

Bereiken en betrekken van kwetsbare inwoners met een migratieachtergrond bij preventieve gezondheidsinterventies

Een "Klein maar Fijn" project, in het kader
van de Academische Werkplaats CEPHIR



CEPHIR

November 2022

Colofon

Opdrachtgever

Gemeente Rotterdam, cluster Maatschappelijke ontwikkeling

Opdrachtnemer

Erasmus MC, Maatschappelijke Gezondheidszorg, in het kader van CEPHIR, de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid in de regio's Rotterdam-Rijnmond, Zeeland, en Zuid-Holland Zuid.

Auteurs

Lisa van Son
Berfin Yurdakul
Dr. Janne Papma
Dr. Mariëlle Beenackers

Vormgeving en layout

The Online Scientist

Fotografie

Pexels

Contact

cephir@erasmusmc.nl

© CEPHIR, November 2022

CEPHIR is onze Academische Werkplaats Publieke Gezondheid in de regio's Rotterdam-Rijnmond, Zeeland, en Zuid-Holland Zuid. CEPHIR doet onder-

zoek naar volksgezondheid en deelt deze kennis met de maatschappij om zo het beleid voor een gezonde gemeenschap te ondersteunen. Bij CEPHIR werkt de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus MC samen met gemeente Rotterdam en GGD-en en gemeentes uit de regio. Zij werken aan het onderbouwen van het beleid in de volksgezondheid. CEPHIR staat voor 'Centre for Effective Public Health In the larger Rotterdam area'.



Voorwoord

De diversiteit aan inwoners in Rotterdam is groot en de huidige preventieve gezondheidsinterventies sluiten hier vaak nog onvoldoende op aan. Het is daarom noodzakelijk om te kijken hoe we dit kunnen verbeteren. In dit rapport wordt het onderzoek beschreven van het Klein Maar Fijn project: 'Bereiken van kwetsbare inwoners met een migratieachtergrond bij (preventieve) gezondheidsinterventies'. Het onderzoek geeft praktische handvatten en overwegingen over hoe preventieve gezondheidsinterventies kunnen worden ingericht zodat ze beter aansluiten bij kwetsbare Rotterdammers met een migratieachtergrond. Door interventies inclusief en cultuursensitief vorm te geven, kunnen we ze toegankelijk en uitnodigend maken voor alle Rotterdammers teneinde de gezondheidsverschillen in de stad te voorkomen en te verminderen.

Dit project werd uitgevoerd in opdracht van de Gemeente Rotterdam door de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus MC. Het onderzoek is uitgevoerd in het kader van CEPHIR, de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid in de regio's Rotterdam-Rijnmond, Zeeland en Zuid-Holland Zuid. CEPHIR is het acroniem voor 'Centre for Effective Public Health In the larger Rotterdam area'. We verbinden onderzoekers, beleidsmakers, bestuurders, hulpverleners en lokale professionals. Samen werken we aan een vitale samenleving en het terugdringen van gezondheidsachterstanden. CEPHIR is een samenwerking tussen de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus MC, de gemeente Rotterdam en de GGD Rotterdam-Rijnmond, GGD Zeeland en GGD Zuid-Holland Zuid.

Het onderzoek is uitgevoerd door een multidisciplinair team van onderzoekers. Berfin Yurdakul en Lisa van Son hebben als (medisch) antropologen, verbonden aan de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, de uitvoering van het onderzoek gedaan. Dr. Janne Papma dacht mee vanuit haar expertise binnen de Migrantenpoli van het Alzheimercentrum in het Erasmus MC. Dr. Papma is betrokken bij het ABOARD consortium (ZonMw & Health Holland), en het Nationale Dementie Preventie Initiatief (NDPI, ZonMw), en heeft dit onderzoek deels vanuit die betrokkenheid verricht. De bevindingen zullen direct toegepast worden binnen deze grootschalige onderzoeksinitiatieven. Het project werd geleid door Dr. Mariëlle Beenackers, als onderzoeker verbonden aan de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg en tevens programmaleider van CEPHIR.

We willen graag iedereen bedanken die aan dit onderzoek heeft meegewerkt. We willen expliciet de deelnemers aan de interviews en focusgroepen bedanken voor hun vertrouwen en het delen van persoonlijke verhalen. Daarnaast willen wij de mensen die deze gesprekken hebben mogelijk gemaakt binnen de verschillende organisaties bedanken. De inzichten zijn belangrijk, niet alleen voor de Gemeente Rotterdam als opdrachtgever, maar ook voor toekomstige initiatieven in het hele land.

Lisa van Son, Berfin Yurdakul, Janne Papma, Mariëlle Beenackers

Rotterdam, 4 november 2022

Inhoud

Inleiding	04
Methode	06
Wetenschappelijke kennis	06
Ervaringskennis	07
Professionele kennis	08
Analyse en rapportage	09
Resultaten	10
Wetenschappelijke kennis	10
Expliciete barrières	10
Impliciete barrières	11
Culturele sensitiviteit en inclusiviteit	11
Bevorderende factoren	12
Ervarings- en professionele kennis	14
Werven & bereiken	14
Uitvoering & resultaat	18
Voorwaarden voor inclusiviteit & culturele sensitiviteit	21
Conclusie	25
Reflectie	27
Referenties	29
Bijlagen	31

Inleiding

Rotterdam is een stad met een enorme diversiteit aan inwoners. Mensen met nationaliteiten uit meer dan 170 landen hebben Rotterdam als thuis (IDEM, 2019). Al deze mensen brengen hun eigen achtergrond, kennis, opvattingen en ervaringen met zich mee. Veel van deze achtergrond, kennis, opvattingen en ervaringen worden meegegeven aan de volgende generaties. De diversiteit van Rotterdam maakt de stad rijker en geeft de stad karakter.

Om goed te floreren in de stad is het ervaren van een goede gezondheid essentieel. Echter, veel van de bestaande interventies om de gezondheid van Rotterdammers te bevorderen sluiten onvoldoende aan op deze diversiteit, hetgeen gezondheids-achterstanden kan veroorzaken of verergeren (Beenackers et al., 2015; Van den Muijsenbergh et al., 2019; Van der Velden, 2018). Rotterdamse inwoners met een migratieachtergrond hebben daarnaast vaker een lagere sociaaleconomische positie (SEP). Sociaaleconomische gezondheidsverschillen in Rotterdam zijn hardnekkig (Gemeente Rotterdam, 2021). Rotterdammers zonder opleiding, met enkel een basisschooldiploma of maximaal MBO1 diploma leven bijvoorbeeld gemiddeld vijf jaar korter ten opzichte van mensen met een HBO of wetenschappelijke opleiding en ze ervaren zelfs 14 jaar minder gezonde levensjaren (Gemeente Rotterdam, 2021).

De rol van sociaaleconomische positie in gezondheid

De sociaaleconomische positie kan invloed hebben op de manier waarop mensen toegang hebben tot kennis en faciliteiten voor een gezonde levensstijl (Raad voor Volksgezondheid, 2020) en op de leefomgeving waarin ze wonen (buurt en woonkwaliteit) en de bijbehorende mogelijkheden of risico's (Ravelli et al., 2011; Marmot, 2005). Ook zijn mensen met een lage SEP kwetsbaarder voor sociale problematiek, stress en mentale gezondheid (bijvoorbeeld door financiële stress), en lijkt de drempel tot de juiste zorg hoger te liggen (Starcke & Brand, 2012; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2020; Mullainathan & Shafir, 2013). Daarnaast ervaren Rotterdammers met een lagere SEP vaak minder goede gezondheidsvaardigheden die hen kan helpen om te navigeren in het gezondheidsaanbod en hun eigen gezondheid te begrijpen en verbeteren (Gemeente Rotterdam, 2019 Willems et al., 2021).

Het belang van intersectionaliteit

Het afbrokkelen van het zekerheidsstelsel heeft er mede voor gezorgd dat er een verschuiving heeft plaatsgevonden in verantwoordelijkheid van het collectief naar het individu. Vooral kwetsbare groepen ondervinden hier de nadelen van doordat sociale problematiek zich opstapelt (van Lieshout, 2016). Deze barrières tot gezondheid lijken te worden versterkt bij mensen met een lage SEP én een migratieachtergrond. Het begrip intersectionaliteit (sociale ongelijkheid op basis van elkaar beïnvloedende factoren zoals etniciteit, opleidingsniveau en sociaaleconomische positie) is het uitgangspunt om deze aansluiting te begrijpen (Wilson et al., 2019). Het is van belang om te kijken naar de manier waarop deze intersecties zoals migratie en sociaaleconomische positie met elkaar verbonden zijn omdat ze niet in isolatie plaatsvinden maar elkaar juist kunnen versterken (Gkiouleka & Huijts, 2020).

Deze intersectionaliteit van gezondheidsachterstanden vraagt om passende gezondheidsinterventies. Gezondheidsbevorderende interventies zijn bedoeld om mensen laagdrempeliger toegang te geven tot kennis en activiteiten die bijdragen aan een betere gezondheid. Daarbij kunnen interventies preventief werken en helpen bij het voorkomen van bepaalde ziekten. Echter blijkt het lastig om iedereen met deze interventies te bereiken. Het is enorm complex om kwetsbare inwoners met een migratieachtergrond op een inclusieve manier te betrekken en bereiken bij gezondheidbevorderende interventies. Door de enorme diversiteit van inwoners is er niet één manier om interventies inclusief te maken. Het is van belang om meer zicht te krijgen op hoe (preventieve) gezondheidsinterventies zo inclusief mogelijk kunnen worden gemaakt zodat ze toegankelijk en uitnodigend zijn voor alle Rotterdammers teneinde de gezondheidsverschillen in de stad te voorkomen en te verminderen (Poll, 2021).

Het verkleinen van de gezondheidsachterstanden is een belangrijke rode lijn in Gezond010: het akkoord en ook de huidige ambitie van de coalitie lijkt een inclusieve aanpak te ondersteunen. Er is in Rotterdam al veel ervaring opgedaan om gezondheidsinterventies zo inclusief mogelijk te maken. De kennis is echter nog gefragmenteerd. Door verschillende soorten kennis bij elkaar te brengen (wetenschappelijk kennis, professionele kennis en ervaringskennis), bundelen we in dit rapport belangrijke inzichten over het zo inclusief mogelijk maken van (preventieve) gezondheidsinterventies. De hoofdonderzoeksvraag luidt daarom:

Wat zijn de bevorderende en de belemmerende factoren van huidige (preventieve) gezondheidsinterventies in Rotterdam bij het bereiken en betrekken van kwetsbare inwoners met een migratieachtergrond?



— Methode

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, hebben we zowel wetenschappelijke kennis, ervaringskennis en professionele kennis bij elkaar gebracht. In alle elementen werd de onderzoeksvraag geoperationaliseerd door verder in te gaan op deelthema's, te weten: culturele sensitiviteit, inclusiviteit en bevorderende en belemmerende factoren van het bereiken en betrekken van de doelgroep.

Wetenschappelijke kennis

Middels een **literatuurstudie** brengen wij bestaande wetenschappelijke kennis bij elkaar rondom de vraag hoe interventies inclusiever gemaakt kunnen worden voor kwetsbare mensen met een migratieachtergrond

Ervaringskennis

Middels **focusgroepdiscussies, interviews en participatieve observaties** met en van de **doelgroep** (kwetsbare Rotterdamse inwoners met een migratieachtergrond) halen wij **ervaringskennis** op rondom belemmerende en bevorderende factoren voor deelname aan preventieve interventies

Professionele kennis

Middels **interviews** met Rotterdamse professionals halen wij **professionele kennis** op over wat werkt en niet werkt om kwetsbare Rotterdammers met een migratieachtergrond te bereiken en betrekken.

Hiertoe interviewen we:

1. Contactpersonen van **Rotterdamse projecten en organisaties** die zich bezighouden met gezondheidsinterventies bij de doelgroep
2. Mensen werkzaam bij de **Rotterdamse gemeente, maatschappelijke organisaties en kenniscentra** die zich richten op het verbeteren van beleid en omstandigheden aangaande de gezondheid van de doelgroep.

Wetenschappelijke kennis

Door middel van een **literatuurstudie** brengen we wetenschappelijke kennis bij elkaar over hoe interventies inclusiever gemaakt kunnen worden voor kwetsbare mensen met een migratieachtergrond. Hierbij richten wij ons voornamelijk op belemmerende factoren (barrières), bevorderende factoren, inclusiviteit en culturele sensitiviteit. Het literatuuronderzoek werd parallel aan het kwalitatieve onderzoek naar de professionele en ervaringskennis uitgevoerd. De literatuur werd geselecteerd middels gerichte zoekstrategieën in bekende databases en middels de sneeuwbalmethode waarbij referenties van relevante literatuur werd bekeken. Het betreft geen volledige systematische literatuurstudie maar een scoping review om een goed overzicht te krijgen van belangrijke belemmerende en bevorderende factoren.

