data uit vragenlijst II. Slechts een enkel gesprek verliep minder prettig, doordat de persoon geen tijd had of niet de juiste persoon was voor dit gesprek over dit onderwerp. De ingevulde vragenlijsten, met toelichting van de werkgroepleden gaven een beeld van waar hulpverleners tegenaan lopen, of zij behoefte hebben aan een netwerk voor hulpverleners die te maken hebben met Kaapverdiaanse cliënten en wat zij verwachtten van de voorgestelde vormgeving van een netwerk. De uitgebreide resultaten van de gesprekken zijn in bijlage XII te lezen. Een korte conclusie wordt hieronder weergegeven.

Uit de gesprekken bleek dat de meeste hulpverleners (kleine dan wel grotere) barrières ondervonden bij de hulpverlening aan Kaapverdianen. Bij niet-Kaapverdiaanse hulpverleners

bestaat deze barrière voornamelijk uit de taalbarrière en het gebrek aan kennis over culturele achtergrond. De Kaapverdiaanse hulpverleners ervaren deze barrières niet of in mindere mate. Zij worden soms geconfronteerd met een andere barrière, en wel die van de hechtheid van de gemeenschap. Vertrouwelikheden van de professionele hulpverlener speelt hierdoor een grote rol bij de hulpverlening van Kaapverdiaanse cliënten. Daarnaast zijn er een aantal andere problemen die hulpverleners in het algemeen ervaren, zoals bijvoorbeeld het feit dat Kaapverdiaanse cliënten soms lang wachten bij het zoeken van hulp. Hierdoor komen zij met opeengestapelde problemen bij een hulpverlener. Daarnaast is de eerste en gedeeltelijk tweede generatie Kaapverdianen moeilijk bereikbaar bij actieve hulpverlening. De hulpverleners gaven enkele mogelijke oplossingen aan om deze barrières te voorkomen. Ten eerste: contact zoeken met de Kaapverdiaanse gemeenschap, bijvoorbeeld door Kaapverdiaanse professionals in te zetten, of door een tolk in te schakelen. Ten tweede werd aangegeven dat geïnvesteerd kon worden in hulpverleners, bijvoorbeeld door scholing of presentaties. Tot slot werd aangegeven dat er naast een aanpak voor hulpverleners ook gedacht kon worden aan voorlichting aan de doelgroep Kaapverdianen over verschillende instanties, etc.

De meeste hulpverleners gaven aan dat zij een Zorgnetwerk Kaapverdianen nuttig zouden vinden. De volgende doelen van het netwerk werden omschreven: ervaring en kennis uitwisselen, problemen signaleren, fungeren als vraagbaak / kenniscentrum en contact waardoor makkelijker kan worden doorverwezen naar elkaar. Wel moet het netwerk volgens de hulpverleners aan een aantal voorwaarden voldoen. Het moet een goede continuïteit hebben, het moet bekend zijn bij alle hulpverleners en er moet een gezamenlijke intentie bestaan onder de deelnemers, en eventueel ook de organisatie waar de deelnemer werkzaam zijn.

Voorstel zorgnetwerk

Naar aanleiding van dit vooronderzoek en besprekingen binnen de werkgroep is een voorstel gemaakt voor het netwerk. In onderstaand kader staan de kernpunten van het beschreven plan.

Voorstel Zorgnetwerk Kaapverdianen Rotterdam

- *Naam:* Zorgnetwerk Kaapverdianen Rotterdam
- *Deelnemers:* personen en organisaties die – al dan niet als beroep – hulp verlenen aan Kaapverdiaanse bewoners in Rotterdam.
- *Schaal:* heel Rotterdam
- *Frequentie:* 3 à 4 keer per jaar
- *Functies:* signaleren, bemiddelen, onderlinge consultatie, gerichte doorverwijzing, bevorderen communicatie afstemming en deskundigheid (doen) opzetten van nieuwe activiteiten, projecten, voorzieningen of diensten die het welzijn van Kaapverdianen in Rotterdam verbeteren.
- De coördinatiegroep neemt verantwoording voor het organiseren van de bijeenkomst. De coördinatiegroep bestaat voorlopig uit Stichting Avanço, GGD Rotterdam e.o en Delphi Opbouwwerk.
- Het is belangrijk dat deelnemers aan het Zorgnetwerk enthousiast zijn en zich inzetten voor de activiteiten van het netwerk.

Eerste bijeenkomst Zorgnetwerk Kaapverdianen Rotterdam

Na het opstellen van dit plan zijn de uitnodigingen verstuurd. In eerste instantie werden de 21 geïnterviewde hulpverleners uitgenodigd, aangevuld met ongeveer 9 contacten van werkgroepleden. Deze uitnodiging werd per e-mail twee weken voor de bijeenkomst verstuurd. Daarna werd in de werkgroep besloten de uitnodiging ook officieel per post te versturen, tezamen met de factsheet van de review ter informatie. In de werkgroep voorafgaand aan het versturen van deze officiële uitnodiging werd aangegeven dat de werkgroepleden hun contactpersonen met een hulpverlenende functie ook konden uitnodigen. Adressen van deze contactpersonen moesten

spoedig naar de werkgroep leider gestuurd worden. Uiteindelijk is de officiële uitnodiging naar de 30 per e-mail uitgenodigde personen gestuurd, en tevens naar 90 contactpersonen van de werkgroep leden. Deze officiële uitnodiging is een week voor de datum van de bijeenkomst verstuurd.

De bijeenkomst werd georganiseerd op 6 april 2004 (15.30-17.30 uur) bij Stichting Avanço. Er waren 30 deelnemers op de bijeenkomst aanwezig. De onderwerpen van de agenda waren:

- het welkomstwoord,
- een voorstelronde,
- een uitleg over de achtergrond van de bijeenkomst,
- een presentatie over de uitkomsten van de interviews,
- een uitleg over de vormgeving van het zorgnetwerk,
- de evaluatieronde,
- de rondvraag.

In de bijeenkomst werden alle agendapunten afgewerkt. Na een welkomstwoord van de gespreksleider, gaf de voorstelronde iedere deelnemer een kans om zich voor te stellen als persoon vanuit een organisatie. Enkele mensen gaven een toelichting op hun reden van aanwezigheid. De werkgroep leider zette vervolgens kort uiteen wat de achtergrond van deze bijeenkomst was, waarna een presentatie werd gehouden over de uitkomsten van het participatief vooronderzoek. Na deze presentatie lichtte de werkgroep leider het hierboven beschreven plan kort toe. Er kwamen een aantal reacties op het voorstel, welke vooral betrekking hadden op de organisatie, de inhoud en de vormgeving van het netwerk. Uiteindelijk is besloten een datum te plannen voor een vervolgbijeenkomst op korte termijn (22 juni 2004) waarbij enkele aanwezige personen hun werkzaamheden binnen hun organisaties zullen toelichten in een korte presentatie. De bijeenkomst werd afgesloten met de evaluatie door middel van vragenlijst I en vervolgens een Kaapverdiaanse maaltijd en drankjes. Deze vorm van informele netwerkvorming leek goed te worden benut. Meer dan de helft van de personen bleef een hapje eten en bleef een half uur tot anderhalf uur aanwezig bij de borrel.

Over het algemeen waren de respondenten redelijk positief over de bijeenkomst. Dit bleek uit de evaluatie van de bijeenkomst door middel van vragenlijst I (zie 3.1.3). Een analyse van de resultaten geeft aan dat de sfeer van de bijeenkomst beter werd gewaardeerd dan de organisatie. Vijfentwintig respondenten waren het eens dan wel zeer eens met de stelling 'ik vond de bijeenkomst nuttig'. Eén persoon was het hier niet mee eens. Ook werd de sfeer van de bijeenkomst ervaren als prettig tot zeer prettig, aldus 21 respondenten. De respondenten waren minder tevreden met de organisatie van de bijeenkomst. Hier gaat de volgende paragraaf uitgebreider op in. Zestien respondenten waren het (zeer) eens met de stelling 'de bijeenkomst was goed georganiseerd' en 17 met de stelling dat de gespreksleider zijn werk (zeer) goed deed. Verder vonden de deelnemers het over het algemeen best leuk om de bijeenkomst bij te wonen; 20 deelnemers gaven aan het leuk tot zeer leuk te vinden. Tot slot was men overtuigend positief over de duidelijkheid van de agenda in de bijeenkomst. Eenentwintig deelnemers vonden de agenda duidelijk tot zeer duidelijk. Zie tabel 5 voor de antwoorden op de stellingen over de bijeenkomst, vertaald in aantallen personen die hebben geantwoord op de antwoordcategorieën en de gemiddelde scores en standaarddeviatie op de verschillende stellingen.

Tabel 5 Aantal personen dat voor antwoordcategorie koos, met een gemiddelde en standaardafwijking per variabele met betrekking tot de sfeer en organisatie van de bijeenkomst.

Variabelen ¹	Ze er oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Ze er eens	M	SD
1. Bijeenkomst nuttig	1	-	1	20	5	4.04	.76
2. Bijeenkomst leuk	-	2	3	18	2	3.08	.71
3. Organisatie goed	-	4	5	14	2	3.56	.87
4. Agenda duidelijk	1	1	2	19	2	3.80	.82
5. Gespreksleider goed	-	2	6	14	3	3.72	.79
6. Sfeer prettig	-	1	4	16	5	3.96	.72
7. Uitnodiging op tijd	2	5	3	13	3	3.38	1.17

¹ 1 zeer mee oneens – 5 zeer mee eens. Een hoge score betekent een positieve reactie op de stelling.

5.2.3 Context Zorgnetwerk Kaapverdianen

De gedetailleerdheid van het plan van aanpak voor de interventieactiviteiten (NIGZ, 2003) heeft een rol gespeeld bij het behalen van het doel van de interventies. Een analyse van dit plan wijst uit dat het plan vrij algemeen is, zonder concrete korte termijn doelen, gekoppeld aan een tijdsplan. Een slag naar een gedetailleerder plan is niet gemaakt, blijkt uit observaties. In de interviews werd aangegeven dat hierdoor binnen de werkgroep soms onduidelijkheden bestonden over de planning en taakuitvoering. De werkgroepleden voerden de werkzaamheden binnen het plan vaak stap voor stap uit, waardoor de leden allemaal ongeveer dezelfde taken uitvoerde. Competenties van de leden werden daardoor niet volledig benut, bleek uit de interviews. Dit werkte niet bevorderlijk in het plezier van werkgroepleden in hun werk.

Uit analyse van vragenlijst I bleek dat enkele deelnemers van de eerste bijeenkomst van het Zorgnetwerk Kaapverdianen minder tevreden zijn over het verloop van de bijeenkomst, vooral vanwege organisatorische redenen. Ten eerste waren de deelnemers niet tevreden met de opstelling van de stoelen, die niet uitnodigend voor discussie. Daarnaast werd gemeld dat de bijeenkomst een kwartier te laat begon, wat ergernis van enkele mensen opwekte. Hier moet bijgezegd worden dat er op de aanvangstijd slechts één vierde van de uiteindelijk aanwezige personen aanwezig was. Ook stond een verkeerd adres op de uitnodiging. Tot slot blijkt dat iets minder dan de helft van de personen (47,6 %) aangeeft dat zij mogelijke obstakels kunnen noemen die de werking van het netwerk zouden kunnen beïnvloeden. Zij twijfelen over de volgende punten: de vraag of het zorgnetwerk een prioriteit heeft binnen mijn werkzaamheden en tijd, de twijfels over de continuïteit van het netwerk en over de inhoud van de bijeenkomsten.

5.2.4 Uitkomst Zorgnetwerk Kaapverdianen

De activiteiten die zijn uitgevoerd rond het opzetten van het Zorgnetwerk Kaapverdianen Rotterdam, hebben geleid tot een aantal concrete producten / activiteiten, zoals de sociale kaart, een plan voor de opzet van het Zorgnetwerk Kaapverdianen Rotterdam en een eerste bijeenkomst van dit netwerk. Per product / activiteit wordt hieronder de (door vragenlijst II) achterhaalde waarde hiervan besproken. In de onderstaande tekst wordt teruggekomen op de voor de interventie vooraf gestelde doelen op zowel korte als lange termijn.

Sociale kaart

De op de bijeenkomst uitgedeelde sociale kaart Kaapverdianen wordt positief beoordeeld door de hulpverleners die aanwezig waren op de eerste bijeenkomst van het zorgnetwerk. Twintig personen zijn van plan de sociale kaart in de toekomst te gebruiken. Niemand geeft aan niet van plan te zijn de kaart te gebruiken. Daarnaast geven 22 aan dat zij van plan zijn andere hulpverleners te wijzen op het bestaan van de sociale kaart (tabel 6).

Vooronderzoek

Eén van de drie doelen die op korte termijn werden gesteld in het interventievoorstel (NIGZ, 2003) was het starten van de activiteit na toetsing van haalbaarheid. Dit doel is behaald door het doen van het vooronderzoek, waarbij kennismakingsgesprekken zijn gehouden met 20 potentiële deelnemers aan het netwerk. Uit observatie blijkt dat bij het doen van vooronderzoek niet direct is gekeken naar het functioneren van andere zorgnetwerken. Wel kan gesteld worden dat de werkgroepleden allen zeer actief zijn in diverse werkgroepen, waaronder soortgelijke netwerken als het op te zetten Zorgnetwerk Kaapverdianen.

Voorstel zorgnetwerk

Het tweede doel dat was gesteld op korte termijn (NIGZ, 2003) was het maken van een plan met ideeën rondom het opzetten en functioneren van het netwerk. Dit doel is behaald, alhoewel het plan niet zeer gedetailleerd is, blijkt uit observaties. Het lijkt een gedegen basis van een eerste bijeenkomst voor de komende tijd. Het merendeel van deelnemers (69,6%) is enthousiast over het voorstel van het netwerk, en het van sluit aan op hun huidige werksituatie. De bijeenkomst sloot vooral aan bij de sector waarin de respondenten werkzaam zijn, gevolgd op de dagelijkse werkzaamheden en de organisatie waar ze werken. Zie tabel 6 voor een overzicht van de antwoorden op de verschillende categorieën

Tabel 6 Aantal personen dat voor antwoordcategorie koos, met gemiddelde en standaardafwijking per variabele.

Variabelen ¹	Ze er oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Ze er eens	M	SD
Enthousiasme deelnemers	1	2	4	12	4	3.70	1.02
Aansluiting voorstel dagelijkse werkzaamheden	-	3	5	10	7	3.84	.99
Aansluiting voorstel organisatie	-	2	5	11	5	3.83	.89
Aansluiting voorstel sector	-	2	2	13	6	4.00	.85

¹ 1 zeer mee oneens – 5 zeer mee eens. Een hoge score betekent een positieve reactie op de stelling.

Eerste bijeenkomst Zorgoverleg Kaapverdianen

Het derde doel op korte termijn is de plannen voorleggen aan de potentiële deelnemers. Dit doel is ook behaald: het plan is voorgelegd aan 30 individuele deelnemers in de eerste bijeenkomst van het zorgnetwerk. Er zijn op deze bijeenkomst concrete plannen gemaakt voor de volgende bijeenkomst. Ook wordt afgesproken om op de tweede bijeenkomst een jaarplanning van bijeenkomst te bespreken. Na de bijeenkomst is achterhaald in hoeverre deelnemers de intentie hebben om deel te nemen aan het netwerk. De intentie om in de (verre) toekomst deel te nemen aan het Zorgnetwerk is voor veel respondenten moeilijk in te schatten; 43,5 procent van de respondenten geeft aan misschien van plan te zijn deel te nemen aan het netwerk. Iets meer dan de helft van de respondenten die antwoord heeft gegeven op de vraag geeft aan wel deze intentie te hebben. De intentie voor deelname aan de volgende bijeenkomst is gunstiger. Zeventien van de respondenten geven aan van plan te zijn om te komen. Vijf mensen weten het nog niet en één persoon geeft aan niet te komen. Deze persoon was niet enthousiast en het netwerk sloot niet aan bij zijn of haar werk. Voor een overzicht van de respons, zie tabel 7.

Tabel 7 Aantal personen die een antwoord gaven op de vraag.

Variabelen	Ja ¹	Misschien ¹	Nee ¹	Geen ¹
Intentie gebruik sociale kaart	20	4	0	3
Intentie anderen wijzen op bestaan sociale kaart	22	2	0	3
Intentie deelname Zorgnetwerk Kaapverdianen	12	10	1	4
Intentie deelname volgende bijeenkomst	17	5	1	4

Op deze bijeenkomst is geïnventariseerd in hoeverre de deelnemers vertrouwen hebben in het verwezenlijken van de opgestelde doelen van het netwerk, te weten 1) de verbetering van de hulp- en dienstverlening aan Kaapverdianen en 2) meer contact tussen de hulpverleners over Kaapverdiaanse hulpvragers. Deze capaciteit om deze doelen op korte termijn te behalen wordt door de respondenten enigszins sceptisch beoordeeld, blijkt uit de analyse van de uitkomsten van vragenlijst I. De respondenten hebben namelijk niet heel veel vertrouwen in het verwezenlijken van het eerste doel (verbetering van de hulp- en dienstverlening aan Kaapverdianen) op korte termijn (M=3.39, SD=1.16). De deelnemers hebben meer vertrouwen dat dit doel op lange termijn kan worden behaald. De meeste respondenten (18 personen) geven namelijk aan hier vertrouwen in te hebben. Over het tweede doel (meer contact tussen de hulpverleners over Kaapverdiaanse hulpvragers) is men nog positiever. Men geeft aan dat op korte termijn meer contact zal zijn tussen hulpverleners over Kaapverdiaanse hulpvragers. Daarnaast hebben de respondenten redelijk vertrouwen dat meer contact een goed middel is om het eerste doel (verbetering van de hulp- en dienstverlening aan Kaapverdianen) te verwezenlijken. Zestien respondenten geven aan dat zij hier (veel) vertrouwen in hebben. Zie tabel 8 voor een overzicht van de antwoorden op de verschillende categorieën.

Tabel 8 Aantal personen dat antwoord op antwoordcategorie en gemiddelde en standaardafwijking per variabele met betrekking tot het behalen van doelen op korte en lange termijn.

Variabelen ¹	Ze er oneens	O neens	N eutraal	E ens	Z eer eens	M	SD
Doel A: Een verbetering van de hulp- en dienstverlening aan Kaapverdianen							
Vertrouwen verwezenlijking doel A op korte termijn	1	5	5	8	4	3.39	1.16
Vertrouwen op verwezenlijking doel A op lange termijn	-	1	2	17	1	3.86	.57
Doel B: Meer contact tussen de hulpverleners over Kaapverdiaanse hulpvragers							
Vertrouwen verwezenlijking doel B op korte en lange termijn	-	1	-	19	4	4.08	.58
Vertrouwen verwezenlijking doel A door doel / middel B.	-	2	1	16	1	3.80	.70

¹ 1 zeer mee oneens – 5 zeer mee eens. Een hoge score betekent een positieve reactie op de stelling.

Zorgnetwerk in het algemeen

Stichting Avanço en de GGD Rotterdam e.o. gaan de bijeenkomsten van het netwerk de komende tijd om de beurt organiseren. De GGD Rotterdam heeft plannen voor de toekomst over het inzetten van een Kaapverdiaanse zorgconsulente ter coördinatie van dit netwerk. Dit plan voorziet een mogelijkheid van de koppeling van het netwerk aan huisartsen. Deze plannen worden komend jaar uitgewerkt. De GGD Rotterdam en Stichting Avanço zien beide mogelijkheden voor samenwerking in een dergelijk project. Daarnaast lijkt het netwerk van NôS Saúde zich de afgelopen maanden te hebben uitgebreid. De weken voor en na de eerste bijeenkomst hebben een aantal organisaties of werkgroepen die zich bezig houden met migranten en gezondheidsproblematiek, of Kaapverdianen in het bijzonder, zich gemeld. Zij zochten aansluiting bij elkaar of wilden graag een presentatie geven op een netwerkbijeenkomst om zich kenbaar te maken bij de deelnemers van het zorgnetwerk. Tot slot hebben de lokale leden van de stuurgroep van het project zich in de laatste stuurgroepvergadering gecommitteerd aan het gezamenlijk aanpakken van knelpunten rondom de gezondheidssituatie van Kaapverdianen, bleek uit de notulen (27/05/2003). De naam NôS Saúde wordt door de werkgroepleden gezien als een platform voor activiteiten die te maken hebben met gezondheid en Kaapverdianen.

