

# Sociaal Werk en Gezondheid

Kwalitatief Onderzoek Naar Netwerkinderventies  
Voor Kwetsbare Groepen

*Samenvatting van de resultaten van het onderzoeksproject  
'Sociaal Werk en Gezond'. Dit project liep van 1/1/2015-  
1/3/2017 en werd gefinancierd door ZonMw. Het onderzoek is  
uitgevoerd door de afdeling Sociale Geneeskunde van het  
AMC/UvA.*

**Drs. K. Kruithof**  
**Dr. J. Suurmond**  
**Dr. J. Harting**

**26 april 2017**



Academisch Medisch Centrum

Universiteit van Amsterdam



**ZonMw**

# **Inhoudsopgave**

Inleiding	<b>2</b>
Samenvatting ‘Natuurlijk een Netwerkcoach!’	<b>3</b>
Samenvatting Kwartiermaken	<b>6</b>
Overstijgende Conclusies	<b>12</b>
Literatuur	<b>12</b>
Bijlagen	

## Inleiding

Binnen het nationaal programma "Alles is gezondheid" hebben twee toonaangevende partijen uit de sector sociaal werk, Sociaal Werk Nederland en Movisie, een "pledge" ondertekend waarmee zij erkennen dat zij een belangrijke rol spelen in het verbeteren van de gezondheid en het verkleinen van verschillen daarin. Een verdere onderbouwing van de bijdrage van sociaal werk aan gezondheid staat in de pledge van Sociaal Werk Nederland en Movisie centraal. Daarin stellen de pledgehouders zich op als pleitbezorgers van sociaal werk-interventies die aantoonbaar een bijdrage leveren aan een betere gezondheid.

Doel van het onderzoek was wetenschappelijk bewijs te genereren voor de bijdrage van sociaal werk aan gezondheid. We hebben hiervoor twee sociaal werk-interventies, te weten "Natuurlijk een netwerkcoach!" en "Kwartiermaken" geselecteerd om te onderzoeken aan welke dimensies van gezondheid deze interventies een bijdrage leveren en via welke mechanismen die bijdrage tot stand komt.

Het onderzoek is een theoriegestuurde evaluatie. Als eerste stap is hiervoor per interventie een zogenaamde programmatheorie opgesteld. In deze programmatheorie zijn, op basis van interviews, documenten en eerder onderzoek, de verwachte gezondheidseffecten van respectievelijk "Natuurlijk een netwerkcoach!" en "Kwartiermaken" beschreven en de manier waarop de beide interventies naar verwachting tot die gezondheidseffecten leiden. Als tweede stap zijn de programmatheorieën van "Natuurlijk een netwerkcoach!" en "Kwartiermaken" (specifiek de Stamtafel en de Kwartiertafel) met empirisch onderzoek onderbouwd. Voor beide interventies zullen we hieronder kort de programmatheorie, het empirisch onderzoek en de resultaten beschrijven.

## **S**amenvatting ‘Natuurlijk een netwerkcoach!’

Het programma ‘Natuurlijk een netwerkcoach’ richt zich op alle kwetsbare burgers die hun netwerk willen versterken of vergroten. Bepaalde groepen mensen hebben extra risico om in sociaal isolement te raken, zoals mantelzorgers, ouderen in sociaal isolement, mensen met een handicap die geen aansluiting hebben bij de buurt, psychisch kwetsbare mensen of mensen met psychiatrische problemen en mensen die niet maatschappelijk actief zijn (Hofman & Scherpenzeel in Janssen, 2012, p. 89), mensen met een langdurige ziekte of handicap en mensen die ingrijpende gebeurtenissen hebben meegemaakt waardoor het sociale netwerk grotendeels is verdwenen. Het zijn deze mensen die de doelgroep van NEN vormen.

### **Programmatheorie: Via welke mechanismen kan NEN bijdragen aan gezondheid**

Er is eerst een initiële programmatheorie opgesteld over de potentiële mechanismen waarmee NEN zou kunnen bijdragen aan gezondheid. Samengevat zijn er 3 potentiële mechanismen die kunnen verklaren waarom NEN de gezondheid van deelnemers vergroot:

1. Het eerste mechanisme bestaat uit het persoonlijke contact tussen netwerkcoach en cliënt. De niet-oordelende houding van de netwerkcoach waarbij erkenning en acceptatie centraal staan. De erkenning door de netwerkcoach leidt tot een hogere eigenwaarde en meer zelfvertrouwen bij deelnemers.
2. Het tweede mechanisme bestaat uit de coachende/ondersteunende rol van de netwerkcoach bij enerzijds het helpen met ontwikkelen van coping strategieën bij de cliënt waardoor de cliënt beter met problemen om kan gaan en anderzijds het geven van sociale ondersteuning in de vorm van informatie, tips en emotionele ondersteuning. Sociale steun heeft een positieve invloed op de gezondheid doordat mensen gestimuleerd worden in gezond gedrag, doordat zij gestimuleerd worden in het onderzoeken en tot uitvoering brengen van hun mogelijkheden en doordat zij een luisterend oor ervaren waardoor ze zich minder depressief voelen. Het versterken van coping strategieën kan zorgen voor meer positieve gedachten bij cliënten waardoor er een ander beeld ontstaat over eenzaamheid of waardoor iemand meer ontspannen is.
3. Het derde mechanisme is dat de netwerkcoach helpt bij het zoeken en aangaan van een sociaal netwerk, dit levert zowel formeel als informeel sociaal kapitaal op waar cliënten zelfvertrouwen en voldoening uithalen en waardoor ze zich minder eenzaam voelen. Het kunnen vergroten van het netwerk kan bijdragen aan mentale gezondheid bv in de vorm van zelfvertrouwen en minder eenzaamheid.

### **Interviews**

In de periode 2015-2017 zijn via verschillende welzijnsorganisaties die NEN aanbieden deelnemers benaderd. In totaal zijn 23 deelnemers aan NEN geïnterviewd. Er waren 15 vrouw en 8 man. De leeftijd varieerde van 24 tot 84 jaar. Ongeveer evenveel respondenten woonden in een grote stad (Amsterdam, Utrecht, Groningen) als in een kleine gemeente (zo'n 10.000 inwoners). De meeste

respondenten hadden geen werk. Een paar respondenten deden vrijwilligerswerk. Een paar respondenten zijn gepensioneerd. Een paar respondenten hadden een vluchtelingenstatus. Deelnemers zijn aan het begin van het traject en aan het einde van het traject geïnterviewd, ook hebben zij een vragenlijst ingevuld waarin gevraagd is naar fysieke en mentale gezondheid. Daarnaast zijn de netwerkcoaches geïnterviewd. Drie andere deelnemers zijn ruim een jaar na afloop van NEN geïnterviewd om te kijken naar het effect van NEN op de lange termijn.

## **Resultaten**

We zien drie 'pathways', dat wil zeggen we zien drie manieren waarop NEN een effect heeft op gezondheid van de deelnemers:

### ***Pathway 1 – Sociaal netwerk opgebouwd en positief effect op gezondheid***

Het eerste pathway is dat deelnemers een persoonlijk contact opbouwen met coach (mechanisme 1), waardoor er vertrouwen ontstaat. Vanuit deze vertrouwensband helpt de coach met het ontwikkelen van beter copingstrategieën en geeft de coach sociale ondersteuning (mechanisme 2). Met deze versterkte copingstrategieën en/of sociale ondersteuning wordt op zoek gegaan naar netwerkversterking (mechanisme 3). Dit pathway volgt de route zoals die in de programmatheorie staat. In dit pathway staat persoonlijke groei centraal. Deelnemers geven aan dat zij in het traject gegroeid zijn, mn wat betreft coping strategieën (mechanisme 2) en het gevoel weer deel uit te maken van een sociaal netwerk (mechanisme 3). Dit pathway leidt volgens deelnemers tot een betere mentale gezondheid, zoals meer zelfvertrouwen, meer energie, minder neerslachtig.

### ***Pathway 2 – Geen sociaal netwerk opgebouwd maar wel positief effect op gezondheid***

In dit pathway geven de deelnemers aan dat zij ook een persoonlijk contact opbouwen met de coach (mechanisme 1) en dat de coach hen ondersteunt met tips en adviezen. De deelnemers geven aan dat zij veel hadden aan deze tips en adviezen en dat zij daardoor beter met problemen om kunnen gaan, of zich beter zijn gaan voelen. Het versterken van het sociale netwerk is om verschillende redenen niet gelukt. Ondanks dat het doel van netwerkversterking niet is gelukt is, vinden deelnemers dat hun mentale gezondheid beter is. Er is vaak een reparatie van identiteit. Ze hebben meer zelfvertrouwen en meer energie. Ook zij hebben het gevoel dat zij een persoonlijke groei hebben doorgemaakt dankzij het NEN-traject.

### ***Pathway 3 – Stagnatie, geen effect op gezondheid***

In dit pathway vinden de deelnemers dat NEN niet heeft bijgedragen aan een betere gezondheid. Ze vinden dat ze weinig hebben gehad aan de tips, adviezen of andere vormen van ondersteuning van de netwerkcoach (mechanisme 2). Ze vinden dat deze tips en adviezen niet aansloten bij wat zij zochten of verwachtten van een netwerkcoach. Ook vonden ze dat de coach hen niet heeft geholpen

hun netwerk te versterken (mechanisme 3). In dit pathway wordt er ook nauwelijks een persoonlijk contact opgebouwd (mechanisme 1).. Soms is er veel tijd nodig voor mechanisme 2 waardoor er weinig ruimte is voor mechanisme 3. Er is geen effect op gezondheid.