Ervaringskennis

Ervaringskennis is zeer waardevol om meer inzicht te krijgen in waarom mensen wel of niet deelnemen aan preventieve gezondheidsinterventies. De doelgroep in dit onderzoek is gedefinieerd als: 'kwetsbare Rotterdamse inwoners met een migratieachtergrond'. Kwetsbaarheid definiëren we als PROGRESS-Plus; dit acroniem beziet kwetsbaarheid als een containerbegrip waarin verschillende factoren een rol spelen zoals gender, sociaaleconomische positie, educatie, religie, sociaal kapitaal, werkomstandigheden, woonomstandigheden en specifieke persoonlijke karaktereigenschappen en relaties (Oliver et al., 2008).

De definiëring van een groep mensen als 'inwoners met een migratieachtergrond' kan stigmatiserend zijn. Het gebruik van dergelijke definities kan namelijk mogelijk (valse) homogeniteit impliceren. Tegelijkertijd is het *niet* benoemen van deze achtergrond geen goede oplossing omdat mogelijke vormen van uitsluiting en discriminatie dan lastiger onderzocht en besproken kunnen worden. Binnen dit project zullen we rekening houden met de gevoeligheid van deze terminologie door kritisch te kijken naar *het doel* bij het gebruik van dergelijke definities.

In dit onderzoek hebben we gebruik gemaakt van verschillende kwalitatieve onderzoeksmethoden om de attituden en ervaringen van de doelgroep: 'kwetsbare Rotterdammers met een 'migratieachtergrond', in kaart te brengen en hier lering uit te trekken. Onderstaande methoden zijn gebruikt voor de doelgroep.

Participerend observerend onderzoek

We hebben participierend observerend onderzoek gedaan bij het preventieve gezondheidsproject in Rotterdam Noord: "De gezonde Toer". Dit evenement organiseert jaarlijks een themadag over gezondheid voor wijkbewoners. Er wordt informatie over voeding gegeven en er worden verschillende gezondheidschecks aangeboden zoals het meten van de bloedsuikerspiegel en bloeddruk. Hier werd een gezondheidscheck afgenomen bij wijkbewoners: het meten van de BMI en een tandplakmeting.

In deze onderzoeksmethode participeren en observeren de onderzoekers binnen een specifieke context die relevant is voor de doelgroep. Op deze manier kunnen we patronen herkennen in gedragingen en handelingen. Deze kunnen veelzeggend zijn over de beleavingswereld van de onderzoekspopulatie (Bryman, 2016).

Focusgroepdiscussies

We hebben twee focusgroepdiscussies georganiseerd. De eerste focusgroepdiscussie bestond uit 9 deelnemers, 5 vrouwen en 4 mannen. De deelnemers waren allemaal cursisten van de taaltrainingscursus: 'Taal en Gezondheid' op Rotterdam Zuid. De focusgroepdiscussie was een vrijwillig onderdeel van de tweede helft van de les.

De taalachtergrond van de deelnemers was: Pools, Portugees, Chinees, Arabisch en Turks. Het taalniveau van de cursisten varieerde tussen A1 en B1. De leeftijd van de deelnemers lag tussen de 20 en 65 jaar oud. De tweede focusgroepdiscussie bestond uit 9 deelnemers, 1 man en 8 vrouwen. De leeftijd varieerde tussen de 30 en 62 jaar.

De deelnemers konden zich bij de huizen van de wijk in Rotterdam Noord opgeven om mee te doen. Een deel van de deelnemers sloot aan na een eerdere bijeenkomst over omgang met schulden. In totaal hebben we met 17 mensen uit de doelgroep gesproken. Het taalniveau van de tweede focusgroepdiscussie was een stuk hoger waardoor er meer gedetailleerd op de onderwerpen kon worden ingegaan.

Bij focusgroepdiscussies zijn verschillende mensen uit de doelgroep bij elkaar gekomen. Op deze manier werd er een dialoog gecreëerd binnen de onderzoekspopulatie. Deze methode geeft inzicht in de verschillen en overeenkomsten in visies. De interactie tussen de groepsleden helpt bij het boven tafel krijgen van diepere inzichten die belangrijke data opleveren in dit onderzoek (Bryman, 2016).

De centrale thema's die we tijdens de focusgroepdiscussie hebben besproken corresponderen met de deelthema's uit de onderzoeksvraag en zijn: karakteristieken van gezondheidsinterventies, inclusiviteit, belemmerende en bevorderende factoren bij inclusieve gezondheidsinterventies, culturele sensitiviteit en het gebruik van de termen 'kwetsbaarheid' en 'migratie-achtergrond' (kwetsbare inwoners mensen met een migratieachtergrond).

Semigestructureerde interviews

We hebben twee individuele semigestructureerde interviews afgenomen met twee participanten van de focusgroepdiscussie. Beide participanten zijn vrouwen van in de 40 die meedoen met verschillende (sociaal/economische) ondersteunende programma's die door welzijnsorganisatie SOL (Samen Ondernemend Leren) en DOCK worden aangeboden.

Semigestructureerde interviews gebruiken een vragenlijst om bepaalde onderwerpen gestructureerd uit te vragen waarbij in volgorde van afgeweken kan worden en er ruimte blijft om het gesprek natuurlijk te laten verlopen. In de semigestructureerde interviews is dieper ingegaan op enkele thema's die ook in de focusgroepdiscussies zijn bevraagd. De vragenlijst is te vinden in Bijlage 1. De vragen in de interviews zijn allemaal geformuleerd op B1 niveau om de toegankelijkheid te vergroten.

Professionele kennis

We hebben net als bij de doelgroep bij de professionals **semigestructureerde interviews** afgenomen. De centrale thema's die we hebben besproken zijn dezelfde als bij de doelgroep, maar in dit geval vanuit het perspectief van de professional gesteld. De vragenlijst is te vinden in Bijlage 2.

Bij de professionals is onderscheid gemaakt tussen twee brede groepen: 1) professionals werkend bij Rotterdamse projecten en organisaties die zich bezighouden met gezondheidsinterventies bij de doelgroep; en 2) professionals werkend bij de Rotterdamse gemeente, kenniscentra en maatschappelijke organisaties die zich bezighouden met gezondheidsbeleid (waaronder interventies) en onderzoek bij de doelgroep. Door de combinatie van professionals uit beide groepen benaderen we de thematiek zowel vanuit de praktijk als vanuit beleid. Sommige professionals konden in beide groepen ingedeeld worden, omdat ze zowel ervaring hadden met het organiseren van gezondheidsinterventies als met gezondheidsbeleid en onderzoek. We hebben gesproken met **12 professionals** uit verschillende werkvelden die we hebben geselecteerd en geïncludeerd middels ons netwerk en door middel van de sneeuwbalmethode (zie Tabel 1).

Analyse en rapportage

De resultaten uit de literatuur zijn samengevat rondom de belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren. De interviews en focusgroepdiscussies zijn kwalitatief geanalyseerd middels een thematische analyse in het programma Atlas ti. Thematische analyses geven inzicht in patronen en belangrijke discourses die naar voren komen in de interviews en discussies.

Tabel 1 Overzicht van organisaties

Organisatie	Specifieke relevante thema's en/of doelgroep
Gemeente Rotterdam	Taal en gezondheidsbeleid, taal en vaardigheden bij laaggeletterden, verbeteren van kennis over dit onderwerp bij zorgverleners.
Gemeente Rotterdam	Maatschappelijke ontwikkeling, gezondheid, participatie en welzijn
Pharos	Intersectionaliteit, dementie bij migranten en laaggeletterdheid
TU Delft	E-health interventies bij mensen met een lage sociaaleconomische positie
InMovement	Vitaliteit, beweging, emancipatie
WMO RADAR	Valpreventie en zingeving bij ouderen
DOCK	Welzijnswerk Rotterdam Noord
SPIOR (Stichting Platform Islamitische Organisaties Rijnmond)	Welzijnswerk samenwerkende Islamitische organisaties Rotterdam
GGD (Gemeentelijke Gezondheidsdiensten)	Fijnmazig vaccineren
Vitaal Actief	Obesitas bij mensen met een lage sociaaleconomische positie
Verloskundige Praktijk	Actief in Rotterdam Noord: (extra) voorlichting en gezondheidsinitiatieven voor kwetsbare zwangeren
Hogeschool Rotterdam	Kenniscentrum zorginnovatie, project 'Oudere migranten met vergeetachtigheid of dementie'.

Resultaten

In de resultaten zal de structuur van de methode worden aangehouden waarbij eerst een overzicht volgt vanuit de wetenschap. De resultaten uit de focusgroepdiscussies, interviews en observaties zijn gecombineerd in het deel over ervarings- en professionele kennis.

Wetenschappelijke kennis

Het bieden van inclusieve gezondheidsinterventies is vaak complex. In de literatuur wordt gesproken over 'hard-to-reach' of 'underrepresented' populaties (Bonevski et al., 2014), gedefinieerd door karakteristieken als een migratieachtergrond of etnische minderheidsgroep, lage SEP, en lage geletterdheid. Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat verschillende barrières een rol kunnen spelen bij het gebrek aan aansluiting binnen de gezondheidszorg, gezondheidszorg interventies en het onderzoek hiernaar (Betancourt, Green & Carillo., 2003; Wieringa et al. 2005; Bonevski et al., 2014; Clark et al., 2019).

We maken onderscheid tussen **expliciete barrières** waarmee we doelen op de structurele inrichting van gezondheidszorg en interventies, en hoe deze niet goed aansluiten bij onze doelgroep; en **impliciete barrières**, waarmee we duiden op knelpunten die betrekking hebben op bijvoorbeeld een gebrek aan representatie en vertrouwen. Naast de eventuele barrières, komen in dit onderzoek ook bevorderende factoren binnen gezondheidsinterventies naar voren. Hieronder volgt een overzicht van verschillende barrières die een rol kunnen spelen bij het bereiken en betrekken van kwetsbare mensen bij gezondheidsinterventies. Hierna zoomen wij in op de barrières die binnen dit onderzoek vooral centraal staan.

Expliciete barrières

Culturele barrières

Opvattingen en zogenaamde 'kennissystemen' met betrekking tot gezondheid, ziekte, voeding, medicijnen en het lichaam zijn o.a. cultureel bepaald (Lindenbaum & Lock (red.), 1993; Lupton, 2012). Dit is belangrijk, gezien het Nederlandse zorgsysteem dat een individualistische cultuur en specifieke biopsychosociale verklaringsmodellen als uitgangspunt heeft. De terminologie 'barrière' is dan ook gestoeld op het feit dat mensen andere opvattingen en manieren hebben waarop er met gezondheid en zorg wordt omgegaan. Cultuur-sensitieve aanpassingen zijn daarom essentieel. Van den Muijsenbergh en Busari (2020) gaan verder en benadrukken dat het nog beter is om rekening te houden met de deelnemer (achtergrond, gender, opleiding, levensloop, wensen en individuele mogelijkheden), in plaats van rekening te houden met groepskenmerken, zodat afgestemd kan worden op persoonlijke omstandigheden.

Informatie- en taalbarrières

Informatie en taalbarrières hangen samen met de manier waarop informatie beschikbaar is voor iedereen. Dit gaat om de laagdrempeligheid van de gebruikte taal (taalniveau), maar ook om de plaatsen waar deze informatie te vinden is, en welke media je gebruikt. Vooral kwetsbare groepen worden niet altijd bereikt door de manier waarop informatie verstrekt wordt. De informatie en taalbarrières betreffen niet alleen het betrekken en bereiken van 'moeilijk bereikbare groepen', maar bijvoorbeeld ook vragenlijsten, keuzehulp en informed consent.

Logistiek; tijd, plaats en financiële barrières

Tijd, plaats, en financiële barrières worden beschreven in de literatuur; hieronder kunnen de logistiek en reiskosten gevat worden, maar ook het specifieke tijdstip van de interventie, en de locatie. De meest sociaal kwetsbare mensen hebben niet veel geld. Vergoeding van reiskosten, en een tegemoetkoming voor deelname zijn daarom belangrijk (Van den Muijsenberg et al., 2019). Ook met andere kosten kan rekening gehouden worden, zoals het gebruik van internet of bepaalde materialen. Daarnaast kan bijvoorbeeld een mobiele telefoon verschaft worden of ander benodigd instrumentarium (Clark et al., 2019).

De locatie voor bijeenkomsten moet veilig, herkenbaar en makkelijk met het openbaar vervoer te bereiken zijn. Bij voorkeur is de locatie van de interventie een plek waar de doelgroep toch al komt, zoals een wijkcentrum (Van den Muijsenbergh et al., 2019). Wat betreft het tijdstip van de interventie wordt flexibiliteit geadviseerd (Clark et al., 2019).

