



**rijksuniversiteit
groningen**

**De effecten van Community Wise op de percepties van deelnemers op sociale
gezondheid (verbondenheid, sociale steun en eenzaamheid) en interventie eigendom**

*The effects of Community Wise on participants' perceptions of social health
(connectedness, social support and loneliness) and intervention ownership*

**Masterthese Klinische Psychologie
Onderzoeksverslag**

Jedidja van Schagen (S4610172)

Examinator: dr. ing. M.M. Goedendorp

Tweede beoordelaar: dr. K. Greaves-Lord

Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Afdeling Psychologie

Rijksuniversiteit Groningen

Datum: 26-07-2021

Abstract

Elderly people with low socio-economic status (SES) face multiple health problems and physical, social and emotional challenges. Much of these problems are the direct result of adaptable behavior. Community Wise was developed as a project specifically aimed at improving the positive health of elderly people living in neighborhoods with a low SES. The aim of this study was to determine the effects of Community Wise on participants' perceptions of social health and intervention ownership. A total of 120 participants divided into ten groups have participated. 63 participants participated in focus groups on the effects and experience of the project during the last meeting. These focus group interviews are transcribed and open, axially and selectively coded. Community Wise has strengthened the social health (connectedness, social support and social contact) of participants. The atmosphere in the group, the perceived safety and openness have contributed to the connectedness. In addition, social skills and self-management have emerged as important themes of social health. Participants haven't taken ownership of the intervention, because they indicated that they needed help to continue the project. Follow-up research can distinguish the target groups during the focus group interviews through documentation. Furthermore, research can focus more on the self-management skill 'taking initiative in contact' and guide participants in continuing the group.

Key words: social health, health problems, elderly, socioeconomic status, self-management, well being

Samenvatting

Ouderen met een lage sociaal-economische status (SES) krijgen in meerdere mate te maken met gezondheidsproblemen en fysieke, sociale en emotionele uitdagingen. Een groot deel van deze problemen is het directe resultaat van aanpasbaar gedrag. Community Wise is ontwikkeld als een project dat zich specifiek gericht op het verbeteren van de positieve gezondheid van ouderen wonend in wijken met een lage SES. Het doel van dit onderzoek was het achterhalen wat de effecten van Community Wise zijn op de percepties van deelnemers op sociale gezondheid en interventie eigendom. In totaal hebben 120 participanten deelgenomen, verdeeld over tien groepen. 63 deelnemers hebben meegedaan aan focusgroepen tijdens de laatste bijeenkomst over de effecten en ervaring van het project. Deze focusgroep interviews zijn getranscribeerd en open, axiaal en selectief gecodeerd. Community Wise heeft de sociale gezondheid (verbondenheid, sociale steun en sociaal contact) onder deelnemers verbeterd. De sfeer in de groep, de ervaren veiligheid en openheid hebben bijgedragen aan de verbondenheid. Daarnaast zijn sociale vaardigheden en eigen regie naar voren gekomen als belangrijke thema's van sociale gezondheid. Community Wise is niet gedragen door de deelnemers, omdat zij aan hebben gegeven hulp nodig te hebben om het programma voort te zetten. Vervolgonderzoek kan de doelgroep tijdens de focusgroepinterviews onderscheiden door middel van documentatie. Verder kan vervolgonderzoek zich meer richten op de zelfmanagementvaardigheid 'initiatief nemen in contact' en deelnemers begeleiden bij het voortzetten van de groep.

Sleutelwoorden: sociale gezondheid, gezondheidsproblemen, ouderen, sociaal-economische status, zelfmanagement, welbevinden

Inleiding

De betekenis van gezondheid ondergaat een verandering de laatste jaren. Gezondheid wordt door de WHO omschreven als ‘een staat van compleet fysiek, mentaal en sociaal welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of gebrek.’ (Huber et al., 2011). Er komt steeds meer kritiek op deze definitie, omdat de bevolking steeds ouder wordt en het ziektepatroon verandert. Zo verhoogt de vergrijzing de prevalentie van chronische ongeneeslijke ziekten, die in verband worden gebracht met 60% van de sterfgevallen wereldwijd en meer dan 80% in lage- tot middeninkomenslanden (Jadad & O’Grady, 2008). Veel mensen krijgen dus te maken met een ziekte, waarbij er geen uitzicht is op volledige genezing. Een nieuw voorgestelde definitie van gezondheid biedt ruimte voor het vermogen tot adaptatie, de positieve gezondheid: ‘Gezondheid is het vermogen tot adaptatie en zelfmanagement wanneer geconfronteerd met fysieke, sociale en emotionele uitdagingen’ (Huber et al., 2011). Dit nieuwe gezondheidsconcept sluit aan bij de nieuwe participatiesamenleving in Nederland, waarin mensen gestimuleerd worden meer te participeren in de samenleving, meer afhankelijk te zijn van hun sociale netwerk en meer verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen welzijn (Alexander 2013; Karel et al., 2019).

Een groep in de samenleving die een minder vermogen hebben tot adaptatie en zelfmanagement bij uitdagingen zijn mensen met een lagere sociaal-economische status (SES). Het blijkt dat een lage SES gepaard gaat met een slechtere positieve gezondheid en een lagere levensverwachting dan mensen met een hoge SES (Dierx & Kasper, 2020; Van Dijk et al., 2016; Warren, 2009). Mensen met een lage sociaal-economische status leven niet alleen korter, maar zijn vaker ziek, hebben vaker beperkingen en lichamelijke klachten (Mackenbach et al., 2008).

Mensen met een lagere sociaal-economische status slapen slechter, ontbijten minder vaak, roken meer en bewegen minder (Contoyannis & Jones, 2004). Het blijkt dat de sociaal-economische positie een directe invloed heeft op de gezondheid in latere levensfasen (Kunst, 2010). Ook op oudere leeftijd blijft deze relatie zichtbaar (Huisman et al., 2004).

Het is belangrijk om te kijken naar hoe de gezondheid bij ouderen met een lage sociaal-economische status kan worden bevorderd, omdat ouderen in meerdere mate te maken krijgen met fysieke, sociale en emotionele uitdagingen (Cramm et al., 2012; Rockwood et al., 1994). Het is onvermijdelijk dat mensen die ouder worden de verbinding met hun vriendschapsnetwerken verliezen en het moeilijker vinden om nieuwe vriendschappen te sluiten en bij nieuwe netwerken te horen. Velen ervaren eenzaamheid en depressie op oudere leeftijd wat resulteert in een onvermogen om actief deel te nemen aan de gemeenschapsactiviteiten. De theorie van zelfmanagement van welzijn (ZMW-theorie) richt zich op het realiseren en behouden van welzijn (Cramm et al., 2012; Pachana, Laidlaw & Steverink, 2014; Steverink, Lindenberg & Slaets, 2005).

