

Impact van 'Goed Bezig!' op gezondheidsbevordering van mensen met een lage SES in de wijken Spangen en Tussendijken

Door Prof. Dr. Maurice de Greef

"Ze hebben mij sterk gemaakt. De activiteiten (...) hebben mij echt een sterke vrouw gemaakt." (DLN1)¹

Gezondheidsproblematiek onder laagopgeleiden en laaggeletterden

Nog steeds blijken laagopgeleide Nederlanders een gezondheidsachterstand te hebben en gemiddeld zes jaar korter te leven (RIVM, 2014). Gemiddeld leven laagopgeleiden 19 jaar minder in goed ervaren gezondheid dan hoogopgeleiden (RIVM, 2014). Daarnaast blijkt depressiviteit onder mensen met een lage sociaal economische status vaker voor te komen dan onder mensen met een hoge sociaal economische status (Groffen et al., 2013). Men kan dan ook spreken van significante gezondheidsverschillen tussen mensen met een hoge en lage sociaal economische status.

Een specifiek probleem onder laagopgeleiden is het ontbreken van 'gezondheidscompetenties', ook wel 'gezondheidsvaardigheden' of 'health literacy' genoemd. Volgens Sørensen (2013) heeft 'health literacy' betrekking op de "kennis, motivatie en competenties van mensen om onder andere toegang te krijgen tot gezondheidsinformatie, deze te begrijpen en te beoordelen en uiteindelijk toe te kunnen passen. Dan is men namelijk in staat om keuzes te maken in het dagelijks leven betreffende gezondheidszorg, ziektepreventie en gezondheidsbevordering" (Sørensen, 2013). In Nederland heeft 48% van de mensen beperkte gezondheidsvaardigheden (Rademakers, 2014). Deze mensen hebben moeite om de eigen regie te houden over zorg, ziekte en gezondheid (Rademakers, 2014). Een onderliggend probleem hiervan is de aanwezigheid van laaggeletterdheid, dat met name voorkomt onder laagopgeleide mensen (Buisman en Houtkoop, 2014). Zorgorganisaties blijken nog niet altijd adequaat te reageren om dit probleem te herkennen als onderliggend probleem van gezondheidsklachten. Als zorgverleners het probleem herkennen, dan is het voor hen vervolgens erg lastig om dit bespreekbaar te maken (Martens en Hesselink, 2014).

Integrale en bewonersgerichte aanpak 'Gezond Bezig!' in Rotterdam

Fonds NutsOhra ondersteunt met het programma 'Gezonde Toekomst dichterbij' projecten die gericht zijn op gezondheidsachterstanden van mensen met een lage economische status. Aangezien Rotterdam niet goed scoort op het gebied van sociaal economische status (SES), gezondheid en gezondheidsvaardigheden hebben de partners Alsare ontwikkeling en advies, Geloven in Spangen en Indigo Preventie het project 'Goed Bezig!' gerealiseerd. Dit is een omgevingsgerichte gezinsaanpak in combinatie met ondersteuning op persoonlijk en sociaal gebied. Het project is erop gericht om de eigen kracht van bewoners te vergroten en de sociale netwerken binnen de wijken Spangen en Tussendijken te versterken en te verbreden. Beproefde methodieken zijn ingezet tijdens het maken van de 'startfoto' van de wijk en bij het opstellen van het plan van aanpak. Dit is te allen tijde met de bewoners en nooit over de hoofden van de bewoners heen gebeurd. Draagvlak creëren is onze succesformule. Het Projectbureau is de mening toegedaan dat alleen een

¹DLN staat voor Deelnemer.

blijvende gedragsverandering teweeg gebracht kan worden bij mensen als die mensen zelf deel uitmaken van het bedenken van oplossingen en zich actief inzetten om de oplossingen te realiseren. Dat maakt dat na de eerste fase het project Goed Bezig! is veranderd in een programma. Door het versterken van de sociale netwerken in de wijken maak je het mogelijk dat mensen blijvend gebruik maken van die netwerken. Ook omdat ze weten wat ze waar kunnen vinden en ze er zelf onderdeel van zijn. De interventies van 'Goed Bezig!' bestonden onder andere uit:

- werving en begeleiding van ambassadeurs en coaches om wijkbewoners toe te leiden naar activiteiten betreffende gezondheid en de bewustwording gezonder te gaan leven te vergroten onder wijkbewoners;
- de realisatie van inloosprekuren voor matching van vraag en aanbod op het gebied van gezondheid;
- het afnemen van Talentenscans om de talenten van de bewoners in kaart te brengen en mogelijke vragen te beantwoorden, maar ook om duidelijk te krijgen wat een bewoner zelf al kan bijdragen en dit te matchen met vragen van andere bewoners en vraag en aanbod op het gebied van gezondheid in de wijk;
- de realisatie van trainingen voor ambassadeurs en coaches op het gebied van gezondheid;
- de realisatie van diverse cursussen op het gebied van gezondheid (fysiek, psychisch en ervaren gezondheid);
- de realisatie van taaltrajecten gericht op het verbeteren van gezondheidsvaardigheden;
- organisatie van wijkbijeenkomsten met bewoners op het gebied van gezondheidsvraagstukken.