Welk pathway een deelnemer uiteindelijk volgt heeft te maken met het sociale netwerk dat een deelnemer heeft voordat met NEN gestart wordt:

### **TYPE 1. Divers netwerk**

Dit netwerk wordt getypeerd door relatieve diversiteit en verscheidenheid aan relaties met anderen (familie, vrienden, kennissen). Deze deelnemers volgen vooral pathway 1 waarin NEN een positief effect heeft op gezondheid en ze ook hun sociale netwerk hebben vergroot.

### **TYPE 2. Weak ties**

Dit netwerk wordt getypeerd door een contact met mensen die geen familieleden of vrienden zijn maar met wie een 'zwakke band' (weak tie) onderhouden wordt, bijvoorbeeld er is een beperkt contact met collega's, mensen van het vrijwilligerswerk, zorgverleners, burens, flatbeheerders, taxichauffeurs etc. Deze deelnemers volgen vooral pathway 2, waarin ze geen groter sociaal netwerk krijgen maar er wel een positief effect op gezondheid.

### **TYPE 3. Klein familienetwerk**

Dit netwerk is beperkt en bestaat uit zeer weinig personen er is weinig contact met anderen. Bij mensen met een klein familie netwerk bestaat het totale sociale netwerk bijvoorbeeld uit 1 partner en/of een inwonend kind. Deelnemers met dit type netwerk volgen vooral pathway 3. NEN heeft geen effect op gezondheid gehad.

### **Conclusies**

- NEN heeft een positief effect op verschillende aspecten van gezondheid voor de meeste deelnemers
- Mensen met een klein familienetwerk lijken echter slechter af te zijn dan mensen met een weak ties netwerk of een divers netwerk. Zij hebben minder aan NEN maar zouden wel het meeste baat erbij kunnen hebben.

# **S**amenvatting onderzoek kwartiermaken: Een kwalitatieve studie naar twee netwerkinterventies voor personen met een lichtverstandelijke beperking en mensen met een psychiatrische achtergrond: Samen eten in de wijk en werken in de wijk.

## **Inleiding**

Zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie zijn moeilijk te bereiken voor mensen met een licht verstandelijke beperking [LVB] en mensen met een psychiatrische achtergrond (Wilken et al., 2014; Teeuwen, 2010; Kaal, 2015; Kwekkeboom, 2006; Michon et al., 2003; van Hoof et al., 2004). Tevens hebben mensen met een LVB en mensen met een psychiatrische achtergrond doorgaans gebrekkige sociale netwerken die hun hierin kunnen ondersteunen (Verplanke & Duyvendak, 2009; Meulenkamp, 2013; Lippold & Burns, 2009; Verdonschot et al.: 2009; Robertson et al., 2001; Oudenampsen & Gruijter, 2005; Kroon & Michon, 2002). Om zelfredzaamheid en sociale inclusie van personen met een LVB, met een psychiatrische achtergrond of kwetsbare groepen in het algemeen, te bevorderen bestaan er welzijnsinterventies gericht op netwerkvergroting en maatschappelijke participatie (Newman & Tonkens, 2011). Grotere sociale netwerken en maatschappelijke participatie zouden moeten zorgen voor sociale inclusie en een verhoogde kwaliteit van leven voor mensen met een LVB en mensen met een psychiatrische achtergrond (Shalock, 2004; Campo et al. 1997; Stenfert Kroese et al. 2002; Duvdevany & Arar 2004; Michon et al., 2014). Dit zou eveneens moeten leiden tot een verminderde welvaartstaatafhankelijkheid en een verbeterde gezondheid van kwetsbare burgers, zoals personen met een LVB of personen met een psychiatrische achtergrond. (Newman & Tonkens, 2011).

Er is weinig bekend over de effectiviteit en werkzame mechanismen van verschillende interventies gericht op het vergroten van sociale netwerken en het bevorderen van maatschappelijke participatie van personen met een LVB (Howarth et al., 2016; Asselt-Goverts et al, 2016). Om deze lacune in wetenschappelijke kennis te dichten zijn in dit onderzoek twee interventies onderzocht: De stamtafel en de kwartiertafel. Beide interventies benoemen zichzelf als kwartiermakersinterventies. Kwartiermaken is een interventie beschreven door Kal (2001). Zij omschrijft kwartiermaken als “de poging een maatschappelijk klimaat te bevorderen waarin meer mogelijkheden ontstaan voor mensen in de marge om erbij te horen en mee te doen naar eigen wens en mogelijkheden” ([www.kwartiermaken.nl](http://www.kwartiermaken.nl)). Haar beschreven theoretische uitgangspunten komen in meer of mindere mate terug bij kwartiermakersinterventies in de praktijk. De onderzochte interventies hebben verschillende mechanismen om hetzelfde doel te bewerkstelligen, te weten netwerkvergroting, maatschappelijke participatie en sociale inclusie voor personen met een LVB [stamtafel en kwartiertafel] en andersoortige kwetsbare groepen, zoals personen met een psychiatrische achtergrond [kwartiertafel]. Doel van het onderzoek is om de werkzame mechanismen van de twee interventies in de praktijk bloot te leggen en te onderzoeken in hoeverre deze interventies erin slagen om te zorgen voor netwerkvergroting, maatschappelijke participatie en sociale inclusie voor de deelnemers. Ook is er gekeken naar de invloed van de interventies op de zelfbenoemde [mentale] gezondheid van de deelnemers. De meeste respondenten in dit onderzoek kunnen gekenmerkt worden als personen met een LVB. Dit onderzoek heeft hierdoor tevens geleid tot een bredere algemene kennis over de gepercipieerde en zelfbenoemde problemen van personen met een LVB en hun motieven om deel te nemen aan de specifieke interventies.