5.3 Interventieactiviteit II: Video over generatieproblematiek en opvoeding

5.3.1 Doel video

De tweede interventieactiviteit is het maken van een (voorlichtings-)video over generatieproblematiek / opvoeding voor jongeren en ouderen. Het plan van aanpak voor de interventieactiviteiten (NIGZ, 2003) beschrijft doelen op lange en korte termijn. Het doel op lange termijn is het bespreekbaar maken van problemen en onbegrip tussen de verschillende generaties Kaapverdianen onderling onder andere met betrekking tot het thema opvoeding. De tweede interventieactiviteiten heeft zeven doelen op korte termijn:

- Aansluiting bij het project “Jong geleerd, oud gedaan” van Cabo / Stichting Avanço en de 55+ vereniging.
- Communicatieplan maken voor de werving van jongeren en ouderen.
- Gezamenlijk met jongeren en ouderen de video bekijken.
- Vervolgens een dialoog aangaan over onderlinge conflicten en onbegrip met betrekking tot opvoedingsthema's.
- Samen nadenken over mogelijk oplossingen voor deze conflicten.
- Voorbeeldfunctie bij het vertonen van de video voor het project van nieuwe groepen jongeren en ouderen.
- Een slotdocument met conclusies en aanbevelingen voor de toekomst over hoe verder te werken aan deze problematiek.

5.3.2 Proces video

Na enige vertraging is gestart met het maken van de (voorlichtings-)video. Met de uitvoering van deze interventieactiviteit over generatieproblematiek en opvoeding is een werkgroep lid van Stichting Avanço belast. Het bleek moeilijk oudere respondenten te vinden die wilden meewerken aan de video-opnames. Uiteindelijk zijn er vier jongeren en twee ouderen betrokken geweest bij het maken van de video. De opnames van de deelnemers werden gedaan bij Stichting Avanço. De deelnemers vertelden hun verhaal aan elkaar, zonder begeleiding. Het gesprek werd gedaan aan de hand van de volgende vragen:

- Hoe is de eigen opvoeding ervaren?
- Wat zou jij jouw eigen kinderen mee willen geven?
- Hoe werd je zelf door je ouders gestraft en hoe straf je je eigen kinderen als ze iets verkeerd doen?
- Wat doen/deden je ouders als je iets goed doet/deed?
- Werd/wordt er thuis over seksualiteit gesproken? Kreeg je seksuele voorlichting, zo ja op welke leeftijd?
- Wat vinden jongeren tegenwoordig belangrijk?

De opnames van deze gesprekken voor de video zijn gemonteerd in één (voorlichtings-)video op basis van vier thema's, te weten 1) verschil opvoeding Kaapverdië – 2) Nederland, communicatie ouders – kinderen, 3) verschil jongens – meisjes en het verwachtingspatroon ouders. Deze thema's worden ingeleid met informatie over de Kaapverdiaanse gemeenschap, een korte uitleg van Nô's Saúde en de werkwijze van de video. Vervolgens komt een introductie van de deelnemers in de video en worden de bovenstaande thema's besproken. De video sluit af met aanbevelingen van de deelnemers. De taal die wordt gesproken in de video is afwisselend Creools en Nederlands. De gehele video is ondertiteld.

5.3.3 Uitkomst video

De (voorlichtings-)video is gemaakt. Het doel is nu dat deze wordt getoond aan een breed publiek binnen de Kaapverdiaanse gemeenschap. Ook wordt de video op de netwerkbijeenkomst van het Zorgoverleg vertoond aan de deelnemers, formele en informele hulpverleners die te maken

hebben met Kaapverdië. Tot slot gaan medewerkers van Stichting Avanço zich bezighouden met een plan voor de verspreiding van de video. Dit alles bleek uit de laatste stuurgroepvergadering (27-05-2004).

5.4 Lopende activiteiten

5.4.1 Doel lopende activiteiten

Zoals in paragraaf 1.3.1 werd aangegeven, is in fase I van het project toegezegd dat een deel van de lopende activiteiten uit het project *Saúde e bem estar* (Portugees voor 'Houd je gezondheid in eigen hand') zou worden gefinancierd in het kader van dit project. Het project *Saúde e bem estar* heeft tot doel de competenties van Kaapverdiëse bewoners om gezond te leven en de juiste gezondheidszorg te krijgen, te vergroten (Kasem & Huurdeman, 2003). Het doel van de gedeeltelijke financiering in het kader van de voortzetting van dit project, blijkt uit interviews en observatie, de volgende te zijn; 1) basisvoorziening voor het project en 2) aansluiting bij de huidige situatie.

5.4.2 Proces lopende activiteiten

Verschillende lopende activiteiten zijn gefinancierd binnen het project, te weten het radioprogramma, het inloopspreekuur en een serie van drie diabetesvoorlichtingen. Het proces van ieder onderdeel wordt achtereenvolgens besproken.

Radioprogramma

Het radioprogramma heeft gedurende het hele project gelopen, afgezien van de laatste maanden, bleek uit interviews. Het radiostation dat de radiozendingen uitzond kon financieel niet rondkomen, waardoor dit radiostation het contract verbrak. De radiomakers gaven in de interviews aan dat de vorderingen van het project telkens in dit radioprogramma zijn besproken. Dit gebeurde kort aan het begin van het programma. In het radioprogramma konden Kaapverdiëse luisteraars bellen met vragen over welzijn en gezondheid. Dit concept werkt goed, aldus een maker van het programma. Er was voldoende input vanuit de luisteraars om het programma te vullen. Over de luisterdichtheid zijn geen cijfers beschikbaar.

Inloopspreekuur welzijn en gezondheid

Het gezondheidsinformatiepunt, een inloopspreekuur over welzijn en gezondheid was gekoppeld aan het radioprogramma. Het radioprogramma besprak onderwerpen, waarop mensen de mogelijkheid kregen om te reageren door te bellen naar het programma. Daarnaast konden mensen voor onderwerpen met een vertrouwelijke aard ook terecht bij een spreekuur in wijkcentrum Spiekman waar een opbouwwerker en een allochtone zorgconsulente vragen beantwoorden in eigen taal. Dit was de persoonlijke benadering. Dit spreekuur heeft gedurende de gehele projectperiode wekelijks plaatsgevonden en, zoals uit interviews blijkt, was er voldoende animo voor is; gemiddeld 2 á 3 bezoekers per keer. Ondanks het feit dat het radioprogramma is gestopt, is het spreekuur gecontinueerd. Wel is het spreekuur naar een andere dag gegaan, wat via de televisie van Stichting Avanço tweemaal in een korte boodschap bekend is gemaakt. Deze boodschap leverde direct meer bezoekers op.

Voorlichtingsbijeenkomsten

Naast dit radioprogramma en spreekuur werden in het kader van het project enkele voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd. De makers van bovengenoemde activiteiten deden dit in samenwerking met een Kaapverdiëse voorlichtster in eigen taal en cultuur (VETC-er) van de GGD Rotterdam. De voorlichtingsbijeenkomsten werden georganiseerd in een serie van drie over diabetesvoorlichting in het wijkcentrum Spiekman. Op de bijeenkomsten was na de presentatie over het onderwerp gelegenheid voor vragen, aldus de organisatoren. Uit observaties bleek dat de

sfeer van de bijeenkomsten informeel was en iedereen het woord nam tijdens de bijeenkomsten. Uit gesprekken binnen de werkgroep bleek dat het bezoekersaantal varieerde tussen de 9 en 12 personen. Zes personen waren twee of drie keer aanwezig op de bijeenkomsten. In totaal zijn er op de drie bijeenkomst netto 23 mensen geweest. Negen op de tien aanwezigen was zelf diabetespatiënt. De overigen waren geïnteresseerden.

5.4.3 Uitkomst lopende activiteiten

Het steunen van deze activiteiten heeft vooral opgeleverd dat de medewerkers actief betrokken raakten bij het project en hun netwerk inzette in het kader van het project. Het radioprogramma zou worden ingezet als middel om het project onder de aandacht van de gemeenschap te brengen. Dit is slechts een enkele keer gebeurd. Het radioprogramma heeft zich vooral voortgezet op de wijze waarop het in het project *Saúde e bem estar* werkte. Wel heeft het gedeeltelijk financieren van de activiteiten ertoe geleid dat de medewerkers die betrokken waren bij het radioprogramma en het gezondheidsinformatiepunt van het project *Saúde e bem estar* actief betrokken zijn bij de uitvoering van het project *Nôs Saúde*. Uit de evaluatie van het project *Saúde e bem estar*, door Kasem en Hurdeman (2003) blijkt dat deze medewerkers vertrouwelijke personen binnen de Kaapverdianse gemeenschap werden, als gevolg van het project. Daarnaast blijkt uit observaties dat deze medewerkers een relatief groot netwerk hebben binnen de gemeenschap.

5.5 Conclusie implementatiefase

De conclusies van de implementatiefase zijn in tabel 9 te vinden. De conclusies zijn opgedeeld in verschillende onderdelen, te weten de interventieactiviteiten in het algemeen, het Zorgnetwerk Kaapverdianen Rotterdam, de videofilm over generatieproblematiek en opvoeding en de lopende activiteiten die deels zijn gefinancierd door het project. Een algemene beschouwing van deze conclusies zijn te vinden in hoofdstuk 6.

Tabel 9 Beknopt beschreven successen en knelpunten van de diverse interventies in de interventiefase van het project *Nós Saúde*.

	Successen	Knelpunten
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Algemeen</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Er zijn twee activiteiten opgezet, te weten een Zorgnetwerk Kaapverdianen Rotterdam en een videofilm over generatieproblematiek en opvoeding. Daarnaast zijn een aantal lopende activiteiten op het gebied van gezondheid gesteund. ▪ Via het opgezette Zorgnetwerk Kaapverdianen Rotterdam wordt geprobeerd de hulpverleners te activeren tot meer kennis en contact met elkaar, om via deze weg de doelgroep Kaapverdianen te activeren tot gezondere gedragingen. ▪ Via de (voorlichtings-) videofilm die is gemaakt wordt geprobeerd de dialoog over opvoeding / generaties tussen jongeren en oudere op gang te brengen binnen de gemeenschap, om zo gezonde gedragingen in de gemeenschap uit te dragen. ▪ Het niveau van participatie was vrij hoog in deze fase t.o.v. andere community projecten (ten Dam, 1997) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De activiteiten zijn niet geheel bottom-up te noemen. Hoewel samen met bewoners, professionals en andere belanghebbenden in de wijk is geïnventariseerd wat zij als problemen ervoeren, is bij het daadwerkelijk formuleren van het plan van aanpak voor de interventieactiviteiten niet samengewerkt met gemeenschapsleden. De stuurgroep heeft wel de kans gehad te reageren op het plan. ▪ Het plan is niet geconcretiseerd met korte termijn doelen met daaraan gekoppeld een tijdsplanning en intentieverklaring voor financiering van activiteiten in de toekomst. Dit vertraagde de uitvoering. ▪ De doelgroep is niet direct geactiveerd tot gezondere gedragingen. ▪ De uiteindelijke doelgroep participeerde minimaal in deze fase. ▪ De actieve participanten in deze fase waren allen werkzaam / betrokken bij één van de samenwerkingsorganisaties.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Zorgnetwerk</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Het Zorgnetwerk Kaapverdianen Rotterdam heeft potentie, heeft aansluiting gevonden bij andere activiteiten en is geïntegreerd in toekomstplannen van samenwerkingspartijen. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Videofilm generatieproblematiek</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Een videofilm is gemaakt over generatieproblematiek en opvoeding voor de doelgroep jongeren en ouderen. ▪ Hiervoor zijn de kennis, faciliteiten en het netwerk van Stichting Avanço ingezet. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Het produceren van de video duurde langer dan verwacht. ▪ Het effect van de video is moeilijk in te schatten en is niet onderzocht in dit project.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Lopende gefinancierde activiteiten</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dankzij <i>Nós Saúde</i> lopen de activiteiten van het project <i>Saúde e bem estar</i> al vier jaar. ▪ Het spreekuur wordt wekelijks gehouden met een continu bezoekersaantal. ▪ Het radioprogramma is inmiddels gestopt, maar over continuatie wordt nagedacht. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Er is niet altijd optimaal gebruik gemaakt van lopende activiteiten. Zij hadden centraler gesteld kunnen worden en effectiever kunnen bijdragen aan de implementatie van de twee interventies.

6 Conclusies en aanbevelingen

Dit hoofdstuk geeft de belangrijkste conclusies en aanbevelingen van het onderzoek weer. Zij die zelf een community project willen starten aan de hand van de opzet van NôS Saúde, kunnen gedetailleerde aanbevelingen vinden in bijlage XIII.

6.1 Conclusies

Gedurende het onderzoek stonden de volgende vragen centraal:

- Hoe verliep het proces van het project NôS Saúde?
- Wat zijn de uitkomsten van het project NôS Saúde?
- Wat kan men leren over de opzet van degelijke community interventies in de toekomst?
- Wat kan men leren over community interventies in het algemeen?

Deze vragen worden achtereenvolgens beantwoord in deze paragraaf.

6.1.1 Hoe verliep het proces?

In het project NôS Saúde was de verhouding tussen onderzoek en ontwikkeling ten opzichte van de implementatie van de interventieactiviteiten ongelijk verdeeld, vooral ook omdat het participatieniveau bij het onderzoek slechts op het niveau van consultatie lag. Voor deze ongelijke verhouding is een aantal oorzaken aan te wijzen. Ten eerste duurde het onderzoek (de review, de inventarisatie van de sociale infrastructuur en de gezondheidsportretten) en het schrijven van het plan van aanpak voor de interventieactiviteiten langer dan verwacht. Ten tweede was de review die is uitgevoerd in het kader van dit project vrij gedetailleerd en kostte het zoeken naar bronnen veel tijd. Tot slot bleek het creëren van gezondheidsportretten vrij tijdsintensief, en was het in dit project niet mogelijk om alle gewenste doelgroepen hierbij te betrekken.

Op de lokale conferenties, die qua opzet niet geheel aansloten bij de leefwereld van sommige Kaapverdianen, kwam een selecte groep personen uit de gemeenschap. Er waren 32 respectievelijk 34 gemeenschapsleden en/of professionals op de twee conferenties aanwezig. Deze groep mensen prioriteerde op de bijeenkomst een rijtje aan te pakken problemen, en de wijze waarop dit zou kunnen gebeuren. De conferenties waren vrij verbaal en niet alle aanwezigen begrepen de gehanteerde methodieken. Wel bleek het opstellen van concrete maatregelen (op basis van de vooraf verrichte onderzoeken) in de tweede conferentie een goede manier om mensen te laten discussiëren over concrete activiteiten. De discussie bleef niet in abstractie hangen.

De stuurgroep die aan het begin van het project is samengesteld en eens in de twee maanden bijeen kwam om het project te coördineren, werkte goed. Het is niet gelukt de deelgemeente te betrekken bij dit project. De werkgroep die bij de uitvoering van de interventieactiviteiten is opgericht bestond voornamelijk uit personen van Kaapverdiaanse afkomst, werkzaam bij organisaties die participeerden in het project. Bij de implementatie van de activiteiten zijn de deskundigheid, faciliteiten en de netwerken van de werkgroepleden (en hun organisaties) zeer goed benut. Door de uitloop van activiteiten in voorgaande fase van het project en het feit dat in de uitvoering niet altijd projectmatig werd gewerkt, liep ook het implementeren van de interventieactiviteiten uit. Tot slot is twee jaar voor een community project redelijk kort, omdat veel tijd geïnvesteerd moet worden in het ontwikkelen van relaties tussen de lokale partijen van diverse sectoren. Wel konden in die tijd in dit project enkele activiteiten die aansluiten bij de huidige situatie worden opgestart in samenwerking met gemeenschapsleden en professionals uit de wijk.

6.1.2 Wat zijn de uitkomsten?

De meeste doelen van het project die werden gesteld in het projectvoorstel zijn behaald. Het project heeft een aantal concrete producten en diensten opgeleverd. Ten eerste zijn twee onderzoeksrapportages gemaakt, te weten een review naar de gezondheidssituatie van de Kaapverdiaanse gemeenschap (Pieterse, 2002) en een community rapport waarin een inventarisatie van de sociale infrastructuur van de gemeenschap wordt beschreven en waarin gezondheidspportretten van zes Kaapverdianen zijn opgenomen (De Gruijter, 2003). De inventarisatie van de sociale infrastructuur was zeer nuttig in het project Nô's Saúde. Het onderzoek gaf een overzicht van de gemeenschap en aanknopingspunten voor de interventies. Dergelijk onderzoek lijkt nodig in een community project om aansluiting te vinden bij de huidige situatie en reeds lopende projecten en om te voorkomen dat projecten langs elkaar heen lopen. Ten tweede zijn twee lokale conferenties georganiseerd. Op de eerste conferenties werden sketches opgevoerd door een Kaapverdiaanse toneelgroep over en op basis van thema's die voort kwamen uit de gezondheidspportretten. De sketches werden goed ontvangen bij het publiek en de projectleden. De conferenties leverden een goede input voor de interventieactiviteiten, te weten een rij geprioriteerde aan te pakken problemen en oplossingen om dit te doen. De problemen zijn in de conferenties niet opgesplitst tot deelproblemen. Ook zijn de oplossingsstrategieën niet in deze bijeenkomst benoemd tot concrete te organiseren activiteiten waaraan personen/organisaties zich konden commiteren. Tot slot zijn er twee interventieactiviteiten gestart, te weten een Zorgnetwerk Kaapverdianen Rotterdam en een (voorlichtings)videofilm over generatieproblematiek en opvoeding. De aansluiting van het Zorgnetwerk bij bestaande initiatieven is goed en daarmee lijkt het Zorgnetwerk op weg een structurele plaats te krijgen in de activiteiten van professionals die zich met Kaapverdianen bezighouden. De videofilm blijkt moeilijk te beoordelen op effectiviteit. In ieder geval kan deze film de discussie in de gemeenschap tussen ouders en jongeren aanzwengelen. Naast deze gestarte activiteiten zijn in het project een aantal lopende activiteiten gesteund, waaronder het radioprogramma over zorg en welzijn voor en door Kaapverdianen, het hieraan gekoppelde wekelijkse spreekuur in het wijkcentrum en voorlichtingsbijeenkomsten in eigen taal. Deze activiteiten hebben door middel van een kleine subsidie uit het project Nô's Saúde twee jaar lang gelopen.

6.1.3 Wat kan men leren over de opzet van een community interventie?

De opzet van het project Nô's Saúde lijkt een goede voor de aanpak van een community interventie. De gedane onderzoeken in de eerste twee fases van het project zijn een goede basis voor het verdere project. Een combinatie van de review en de gezondheidspportretten is waardevol in een community project binnen een (migranten) gemeenschap om een realistisch beeld te schetsen van (gezondheids)problemen en hun oorzaken. De gezondheidspportretten (in de vorm van sketches in de eerste conferentie) veroorzaken herkenning van problemen en de mogelijke oorzaken hiervan bij leden van de Kaapverdiaanse gemeenschap. De inventarisatie van de sociale infrastructuur van de gemeenschap is waardevol om aansluiting te vinden bij de huidige situatie binnen de gemeenschap. In toekomstige community projecten lijkt het aan te bevelen bovenstaand beschreven onderzoek uit te voeren. Wel zou dit onderzoek in een korter tijdsbestek uitgevoerd dienen te worden. Het integreren van de diverse onderzoeksactiviteiten verdient de voorkeur. Het participatieniveau bij deze onderzoeken zou hoger mogen liggen. De uitdaging hierbij is het betrekken van een gevarieerde groep gemeenschapsleden bijvoorbeeld uit verschillende leeftijdscategorieën sociale klasse, geslacht, etc.