Artéduc is gevraagd om de impact van 'Goed Bezig!' in kaart te brengen middels een evaluatie-instrument, dat aangeeft wat de mogelijk impact is geweest op het gebied van zelfredzaamheid, sociale contacten en (ervaren) gezondheid van de deelnemers.

Onderzoeksmethodiek

Het onderzoek bestond uit een mix-method design, waarbij naast kwantitatief onderzoek ook kwalitatief onderzoek is gedaan om meer gedetailleerde informatie te verkrijgen over de behaalde resultaten van de deelnemers.

Allereerst is er onder 76 deelnemers aan 'Gezond Bezig!' een vragenlijst afgenomen. Deze deelnemers namen deel aan één of meer van de eerder genoemde interventies van 'Goed Bezig!'. Er zijn in principe 2 meetmomenten geweest, waarbij minimaal 15 weken tussen de voor- en nameting zat. Uiteindelijk hebben 38 deelnemers beide vragenlijsten ingevuld. Tijdens de metingen zijn allereerst de socio-demografische kenmerken, zoals geslacht, nationaliteit, leeftijd, hoogste vooropleiding, aantal opleidingsjaren en het wel of niet hebben van een (vrijwilligers)baan in kaart gebracht (gebaseerd op onderzoek van Verté et al, 2007). Bij de meting is daarnaast gebruik gemaakt van de gevalideerde SIT-vragenlijst (Sociale Inclusie na Transfer) van De Greef, Segers en Verté (2010). Op het gebied van sociale inclusie is naar de vooruitgang op de volgende variabelen gekeken:

- nationale taalvaardigheden (Nederlands);
- digitale vaardigheden;
- assertiviteit;

- ontmoeten & ondernemen;
- natuur- en sportactiviteiten;
- afname van sociaal isolement.

Daarnaast is in kaart gebracht wat de 'evolutie' van de ervaren gezondheid van bewoners is. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de gehanteerde outcomematen van psychische en fysieke gezondheid van de Belgian Ageing Studies van Verté et al. (2007) gebaseerd op de 'MOS Short – Form General Health Survey (SF-20)' van Kempen et al. (1995).

Ten slotte is er in kaart gebracht of mensen gezonder zijn gaan eten, minder zijn gaan roken en minder alcohol zijn gaan drinken middels de volgende variabelen:

- aantal dagen gekookte of gebakken groenten in de week;
- aantal opscheplepels gekookte of gebakken groenten;
- aantal dagen sla of rauwkost in de week;
- aantal opscheplepels sla of rauwkost;
- aantal dagen fruit in de week;
- aantal stuks fruit;
- aantal dagen alcohol door de week;
- aantal dagen alcohol in het weekend;
- aantal glazen energydrink in een week;
- wel of niet roken;

Ook heeft men zichzelf een cijfer gegeven voor de eigen gezondheid.

Om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de impact van 'Goed Bezig!' is aanvullend een kwalitatief onderzoek gerealiseerd. In dit onderzoek is gekozen voor de kwalitatieve onderzoeksmethode van de fenomenografie. Volgens Tan (2008), Levitas et al. (2007), Asworth en Lucas (2000) en Howitt en Cramer (2008) verdient de fenomenografie de voorkeur als de interpretaties en ervaringen van individuen onderzocht moeten worden met betrekking tot een complex fenomeen. Marton en Booth (1997) geven aan dat door middel van de fenomenografie men verschillende percepties van het ervaren van een fenomeen onder verschillende deelnemers kan beschrijven. De fenomenografische methode is gebaseerd op een interviewtechniek, waarbij men via open vragen probeert om de percepties van studenten op een fenomeen in kaart te brengen (Marton et al., 1997). Volgens zowel Marton (1995) als Trigwell (1997) is een vereiste dat er voldoende respondenten zijn om een maximale variatie in concepties van de studenten te krijgen. Sandberg (2000) geeft aan dat als men vijf verschillende concepties wil beschrijven men circa 30 studenten moet interviewen. In dit onderzoek is dit aantal behaald aangezien 31 deelnemers zijn geïnterviewd. Tabel 1 geeft de socio-demografische kenmerken weer van de deelnemers, zowel voor de deelnemers van het kwantitatief als het kwalitatief onderzoek.

Tabel 1: Socio-demografische kenmerken deelnemers

| Kenmerk | % Respondenten kwantitatief onderzoek N = 38 | % Respondenten fenomenografisch onderzoek N = 31 |
|-----------------------------------|---|---|
| Geslacht | | |
| Man | 0.0 | 6.5 |
| Vrouw | 100 | 93.5 |
| Herkomst | | |
| In Nederland geboren | 18.4 | 25.8 |
| Niet in Nederland geboren | 81.6 | 74.2 |
| Leeftijd | | |
| 0 - 25 | 2.6 | 0.0 |
| 26 - 45 | 57.9 | 54.8 |
| 46 - 65 | 39.5 | 35.5 |
| 66 - 100 | 0.0 | 9.7 |
| Hoogste vooropleiding | | |
| (Speciaal) basisonderwijs | 20.0 | 20.0 |
| (Speciaal) voortgezet onderwijs | 17.1 | 30.0 |
| MBO | 25.7 | 30.0 |
| Anders | 37.2 | 20.1 |
| Aantal opleidingsjaren | | |
| 5 jaar of minder | 31.6 | 10.0 |
| 6 - 10 jaar | 15.8 | 26.7 |
| 11 - 15 jaar | 23.7 | 30.0 |
| 16 jaar of meer | 28.9 | 33.3 |
| Baan | | |
| Betaalde baan | 3.2 | 28.6 |
| Vrijwilligersbaan | 25.8 | 17.9 |
| Een betaalde en vrijwilligersbaan | 3.2 | 17.9 |
| Geen baan en een uitkering | 35.5 | 28.6 |
| Geen baan en geen uitkering | 32.3 | 7.1 |