Het geheim van succesvol ouder worden zit volgens de ZMW-theorie in het behouden en realiseren van externe en interne middelen (Cramm et al., 2012; Pachana, Laidlaw & Steverink, 2014; Steverink, Lindenberg & Slaets, 2005). Externe middelen dragen rechtstreeks bij aan aspecten van welzijn. Voor fysiek welzijn is dat comfort (eten, drinken en warmte) en stimulatie (fysieke en mentale activering), voor sociaal welzijn zijn dat positieve evaluaties van wat een persoon is (affectie), doet (gedragsbevestiging) en heeft (status). Interne middelen, ook wel de zelfmanagementvaardigheden, zijn nodig om de externe middelen te beheren. Door deze balans wordt fysiek en sociaal welzijn behouden. De ZMW-theorie omvat zes kernvaardigheden: geloof

in eigen competentie (self-efficacy), positief perspectief nemen, initiatief nemen, investeren, multifunctionaliteit en diversiteit van hulpbronnen. Elk van deze vaardigheden worden toegepast op de dimensies van welzijn in de SPF-theorie, namelijk comfort, stimulatie, affectie, gedragsbevestiging en status. Op basis van de ZMW-theorie zijn meerdere interventies ontwikkeld.

Grip&Glans is een interventie gebaseerd op de ZMW-theorie en de SPF-theorie (Grip&Glans, 2020). Deze interventie is gericht op het versterken van de zelfmanagementvaardigheden, en daarmee ook het versterken van het welbevinden bij vrouwen van vijftig jaar en ouder. Cursussen van Grip&Glans verminderden eenzaamheidsgevoelens, maar waren cognitief intensief doordat deelnemers huiswerkopdrachten moeten doen en een dagboek moeten bijhouden (Goedendorp et al., 2017; Kuiper, 2020; Steverink & Kuiper, 2014). Zowel ouderen als mensen met een lage SES hebben een aversie van deze werkwijze (Tkatch et al., 2017). Een interventie onder ouderen wonend in gebieden met een lage SES vereist daarom betere aansluiting.

Het programma Sociaal Vitaal sluit beter aan bij deze doelgroep (RIVM, 2017). Sociaal Vitaal is een programma bedoeld voor zelfstandig wonende ouderen met een laag opleidings- en/of inkomen in de leeftijd van 60-85 jaar. Zij moesten onvoldoende lichamelijk actief zijn, eenzaam zijn en weinig veerkracht hebben om te kunnen omgaan met veroudering (RIVM, 2017). Het doel van Sociaal Vitaal is het bevorderen van het 'gezond ouder' worden van de doelgroep. De nadruk ligt op het bevorderen van de fysieke conditie, het ontwikkelen van veerkracht en op het kunnen beschikken van sociale vaardigheden. Sociaal Vitaal is een goed

voorbeeld van van een programma gericht op positieve gezondheid onder ouderen met een lage SES.

Gebaseerd op Sociaal Vitaal en Grip&Glans is Community Wise ontwikkeld. Dit programma combineert de gemeenschapsaanpak van Sociaal Vitaal met de ZMW-theorie en is gericht op het verbeteren van de positieve gezondheid (Grip&Glans, 2020; Vorstman, 2020; RIVM, 2017). Het programma is uitgevoerd in GIDS-gemeenten in Groningen, Almelo en Delfzijl. Dit zijn gemeenten met relatief veel inwoners met een lage SES en aanzienlijke gezondheidsproblemen. De doelgroep bestaat uit ouderen van veertig jaar of ouder met een lage SES en verminderde fysieke vitaliteit, sociale vitaliteit en/of zelfmanagementvaardigheden. Uit eerdere onderzoeken naar de effecten van Community Wise is gebleken dat het programma een positief effect heeft gehad op zowel fysieke, mentale en sociale gezondheid (Voorhout, 2021; Vorstman, 2020). In huidig onderzoek wordt gebruik gemaakt van focusgroepen, omdat hierdoor informatie wordt verkregen van de ervaringen en overtuigingen van de deelnemers (Gill et al., 2008). Focusgroepen hebben als doel inzicht krijgen in de sociale dynamiek en interactie tussen deelnemers, door het verzamelen van verbale en observatiegegevens (Doody, Slevin & Taggart, 2013). Hierin verschillen zij van vragenlijsten en een-op-een interviews, wat mogelijk nieuwe informatie kan opleveren. Persoonlijke en gevoelige onthullingen komen vaker voor in focusgroepen dan in individuele interviews (Coenen et al., 2011; Guest et al., 2017).

Het huidige onderzoek heeft als doel te achterhalen wat de effecten van Community Wise zijn op de percepties van de deelnemers op hun sociale gezondheid. Er wordt verwacht dat Community Wise een positief effect heeft op verschillende componenten van sociale gezondheid (zoals verbondenheid, sociale steun en eenzaamheid) en interventie eigendom. Met interventie

eigendom wordt bedoeld in hoeverre het programma gedragen wordt door de deelnemers nu en in de toekomst. De onderzoeksvraag luidt: *Wat zijn de effecten van Community Wise op de percepties van deelnemers op sociale gezondheid en interventie eigendom?*

Methoden

Deelnemers en opzet

Tussen 2016 en 2020 zijn er tien Community Wise interventies uitgevoerd in GIDS-gemeenten in Groningen, Almelo en Delfzijl. De doelgroep van dit programma bestond voornamelijk uit ouderen boven de veertig jaar met lage fysieke vitaliteit, zelfmanagementvaardigheden en/of sociale vitaliteit. Niet alle deelnemers voldeden aan deze kenmerken, omdat het een netwerkgebaseerde interventie betrof waar iedereen aan mee mocht doen. In totaal hebben 120 deelnemers deelgenomen aan Community Wise verdeeld over 10 groepen. Hiervan was 79% vrouw en de gemiddelde was leeftijd 72,6 jaar. Uiteindelijk hebben 63 deelnemers deelgenomen aan de focusgroepen.

Het huidig kwalitatieve onderzoek is onderdeel van een longitudinaal onderzoek. Community Wise doet onderzoek naar de fysieke, mentale en sociale gezondheid als onderdeel van positieve gezondheid. Daarbij wordt gebruik gemaakt van verschillende meetmomenten voor, tijdens en na het programma met zowel kwalitatieve als kwantitatieve methoden om de effecten van Community Wise te onderzoeken. Huidig onderzoek richt zich op de focusgroepen die uitgevoerd zijn op de laatste bijeenkomst van de interventie en hanteert kwalitatieve data-analyses om de onderzoeksvraag te beantwoorden.