## Interventies

- (1) De stamtafel in Amsterdam organiseert laagdrempelige maandelijkse eetbijeenkomsten voor mensen met een LVB. Deze bijeenkomsten in een homogene groep kunnen gezien worden als het versterken van het *bonding capital* van de deelnemers (Putnam, 1995): Zij ontlene sociale steun en een gevoel van verbondenheid en *belonging* doordat zij deel uitmaken van een groep. Het idee is dat in deze groep duurzame vriendschappen, oftewel *strong ties* (Granovetter, 1973) kunnen ontstaan. Ook zou de stamtafel moeten leiden tot verhoogde maatschappelijke participatie van de deelnemers doordat zij bekend raken met verschillende plekken in de buurt waar verschillende activiteiten worden georganiseerd. Hierdoor zullen de deelnemers sociaal worden ingebed in de buurt waar zij sociale groepen overstijgen, ook wel *bridging capital* genoemd (Putnam, 1995). (zie **Figuur 1: programmatheorie stamtafel, in bijlage**)

Verschillende stamtafels zijn tussen april 2016 en januari 2017 (16x) bezocht als vrijwilliger. Met een aantal deelnemers van de stamtafel zijn bovendien tussentijdse activiteiten georganiseerd. Naast de participerende observaties zijn er, tussen juli 2016 en november 2016, 19 diepte interviews gehouden met deelnemers van verschillende stamtafels. 12 van de respondenten zijn man, 7 zijn vrouw. De leeftijd van de respondenten varieert tussen de 21 en 70 jaar. Ook zijn er 4 professionals geïnterviewd.

- (2) De kwartiertafel in Arnhem organiseert maandelijkse bijeenkomsten voor de informele en formele hulpverleners en welzijnswerkers in wijken. Tijdens deze bijeenkomsten worden cliënten van verschillende organisaties 'ingebracht' [voornamelijk LVB en psych. achtergrond]. De vraag van de cliënt, die er niet bij is, gericht op participatie in de wijk wordt behandeld. Er wordt gewerkt aan het succesvol koppelen tussen vraag en aanbod in een wijk. Vaak worden er cliënten geholpen aan vrijwilligerswerk, maar soms ook aan een maatje of een activiteit. Door het verrichten van onbetaald werk en/of het doen van activiteiten in een wijk worden personen sociaal ingebed in bredere netwerken van *weak ties* (Granovetter, 1973). Hierbij wordt tevens de eigen sociale groep overstegen; *bridging capital* (Putnam, 1995). (zie **Figuur 2: programmatheorie kwartiertafel, in bijlage**)

Bij de kwartiertafel is in totaal 5 keer aangesloten. De kwartiermakers (voorzitters van de kwartiertafels) zijn als gatekeeper ingezet om succesvolle koppelingen te onderzoeken. Er zijn 13 diepte-interviews gehouden met personen die zijn geholpen door de kwartiertafel (waarvan 8 aan vrijwilligerswerk, 5 aan andersoortige activiteiten). 7 van de respondenten zijn vrouw, 6 man. De leeftijd van de respondenten varieert tussen 33 en 78 jaar. Er zijn 4 ervaringswerkers geïnterviewd die als welzijnswerker zijn verbonden aan verschillende kwartiertafels. Ook zijn er 4 professionals geïnterviewd. De interviews vonden plaats tussen mei 2016 en oktober 2016.