Noot: "Missing values" zijn buiten beschouwing gelaten bij berekening percentages.

Volgens Josten (2010) zijn mensen laagopgeleid als ze hoogstens een VMBO- of gelijkwaardig diploma hebben (in feite dus vergelijkbaar met MBO-niveau 2). Op basis daarvan wordt uit tabel 1 duidelijk dat (inclusief de helft van de groep van het MBO-niveau) van beide onderzoeksgroepen circa 50% tot 65% laagopgeleid is. Ook aan de hand van de opleidingsjaren kan men afleiden, dat een groot deel (48.7% tot 56.9%) van beide onderzoeksgroepen 12 of minder opleidingsjaren heeft gehad wat vergelijkbaar is met het aantal jaren om in ieder geval een VMBO- of gelijkwaardig diploma te kunnen behalen (zie tabel 1). Ten slotte toont tabel 1, dat slechts 6.4% van de onderzoeksdoelgroep van het kwantitatief onderzoek een betaalde baan heeft versus 46.5% van de onderzoeksdoelgroep van het kwalitatief onderzoek. Kijkend naar de twee indicatoren opleiding en inkomen, die bepalend zijn voor het behoren bij de groep van de lage SES, kunnen we concluderen dat waarschijnlijk een groot deel van de betrokken deelnemers tot deze groep hoort.

Verandering in sociale inclusie naast ervaren gezondheid en aanzet tot betere gezondheid op werk en opleiding

Uit tabel 2 blijkt dat tussen de 55% en 65% van de deelnemers een verbetering ervaart op de gebieden van sociale inclusie (met uitzondering van digitale vaardigheden die lager scoort naar alle waarschijnlijkheid doordat dit geen vooropgezet doel van de interventies was). In vergelijking met eerder onderzoek naar de

impact van leertrajecten in formele en non-formele onderwijssettings (De Greef et al., 2012) blijkt, dat het aantal deelnemers dat een toename van sociale inclusie ervaart na deelname circa 40% tot 60% is. Kijkend naar het percentage deelnemers, dat vooruitgaat op het gebied van sociale inclusie, is dat aantal bij de 'Goed Bezig!' iets hoger.

Ten tweede wordt duidelijk, dat meer dan de helft van de deelnemers ervaart vooruit te zijn gegaan op het gebied van fysieke of psychische gezondheid (zie tabel 2).

Ten derde wordt duidelijk, dat het merendeel van de deelnemers (circa 71%) een betere houding op het werk en meer inzage in het eigen beroep ervaart te krijgen (zie tabel 2). Bijna de helft van de deelnemers (45%) ervaart daarnaast betere studievoordelen te hebben gekregen en ten slotte ervaart bijna 4 op de 10 deelnemers een betere arbeidsproductiviteit te hebben gekregen (zie tabel 2). Ten slotte is ook in kaart gebracht of mensen gezonder zijn gaan eten en minder alcohol zijn gaan drinken en minder zijn gaan roken. Kijkend naar het gezonder eten wordt duidelijk, dat 50% meer dagen in de week gekookte of gebakken groenten eet. Dat geldt voor 34.4% als het gaat om het eten van sla en rauwkost. Het aantal deelnemers dat meer opscheplepels leeg eet, is wel vergelijkbaar, te weten: 47.1% voor wat betreft gekookte of gebakken groenten en 53.3% voor wat betreft sla of rauwkost. Wat betreft fruit is dat wat minder. Hier wordt duidelijk, dat 28.6% van de deelnemers meer dagen in de week fruit is gaan eten en 28.1% van de deelnemers meer stuks fruit is gaan eten.

Voor wat betreft het minder drinken van alcohol of het minder roken wordt ten vierde duidelijk, dat die percentages veel minder hoog zijn, omdat 86.8% bij aanvang van de interventie nooit door de week dronk, 78.9% van de deelnemers nooit in het weekend dronk, 84.2% geen energydrank dronk en 78.9% niet rookte. In dat opzicht was het ook niet te verwachten, dat er veel deelnemers minder zijn gaan roken of alcohol zijn gaan drinken, omdat dat maar door een relatief klein deel werd gedaan.

Ten slotte heeft 60.6% van de deelnemers zichzelf na de interventie een hoger cijfer voor de eigen gezondheid gegeven.