Werving

Deelnemers voor Community Wise zijn geworven met behulp van welzijnsorganisaties en gemeenten. Als eerst zijn de welzijnsorganisaties en gemeenten gevraagd steden en wijken te benoemen waar een relatief hoog percentage ouderen met een lage SES woont en waar nog geen interventies liepen op het gebied van positieve gezondheid. Als tweede hebben oudere buurtbewoners een schriftelijke aankondiging gekregen van de huis-aan-huis bezoeken. Daarna zijn ze door onderzoeksassistenten en leden van betrokken organisaties geïnterviewd over de positieve gezondheid in hun omgeving en kregen ze een uitnodiging voor de gezondheidscheck. Als bewoners niet thuis waren, kregen ze een kaart die ze konden inleveren om aan te geven of ze bezocht wilden worden, samen met de uitnodiging voor een gezondheidscheck. Ook konden inwoners geworven worden door sleutelpersonen uit de buurt of lokale organisaties. Deelnemers van de laatste bijeenkomst van Community Wise zijn gevraagd of ze wilden deelnemen aan een focusgroep. Tevoren is schriftelijke toestemming gevraagd, waarin ook benadrukt werd dat de anonimiteit van de personen wordt gewaarborgd. Het doel van de focusgroep was het in kaart brengen van de verbondenheid en de sociale steun tijdens de bijeenkomsten van Community Wise en het in kaart brengen van de interventie eigendom van de deelnemers. Daarnaast zijn er tijdens de focusgroep doelen gesteld met de groep om in contact te blijven na de bijeenkomsten.

Interventie

De interventie bestond uit twaalf wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur, gebaseerd op de ZMW-theorie (Steeverink et al., 2005). De integratie en vorm van de oefeningen werden beheerd door deskundigen op het gebied van interventies voor ouderen in gebieden met een lage

SES. Drie bijeenkomsten zijn volledig gericht op het verbeteren van de fysieke vitaliteit door actieve sport- en spel oefeningen (Hofman, 2014). De overige negen bijeenkomsten zijn gericht op het verbeteren van zelfmanagement, fysieke en mentale vitaliteit. Iedere bijeenkomst begon met een opwarmingsoefening. Daarop volgde een fysieke oefening of een oefening gebaseerd op de ZMW-theorie. Elke keer was er een afsluitend moment met koffie en thee. Daarnaast bevatten sommige bijeenkomsten ook oefeningen gericht op groepscohesie, samenwerking en communicatieve vaardigheden.

Bijeenkomsten

De eerste bijeenkomst leerden de deelnemers elkaar kennen door middel van een balspel (Voornhout, 2021). De bal moest worden overgegooid op basis van diens naam, hobby's of achtergrond (Hofman, 2014; Werkvormen, 2021a). Vervolgens is de Glans-schijf uitgelegd met de vijf domeinen van welbevinden (Kremers et al., 2006). Deelnemers oefenden met deze schijf door een spel met een dobbelsteen te spelen. Gebaseerd op het aantal ogen moesten ze iets noemen dat hoorde in de bijbehorende Glans-categorie.

De tweede bijeenkomst bestond uit drie oefeningen (Voornhout, 2021). De eerste twee oefeningen hadden betrekking op het 'positief perspectief'. Bij de eerste oefening deden deelnemers afwisselend een roze- of een zonnebril op. Door de roze bril moesten ze alles positief bekijken en door de zonnebril alles negatief. Hierdoor leerden deelnemers dat situaties op verschillende manieren geïnterpreteerd kunnen worden (Hofman, 2014). Bij de tweede oefening moesten deelnemers doen alsof ze een citroen aten. Hierbij leerden ze dat gedachten tot fysieke reacties kunnen leiden. Negatieve gedachten kunnen leiden tot negatieve gevoelens, maar een

negatieve gedachte kan worden veranderd in een positieve gedachte (Kremers et al., 2006). De laatste oefening bestond uit een aantal bewegingsoefeningen met als doel de self-efficacy van het fysieke vermogen te laten zien.

De derde bijeenkomst begon met een oefening gericht op het ‘initiatief nemen’, waarbij deelnemers elkaar beweging commando's moesten geven (Voornhout, 2021). Vervolgens moesten ze zoveel mogelijk goede voornemens bedenken voor de toekomst. Ter afsluiting werd weer geoefend met de Glans-schijf, waarbij deelnemers nieuwe aspecten konden toevoegen of oude aspecten konden aanpassen (Pachana, Laidlaw & Steverink, 2014).

In bijeenkomst vier, acht en elf stond het verbeteren van de fysieke vitaliteit centraal (Voornhout, 2021). Voorbeelden van de actieve sport- en spel oefeningen die zijn gedaan, zijn rondjes lopen door de kamer en balsporten.

De vijfde bijeenkomst was voornamelijk gericht op het verbeteren van de zelfmanagementvaardigheid ‘initiatief nemen’ (Voornhout, 2021). In het kader van ‘initiatief nemen’ mochten de deelnemers hun eigen fysieke oefeningen bedenken. Vervolgens was er een oefening waarbij deelnemers nieuwe sociale rollen konden uitproberen. Ze kregen een regelende, passieve of verzorgende rol. De deelnemers bewogen op de muziek en moesten unieke tweetallen vormen wanneer de muziek stopte. Hoe de deelnemers hierin handelden was afhankelijk van hun toegewezen rol (Hofman, 2014).

In de zesde bijeenkomst stonden de vaardigheden ‘initiatief nemen’ en ‘positief perspectief’ centraal (Voornhout, 2021). In de eerste oefening leerden deelnemers dat om hulp vragen goed is en dat ze anderen niet moeten veroordelen wanneer ze om hulp vragen. De tweede oefening bestond uit het ontdekken wat voor effect lichaamshouding heeft op anderen.

De laatste oefening bestond uit het identificeren van eigen karaktertrekken en karakteristieken. Deze oefening gaf inzicht in het domein ‘status’ uit de SPF-theorie (Steверink, 2014).

De zevende bijeenkomst stond in het licht van ‘multifunctionaliteit’ (Voornhout, 2021). Door middel van een balspel leerden deelnemers dat fysieke activiteiten zowel alleen als samen gedaan kunnen worden. In de tweede oefening combineerden de deelnemers oefeningen van hun Glans-schijf (Kremers et al., 2006). In een derde oefening moesten de deelnemers gezamenlijk zo snel mogelijk een bal doorgeven (Hofman, 2014). Hierbij moesten de karakteristieken van de vorige bijeenkomst meegenomen worden.

De negende bijeenkomst was gericht op het onderhouden van vriendschappen (Voornhout, 2021). De eerste oefening gaf inzicht in de zelfmanagementvaardigheid ‘investeringsgedrag’, door te laten zien dat oefenen en collaboratie leiden tot snellere en betere resultaten. Een tweede oefening richtte zich op het ‘positief perspectief’ door deelnemers uit te dagen om negatieve gedachten een positieve draai te geven.

De tiende bijeenkomst verbeterde het gevoel van samenhang door te beginnen met hetzelfde balspel als in de eerste bijeenkomst (Voornhout, 2021; Werkvormen, 2021a). Vervolgens moest een geblinddoekte participant, met verbale aanwijzingen, door een obstakelkoers begeleid worden. Deze oefening toonde aan dat goede communicatie belangrijk is (Verheijden et al., 2015).