Het organiseren van conferenties was in het project Nô's Saúde een goede manier om de te ontwikkelen en uit te voeren activiteiten aan te laten sluiten bij de behoeften van gemeenschapsleden en/of professionals. Wel bleek het organiseren van formele bijeenkomsten niet geheel aan te sluiten bij de leefwereld van sommige Kaapverdianen. In toekomstige community projecten zou geprobeerd kunnen worden de conferenties meer te integreren in

bestaande bijeenkomsten binnen de gemeenschap. Hierdoor wordt het mogelijk een gevarieerder beeld te schetsen van aan te pakken problemen en mogelijke oplossingen hiervoor. Door mensen actiever te betrekken bij dit proces, kan draagvlak voor het project ontstaan. Daarnaast is het nodig de aan te pakken problemen te concretiseren in de vorm van een deelprobleem, zodat de effectiviteit van te ontwikkelen interventies aan de hand hiervan te meten is. De thema's/problemen waarop de interventieactiviteiten van Nô's Saúde zich richtten, zijn globaal gebleven.

Bij de implementatie van de activiteiten in het project Nô's Saúde had projectmatig werken meer centraal mogen staan. Bij projectmatig werken worden doelen op korte termijn gesteld, die zijn gekoppeld aan een tijdsplanning. Terugkoppeling naar de doelen na uitvoering is daarbij noodzakelijk. Bij community projecten lijkt projectmatig werken een voorwaarde van succes, vooral ook doordat gestelde doelen in deze vorm van werken geëvalueerd kunnen worden. Op die manier wordt een project inzichtelijk gemaakt voor buitenstaanders, financiers etc.

6.1.4 Wat kan men leren over de community benadering?

Ten opzichte van traditionele top-down GVO (gezondheidsvoorlichting en -opvoeding) lijkt de kans op het bevorderen van de gezondheidssituatie binnen de gemeenschap van een moeilijk bereikbare groep groter door toepassing van de community benadering. Ook in het project Nô's Saúde wordt dit gegeven bevestigd. De benadering werkte in dit project goed om aansluiting te vinden bij thema's/problemen die leven binnen en rond de gemeenschap. In het project Nô's Saúde zijn drie lokale organisaties betrokken, te weten de koepel van de Rotterdamse Kaapverdiaanse zelforganisaties de lokale gezondheidsdienst en het opbouwwerk. Vooral door deze samenwerking is aansluiting gevonden bij de gemeenschap en ingespeeld op thema's/deelproblemen die leven in en rond de gemeenschap. Naast aansluiting bij de gemeenschap was door toepassing van de community benadering het niveau van participatie van gemeenschapsleden in het project Nô's Saúde redelijk hoog. Wel is het beter om, zoals hierboven al werd vermeld, eerder in het traject een brede groep gemeenschapsleden/professionals actief te laten participeren, waardoor draagvlak onder gemeenschapsleden en professionals groeit. Het verdient de voorkeur om gelijkheid in (de toegang tot) participatie in een project te creëren, om zo een niet te selecte groep participanten uit de gemeenschap te bereiken. Hoewel het organiseren van actieve participatie (veel) tijd kost, is het tevens zeer efficiënt om in een project deskundigheid, faciliteiten en de netwerken van participanten te gebruiken. Het betrekken van organisaties met lokale experts op het gebied van Kaapverdianen en gezondheid bij het onderzoek is nuttig. De lokale organisaties hebben de mogelijkheid te profiteren van de opgezette activiteiten en moeten bereid gevonden worden om voor de continuering hiervan zorgen. Het organiseren van activiteiten voor intermediairen (zoals in dit project het Zorgnetwerk voor hulpverleners die met Kaapverdianen te maken hebben) draagt bij aan het bereiken van de écht moeilijk bereikbare groepen binnen de gemeenschap.

De aansluiting bij het beleid (deelgemeente of gemeente) is (nog) niet bewerkstelligd in Nô's Saúde. De deelgemeente is wel verzocht deel te nemen in de stuurgroep. Dit verzoek werd echter niet gehonoreerd. De argumentatie was dat de (gezondheids)zorg geen deelgemeentelijke, maar een gemeentelijke taak is. Deze redenatie loopt ongeveer parallel aan die van Jansen et al (2002; 30). Zij geven aan dat landelijke en lokale overheden vaak contrasterende prioriteiten stellen voor gezondheidsbevordering. Er bestaat volgens hen soms een spanning tussen enerzijds het belang dat op landelijk niveau wordt gehecht aan gezond gedrag, en anderzijds de prioriteit die op lokaal niveau vaak wordt gegeven aan onderwerpen als leefbaarheid en welzijn. (Jansen et al, 2002; 30) Deze spanning vormt ook in dit project een knelpunt. Dit komt omdat het bij de brede opvatting van gezondheid, die bij de community benadering centraal staat (Lalonde, 1973), naast de beïnvloeding van leefstijl ook om de beïnvloeding van relevante gezondheidsaspecten gaat. Voorbeelden hiervan zijn toegang tot de gezondheidszorg en de sociale en fysieke leefomgeving

van mensen. Gezondheid, welzijn en leefbaarheid zijn in deze benadering dus niet geheel van elkaar te scheiden. In toekomstige projecten zou uitgebreid moeten worden stilgestaan bij de opvatting van gezondheid van de diverse stakeholders in een project.

6.2 Aanbevelingen

De aanbevelingen zijn geformuleerd naar aanleiding van voorafgaande conclusies. Zij worden puntsgewijs benoemd.

6.2.1 Aanbevelingen proces

- Het traject van onderzoek en ontwikkeling moet een afgebakende periode beslaan.
- Organiseer de eerste conferentie eerder in het traject waardoor de review kan inspelen op door de gemeenschap geprioriteerde (deel)problemen.
- Stel een stuurgroep samen die een keer in de twee maanden bij elkaar komt.
- Probeer ook aansluiting te vinden bij beleidsmakers. Let op de brede opvatting van ‘gezondheid’ in community projecten.
- Gebruik bij de uitvoering van de activiteiten de deskundigheid, faciliteiten en de netwerken van de stuur- en werkgroepleden (en hun organisaties).
- Probeer het participatieniveau vanaf het begin van het project op een hoger niveau te leggen dan consultatie.

6.2.2 Aanbevelingen uitkomsten

- De review kan worden opgesplitst in twee delen. Ten eerste moet de review een rij globale problemen in de gemeenschap presenteren. Deze rij kan meegenomen worden in de eerste conferentie. Vervolgens kan de review worden ingezet om de, in de eerste conferentie geprioriteerde deelproblemen nader te onderzoeken. Nauwgezet onderzoek naar deze specifieke problemen en oorzaken is gewenst. Deze gegevens dienen in het verder project als informatie om op in te spelen. Daarnaast kan de informatie dienen voor de evaluatie als nulmeting voor eventuele effecten van op te zetten activiteiten ter verbetering van de deelproblemen.
- Doe gerichte uitspraken in de inventarisatie van de sociale infrastructuur over activiteiten waarbij de conferenties kunnen aansluiten. De conferenties kunnen het beste in bestaande activiteiten worden geïntegreerd.
- De gezondheidsporetten moeten een kwalitatieve aanvulling zijn op de review. Problemen en oorzaken van gemeenschapsleden kunnen door dergelijk onderzoek in hun context worden gezet.
- Stel bij te organiseren activiteiten meetbare doelen vast aan de hand van een tijdsplanning met terugkoppelmomenten, zodat de doelen kunnen worden geëvalueerd.

6.2.3 Aanbevelingen opzet van een community interventie

- Probeer een brede doelgroep te laten participeren in het project. Organiseer bijvoorbeeld in het kader van de review een expertmeeting met onderzoekers/deskundigen die kennis hebben van de gemeenschap en/of gezondheid. Hierdoor wordt draagvlak gecreëerd onder deze professionals voor het project. Tevens is dit efficiënt voor de gegevensverzameling van de review. Daarnaast kun je ook proberen om (betaalde en vrijwillige) vacatures op te stellen voor het uitvoeren van de interventieactiviteiten. Hierdoor wordt gelijkheid in (de toegang tot) participatie gecreëerd. Zo wordt gestimuleerd om een gevarieerd gezelschap uit de gemeenschap bij het project te trekken. Van Assema en Willemsen (1993) stelden terecht dat vooral de elite participeert in community projecten.
- De conferenties zouden het beste kunnen worden geïntegreerd in een activiteit binnen de gemeenschap, zoals een kerkvergadering / ouderenbijeenkomst / jongerenbijeenkomst, etc. Aanwijzingen voor geschikte locaties blijken uit de inventarisatie van de sociale

infrastructuur. De conferenties krijgen dan een minder formeel karakter. Ook wordt een gevarieerde groep gemeenschapsleden en professionals benaderd. Opgepast moet worden dat bepaalde groepen en/of personen niet worden achtergesteld, doordat zij geen toegang hebben tot inspraak door de organisaties van de conferenties.

- De gebruikte methodieken op de conferenties moeten bij voorkeur niet (te) verbaal zijn.
- Betrek personen uit de conferenties actief bij het bedenken van het plan van aanpak voor interventieactiviteiten. Dit plan van aanpak bevat in ieder geval de volgende onderdelen:
 - concrete doelen op lange en korte termijn worden gesteld,
 - de uitvoerende personen,
 - hun specifieke taken,
 - een gedegen realistische tijdsplanning moet worden beschreven,
 - evaluatiemomenten om terug te kijken naar de gestelde doelen en
 - een inventarisatie van mogelijkheden van voorzetting van de activiteiten.

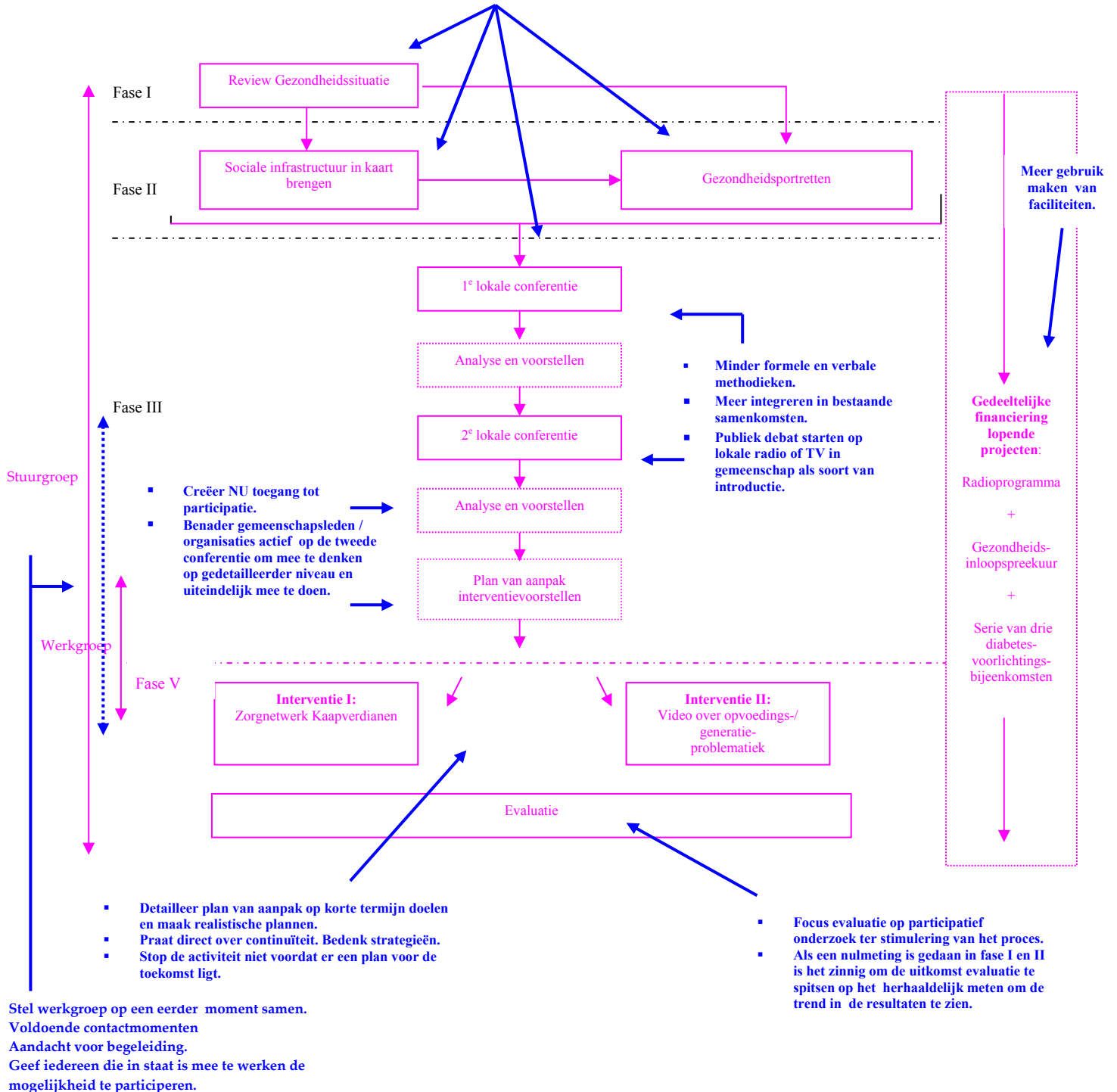
Blijf bij de uitvoering zo dicht mogelijk bij dit plan.

- Realiseer dat binnen de community benadering de brede opvatting van gezondheid centraal staat (Lalonde, 1973). Dit betekent het dat naast de beïnvloeding van leefstijl ook om de beïnvloeding van relevante gezondheidsaspecten gaat. Voorbeelden hiervan zijn toegang tot de gezondheidszorg en de sociale en fysieke leefomgeving van mensen. Gezondheid, welzijn en leefbaarheid zijn in deze benadering dus niet geheel van elkaar te scheiden.
- Gebruik de in dit onderzoek gecreëerde checklist voor de drie principes voor het trekken van conclusies. Deze checklists kunnen ook bij aanvang van het project gebruikt worden bij het stellen van doelen voor de inzet van community principes in een project.
- Voor overige aanbevelingen op het gebied van de evaluatie van een community interventie, zie de volgende paragraaf.

6.3 Reflectie evaluatieonderzoek en aanbevelingen vervolgonderzoek

Door dit onderzoek, de evaluatie van het project Nô's Saúde, is inzicht verkregen in de implementatiekansen van de community benadering en de haalbaarheid van een dergelijke benadering als Nô's Saúde in (andere migranten)gemeenschappen. Met de in deze evaluatie gebruikte formele en informele, kwalitatieve en kwantitatieve methodieken konden de onderzoeksvragen goed beantwoord worden. De evaluatie heeft van idee tot rapport zeven maanden geduurd. Het participatieve onderzoek bij de interventieactiviteiten zorgde voor directe feedback op de ontwikkeling van activiteiten en kon de uitvoering van de activiteiten onderbouwen, stimuleren en corrigeren. De checklists die zijn gebruikt om de drie community principes te evalueren hielpen goed bij het trekken van conclusies over de opzet en de theorievorming omtrent het project Nô's Saúde. Het conceptueel kader (hieronder nogmaals weergegeven in figuur 9) dat is gebruikt als uitgangspunt van het onderzoek, geeft structuur aan het onderzoek. Niveaus A, B en C zijn in dit onderzoek beschreven. Naar verwachting kon niveau D niet gemeten worden. De thema's voor de interventies – die gekozen zijn door gemeenschapsleden en professionals – waren hiervoor nog te globaal. Daarnaast is de tijdspanne van het project te kort om effecten te meten.

- Voer eerst een korte review uit. Werk samen met experts, bijvoorbeeld een expertmeeting.
- Construeer in korte tijd de gezondheidsportretten. Werk deze uit in conferenties door middel van theater, film, o.i.d.
- Organiseer vrij snel de eerste conferentie, de korte review waaruit een lijst redelijk gefundeerde problemen naar voren is gekomen.
- Intensiveer het onderzoek van de review na de eerste conferentie op de onderwerpen die uit de conferentie komt. Probeer nulmeting uit te voeren.
- De sociale infrastructuur kan tijdens fase I en II in kaart gebracht worden.
- Het gehele traject wordt gedaan door één onderzoeker met kennis van kwalitatief en kwantitatief onderzoek, fulltime of door een team.
- Probeer in fase I en II al participatie te bewerkstelligen, door middel van een expertmeeting of het deels door gemeenschapsleden laten uitvoeren van onderzoek.



Figuur 10 Vereenvoudigde weergave van de opbouw van het project 'Nós Saúde' met aanbevelingen voor een de opzet van het project.

Referenties

Alting, D.E.M.; Bouwens, J.G.M. & Keijsers, J.F.E.M. (2003-1) *Het evalueren van community interventies. Resultaten en conclusies van een reviewstudie naar onderzoeksmethoden en meetinstrumenten*. Woerden: NIGZ/Centrum voor Review & Implementatie.

Alting, D.E.M.; Bouwens, J.G.M. & Keijsers, J.F.E.M. (2003-2) *Adviesdocument in het kader van het project Óverzicht en advisering over onderzoeksmethoden en meetinstrumenten voor de evaluatie van interventies die zijn opgezet vanuit de principes van de community benadering*. Woerden: NIGZ/Centrum voor Review & Implementatie.

Arnstein, S. (1969) A Ladder of Citizen Participation in the USA. *Journal of the American Planning Association*, Vol. 35 (4); 216-224.

Assema, P. van (1993) *The development, implementation an devaluation of a community health project*. Maastricht: UPM.

Assema, P. van & Willemsen, M. (1993) Community-projecten. In Damoiseaux, V; Molen, vd H.T; Kok, G.J., (EDS), *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering* (pp 398-415). Assen / Heerlen: Van Gorcum / Open Universiteit.

Attema, F. (1991). *De LENS methode. Handleiding voor toekomstanalyse van wijk en dorp*. Deventer.

Bracht, N. (1999) *Health promotion at the community level: new advances* (2nd ed.) Thousands Oaks, CA: Sage.

Center for Community Health & Evaluation (2003) *TCE / PPH Annual Evaluation Report*. June 3. Gevonden 16 november, 2003, op <http://www.partnershipph.org/col4/eval/eval_030603.pdf>.

Chen, G. & Bliese, P.D. (2002) The Role of Different Levels of Leadership in Predicting Self- and Collective Efficacy: Evidence for Discontinuity. *Journal of Applied Psychology*, Vol. 87 (3); 549-556

Chrisman, N.J.; Senturia, K.; Tang, G. & Gheisar, B. (2002) *Qualitative Process Evaluation of Urban Community Work: A Preliminary View*. *Health Education & Behavior*, Vol. 9 (2); 232-248.

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

Dam, J. ten (1998) *Gezondheidswinst in Nederlandse projecten? Lezing, 19 februari 1998*. In Trimbos Instituut (EDS) *Reader Community Approach*. Utrecht: Trimbos

Haes, W.F.M. de & Voorham, A.J.J. (2002) Worstelen met wijkgericht werken. *TSG* jaargang, Vol. 80 (7); 416.

El Ansari, W. (1999) *Community Stakeholders, questionnaire Partnerships. Community Partnership study partnership member survey*. Gevonden op 8 december, 2003, op <http://www.futurehealth.ucsf.edu/pdf_files/EI%20Ansari%20Partnership%20Questionnaire.pdf>.

Figueroa, M.E. ; Kincaid, D.L.; Rani, M & Lewis, G. (2002) *Communication for Social Change: An Integrated Model for Measuring the Process and Its Outcomes*. (17-23) Gevonden op 12 december, 2003, op <<http://www.rockfound.org/Documents/540/socialchange.pdf>>

Gruijter, M. de (2003) *Community report: Kaapverdianen in Rotterdam*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Jansen, J. & Dam J.J.M. ten (2002). *Wat is het doel en welke methoden worden ingezet?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. Gevonden op 13 november, 2003, op <<http://www.nationaalkompas.nl>> .

Jansen, J.; Schuit, A.J. & Lucht, F. van der (2002) *Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Gevonden op 8 februari, 2004, op <<http://www.vogz.nl/ggb/tijdvoorgezondgedrag.pdf>>.