Impliciete barrières

Bij kwetsbare inwoners met een migratieachtergrond kan er sprake zijn van een grotere afstand tot gezondheidszorginstanties, alsmede preventieve gezondheidsinterventies. In de literatuur worden barrières beschreven als een gebrek aan vertrouwen, angst voor autoriteit, stigma en eerdere schadelijke ervaringen in de gezondheidszorg (Bonevski et al., 2014; Clark et al., 2019). Daarnaast speelt onbekendheid, lage gezondheidsvaardigheden en moeite met het begrip van wat gezondheidsinterventies inhouden ook een rol (Clark et al., 2019).

Duidelijke informatie, het benadrukken van veiligheid, het betrekken van de gemeenschap en representatie binnen een interventie zijn opties om dit soort barrières uit de weg te gaan (Bonevski et al., 2014; Clark et al., 2019).

Culturele sensitiviteit en inclusiviteit

Zoals van den Muijsenbergh en Busari (2020) stellen, is het van belang om te kijken naar de manier waarop er rekening gehouden kan worden met de mens als geheel, met achtergrond, gender, opleiding, levensloop, wensen en individuele mogelijkheden zodat afgestemd kan worden op persoonlijke omstandigheden. Deze persoonsgerichte, diversiteits-sensitieve zorg is effectiever binnen de gezondheidszorg dan een ziektegerichte benadering die voor elke patiënt hetzelfde protocol volgt (Van den Muijsenberg & Busari, 2020). Hetzelfde kan gesteld worden voor preventieve gezondheidsinterventies; persoonsgerichte aanpak voor kwetsbare Rotterdammers met een migratieachtergrond is mogelijk vele malen succesvoller.

Uitdagingen

Ondanks dat culturele sensitiviteit een belangrijk onderdeel is van inclusieve gezondheidsinterventies, blijkt uit onderzoek dat er een gelimiteerde blik is op culturele sensitiviteit. Culturele sensitiviteit in de zorg wordt gezien als zorg voor "de ander", deze "ander" is anders, en dat is het kernpunt van cultureel sensitieve zorg. Wanneer het gaat om culturele sensitiviteit, wordt "de andere cultuur" vaak gedefinieerd op basis van veronderstelde religie, en meer specifiek als de Islam. In zijn algemeenheid is er een sterke focus op moslims als homogene groep (Claeys et al., 2020). Het bieden van cultureel sensitieve interventies en zorg kan als "lastig" worden ervaren en "uit de comfort zone" van de aanbieders van deze interventies. Aanbieders zien zichzelf als de norm en vanuit dit referentiekader vergelijken zij in hoeverre de participanten hetzelfde of anders zijn. Het is van belang om de structurele invloeden vanuit de maatschappij hierin in acht

te nemen, waarin een verschil tussen “wij” en “zij” vaker gecreëerd wordt door onder andere onderwijs en overheidssystemen.

Bevorderende factoren

De beste kansen om de stem van ‘moeilijk bereikbare groepen’ te bereiken en ze te betrekken, is door interventies samen met hen op te zetten in co-creatie en participatief onderzoek (Van den Muijsenberg et al., 2019).

Door Pharos (landelijk expertisecentrum ten aanzien van het terugdringen van gezondheidsverschillen) wordt al langere tijd onderzoek gedaan naar hoe mensen met een migratieachtergrond beter betrokken kunnen worden in onderzoek en activiteiten. Zij identificeren onder andere vier bouwstenen die helpen om mensen met een migratieachtergrond beter te bereiken en betrekken (Pharos, 2020).

De vier bouwstenen die Pharos onderscheidt zijn: Verkennen, Contact leggen, Betrekken en Aansluiten (zie kader 1). Deze vier factoren leggen de nadruk op factoren die ervoor zorgen dat zowel groepen bereikt worden, als ook succesvol participeren in interventies. Uit onderzoek blijkt dat binnen het verkennen, contact leggen, betrekken en aansluiten aandacht moet zijn voor culturele sensitiviteit en inclusieve benaderingen.

Inclusieve benadering

Om gezondheidsinterventies inclusief te maken, is het van belang om te onderzoeken hoe verschillende groepen het beste bereikt kunnen worden, met het in acht nemen van culturele sensitiviteit in de communicatie. Dit sluit aan bij het element van **verkennen**: wie wil je bereiken en waarom, wie zijn deze mensen en wat is er al van deze mensen bekend? Er is in deze fase extra aandacht nodig voor de manier waarop huidige informatie over gezondheid en gezondheidsinterventies toegankelijk en begrijpelijk is voor de doelgroep. Uit onderzoek blijkt dat vooral opleidingsniveau (zowel bij mensen met als zonder migratieachtergrond) invloed heeft op het begrijpen van informatie. Het aanpassen van gezondheidsinformatie naar B1 taalniveau werkt bevorderlijk in het **betrekken** van mensen bij interventies. Het niet deelnemen aan gezondheidsinterventies wordt vaak ook veroorzaakt door het niet begrijpen van de informatie erover. Daarbij kan, om een inclusieve benadering te bevorderen, gebruik gemaakt worden van audiovisuele materialen om aan de behoeften van de doelgroep te voldoen, dit werkt soms beter dan geschreven tekst (Hamdiui, 2022).

Interventies als sociale relaties

Interventies kunnen dienen als middel waardoor netwerken uitgebreid worden en sociale interacties plaatsvinden. Een bevorderende factor in het bereiken, betrekken en participeren in inclusieve interventies is het faciliteren van een interventie waarin het sociale element ook centraal staat (Terragni et al., 2018). Dit element komt ook samen met het **aansluiten** van Pharos. Door zowel interventies te benaderen als een sociale activiteit, alsmede aan te sluiten bij de bestaande netwerken die er al bestaan in de doelgroep, wordt deelname aan interventies bevorderd, omdat het een bredere functie krijgt voor de doelgroep. Daarbij zorgt deze benadering er ook voor dat netwerken eventueel kunnen groeien, waardoor er weer aangesloten kan worden bij bredere netwerken en meer mensen bereikt worden.

Reflexiviteit en flexibiliteit

Het is belangrijk om te blijven reflecteren en flexibel te zijn. Welke lessen kunnen er geleerd worden uit verschillende gemeenschappen en eerdere interventies, maar ook welke rol speelt je

eigen positie als aanbieder van een interventie en in hoe mensen erop kunnen reageren (Ter-ragni et al., 2018). Dit is van belang bij het **contact maken** en **betrekken** van de doelgroep, omdat op deze manier ook vertrouwen gewonnen kan worden van de doelgroep, wat belangrijk is als het gaat om kwetsbare groepen.

Door reflexief en flexibel te zijn, kan er goed gekeken worden naar wat wel en niet werkt, en gereflecteerd worden op de kaders van waaruit de interventies gecreëerd worden. Daarmee kan dan ingespeeld worden op de behoeften van de doelgroep. Hierbij kan ook gebruik gemaakt worden van face-to-face educatieve bijeenkomsten in verschillende talen, die begeleid worden door vertrouwde en competente sprekers als het gaat om mensen met een migratieachtergrond die de Nederlandse taal niet machtig zijn. Deze bijeenkomsten kunnen het gevoel van veiligheid bij de doelgroep versterken en geven de mogelijkheid om vragen te stellen. Hiermee worden interventies geen eenrichtingsverkeer, maar is er continu een dialoog tussen de doelgroep en de uitvoerders van gezondheidsinterventies, waardoor bij toekomstige interventies beter ingespeeld kan worden op de behoeften van de doelgroep (Hamdiui, 2022).

Kader 1 Bouwstenen van Pharos: bereiken en betrekken

Verkennen

Een eerste stap is om duidelijk te hebben wat en wie je wilt bereiken met de interventie. Hiervoor is goed zicht nodig op het thema en de doelgroep (wat zijn de feiten en cijfers). Het is aan te bevelen om deze bevindingen te bespreken met de doelgroep om te zien of ze zich hierin herkennen. Deze cijfers, feiten en gesprekken kunnen handvatten bieden voor de verdere ontwikkeling of aanpassing van de interventie.

Contact leggen

Om het contact te leggen met de doelgroep, is het belangrijk om de juiste ingangen (mensen in een sleutelpositie) te identificeren en op de juiste locatie te zijn (locaties waar mensen al samenkomen). Probeer ook zoveel mogelijk aan te sluiten bij lopende initiatieven en activiteiten.

Meer informatie op: www.pharos.nl/infosheets/bereiken-en-betrekken-bouwstenen/

Betrekken

Vertrouwen is heel belangrijk en hier moet dus (tijd) in geïnvesteerd worden. Hierbij is het belangrijk om verbindend, open en cultuursensitief te werk te gaan. Als het contact gelegd is, kunnen wensen en behoeften worden geïnventariseerd. Dit het liefst op een inclusieve manier en een co-creatie met de doelgroep zodat er vervolgens ook samen prioriteiten en doelen gesteld kunnen worden. Betrek de doelgroep ook bij het uitwerken van de interventie.

Aansluiten

De voorgaande stappen leveren inzichten om aansluiting te vinden bij de mensen die je wilt bereiken en betrekken. Aansluiting kan gevonden worden op wensen en behoeften, op culturele achtergrond en opleiding, en bij bestaande initiatieven of activiteiten. Om mensen te bereiken is het belangrijk om de juiste kanalen te identificeren samen met de doelgroep.

Ervarings- en professionele kennis

Om erachter te komen op welke manieren kwetsbare Rotterdammers met een migratieachtergrond het beste bereikt kunnen worden, hebben we kwalitatief onderzoek verricht onder interventies aangeboden in Rotterdam. Ook hebben we specifiek gekeken naar wat de doelgroep zelf aangeeft over onderliggende redenen om niet of juist wel mee te doen aan een gezondheidsinterventie. De ervaringsdeskundigen en professionals zijn over dezelfde thema's bevraagd en de resultaten zullen hier dus gezamenlijk beschreven worden.

Werven & bereiken

Een van de belangrijkste knelpunten bij de organisatie van gezondheidsinterventies is het bereiken van de doelgroep. Het wordt door verschillende professionals benoemd dat het een uitdaging is om ervoor te zorgen dat mensen daadwerkelijk participeren. Over het algemeen bestaan er meerdere manieren waarop de doelgroep goed te bereiken is. Er is geen blueprint voor het organiseren van een goed bezochte inclusieve gezondheidsinterventie. Er is wel een aantal belangrijke thema's om te overwegen bij het organiseren van een inclusieve gezondheidsinterventie die gezamenlijk het succes kunnen vergroten zoals hieronder beschreven.

Sociale media & sleutelfiguren

Er zijn verschillende manieren om in te spelen op grote netwerken van bepaalde gemeenschappen, zoals het gebruik van sociale media. Ook het gebruik van sleutelfiguren wordt genoemd als een manier waarop de doelgroep bereikt kan worden. Uit de interviews met de professionals komt naar voren dat de gekozen strategieën en media sterk afhankelijk zijn van de doelgroep die men wil bereiken. Er wordt door meerdere interventiehouders benadrukt dat het belangrijk is om een analyse te maken van de doelgroep en deze te betrekken alvorens de juiste strategie van werven en/of adverteren te kiezen.

Sociale media zoals Instagram, Facebook en TikTok worden in zijn algemeenheid door de interventiehouders benoemd als potentieel effectief om kwetsbare mensen met een migratieachtergrond te bereiken. Enerzijds door het laagdrempelige karakter hiervan, anderzijds omdat er in sommige gevallen verhoudingsgewijs veel gebruik van wordt gemaakt. Ook in de interviews met de doelgroep kwam naar voren dat 'het internet' en in het specifiek sociale media als een toegankelijke bron wordt gezien voor informatie over gezondheid. Op de vraag 'naar wie luister je het meest als het gaat over onderwerpen rondom ziekte en gezondheid?', werd de informatie op 'het internet' door sommige mensen uit de doelgroep als het meest betrouwbaar gezien, daarna familie en daarna de dokter:

'Op het internet zoek ik vaak dingen over gezondheid op. Het internet is open en eerlijk, waarom zou het liegen' (individueel interview deelnemer focusgroepdiscussie 2)

Door sommige professionals wordt er benoemd dat het van belang is om 'out of the box' te denken, en bijvoorbeeld te kijken naar (online) persoonlijkheden met een groot bereik die als sleutelfiguur kunnen dienen. Er wordt benoemd dat er nog vaak gedacht wordt in klassieke percepties over "sleutelfiguren", maar deze zijn niet altijd succesvol, en kunnen stigmatiserend en generaliserend werken. Er bestaan assumpties bij de professionals over wie een sleutelfiguur zou zijn, puur op basis van een gedeelde migratieachtergrond of geloofsovertuiging. Dit ondermijnt mogelijk de bestaande diversiteit binnen deze groepen.