De laatste bijeenkomst begon met fysieke oefeningen (Voornhout, 2021). Hierna moesten de deelnemers een eigen oefening bedenken om de vaardigheid ‘initiatief nemen’ te oefenen. Ten slotte werd een stoelenspel gedaan om te laten zien dat samenwerking en een gedeeld plan tot betere resultaten leidt (Werkvormen, 2021b).

Meting

Tijdens de laatste bijeenkomst zijn er focusgroepen gehouden over hoe de deelnemers Community Wise hebben ervaren. In totaal zijn er tien focusgroepen gehouden, waarvan acht in dit onderzoek worden bekeken. De overige twee focusgroepen worden niet betrokken in dit onderzoek. De ene groep is na een aantal bijeenkomsten door ruzie uit elkaar gevallen. De deelnemers van de andere focusgroep spraken Arabisch. Van dit gesprek is een samenvatting gemaakt, omdat het voor de begeleider niet mogelijk was om het gesprek in zijn geheel te vertalen. Tevoren de focusgroepen is een interviewschema opgesteld. Het doel van de focusgroepen was het in kaart brengen van de verbondenheid, sociale steun en interventie eigendom van de groep. Een onderzoeker van het UMCG leidde de focusgroepen. Bij de focusgroepen waren de deelnemers en de docenten aanwezig. Daarnaast was het plan om doelen te stellen met de groep, zodat zij als groep in contact blijven na de bijeenkomsten. De specifieke vooraf opgestelde vragen staan vermeld in Bijlage A. De focusgroepgesprekken zijn digitaal opgenomen en vervolgens getranscribeerd door masterstudenten.

Analyse

Na het transcriberen van de focusgroepgesprekken, zijn de transcripten nogmaals doorgelezen om een globaal overzicht te creëren van de dataset. Vervolgens zijn de transcripten verwerkt in ATLAS.ti 9. De transcripten zijn open gecodeerd. Elke zin is voorzien van codes die de informatie van de zin samenvat. Elke nieuwe code is vermeld in een codeboek en voorzien van een definitie en beschrijving van gebruik. Als een zin binnen een transcript vergelijkbaar was met een eerdere code, werd deze code opnieuw gebruikt. Bij het maken van de open codes is

dataverlies zoveel mogelijk voorkomen door dichtbij de taal van de deelnemers te blijven. Om betrouwbaarheid en objectiviteit te waarborgen is er door twee masterstudenten samen open gecodeerd. Tijdens het coderen is overlegd over de precieze codering, definitie en beschrijving van de codes.

Na het opstellen van het codeboek zijn de codes verdeeld in overkoepelende, globale, op inhoud gebaseerde categorieën. Voorbeelden hiervan waren ‘openheid’ en ‘sfeer in de groep’. Hierdoor is het makkelijker geworden om vergelijkbare codes te vinden. Hierna is er axiaal gecodeerd door open codes met vergelijkbare inhoud samen te voegen en open codes met verborgen nuance op te splitsen. Deze nieuwe codes zijn bijgehouden in een apart codeboek, waarbij is aangegeven waarom ze zijn samengevoegd of opgesplitst. Ook niet samengevoegde codes zijn opgenomen in het nieuwe codeboek. Dit proces van axiaal coderen is meerdere malen toegepast, zodat elke code een unieke weergave geeft van de transcripten.

Het axiaal coderen is door dezelfde masterstudenten gedaan. De ene student heeft de verdeling gemaakt, de andere heeft de samengevoegde codes beoordeeld op samenhang. Vervolgens zijn de rollen omgedraaid. Dit proces is herhaald tot de totstandkoming van het definitieve codeboek. Aan de hand van het uiteindelijke codeboek zijn de axiale codes door de masterstudenten verdeeld over de vooraf opgestelde aspecten van sociale gezondheid (eenzaamheid, sociale cohesie en sociale steun) en interventie eigendom.

Resultaten

Het doel van dit onderzoek was om de effecten van Community Wise op de percepties van deelnemers op sociale gezondheid (verbondenheid, sociale steun en eenzaamheid) en interventie

eigendom te achterhalen. Onder deze hoofdthema's zullen de vooraf gespecificeerde aspecten beschreven worden, ondersteund door citaten uit de interviews.

Sociale Gezondheid

De aspecten van verbondenheid en sociale steun speelden beide een belangrijke rol in de antwoorden van de deelnemers. Eenzaamheid was ook een belangrijk aspect, maar viel samen met de behoefte aan contact en is daarom samengevoegd tot sociaal contact. Verder kwamen de aspecten sociale vaardigheden en eigen regie naar voren als onderdelen die bijdragen aan sociale gezondheid, eenzaamheid verminderen en verbondenheid en sociale steun mogelijk maken.

Verbondenheid

De verbondenheid tussen deelnemers groeide door de bijeenkomsten heen. Voor het programma kenden de deelnemers elkaar niet, nauwelijks of een beetje. Tijdens het programma is dit contact aanzienlijk toegenomen en is verbondenheid tussen de deelnemers gegroeid. Er zijn verschillende componenten die hier aan hebben bijgedragen. Als eerst de sfeer in de groep: *“Nou ik heb van begin af aan de sfeer prettig gevonden in de groep” (Deelnemer Almelo)*. De deelnemers hadden het leuk met elkaar: *‘Het plezier dat we met elkaar hebben ja, ja’ (Deelnemer gemeente Delfzijl)*. Ook veiligheid droeg bij aan de verbondenheid: *“En je kon je verhaal kwijt en dat bleef hier binnen de groep” (Deelnemer gemeente Delfzijl)*. Deelnemers geven aan in de groep de veiligheid en het vertrouwen te hebben gevonden: *“Je moet toch vertrouwen hebben, of wat dan ook, aan wie kan ik dit vertellen. Dat je toch die stomme dingetjes hebt, van dat doe ik niet bij die en die, want hè, dan weet je het wel van hoe of wat. [Daar zie ik bij jou wel een groot verschil in.] Dat heb ik hier wel gevonden” (Gesprek tussen deelnemers gemeente Delfzijl)*. Deze ervaren veiligheid gaf ruimte in de groep voor openheid:

“Er zijn dingen die je normaal gesproken niet zou zeggen. Ook omdat je wekelijks met elkaar zit, dan leer je elkaar op een hele andere manier kennen” (Deelnemer Buurstede). Door deze openheid ervoeren deelnemers de vrijheid om alles met elkaar delen: *“Ja we hebben vrij overal over gepraat, echt, ja” (Deelnemer gemeente Delfzijl).*

Niet iedereen vond het even makkelijk om zich open te stellen. Zo gaf een deelnemer aan dat onderwerpen te dichtbij kunnen komen: *“Nou dan keer ik mij meestal af” (Deelnemer Almelo).* Ook kwamen er momenten naar voren waarin deelnemers aangaven niet hun mening te willen delen of hierover te twijfelen: *“Ja ik weet niet of ik dat nu zeg of dat ik dat naderhand zeg” (Deelnemer Almelo).*