Haes, W.F.M. de & Saan, H. (2003) *Evidence: goed werk. Discussienota over Onderzoek naar Gezondheidsbevordering*. Tussenstand van het debat over adequaat onderzoek voor gezondheidsbevordering met suggesties voor het oplossen van de knelpunten. GGD, NIGZ, ZonMw. 1 oktober 2003, versie 6.0.

Kasem, A. & Huurdeman, H. (2003) *Informatievoorziening aan allochtonen over gezondheid en zorg: lessen uit de praktijk*. ZonMw.

Keijsers, J.F.E.M. (2002-1) *Factsheet: Gezondheid en Welzijn van Kaapverdianen in Rotterdam*. Woerden: Nationaal Instituut Gezondheidsvoorlichting en Ziektepreventie.

Keijsers, J.F.E.M (2002-2) *Het meten van de community-benadering*. Projectvoorstel Adviesrapport onderzoeksmethoden en meetinstrumenten voor de evaluatie van interventies die zijn opgezet vanuit de principes van de community benadering. Gevonden op 5 mei, 2004, op <<http://www.zonmw.nl/gezond/gezondlevenprojecten.pdf>>

Koelen, M.A., Vaandrager, L. & Colomér, C. (2001) Health promotion research: dilemmas and challenges. *Journal of Epidemiol Community Health*; Vol. 55; 257-262.

Kocken, P.; Wouder, L.; T. Voorham & Zwart, O. de (2003) *Het Rotterdamse community project ter bevordering van de seksuele gezondheid van Antillianen en Arubanen*. GGD Rotterdam e.o.

Kreuter, M.W. & Lezin, N. (2002) Social capital theory. Implications for Community-Based Health Promotion. In DiClemente & Crosby et al (EDS) *Emerging theories in Health promotion practice and research. Strategies for improving public health*. San Francisco: Jossey-Bass.

Lucht, F. van der & Verkleij, H. (2001) *Gezondheid in grote steden: achterstanden en kansen*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Gevonden op 08 februari, 2004, op <http://www.vogz.nl/algemeen/rapport_segv_apr2001.pdf>.

Luijpers, E.T.H. & Keijsers, F.E.M. (2002) Participatie. In: Jansen, J.; Schuit, A.J. & Lucht, F. van der (EDS) *Tijd voor gezond gedrag*. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen (pp. 203-215). Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Gevonden op 08 februari, 2004, op <<http://www.vogz.nl/ggb/tijdvoorgezondgedrag.pdf>>.

- Luijpers, E.T.H. & Keijsers, F.E.M. (2001) *Factsheet: Participatie als strategie voor gezondheidsbevordering*. Woerden: NIGZ/CRIM. Gevonden op 16 december, 2003, op <<http://w3.nigz.nl/docfiles/factsheet10.pdf>>.
- New Health Promotion conferenties (2003-2004) *Evaluatie van gezondheidsbevordering*. NIGZ, GGD Rotterdam e.o., ZonMw, Rotterdam. Zie <<https://www.newhealthpromotion.nl>> .
- NIGZ (2003) *Plan van aanpak interventieactiviteiten Nô's Saúde*. Woerden: Nationaal Instituut Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie.
- NIGZ/SLAG (2003) *Participatie, maart 2003*. Gevonden op 20 december 2004, op <w3.nigz.nl/docfiles/Model%20participatie%20slagnu1.doc>.
- Nijboer, C. (2002) Wat is participatie? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning*, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Gevonden op 12 februari, 2004, op <<https://www.nationaalkompas.nl>>.
- Patton, M.Q. (1980) *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills, Calif.: Sage Publications.
- Pieterse, M. E. (2002) *Gezondheid en welzijn van Kaapverdianen in Rotterdam: inventarisatie van gezondheidsproblemen, oorzaken en interventies ten behoeve van het community project Nô's Saúde*. Woerden: NIGZ / Centrum voor Review & Implementatie.
- Pieterse, M. E., Seydel, E. & Taal, E. (1995) Gezondheidsvoorlichting en –opvoeding: Communicatie gericht op gezondheidsbevordering. (pp 202-222). In Kalndermans & Seydel (EDS) *Overtuigen en activeren. Publieksbeïnvloeding in theorie en praktijk*. Assen: Van Gorcum.
- Prakken, J. (2001). Buurtbewoners verhalen over vroeger. *Tijdschrift voor de sociale sector*, februari, p.12-17
- Ronda, G.M. (2003) *The Dutch Heart Health Community Intervention 'Hartslag Limburg'. An evaluation*. Proefschrift. Maastricht: Unigraphic.
- Ruland, E. Raak, A. van, Vries, N. de & Ree, J. van (2002) Lessen van Hartslag Limburg: samenwerking in de openbare gezondheidszorg moet gestructureerd en gemanaged worden. In Jansen, J.; Schuit, A.J. & Lucht, F. van der (EDS) *Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Gevonden op 8 februari, 2004, op <<http://www.vogz.nl/ggb/tijdvoorgezondgedrag.pdf>>.
- Saan, H & Haes, W.F.M. de (2003) *Evidence: goed werk. Discussienota over Onderzoek voor Gezondheidsbevordering. Tussenstand van het debat over adequaat onderzoek voor gezondheidsbevordering met suggesties voor het oplossen van de knelpunten*. Oktober 2003 versie 6.0. Gevonden op 20 oktober, 2003, op <<http://w3.nigz.nl/docfiles/nph%20doc%20v6.0.pdf>>.
- Schulz, A.J.; Israel, B.A. & Lantz, P. (2003) Instrument for evaluating dimensions of group dynamics within community-based participatory research partnerships. *Evaluation and Program Planning*, Vol. 26; 249-262.
- Spierings, F. (1996). *Op eigen kracht. Een onderzoek naar de leefwereld van logementbewoners*. Utrecht: SWP

Vaandrager, L. (2000) *Gezonde wijken*. In J.F.E.M. Keijsers & Vaandrager, L. (EDS) *Gezond Leven: stand van zaken en voorstel van programmering*. Hoofdstuk 4. Pp.97-117. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland.

Verdonk, I. (2003) *Model Evaluatie Community Projecten Gezondheidsbevordering*. SLAG, 21-7-2003

Verwey-Jonker Instituut & NIGZ (2001) *Nôs Saúde: Allochtone vrouwen en gezondheidsbevordering in de wijk: Een community-studie rond de ontwikkeling en uitvoering van gezondheidsbevordering in de Kaapverdiaanse gemeenschap in Rotterdam*. Woerden: Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ); Utrecht: Verwey-Jonker Instituut

Voorham, A.J.J. (2003) *Gezondheidsbevordering voor-en-door de doelgroep. Theoretische onderbouwing en evaluatie bij migranten en ouderen*. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o.

Voorham, A.J.J.; Haes, W.F.M. de & Mackenbach, J. P. (2002-1) Wijkgericht werken aan gezondheidsbevordering in vier achterstandswijken in Rotterdam. Opzet, uitgangspunten en beschrijving van het proces. *TSG*, jaargang 80 (7); 425-430.

Voorham, A.J.J.; Haes, W.F.M. de & Mackenbach, J.P. (2002-2) Wijkgericht werken aan gezondheidsbevordering in vier achterstandswijken in Rotterdam. Leerpunten uit de praktijk. *TSG* jaargang 80 (7); 431-435.

Bijlagen

Bijlage I: Stuurgroep- en werkgroepleden

Stuurgroep

Persoon	Organisatie	Werkzaamheden
Nilza Pinto	Stichting Avanço	<ul style="list-style-type: none">• Vertegenwoordiger van Stichting Avanço
Toon Voorham	GGD Rotterdam e.o.	<ul style="list-style-type: none">• Vertegenwoordiger van GGD Rotterdam
Joop ten Dam	Nationaal Instituut Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ)	<ul style="list-style-type: none">• Projectleider vanuit het NIGZ
Peter Rokers (fase I t/m III) ¹⁰	Delphi Opbouwwerk	<ul style="list-style-type: none">• Vertegenwoordiger Delphi Opbouwwerk
Peter Rokers (fase VI)	NIGZ	<ul style="list-style-type: none">• Projectleider werkgroep
Marjan de Gruijter	Verwey-Jonker Instituut	<ul style="list-style-type: none">• Projectleider vanuit het Verwey-Jonker Instituut• Onderzoekster community analyse en evaluatie
Mito Faquir Gulamo	Stichting Avanço	<ul style="list-style-type: none">• Werkgroep lid Stichting Avanço• Medeorganisator conferenties
Marcel Pieterse (fase I) ¹¹	Centrum voor Review en Implementatie (CRIM) van het NIGZ	<ul style="list-style-type: none">• Onderzoeker review
Marcel Pieterse (fase IV & V)	Universiteit Twente	<ul style="list-style-type: none">• Universitair begeleider van Barbara Groot in het kader van haar afstudeeropdracht
Janine Vervoordeldonk	NIGZ	<ul style="list-style-type: none">• Organisator conferenties• Schrijfster plan van aanpak interventieactiviteiten
Carlos Gonsalves	Persoonlijke titel ¹²	<ul style="list-style-type: none">• Stuurgroep lid op afstand

Werkgroep

Persoon	Organisatie	Doel
Maria Fernanda	GGD Rotterdam e.o.	<ul style="list-style-type: none">• Allochtone zorgconsulente (spreekuur, radio, voorlichtingen)• Werkgroep lid opstarten Zorgoverleg Kaapverdianen
Antao Santos	Delphi Opbouwwerk Delfshaven	<ul style="list-style-type: none">• Werkgroep lid opstarten Zorgoverleg Kaapverdianen
Mito Faquir Gulamo	Stichting Avanço	<ul style="list-style-type: none">• Werkgroep lid opstarten Zorgoverleg Kaapverdianen
Peter Rokers	NIGZ	<ul style="list-style-type: none">• Projectleider interventie
Vanda Pires	Stichting Avanço	<ul style="list-style-type: none">• Werkgroep lid (voorlichtings-)video opvoeding
Barbara Groot	Verwey-Jonker Instituut	<ul style="list-style-type: none">• Evaluatie project
Wendy dos Reis (vanaf	Stichting Avanço	<ul style="list-style-type: none">• Vrijwilliger bij Stichting Avanço, helpen bij organisatie

¹⁰ Peter Rokers heeft een dubbelfunctie binnen het project. In de eerste fasen is hij voor Delphi Opbouwwerk lid geweest van de stuurgroep. In fase IV is hij aangesteld als 'gezondheidswerker' alias projectleider van de werkgroep binnen het project Nô's Saúde. Peter was in deze laatste fase in dienst van het NIGZ.

¹¹ Ook Marcel Pieterse heeft een dubbelrol binnen het project. Marcel is na zijn werk als onderzoeker in de eerste fase van dit project van baan gewisseld. Hij werd aangesteld bij de Universiteit Twente als docent. Via Marcel is Barbara Groot bij het project terechtgekomen voor haar afstudeeronderzoek. Marcel is haar universitair begeleider.

¹² Carlos Gonsalves zat op persoonlijke titel in de stuurgroep, omdat hij niet in naam van Deelgemeente Delfshaven deel kon nemen. Dit komt omdat de deelgemeente de aanvraag om in de stuurgroep zitting te nemen niet honoreerde. Argumentatie hiervoor is dat (gezondheids)zorg een gemeentelijke in plaats van deelgemeentelijke taak is.

Bijlage II: Samenvatting projectvoorstel Nô's Saúde

Gehele project

Het project Nô's Saúde behelst een community-studie onder vrouwen in de Kaapverdiaanse gemeenschap in Rotterdam. In dit project wordt samen met de leden van de gemeenschap en gezondheidsprofessionals uit de wijk worden op basis van community analyses interventies ontwikkeld. Het doel van het project is inzicht krijgen in de gezondheidsculturen van allochtone vrouwen die in hun gemeenschap een centrale positie innemen en deze inzichten te gebruiken als basis voor samenwerking met deze vrouwen en professionele werkers in de wijk voor het bevorderen van gezonde leefstijlen in wijk en gezin. Het betreft een pilot project om zich te krijgen op de implementatiekansen van de benadering en de haalbaarheid van een grootschalig project onder meerdere migrantengemeenschappen.

De vragen die in het project beantwoord dienen te worden, luiden als volgt:

- Op welke wijze hangen specifieke gezondheidsproblemen van migrantengroepen samen met leefstijlen, gedrag en gewoonten van leden van de gemeenschap?
- Via welke interventies worden gezonde leefstijlen binnen migrantengemeenschappen bevorderd en effectief verankerd in deze gemeenschappen?

Hieronder wordt de opzet van het project kort uiteengezet:

Fase 1 Voorbereiding

In de voorbereidingsfase van het onderzoek wordt een algemeen beeld gevormd over de gezondheidsproblemen in de Kaapverdiaanse gemeenschap. Via een zogenoemde review (door het NIGZ / Centrum voor Review & Implementatie en de afdeling Informatie en Communicatie van het Verwey-Jonker Instituut) wordt nagegaan welke interventies er al worden uitgevoerd voor de betreffende groepen en wat de typische gezondheidsproblemen bij de groeperingen zijn. Onderdeel van deze review zijn interviews met deskundigen in het veld (zie de werkprincipes van CRIM).¹³ Daarnaast worden ten behoeve van de uitkomstevaluatie instrumenten in kaart gebracht waarmee de geoperationaliseerde doelen van het project gemeten kunnen worden.

Fase 2 Inventarisatie

De inventarisatiefase start met een community-analyse. De (in)formele sociale infrastructuur wordt in kaart gebracht en er wordt gezocht naar de dragers in de gemeenschappen die kunnen worden benaderd om in het project een actieve rol te gaan spelen. Tevens wordt in de inventarisatiefase de ervaren gezondheid van de migrantengemeenschap onderzocht qua leefstijlen en qua gezondheidsculturen. Op basis van interviews worden gezondheidsportretten van leden van de Kaapverdiaanse gemeenschap samengesteld (ten Dam, 1997). De gedachte hierachter is dat men door het in beeld brengen van persoonlijke ervaringen van Kaapverdianen een wijkbenadering mogelijk maakt die specifiek is voor de Kaapverdiaanse gemeenschap. De portretten dienden namelijk als input voor discussie op de lokale conferenties in de volgende fase. Door een actieve inbreng van de doelgroep (o.a. via de geïnterviewden) wordt geprobeerd zo dicht bij de leefwereld van de betrokkenen te blijven en wordt geprobeerd aansluiting te houden met de eigen gezondheidscultuur van de Kaapverdiaanse gemeenschap in Rotterdam.

Fase 3 Ontwikkeling van interventies

¹³ Het Centrum voor Review en Implementatie van het NIGZ (CRIM) werkt op een gestandaardiseerde manier. Over een onderwerp wordt een review (overzicht) opgesteld. Dit gebeurt aan de hand van een reviewprotocol. Dit protocol schrijft voor dat zowel schriftelijke informatie (onderzoeksliteratuur, beleidsnota's projectverslagen, grijze literatuur) als ook mondelinge informatie (bijvoorbeeld meningen van experts uit de praktijk) geanalyseerd worden.

Na fase één en twee is een redelijk beeld ontstaan van zowel de gezondheidsproblemen als de kansen en belemmeringen om deze problemen aan te pakken. Het ontwikkelen van interventies vindt plaats in lokale conferenties in twee rondes. Tijdens de conferenties inventariseren gemeenschapsleden en professionals uit de wijk gezamenlijk de problemen in de gemeenschap. Aan de lokale conferenties nemen professionals uit de brede sociale infrastructuur deel. Voor de gesignaleerde problemen worden concrete maatregelen bedacht waaraan de professionals zich committeren. Van de problemen wordt nagegaan of er een relatie ligt met ongezonde leefstijlen en welke maatregelen getroffen kunnen worden om gezonde gedragingen te bevorderen. De gezondheidsprofessionals committeren zich aan de maatregelen. De dragers uit het eerste deel van het onderzoek worden bij de conferenties betrokken en spelen daarin een actieve rol.

Fase 4 Implementatiefase en procesevaluatie

In deze fase worden de ontwikkelde interventies geïmplementeerd. Het betrekken van (etnische) groeperingen vergt bijzondere aandacht en vindt op een creatieve manier plaats door middel van een community interventie. In de voorafgaande fase zijn interventies ontwikkeld met de betrokkenen zelf, die hun eigen leefsituatie als geen ander kennen en deze van nature integraal benaderen. Vrouwen uit de Kaapverdiaanse gemeenschap worden in de implementatiefase geactiveerd tot gezonde gedragingen via de LENS-methode (Attema, 1991). Daarnaast wordt gebruik gemaakt van een combinatie van de techniek van levensgeschiedenissen (Spierings, 1996) en reminiscentie (Prakken, 2001). De Kaapverdiaanse vrouwen participeren in het uitdragen daarvan in hun gemeenschap.

De procesevaluatie richt zich op de vraag of het project volgens de implementatiestrategie verloopt. Daarbij gaat de aandacht uit naar procesvariabelen (middelen die ingezet worden om de beoogde resultaten te bereiken) én contextvariabelen (variabelen die niet in de implementatiestrategie en het plan van aanpak (Verwey-Jonker Instituut & NIGZ, 2001) zijn opgenomen, maar die wel van invloed zijn op de resultaten van de implementatie).

Fase 5 Uitkomstenevaluatie

De vraag of de beoogde doelstellingen van de toepassing van de interventies bereikt zijn, staat centraal in de uitkomstenevaluatie. Hierbij wordt rekening gehouden met de onderscheiden perspectieven van de betrokken actoren. De resultaten van het project zullen worden afgemeten aan de effectvariabelen, dat wil zeggen de geoperationaliseerde doelen die men met de implementatie wil bereiken. De uitkomstenevaluatie is te beschouwen als een vorm van beleidsondersteunend onderzoek ten behoeve van het nader uitwerken van stelselmatige toepassing in de praktijk.

Bijlage III: Informanten semi-gestructureerde interviews

	Naam	Organisatie	Functie binnen NôS Saúde	Kaapverdiaans?	Geslacht
1.	Toon Voorham	GGD Rotterdam e.o.	stuurgroeplid	Nee	M
2.	Joop ten Dam	NIGZ	projectleider	Nee	M
3.	Marjan de Gruijter	Verwey-Jonker Instituut	projectleider	Nee	V
4.	Marcel Pieterse ¹⁴	NIGZ	onderzoeker	Nee	M
		Universiteit Twente	universitair begeleider Barbara Groot		
5.	Peter Rokers ¹⁵	Delphi Opbouwwerk	stuurgroeplid	Nee	M
		NIGZ	coördinator werkgroep		
6.	Antao Santos	Delphi Opbouwwerk	wergroeplid	Ja	V
7.	Mito Faquir Gulamo	Stichting Avanço	wergroeplid	Nee, maar vertegenwoordigd wel in de gemeenschap	M
8.	Fransje Kraaij	100% Cabo	regisseuse toneelstukjes conferenties	Nee	V
9.	Janine Vervoorledonk	NIGZ	stuurgroeplid	Nee	V
10.	Carlos Gonsalves ¹⁶	Deelgemeente Delfshaven	stuurgroeplid op afstand / sleutelfiguur	Ja	M
11.	Maria Fernanda	GGD Rotterdam e.o.	wergroeplid	Ja	V

¹⁴ Ook Marcel Pieterse heeft een dubbelrol binnen het project. Marcel is na zijn werk als onderzoeker in de eerste fase van dit project van baan gewisseld. Hij werd aangesteld bij de Universiteit Twente als docent. Via Marcel is Barbara, de evaluator van dit project bij het project terechtgekomen voor haar afstudeeronderzoek. Marcel is haar universitair begeleider.

¹⁵ Peter Rokers heeft een dubbelfunctie binnen het project. In de eerste fasen is hij voor Delphi Opbouwwerk lid geweest van de stuurgroep. In fase IV is hij aangesteld als ‘gezondheidswerker’ alias projectleider van de werkgroep binnen het project NôS Saúde. Peter was in deze laatste fase in dienst van het NIGZ.