Tabel 2: Percentage deelnemers die vooruitgang ervaren op het gebied van sociale inclusie en ervaren gezondheid (N = 38)

| Inhoudelijk kenmerk | Deelnemers 'Goed Bezig!' |
|----------------------------------|--------------------------|
| <i>Sociale inclusie</i> | |
| Nationale taalvaardigheden | 65.8% |
| Digitale vaardigheden | 44.7% |
| Assertiviteit | 59.5% |
| Ontmoeten & Ondernemen | 58.3% |
| Natuur- en sportactiviteiten | 59.5% |
| Afname sociaal isolement | 58.3% |
| <i>Ervaren gezondheid</i> | |
| Fysiek | 52.9% |
| Psychisch | 52.6% |

Gebieden van impact en beïnvloedende factoren 'Goed Bezig!'

Aansluitend is een kwalitatief onderzoek gedaan naar de impact van de interventies van 'Goed Bezig!'. Hierbij is gedetailleerd in kaart gebracht wat volgens de beleving van de deelnemers de impact voor hen was. Uiteindelijk werd duidelijk, dat de impact betrekking had op de volgende inhoudelijke onderwerpen:

- vergroten sociaal netwerk;
- vergroten eigenwaarde in termen van zelfvertrouwen, lef en zelfverzekerdheid;
- versterken gezondheidspositie: sporten & bewegen, ervaren gezondheid, gezonder eten;
- vergroten deelname aan andere activiteiten of vrijwilligerswerk;
- toe-eigenen ambassadeurswerk.

Ten slotte is in kaart gebracht welke elementen van de leeromgeving van invloed zijn geweest op de ervaren vooruitgang op deze inhoudelijke gebieden.

Vergroten sociaal netwerk

Allereerst werd duidelijk, dat bijna alle deelnemers (27 van de 31) ervaren een groter sociaal netwerk te hebben gekregen. In eerste instantie durfden ze mensen op straat aan te spreken en hadden ze veel minder het gevoel, dat ze in een sociaal isolement leefden, zoals deze deelnemer dat aangeeft:

"Ja, dus je wordt op de supermarkt, op de markt, je wordt gewoon bijna overal aangesproken. Soms vragen ze echt gewoon vragen en dan denk ik oh, ok" (DLN3).

Maar meestal gaat het ook een stap verder en leren ze mensen echt kennen. Deze deelnemer geeft bijvoorbeeld aan, dat ze daardoor makkelijker met mensen van verschillende culturen en achtergronden kan omgaan: *"Nou, het is voor mij makkelijker om met mensen van alle culturen om te gaan, want die mensen nemen ook deel aan de activiteiten waar ik aan deelneem en zo leer ik ze kennen (...). Ik krijg meer zicht op wat hun achtergronden zijn en zij op dat van mij, waardoor de band wordt steeds beter. Ze zeggen als je iets niet weet dan maakt dat onbemind, maar als je die mensen kent dan ga je ze beminnen(...)" (DLN23).*

Het blijft voor een aantal van hen niet alleen bij het leren kennen en om kunnen gaan met anderen, maar het vergroot ook daadwerkelijk hun sociale netwerk. Deelnemers creëren door deelname een duurzamer sociaal netwerk: *"(...) En toen ik begonnen was met het zwemmen toen had ik zoiets van ja, ik kom mijn huis uit. Ik begin met zwemmen en ik leerde ook andere vrouwen kennen. En op een gegeven moment, ik heb ook echt vriendinnen eraan overgehouden" (DLN14).*

Vergroten eigenwaarde in termen van zelfvertrouwen, lef en zelfverzekerdheid

Ten tweede ervaren ook vrijwel alle deelnemers (28 van de 31), dat ze een betere gemoedstoestand kregen. Ze hebben meer lef gekregen. Sommige deelnemers spreken de Nederlandse taal namelijk niet goed en vinden het daardoor moeilijk zich te uiten. Deelname aan de interventies van 'Goed Bezig!' lijkt dat tij voor een aantal gekeerd te hebben: *"Ik heb ook heel veel geleerd, ja. Mijn taal is ook heel veel veranderd. Zelfvertrouwen, ja. Ja, eerder had ik niet echt zelf, (...) veel zelfvertrouwen. Ik denk dat ik niet goed kan Nederlands spreken. (...) Maar nu is het, ja, nu ik praat, ik zeg ja, ik doe mijn best (...)" (DLN12).*

Ook durft men nu meer naar zichzelf te kijken en op zichzelf te vertrouwen. Hierdoor worden de eigen kwaliteiten zichtbaar, die voorheen wellicht minder zichtbaar waren: *"Ja, daarnaast het bereid zijn om wat te doen en niet bang zijn en niet terugtrekkend zijn en gewoon erin gaan als er wat voorkomt. En gewoon*

je kwaliteiten benutten, zodra daar een positie voor is. Dat is natuurlijk meer voorop gekomen bij mij” (DLN5).