De verbondenheid tijdens het programma is zo gegroeid dat er deelnemers zijn die buiten het programma om elkaar opzoeken: *“En vriendin komt op de koffie morgen dus daar praat ik ook mee. Die zie ik ook geregeld” (Deelnemer gemeente Delfzijl),* maar zijn er ook deelnemers die aangeven dat buiten het programma om elkaar opzoeken weinig gebeurt: *“Nou je merkt gewoon dat het wel weinig gebeurt, bij elkaar komen” (Deelnemer Buurstede).* Een van de groepen uit Almelo onderneemt activiteiten samen: *“Er zijn meer dingen spontaan georganiseerd. Sjoelen, we gaan nu wandelen, er wordt een quiz door een andere dame gedaan” (Deelnemer Almelo).* Een andere groep uit Almelo heeft hier juist meer moeite mee: *“Ja je praat er wel over maar ik weet het niet. Dan zeggen ze ja dat vind ik wel leuk, nou zullen we dat een keertje doen. Ja dat doen we, maar daar blijft het bij. Maar we doen het niet. Dat is het verschil” (Deelnemer Almelo).* De sfeer in de groep, de ervaren veiligheid en openheid draagt bij aan de verbondenheid van de groep.

Sociale Steun

Sociale steun wordt gedefinieerd als de emotionele of praktische hulp die vanuit anderen ervaren wordt. Deelnemers geven aan dat ze steun hebben ervaren in de groep: *“Doordat je dieper op de gesprekken inging, meer emotie, meer dat je je emotie kan tonen. Mensen meer luisterden” (Deelnemer Almelo)*. Zo delen ze verhalen met elkaar en praten ze over eigen ervaringen: *“Dat je hetzelfde hebt meegemaakt en gesprekken met elkaar kunt hebben” (Deelnemer gemeente Delfzijl)*. Deelnemers vinden steun bij elkaar, doordat ze dezelfde dingen hebben meegemaakt: *“Ja met onderwerpen die dan, waar je misschien wel een keertje mee zit. Nou dan komen die naar voren en dan heeft iemand heeft er misschien best wel een keertje een goede raad in of dan voel je je even gesteund want die heeft hetzelfde meegemaakt” (Deelnemer gemeente Delfzijl)*. Een deelnemer benoemde ook een keer geen steun te hebben ervaren. De sociale steun die deelnemers hebben ervaren heeft betrekking op de emotionele hulp.

Sociaal Contact

Sociaal contact is een belangrijk onderdeel van sociale gezondheid. Er zijn twee voorname redenen naar voren gekomen die invloed hebben op de mate van sociaal contact. Naar voren kwam het verschil tussen het hebben van een partner en alleen zijn: *“Omdat je samen bent ga je lang niet zoveel eruit” (Deelnemer Almelo)*. Een alleenstaande oudere heeft meer behoefte aan contact dan een oudere die een partner heeft: *“Ik denk dat als ik alleen zou zijn, dat je meer aan wilt sluiten, dan wanneer wij samen zijn” (Deelnemer Almelo)*. Daarnaast kwam het verschil tussen deelnemers in behoefte aan contact naar voren. De een is gewend om op zichzelf te zijn, waartegen de ander juist behoefte heeft aan contact met anderen: *“Dat wou ik even zeggen, er zijn natuurlijk altijd mensen die houden van niet een groep ... Ik ben geen groepsdier hoor nee.”*

(Deelnemer Groningen). Het programma heeft bijgedragen aan de mate van sociaal contact van deelnemers. Een deelnemer benoemde dat hij zich erg alleen heeft gevoeld voor het programma:

“Ik voelde me erg alleen en ja nou heb ik toch een groepje die ik beter heb leren kennen”

(Deelnemer Almelo). Een andere deelnemer bevestigde dat de eenzaamheid verminderde door het programma : *“Een hele tijd heb ik mij een beetje opgesloten. Weinig contact met andere mensen, maar ik vond het zo een verrijking hier dat ja, de mensen hier zijn allemaal hartstikke top en het ging allemaal vanzelf eigenlijk”* (Deelnemer Groningen).

Naast de vooropgestelde aspecten van sociale gezondheid (verbondenheid, sociale steun en eenzaamheid) zijn er andere thema's naar voren gekomen. Deze thema's hebben invloed op de sociale gezondheid van de deelnemers, namelijk sociale vaardigheden en eigen regie.

Sociale Vaardigheden

Als eerst dragen sociale vaardigheden bij aan de sociale gezondheid. Tijdens het programma hebben deelnemers hun sociale vaardigheden verbeterd en nieuwe vaardigheden geleerd: *“Maar er waren ook oefeningen bij dat we zo sociaal met elkaar omgaan. Dat was ik niet meer gewend en dat geeft mij ook een bepaalde verruiming in het leven...”* (Deelnemer Groningen). Door het programma hebben de deelnemers meer zelfvertrouwen gekregen: *“Straks zijn jullie allemaal weg en zit het hele verband los, maar wij blijven hier lopen. En wij hebben iets meer sociale vaardigheden en we staan iets steviger in de schoentjes”* (Deelnemer Almelo). Deelnemers geven aan dat ze door het programma contact leggen met mensen buiten het programma: *“Er zitten wel eens wat mensen voor hier en ik merk aan mezelf dat ik ze altijd groet als ik langsloop en dat ze mij dan vragen van goh hoe heet je en dan krijg je zomaar een praatje. Maar dat was voorheen*

niet zo ... ja het voelt gewoon goed” (Deelnemer Groningen). Niet elke deelnemer vindt het even makkelijk om actief hun sociale omgeving uit te breiden. Zo benoemde iemand niet spontaan op mensen af te stappen: “Nee, nee, nee ik stap niet, dat zeg ik, ik stap niet maar zo overal op af. Als je er eenmaal tussen zit dan is het wel klaar, maar...” (Deelnemer gemeente Delfzijl).

Eigen Regie

Deelnemers moeten zelf initiatief nemen om activiteiten te ondernemen of om op andere mensen af te stappen. Tijdens het programma hebben de deelnemers geleerd dat zij invloed hebben op hun eigen leven. Een deelnemer benoemde dat zij meer bewust is geworden van het feit dat ze haar eigen wensen kan vervullen: *“Toch iets van meer bewustwording dat je meer kan doen eraan om wat bepaalde wensen vervullen. Dat je toch meer kunt doen zelf aan bijvoorbeeld verbreding van je kennissen of je vrienden of dergelijke en daar op zoek naar gaan” (Deelnemer Groningen).* Ook heeft Community Wise deelnemers geholpen om positiever te denken en in het leven te staan: *“Bij bepaalde dingen wel. Dan probeer je toch positief te denken en dat valt niet altijd mee ... Daar heeft dit wel aan mee geholpen” (Deelnemer gemeente Delfzijl).* Andere deelnemers gaven juist aan dat zij al gelukkig zijn met hun leven: *“Maar ook omdat ik iets van heb ik deel mijn eigen leven in op mijn manier en dat gaat perfect. En daar ben ik gelukkig mee” (Deelnemer Groningen).*