"Ja sleutelfiguren, ik hoor het vaak, maar ja wie zijn dat eigenlijk, wie is een sleutelfiguur voor jou? Ben jij zelf een sleutelfiguur? En voor wie dan? Als je er goed over nadenkt is het eigenlijk veel complexer dan dat het lijkt." (professional)

Het gebruiken van zogenaamde **sleutelfiguren** wordt aangeduid als tweeledig: het kan in je voordeel werken maar wees je er ook bewust van dat het in je nadeel kan werken. Door een professional werd het nadelige voorbeeld van Famke Louise genoemd die ingezet werd om de vaccinatiebereidheid onder jongeren te vergroten (en die hier later op terug kwam).

Sleutelfiguren kunnen ook ervaringsdeskundigen zijn. Bijvoorbeeld het bereiken van mensen met obesitas door succesverhalen ('story telling') van mensen die eerder hebben meegedaan aan een beweegprogramma. Het is van belang na te denken wie sleutelfiguren voor welke groepen zijn, en wat ze kunnen betekenen voor de beoogde doelgroep. Door professionals werd de term sleutelfiguren vaak genoemd als een manier om een bepaalde doelgroep te bereiken. Echter, wanneer we hierop doorvroegen, kwamen er vaak geen concrete voorbeelden van sleutelfiguren die daadwerkelijk ingezet werden bij het werven van deelnemers voor een interventie.

Uit de focusgroepdiscussies met de doelgroep kwam tevens naar voren dat er onder de ouderen in de groep (60+) een sterke behoefte is aan **publieke, fysieke uitnodigingen/reclames** voor interventies, juist omdat social media ook een vluchtig karakter kunnen hebben. Door publieke uitnodigingen/reclames, bijvoorbeeld door middel van flyers en posters in de buurt, wordt het volgens de deelnemers ook 'tastbaarder' en is er meer kans op een sneeuwbal effect, waarbij er fysiek verwezen kan worden naar deze uitnodigingen.

Persoonlijke aanpak

Een veel voorkomende situatie is dat de doelgroep van kwetsbare Rotterdammers wel bekend is bij bijvoorbeeld welzijnswerkers, maar om verschillende redenen niet altijd bereid is om mee te doen aan interventies. Bijvoorbeeld omdat hun leven het niet toelaat om deel te nemen, zoals zorg voor een kind, of omdat acute zorgen de deelname aan interventie in de weg kunnen zitten. Daarbij ligt er ook een uitdaging bij de mensen die daadwerkelijk lastiger te bereiken zijn ('hard-to-reach'), omdat er vaak binnen een specifiek netwerk mensen bereikt worden, waardoor steeds dezelfde mensen buiten de boot blijven vallen. Hieraan gelinkt bestaat er ook onderzoeksmoeheid onder de doelgroep, gezien zij voor verschillende interventies en onderzoeken gevraagd worden.

Met name door de interventiehouders en mensen uit de doelgroep wordt het persoonlijk benaderen van mensen om deel te nemen aan een interventie benoemd als het meest succesvol. Vertrouwen, tijd en aandacht worden benoemd als van groot belang hierbij. Iemand uit de doelgroep vertelt:

"Soms ben ik zo down dat ik nergens toe kom, naar buiten gaan is dan gewoon een groot ding. Laatst belde [medewerker huis van de wijk] mij op. Ze zei [naam geïnterviewde] kom gewoon meedoen met de dansactiviteit, ik kom je ophalen. Ze is me toen thuis op komen halen en ik heb meegedaan." (individueel interview deelnemer focusgroepdiscussie 2)

Persoonlijke aandacht, het echt "zien" van iemand en luisteren naar iemands verhaal wordt door beide groepen benoemd als belangrijk. Met name de mensen uit de doelgroep die we hebben gesproken benadrukken het belang van een persoonsgerichte aanpak.

"Er is niet één manier, het werkt gewoon voor iedereen anders. Je moet gewoon kijken naar wat voor diegene goed werkt." (deelnemer focusgroepdiscussie 2)

Verschillende professionals benadrukken tevens de **kracht van herhaling** en de inzet van **laagdrempelige methoden** om mensen te bereiken en betrekken bij de gezondheidsinterventies:

"App en bel mensen, doe het de avond van tevoren [van een gezondheidsproject] maar ook op de ochtend zelf. Je moet er niet vanuit gaan dat mensen gewoon op komen dagen." (professional)

Ook de verloskundige van de verloskundige praktijk in Rotterdam Noord, waar wandeltochten met zwangere vrouwen door de buurt werden aangeboden, benadrukt dat je moet doorzetten in het contact zoeken. Ze benoemt dat als er al vertrouwen bestaat in de relatie je best wat mag aandringen en 'onder het mom van een grapje enigszins druk kunt uitoefenen om gezellig mee te doen'.

"Dat zetje hebben sommige vrouwen gewoon nodig omdat er vaak zoveel meer speelt in het leven van deze vrouwen, bezig zijn met gezondheid maar ook het hebben van plezier en ontspanning komt dan vaak niet op de eerste plek." (professional)

Bestaande netwerken

Het inspelen en aansluiten op bestaande **netwerken** wordt beschreven door professionals als een methode om deelnemers te werven voor een gezondheidsinterventie. Door de doelgroep en professionals wordt dit beschreven als het **"via via"** of **"mond-tot-mond reclame"** principe, een al bestaande deelnemer neemt een buurvrouw, vriend of vriendin mee naar gezondheidsinterventie of vertelt hierover, of je sluit aan bij een al bestaande groep. Deze methode is heel effectief maar niet eenduidig.

Een deelnemer van de taalklas (focusgroepdiscussie 1) vertelde bijvoorbeeld dat ze via de buurvrouw terecht was gekomen bij de cursus Taal en Gezondheid. De buurvrouw is een van haar weinige contacten in Nederland waar ze als nieuwkomer is. De buurvrouw had gehoord over de cursus via een advertentie op een site van de gemeente. De professional speelt dus niet direct in op "het netwerk" van de doelgroep maar gebruikt een algemeen kanaal om bekendheid te geven aan de cursus, waarna middels een sneeuwbal effect de interventie wordt verspreid. Bij zowel de focusgroepdiscussies als de gezondheidsinterventies waar we bij aanwezig waren, zien we dat een gedeelte van de deelnemers hier met elkaar naartoe gaat. Er wordt beschreven dat het "gezellig" en "minder spannend" is om met een vriend of vriendin naar bijvoorbeeld een dansactiviteit te gaan.

Hierin zien we dus dat netwerken belangrijk zijn en zoals beschreven in het literatuuronderzoek, dat interventies ook werken als sociale relatie. Netwerken hebben een wisselwerking; enerzijds speel je in op bestaande netwerken om mensen te werven, anderzijds creëren interventies ook weer *nieuwe* netwerken. Verschillende professionals zijn zich hier bewust van en spelen erop in door deelnemers aan te moedigen om vrienden en andere buurtbewoners mee te nemen: 'kom gezellig samen'. Ook wordt het (nieuw opgebouwde) netwerk gebruikt als een stukje sociale controle. Wanneer een deelnemer onverwachts niet aanwezig is, wordt er aan de andere deelnemers gevraagd om diegene te bereiken.

Bereikbaarheid locatie

Bereikbaarheid wordt benoemd als een belangrijke indicator voor het succes van een gezondheidsinterventie die fysiek georganiseerd wordt. De locatie moet dichtbij zijn en mensen moeten makkelijk in en uit kunnen lopen. Het belang van de nabijheid van een gezondheidsinterventie wordt door verschillende professionals benadrukt. In het kader van laagdrempeligheid wordt het gebruik van bestaande plekken benadrukt: huizen van de wijk, religieuze samenkomsten, taalcentra. Dit luistert soms erg nauw, toen wij de focusgroepdiscussie organiseerde in een huis van de wijk (Rotterdam Noord) was het voor sommige deelnemers een probleem dat de locatie niet bij het andere huis van de wijk georganiseerd werd. Beide locaties liggen "slechts" 300 meter uit elkaar.

Het is daarnaast een grote uitdaging om mensen te betrekken en te behouden. Zowel vanuit de doelgroep als vanuit de professionals, is het belangrijk om het **tijdstip van samenkomst** aan te laten aansluiten op de beschikbaarheid van de doelgroep. Het is dus van belang om te verdiepen in praktische zaken zoals opvang kinderen, werk, etenstijd.

"Ik vind het lastig om mee te doen, ik kan niet zomaar weg bij mijn kind, ik ben een alleenstaande ouder en kan niet zomaar in de avond bijvoorbeeld ergens heengaan." (deelnemer focusgroepdiscussie 2)

Samenvatting

Bij het werven en bereiken van een bepaalde doelgroep is het erg belangrijk om op alle vlakken te verdiepen in de doelgroep die men wil bereiken: wat is een praktische tijd en locatie die aansluit bij de doelgroep? Welke netwerken bestaan er al? Zijn er ervaringsdeskundigen of sleutelfiguren die kunnen helpen bij het betrekken van nieuwe deelnemers? Een doelgroepanalyse maken en de doelgroep, daar waar mogelijk, al in een vroeg stadium betrekken is van belang. Zo kan de werving in afstemming met de doelgroep uitgevoerd worden.



Uitvoering & Resultaat

Na het proces van bereiken en werven is het van belang om ook barrières en bevorderende factoren in acht te nemen bij de daadwerkelijke uitvoering en het resultaat van interventies. Uit de interviews met de professionals en de doelgroep blijkt dat er verschillende kenmerken zijn die goede interventies typeren. Een positieve benadering, reciprociteit en duurzaamheid spelen een belangrijke rol in het succesvol verlopen van inclusieve gezondheidsinterventies, zowel volgens de doelgroep als de professionals.

Positieve benadering

Wanneer het aankomt op de uitvoering van een interventie, lijkt positieve framing een belangrijk aspect in de verschillende interventies. De eerdergenoemde barrières over onder andere taal bijvoorbeeld, kunnen geframed worden als iets "positiefs" door middel van een interventie.

Zowel door de doelgroep als door de professionals wordt er benadrukt dat een positieve benadering het beste werkt om potentiële deelnemers van een gezondheidsinterventie te enthousiasmeren om mee te doen. In de uitleg die er wordt gegeven over deze positieve benadering wordt er benoemd dat het belangrijk is om juist *niet* te focussen op een zogenaamd "probleem" of het problematiseren van de doelgroep maar te kiezen voor een insteek die zich kenmerkt door positiviteit. Een voorbeeld hiervan wordt gegeven bij taalaanbieders, waarbij taal wordt neergezet als een middel om jezelf uit te drukken, in plaats van iets wat je *moet* leren omdat het op het moment niet goed genoeg zou zijn.

"Taal is iets positiefs, het is een manier om te communiceren, het is niet iets wat een barrière vormt, zo moet je het insteken." (professional)

Ook in de focusgroepdiscussie Taal en Gezondheid wordt er door de cursisten/doelgroep een positieve uitleg gegeven op de vraag waarom men meedoet met de gezondheidsinterventie. Er wordt overwegend beschreven wat men *wél* wil i.p.v. de nadruk op wat er niet goed is op het moment. Redenen die er bijvoorbeeld door de doelgroep worden opgegeven om deel te nemen aan de gezondheidsinterventie 'Taal en Gezondheid' zijn geïllustreerd in de quote hieronder.

"Om gezond te zijn is communiceren voor mij belangrijk, 'Ik wil een beter leven', Ik wil meer leren over gezondheid', 'taal helpt mij om mezelf te helpen.'" (focusgroepdiscussie 1)

Laat dus zien wat de interventie aan positieve bijdrage geeft in de levens van de doelgroep, in plaats van te benadrukken wat er niet goed zou zijn. Ook bij interventies waarbij bewegen centraal staat, gaat het om de nadruk op wat beweging positief kan bijdragen in je leven (betere conditie, mentale gezondheid, afvallen etc.) in plaats van een verplichting vanuit het idee dat een gebrek aan beweging "slecht" of ongezond zou zijn.

"Als je met positieve resultaten komt dan willen mensen juist meedoen." (focusgroepdiscussie 2)

De professional van het bewegingsproject om obesitas te verminderen geeft tevens aan dat het erg belangrijk is om de resultaten daadwerkelijk te laten zien aan (potentiële) deelnemers. Zijn advies is dan ook om niet enkel te wachten tot een hele groep vol zit met deelnemers maar 'gewoon te beginnen' met een aantal gemotiveerde deelnemers. Hij noemt dit "laaghangend fruit". De strategie die hij beschrijft is resultaten te bereiken met deze eerste deelnemers uit de wijk.

Dit zou zorgen voor een 'positieve buzz' die andere wijkbewoners met gewichtsproblemen zou overhalen om mee te doen met het gezondheidsproject.

'Ja kijk, als je laat zien van die en die hebben meegedaan en zij komen vertellen dat ze zich nu beter voelen, of zijn afgevallen, ja dan wil ik ook meedoen! Ik vind het goed om positieve verhalen te horen.' (focusgroepdiscussie 2)

'Als mensen zeggen dat is leuk daar heb ik aan meegedaan, dan kan ik dat ook weer vertellen aan mensen die ik ken, en zo komen er steeds meer mensen' (focusgroepdiscussie 2)

Door de doelgroep worden ook meermaals hele **concrete** redenen aangegeven om mee te doen.