¹⁶ Carlos Gonsalves zat op persoonlijke titel in de stuurgroep, omdat hij niet in naam van Deelgemeente Delfshaven deel kon nemen. Dit komt omdat de deelgemeente de aanvraag om in de stuurgroep zitting te nemen niet honoreerde. Argumentatie hiervoor is dat (gezondheids)zorg een gemeentelijke in plaats van deelgemeentelijke taak is.

Bijlage IV: Semi-gestructureerde interviewlijst

Review gezondheidssituatie

De eerste fase van het project bestond uit het onderzoek waarin **een algemeen beeld gevormd werd** over de gezondheidsproblemen in de Kaapverdise gemeenschap.

Vragen voor onderzoeker Review

Uitvoering

0. Doel = **algemeen beeld vormen**. In hoeverre is dit gelukt?
1. Traden er onvoorziene ontwikkelingen op tijdens de activiteiten?
2. **Looptijd van het onderzoek langer dan gepland**. Welke aanpassingen (aan het plan) zijn er in de fase van analyseren aangebracht door onvoorziene redenen?
3. De **werkwijze van het CRIM**. Hoe verliep het toepassen van deze methode in dit project? Aan te raden in volgend project?

Plaats in fase

4. Heeft u het **rapport gelezen**?
5. Kent u de **werkwijze van het CRIM**?

Uitvoering

6. Doel = **algemeen beeld vormen**. In hoeverre is dit gelukt?

Ervaring

7. Waarschijnlijk bepaalde **verwachting** vooraf. Hoe **tevreden** bent u over 1) de werkwijze, 2) uitvoering en 3) het rapport ten opzichte van je verwachtingen?
8. Hoe **succesvol** was deze review? Waar **baseer** je dit op? Bepaalde feiten?
9. Welke **factoren** zijn mogelijk van invloed bij de uitvoering van het onderzoek?

Functionaliteit

10. Onderzoek gedaan om inzicht te krijgen. Is **inzicht / rapport daadwerkelijk gebruikt**? Hoe en wanneer?

Aansluiting bij de huidige situatie

11. In hoeverre denk je dat er **behoefte** was bij de Kaapverdianen aan een Review als dit?
12. In hoeverre denk je dat de **Kaapverdianen** dit rapport in de toekomst gaan gebruiken?

Participatie

13. Heb je het idee dat **jij inspraak** hebt gehad, of **sturing** hebt kunnen geven aan de **inhoud van het rapport**? **Veel** of **weinig**. **Gunstig** of **niet**? **Veel** of **weinig invloed**?
14. Heb je het idee dat **andere Kaapverdianen inspraak** hebben gehad, of **sturing** hebben kunnen geven aan de **inhoud van het rapport**? Wie en wanneer? **Veel** of **weinig**. **Gunstig** of **niet**? **Veel** of **weinig invloed**?
15. Wat is de **wenselijke** situatie?

Aanbevelingen

16. Welke **aanbevelingen** zou u doen voor een ander project, dat dezelfde werkwijze zou willen gebruiken? (Bij andere etnische groeperingen? Andere communities, Marcel bij stuurgroep?)
17. Zou je in een volgend project de **volgorde van onderzoek** (review en community report) en conferenties willen veranderen? Wat vind je van het volgende idee: de conferenties meer uit elkaar halen. De eerste conferentie veel meer naar voren, de tweede conferentie bijna aan het einde, onderzoek Marcel en Marjan integreren en toespitsen op dat wat er uit de eerste conferentie komt?

Sociale infrastructuur in kaart brengen & gezondheidsportretten

De volgende fase, de inventarisatiefase van het project bestond uit twee delen: de community-analyses en de gezondheidsportretten.

Het eerste deel, de community-analyse, bracht de (in)formele sociale infrastructuur in kaart en daarnaast werd er gezocht naar dragers in de gemeenschappen die benaderd konden worden om in het project een actieve rol te gaan spelen. Het tweede deel, de gezondheidsportretten, bestond uit de inventarisatie van de ervaren gezondheid van migrantengemeenschap qua leefstijlen en gezondheidsculturen door middel van diepte-interviews met leden van de doelgroep.

Vragen voor onderzoeker Community Report

Uitvoering

18. Doel is in kaart brengen (in)formele sociale infrastructuur en zoeken naar **dragere in de gemeenschap** (die actieve rol konden spelen). In hoeverre is dit gelukt?

- Traden er onvoorziene ontwikkelingen op tijdens de activiteiten? (**rol kerk / politieke kleur van Avança?**) Welke aanpassingen zijn aangebracht aan het plan door onvoorziene redenen?
- Ik begreep dat je **via Avança aan informatie** kwam. Klopt dat? Hoe werkte dit? Werkte dit zoals gehoopt?
- **Uiteindelijk 6 gezondheidsportretten**. Verliep de **uitvoering** van de gezondheidsportretten als bedoeld? En traden er onvoorziene ontwikkelingen op tijdens de activiteiten? Welke aanpassingen (aan het plan) zijn er in de fase van analyseren aangebracht door onvoorziene redenen?
- **Jij als vrouw**. Hoe ervaren? Andere strategie? Aanbevelingen?

Plaats in fase

- Heb je het rapport **gelezen**?

Proces

- Doel is in kaart brengen (in)formele sociale infrastructuur en zoeken naar **dragers in de gemeenschap** (die actieve rol konden spelen). In hoeverre is dit gelukt?

Ervaring

- **Verwachting** vooraf. Hoe tevreden ten opzichte je verwachtingen bent u over 1) de werkwijze, 2) uitvoering en 3) het rapport?
- En hoe **succesvol** was het onderzoek en het rapport? Waar baseer je dit op? Feiten? Reacties?
- **Gezondheidsportretten** in toneelstukje. Reacties.
- Welke **factoren** zijn mogelijk van invloed bij de uitvoering van het onderzoek?

Functionaliteit

- Onderzoek gedaan om **aanknopingspunten zoeken en dragers in de gemeenschap** te benaderen. Is deze **informatie** daadwerkelijk gebruikt? Hoe?
- Wat **leverde het rapport** op? Verder gebruikt in het project, naast **toneelstukjes**?

Aansluiting bij huidige situatie

- Hoe hoog schat je het **nut** in van het community report? Voor **wie**?

Participatie

- Heb je het idee dat **jij inspraak** hebben gehad, of **sturing** hebben kunnen geven aan de **inhoud van het rapport**? Wie en wanneer? **Veel of weinig. Gunstig of niet? Veel of weinig invloed?**
- Heb je het idee dat **andere Kaapverdianen inspraak** hebben gehad, of **sturing** hebben kunnen geven aan de **inhoud van het rapport**? Wie en wanneer? **Veel of weinig. Gunstig of niet? Veel of weinig invloed?**
- Wat is wenselijk?

Aanbevelingen

- Welke **aanbevelingen** zou u doen voor een ander project? Wel / niet doen? Dezelfde werkwijze gebruiken? Bij de Kaapverdianen of bij een andere etnische groep?

Eerste en tweede conferentie en het interventievoorstel

Na de onderzoeksfasen werden de conferenties georganiseerd.

Doel van de eerste interventie was het inventariseren van problemen in de wijk met gemeenschapsleden en professionals uit de wijk. Doel van de tweede interventies was het bedenken van concrete maatregelen voor gesignaleerde problemen, waaraan professionals zich committeren.

Vragen aan persoon die verantwoordelijk was voor de organisatie

Uitvoering

- Hoe verliep **de organisatie** van de eerste en tweede conferentie? En traden er onvoorziene ontwikkelingen op tijdens de activiteiten? Welke aanpassingen (aan het plan) zijn er aangebracht door onvoorziene redenen?
- Ik las iets over **uitnodigingen** die verstuurd waren. Wat voor publiek hebben jullie aangeschreven? Hoeveel?
- Jullie hebben de conferenties **bij Avança** gehouden. Hierover nagedacht? (Las in voorafgaand onderzoek dat er een waterscheiding bestaat!) Hoe, wat?
- **Dag in de week**. Hoe is dat gepland?
- **Aankleding qua eten – muziek, theater**. Hoe reageerde publiek?
- Hebben jullie een **communicatieplan** gemaakt? Hoe zag deze eruit?
- In de vergadering werd gesproken over een **vooraankondiging** die noodzakelijk was op tweede conferentie. Is dit gedaan?
- Is er voor de uitnodiging van de tweede conferentie **blanco briefpapier** gebruikt? En is het **programma** meegestuurd?

Vragen aan aanwezigen bij de

Uitvoering

- Het doel van de eerste conferentie was het **inventariseren van problemen in de wijk met gemeenschapsleden en professionals** uit de wijk. Is dit gelukt? Opkomst?
- Traden er onvoorziene ontwikkelingen op tijdens de activiteiten? Welke aanpassingen (aan het plan) zijn er aangebracht door onvoorziene
- Ik las dat de presentatie goed verliep. Een **Kaapverdische presentator**, is daar bewust voor gekozen? En had het zijn **gewenste effect**? **Volgende keer** weer?
- De **reacties op de toneelstukjes**?
- De **werkwijze met de stellingen**? Aan te bevelen?

Reëel waargenomen effect

- **Begrepen** de aanwezigen wat precies de **bedoeling** was?

Uitvoering

- Het doel van de tweede conferentie was het **bedenken van concrete maatregelen** voor **gesignaleerde problemen**, waaraan professionals zich **committeren**. Gebeurde dit ook?
- Traden er **onvoorziene ontwikkelingen** op tijdens de activiteiten? Welke aanpassingen (aan het plan) zijn er in de fase van analyseren aangebracht door onvoorziene enen?
- Op de conferentie vonden **discussies** plaats. Welke groep zat u? Hoe verliep de discussie? (diversiteit, inbreng argumenten)

Reëel waargenomen effect

- Achteraf **blijkt** dat sommige aanwezigen op de conferentie **niets meer wisten** van het (doel van het) project Nôz Saúde. Hoe denk je dat dat komt?

Vragen aan schrijfster interventieplan

Uitvoering

- Het schrijven van het interventieplan **duurde langer dan gepland**. Wat was de **voornaamste reden** hiervoor?
- Traden er onvoorziene ontwikkelingen op tijdens proces?
- Voor het voorstel gebruikte je de input van informatie van gezondheidsprofessionals, ervaringen eerdere interventies, deelnemers conferenties. **woog je de informatie af? Welk onderdeel woog je bijvoorbeeld het zwaarst?**

Ervarin

- U **verwachte** waarschijnlijk wel iets van de conferenties. Hoe **tevreden** ben je over....
- ... de uitvoering van de eerste conferentie ten opzichte van je
- ... de uitvoering van de tweede conferentie ten opzichte van je
- ... het interventieplan ten opzichte van je verwachtingen?
- Hoe **succesvol** was de **eerste conferentie**, de **tweede conferentie** en het **interventieplan**? Waar baseer je dit op? Feiten? Vergelijkingen?
- Zijn er nog **factoren** van invloed die een **positief of juist negatieve invloed** hadden bij de uitvoering van de conferenties?
- *Vragen aan iedereen: Beide conferenties*

Functionaliteit

- **Hoe essentieel** zijn de conferenties geweest voor het **uiteindelijk plan**?

Reëel waargenomen effecten

- **Wat leverde** de conferentie op?
- Wat zijn de **voor- en nadelen** van het houden van de conferenties?
- Hoe denk jij dat de **Kaapverdianse deelnemers** de conferentie ervoeren?
- Hoe denk jij dat de (Nederlandse) **hulpverleners** de conferentie ervoeren?

Aansluiting bij huidige situatie

- Werden de conferenties uitgevoerd in **Kaapverdianse stijl**?

Participatie

- In hoeverre had jij, **als deelnemer** van de conferentie, het gevoel dat je **inspraak** had? En in hoeverre hadden de anderen **het idee** dat ze inspraak hadden?
- Wat vind je van deze **vorm van inspraak**? **Voldoende of te kort, wenselijk of niet wenselijk?**

Aanbevelingen

- Welke **aanbevelingen** zou u doen voor een ander project voor Kaapverdianen die willen werken conferenties / inspraak mogelijkheden? En voor andere etnische

Interventie I: Zorgoverleg

Verwachtingen uitvoering / ervaring

- Wat zijn uw **verwachtingen** over de **gesprekken met hulpverleners** voorafgaand aan het zorgoverleg?
- Wat zijn uw **verwachtingen** over de **uitvoering** van het zorgoverleg?
- Wat zijn de verwachtingen over de **toekomst**?

Maat tevredenheid

- Wanneer bent u **tevreden** bij het zorgoverleg?
- Als hulpverleners positief waren over de
- Of pas als hulpverleners aangeven dat ze zich in willen zetten voor de opbouw van het
- Of pas als management van aanwezige organisaties wil
- Of pas als er een document ligt waarin staat dat het netwerk wordt

Gevolgen

- Hoe denk je dat de hulpverleners zullen **reageren**?

Aan wergroepeden

Aansluiting huidige situatie

- Zou jij (als Kaapverdiaan) dit zorgoverleg **anders opgestart** hebben als jij mocht bepalen wat er gebeurde?
- Denk je dat dit zorgoverleg **aansluit bij datgene** wat Kaapverdiannen **nodig** hebben op dit moment op het gebied van de gezondheidszorg?

Participatie

- Heb je het idee dat **jij inspraak** hebben gehad, of **sturing** hebben kunnen geven aan het bedenken van..... (Wie en wanneer? **Veel of weinig. Gunstig of niet? Veel of weinig invloed?**)
- het plan voor **het zorgoverleg**
- het **uitkiezen** van **personen** voor de interviews / zorgoverleg
- de **uitvoering** van het overleg
- de **inhoud** van het overleg

Interventie II: Generatieproblematiek

Verwachting

- Wat zijn uw **verwachtingen** over de **film**?
- Wat is uw **verwachting** over de **bijeenkomst**?
- Het **doel**: het opstarten van een dialoog over generatieproblematiek en opvoedingsthema's. In hoeverre u dat dit **haalbaar** is?

Maat tevredenheid

- Wanneer zou u **tevreden** zijn over de activiteit?

Voor

Aansluiting huidige situatie

- Vind je het onderwerp 'generatieproblematiek' en 'opvoeding' een **belangrijk thema** voor de **Kaapverdiaanse gemeenschap** in het kader van 'welzijn' en 'gezondheid'?
- Zou jij (als Kaapverdiaan) een activiteit rond het onderwerp 'generatieproblematiek' of **anders aangepakt** hebben als jij mocht bepalen wat er
- Zou je de bijeenkomst ook **organiseren** als je **geen bemoeienissen** had met het NIGZ / ZonMw of wat dan ook?
- Denk je dat de **gemeenschap zit te wachten op een film**?

Gevolgen

- Hoe zullen ze **reageren**?
- Denk je dat deze filmvertoning (bijeenkomst en TV) **invloed** heeft op de **Kaapverdische gemeenschap**? **Functionaliteit**
- Wat zijn jullie plannen met de film in de **toekomst**?

Voor deelnemers

Participatie

- In hoeverre heb je het idee dat je inspraak had, mee kon beslissen en sturing kon geven
- ... het **plan** van het **filmpje**?
- ... de **uitvoering** van het **maken**?
- ... de **uitvoering** van de **bijeenkomst**?
- ... dat wat jullie willen doen met het filmpje in de **toekomst**?

Aanbevelingen

- Weer een **film** als medium in de toekomst?

- Dit onderwerp aan te bevelen bij andere etnische groepen?

Stuurgroep

- Bij aanvang van het project is een stuurgroep en een werkgroep geformeerd.

Deelname bijeenkomsten

- Bent u wel eens **afwezig** geweest bij een bijeenkomst van de stuur- / werkgroep? Was hier een specifieke **reden** voor?

Representativiteit

- Hoe **representatief** schat u de stuurgroep in voor dit project? Zijn spelers onder- / oververtegenwoordigd? Zo ja, **welke** spelers / belangengroepen / personen zouden betrokken moeten worden om de **samenstelling beter** te maken?

Discussie

- Hoe verliep de **discussie** op de vergaderingen? (Nam iedereen deel? Kon iedereen zijn ei kwijt? Waren er nog opvallende dingen hierbij? Voelde iedereen zich thuis?)
- Welke **rol** nam u in als er een **discussie** op gang kwam? (Actief, passief, vrij of juist ongemakkelijk?)

Uitvoering taakverdeling

- Ik neem aan dat ieder lid een bepaalde taak / rol toegewezen heeft gekregen. Bleef iedereen ook **bij zijn taak**?

Communicatie partners

- Hoe verliep de **communicatie** tussen de stuurgroepleden en **binnen de groep**? (goed – slecht, niet vaak – vaak, niet-informatief, informatief, oncomfortabel - comfortabel, ineffectief – effectief?)

Functionaliteit

- Ik wil u nu een aantal stellingen voorleggen. U mag hierop reageren. Mee eens/ niet mee eens, uitleg. "De verdeling stuurgroep / werkgroep is niet nuttig omdat deze in de praktijk toch door elkaar heen lopen"

Aanbevelingen

- Zou het project heel anders verlopen als niet alleen een koepelorganisatie van zelforganisaties, zoals bij Avanço, had meegewerkt, maar ook leidinggevende van zelforganisaties (lager niveau!)?
- Tot slot, wat zou u, ten aanzien van een optimale werking van een stuurgroep, aanbevelen voor een volgend project? (welke verandering t.o.v. huidige stuurgroep / werkgroep: wie, hoe vaak, verdeling stuur / werk, ...)

GEHELE PROJECT Aansluiting huidige situatie (financiën, deskundigheid of faciliteiten)

Review, Radioprogramma, Diabetesvoorlichtingen, Gezondheidsinformatiepunt?, ...?, Jong geleerd, oud gedaan?

Mate van aansluiting

- Heb jij het gevoel dat dit project **aansluiting** vindt bij de **leefwereld van Kaapverdianen**?

Wenselijkheid

- In hoeverre vond jij het **wenselijk** om aan te sluiten bij **Kaapverdiaanse gemeenschap**? **Meer / minder**? Op welke **punten**?

Factoren van invloed

- Zijn er **factoren** die mogelijk van invloed zijn bij het al dan niet aansluiten bij de huidige situatie? (misschien **rol stuurgroepleden / Avanço / medewerking** mensen..?)

Reëel waargenomen effecten

- Welke **voordelen** had de aansluiting in dit project?
- Welke **nadelen** had de aansluiting in dit project?
- Wat **betekende** dit voor het **verloop** van het project?
- Welke **aanbevelingen** qua strategie zou u doen voor een andere (nieuwe) projecten bij Kaapverdianen? En eventueel bij andere etnische groeperingen?

Participatie

Aanbeveling

- Zou u de **participatie** in een **volgend project** gedurende het project willen **intensiveren**?

Continuatie

Tevredenheid continuatie plannen.

Voorspelling toekomst?

Aanbeveling ander project voor 'betere' / 'meer' continuatie?

Effecten

Ownership Heb je het idee dat de Kaapverdiaanse gemeenschap heeft besloten wat er in dit project gedaan zal worden?