Interventie eigendom

Interventie eigendom is in hoeverre het programma gedragen wordt door de deelnemers nu en in de toekomst. Naar voren is gekomen dat deelnemers niet het idee hadden dat het programma van hen was, maar wel zich bewust waren dat zij ideeën konden inbrengen: *“Sommige dingen die draaien die je toch een beetje naar je eigen hand kan zetten” (Deelnemer Almelo).*

Deelnemers hadden ook het idee dat het programma op hen werd aangepast. Zo gaf een deelnemer aan dat iedereen kon meedoen op zijn of haar eigen manier: *“We deden het allemaal anders, maar je deed toch wel wat op dat moment”* (Deelnemer Almelo). Dit werd door een andere deelnemer aangevuld: *“Je deed allemaal wel wat, maar het kwam allemaal toch wel in het programma terecht”* (Deelnemer Almelo). Weer een andere groep benoemde dat de leiding wel zou openstaan voor input, maar dat dit niet is voorgevallen: *“Dingen als wij zeiden van als we dit graag wilden dat jullie daar wel toe bereid zijn”* (gemeente Delfzijl).

Meerdere deelnemers zijn enthousiast over het voortzetten van de groep. Zij willen echter niet elke week samenkomen, maar denken na over een keer in de twee, drie weken of een keer in de maand: *“Ja, maar dan denk ik niet wekelijks”* ... *“Ja om de veertien dagen of een keer in de drie weken.”* *“Ja of een keer in de maand”* (Deelnemers Almelo). Samen met andere mensen praten over belangrijke onderwerpen is genoemd door meerdere deelnemers: *“Ik zou het wel leuk vinden om, misschien niet elke week maar af en toe met een groepje, dingen te bespreken. Hoe je in het leven staat en er zijn natuurlijk ontzettend veel onderwerpen en dat zou ik wel leuk vinden in een groep ja”* (Deelnemer Groningen). Naast het vormen van een gespreksgroep zijn er ook deelnemers die willen samenkomen om te bewegen: *“Ja blijven bewegen. Het liefst in de groep zodat je een stok achter de deur hebt”* (Deelnemer gemeente Delfzijl).

Er is in de groepen nadrukkelijk benoemd dat er steun van buitenaf nodig is om de groep voort te zetten: *“Maar daar is wel begeleiding bij nodig, want anders wordt het niet wat”* (Deelnemer Almelo). Een belangrijke reden hiervoor is de leeftijd van de deelnemers: *“Ja daar moeten we een jonger iemand voor hebben die iets meer zin en vitaliteit heeft. Iemand die nog iets ruimer kan denken”* (Deelnemer Almelo). Het organiseren van bijeenkomsten is namelijk een

redelijke taak: *“Er komt ook heel veel bij kijken, als je de organisatie op je neemt. Dat kost energie en tijd. Maar om iedere keer iets nieuws te bedenken om dat weer te gaan doen...”* (Deelnemer Almelo). De begeleiding heeft voor de deelnemers veel betekend in de organisatie: *“Het verschil is dat jullie onderwerpen aanreikten, verdieping en dat je sturing geeft in de discussie. En als wij gewoon samen gaan babbelen, dat hoeft van mij niet. Er moet wel sturing zijn”* (Deelnemer gemeente Delfzijl).

Discussie

Het huidig onderzoek heeft als doel te achterhalen wat de effecten van Community Wise zijn op de percepties van de deelnemers op hun sociale gezondheid en interventie eigendom. De verbondenheid tussen deelnemers was groot in het programma door de sfeer in de groep, de veiligheid, het vertrouwen en de openheid. Sociale steun ervoeren deelnemers door de diepgang in de gesprekken, het delen van eigen ervaringen en de herkenning bij elkaar in wat ze hebben meegemaakt in hun leven. Eenzaamheid is verbeterd door het programma, maar niet alle deelnemers hebben even veel behoefte aan contact. Sociale vaardigheden zijn verbeterd door het programma. Deelnemers hebben geleerd nieuwe contacten te leggen en staan steviger in de schoenen. Sommige deelnemers hebben geleerd om meer initiatief te tonen, maar dit geldt niet voor iedereen. Eigen regie is verbeterd doordat deelnemers hebben geleerd dat zij invloed hebben op hun eigen leven en positiever hebben leren denken. Ten slotte bleek dat deelnemers niet het gevoel hadden dat de Community Wise van hen was, maar dat ze wel inbreng hadden in het programma en het programma ook aan hen werd aangepast. De deelnemers vinden zichzelf niet geschikt om de groep zelfstandig voort te zetten en hebben hier hulp bij nodig, want concrete plannen zijn er niet.

Naast de vooropgestelde aspecten van sociale gezondheid (verbondenheid, sociale steun en eenzaamheid) zijn er andere thema's naar voren gekomen. Deze thema's hebben invloed op de sociale gezondheid van de deelnemers en komen overeen met de zelfmanagementvaardigheden uit de ZMW-theorie (Pachana, Laidlaw & Steverink, 2014; Steverink, Lindenberg & Slaets, 2005). Deelnemers spraken over sociale vaardigheden en eigen regie. Het thema sociale vaardigheden lijkt te maken te hebben met de zelfmanagementvaardigheden initiatief nemen en investeren. Deelnemers hebben geleerd hoe zij kunnen investeren in sociale contacten en dat ze daarbij initiatief moeten nemen. Eigen regie lijkt een combinatie te zijn van twee zelfmanagementvaardigheden, namelijk geloof in eigen competentie en positief perspectief nemen.

Eenzaamheid viel samen met de behoefte aan contact en is samengevoegd tot het thema sociaal contact. Uit het onderzoek van De Jong Gierveld & Van Tilburg (2008) blijkt dat eenzaamheid bestaat uit twee componenten, namelijk gevoelens verbonden aan het missen van een intieme relatie (emotionele eenzaamheid) en een tekort en gemis betreffende het bredere sociale netwerk (sociale eenzaamheid). Deelnemers benoemden dat ze meer behoefte hebben aan contact wanneer ze geen partner hebben wat overeenkomt lijkt te komen met de emotionele verbintenis. Ook spraken deelnemers over een verschil in behoefte aan contact, wat te maken heeft met het bredere sociale netwerk. Het thema sociaal contact lijkt een positieve tegenhanger van eenzaamheid.

De sociale gezondheid is niet bij alle deelnemers verbeterd. Een belangrijke reden voor de afwezigheid van verbetering in sociale gezondheid was de tevredenheid van deelnemers met hun leven, hun verbondenheid en sociale steun in eigen omgeving en de beschikking over sociale

vaardigheden. Sommige deelnemers waren al sociaal gezond bij aanvang van het project, waar andere deelnemers niet sociaal gezond waren. Eerder onderzoeken naar de effecten van Community Wise kwamen tot een soortgelijke conclusie en toonden aan dat deelnemers met goede fysieke, mentale en sociale vitaliteit minder verbeteringen lieten zien vergeleken met participanten met een slechtere vitaliteit (Voornhout, 2021; Vorstman, 2020).