"Ik wil de taal beter leren want dan kan ik de bijsluiter van mijn medicijnen goed kunnen begrijpen." (focusgroepdiscussie 1)

Concrete doelen en terugkoppeling

Door meerdere professionals wordt aangegeven dat het belangrijk is om in te spelen op de wens voor concrete doelen van de doelgroep door een **terugkoppeling** te geven en het **inzichtelijke doel** van de interventie duidelijk te maken. Dit wordt bijvoorbeeld gedaan met het aanbieden van een stappenteller, het inzichtelijk maken van gewichtsverlies en nut van beweging door middel van BMI-metingen.

Bij de participerende observatie van een project over gezondheid in het huis van de wijk viel het ons op dat met name de gezondheidsinitiatieven waarbij er concrete metingen gedaan werden populair waren onder de doelgroep. Bijvoorbeeld het meten van BMI en het meten van de bloedsuikerspiegel waren enorm populair. De initiatieven waarbij 'slechts' advies gegeven werd, waren beduidend minder populair.

Het lijkt daarbij belangrijk dat **vooraf** duidelijk is wat het doel is, juist op die manier kun je kwetsbare mensen bereiken die misschien het gevoel hebben met meer acute problematiek te dealen, waardoor interventies als niet nuttig gezien kunnen worden. Als vooraf het doel duidelijk is van de interventie, kan juist door middel van de eerdergenoemde positieve benadering ingespeeld worden.

Incentive & reciprociteit

Interventies die kwetsbare mensen goed bereiken worden gekenmerkt door een **"incentive"** en **"reciprociteit"**. Een uitvoerend onderzoeker van gezondheidsinterventies zegt hier het volgende over:

"Geef mensen ook iets terug en laat zien waar ze het voor doen, dan zijn mensen veel meer bereid om mee te doen, bijvoorbeeld een yoga mat, zo iets waarderen mensen heel erg." (professional)

Gezamenlijk eten en/of het bereiden van voedsel wordt genoemd als iets waarin het geven van een incentive en reciprociteit centraal staat. Koken, het samen delen van een maaltijd, maar ook het verzorgen van bijvoorbeeld een lunch als een onderdeel van een gezondheidsinterventie worden genoemd als een belangrijke manier om deelnemers te betrekken. Ook wordt dit genoemd als een manier om een band op te bouwen binnen de groep en met de groep. Bij de participerende observatie zagen we dat de plek waar het eten geserveerd werd eveneens de plek was waar veel gesprekken ontstonden en sociale interactie was.

Daarbij is het ook van belang iets terug te geven aan de doelgroep, vooral als er sprake is van bijvoorbeeld een onderzoek. Er wordt door verschillende professionals benoemd dat het belangrijk is dat hetgeen er gegeven wordt aansluit bij de interventie en kan bijdragen aan de gezondheid van de doelgroep.

Duurzaamheid

Het **actief en langdurig betrekken** van mensen bij een project is erg belangrijk. De levenssituatie van kwetsbare inwoners gaat vaak gepaard met allerlei verschillende soorten problematiek (financieel, stress, gezondheidsproblemen). Veel dingen aan je hoofd hebben, zorgt er vaak voor dat participeren in gezondheidsinitiatieven niet bovenaan de prioriteitenlijst staat. Geregeld appen, bellen en persoonlijk benaderen zorgt ervoor dat de kans groter is dat mensen komen/mee blijven doen.

"Mensen willen wel meedoen, het bereiken is niet altijd een probleem, maar ook ervoor zorgen dat mensen echt komen opdagen is een uitdaging." (professional)

Een veelvuldig geïdentificeerd probleem bij gezondheidsinterventies (in Rotterdam) is het gebrek aan **duurzaamheid**. Interventies zijn vaak niet duurzaam; bij het bereiken van mensen wordt er niet langdurig gebruik gemaakt van het gevormde netwerk. Ook zijn de interventies vaak kortstondig, zonder focus op langdurige, grootschalige oplossingen. Hierdoor is het lastig daadwerkelijke veranderingen te bewerkstelligen en de doelgroep langdurig te betrekken bij interventies. De focus ligt dan vooral op werving en het betrekken van de doelgroep bij kortstondige interventies, om vervolgens niks meer te doen met deze doelgroep dan wel met de interventie wanneer deze is afgesloten. Hierdoor is het eerdergenoemde punt van reciprociteit en terugkoppeling lastig te bewerkstelligen, en wordt er ook weinig gedaan met de opgedane informatie over de doelgroep. Succesvolle interventies zijn lastig; het lukt vaak wel om mensen te werven, maar juist door het gebrek aan duurzaamheid, zijn er weinig langdurige effecten. **Aansluiten bij bestaande initiatieven** kan helpen om continuïteit te bewerkstelligen.

"Ja we zetten iets op, mensen doen mee, en daarna is het weer klaar, dan houdt het weer op. Het is zo belangrijk dat we langdurig in interventies en mensen kunnen investeren." (professional)

Samenvatting

We kunnen stellen dat interventies die de doelgroep goed bereiken een nadruk leggen op positieve reciprociteit, wat haal je eruit, waar is het goed voor, wat krijg je ervoor terug, in plaats van de nadruk te leggen op het ontbreken van een gezonde levensstijl bij de doelgroep. Het lijkt ook van belang te zijn deze positieve benadering te behouden en concreet te maken. Er kan dan een band opgebouwd worden en duurzame veranderingen gecreëerd worden in de levensstijlen van mensen, waardoor de interventies een langdurig effect kunnen hebben. Langdurig in (bewezen effectieve) gezondheidsinterventies investeren is daarbij erg belangrijk.

Voorwaarden voor inclusiviteit & culturele sensitiviteit

Wantrouwen / vertrouwen

Uit de interviews met de professionals komt vaak naar voren dat het belangrijk is om mogelijk gevoelige onderwerpen heel voorzichtig en **beschouwend te benaderen**.

*"Oordeel niet, wees zelf ook open en breng de boodschap positief. Er is bij de kwetsbare doelgroep vaak **angst voor instanties** zoals jeugdzorg waardoor er al een gevoel van wantrouwen aanwezig kan zijn." (professional)*

Eén van de barrières die naar voren komt in de interviews met zowel de professionals als met de doelgroep, is het **verminderde vertrouwen in instituties**: Kwetsbare mensen met een migratieachtergrond lijken een gebrek aan vertrouwen te hebben in instituties in het algemeen, meestal niet specifiek gezondheidsinstituties. Door eerdere negatieve ervaringen (zowel zelf als in nabije omgeving) met bijvoorbeeld jeugdzorg, heerst er een gevoel van wantrouwen jegens instituties.

"Ja mensen hebben soms zoveel meegemaakt, en zijn zo teleurgesteld. Bijvoorbeeld uit huis plaatsingen met jeugdzorg en veel andere vervelende ervaringen. Die mensen zijn het vertrouwen kwijt en denken ja, hebben ze wel het beste met mij voor? Dat is erg begrijpelijk." (professional)

Een recent voorbeeld hiervan is de toeslagenaffaire die ook benoemd wordt door een van de professionals. De sociale dienst en recente undercover onderzoeken in moskeeën worden gezien als reden waarom er verminderd vertrouwen is door de gemeente georganiseerde acties zoals ook gezondheidsinterventies georganiseerd door SPIOR. Ook wordt de angst voor opname in verzorgingstehuizen benoemd door een van de professionals. Hieraan liggen vooroordelen vanuit de zorg over specifieke doelgroepen ten grondslag "deze mensen nemen hun medicijnen toch niet", hierdoor is de angst die er heerst soms ook terecht.

Een belangrijk element van succesvolle interventies met betrekking tot vertrouwen **tijd, tijd en nog eens tijd**. Tijdsinvestering wordt heel vaak benoemd als cruciaal om vertrouwen te krijgen, het opbouwen van een relatie en netwerk om de interventie succesvol te laten zijn bij de doelgroep.

"je hebt ook tijd nodig om zomaar bij iemand/plek etc. Langs te gaan zonder dat je meteen het hebt over een mogelijke interventie. 'Leer mensen kennen anders zullen ze denken dat je enkel iets komt halen.'" (professional)

Een ander belangrijk onderdeel om gezondheidsinterventies inclusief te maken, is de notie van **assertiviteit in de gezondheidszorg**: Verschillende professionals noemen dit thema (het gebrek aan assertiviteit) om de doelgroep te omschrijven als kwetsbaar. Er wordt aangegeven dat in het Nederlandse zorgstelsel een bepaalde mate van assertiviteit verwacht wordt. Dit kan ervoor zorgen dat vooral kwetsbare doelgroepen continu buiten de boot vallen, en de gezondheidskloof zo ook weer vergroot wordt.

Daarbij is **samenwerking met zorgprofessionals** die dichtbij de doelgroep staan (bijvoorbeeld een plaatselijke fysiotherapeut, verloskundige, diëtist of huisarts) belangrijk om vertrouwen te winnen en mensen te laten aansluiten bij gezondheidsinterventies, dit wordt door zowel de doelgroep als door de professionals meermaals benoemd als succesvol en vaak ook als dé reden van een succesvolle werving.

Culturele sensitiviteit & inclusiviteit

Vaak blijkt in praktijk dat bij de makers/uitvoerders van interventies er nog veel blinde vlekken aanwezig zijn en er gehandeld wordt uit gewoontes en opvattingen over “wat hoort” of “wat normaal is”, bijvoorbeeld als het aankomt op percepties van het lichaam en hoe je hiernaar kan kijken. Maar ook wat gezien wordt als gezond, ongezond en noodzakelijk. Specifieke interpretatie van **ziekte en gezondheid** spelen hierbij een belangrijke rol. Niet iedereen hanteert hetzelfde verklaringsmodel over wat ziekte veroorzaakt of gezondheid bevordert.

In interviews met de professionals wordt benadrukt dat er bijvoorbeeld een hele andere uitleg en interpretatie gegeven kan worden aan ziektes zoals dementie door mensen met een andere culturele achtergrond. Zo wordt het bijvoorbeeld door sommige mensen uit de doelgroep uitgelegd als iets om je voor te schamen, wat niet besproken kan worden vanwege het respect dat ouderen horen te krijgen. Belangrijk is om dit in acht te nemen bij het uitvoeren en ontwerpen van interventies, en ook juist met deze beelden over gezondheid en ziekte te werken, in plaats van belerend het normatieve beeld op te willen leggen. Het is daarom van belang om kritisch te kijken of de gezondheidsinterventie goed aansluit bij de doelgroep. Zoals in een van de interviews met de professionals gesteld wordt “wie spreekt wiens taal niet”. In plaats van de doelgroep in te willen laten passen in bestaande informatievoorzieningen, is het eerder de bedoeling om de informatievoorzieningen aan te laten sluiten aan de kwetsbare doelgroep om zo participatie en inclusie te vergroten. In onze interviews met de doelgroep waren er met name veel voorbeelden over eten en voeding waarbij dit niet altijd het geval was.

Een vrouw uit de focusgroepdiscussie vertelde dat een bezoek aan een diëtist niet erg succesvol was. De groente die de diëtist voorschreef paste niet in de recepten die zij maakte.

“Diëtisten zijn niet gespecialiseerd in alle groente van mensen uit verschillende culturen. Ze weten niet wat je dan in een recept kunt vervangen voor welke groente. Bijvoorbeeld zoete aardappel vervangen voor aardappel. En zeg me is die schijf van vijf nou echt zo gezond? Ik weet het niet hoor.” (individueel interview focusgroepdiscussie 1)

“Laat mensen zien waarom ze hun levensstijl moeten veranderen, waarom het beter voor ze is.” (interview professional)

Geen gebrek aan kennis

Een belangrijke kloof tussen de visie van de welzijnswerker/beleidsmaker en de doelgroep is dat er door de professional vaak wordt gedacht dat er een gebrek aan kennis is bij kwetsbare doelgroepen met een migratieachtergrond. Daar wordt dan op ingespeeld door het geven van voorlichting. Maar de problemen die in de interviews met de doelgroep naar voren kwamen, waren juist vaak erg praktisch van aard. Een gebrek aan geld om bepaalde producten te kopen.