Ten slotte hebben deelnemers daardoor meer zin in de dag gekregen. Ze willen iets van hun dag maken, omdat ze gewoonweg meer energie hebben gekregen: *“Ik heb zeker zelfvertrouwen gekregen, want daarvoor had ik niet zoveel zelfvertrouwen. Nou heb ik zoveel zelfvertrouwen. Ik kom vroeg mijn bed uit. Ik ga vrolijk naar wat ik moet doen. En ik was eerst niet zo, maar ik voel dat ik meer energie heb” (DLN21).*

Versterken gezondheidspositie: sporten & bewegen, ervaren gezondheid, gezonder eten

Ten derde wordt duidelijk, dat de meeste deelnemers (20 tot 22 van de 31) ervaren een betere gezondheidspositie te hebben gekregen. Allereerst geven 22 van de 31 deelnemers aan, dat ze meer zijn gaan bewegen ook in huis: *“Thuis gebruik ik alleen maar de lift, want ik woonde op de vierde etage. Ik ga met lift. Ik ben nooit met de trap gegaan. Maar nu gebruik ik de trap” (DLN6).* Of zijn gaan sporten: *“Toen jullie kwamen met die activiteiten, dat de zwemles gaan beginnen, ik vind het echt leuk. Het is iets wat je altijd in je gedachte hebt. Wat je nooit hebt meegemaakt. Nooit gedaan op jonge leeftijd.”*

Ook ervaren 22 van de 31 deelnemers, dat het sporten invloed heeft op hun gezondheid. Ze krijgen een beter ervaren gezondheid, waarbij lichaam en geest elkaar beïnvloeden: *“Ja. Je voelt ook lekker. Ja, je voelt ook beter. Kijk, als je gaat zwemmen ook. Je gebruikt ook je spieren. Je gebruikt ook je geest, alles. Je vergeet alles. Dan ben je gewoon bezig met water. (...) En dan als je thuiskomt dan voel je zo lekker ontspannen. Lekker rustig lichamelijk en geestelijk” (DLN1).* Maar voor een aantal van hen gaat dit veel verder en is er sprake van een daadwerkelijke verandering in hun leven en is de ervaren gezondheid veel beter geworden, doordat men bijvoorbeeld veel minder stress ervaart: *“Toen was mijn leven nog net niet het ravijn ingedonderd Ik stond op het randje. (...) De stress was heel hoog en opname stond, nou ja, ik heb time-outs gehad in rustoorden meerdere malen. En dat is nu niet meer nodig” (DLN24).*

Daarnaast geven 20 van de 31 deelnemers aan, dat ze gezonder zijn gaan eten. Dit geldt voor verschillende gebieden van eten en drinken. Bijvoorbeeld op het gebied van het regelmatig drinken van water, zoals deze deelnemer aangeeft: *“Ja, elke uur moet ik water. Ook ik drink eerst helemaal geen water. Alleen als ik medicijnen ga drinken of wat dan ook. Maar nu elke uur moet ik zeg maar 200 milligram water drinken (...)” (DLN1).* Maar een ander eet- en drinkpatroon geeft ook een andere structuur aan de dag, zoals het structureel eten van een ontbijt: *“Ja, regelmatig ja. Ik sloeg weleens het ontbijt over, maar ik heb begrepen hoe belangrijk ontbijt is. Dus die sla ik in elk geval niet meer over. Ook al heb ik geen honger ik eet een sneetje brood en ik drink een glaasje thee” (DLN23).*

Een veel kleiner aantal geeft ook aan, dat hun gezondheid is verbeterd. Dat kan op verschillende gebieden het geval zijn, zoals het stoppen met roken: *“Je bent bezig hè, dus dan heb je de tijd niet echt meer om daar in te steken van ‘ai’ even nu tijd voor een peuk. Nee, dat gaat dan niet. Dan heb je steeds wat anders te doen, ja” (DLN.10).* Maar daarnaast ook op het gebied van overgewicht. Een aantal geeft aan te zijn afgevallen: *“Ja. Ik ben eigenlijk ook al zelf, denk ik, 7 kilo afgevallen. En normaal is het bij mij je valt af, je komt aan, je valt af. Maar het is nu echt gewoon heel lang hetzelfde gebleven” (DLN3).* En bij sommigen blijken klachten minder te zijn geworden of te zijn verdwenen: *“Bijna nooit, maar ik voel me heel lichter geworden. Ik had zoveel schouderklachten en nekklachten, maar nu gelukkig die schouderklacht is (...) is weg” (DLN12).*

Vergroten deelname aan andere activiteiten of vrijwilligerswerk

Ook is circa de helft van de deelnemers andere dingen gaan doen. Ze zijn actief geworden in de wijk of zijn zelf activiteiten gaan uitvoeren. Daarnaast geeft men ook een aantal keren aan, dat ze vrijwilligerswerk zijn gaan doen. In een aantal gevallen hebben die activiteiten ook met gezondheid en sporten te maken, zoals deze deelnemer aangeeft: "*Dat organiseren wij met elkaar. En dan gaan we elke avond. Elke maandagavond gaan wij samen (...) zwemmen met zijn allen. (...) En het leuke ervan is, dat we ook gewoon de meiden kunnen meenemen, onze eigen dochters. (...) Dus het is niet alleen goed voor de moeders, maar ook nog voor de kinderen (...) Ja, ze krijgen één op één aandacht. En het is leuk om met je dochter te zwemmen, want mama kan nu ook eindelijk in het diepe*" (DLN14).