## Resultaten Stamtafel

- Alle respondenten geven aan graag naar de stamtafel te komen. Ze spreken van 'gezelligheid', 'een uitje', 'lekker eten', 'samen zijn' of 'tijdelijke afleiding' [van onderliggende problemen].
- Geen van de respondenten spreekt met andere deelnemers van de stamtafel af buiten de stamtafel. Zij geven aan dat zij geen vriendschappen hebben gesloten bij de stamtafel. Er is één respondent die vertelde dat zij een bepaalde locatie die zij had ontdekt via de stamtafel nog eens had bezocht. Geen van de respondenten heeft zich aangesloten bij georganiseerde activiteiten bij de verschillende bezochte huizen van de buurt. De stamtafel zorgt dus niet voor netwerkvergroting en maatschappelijke participatie via de beschreven mechanismen.
- Wel draagt de stamtafel bij aan een meer inclusief en sociaal bestaan voor veel van de respondenten. De stamtafel kan gezien worden als gastvrije niche (Kal, 2001): een gastvrije plek in een ongastvrije samenleving. De stamtafel zorgt, tezamen met andere initiatieven en activiteiten gericht op de doelgroep, voor een warmere en meer toegankelijke sociale werkelijkheid voor personen met een LVB.
- Door de inclusieve wijze waarop de stamtafel wordt georganiseerd [sturen van uitnodigingsbrieven, opbellen van mogelijk geïnteresseerden, de lage prijs van één euro] wordt een moeilijk te bereiken groep bereikt. Sociaal uitgesloten/eenzame en ongelukkige personen vinden de weg naar de stamtafel.
- Deelnemers met de zwakste netwerken [de eenzame deelnemer] slagen er niet in hun netwerk te versterken en/of te komen tot duurzaam sociaal contact terwijl zij dit wel als enige groep als motief voor deelname aan de stamtafel beschrijven.
- Frequentie, duur en looptijd van de interventie, maar ook de grootte van de groep en gebrekkige sociale vaardigheden zijn hierbij veelgenoemde barrières.
- Er zijn vier typen deelnemers te onderscheiden: De eenzame deelnemer, de actieve/activistische deelnemer, de contente deelnemer en de calculerende deelnemer. Deze verschillende typen deelnemers hebben verschillende motieven voor deelname aan de stamtafel.
- **De eenzame deelnemer** (n=8) heeft een gebrekkig sociaal netwerk. Deze deelnemer is op zoek naar duurzame vriendschap en/of liefde bij de stamtafel. Deze zelf opgestelde doelstelling wordt niet gerealiseerd bij de stamtafel. De eenzame deelnemer spreekt als enige deelnemer in termen van gezondheid, die wordt gekoppeld aan ervaren eenzaamheid. Sommige eenzame deelnemers zijn, al dan niet tijdelijk, afgehaakt bij de stamtafel.
- **De actieve/activistische deelnemer** (n=4) is al ingebed in een redelijk sterk, deels zelf opgebouwd, sociaal netwerk. Deze deelnemer heeft een actieve en betrokken rol in verschillende initiatieven die gericht zijn op het versterken van personen met een LVB. Deze deelnemer zou graag zien dat de stamtafel meer 'van onderop' wordt georganiseerd en lijkt hier zelf een rol in te willen spelen. Ook het homogene karakter van de stamtafel zou volgens

deze deelnemer moeten veranderen in een gemengd samenzijn van allerhande sociale groepen.

- **De contente deelnemer** (n=7) heeft doorgaans een sterk familienetwerk en doet vrijwilligerswerk of betaald werk. De contente deelnemer vindt bij de stamtafel precies wat hij/zij verwacht van de stamtafel. Een gezellige bijeenkomst. Vaak wordt de activiteit aangeduid als 'een feestje', of 'heel speciaal'. De contente deelnemer eet vaak in verschillende buurthuizen.
- **De calculerende deelnemer** lijkt voornamelijk deel te nemen omdat het eten een euro kost. Dit wordt met name als onwenselijk ervaren door de eenzame deelnemer omdat dit zijn of haar zoektocht naar vriendschap bemoeilijkt.

### **Resultaten Kwartiertafel**

- Personen die zijn geholpen aan andersoortige activiteiten waren doorgaans op zoek naar een maatje/sociaal contact maar soms ook het krijgen/bieden van instrumentele hulp.
- Personen die zijn geholpen aan vrijwilligerswerk waren trots op wat ze deden/konden, voelden zich functioneel/er toe doen, voelden zich meer sociaal geïncludeerd in de wijk en deden sociale contacten op. Sociale groepen werden overstegen en hierdoor voelden personen zich 'normaler'.
- De personen die vrijwilligerswerk deden gaven over het algemeen aan dat dit positief uitwerkte op hun mentale gezondheid. Dagelijks ritme, sociale inclusie, zingeving en gevoelens van trots werden hierbij als redenen genoemd. Hierbij is er geen verschil tussen mensen met een LVB en mensen met een psychiatrische achtergrond.
- Personen met een psychiatrische achtergrond spraken soms van 'een stap' in het herstel. Personen met een LVB spraken in termen van eigen kracht en groei.
- Vrijwilligerswerk was vaak op maat voor de vragende partij. Dit werd meer als 'echt werk' ervaren dan de dagactiviteitencentra waar de respondenten doorgaans ook actief waren. 'Echt werk' met, en voor, 'echte mensen'.
- Door de opzet van de kwartiertafel wordt samenwerking tussen verschillende zorg- en welzijnsorganisaties bevorderd. Initiatieven worden gedeeld en er wordt gekeken naar wie wat voor wie kan betekenen. Bovendien worden op deze wijze de verschillende actoren en locaties in een buurt in kaart gebracht en benut.
- De kwartiertafel bereikt diegenen die zijn ingebed in zorg- of welzijnsorganisaties en die een duidelijke vraag hebben (en durven stellen) om meer 'mee te doen in de buurt' of die hiertoe worden aangemoedigd door een persoonlijk begeleider. Er wordt uitgegaan van een duidelijke individuele vraag en dus ook een individuele oplossing.