'Ik koop het eten dat ik kan betalen, soms wordt er gezegd dat en dat is gezond, maar meid dat kan ik helemaal niet betalen! Ik kijk naar wat er gezond is in elke cultuur niet alleen Nederlands. Dan kijk ik wat ik kan betalen. Ik weet wat gezond eten is. Toen ik in het ziekenhuis lag was het eten heel slecht'. (individueel interview focusgroepdiscussie 2)

Eenzijdige benadering culturele sensitiviteit & inclusiviteit

Ook al wordt het belang van culturele sensitiviteit onderschreven door de professionals, vaak zijn er stereotype beelden over doelgroepen die een breder begrip van inclusiviteit in de weg kunnen zitten. Uit de interviews met de professionals blijkt dat het begrip **culturele sensitiviteit** vaak eenduidig geïnterpreteerd wordt; statische ideeën van de doelgroepen lijken te bestaan, die er juist ook voor zorgen dat een deel van de doelgroep buiten beschouwing blijft. Wanneer er bijvoorbeeld gevraagd wordt naar culturele sensitiviteit gaat het vaak automatisch over **religie**, en specifiek de islam, terwijl de doelgroep 'kwetsbare inwoners met een migratieachtergrond' enorm divers is. Een veelgehoord schema wanneer er gevraagd werd aan professionals was als volgt: moslims = Turken en Marokkanen, Moslims = ramadan doen, rekening houden met ramadan = inclusiviteit.

'Inclusiviteit, ja bijvoorbeeld rekening houden met de ramadan voor mensen, of vanuit de moskee mensen proberen te benaderen.' (interview professional)

Het probleem hiervan is dat dit mogelijkstigmaiserend kan werken. Het is juist enorm belangrijk om aan te passen aan de doelgroep, en te weten welke doelgroep je voor ogen hebt en een doelgroepenanalyse te doen. Dit komt naar voren uit verschillende gesprekken met professionals, waarbij de doelgroep analyse wordt gezien als een belangrijke stap voor het uitvoeren en uitwerken van de interventie.

'Je moet weten over wie je het hebt, je kan niet alleen maar zeggen mensen met een migratie achtergrond, en zelfs binnen specifieke groepen zijn verschillen.' (interview professional)

Doelgroepenanalyse en co-creatie

Om inclusiviteit te bewerkstelligen is het belangrijk om te weten over wie je het hebt en wie je eigenlijk precies wilt bereiken, om dit te kunnen bewerkstelligen is een **Doelgroepenanalyse** nuttig. Een adequate doelgroepenanalyse aan de start van een interventie ontbrak regelmatig. Geld en tijd spelen hier mogelijk een rol. Vragen als 'wie willen we precies bereiken? Wie is onze doelgroep? Waarom is dit onze doelgroep?' zijn hierdoor onderbelicht.

'Je moet echt weten, wie is die gemeenschap en waarom wil ik ze bereiken? Anders heb je het over een groep maar weet je eigenlijk helemaal niet waar je het over hebt' (interview professional)

Aansluitende vragen die hieruit voortvloeien kregen ook vaak te weinig aandacht, zoals 'op welke wijze kunnen we deze doelgroep het beste bereiken? Welke methoden van werving passen het beste bij de doelgroep?' De doelgroep is vaak lastig te vatten in een noemer, vaak worden groepen in onderzoeken gesimplificeerd, enerzijds is dit nodig om punten te kunnen maken, anderzijds zorgt dit ook voor een foutieve representatie van de werkelijkheid. Een groot deel van de doelgroep kan op deze manier ook buiten beschouwing blijven. Wat hierbij kan helpen is het betrekken van mensen die tot de doelgroep behoren bij de opzet van het onderzoek, zodat al vanaf het begin op een kritische en reflexieve manier gekeken kan worden naar wie er op welke

wijze bereikt moet worden en waarom. Een voorbeeld waarbij dit fout ging is een niet geslaagd initiatief met het bellen van oudere en eenzame mensen met een migratieachtergrond in lockdown periode.

“Er was geen pilot en de doelgroep werd niet betrokken bij het plan. Eindstand sloot het plan niet aan bij de doelgroep; ze wilde helemaal niet gebeld worden o.a. omdat ze mensen die ze slechts aan de telefoon hebben niet zouden vertrouwen.” (interview professional)

Door een adequate doelgroep analyse uit te voeren en eventueel mensen uit de doelgroep zelf te betrekken bij de opzet van een initiatief, kan ervoor gezorgd worden dat gezondheidsinterventies een betere kans van slagen hebben. Met name bij de ontwikkeling van **gezondheidstools** is het betrekken van de doelgroep bij de opzet en ontwikkeling enorm belangrijk. Hierdoor wordt voorkomen dat bijvoorbeeld een tool als te ingewikkeld wordt ervaren, wat uit de interviews met professionals vaak het geval bleek te zijn. Dit gegeven wordt ook wel **‘co-creatie’** genoemd; een vorm van samenwerking, waarbij alle deelnemers invloed hebben op het proces en het resultaat van dit proces.

Samenvatting

Het is belangrijk om veel tijd en aandacht te besteden aan het winnen van vertrouwen. Een cultuur-sensitieve benadering is belangrijk, daarbij moet aandacht zijn voor de verschillen binnen groepen, gezien de eendimensionale benadering die op de loer ligt. Het verrichten van een doelgroepanalyse is ook hier een belangrijke aanbeveling. Evenals het betrekken van de doelgroep bij het opzetten van de interventie.



— Conclusie

Rotterdammers met een kwetsbare positie en een migratieachtergrond kunnen op verschillende manieren beter betrokken worden bij preventieve gezondheidsinterventies.

Om gezondheidsinterventies succesvol te laten verlopen moet zowel in de oriënterende als in de uitvoerende fase rekening gehouden worden met verschillende elementen. Ten eerste is een adequate doelgroepenanalyse bij het verkennen van de doelgroep van grote waarde. Daarnaast is het belangrijk om gebruik te maken van de juiste inclusieve informatiemiddelen om de doelgroep te bereiken. Verder moet de interventie op zichzelf inclusief zijn door ten eerste rekening te houden met praktische barrières maar ook door reflexief te zijn naar bestaande blinde vlekken en automatismen in de huidige interventies. Werken mét de doelgroep is daarbij essentieel.

Naast culturele sensitiviteit en inclusiviteit, is het van belang om te kijken naar de rol van duurzaamheid in interventies; interventies zijn vaak te kortstondig, waardoor er te

weinig tijd is om vertrouwen te winnen van de kwetsbare doelgroep en het succes van de interventie afneemt. Daarbij is het aansluiten bij bestaande initiatieven een goede manier om mensen te bereiken, maar ook dit mag in een kritisch kader bekeken worden, omdat het aansluiten bij bestaande initiatieven weer eenzelfde doelgroep bereikt. Op de volgende pagina staan de belangrijkste bevindingen samengevat.

Dit onderzoek heeft als focus kwetsbare mensen met migratieachtergrond, toch moet er kritisch gekeken blijven worden naar hoe groepen gedefinieerd worden en wat voor implicaties dit heeft. Het expliciet benoemen van een doelgroep kan stigmatiserend werken en ervoor zorgen dat interventies, met de intentie inclusief te zijn, exclusie creëren. Het is belangrijk hier kritisch op te blijven reflecteren zodat bestaande blinde vlekken binnen preventieve gezondheidsinterventies aangepakt kunnen worden en deze interventies nog succesvoller kunnen zijn voor de beoogde doelgroep.

“Rotterdammers met een kwetsbare positie en een migratieachtergrond kunnen op verschillende manieren beter betrokken worden bij preventieve gezondheidsinterventies.”

Samenvatting

Expliciete **logistieke barrières** kunnen ondervangen worden door aanpassingen in de interventie, zoals het vergoeden van reiskosten en onkosten, de locatie van een fysieke bijeenkomst, en de flexibiliteit t.a.v. het tijdstip van een interventie

Impliciete barrières als een **verminderd vertrouwen** kunnen worden ondervangen door veel tijd te investeren in de relatie, evenals door zorgprofessionals te betrekken in de werving

De traditionele manier van het kijken naar **sleutelfiguren** (bijv. een gedeelde migratieachtergrond) is niet altijd succesvol. Sleutelfiguren kunnen bijvoorbeeld ook online persoonlijkheden met een groot bereik zijn

Sociale media kunnen effectief zijn om kwetsbare inwoners met een migratieachtergrond te bereiken

Het inspelen op en aansluiten bij **bestaande netwerken** is een goede manier voor het werven van inwoners met een migratieachtergrond

Bovenstaande onderwerpen kunnen in een gedegen **doelgroepen analyse** terugkomen, die wordt verricht voor de start van de interventie, waarin de vragen gesteld worden: wie willen we bereiken, hoe en waarom?

Cultuursensitieve aanpassingen zijn belangrijk, maar dragen het risico dat onderzoekers of clinici een eenzijdige benadering van cultuursensitiviteit gaan hanteren (bijvoorbeeld het aanhalen van de Islam als het gaat over cultuur-sensitieve aanpassingen)

Concrete doelen en concrete redenen voor participatie evenals een **positieve insteek** zijn helpend voor het langdurig betrekken van de doelgroep

Co-creatie en participatie van de doelgroep wordt zowel in de literatuur als in de interviews beschouwd als een belangrijke succesfactor voor inclusieve interventies

De duurzaamheid van gezondheidsinterventies is een aandachtspunt. Interventies zijn momenteel niet duurzaam, en er wordt niet langdurig gebruik gemaakt van een gevormd netwerk

Reflexiviteit: kijk kritisch naar het perspectief van waaruit barrières bekeken worden. Stel vragen zoals: Is het een doelgroep die niet mee wil doen aan een project of ligt het mogelijkserwijs aan het project zelf? Is er wel echt goed rekening gehouden met de soms (zeer) praktische behoefte(n) van de doelgroep?

— Reflectie

We zijn op zoek gegaan naar de manieren waarop we kwetsbare Rotterdamse inwoners met een migratieachtergrond kunnen bereiken en betrekken bij gezondheidsinterventies. Dit heeft tot antwoorden geleid maar misschien nog wel meer tot het inzicht aangaande de manier waarop we definiëren en categoriseren. Het is daarom belangrijk om zowel in onderzoek, beleid als in de praktijk te blijven reflecteren op hoe groepen gecategoriseerd en geoperationaliseerd worden (Helberg-Proctor et al., 2016).

In dit onderzoek hebben we gekozen voor de terminologie “kwetsbare mensen met een migratieachtergrond” om de intersectionaliteit bloot te leggen. De termen moeten geproblematiseerd worden in de context van dit onderzoek. In de huidige gezondheidszorg en gezondheidsinterventies, wordt regelmatig gebruik gemaakt van terminologie zoals migratieachtergrond. Deze term wordt vervolgens als ‘factor’ aangeduid die een barrière kan vormen tot het deelnemen aan interventies. Ondanks dat iedereen toegang heeft tot gezondheidszorg in Nederland, blijven verschillen onverminderd groot. Deze verschillen kunnen niet louter geweten worden aan “migratieachtergrond” “sociale klasse” en de intersectie hiervan. De diversiteit binnen deze groepen is immens en moet niet onderschat worden.

Uit onderzoek blijkt dat bepaalde groepen met een migratiegeschiedenis ook vaak gereduceerd worden tot hun “anders zijn”, van de witte middenklasse norm. De verschillen die benadrukt worden zijn ook tegelijkertijd de verschillen die gecreëerd worden en waar “anders zijn” op de voorgrond staat. Dit anders zijn wordt vooral uitvergroot in de veronderstelde islamitische achtergrond van mensen met vooral een Turkse en Marokkaanse afkomst, met een eenduidig beeld van de Islam. Het risico hiervan is dat er, met een wil naar inclusie, ook exclusie ontstaat, juist doordat het anders zijn wordt uitvergroot of verkeerd ingevuld. Voornamelijk op basis van veronderstellingen over religie.

De impliciete barrières gaan niet alleen over de manier waarop inclusiviteit en culturele sensitiviteit belangrijk zijn binnen gezondheidsinterventies, maar ook over de manier waarop dit gebeurt. Uit onderzoek en praktijk blijkt (Helberg-Proctor, 2021; Helberg-Proctor, 2017; Labonte, 2004; Davis et al., 2015) dat inclusiviteit ook juist gaat over de manier waarop mensen niet tot “de ander” gemaakt worden, maar waarin wel verschillen in levensstijl, opvattingen etc. erkend worden, zonder generalisaties. Verschillen binnen groepen zoals we deze framen zijn namelijk groter dan verschillen tussen groepen, waardoor het riskant is hier absolute uitspraken over te doen.

Het is belangrijk om in acht te nemen dat de doelgroep anders omschreven wordt door professionals onderling, dan in uitingen naar de groep zelf. Zo wordt bijvoorbeeld de term kwetsbaar zelden expliciet gemaakt naar de doelgroep, terwijl dat bij professionals onderling een gebruikelijke term is. Maar denk ook aan gemaskeerd taalgebruik, bijvoorbeeld als het gaat om eenzaamheid, dat dit wat anders verwoordt wordt naar de doelgroep zelf dan dat er als professionals onderling over gesproken wordt. Het is belangrijk om bewust te zijn van deze vertaalslagen en hierop te reflecteren, wat wil je op de doelgroep overbrengen en waarom?