Bijlage V: Organisaties van deelnemers Zorgnetwerk

- Basisberaad
- Krisiscentrum Rotterdam
- Fedic
- Casa Teberia
- OEK Rotterdam
- Basisberaad
- MEE Rotterdam
- DISCK
- Humanitas, afd. JP
- Mikado
- LZN
- Nieuwe perspectieven Delfshaven
- Jouw Project
- Delphi Opbouwwerk
- GGD Rotterdam
- Thuiszorg
- SMDD afdeling ouderenwerk / maatschappelijk werk
- Steunpunt stervensbegeleiding & rouw in de interculturele samenleving (COS-Rijnmond)
- Raroquia Nossa Senhora da Paz
- CVD en BAVO/RNO groep

Bijlage VI: Vragenlijst I

ter evaluatie van de eerste bijeenkomst van het zorgnetwerk

Deze bijeenkomst

	zeer mee eens	mee eens	geen mening	mee oneens	zeer mee oneens	
8. Ik vond de bijeenkomst nuttig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Ik vond het leuk om de bijeenkomst bij te wonen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. De bijeenkomst was goed georganiseerd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. De agenda van de bijeenkomst was duidelijk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. De gespreksleider deed zijn werk goed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. De sfeer was prettig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. De uitnodiging voor de bijeenkomst was op tijd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	zeer mee eens	mee eens	geen mening	mee oneens	zeer mee oneens	
15. Het voorstel van dit zorgoverleg <u>sluit aan</u> bij...						
a. mijn dagelijkse werkzaamheden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. de organisatie waar ik werk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. de sector waarin ik werkzaam ben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Ik ben een enthousiast als deelne(e)m(st)er voor het Zorgnetwerk Kaapverdianen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Welke waarde denkt u dat dit zorgnetwerk voor u kan hebben?						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
				Ja	Misschien	Nee
18. Bent u van plan in de toekomst de sociale kaart te gebruiken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Bent u van plan om andere hulpverleners te wijzen op het bestaan van de sociale kaart?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Bent u van plan om deel te nemen aan het Zorgnetwerk Kaapverdianen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Bent u van plan om naar de volgende bijeenkomst van het zorgnetwerk te komen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De toekomst van het Zorgnetwerk Kaapverdianen

22. Kunt u nu al mogelijke obstakels noemen die de werking van het zorgnetwerk zouden kunnen beïnvloeden? U kunt bijvoorbeeld denken aan persoonlijke of organisationele barrières.

- Ja. (Ga verder met vraag 16.)
- Nee. (Ga verder met vraag 17.)

23. Zo ja, kunt u dit toelichten?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Globaal kunnen er twee doelen worden geformuleerd voor het Zorgnetwerk Kaapverdianen

- **Verbetering van de hulp- en dienstverlening aan Kaapverdianen.**
- **Meer contact tussen de hulpverleners over Kaapverdiaanse hulpvragers. (Dit is een doel van het netwerk, maar tevens ook een middel om het eerste doel te bereiken.)**

Vraag 17 t/m 20 hebben betrekking op deze doelen.

Het eerste doel:

Een verbetering van de hulp- en dienstverlening aan Kaapverdianen.

- | | zeer
mee
eens | mee
eens | geen
mening | mee
oneens | zeer
mee
oneens |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 24. Ik vertrouw erop dat dit doel op <u>korte termijn</u> wordt verwezenlijkt door het voorgestelde netwerk. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Ik vertrouw erop dat dit doel op <u>lange termijn</u> wordt verwezenlijkt door het voorgestelde netwerk. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Het tweede doel (en tevens middel):

Meer contact tussen de hulpverleners over Kaapverdiase hulpvragers.

- | | zeer
mee
eens | mee
eens | geen
mening | mee
oneens | zeer
mee
oneens |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 26. Ik vertrouw erop dat dit doel (meer contact) verwezenlijkt wordt door het voorgestelde netwerk (op korte en lange termijn). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Ik vertrouw erop dit (meer contact) een goed middel is om het eerste doel (verbetering van de hulpverlening) te bereiken. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

28. Heeft u verder nog opmerkingen of wilt u graag nog iets kwijt?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

29. Het is mogelijk dat een antwoord dat u gegeven hebt aanleiding geeft voor vragen. Zou ik in dit geval daarover telefonisch contact met u mogen opnemen?

- Ja
- Nee

Zo ja, uw naam & telefoonnummer?.....
.....

Hartelijk dank voor uw reactie!

Bijlage VII: Vragenlijst II

Vragenlijst in het kader van het vooronderzoek Zorgwerk.

Voorstellen

Naam, organisatie, lid van werkgroep Nô's Saúde

Achtergrond

Nô's Saúde is een project rondom **gezondheidsbevordering** in de Kaapverdiaanse gemeenschap in Rotterdam. Op het lokale niveau, Rotterdam, werken we samen met Stichting Avanço, de GGD Rotterdam e.o., Delphi Opbouwwerk, NIGZ en het Verwey-Jonker Instituut. Een van de **thema's** die centraal staat in dit project is de **communicatie tussen hulpverleners en Kaapverdiaanse hulpvragers**.

In dit project wordt geprobeerd **hulpverleners** te ondersteunen bij problemen met Kaapverdiaanse patiënten / cliënten. Men tracht een netwerk / zorgoverleg op te richten, waarbij **communicatie, dialoog en samenwerking** tussen informele en professionele hulpverleners centraal staat. Daarnaast probeert men door andere activiteiten **Kaapverdiaanse bewoners** van Rotterdam **kennis en vaardigheden** bij te brengen over de Nederlandse zorg.

Momenteel zijn wij bezig met het **organiseren van een bijeenkomst**. Deze bijeenkomst wordt georganiseerd voor hulpverleners die met Kaapverdiaanse patiënten / cliënten te maken hebben. We willen proberen de communicatie tussen Kaapverdiënen en hulpverleners te verbeteren en een netwerk op te zetten, waardoor hulpverleners elkaar kunnen ontmoeten.

Doel van dit gesprek

U bent een van de vele hulpverleners waar wij, als werkgroep, een gesprek mee voeren. Door deze gesprekken proberen wij **inzicht te krijgen in de eventuele problemen** van hulpverleners bij Kaapverdiënen, en hun **ideeën over een netwerk**. Wij zijn **geïnteresseerd in uw ervaringen** met Kaapverdiaanse patiënten / cliënten en **uw mening** over een toekomstige bijeenkomst. Deze bijeenkomst zal waarschijnlijk het begin zijn voor de opzet van een netwerk van hulpverleners die te maken hebben met Kaapverdiënen.

Opzet interview

Dit interview zal ongeveer 15/20 minuten duren. Eerst zal ik enkele **algemene** vragen stellen. Daarna gaan we in op mogelijke **problemen** die u heeft ervaren. Tot slot wordt uw **mening** gevraagd over de **bijeenkomst** en een **netwerk**.

1. Naam:
2. Organisatie:
3. Functie:
4. Telefoonnummer:.....
(persoonlijk telefoonnummer i.v.m. contact leggen bijeenkomst, en achterhalen afwezigheid)
5. E-mail adres:.....
(persoonlijk mailadres i.v.m. contact leggen bijeenkomst, en achterhalen afwezigheid)
6. Geslacht:
 - Man
 - Vrouw
7. Werkt er bij uw organisatie een Kaapverdiaans sprekend persoon?
 - Nee
 - Ja, (naam))
8. Heeft u in uw werk wel eens te maken met Kaapverdiaanse patiënten / cliënten / bewoner / etc.?
 - Heel vaak, ga naar **vraag 10**
 - Vaak, ga naar **vraag 10**
 - Soms, ga naar **vraag 10**
 - Zelden, ga naar **vraag 9**
 - Nooit, ga naar **vraag 9**
9. Waarom heeft u zelden of nooit in uw werk met Kaapverdiaanse patiënten / cliënten / bewoners / etc. te maken? Hoe komt dat?
.....
.....
.....(ga naar **vraag 12**)
10. Ervaart u wel eens barrières bij de hulpverlening van Kaapverdiaanse patiënten / cliënten / bewoners etc.?
(Laat de hulpverlener goed nadenken. Probeer geen antwoorden aan te dragen. Ze moeten zelf aangeven wat zij als barrières / problemen ervaren. Na het interview mag je wel aangeven wat andere hulpverleners als barrières zien etc.)
 - Nee (ga naar vraag 11)
 - Zo ja, welke?
 -
 -
 -
11. Wat zou een oplossing kunnen zijn voor deze barrière / deze barrières?
.....
.....
.....

12. Heeft u (het afgelopen half jaar) contacten gehad met andere hulpverleners / professionals / informele hulpverleners / actieve bewoners etc. over (barrières / problemen) met Kaapverdiaanse patiënten / cliënten?
- Nee
 - Ja, op incidentele basis (af en toe)
 - Ja, op regulier basis (regelmatig)
- Zo ja, met wie?.....
-
-
13. Wij zijn nu bezig met het opzetten van een netwerk voor hulpverleners, zowel formele als informele, die te maken hebben met Kaapverdianen. Ook hulpverleners die nog niet te maken hebben met Kaapverdianen zullen betrokken worden. Hoe ziet u zo'n netwerk voor u? (Welke rol zou dit netwerk bijvoorbeeld kunnen spelen? In welke vorm zou het interessant zijn voor u? Wanneer zou het een meerwaarde voor u hebben? etc.)
-
-
-
14. In hoe verre denkt u dat uw organisatie zou kunnen bijdragen bij de opzet van een eventueel netwerk (in de vorm van ruimte, menskracht en/of financiële middelen)? (misschien kunnen jullie een suggestie geven om de geïnterviewde erover te laten brainstormen / praten op hoger niveau vóór de bijeenkomst van het zorgoverleg)
-
-
15. Heeft u nog aanvullingen op de sociale kaart? Eventueel personen of instanties die niet op de lijst staan en die wel van belang zijn voor een goed functionerend netwerk?
-
-(naam, tel)
16. Heeft u verder nog vragen over het project of suggesties voor het netwerk?
-
-
-

Binnenkort krijgt de persoon meer informatie over netwerk / bijeenkomst!
 Waarschijnlijk 17 februari 2003, 16.00 uur!!!

Reflectie op gesprek

Verliep het gesprek prettig of juist niet? Andere opmerkingen?

.....

.....

Gesprek gevoerd met Antao / Maria / Mito

* omcirkel naam

Bijlage VIII: Sketches voor toneelgroep 100% Cabo

Commentaar van Marjan de Gruijter (Verwey-Jonker Instituut)

Sketch I

“Beetje Goed”

Dokter onderzoekt patiënt. Hij heeft last en pijn op vele plaatsen (veel hoesten en zuchten).

Dokter constateert hartritmestoornissen.

Patiënt heeft pijn en wil medicijnen/pillen.

Dokter informeert naar de situatie van patiënt.

D: ‘Hoe gaat het op uw werk?’

P: ‘Beetje goed’ (werkt veel te veel)

D: ‘Hoe gaat het thuis?’

P: ‘Problemen, maar geen probleem’

Patiënt heeft de medicijnen van zijn zus geprobeerd (half afgemaakte antibioticakuur) en dat werkte meteen, dat wil hij ook hebben.

Dokter vertelt dat zomaar de medicijnen van een ander gebruiken gevaarlijk kan zijn.

Ze adviseert patiënt rustiger aan te doen op zijn werk en zegt hem dat hij moet gaan sporten of zwemmen (om te ontspannen).

Patiënt is boos en teleurgesteld en loopt weg met de opmerking dat hij wel pillen krijgt van vrienden en vindt de huisarts een dokter van niks.

In deze scène is iets verteld over psychosociale problemen. Dit zijn problemen die te maken hebben met omgaan met het dagelijks leven. Uit ons onderzoek blijkt dat Kaapverdianen vaak last hebben van dergelijke problemen. Het gaat dan bijvoorbeeld om stress, depressie of drankmisbruik. Het is vaak lastig om deze problemen te bespreken. Dit komt omdat men zich schaamt, maar ook omdat het lastig is om zo'n probleem te herkennen. De patiënt in het stukje van zonet wil graag medicijnen krijgen van de dokter omdat hij gelooft dat hij daardoor beter zal worden. De dokter denkt daar heel anders over. Die denkt dat psychische problemen de oorzaak zijn van de gezondheidsklachten. Uiteindelijk is in het stukje van zonet niets opgelost. Dat komt omdat de patiënt niet begrijpt dat de oorzaak van zijn probleem misschien niet lichamelijk, maar geestelijk is.

Sketch II

“Het gaat geweldig”

Moeder komt met hoestende dochter en veel tassen aanlopen. Telefoon gaat en wordt opgenomen. Heftig gesprek met ex-man die de zoon kwijt wil. Moeder moet naar de dokter met het kind en kan het niet oplossen. Zegt de man dat hij het voor deze ene dag maar een keer zelf moet oplossen.

Tijdens het gesprek wil de dochter aandacht en met papa praten. As moeder ophangt komt een kennis langs en vraagt hoe het gaat. Het gaat goed, weer de telefoon. De man probeert het nog een keer, wordt afgeblaft door de moeder.

De kennis vraagt bezorgd of het echt wel goed gaat.

De moeder gooit alles eruit en zegt dat het GEWELDIG gaat: Twee banen, 2 kinderen, een ex die nog te beroerd is om 1 dag op haar zoon te passen, een zieke dochter, het gaat ontzettend goed.

Moeder loopt af met zieke dochter. Kennis blijft verbouwereerd achter en zegt; ik bel je nog wel (loopt weg).

De theatergroep heeft in deze scène laten zien dat het zwaar is om voor je kinderen te zorgen en om te werken. Dit hebben wij in ons onderzoek de ‘dubbeltaak van vrouwen’ genoemd. Veel Kaapverdiaanse moeders staan er alleen voor. Maar diezelfde moeders hebben ook nog werk buitenshuis. Uit ons onderzoek blijkt dat deze dubbele taak gevolgen kan hebben voor de

gezondheid en het welzijn. Niet alleen voor de moeders zelf, zoals bleek in het stukje, maar ook voor hun kinderen. Een goed voorbeeld hiervan is het gegeven dat veel Kaapverdiaanse vrouwen schoonmaakwerk doen. Het werk is meestal 's ochtends vroeg en in de avond. Dan zijn de kinderen alleen thuis. Moeders hebben dan geen tijd om eten te maken, of om de kinderen te helpen met hun huiswerk. Ook kunnen er gemakkelijk ongelukken in huis gebeuren. Het stukje maakt duidelijk dat de dubbele taak van de moeders niet alleen schadelijk kan zijn voor de moeder, maar ook voor anderen in haar omgeving.

Sketch III **“Prove d’amor”**

Deel 1

Het stel zit heel verliefd te wezen.

Hij is zo verliefd en ze zijn elke dag samen en dat al 2 weken. Ze houden zoveel van elkaar. Hij wil zijn liefde bewijzen aan haar. Hij vindt haar ‘zo lauw’ (superlief en gaaf).

Zij begint over condooms, na veel gestotter. Hij valt uit (niet heel kwaad) vertrouw je me niet. Ik wil echt dicht bij jou zijn ‘vlees op vlees’. De eerste keer wordt je nooit zwanger etc.

Zij laat zich ompraten, verliefd einde.

Deel 2

Moeder spreekt bijna alleen Kaapverdiaans, dochter spreekt Nederlands.

Dochter moet iets vertellen; ze is zwanger.

Moeder dreigt meteen met het huis uitzetten (is sprakeloos en overstuur).

Dochter legt uit hoe ze het allemaal gaat aanpakken bij de sociale dienst (heeft zich precies laten vertellen hoe ze aan geld moet komen). Dochter is nog steeds erg verliefd en verdedigt haar DJ vriendje.

Moeder vraagt zich af waarom dochter niet is komen praten over seks en condooms. Dochter geeft duidelijk aan dat die openheid er nooit geweest is. Moeder stuurt dochter weg. Moeder huilt en dochter vertrekt kwaad richting vriend, die haar tenminste begrijpt en haar beste vriendin die ook zwanger is.

In dit stukje zijn eigenlijk een aantal onderwerpen aan de orde gekomen. Eerst gaat het om het gebruik van voorbehoedsmiddelen. Uit ons onderzoek blijkt dat dat vaak niet gebeurt. Zoals de theatergroep heeft laten zien, heeft dat niet altijd te maken met gebrek aan kennis. Het meisje wist wat condooms zijn en wilde ze eigenlijk ook gebruiken. Toch gebeurde dit niet..... Toen werd het meisje zwanger. Dit komt vaak voor in de Kaapverdiaanse gemeenschap. Tijdens interviews is ons verteld dat de meiden die zwanger raken denken dat ze het allemaal wel kunnen regelen. Ze denken bijvoorbeeld dat ze gewoon hun school kunnen afmaken, een uitkering kunnen aanvragen en een eigen woning kunnen krijgen. Als het kindje eenmaal geboren is, blijkt dat het allemaal veel moeilijker is dan men dacht.

Sketch VI **“Voorschot”**

Een situatie die vaak voorkomt bij het CWI. Iemand komt voor een voorschot naar het CWI en krijgt dat daar niet. De Cliënt krijgt een verwijsbriefje voor de sociale dienst en kan daar iets regelen. Mensen begrijpen dit vaak niet en het is ook een verwarrende situatie.

In de scène spreekt de Kaapverdiaanse erg slecht Nederlands. De CWI-medewerker legt een paar keer de situatie uit (belt ook al over het voorschot naar de sociale dienst, waarbij de naam van de cliënt doorgeeft en ze het taalprobleem al aangeeft). De Kaapverdiaanse blijft vragen om een voorschot. De CWI-medewerker wordt ongeduldig, legt het nog 1 keer uit. De Kaapverdiaanse zegt dat ze het snapt, maar alleen om de CWI-medewerker te sussen (durft niet door te vragen,

spreekt de taal te slecht en gaat onzeker weg). De CWI-medewerker is gefrustreerd; ze heeft haar werk op zich goed gedaan, maar heeft de vrouw niet geholpen (ze had haar een tolk kunnen laten halen of bellen). Ze baalt van de regeling die onduidelijk is en van de miscommunicatie. Maar ze gooit het probleem op het ‘domme wijf’.

In dit stukje gaat het eigenlijk over misverstanden, of miscommunicatie. Het onderwerp van dit stukje is “Toegankelijkheid van zorg- en welzijnsvoorzieningen”. Dit is een hele brede term om aan te geven dat Kaapverdianen vaak niet weten waar ze heen moeten met hun hulpvraag. Ook weet men vaak niet hoe dingen werken.

In het stukje gaat het om een mevrouw die probeert om duidelijk te maken dat ze een voorschot wil. De medewerker kan niet goed uitleggen waarom dat niet kan, en wat de mevrouw moet doen. Dit voorbeeld gaat over het krijgen van een uitkering, maar ook met betrekking tot de gezondheidszorg zijn er veel misverstanden.

In ons onderzoek kregen we hiervan een mooi voorbeeld. Er was een man die op een dag radeloos bij een opbouwwerker kwam. Daar vertelde hij dat hij schulden had, dat hij ruzie had met zijn vrouw, dat zijn kind het niet goed deed op school en dat hij zich heel ziek voelde. Hij vroeg aan de opbouwwerker wat hij moest doen. De opbouwwerker heeft deze man toen geholpen, maar dat was heel moeilijk omdat de problemen helemaal uit de hand waren gelopen. De man had pas hulp gezocht toen het eigenlijk al te laat was. Maar hoe was dat gekomen? De man vertelde dat hij naar de huisarts was geweest, maar die had hem niet begrepen. De man wist ook niet waar hij naar toe moest om hulp te vragen voor zijn schulden.

De man had dus onvoldoende kennis van de instanties. Maar je kunt natuurlijk ook zeggen: Waarom vertellen de instanties niet duidelijker aan Kaapverdianen hoe zij hen kunnen helpen?

Bijlage IX: Gibsonmethode (1e lokale conferenties)

Uit het onderzoek zijn een 25-tal stellingen gehaald, verdeeld over de 4 thema's. In elke stelling wordt een probleem geschetst in de vorm van een oplossingsrichting. Als bijvoorbeeld het probleem is dat er niet voldoende groen in de wijk is, zal de stelling kunnen luiden: In die en die straten moet voor meer beplanting gezorgd worden.

De stellingen zijn op kaartjes gezet (met ONEENS op elke achterkant) en deze kaartjes worden op tafels gelegd die in carrévorm zijn opgesteld. Alle kaartjes liggen met de stelling naar boven op de tafels. De deelnemers lopen langs de tafels en nemen die kaartjes mee waarop een stelling staat waarmee hij of zij het eens is. Niet iedereen hoeft alle kaartjes te lezen. Na 10 minuten worden alle kaartjes die nog op tafel liggen weggelegd, omdat niemand het er mee eens is.