Een zwakte van het onderzoek betreft de onderzoeksmethode. Afwijkende meningen kunnen worden onderdrukt of niet worden geuit als een bepaald perspectief dominant lijkt of door de groep geaccepteerd lijkt te worden (Coenen et al., 2011; Barbour & Kitzinger, 1999; Greenbaum, 2000). Deelnemers gaven aan informatie niet te willen delen om anderen niet te kwetsen. Ook gaf een deelnemer aan zich niet gesteund te hebben gevoeld wat niet is uitgevraagd door de interviewer. Het is de taak van de onderzoeker om elke deelnemer van de groep de kans te geven om bij te dragen (Doody, Slevin & Taggart, 2013). Toch zal niet elke deelnemer evenveel bijdragen of aan het woord komen in de focusgroep, waardoor informatie verloren kan gaan.

Als laatst bestaat er een verschil in mate van sociale gezondheid tussen deelnemers voorafgaand aan het programma. Tevoren de start van Community Wise zijn er metingen gedaan over de sociale gezondheid, maar bij de focusgroepen is dit onderscheid niet meegenomen. Dit is nadelig, omdat uit de resultaten blijkt dat er deelnemers zijn die het alsnog lastig vinden om initiatief te nemen in contact. Het is onduidelijk of de deelnemers die moeite hebben met initiatief nemen binnen de doelgroep vielen of niet. Vervolgonderzoek kan bij de focusgroepen de doelgroep van de andere deelnemers onderscheiden door middel van documentatie en zich meer richten op het verbeteren van initiatief nemen.

Community Wise heeft een positief effect gehad op de percepties van deelnemers op hun sociale gezondheid. Het programma zorgt voor verbondenheid, sociale steun en meer sociaal contact bij de deelnemers. Vervolgonderzoek kan tevoren de focusgroepinterviews de doelgroepen van elkaar onderscheiden, zich meer richten op de zelfmanagementvaardigheid ‘initiatief nemen in contact’ en deelnemers praktisch ondersteunen bij het voortzetten van de groep.

Referenties

Alwahhabi, F. (2003). Anxiety Symptoms and Generalized Anxiety Disorder in the Elderly: A Review. *Harvard Review of Psychiatry, 11*(4), 180–193.

<https://doi.org/10.1080/10673220303944>

Barbour, R., & Kitzinger, J. (1999). Introduction: The Challenge and Promise of Focus Groups. *Developing Focus Group Research*. Published.

<https://doi.org/10.4135/9781849208857>

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations.

Journal of Personality and Social Psychology, 51(6), 1173–1182.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>

Coenen, M., Stamm, T. A., Stucki, G., & Cieza, A. (2011). Individual interviews and focus groups in patients with rheumatoid arthritis: a comparison of two qualitative methods. *Quality of Life Research, 21*(2), 359–370.

<https://doi.org/10.1007/s11136-011-9943-2>

Contoyannis, P., & Jones, A. M. (2004). Socio-economic status, health and lifestyle. *Journal of Health Economics, 23*(5), 965–995.

<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2004.02.001>

Cramm, J. M., Hartgerink, J. M., de Vreede, P. L., Bakker, T. J., Steyerberg, E. W., Mackenbach, J. P., & Nieboer, A. P. (2012). The relationship between older adults' self-management abilities, well-being and depression. *European Journal of Ageing*, *9*(4), 353–360. <https://doi.org/10.1007/s10433-012-0237-5>

Cramm, J. M., Strating, M. M. H., de Vreede, P. L., Steverink, N., & Nieboer, A. P. (2012). Validation of the self-management ability scale (SMAS) and development and validation of a shorter scale (SMAS-S) among older patients shortly after hospitalisation. *Health and Quality of Life Outcomes*, *10*(1), 9. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-9>

Dierx, J. A. J., & Kasper, H. D. P. (2020). Refining insights in SES and other determinants on perceived health; a Positive Health Perspective. *European Journal of Public Health*, *30*(Supplement_5). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa165.1130>

Doody, O., Slevin, E., & Taggart, L. (2013). Preparing for and conducting focus groups in nursing research: part 2. *British Journal of Nursing*, *22*(3), 170–173. <https://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.3.170>

Van wetenschap naar praktijk | GRIP&GLANS. (2020). GRIP&GLANS. <https://www.gripenglans.nl/van-wetenschap-naar-praktijk/>

Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *British Dental Journal*, *204*(6), 291–295. <https://doi.org/10.1038/bdj.2008.192>

Goedendorp, M. M., Kuiper, D., Reijneveld, S. A., Sanderman, R., & Steverink, N. (2017). Sustaining program effectiveness after implementation: The case of the self-management of well-being group intervention for older adults. *Patient Education and Counseling*, *100*(6), 1177–1184. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.01.006>

Greenbaum, T. (2000). *Moderating focus groups*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Guest, G., Namey, E., Taylor, J., Eley, N., & McKenna, K. (2017). Comparing focus groups and individual interviews: findings from a randomized study. *International Journal of Social Research Methodology*, *20*(6), 693–708. <https://doi.org/10.1080/13645579.2017.1281601>

Hofman, M. Fit en vitaal: sporten met senioren [Internet]. Uitgave De Bark; 2014 [geciteerd 2021 Mei 02]. Geraadpleegd op: https://books.google.nl/books/about/Fit_en_vitaal.html?id=upi3oQEACAAJ&redir_esc=y

Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. V. D., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., Meer, J. W. M. V. D., Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. V., & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, *343*(jul26 2), d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>

Huisman, M. (2004). Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *58*(6), 468–475. <https://doi.org/10.1136/jech.2003.010496>

Jadad, A. R., & O'Grady, L. (2008). How should health be defined? *BMJ*, 337(dec10 1), a2900. <https://doi.org/10.1136/bmj.a2900>

Jong Gierveld, J., & van Tilburg, T. (2008). De ingekorte schaal voor algemene, emotionele en sociale eenzaamheid. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 39(1), 4–15. <https://doi.org/10.1007/bf03078118>

Karel, Y. H., Van Vliet, M., Lugtigheid, C. E., De Bot, C. M., & Dierx, J. (2019). The concept of Positive Health for students/lecturers in the Netherlands. *International Journal of Health Promotion and Education*, 57(5), 286–296. <https://doi.org/10.1080/14635240.2019.1623707>

Kremers, I. P., Steverink, N., Albersnagel, F. A., & Slaets, J. P. J. (2006). Improved self-management ability and well-being in older women after a short group intervention. *Aging & Mental Health*, 10(5), 476–484. <https://doi.org/10.1080/13607860600841206>

Kuiper, D. (2020). Implementation of the self-management of well-being interventions: determinants and effects. University of Groningen. <https://doi.org/10.33612/diss.127415575>

Pachana, N. A., Laidlaw, K., & Steverink, N. (2014). Successful Development and Ageing. *The Oxford Handbook of Clinical Geropsychology*. Published. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199663170.013.028>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Sociaal Vitaal [Internet]. 2017
[geciteerd 2021 Mei 12]. Geraadpleegd op:
<https://interventies.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1402368>

Rockwood, K., Fox, R. A., Stolee, P., Robertson, D., & Beattie, B. L. (1994). Frailty in elderly people: an evolving concept. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 150(4), 489–495.