## **Beperkingen onderzoek**

De opzet van de **stamtafel** is tijdens het onderzoek aangepast. Dit is deels op basis van tussentijdse resultaten van het onderzoek gebeurd. Zo is er ingezet op langere bijeenkomsten en mogelijkheden om tussentijds nogmaals samen te gaan eten bij de bezochte plek. De organisatie komt geregeld bij elkaar om de interventie te bespreken met het doel de interventie te verbeteren. De interviews met de respondenten hebben plaatsgevonden voordat deze aanpassingen waren gedaan.

Vanwege het karakter van de **kwartiertafel** was het alleen mogelijk om achteraf succesverhalen te onderzoeken: veel koppelingen zijn ook niet gemaakt. Het zou interessant geweest zijn om ook deze 'mislukte' koppelingen te onderzoeken. Dit is niet mogelijk gebleken i.v.m. het verkrijgen van persoonsgegevens en/of onwil bij mogelijke respondenten.

Door de opzet van de interventies was het niet mogelijk om een meting/interview te verrichten aan het begin en aan het eind. De interventies zijn langlopende initiatieven waarbij er geen duidelijk begin en/of eind is. Met respondenten is hierom op retrospectieve wijze het eigen ondergane proces onderzocht.

## **Conclusies en aanbevelingen**

### *Algemeen*

- Gezondheid is niet voor alle respondenten een thema. Mentale gezondheid wordt voornamelijk door de meest eenzame groep (stamtafel) en de personen die vrijwilligerswerk verrichten (kwartiertafel) als belangrijk onderwerp ervaren. De groep met een psychiatrische achtergrond sprak soms in termen van herstel. De personen met een LVB spraken voornamelijk over groei.

### *Stamtafel*

- Gerichte ondersteuning, grootte van een groep, duur en frequentie van een activiteit zijn van belang bij het opdoen van duurzame sociale contacten.
- Samen eten in de wijk is een inclusieve benadering en zorgt voor het bereiken van moeilijk te bereiken groep. Deze bevinding is in overeenstemming met bestaande literatuur (Fantuzzo et al., 2007; Cortis et al, 2004).
- Een inclusieve benadering en effectiviteit staan soms op gespannen voet met elkaar. Goedkoop eten in de buurt trekt deelnemers aan die doorgaans moeilijk te bereiken zijn, maar tegelijkertijd zorgt dit voor een grote groep waardoor het bijvoorbeeld lastiger kan zijn om duurzame vriendschappen te sluiten.
- Ook zijn er verschillende deelnemers die verschillende motieven hebben om deel te nemen aan een interventie. Het is van belang goed na te gaan wie je wilt bedienen en wat je wilt bereiken met een interventie.

- Verschillende interventies zouden kunnen samenwerken. Het inclusieve karakter van de stamtafel zou bijvoorbeeld gekoppeld kunnen worden aan een interventie die zich bezighoudt met netwerkvergroting door het bieden van sociale vaardigheidstrainingen of het koppelen van (liefdes)maatjes.

#### *Kwartiertafel*

- Sociale inbedding d.m.v. passend 'echt' werk zorgt voor gevoelens van trots, toegenomen eigenwaarde, sociale inclusie in de wijk en een verbeterde mentale gezondheid onder de respondenten.
- Dit is het geval voor personen die een duidelijke vraag hebben/durven stellen en die de behoefte en ruimte hebben aan het verrichten van onbetaald werk of andersoortige activiteiten in de wijk.
- De werkzame mechanismen zijn hetzelfde voor personen met een LVB als voor mensen met een psychiatrische achtergrond.