De opgepakte kaartjes worden opnieuw op tafel gelegd met de tekst naar boven. Nu krijgt men de opdracht alles te lezen en de kaartjes met de stelling waar men tegen is om te draaien. Kaartjes die eenmaal op ONEENS zijn gedraaid blijven zo liggen. Na ongeveer 10 minuten liggen er kaartjes met stellingen naar boven en kaartjes met ONEENS naar boven. Met de kaartjes met de stelling naar boven was niemand het oneens. Daarover bestaat dus overeenstemming. De stellingen op de omgedraaide kaartjes daarentegen leveren discussie op. Ze hebben minstens één voorstander (diegene die het kaartje in de eerste ronde heeft opgepakt) en minstens één tegenstander (diegene die het kaartje nu heeft omgedraaid).

De kaartjes met zowel voor- als tegenstanders worden weer met de tekst naar boven gelegd en stuk voor stuk besproken. Het kan zijn dat de tegenstander, wellicht na een kleine verandering, het toch met de stelling eens kan zijn of dat de tegenstander onoverkomelijke bezwaren houdt.

Bijlage X: Stellingen van de 1e conferentie

Discussie:

- Kaapverdiaanse mannen zijn niet geëmancipeerd
- Veel Kaapverdianen hebben gezondheidsproblemen ten gevolge van stress.
- Opvoedingsproblemen en problemen op school ontstaan doordat veel Kaapverdiaanse kinderen 'sleutelkinderen' zijn (kinderen die na school thuiskomen in een huis waar geen toezicht van een volwassene is).
- Kaapverdiaanse mannen zijn niet voldoende betrokken bij de opvoeding van hun kinderen
- Theater is een goede manier om jongeren over veilig vrijen, soa / aids te vertellen.
- Nederlandse artsen hebben geen kennis van de situatie van Kaapverdianen.
- Kaapverdianen hebben vaak de verkeerde verwachtingen als zij bij een Nederlandse arts aankloppen.
- Kaapverdianen zoeken liever hulp bij traditionele genezers.
- Kaapverdiaanse jongens (en meisjes) denken niet na over de gevolgen van onveilig vrijen.
- Alleen Kaapverdiaanse hulpverleners kunnen Kaapverdianen écht begrijpen en helpen bij psychische problemen.

Eens:

- De radio is een goed medium om voorlichting aan Kaapverdianen over veilig vrijen te geven.
- Kaapverdianen zullen niet snel toegeven dat zij problemen hebben met de opvoeding van hun kinderen.
- Als een Kaapverdiaans meisje zwanger is geraakt, is dit voor haar vriend nog geen reden om bij haar te blijven.
- Kaapverdianen vinden het moeilijk om hulp te vragen van instanties. Daardoor komt de hulp vaak te laat.
- Kaapverdiaanse vrouwen en mannen schamen zich voor psychische problemen en zoeken daardoor te laat hulp.
- Kaapverdianen hebben te weinig kennis van de Nederlandse gezondheidszorg.
- De Nederlandse geestelijke gezondheidszorg staat te ver af van de leefwereld van de Kaapverdianen om hen te kunnen helpen bij psychische problemen.
- Sportclubs / culturele instanties moeten meer activiteiten organiseren voor de jeugd 8-14 jaar waarvan ouders werken.
- Kaapverdiaanse ouderen gaan bij de keuze voor een arts of specialist vooral af op verhalen van andere Kaapverdianen.
- Jongens vinden het wel stoer om een kind te hebben, maar laten het in het dagelijks leven afweten.
- Kaapverdiaanse jongeren weten wel hoe ze zwangerschap kunnen voorkomen, maar ze doen het niet.

Oneens:

- Voorlichting over psychische problemen werkt alleen als het op een speelse manier gebracht wordt (bijvoorbeeld via theater).
- De kerk kan een belangrijke rol spelen als het gaat om de aanpak van huiselijk geweld.
- Door het combineren van zorg (voor kinderen) en arbeid krijgen Kaapverdiaanse vrouwen gezondheidsproblemen.
- Het is de verantwoordelijkheid van de school om naschoolse activiteiten te bieden voor kinderen van wie de ouders werken.

- Het is in de mode om als tienermeid een kindje te krijgen.
- Tienermoeders denken dat het krijgen van een kind de oplossing is voor problemen thuis.
- Tienermoeders denken dat het krijgen van een kind ervoor zal zorgen dat de vader bij hen blijft.
- De toegankelijkheid van voorzieningen kan ALLEEN worden vergroot als er meer Kaapverdianen bij deze voorzieningen gaan werken.
- Onbegrip tussen Kaapverdianen en hun arts(en) is geheel terug te voeren op taalproblemen.

Bijlage XI: Werkwijze 2e conferenties

Elke groep bespreekt een aantal mogelijke maatregelen die zijn bedacht om de gezondheidsproblemen aan te pakken. Natuurlijk kunnen ook andere maatregelen in de groep worden bedacht en worden toegevoegd aan de lijst. Per maatregel probeert de groep de volgende vragen te beantwoorden:

1. Formulering van de maatregel
 - a) Klopt de beschrijving van de maatregel?
2. Resultaat van de maatregel
 - a) Wat is het belangrijkste resultaat van de maatregel?
3. Haalbaarheid
 - a) Is deze maatregel te organiseren?
 - b) Aan welke voorwaarden moet worden voldaan?
 - c) Is er voldoende motivatie/draagvlak voor de maatregel?
4. Op welke termijn moet de maatregel worden ondernomen?
 - a) Wanneer moet worden begonnen?
 - b) Wanneer moet het klaar zijn?
5. Wie houdt zich in welk stadium met de maatregel bezig?
 - a) Wie is formeel verantwoordelijk?
 - b) Wie zou moeten financieren?
 - c) Wie voert uit?

De onderstaande teksten zijn per groep uitgedeeld aan de deelnemers, zodat zij iets over de achtergrond van de voorgestelde maatregel konden lezen.

Subgroep 1: Toegang tot de zorg

Aanknopingspunten:

De 1e generatie heeft een taalprobleem, de 2e en 3e generatie niet.

Er bestaan taboes rond sommige onderwerpen zoals kanker of gynaecologie. De 1e generatie heeft meer problemen met deze taboes dan de 2e en de 3e generatie.

Kaapverdianen hebben te weinig of geen kennis van hun (patiënten)rechten.

Er is meer en betere voorlichting nodig, de dokter moet zaken beter uitleggen. De dokter moet ook zelf meer weten over Kaapverdiaanse cultuur. Kaapverdianen voelen zich vaak niet serieus genomen.

Een Kaapverdiaanse zorgconsulent is een goed initiatief, maar bij psychische klachten worden Kaapverdianen liever niet door een Kaapverdiaan geholpen, omdat iedereen elkaar kent (schaamte).

Er is momenteel te weinig aandacht voor psychische klachten. Er bestaat schaamte voor psychische klachten en daardoor zoekt men te laat hulp.

Er bestaat veel meervoudige problematiek.

Mogelijke interventies/maatregelen:

1. Aanstelling van een tweede Kaapverdiaanse zorgconsulent bij een huisartsenpraktijk in Rotterdam. Er is momenteel al één Kaapverdiaanse zorgconsulente werkzaam bij een huisartsenpraktijk, dit tot groot genoegen van de huisartsen en de patiënten. De zorgconsulente helpt bij de klachtenverduidelijking en communicatie over mogelijke behandeling etc. Dit scheelt de huisarts tijd en de patiënt ontvangt een effectiever consult.
2. Uitbreiding activiteiten zorgconsulent bij de woongroep "A pazuada". De zorgconsulent is actief voor de patiënten van de huisarts, waaronder sommige bewoners van "pauzada". De wens is uitbreiding van de uren van de zorgconsulent t.b.v. de woongroep. Er is ruimte beschikbaar en een huisarts en de apotheek zijn in hetzelfde gebouw te vinden. Er is al contact met Hetty Bloemen van de GGD, coördinator allochtone zorgconsulenten.
3. Uitbreiding activiteiten radioprogramma en daaraan verbonden spreekuur. Bijvoorbeeld de competenties van Kaapverdiaanse bewoners versterken, opdat hun interactie met zorg- en hulpverleners verbetert en zij de juiste zorg- en hulpverlening krijgen. (vergroten van kennis van zorg- en hulpverleningsmogelijkheden, vergroten van het inzicht in hun rechten als hulpvrager etc.)
4. Uitbreiding activiteiten TV programma. Stichting Avanço is momenteel bezig met het maken van een programma van en over de thuiszorg. Dit initiatief valt onder het project/ activiteit "dag van de zorg". Het doel is via het communicatiemiddel TV

- aantrekkelijke programma's te maken over de algemene instellingen. Tevens wordt er gewerkt aan een Kaapverdise soap. Er zijn zeker mogelijkheden om dit initiatief inhoudelijk en financieel te koppelen aan het project "Nôs Saúde".
5. Met betrekking tot psychische klachten; een interventie ontwikkelen waar spanningsklachten en bewegen gecombineerd worden (zoals in 'gezond leven en bewegen'). Aansluiten bij het project van de organisaties "moeders en dochters" en bij alle voetbal, basketbal en capoeira activiteiten.
 6. Samenwerkingsverbanden opzetten tussen huisarts, maatschappelijk werk en GGZ. Doel is om een mogelijkheid te creëren voor het houden van casuïstiek besprekingen tussen de verschillende disciplines ter ondersteuning van het behandelen van complexe problematiek.
 7. Inzetten van vertrouwenspersonen bij de zorg voor de geestelijke gezondheid van Kaapverdianen. Dit kunnen mensen uit de gemeenschap zijn die heel veel vertrouwen genieten door hun maatschappelijke of religieuze positie. Deze personen kunnen een rol als deskundige (voor cultuureigen aspecten van de zorg), als intermediair (tussen reguliere zorg en allochtone cliënt) en als informele hulpverlener (in de eigen gemeenschap) vervullen
 8. Hulploket in de wijk opzetten in samenwerking met maatschappelijk werk om toeleiding naar de juiste zorginstanties te faciliteren. Hierbij zou eventueel aansluiting gezocht kunnen worden bij het spreekuur van Stichting Avanço en diverse bewonersorganisaties.

Subgroep 2: Generatieproblematiek / Opvoedingsondersteuning

Aanknopingspunten:

De oudere en jongere generatie begrijpen elkaar vaak niet en botsen. Er is veel onbegrip over en weer. Dit kan een 'oorzaak' zijn van problemen, voornamelijk in de opvoedingssfeer.

Jongeren willen graag elkaar duidelijk maken wat hen bezig houdt. Ouderen willen graag aan de jongeren duidelijk maken hoe ze zelf opgegroeid zijn, wat hun geschiedenis is. Welke normen en waarden zij kennen. Een deelnemer zegt: 'het is jammer dat kinderen van nu geen idee hebben van hoe hun ouders zijn opgevoed. Als dit wel zo zou zijn zouden zij beter begrijpen waarom hun ouders bepaalde dingen moeilijk vinden.'

Ouders missen zelf vaardigheden om in de opvoeding aandacht te geven aan het voorkomen van probleemsituaties van jongeren (zowel voor meiden als voor jongens). Ouderen geven aan dat zij vroeger zelf geen vertrouwensband met hun ouders hadden en dit nu zelf ook niet met hun eigen kinderen tot stand kunnen brengen (je kunt niet geven wat je niet hebt). Tevens speelt er het emancipatievraagstuk; welke rol kunnen ouders hierbij innemen, bijvoorbeeld door middel van opvoeding.

Een ander probleem is het bestaan van sleutelkinderen: kinderen waarop gedurende een deel van de dag geen toezicht is. Kaapverdianen zullen niet snel toegeven dat zij problemen hebben met de opvoeding van hun kinderen.

Mogelijke interventies/maatregelen:

9. Reminiscentie methodiek: elkaar levensverhalen vertellen (herinneringen ophalen) met behulp van foto's (kleine tentoonstelling) en voorwerpen (zowel van vroeger als van nu van jongeren). Wederzijds begrip bewerkstelligen.
10. Theater: jongeren voor ouderen, en ouderen voor jongeren (sketches over samen gekozen thema's die bijvoorbeeld moeilijk bespreekbaar zijn, of waar begrip voor gekweekt wil worden.) Hier kan bijvoorbeeld aansluiting gezocht worden bij het project jong/oud J.O. CABO; 31 mei viert ouderenorganisatie 55+ in Beweging haar 10-jarig bestaan. Op deze dag wordt geprobeerd om d.m.v theater, muziek en dans de dialoog te starten tussen de jongere en de oudere generatie Kaapverdianen.
11. Opzetten dialoog tussen oud en jong. Deze maatregel kan een vervolg zijn op het voorbereidingstraject dat ooit door LIZE (overlegpartner Rijksoverheid voor Zuid-Europese gemeenschappen) Avanço en CABO samen gedaan is. Voor het vervolg waren destijds geen subsidies te krijgen. Gesprekken werden gevoerd tussen jong en oud. Naast gesprekken gaven de jongeren ook aan iets samen met de ouderen te willen doen. Bijvoorbeeld het samenstellen van een expositie over kunst en cultuur op de Kaapverdise eilanden.
12. Opvoedingscursussen aanbieden aan ouders: zoals: Opvoeden zo verder! (3-12 jaar); Beter omgaan met pubers: (12 -16 jaar); Praten met kinderen: (10 – 16 jaar); 13)
13. Home party; Een methodiek voor moeilijk bereikbare ouders van kinderen tussen de 10 en de 16 jaar m.b.t opvoedingsondersteunende activiteiten. Via sleutel figuren worden gastouders geworven. De homeparty vindt plaats in het huis van de gastouder. Het is de bedoeling dat de gastouder 5 tot 12 andere ouders uitnodigt. Een preventiewerker geeft aan huis een opvoedingsondersteunende voorlichting. Aan het eind stimuleert de preventiewerker dat iemand anders de volgende keer gastouder wil zijn. Zo worden steeds nieuwe ouders bereikt. De gastouder krijgt als dank voor de gastvrijheid een geschenk!

Subgroep 3: Seks / tienermoeders / zelfstandigheid (SOA/AIDS)

Aanknopingspunten:

Kennis over seks is wel aanwezig bij de jongeren, maar het is moeilijk om zich ook verantwoordelijk te gedragen

Meiden missen kracht in de onderhandeling met jongens over voorbehoedsmiddelen.

Zwanger worden wordt door meiden gezien als middel om de jongen aan haar te binden.

Zwanger worden is ook een vlucht om uit het ouderlijk huis te gaan en financieel zelfstandig te worden. Dit wekt onbegrip bij de ouders.

Mogelijke interventies/maatregelen:

14. Voorlichting op culturele festivals en tijdens sportevenementen: Aansluiting bij diverse sport- en cultuur activiteiten die georganiseerd worden door de Kaapverdiaanse gemeenschap. Belangrijke data: Sportevenementen: 17 mei internationaal voetbaltoernooi bij complex CBR, Kaapverdiaanse voetbalclub Cabo Verde Boys; 24 mei voetbaltoernooi bij complex CBR, Kaapverdiaanse voetbalclub São Nicolau; 7 en 8 juni internationaal voetbaltoernooi bij complex CBR, Organisatie van Liga (federatie van de Kaapverdiaanse sportorganisaties in Rotterdam). Culturele activiteiten: 25 april, 100% cabo in de theater Evenaar; 24 mei Dunya festival; 8 juni tweede editie Cabo Music Awards in Ahoy' Rotterdam; 21 en 22 juni São João. Eventueel kan gekeken worden naar methodieken zoals gebruikt bij Amor i Salú. Voorlichting werd gegeven tijdens groepsbijeenkomsten, op festivals sporttoernooien, condoomuitdeelacties etc. door Antilliaanse sleutelfiguren in het Papiamentu Voorlichtingsstrategieën: massamedia, groepsvoorlichting, gesprekjes met bezoekers op manifestaties, trainingen voor intermediairs.)
15. Vergroten van de zelfsturende vermogens van meiden. Een activiteit om de assertiviteit van meiden te vergroten, zodat meiden krachtiger worden in de onderhandeling met jongens over voorbehoedsmiddelen.
16. Creëren van een laagdrempelige en anonieme plek in de wijk waar meiden terecht kunnen met vragen en problemen. Zoals voorheen de Rutgerstichting.

Bijlage XII: Vooronderzoek Zorgnetwerk Kaapverdianen Rotterdam

29-02-2004

B.C. Groot

Inleiding

In het kader van het project Nô's Saúde zijn plannen gemaakt om een zorgoverleg (netwerk) op te starten voor formele en informele hulpverleners die in hun werk met Kaapverdianen te maken hebben. In het zorgoverleg staan communicatie, dialoog en samenwerking tussen de hulpverleners centraal. Het doel van het zorgnetwerk is het verbeteren van de hulp- en dienstverlening aan Kaapverdianen door meer effectief contact tussen hulpverleners.

Voordat een eventueel zorgoverleg zal worden gestart, is onderzoek gedaan naar de ideeën, inzichten en wensen van de desbetreffende hulpverleners. Na alle hulpverlenende organisatie met de werkgroep op een rij te hebben gezet, zijn organisaties geselecteerd die voor een interview in aanmerking kwamen. Selectiecriteria waren naast de bekendheid met de organisatie en het doel, vooral de waarschijnlijk toegevoegde waarde voor de organisatie om mee te werken aan een netwerk. Uiteindelijk zijn er 21 personen (waarvan 18 persoonlijk of 3 schriftelijk) bereid voor het interview. Dit verslag geeft een overzicht van de resultaten van deze interviews. Een beperking van dit onderzoek is dat de onderzoekster soms de antwoorden niet volledig kon begrijpen doordat de interview(st)ers het antwoord in steekwoorden heeft neergezet en niet altijd heeft doorgevraagd. Wel zijn enkele onduidelijkheden achteraf besproken met de interviewers. De vragen die gesteld zijn in de interviews zijn in bijlage.. te vinden.

Respondenten

In totaal zijn eenentwintig hulpverleners geïnterviewd, waaronder negen mannen en twaalf vrouwen. Van deze hulpverleners zijn +/- negen werkzaam op management niveau. De overige geïnterviewden zijn werkzaam in verschillende functies; maatschappelijkwerkers, (sociale) verpleegkundigen, een medewerker sociale psychiatrie, een OR / preventiemedewerker, ouderenadviseur en een cultuurtolk. De hulpverleners zijn werkzaam bij diverse organisaties, waarbij verschillende sectoren van zorg en welzijn gedekt zijn. De organisaties zijn: GGD Rotterdam e.o., Casa Tibérias, Vrouwenhuis, Migrantenparochie, Delta Bouman, Bureau Jeugdzorg, RIAGG, Crisiscentrum, Thuiszorg Rotterdam, Delphi Opbouwwerk, SMDD (Stichting Maatschappelijk Dienstverlening Delfshaven), Humanitas (Jouw Projekt), DISCK, Consultatiebureau en Stichting Zorg Kompas. Bijlage 1 geeft een overzicht van de adresgegevens en functies van geïnterviewden.

Van alle geïnterviewden bleken twee personen nooit of zelden te maken te hebben met Kaapverdianen. Eén reden hiervoor is het niveau van werk (management niveau). De overige hulpverleners hebben soms (3 personen), vaak (4) of heel vaak (9) te maken met Kaapverdianen in hun werk.

Ervaren barrières in de hulpverlening

Vijftien van de respondenten gaven aan barrières te ervaren bij de hulpverlening van Kaapverdianen. De barrières lopen sterk uiteen, waaronder sommige breed onderkende problemen en andere minder onderkende problemen. Vaak noemde een hulpverlener meerdere barrières.

Ten eerste worden problemen genoemd die niet-Kaapverdiaanse hulpverleners ervaren. De taalbarrière wordt vaak genoemd, evenals het gebrek aan kennis van de culturele achtergrond. Deze laatste barrière wordt geïllustreerd door een voorbeeld van een verpleegkundige. De persoon vraagt advies over hoe haar werk het beste aangepakt kan worden voor deze doelgroep: "komt mijn advies wel over bij de doelgroep?"

Bovenstaande problemen worden niet of in mindere mate ervaren door Kaapverdiaanse hulpverleners, hoewel zij weer kampen met een andere barrière. Hierbij gaat het om de vertrouwensrelatie tussen hulpvragers en hulpverleners. Er wordt aangegeven dat Kaapverdianen niet altijd willen worden geholpen door Kaapverdianen in verband met de hechtheid van de Kaapverdiaanse gemeenschap, waardoor gevreesd wordt voor roddel. Als de beste manier om communicatie- en cultuurbarrières te overwinnen, wordt het

inzetten van Kaapverdiaanse hulpverleners gezien. Hierbij wordt aangegeven dat het opbouwen van vertrouwen belangrijk is, maar ook een zeer lang proces kan zijn.