Sociaal Vitaal. (2017). Loketgezondleven.nl.
<https://interventies.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1402368>

Steверink, N., & Kuiper, D. (2014). De implementatie van de GRIP&GLANS-cursussen: een zelfmanagement-cursusaanbod voor ouderen gericht op eigen regie en welbevinden. Intern eindrapport voor subsidiegever ZonMw/projectnummer 313010401. Groningen: GRIP&GLANS Programma UMCG/RUG.

Steверink, N., Lindenberg, S., & Slaets, J. P. J. (2005). How to understand and improve older people's self-management of wellbeing. *European Journal of Ageing*, 2(4), 235–244. <https://doi.org/10.1007/s10433-005-0012-y>

Tkatch, R., Musich, S., MacLeod, S., Kraemer, S., Hawkins, K., Wicker, E. R., & Armstrong, D. G. (2017). A qualitative study to examine older adults' perceptions of health: Keys to aging successfully. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 38(6), 485–490. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.02.009>

Verheijden, S., Vegt, A. van der, & De verbeelding (Nijmegen). (2015). Ik wil een pizza die met de brommer komt! : educatieve werkvormen voor mensen met een verstandelijke beperking. (Tekstschrijvers.nl, Ed.). Geraadpleegd op: www.educatievewerkvormen.nl.

Vink, D., Aartsen, M. J., & Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *Journal of Affective Disorders*, *106*(1–2), 29–44. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.06.005>

Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en Sport. 2010. Welzijn Nieuwe Stijl. Ministerie van Volksgezondheid, Ed. Den Haag. Retrieved Juni 2021. http://www.invoeringwmo.nl/sites/default/documenten/Brochure_WNS.pdf

Voornhout, R. R. (2021). Het effect van Community Wise op de mentale en sociale gezondheid van ouderen met een lage SES. (unpublished manuscript)

Vorstman, J. (2020). The short-term effect of the intervention “Community Wise” on positive health of older adults living in socioeconomically deprived neighborhoods. (unpublished manuscript)

Warren, J. R. (2009a). Socioeconomic Status and Health across the Life Course: A Test of the Social Causation and Health Selection Hypotheses. *Social Forces*, *87*(4), 2125–2153. <https://doi.org/10.1353/sof.0.0219>

Werkvormen.info. Alle ballen verzamelen [Internet]. [geciteerd 2021a Mei 12].

Geraadpleegd op: <http://www.werkvormen.info/werkvorm/alle-ballen-verzamelen>

Werkvormen.info. Stoelenspel [Internet]. [geciteerd 2021b Mei 12]. Geraadpleegd op:

<http://www.werkvormen.info/werkvorm/stoelenspel>

Bijlage A

Focusgroep evaluatie Community Wise

Doel focusgroep evaluatie volgens projectaanvraag:

- In kaart brengen van groepsinteractie/ verbondenheid en sociale support tijdens de bijeenkomsten van Community Wise (Social support).
- In kaart brengen in hoeverre het programma echt gedragen wordt door de deelnemers nu en in de toekomst (interventie eigendom).
- Doelen stellen met de groep om in contact te blijven na de bijeenkomsten.

Verbondenheid per tijd:

- Hoe was de verbondenheid tussen de groepsleden voor Community Wise?
- Hoe was de verbondenheid tussen de groepsleden bij de start van Community Wise?
- Hoe was de verbondenheid tussen de groepsleden na 6 bijeenkomsten Community Wise?
- Hoe is de verbondenheid tussen groepsleden nu (na 12 bijeenkomsten Community Wise)?
- Hoe denken jullie dat de verbondenheid tussen de groepsleden is na (3 maanden, 6 maanden en 1 jaar) Community Wise?

Verbondenheid tijdens bijeenkomsten:

- Wat is belangrijk tijdens de bijeenkomsten om je verbonden te voelen met de andere groepsleden?
- Wanneer voelde je je verbonden met de andere groepsleden?
- Wanneer voelde je je minder/niet verbonden met de andere groepsleden?

Verbondenheid naast Community Wise:

- Wie spreken er met elkaar af naast Community Wise? Wat voor activiteiten doen jullie dan vooral?
- Wie helpen/steunen elkaar ook naast Community Wise? Wat doen jullie dan voor elkaar?
- Wie voelen zich extra verbonden met de andere inwoners van de flat door Community Wise, Waarom wel/Waarom niet?
- Willen jullie je ook meer verbonden voelen met andere inwoners van de flat? Waarom wel/waarom niet?
- Hoe zouden jullie je meer verbonden kunnen voelen met de andere inwoners van de flat?

Sociale steun per tijd:

- Wie voelt er steun door de andere groepsleden tijdens de eerste bijeenkomst van Community Wise? (voorbeelden)

- Wie voelt er steun door de andere groepsleden na 6 bijeenkomsten van Community Wise? (voorbeelden)
- Wie voelt er steun door de andere groepsleden op dit moment, na 12 bijeenkomsten van Community Wise? (voorbeelden)
- Hoe denken jullie dat de steun tussen de groepsleden is na (3 maanden, 6 maanden en 1 jaar) Community Wise?

Sociale Steun tijdens de bijeenkomsten

- Hoe voelde je je gesteund door de andere groepsleden tijdens de bijeenkomsten van Community Wise? (voorbeelden)
- Hoe voelde je je gesteund door de andere groepsleden naast de bijeenkomsten van Community Wise? (voorbeelden)
- Wanneer voelde je je niet gesteund door de andere groepsleden tijdens Community Wise? (voorbeelden)

Groep Community Wise:

- Hoe zouden jullie de groep in 1 woord omschrijven? (woorden opschrijven op Flip-over).

interventie eigendom:

- Almelo Vitaal is een samenwerking tussen de Rijksuniversiteit Groningen, het UMCG, Wijzoud en Beter wonen, in hoeverre hadden jullie het gevoel dat Almelo Vitaal ook van jullie was?
- In hoeverre hadden jullie tijdens Almelo Vitaal het gevoel dat er ook ruimte was voor jullie eigen ideeën en inbreng? (voorbeelden)
- Als Almelo Vitaal straks is afgelopen, hebben jullie dan het idee dat jullie samen Almelo Vitaal kunnen doorzetten? Waarom wel/Waarom niet?

Doelen stellen met de hele groep:

- Wat is jullie doel als groep na 3 maanden Community Wise?
- Wat is jullie doel als groep na 6 maanden community Wise?
- Wat is jullie doel als groep na 1 jaar Community Wise?
- Wat gaan jullie doen om die doelen gezamenlijk te bereiken?
- Hoe kan het Community Wise team jullie daarbij helpen?