Daarbij is kwetsbaarheid niet eendimensionaal, wie is er kwetsbaar? Wat betekent de term kwetsbaarheid m.b.t de doelgroep die je wilt benaderen? Kwetsbaarheid wordt in dit onderzoek veelal gezien als mensen met een lage migratieachtergrond én sociaaleconomische positie, maar in praktijk zijn er veel verschillende vormen van kwetsbaarheid die ook besproken zijn door de professionals.

Wees daarbij specifiek, welke doelgroepgegevens zijn belangrijk voor de interventie die je wilt doen en waarom? Probeer dit binnen gezondheidsinterventies continu te bekijken en hier ook transparant over te zijn. Op deze manier is duidelijk waarom en welke elementen van de doelgroep belangrijk zijn en waarom hierop wordt ingespeeld. Wanneer algemene termen gebruikt worden, zoals 'mensen met een migratieachtergrond', kan de diversiteit binnen die doelgroep gemist worden. De volledige diversiteit binnen een populatie kan nooit helemaal gevat worden, maar juist daarom is het belangrijk om transparant te zijn over en reflexief te zijn op welke gegevens belangrijk zijn en waarom. Op deze manier ga je eventuele blinde vlekken en aannames eerder uit de weg.

“De volledige diversiteit binnen een populatie kan nooit helemaal gevat worden, maar juist daarom is het belangrijk om transparant te zijn over en reflexief te zijn op welke gegevens belangrijk zijn en waarom.”

Referenties

- Betancourt, J. R., Green, A. R., & Carrillo, J. E. (2003). Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public health reports*, 118(4), 293.
- Beenackers, M.A, Nusselder, W.J, Oude Groeninger, J, & van Lenthe, F.J. (2015). *Het terugdringen van gezondheidsachterstanden*. <http://hdl.handle.net/1765/111865>
- Bonevski, B., Randell, M., Paul, C., Chapman, K., Twyman, L., Bryant, J., Brozek, I., & Hughes, C. (2014). Reaching the hard-to-reach: a systematic review of strategies for improving health and medical research with socially disadvantaged groups. *BMC medical research methodology*, 14(1), 1-29.
- Bryman, A. (2016). *Social Research Methods*. (5de editie). Oxford University Press.
- Clark, L. T., Watkins, L., Piña, I. L., Elmer, M., Akinboboye, O., Gorham, M., Jamerson, B., McCullough, C., Pierre C., Polis, A. B., Puckrein, G., & Regnante, J. M. (2019). Increasing diversity in clinical trials: overcoming critical barriers. *Current problems in cardiology*, 44(5), 148-172.
- Claeys, A., Berdai-Chaouni, S., Tricas-Sauras, S., & De Donder, L. (2021). Culturally sensitive care: Definitions, perceptions, and practices of health care professionals. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(5), 484-492.
- Davis, J., Birks, M., & Chapman, Y. (2015). *Inclusive Practice for Health Professionals*. Oxford University Press.
- Gemeente Rotterdam (2022) *Statistieken gemeente Rotterdam*. Geraadpleegd op 10 juni 2022, van <https://allecijfers.nl/gemeente/rotterdam/>
- Gemeente Rotterdam. (2021, 19 oktober) *Feitenkaart Opleidingsniveau Rotterdam 2020** (voorlopige cijfers). [Feitenkaart Opleidingsniveau Rotterdam 2020*](https://allecijfers.nl/gemeente/rotterdam/) (voorlopige cijfers) (onderzoek010.nl)
- Gkiouleka, A., & Huijts, T. (2020). Intersectional migration-related health inequalities in Europe: Exploring the role of migrant generation, occupational status & gender. *Social Science & Medicine*, 267, 113218.
- Hamdiui, N. (2022). *Decision-making for participation in screening among Turks and Moroccans in the Netherlands: Lessons learned from chronic hepatitis B and cervical cancer* (Doctoral dissertation, Radboud University, 9 mei 2022. Promotores: Muijsenbergh, M.E.T.C. van den, Timen, A. Co-promotores : Stein, M.L., van Steenberg, J.E.)
- Helberg-proctor, A. (2021). *De Paradox van diversiteit en inclusie in de geneeskunde en zorg*. <https://www.socialevraagstukken.nl/de-paradox-van-diversiteit-en-inclusie-in-de-geneeskunde-en-zorg/>
- Helberg-Proctor, A., Meershoek, A., Krumeich, A. et al. (2017) 'Foreigners', 'ethnic minorities', and 'non-Western allochtoons': an analysis of the development of 'ethnicity' in health policy in the Netherlands from 1970 to 2015. *BMC Public Health* 17, 132. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4063-8>
- Helberg-Proctor, A., Meershoek, A., Krumeich, A., & Horstman, K. (2016). Ethnicity in Dutch health research: situating scientific practice. *Ethnicity & health*, 21(5), 480-497.

- IDEM. (2019, maart). *Stadsbeeld integratie in Rotterdam*. [Stadsbeeld-integratie-maart-2019.pdf](https://stadsbeeld-integratie-maart-2019.pdf) (idemrotterdam.nl)
- Labonte, R. (2004). Social inclusion/exclusion: Dancing the dialectic. *Health Promotion International*, 19(1), 115–121. Doi: 10.1093/heapro/dah1.12
- Lindenbaum, S., & Lock, M. (Eds.) (1993). *Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Berkeley: University of California Press.
- Mullainathan, S. & Shafir, S. (2013) *Hoe gebrek aan tijd en geld ons gedrag bepalen*. Maven Publishing.
- Marmot M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet (London, England)*, 365(9464), 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Oliver, S., Kavanagh, J., Caird, J., Lorenc, T., Oliver, K. & Harden, A. (2008). *Health promotion, inequalities and young people's health: a systematic review of research*. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London.
- Pharos. (2020) *Bereiken en betrekken: de vier bouwstenen*. <https://www.pharos.nl/info-sheets/bereiken-en-betrekken-bouwstenen/>
- Poll, A. (2021, 17 maart). *(Niet) Iedereen Telt Mee. Pleidooi voor inclusiviteit, rechtvaardigheid en kwaliteit van zorg*. Pharos. <https://www.pharos.nl/nieuws/niet-iedereen-telt-mee/>
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2020) *Gezondheidsverschillen voorbij: Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal*. [Gezondheidsverschillen voorbij, complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal - Raad voor Volksgezondheid en Samenleving \(raadrvs.nl\)](https://www.gezondheidsverschillen-voorbij.nl)
- Ravelli, A. C. J., Steegers, E. A. P., Rijninks-van Driel, G. C., Abu-Hanna, A., Eskes, M., Verhoeff, A. P., Buitendijk, S. E., Stronks, K., & van der Post, J. A. M. (2011). Perinatale sterfteverschillen in Amsterdam. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 155(18), A3130.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2020) *Armoede, chronische stress en gezondheid in de gemeente Den Haag. Een verkenning op basis van group model building*. Bilthoven. RIVM
- Starcke, K., & Brand, M. (2012). Decision making under stress: a selective review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(4), 1228-1248.
- Terragni, L., Beune, E., Stronks, K., Davidson, E., Qureshi, S., Kumar, B., & Diaz, E. (2018). Developing culturally adapted lifestyle interventions for South Asian migrant populations: a qualitative study of the key success factors and main challenges. *Public health*, 161, 50-58.
- Van den Muijsenberg, M. & Busari, J. (2020) *Sociale vraagstukken*: <https://www.sociale-vraagstukken.nl/de-witte-blik-domineert-in-de-gezondheidszorg/>
- Van den Muijsenbergh, M., van Weel-Baumgarten, E., Teunissen, E., & van Weel, C. (2019). Sociaal kwetsbare groepen in onderzoek en de praktijk. *Huisarts en wetenschap*, 62(11), 56-59.
- Van der Velden, J.H.M. (2018) *Persoonsgerichte zorg bij mensen met een migratieachtergrond*. *Bijblijven* 34, 207–217. <https://doi.org/10.1007/s12414-018-0306-6>
- Van Lieshout, P. (2016). *Sociale (on)zekerheid: de voorziene toekomst* (1ste editie). Amsterdam University Press.
- Wieringa, N. F., Hardon, A. P., Stronks, K., & M'charek, A. A. (red.) (2005). *Diversity among patients in medical practice: challenges and implications for clinical research*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Willems, A. E. M., Heijmans, M., Brabers, A. E. M., & Rademakers, J. (2022). *Gezondheidsvaardigheden in Nederland: factsheet cijfers 2021*. Utrecht. Nivel.
- Wilson, Y., White, A., Jefferson, A., & Danis, M. (2019). Intersectionality in Clinical Medicine: The Need for a Conceptual Framework. *The American journal of bioethics : AJOB*, 19(2), 8–19. <https://doi.org/10.1080/15265161.2018.1557275>

Bijlagen

Bijlage 1: Semi-gestructureerde vragenlijst doelgroep

Onderstaande onderwerpen zullen besproken worden met de doelgroep: kwetsbare Rotterdamse inwoners. De vragen zullen zowel individueel als in groepsverband aan bod komen. De vragenlijst voor de groepsgesprekken en de individuele gesprekken zijn iets anders. In deel 1 van deze bijlagen staat de vragenlijst voor de groepsgesprekken en in deel 2 staat de vragenlijst voor de individuele gesprekken. De schuingedrukte teksten zijn ter verduidelijking en bedoeld voor de onderzoeker.

Bijlage 1.1: Groepsgesprekken doelgroep

Onderstaande onderwerpen zullen besproken worden met de doelgroep: kwetsbare Rotterdamse met een migratieachtergrond

Voorstelronde: Naam, bekendheid met thema: gezondheid in de wijk (bijvoorbeeld)

Openvragen m.b.t. belemmerende en bevorderende factoren bij inclusieve gezondheidsinterventies: werving, uitvoering en resultaat

- Op welke manier bent u/ben je bij [naam project/initiatief] over gezondheid terechtgekomen?
- Op welke manier(en) heeft u/je gehoord over [naam project/initiatief]?
- Was dit een goede manier om u/je te bereiken? Waarom wel/niet?
- Kunt u/kun je een betere manier verzinnen? Of: wat is ook een goede manier?
- Wat waren voor u/jou de redenen om mee te doen?
- Heeft u/heb je getwijfeld om mee te doen? Zo ja waarover twijfelde u/je?
- Optioneel: Zo ja: heeft u/heb je de twijfels uitgesproken? En hoe werd hierop gereageerd?
- Doen mensen uit uw/je omgeving ook mee aan het project over gezondheid? Waarom wel/niet denkt u/je? (doorvragen op thema's vertrouwen/wantrouwen, financieel, taal, tijd etc.)
- Denk je dat dit [naam project/initiatief] goed is voor uw/je gezondheid? Zo ja, waarom?

Succes / géén succes van: Lokale projecten over gezondheid

- Weet u/je van andere projecten over gezondheid in de wijk?
- Heeft u/je hier weleens aan meegedaan?
- Waarom wel/niet?

Doelgroep / inclusiviteit/culturele sensitiviteit

- Kunt u/je de mensen beschrijven die (meestal) meededen/meedoen met de projecten die we net besproken hebben? (bijvoorbeeld: man/vrouw/leeftijd/(migratie)achtergrond). (Je hoeft geen namen te noemen)
- Vind/vond u/je dat iedereen makkelijk mee kan/kon doen? Was het toegankelijk voor iedereen? Waarom wel/niet?

(optioneel) Indien langdurig project:

- Heeft u/heb je weleens getwijfeld om te stoppen? Waarom wel/niet?
- Indien ja: Kunt u/kun je vertellen waar deze twijfels uit bestonden/bestaan?
- Wordt/werd er in het project rekening gehouden met ieders culturele achtergrond? Op welke manier?

(optioneel) Indien er sprake is van wetenschappelijk onderzoek:

- Begreep u/je het toestemmingsformulier goed? Heeft er iemand geholpen bij de uitleg?

Specifieke extra vragen/discussie (optioneel)

- Introductie terminologie: Uit onderzoek blijkt dat het lastig is om iedereen te betrekken bij projecten over gezondheid. Daarom wordt er gezocht naar manieren waardoor iedereen mee kan doen. Mensen die niet altijd goed bereikt worden soms beschreven als mensen met een migratieachtergrond of kwetsbaar. Wat vind je/jullie van de termen: Migratieachtergrond? Kwetsbaar?
- Optioneel: Is er een beschrijving die meer aansluit bij de groep?
- Welke woorden worden in uw/je omgeving gebruikt om deze groep te omschrijven?
- Wat vind(t) u/je van deze beschrijving?

Toetsen van thema's professionals (indien in groepsvorm onderstaande thema's als stellingen presenteren om discussie te stimuleren, in individuele gesprekken onderstaande thema's toetsen met specifieke vragen).

- Sleutelfiguren/mensen uit de gemeenschap
- Aansluiten bij bestaande initiatieven
- Vertrouwen en wantrouwen speelt een rol
- Bereikbaarheid
- Duurzaamheid van projecten over gezondheid/netwerk
- Sociale media
- Opzet onderzoek betrekken

Bijlage 1.2: Individuele gesprekken doelgroep

Onderstaande onderwerpen zullen besproken worden met de doelgroep: kwetsbare Rotterdamse inwoners met een migratieachtergrond. De vragen zullen in individuele gesprekken aan bod komen. De schuingedrukte teksten zijn ter verduidelijking en bedoeld voor de onderzoeker.