Ten derde worden er twee barrières gesignaleerd voor hulpverleners in het algemeen. Iemand geeft aan dat Kaapverdiaanse cliënten soms een gebrek aan een ziektebeeld hebben. Zelf den ik dat het hier waarschijnlijk erom gaat dat Kaapverdiënen een andere ziektebeleving hebben waardoor zij het moeilijk vinden hun symptomen te omschrijven. Een andere hulpverlener geeft aan dat de Kaapverdiaanse doelgroep, en met name de 1^e en gedeeltelijke de 2^e generatie moeilijk bereikbaar is. Deze persoon is afkomstig van het werkkterrein ‘psychiatrische en verslavingszorg’.

Tot slot worden een aantal andere barrières gesignaleerd die sommige Kaapverdiënen ervaren. Deze barrières kunnen het hulpverleners moeilijk maken om de mensen te helpen. De volgende barrières werden genoemd: 1) schaamtegevoelens bij Kaapverdiënen om naar de dokter te gaan of te praten over bijvoorbeeld ziekten, 2) de angst voor het aangeven aan de politie bij illegaliteit van Kaapverdiaanse hulpvragers. Ook wordt aangegeven dat er een barrière voor hulpverlening bestaat omdat 3) oudere Kaapverdiënen een norm hebben die voorschrijft dat men zelfredzaam ‘moet’ zijn. Zij vinden het bijvoorbeeld niet gepast om jongeren hulp te vragen om mee te gaan naar de dokter, alhoewel dit wel vaak handig kan zijn qua vertalen of toelichten. Daarnaast wordt het 4) te laat op gang komen van hulpzoekend gedrag bij Kaapverdiënen genoemd, die soms veroorzaakt wordt door de angst voor ziekten of taboes.

Hieronder worden de barrières op een rij gezet, met het aantal personen dat de barrières noemden in de gevoerde gesprekken.

Ervaren barrières uit de hulpverlening	
Niet-Kaapverdiaanse hulpverleners	
■	Taalbarrière (9)
■	Gebrek kennis culturele achtergrond (6)
Kaapverdiaanse hulpverleners	
■	Vertrouwen hulpverlener / -vrager i.v.m. hechtheid v.d. gemeenschap (4)
Hulpverleners in het algemeen	
■	Gebrek aan een ziektebeeld (1)
■	Moeilijke bereikbaarheid 1e (of 2e) generatie (1)
Kaapverdiaanse hulpvragers	
■	Schaamtegevoelens (bijv. over ziekten) (2)
■	Norm voor ouderen – voldoende zelfredzaamheid (2)
■	Moeite om de weg te vinden (2)
■	Verkeerd verwachtingspatroon door gebrekkige info (1)
■	Te laat hulpzoekend gedrag (1)
■	Taboes (1)
■	Illegaliteit (1)

(.) = aantal personen in interview die deze barrière heeft genoemd.

Samengevat bestaan er overbrugbare barrières en onoverbrugbare barrières. Het lijkt niet mogelijk om één oplossing aan te dragen voor deze barrières. Wel kunnen er op korte en lange termijn kleine deeloplossingen worden dacht. De oplossingen moeten uit verschillende perspectieven komen; zowel vanuit de individuele niet-Kaapverdiaanse hulpverleners als de Kaapverdiaanse hulpverleners en zowel vanuit hulpverleners in het algemeen (of hun organisatie) als uit de Kaapverdiaanse hulpvragers. Het inzetten van Kaapverdiaanse hulpverleners is niet de enige manier om taal- en cultuurbarrières te overwinnen, en ook niet altijd de meest ideale. Zelf denk ik dat er binnen een dergelijke netwerk als het Zorgnetwerk Kaapverdiënen een taak ligt om per barrière een weg te vinden om uiteindelijk het hoofddoel van het project te verwezenlijken: het verbeteren van de hulp- en dienstverlening aan Kaapverdiënen.

Genoemde oplossingen voor barrières

In het interview werd gevraagd of de hulpverleners ook oplossingen konden bedenken voor de genoemde barrières. Vele ideeën werden geopperd waaronder talloze interventies. Daarnaast waren sommige geïnterviewden van mening dat specifieke maatregelen niet altijd nodig zijn, mits de organisatie en de hulpverleners over voldoende professionaliteit beschikken. Hieronder worden de meningen toegelicht.

De ideeën over interventies lopen uiteen van het inzetten van Kaapverdiaanse medewerkers, zorgconsulenten of tolken in de organisatie, tot het professionaliseren van de organisatie zelf.

- Ten eerste lijkt wat enkele hulpverleners betreft, het in dienst nemen van Kaapverdiaanse mensen een goede oplossing voor de barrières. Dit moet dan wel professionals zijn die een bepaalde mate van vertrouwen kunnen generen binnen aanzienbare tijd. Daarnaast wordt het inzetten van Kaapverdiaanse zorgconsulenten als optie genoemd.
- Ten tweede wordt geopperd om te investeren in huidige hulpverleners. Hierbij gaat het over de verdieping in de culturele achtergrond van Kaapverdianen. Iemand geeft een suggestie over het organiseren van een conferentie hiervoor. De andere laten in het midden hoe dit moet gebeuren.
- Ten derde wordt aangegeven dat de organisaties in het algemeen professioneel moeten omgaan met hun cliënten. Zij moeten het vertrouwen van de Kaapverdianen winnen, duidelijkheid geven naar de cliënt toe en hun gemaakte afspraken nakomen. Ook zou men bij moeilijkheden andere hulpverlening moeten betrekken bij problemen die de organisatie zelf niet kan oplossen. Aangegeven wordt dat een sociale kaart een goed begin kan zijn voor een bundeling van hulpverleners.
- Tot slot wordt door iemand aangegeven dat een oplossing voor het probleem niet zomaar gegeven kan worden. Veel barrières hebben te maken met de Kaapverdiaanse mentaliteit en het is een kwestie van tijd om dit te veranderen. Het is een proces waarbij integratie een rol speelt!

Oplossingen barrières met Kaapverdiaanse hulpvragers

- Professionele (vertrouwelijke) Kaapverdianen in dienst nemen (4)
- Investering over culturele achtergrond bij hulpverleners (4)
- Professionaliteit van organisatie t.o.v. cliënten vertrouwen winnen (4)
- Voorlichting aan hulpvragers over formulering van hulpvragen en het arsenaal aan bestaande voorzieningen (2)

Helaas...

- Het is de Kaapverdiaanse mentaliteit (1)
- Integratie (1)

(.) = aantal personen in interview die deze barrière heeft genoemd.

Contact onder hulpverleners

Zestien van de twintig ondervraagden geven aan contact met andere hulpverleners over (barrières met) Kaapverdiaanse hulpvragers. Hierbij geven zes hulpverleners aan dat dit op incidentele basis plaats vindt en tien op reguliere basis. In bijlage 2 staat een lijst van organisaties die genoemd worden als contactpartner.

Ideeën over netwerk

Reacties op het idee van een netwerk zijn bijna allemaal positief. Iedereen heeft er wel zijn ideeën over, voornamelijk over de voorwaarden waaraan het netwerk moet voldoen.

Er werden verschillende doelen van een netwerk geformuleerd. Het meest genoemde doel was het uitwisselen van ervaringen. Inherent aan dit doel wordt aangegeven dat men van elkaar kan leren door deze uitwisseling van ervaringen. Daarnaast werden de volgende doelen genoemd: onderling doorverwijzen van cliënten, organisaties bundelen door het netwerk, het krijgen en bundelen van informatie (als vraagbaak dienen), het hebben van contact met andere hulpverleners, het samen signaleren van problemen om de kwaliteit van het leven van Kaapverdianen te verbeteren en het delen van cliënten. Sommige gaven aan dat

het een goede start is en makkelijk zal zijn voor de communicatie. Daarnaast werd aangegeven dat 'bekendheid met andere hulpverleners een kwalitatieve verbetering kan opleveren.' Ook geeft iemand aan dat men door een netwerk misschien meer op elkaar kan rekenen, waardoor professioneel gedrag wordt gestimuleerd.

Doelen zorgoverleg

- Ervaringen en kennis uitwisselen (8) → van elkaar leren
- Onderling doorverwijzen (2)
- Informatie verspreiden en bundelen → soort van vraagbaak (2)
- Organisaties bundelen (1)
- Contact hebben met andere hulpverleners (1)
- Cliënten delen (1)
- Problemen signaleren om kwaliteit van leven te verbeteren (2)
- Op elkaar rekenen - professioneel gedrag! (2)

De meeste hulpverleners vonden een netwerk voor hulpverleners die met Kaapverdianen te maken hebben een goed idee, mits het aan enkele voorwaarden voldoet. Ten eerste moet een netwerk bekend zijn bij de hulpverleners. Daarnaast moet het gericht zijn op continuïteit. Het contact tussen de hulpverleners moet ook na de eerste fase blijven bestaan. Ten tweede wordt geopperd dat de hulpverleners energie moeten hebben om de problemen gezamenlijk aan te pakken. Hierbij is van belang dat de instantie waarbij ze werken de problemen ook aan wil pakken. Ten derde wordt aangegeven dat er in een bijeenkomst gewerkt kan worden naar aanleiding van vragen van hulpverleners. Tot slot wordt opgemerkt dat als er aan de problemen van de Kaapverdianen wordt gewerkt aan de hulpverleners kant, er aan de kant van de hulpvragers ook activiteiten moeten worden ontwikkeld of gecontinueerd. Dit kan bijvoorbeeld door voorlichtingsbijeenkomsten en de radio. De GGD wordt genoemd als een laagdrempelige organisatie om de hulpvragers te benaderen.

Voorwaarden zorgoverleg

- Bekendheid onder hulpverleners (1)
- Continuïteit (2)
- Energie bij hulpverleners om problemen *gezamenlijk* aan te pakken (2)
- Intentie van instanties om de problemen aan te pakken (1)
- Tegelijkertijd of na verloop van tijd hulpvragers benaderen (2)
- Niet te grote groepen deelnemers (1)

Tijdens de gesprekken kwam een suggestie naar voren wat betreft de vorm van het eerste overleg en het doel van de sociale kaart. Het zou goed zijn om aan de instanties te vragen om een presentatie te geven over hun wensen van het netwerk. Zo kan men zien wat iedereen kan betekenen voor de Kaapverdianen. Daarnaast geeft een verpleegkundige van het consultatiebureau aan dat zij, in dien nodig, uitgenodigd kan worden om bijvoorbeeld problemen in een gezin met kleine kinderen toe te lichten. Tot slot wordt aangegeven dat de sociale kaart in de vorm van het boekje een goed begin is voor de doorverwijzing tussen hulpverleners.

Bijlage XIII: Aanbevelingen voor de opzet van een community interventie

Deze gedetailleerde aanbevelingen zijn geformuleerd voor diegene die zelf een community project willen opzetten en soortgelijke methodieken willen gebruiken. De aanbevelingen overlappen de aanbevelingen die in het verslag zelf zijn opgenomen. De aanbevelingen worden puntsgewijs benoemd aan de hand van de diverse onderdelen van het project.

6.2.1 Algemeen voorbereidend

- Maak de te formeren stuurgroep niet te groot. De grootte van de stuurgroep in Nô's Saúde werkte goed. Twee á drie keer per maand een stuurgroepbijeenkomst is voldoende.
- Bij aanvang van het project (maand één) moet een campagne gestart worden om het project te promoten. Deze campagne kan de gehele projectperiode beslaan. Publieke debatten op de lokale tv-zender of een discussie over het onderwerp door sleutelfiguren zijn goede middelen om het project te laten leven binnen de gemeenschap.
- Realiseer dat binnen de community benadering de brede opvatting van gezondheid centraal staat (Lalonde, 1973). Dit betekent dat naast de beïnvloeding van leefstijl ook om de beïnvloeding van relevante gezondheidsaspecten gaat. Voorbeelden hiervan zijn de toegang tot de gezondheidszorg en de sociale en fysieke leefomgeving van mensen. Gezondheid, welzijn en leefbaarheid zijn in deze benadering dus niet geheel van elkaar te scheiden.

6.2.2 Review, inventarisatie sociale infrastructuur en gezondheidsportretten

- Het onderzoek (de review, de inventarisatie van de sociale infrastructuur en de gezondheidsportretten) kan beter door één onderzoeker worden gedaan die hieraan fulltime werkt of door een team dat nauw samenwerkt. De onderzoeker of het team moet(en) de volgende competenties hebben: kennis van de werkwijze van of werkzaam bij het NIGZ-CRIM (nu NIGZ-Centrum voor Kennis en Kwaliteit), zowel kwalitatieve als kwantitatieve methodieken kunnen hanteren, bij voorkeur bekend zijn met de taal en cultuur van de doelgroep. Door integratie van deelonderzoeken verlopen de eerste fases van het project efficiënter.
- Een review kan eerst redelijk globaal worden uitgevoerd, met als uitkomst een rij problemen en oorzaken binnen de gemeenschap, gebaseerd op literatuur en interview met gemeenschapsleden /professionals. Een hulpmiddel hierbij kan zijn een expertmeeting met onderzoekers/deskundigen die kennis hebben van de gemeenschap en/of gezondheid. Hierdoor kan participatie in een vroeg stadium van het project worden ingezet. De onderzoekers/deskundigen zijn direct op de hoogte en betrokken bij het project, waardoor draagvlak kan groeien. Tevens is het efficiënt om het onderzoek uit te voeren in samenwerking met deze 'experts'.
- De inventarisatie van bestaande initiatieven binnen de gemeenschap en hun effectiviteit, lokale behoeftes, lokale mogelijkheden en lokale barrières is een goed begin van het project.
- Maak gebruik van de netwerken, deskundigheid en faciliteiten binnen de lokale setting van de deelnemende personen en samenwerkingsorganisaties.
- De fase van inventarisatie van de sociale infrastructuur kan doorlopen tot aan de tweede conferentie.

6.2.3 Conferenties en plan van aanpak interventies

- Toneel, dans of zang worden gezien als goede manieren om de Kaapverdiaanse doelgroep te bereiken.
- De eerste lokale conferentie kan vroeg in het traject georganiseerd worden, direct nadat de review een rij problemen en oorzaken binnen de gemeenschap heeft gemaakt.
- De conferenties zouden het beste kunnen worden geïntegreerd in een activiteit binnen de gemeenschap, zoals een kerkvergadering / ouderenbijeenkomst / jongerenbijeenkomst, etc. Aanwijzingen voor geschikte locaties blijken uit de inventarisatie van de sociale infrastructuur. De conferenties krijgen dan een minder formeel karakter.
- De bijeenkomst in eigen taal lijkt de voorkeur te verdienen bij de oudere Kaapverdianen.
- De gebruikte methodieken moeten bij voorkeur niet (te) verbaal zijn. Het gebruik van illustraties of film is een mogelijkheid.
- In de uitnodiging moet duidelijk verwoord zijn waar de bijeenkomst over gaat, en wat er wordt gedaan met de uitkomsten van de bijeenkomst.

- In de eerste conferentie moeten, de door de gemeenschap gekozen aan te pakken (deel-)problemen zo concreet en meetbaar mogelijk worden geformuleerd. Een gespreksleider heeft een belangrijke taak hierin.
- Nadat in de eerste conferentie (deel)problemen zijn gekozen, kan het onderzoek in het kader van de review zich hierop toespitsen. Onderzoek naar de verkozen gezondheidsproblemen kan een nulmeting van de interventieactiviteiten vormen. De activiteiten richten namelijk op één van de (deel)problemen. De nulmeting kan bestaan uit een registratie van een (landelijke of lokale) organisatie of uit een nog uit te voeren onderzoek. Dit onderzoek moet zo worden opgezet dat het herhaald kan worden bij de evaluatie.
- Probeer de tweede conferentie wederom te integreren in (een) bestaande activiteit(en).
- De uitgewerkte maatregelen in de tweede conferentie van het project NôS Saúde lijken een goede basis voor de conferentie. De discussie blijft dan niet hangen in abstractie.
- Op de conferenties moeten deelnemers/organisaties actiever benaderd worden voor betrokkenheid bij of deelname aan de implementatie van de activiteiten. Denk aan het organiseren van een derde conferentie. Hierdoor wordt actieve participatie en betrokkenheid van gemeenschapsleden bij het project bevorderd. Middels participatie kan gewerkt worden aan empowerment van de betrokken gemeenschapsleden.
- Voorafgaand aan de derde conferentie moet het voor gemeenschapsleden en andere deelnemers duidelijk zijn wat de (interventie)plannen zijn. Openheid over eventuele vacatures voor vrijwillige of betaalde functies wordt sterk aanbevolen. Alle gemeenschapsleden en geïnteresseerden met relevante competenties/ervaringen kunnen zich dan melden als belangstellenden. Zo wordt gestimuleerd om een gevarieerd gezelschap uit de gemeenschap bij het project te trekken. Van Assema en Willemsen (1993) stelden namelijk dat vooral de elite participeert in community projecten.
- Ook na de derde conferentie kan er aanleiding zijn om weer ‘bij elkaar te komen’ met gemeenschapsleden en professionals uit de wijk om bijvoorbeeld gezamenlijk de voortgang te bespreken, of om tussentijds bij te sturen.
- Uiteindelijk moet een plan van aanpak voor interventieactiviteiten bedacht worden. Laat in dit proces gemeenschapsleden en professionals meedenken. De volgende onderdelen moeten in ieder geval aan bod komen in het plan: 1) concrete doelen op lange en korte termijn worden gesteld, 2) de uitvoerende personen, 3) hun specifieke taken, 4) een gedegen realistische tijdsplanning worden beschreven, 5) evaluatiemomenten om terug te kijken naar de gestelde doelen en 6) een inventarisatie van mogelijkheden van voorzetting van de activiteiten.

6.2.4 Interventieactiviteiten

- Blijf bij de uitvoering zo dicht mogelijk bij het plan van aanpak interventieactiviteiten.
- Benut bij de uitvoering van de activiteiten de deskundigheid, faciliteiten en de netwerken van de werkgroepleden (en hun organisaties) zoveel mogelijk.
- Om belemmerende factoren van het bewerkstelligen van participatie met specifieke doelgroepen, zoals personen met een lage SES of migranten, te omzeilen, zie Luijpers en Keijsers (2002; 211-214).

6.2.5 Evaluatie

- Integreer de evaluatie meer in het project. Op ieder moment dat er doelen worden gesteld, moet direct nagedacht worden over de evaluatie van het behalen van deze doelen.
- Plan meer tijd in voor de evaluatie als interventieactiviteiten op hun effectiviteit moeten worden beoordeeld.
- Gebruik de in dit onderzoek gecreëerde checklist voor de drie principes voor het trekken van conclusies. Deze checklists kunnen ook bij aanvang van het project gebruikt worden bij het stellen van doelen voor de inzet van community principes in een project.
- Gebruik zo mogelijk gegevens uit de review als nulmeting voor de interventieactiviteiten.
- Construeer op basis van literatuur ook checklist voor andere community principes.

Colofon

financier	ZonMw
auteurs	Drs. B.C. Groot, Drs. M.J. de Gruijter, Dr. K.P. van Vliet
omslag	Korteweg Communicatie, Eindhoven
opmaak	B.C. Groot
uitgave	Verwey-Jonker Instituut

De publicatie

De publicatie kan gedownload/besteld worden via onze website: <http://www.verwey-jonker.nl>. Bestellen per fax of per e-mail kan ook: Verwey-Jonker Instituut, Kromme Nieuwegracht 6, 3512 HG Utrecht, telefax 030-2300683, e-mail secr@verwey-jonker.nl onder vermelding van, *Nós Saúde; gezondheidsbevordering in de Kaapverdiaanse gemeenschap*, uw naam, factuuradres en afleveradres.

ISBN 90-5830-162-1

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2004