Maar daarnaast geeft een aantal deelnemers, dat ze door deelname aan 'Goed Bezig!' ook iets voor anderen in de wijk wilden betekenen. Ze hebben problemen bij anderen gezien tijdens deelname aan de interventies van 'Goed Bezig!' en willen anderen daardoor ondersteunen: "*Nou, ik ben zelf gaan werken in de wijk als empowermentcoach. Dus ik ben zelf moeders aan het motiveren, aan het stimuleren om het beste uit het leven te halen. En dat doe ik door verschillende projecten te geven. Armoedeprojecten, projecten waarin vrouwen heel sterk worden, die gericht zijn op (...) opvoedingsondersteuning. Ik coach moeders. Ik geef trainingen. Dus dat is wat ik allemaal doe. (...) 'Goed Bezig!' was een eyeopener voor mij, want als ik daar niet naartoe was gegaan en niet in gesprek was gegaan met al die moeders en heb kunnen zien wat er aan de hand was dan zou ik ook niet weten wat er afspeelt in mijn wijk*" (DLN14)².

Toe-eigenen ambassadeurswerk

Bijna de helft van de deelnemers (15 van de 31) geeft aan ambassadeur te zijn geworden op het gebied van gezondheid. Zowel thuis, maar ook in de wijk. Thuis geeft men aan gezonder te zijn gaan eten, wat ook op andere gezinsleden van toepassing is: "*Ja, ik doe het ook thuis, ja. (...) We eten gewoon, meestal gewoon gezond eten. (...) Veel groenten. Klopt, ja. Veel groenten, fruit. Ja*" (DLN2).

Maar ook in de wijk is men andere wijkbewoners gaan begeleiden om gezamenlijk te werken aan gezondheid en een meer gezonde levenshouding. Een aantal ambassadeurs motiveert andere mensen om bijvoorbeeld gezonder te eten, te gaan sporten en dergelijke: "*Ja, klopt. Ik heb een groepje, wij zijn met zijn vieren. En ik ben dus 3 dames, behalve mezelf, ben ik echt intensief aan het begeleiden. En wij hebben samen een 'groepsappje' en ik ben dan de lifestylecoach zeg maar van ze. En dat vinden ze heel chique, vooral leuk. En dan ben ik ze aan het motiveren van gezond eten, gezonde recepten, maar ook met gym. (...) Ik heb ze gemotiveerd om bij een sportschool in te schrijven. En 3 dagen in de week gaan we daar sporten samen*" (DLN5).

Beïnvloedende factoren leeromgeving

Met name de begeleiding en de andere deelnemers blijken als eerste van invloed te zijn op de ervaren vooruitgang. Volgens een meerderheid van de deelnemers is de begeleiding van de docent of de ambassadeur ondersteunend. Deze begeleiding zorgt ervoor, dat men dingen is gaan doen, stappen is gaan zetten: "*Ja, (...) die heeft, die heeft heel goed, nou ja, veel wijze woorden met mij gedeeld. Heel goed geluisterd en is soms ook heel hard geweest en gewoon zeggen van nu niet of nu juist wel even*

² Het bleek, dat deze deelnemer een betaalde baan als wijknetwerker bij de Welzijnsorganisatie in de wijk heeft gekregen.

doorzetten. En voor mijn gevoel ook wel echt een stapje verder gegaan door bijvoorbeeld als wij een afspraak hadden gewoon 's ochtends bellen van hé, ben je wakker? Zodat je kan komen" (DLN24).

Maar ook de hulp van en samenwerking met de andere deelnemers is zeer ondersteunend geweest voor de meeste deelnemers (namelijk 24 van de 31 deelnemers). Voor een aantal deelnemers hebben juist de andere deelnemers ervoor gezorgd, dat ze iets nieuws durfden te doen, zoals deze deelnemer dat aangeeft: *"Ik heb daar op school gezeten en tijdens schoolzwemlessen werd ik in het water geduwd en dat is mij altijd bijgebleven. Dus ik moest echt erover heen komen. En ik ben zo dankbaar, al die dames ook, want ze hebben me allemaal gesteund. (...) Ja, samen hebben ze me geleerd om erover heen te komen en dat is eindelijk gelukt" (DLN10).*

Ook de omgeving zorgde ervoor, dat mensen iets wilden leren en stappen bleven zetten. Een meerderheid van de deelnemers (18 van de 31 deelnemers) geeft aan, dat juist hun omgeving een stimulans was. Deze deelnemer geeft aan waarom juist de omgeving op sommige momenten zo belangrijk kan zijn: *"Nou, eigenlijk kan ik ja zeggen, want iedereen stimuleerde mij om de dingen te doen die ik doe. En als ik het vertel dan soms komen ze ook kijken of deelnemen of wat dan ook. En dat is natuurlijk een stimulans, want als je iets (...) moeite stopt in iets dan wil je er weer iets voor terug krijgen en als je ziet dat mensen komen of er enthousiast over zijn of zo dat is dan de winst die je daaruit boekt" (DLN23).*