# O

## verstijgende conclusies m.b.t. Kwartiermaken en NEN:

- Beide interventies lijken via verschillende mechanismen een gunstig effect te hebben op de gezondheid van de deelnemers. Het gaat dan vooral om aspecten van psychische gezondheid, maar ook het weer kunnen participeren.
- Het Mattheusprincipe (of de *inverse care law*) lijkt een rol te spelen: mensen met een klein netwerk (zowel in omvang als in diversiteit) zouden het meest gebaat zijn bij de interventies maar schieten er juist het minst mee op. Mensen die al een netwerk hebben, hebben juist wel baat bij de interventies.
- Zijn mensen met een klein netwerk wellicht gebaat bij een andere interventie? (bv voor NEN dat de netwerkcoach een veel intensievere band met hen aangaat?) (dus via andere mechanismen?)
- Mogelijk is het ook zinvol om eerder of beter te kijken voor welke mensen de interventies geschikt zijn?
- Mensen met een klein netwerk zijn uiteindelijk de mensen wiens gezondheid er het minst of niet op vooruit gaat.
- Eenzaamheid speelt een grote rol bij zowel Kwartiermaken als NEN en is voor veel mensen met een klein netwerk de dagelijkse realiteit waaraan zij zelf niet zoveel kunnen veranderen.

# L

## literatuur

Asselt-Goverts, A.E. van, Embregts P. J. C. M. & Hendriks A. H. C. (2016) Evaluation of a social network intervention for people with mild to borderline intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*

Campo S. F., Sharpton W. R., Thompson B. & Sexton D. (1997) Correlates of the quality of life of adults with sever or profound mental retardation. *Mental Retardation* 35, 329–37.

Cortis, N., Katz, I., Patulny, R. (2009) *Engaging hard-to-reach families and children: Stronger Families and Communities Strategy 2004-2009*, Commonwealth of Australia, Canberra.

- Duvdevany I. & Arar E. (2004) Leisure activities, friendships, and quality of life of persons with intellectual disability: foster homes versus community residential settings. *International Journal of Rehabilitation Research* 27, 89–96.
- Fantuzzo, J., Bulotsky-Shearer, R., McDermott, P., McWayne, C., Frye, D., & Perlman, S. (2007). Investigation of Dimensions of Social-Emotional Classroom Behavior and School Readiness for Low-Income Urban Preschool Children. *School Psychology Review* 36(1), 44-62.
- Granovetter, M. S. (1973). The strength of weak ties. *American Journal of Sociology* 78, 1360-1380.
- Hoof, F. van, Geelen, K., Rooyen, S. van & Weeghel, J. van (2004) *Meedoen. Maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische handicaps*. Trimbos Instituut
- Howarth S., Morris D., Newlin M. & Webber M. (2016) Health and social care interventions which promote social participation for adults with learning disabilities: A review. *British Journal of Learning Disabilities* 44, 3–15.
- Kaal, H. (2015) LVB en jeugdcriminaliteit. In: I. Weijers & Ch. Eliaerts (red.). *Jeugdcriminologie; Achtergronden van jeugdcriminaliteit*. Den Haag: Boom Lemma.
- Kal, D. (2001). *Kwartiermaken: werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Kroon, H. & H. Michon (2002). *In de samenleving en ernstige psychische problematiek: op zoek naar één getal*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Kwekkeboom, M.H. (2006). *Een eigen huis...ervaringen van mensen met verstandelijke beperkingen of psychiatrische problemen met zelfstandig wonen en deelname aan de samenleving*. Breda: Avans hoge school.
- Lippold T. & Burns J. (2009) Social support and intellectual disabilities: A comparison between social networks of adults with intellectual disability and those with physical disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 53, 463–473.
- Meulenkamp, T., Hoek, L. van der, Cardol, M. (2013) *Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking, ouderen en de algemene bevolking*. Onderzoeksrapport: Nivel
- Michon, H., Erp, N. van, Giesen, F. & Kroon, H. (2003) *Het monitoren van de vermaatschappelijking*. Utrecht: Trimbos instituut.
- Michon, H., Busschbach, J.T. van, Stant, D., Vugt, M.D. van, Weeghel, J. van & Kroon, H. (2014). Effectiveness of Individual Placement and Support for people with severe mental illness in the Netherlands: a 30-month randomized controlled trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(2), 129-136
- Newman, J., & Tonkens, E. (Eds). (2011) *Participation, responsibility and choice: summoning the active citizen in western European welfare states*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Oudenampsen, D. & Gruijter, M. de (2005) *Maatschappelijke participatie van mensen met een psychische handicap. Een onderzoek onder gebruikers van ongebonden schilvoorzieningen*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut

Putnam, R. D. (1995) Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy*, 6: 65-78.

Robertson J., Emerson E., Gregory N., Hatton C., Kessissoglou S., Hallam A. & Linehan C. (2001) Social networks of people with mental retardation in residential settings. *Mental Retardation* 39, 201–214.

Schalock R. L. (2004) The concept of quality of life: What we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research* 48, 203–216.

Stenfert Kroese B., Hussein H., Clifford C. & Ahmed N. (2002) Social support networks and psychological wellbeing of mothers with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 15, 324–40.