Voorstelronde: Naam, bekendheid met thema: gezondheid in de wijk (bijvoorbeeld)

Deelname project(en) over gezondheid

- Doe(t) u/je weleens mee aan projecten over gezondheid?
- Waarom doe(t) u/je mee aan projecten over gezondheid?

Doelgroep / inclusiviteit / culturele sensitiviteit

- Kun(t) u/je de mensen beschrijven die (meestal) meededen/meedoen met de projecten die we net besproken hebben? (bijvoorbeeld: man/vrouw/leeftijd/(migratie)achtergrond). (Je hoeft geen namen te noemen)
- Vind/vond u/je dat iedereen makkelijk mee kan/kon doen? Was het toegankelijk voor iedereen? Waarom wel/niet?

(optioneel) Indien langdurig project:

- Heeft u/heb je weleens getwijfeld om te stoppen? Waarom wel/niet?
- Indien ja: Kunt u/kun je vertellen waar deze twijfels uit bestonden/bestaan?
- Wordt/werd er in het project rekening gehouden met ieders culturele achtergrond? Op welke manier?

Ziekte en gezondheid (bij onderstaande vragen zal door de onderzoeker nogmaals benadrukt worden dat er geen goede of foute antwoorden zijn)

- Waarom worden mensen volgens u/je ziek of waarom zijn ze gezond?

Gezondheid

- Kun(t) u/je uitleggen wat gezondheid voor u/jou betekent?
- Wat doe(t) u/je op alledaagse basis om gezond te zijn
- Welke rol speelt eten hierin?
- Beweging?
- Kun(t) u/je iemand omschrijven die naar uw/ jouw mening gezond is?
- Waarom?
- Hebben mensen om u/je heen dezelfde levensstijl? *(Eventueel levensstijl uitleggen op b1 niveau)*
- Ken(t) u/je mensen die anders naar gezondheid kijken dan u?
- Heeft dit invloed op u/je? Zo ja: Op welke manier?
- Waar haal(t) u/je uw informatie vandaan over gezondheid?
- Zou u/je meer informatie willen over gezond zijn en leven?
- Welke rol speelt taal bij gezondheid?
- Welke rol speelt culturele achtergrond bij gezondheid?

Ziekte

- Wanneer is iemand volgens u/je ziek?
- Welke rol speelt ziekte in uw/je leven?
- Wat doe(t) u/je eraan om niet ziek te worden?
- Lukt dit? Op welke manier wel/niet?
- Ben(t) u/je bang om ziek te worden?
- Als u/je ziek wordt wat doe(t) u/je dan?
- Lukt dit? Op welke manier wel/niet?
- Heb je het idee dat (bijvoorbeeld dokter) hetzelfde hierover denkt?

Indien van toepassing

- Waar haal(t) u/je uw informatie vandaan over (uw/je) ziekte?
- Zou u/je meer informatie willen over (uw/je) ziekte?

Vertrouwen

- Gaat u/je weleens naar een zorgverlener/welzijnswerker (bijvoorbeeld dokter, fysiotherapeut, psycholoog, diëtist, ziekenhuis, begeleider gezondheidsactiviteiten)
- Heeft u/heb je het idee dat de zorgverlener/welzijnswerker? (bijvoorbeeld dokter, fysiotherapeut, psycholoog, diëtist, ziekenhuis, begeleider gezondheidsactiviteiten) u/ jou begrijpt?
- Waarom wel/niet?
- Zou iemand anders u/je beter kunnen begrijpen (zo ja waarom)?
- Heeft de (genoemde zorgverlener(s)) genoeg verstand/kennis om u/je te helpen?
- Vind(t) u/je het prettig om naar (genoemde zorgverlener(s)) te gaan?
- Waarom wel/niet?
- Indien niet; voorbeelden?
- Naar wie luistert u/je het meest als het gaat over de onderwerpen rondom ziekte en gezondheid? (internet, familie, artsen, vrienden, religieus of spiritueel persoon)

Representatie

- Heeft u/heb je het idee dat er ook mensen zoals u/ jij werken als zorgverlener/welzijnswerker? (bijvoorbeeld dokter, fysiotherapeut, psycholoog, diëtist, ziekenhuis, begeleider gezondheidsactiviteiten)
- Waarom wel/niet?
- Vindt u (bovengenoemde antwoord) dit juist wel of niet fijn?
- Is het belangrijk voor u/je dat u uzelf/je jezelf herkent (in flyers, maar ook in de dokter etc.)?
- Specificeren; hoe zou dat beter kunnen?

Specifieke extra vragen

- *Introductie terminologie: Uit onderzoek blijkt dat het lastig is om iedereen te betrekken bij projecten over gezondheid. Daarom wordt er gezocht naar manieren waardoor iedereen mee kan doen. Mensen die niet altijd goed bereikt worden soms beschreven als mensen met een migratieachtergrond of kwetsbaar. Wat vind je/jullie van de termen: Migratieachtergrond? Kwetsbaar?*
- **Optioneel:** Is er een beschrijving die meer aansluit bij de groep?
- Welke woorden worden in uw/je omgeving gebruikt om deze groep te omschrijven?

- Wat vind(t) u/je van deze beschrijving?

Optioneel: Toetsen van thema's professionals m.b.t. inclusiviteit gezondheidsprojecten

- Sleutelfiguren/mensen uit de gemeenschap
- Aansluiten bij bestaande initiatieven
- Bereikbaarheid
- Duurzaamheid van projecten over gezondheid/netwerk
- Sociale media
- Opzet onderzoek betrekken

Bijlage 2: Semi-gestructureerde vragenlijst professionals

Onderstaande vragen zijn toegespitst op: Organisaties / Projecten /Gemeente; beleidsmakers.

Introductie

Voorstelronde: Functie en (professionele) achtergrond

- Ons onderzoek gaat over gezondheidsinterventies bij kwetsbare Rotterdamse inwoners met een migratieachtergrond. Welke ervaring heb je met dit thema?
- Op welke manier is dit wel/niet een belangrijk thema in jouw werkveld?
- (Eventueel historie (eerdere ervaringen met dit thema, hoe is deze interventie ontstaan) achtergrondinformatie.)

Gezondheidsinterventie

- Welke (gezondheids)interventie(s) ben je bij betrokken geweest? Of ken je?
- Kun je hier iets meer over vertellen? (Eventueel hoe dit tot stand is gekomen)
- Kun je een voorbeeld noemen van een succesvolle gezondheidsinterventies?
- Wat maakte deze interventie succesvol?
- Voor wie was dit vooral succesvol en waaruit blijkt dit?
- Kun je een voorbeeld noemen van (een) minder succesvolle gezondheidsinterventie(s)?
- Wat maakte deze interventie minder succesvol?
- Voor wie was dit minder succesvol? Waaruit blijkt dit?

Openvragen m.b.t. belemmerende en bevorderende factoren bij inclusieve gezondheidsinterventies: werving, uitvoering en resultaat

- Kun je een beschrijving geven van de doelgroep waarmee je werkt. Migratieachtergrond, welke groepen, generaties?
- *Optioneel:* Wat maakt de (eerder beschreven doelgroep) kwetsbaar/moeilijk te betrekken bij interventies?
- Is het doel om een zo representatief mogelijke doelgroep te includeren?

Werving

- Is er bij de opzet van de interventie bedacht welke groep je/jullie willen bereiken? En op welke manier dit het best bereikt kon worden? (bijvoorbeeld in de vorm van een doelgroepanalyse) Heeft er iemand van de doelgroep meegedacht bij de opzet?
- *Optioneel (indien sprake van wetenschappelijk onderzoek)* Op welke wijze is rekening gehouden met de doelgroep in de informed consent procedure?
- *Optioneel:* Op welke manier wordt de eerder beschreven doelgroep bereikt binnen deze interventie?
- Waar liggen de uitdagingen bij het bereiken van deze doelgroep?
- Hoe worden deze uitdagingen veroorzaakt?
- Welke manier werkt goed/beter om de doelgroep te bereiken?

Uitvoering en resultaat

- Waar liggen de uitdagingen bij het uitvoeren van de interventie met deze doelgroep?
- Hoe worden deze uitdagingen veroorzaakt?
- Welke manier werkt goed/beter om de interventie uit te voeren?

Methoden hoe/waarom/welke kanalen/medium/betrouwbare bronnen

- Welke kanalen worden gebruikt bij succesvolle interventies (op het gebied werving, uitvoering, resultaat)?
- Kun je voorbeelden noemen?
- Zijn er bepaalde media die bijdragen aan het succes van inclusieve interventies (op het gebied van werving, uitvoering, resultaat)?
- Kun je voorbeelden noemen?
- Zijn er bepaalde media die minder goed werken bij inclusieve interventies? (op het gebied van werving, uitvoering, resultaat)
- Op welke manier kan er qua vormgeving het beste rekening gehouden worden met het bereiken en betrekken van de doelgroep?

Inclusieve gezondheidsinterventie

- Ons onderzoek gaat over inclusiviteit. Dit begrip kun je op verschillende manieren opvatten. Wat is jouw opvatting van inclusiviteit?
- Wanneer is een gezondheidsinterventie/ initiatief naar jouw mening inclusief?
- *Optioneel:* Op welke manieren heb jij of anderen ervoor gezorgd om de gezondheidsinterventie inclusief te maken?
- Voorbeeld(en) van succesvolle inclusieve gezondheidsinterventie(s)?
- Wat maakte dit initiatief succesvol op het gebied van inclusiviteit?
- Waar liggen, in jouw optiek, de uitdagingen met betrekking tot inclusiviteit?
- Bij wie liggen deze uitdagingen?
- Op welke manier zou je organisatie inclusiviteit kunnen bevorderen? Wat is daarvoor nodig?

Culturele sensitiviteit (wel of niet belangrijk) (op welke manier wel niet?)

- Wanneer is een gezondheidsinitiatief cultureel sensitief? Wat betekent de term voor jou (in je werkveld)?
- Wat is er nodig om een gezondheidsinterventie cultureel sensitief te maken?
- Kun je een voorbeeld noemen van een cultureel sensitieve gezondheidsinterventie?
- Wat maakt dit initiatief cultureel sensitief?
- Kun je een voorbeeld noemen van een gezondheidsinitiatief dat, in jouw optiek, niet (genoeg) cultureel sensitief was/is?
- Wat zijn uitdagingen met betrekking tot culturele sensitiviteit?
- Waar zou meer initiatief getoond kunnen worden om culturele sensitiviteit te bevorderen?

Specifieke extra vragen m.b.t. belemmerende en bevorderende factoren bij inclusieve gezondheidsinterventies. Aanvulling op de open vragen wanneer onderstaande thema's (nog) niet besproken zijn.

- Hoe zou je in algemeenheid de bereidheid van de doelgroep om deel te nemen aan gezondheidsinterventies omschrijven?
- Welke rol speelt, in jouw optiek, mogelijk wantrouwen/vertrouwen in instituties?
- Welke sociaaleconomische factoren spelen mogelijksterwijs een rol in het bereiken en betrekken van kwetsbare inwoners met een migratieachtergrond?
- Kun je deze factoren toelichten en eventueel (een) voorbeeld(en) geven?
- Welke rol speelt de migratieachtergrond in het bereiken en betrekken van kwetsbare inwoners?
- Kun je dit toelichten en eventueel (een) voorbeeld(en) geven?
- Kun je beschrijven wat de mogelijke invloed is van taal bij de werving, uitvoering en het resultaat van (een) gezondheidsinterventie(s)?
- Welke invloed/rol heeft representatie, naar jouw mening, m.b.t. het succes of falen van gezondheidsinterventies?
- Kun je voorbeelden noemen?
- Zijn er bevorderende of belemmerende factoren in het huidige debat/discours/gesprek over dit onderwerp?
- Zijn er ontwikkelingen die nog niet genoemd zijn, die hebben bijgedragen aan de bevorderende en/of belemmerende factoren van gezondheidsinterventies?

Terminologie: doelgroep kwetsbare inwoners mensen met een migratieachtergrond

- Welke termen worden in uw organisatie/project gebruikt om de doelgroep te omschrijven?
- Wat vind je van deze benaming/beschrijving?
- *Optioneel:* Welke huidige (sociaal/politieke/economische) ontwikkelingen hebben hieraan bijgedragen?
- *Optioneel:* Is er een beschrijving die meer aansluit bij de doelgroep?
- Zijn er geluiden vanuit de doelgroep die naar voren komen m.b.t. dit onderwerp?

Overige vragen/onderwerpen

- Suggesties voor dit onderzoek?
- Suggesties literatuur?

November 2022
www.cephir.nl

CEPHIR