Ten slotte hebben de leeractiviteiten, -inhoud en -materialen van de interventies voor circa de helft van de deelnemers (16 van de 31 deelnemers) bijgedragen aan de vooruitgang die zij op de verschillende gebieden ervaren hebben. Deelnemers hebben in een aantal gevallen de inhoud direct toegepast in hun dagelijkse praktijk. Dat kwam met name vanwege de inhoud die werd aangeboden: *"Ja, het was wel hele goede trainingen. (...) Ik denk er wel altijd nog over na. (...) Ik probeer dat meer te doen met nieuwe mensen, zeg maar" (DLN3).*

Conclusies

Centrale vraag is of de interventies van de aanpak 'Goed Bezig!' ervoor hebben gezorgd, dat de vooropgestelde doelen behaald zijn. De belangrijkste doelen die tijdens deze evaluatie centraal stonden, waren (Van der Baan, 2016, p.52):

Op deelnemersniveau

1. *Het vergroten van de zelfredzaamheid van bewoners, gezinnen met een lage SES, gericht op een duurzame verandering. Deze bewoners hebben de regie over hun eigen leven gekregen, zij leven gezonder, voelen zich beter en investeren en participeren in de wijk.*
2. *Toename van beleefde gezondheid op het gebied van zelfredzaamheid, fysieke en psychische gezondheid.*
3. *Het versterken van de sociale netwerken. De bewoners, gezinnen met een lage SES, worden daarmee 'eigenaar' van een gezondere wijk.*
4. *Het vergroten van het activiteiten aanbod, dóór en vóór bewoners, op het gebied van fysieke gezondheid, leefbaarheid en psychisch welbevinden.*

Figuur 1 toont de uiteindelijke resultaten die zowel uit het kwantitatief als het kwalitatief onderzoek naar voren zijn gekomen. Gezien de wat lage respons op het kwantitatief onderzoek is ervoor gekozen om een

extra kwalitatief onderzoek te doen om te kijken of de resultaten bevestigd konden worden. De resultaten van beide onderzoeken blijken redelijk overeen te komen en zijn gebundeld in figuur 1.

Figuur 1: Resultaten impact interventies 'Goed Bezig!'



Zowel uit het kwalitatief als het kwantitatief onderzoek wordt duidelijk, dat de deelnemers op de eerste plaats ervaren, dat ze een betere eigenwaarde hebben gekregen. Bij het kwalitatief onderzoek werd dat duidelijk, doordat vrijwel alle deelnemers meer zelfvertrouwen en lef kregen en zelfverzekerder werden. Bij het kwantitatief onderzoek ervaren het merendeel van de deelnemers ook assertiever te zijn geworden. Een stap verder op het gebied van sociale ontwikkeling is het vergroten van het sociaal netwerk. Het aangaan van contacten. Ook dat werd door vrijwel alle respondenten van het kwalitatief onderzoek ervaren. Een meerderheid van de deelnemers van het kwantitatief onderzoek gaf ook aan uit een isolementspositie te zijn gekomen of andere en meer mensen ontmoet te hebben of nieuwe activiteiten te hebben ondernomen. Wil men een betere gezondheidspositie krijgen ook dan moet men eerst aan de eigenwaarde kunnen bouwen om hier stappen in te kunnen zetten. Zowel het kwalitatief onderzoek als het kwantitatief onderzoek laten zien, dat circa de helft tot een meerderheid een beter gezondheidspositie ervaart te hebben gekregen naast het vergroten van de eigenwaarde. Kijkend naar de ervaren gezondheid wordt duidelijk, dat deze voor circa de helft van de respondenten van het kwantitatief onderzoek zowel op het psychisch als fysiek gebied vooruit is gegaan. Dat geldt ook voor een meerderheid van de respondenten van het kwalitatief onderzoek. Zo ook zien we bij een meerderheid van de deelnemers van beide onderzoeken, dat ze ervaren (meer) te zijn gaan sporten. Maar ook op het gebied van gezonder eten wordt duidelijk, dat een deel van de mensen ervaart vooruit te zijn gegaan (bijvoorbeeld door het meer eten van gekookte of gebakken groente, sla of rauwkost). Ondanks, dat de meeste deelnemers van het kwantitatieve

onderzoek hun gezondheid beter beoordelen na de interventie dan ervoor, wordt wel duidelijk, dat een kleiner deel van het kwalitatieve onderzoek aangeeft een betere gezondheid te hebben gekregen. Het ultieme streven om beide gebieden van sociale ontwikkeling en gezondheid te combineren bleek voor circa de helft van de deelnemers gelukt te zijn, doordat ze ambassadeur waren geworden op het gebied van gezondheid. Ze zijn dus en aan de slag gegaan met hun sociale ontwikkeling en met het ontwikkelen van hun gezondheidspositie. Dat wordt ondersteund door de resultaten van het kwantitatief onderzoek waar een groot deel van de deelnemers ervaart meer te zijn gaan ondernemen.

Samenvattend wordt duidelijk, dat ondanks de wat kleine respons op het kwantitatief onderzoek, maar door de bevestiging van het kwalitatieve onderzoek, de meeste deelnemers na deelname aan de interventies van 'Goed Bezig!':

- hun zelfredzaamheid hebben vergroot (betreffende het krijgen van de regie over hun eigen leven, het gezonder leven, het zich beter voelen en het investeren en participeren in de wijk);
- een betere beleefde gezondheid op het gebied van zelfredzaamheid, fysieke en psychische gezondheid hebben gekregen;
- hun sociale netwerken hebben versterkt.