Teeuwen (2012) *Verraderlijk gewoon, Licht verstandelijk gehandicapte jongeren, hun wereld en hun plaats in het strafrecht*. Amsterdam: Uitgeverij SWP

Verdonschot M. M. L., de Witte L. P., Reichrath E., Buntinx W. H. E. & Curfs L. M. G. (2009) Community participation of people with an intellectual disability: A review of empirical findings. *Journal of Intellectual Disability Research* 53, 303–318.

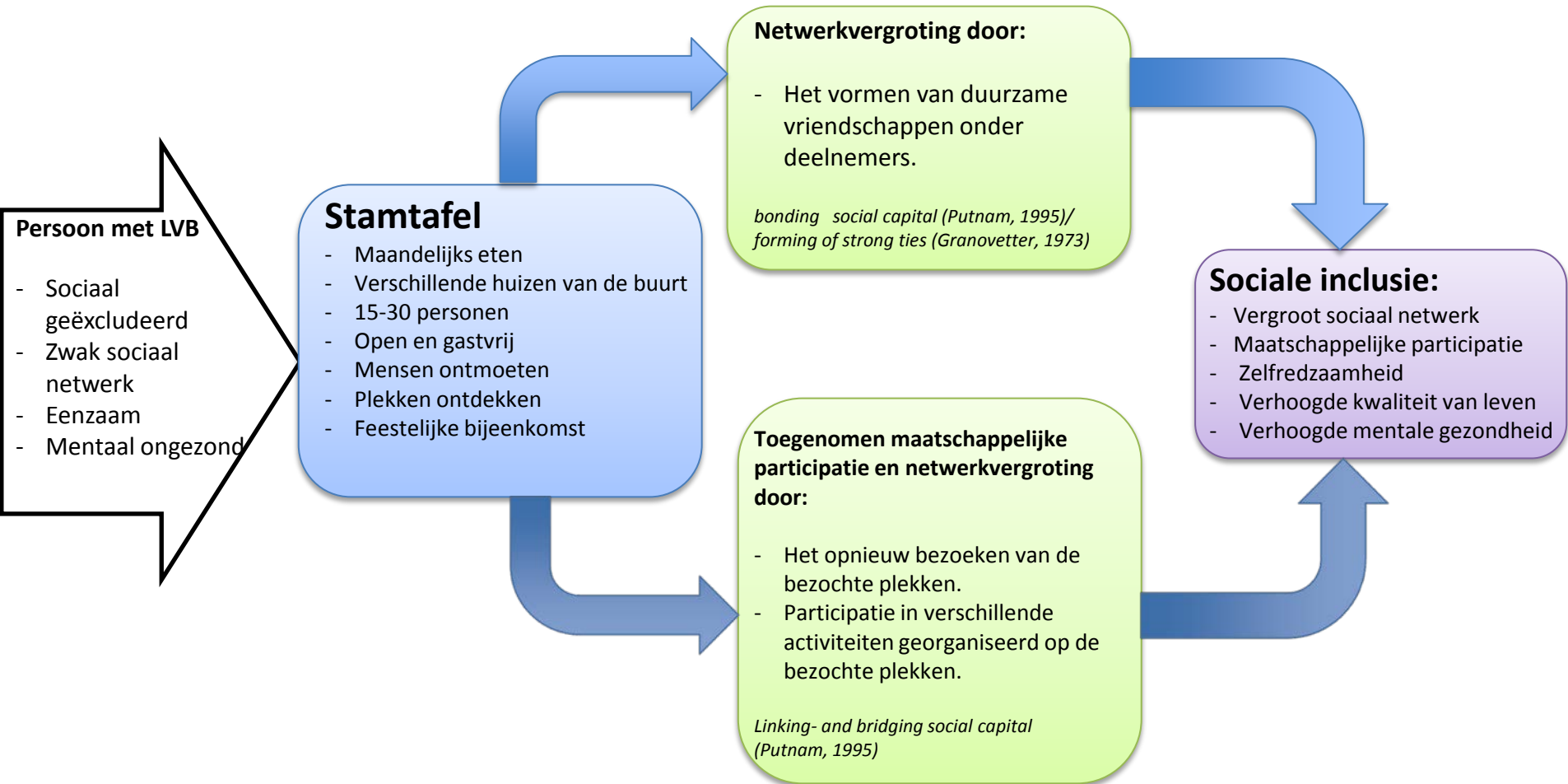
Verplanke, L. & Duyvendak, J.W. (2009). Eenzaam maar o zo autonoom: over het thuisgevoel van zelfstandig wonende mensen met psychiatrische of verstandelijke beperkingen. *Sociologie*, 5 (2), 300-315.

Wilken J.P., Medar, M., Bugarszki, Z & Leenders, F. (2014). Community support and participation among persons with disabilities. A study in three European countries. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 23(3), 44-59

*Bezochte websites:*

[www.kwartiermaken.nl](http://www.kwartiermaken.nl) (bezocht op 26-04-2017)

Figuur 1: Programmatheorie Stamtafel





Figuur 2: Programmatheorie Kwartiertafel