Daarnaast is door de inzet en realisatie van ambassadeurs het activiteitenaanbod dóór en vóór bewoners, op het gebied van fysieke gezondheid, leefbaarheid en psychisch welbevinden vergroot.

De aanpak 'Goed Bezig!' heeft in dat opzicht dus bijgedragen aan de gezondheidsbevordering voor mensen met een lage SES in de wijken Spangen en Tussendijken.

"Daar ben ik heel erg blij mee. Los van m'n cursisten en de zwemleraren ben ik jullie ook heel erg dankbaar daarvoor, dat de gelegenheid er is dat we dat mochten doen. Ja, zeker weten" (DLN10).

Referenties

Ashworth, P & Lucas, U. (2000). Achieving empathy and engagement: A practical approach to the design and reporting of phenomenographic research. *Studies in Higher Education*, 25 (3), 295 – 308.

Buisman, M. & Houtkoop, W. (2014). *Laaggeletterdheid in kaart*. 's-Hertogenbosch: ECBO.

De Greef, M., Hanekamp, M., Segers, M., Verté, D. en Lupi, C. (2012). *Leren in verschillende contexten*. 's-Hertogenbosch: CINOP.

De Greef, M., Segers, M. & Verté, D. (2010). Development of the SIT, an instrument to evaluate the transfer effects of adult education programs for social inclusion, *Studies in Educational Evaluation* (36), 42 - 61.

Groffen, D.A.I., Koster, A., Bosma, H., Van den Akker, M., Kempen, G.I.J.M., Van Eijk, J.T.M., Van Gool, C.H., Penninx, W.J.H., Harris, T.B., Rubin, S.M., Pahor, M., Schulz, R., Simonsick, E.M., Perry, S.E., Ayonayon, H.N., Kritchevsky, S.B., for the Health ABC study. (2013). Unhealthy Lifestyles Do Not Mediate the Relationship Between Socioeconomic Status and Incident Depressive Symptoms: The Health ABC Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21 (7), p. 664 - 674.

Howitt, D. & Cramer, D. (2008). *Introduction to Statistics in Psychology*. Harlow: Prentice Hall.

Josten, E. (2010). *Minder werk voor laagopgeleiden?* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Kempen, G.I.J.M., Brillman, E.I., Heyink, J.W. & Ormel, J. (1995). *MOS Short – Form General Health Survey (SF-20): Een handleiding*. Rijksuniversiteit Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken.
- Levitas, R., Pantazis, C., Fahmy, E., Gordon, D., Lloyd, E. & Patsios, D. (2007). *The Multidimensional analysis of social exclusion*. London: Department for Communities and Local Government.
- Martens, M. & Hesselink, A. (2014). *Inventariserend onderzoek campagne Taal maakt gezonder*. Haarlem: ResCon, research & consultancy.
- Marton, F. (1995). On non-verbal learning. Level of processing and level of outcome. *Scandinavian Journal of Psychology*, (16), 273 – 279. In A. Wright, J. P. Murray & P. Geale (2007). A phenomenographic study of what it means to supervise doctoral students. *Academy of Management Learning & Education*, 6 (4), p.460.
- Marton, F. & Booth, S. (1997) *Learning and awareness*. Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum.
- Marton, F., Watkins, D. & Tang, C. (1997). Discontinuities and continuities in the experience of learning: an interview study of high-school students in Hong Kong. *Learning and Instruction*, vol. 7 (1), 21 – 48.
- Rademakers, J. (2014). *Kennissynthese Gezondheidsvaardigheden: Niet voor iedereen vanzelfsprekend*. Utrecht: NIVEL.
- RIVM. (2014). *Een gezonder Nederland; Kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*. Bilthoven: RIVM.
- Sandberg, J. (2000). Understanding human competence at work: An interpretative approach. *Academy of Management Journal*, 43 (1), 9 – 25. In A. Wright, J. P. Murray & P. Geale (2007). A phenomenographic study of what it means to supervise doctoral students. *Academy of Management Learning & Education*, 6 (4), p. 460 – 461.
- Sørensen, K. (2013). *Health literacy: the neglected European public health disparity*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- Tan, K.H.K. (2008). Qualitatively different ways of experiencing student self-assessment. *Higher Education Research & Development*, vol. 27(1), 15 – 29.
- Trigwell, K. (1997). Phenomenography: An approach to research. Sydney: Hampden Press. In A. Wright, J.P. Murray & P. Geale (2007). A phenomenographic study of what it means to supervise doctoral students. *Academy of Management Learning & Education*, 6 (4), p. 460.
- Van der Baan, L. (2016). *Gezonde toekomst dichterbij: 'Goed Bezig!' in Spangen en Tussendijken*. Rotterdam: Alsare ontwikkeling en advies.
- Verté, D., De Witte, N. & De Donder, L. (2007). *Schaakmat of aan zet? Monitor voor lokaal ouderenbeleid in Vlaanderen*. Brugge: Uitgeverij Van den Broele.