



GGD Amsterdam

**Zelforganisaties aan zet:
Werken aan seksuele
gezondheid volgens de
community benadering**

GGD Amsterdam, november 2011
Karen Prantl, Annemarie Wagemakers en Juan Walter

Mede mogelijk gemaakt door het Aids Fonds, GGD Amsterdam en de Universiteit van Wageningen



GGD Amsterdam



WAGENINGEN UNIVERSITY
WAGENINGENUR

Deze handleiding met bijlage is te downloaden via www.gezond.amsterdam.nl.

© GGD Amsterdam, Amsterdam 2011. Overname van (gedeelten van de) tekst is toegestaan, mits met juiste bronvermelding. Indien tekst gebruikt wordt voor commerciële doelstellingen dient **altijd** vooraf schriftelijke toestemming verkregen te zijn.

ISBN 978-90-5348-187-5

Voorwoord

Op deze plek bedanken wij alle personen en organisaties die hebben meegewerkt aan deze handleiding. Het was erg stimulerend om te merken dat zo velen hun bijdrage wilden leveren aan een handleiding over het bevorderen van seksuele gezondheid met zelforganisaties. De totstandkoming van deze handleiding was daarbij een mooi voorbeeld van participatie en intersectorale samenwerking. Onder de betrokkenen waren vertegenwoordigers van lokale en landelijke zelforganisaties, religieuze instellingen, GGD-en, kennisorganisaties en een universiteit. Wij danken iedereen voor de tijd en energie die zij in deze handleiding hebben gestoken. Het heeft beslist de kwaliteit van het uiteindelijke product verhoogd.

We hopen hiermee een handleiding te hebben gemaakt waarmee verschillende functionarissen de community benadering in praktijk kunnen brengen. Zo mogelijk in combinatie met de ondersteunende training van Soa Aids Nederland. Naar onze mening is de community benadering een veelbelovende aanpak om de gezondheid te bevorderen bij diverse culturen en gemeenschappen en op diverse thema's. De hier beschreven aanpak vraagt van de professional wel een andere manier van werken dan hij of zij over het algemeen gewend is. De werkwijze is meer gericht op het samenwerken met en begeleiden van zelforganisaties en het bevorderen van intersectorale samenwerking. Ruimte om te mogen leren is daarbij essentieel. Dat geldt zowel voor de functionaris als voor de zelforganisaties. Het is een spannend en meerjarig proces, dat zeker de moeite waard is.

De GGD Amsterdam werkt op dit moment zeven jaar volgens de community benadering met zelforganisaties. In de Amsterdamse praktijk hebben wij een groeiend bewustzijn voor seksuele gezondheid mogen ervaren bij Arubaanse, Antilliaanse, Surinaamse en sub-Sahara Afrikaanse gemeenschappen. Onze bewondering gaat daarbij uit naar alle betrokkenen van de zelforganisaties die zoveel gevarieerde projecten opzetten voor hun gemeenschap, meestal in hun vrije tijd. Wij hebben daar veel van geleerd. We wensen andere functionarissen en zelforganisaties in het veld een dergelijke positieve en leerrijke ervaring toe. Het is een geslaagd voorbeeld van een methode om de zelfredzaamheid van diverse doelgroepen te bevorderen. We hopen dan ook dat deze participatieve manier van werken met zelforganisaties op brede steun kan blijven rekenen, nu en in de toekomst.

Karen Prantl, Annemarie Wagemakers en Juan Walter,
November 2011.

Inhoud

Voorwoord	3
Inleiding	5
1 Theorie over de community benadering	7
2 Opzet van het community programma	11
2.1 Doelstelling en definities	11
2.2 Doelgroep en thema	11
2.3 Rol en taak professionals	11
2.4 Het programma in grote lijnen	13
2.5 De toepasbaarheid	14
2.6 Gefaseerde opzet	14
3 Het programma in praktijk	17
3.1 Overzicht van het programma	17
3.2 De fasen en stappen uitgewerkt	18
3.3 Algemene tips voor de uitvoering	37
3.4 Relatie tot de Train-de-Trainer handleiding voor religieuze leiders	39
4 Voorbeelden van projecten	40
4.1 Radio voor Afrikanen en andere migranten	40
4.2 Trainingsweekend voor Ghanezen	42
4.3 Theater door en voor Surinaamse jongeren	44
4.4 Workshops en discussiebijeenkomsten voor Zuid-Afrikanen	46
4.5 Televisie voor Antillianen	49
Literatuurverwijzingen	52
Overzicht van alle betrokkenen	56
Bijlagen op cd-rom	

Inleiding

Bij de community benadering is de gemeenschap actief betrokken bij activiteiten om de gezondheid te bevorderen. Door de inbreng van de gemeenschap ontstaan cultuurspecifieke interventies die beter worden ontvangen door de doelgroep. Daarmee is de kans groter dat resultaten worden bereikt en dat ze langer beklijven. Mede omdat de omgeving het gewenste gedrag ondersteunt (Alting et al., 2003). Belangrijke werkprincipes van de community benadering zijn onder andere participatie, empowerment, intersectorale samenwerking en de sociale netwerkbenadering (Rootman, 2001; Wagemakers, 2010).

De GGD Amsterdam past sinds 2004 de community benadering toe in een programma voor het bevorderen van seksuele gezondheid bij migranten. Aan dit programma werken Arubaanse, Antilliaanse¹, Surinaamse en sub-Sahara Afrikaanse zelforganisaties², religieuze instellingen en sleutelfiguren mee. Zij worden hier verder 'zelforganisaties' genoemd. Ieder jaar nodigt de GGD Amsterdam deze zelforganisaties uit om een projectvoorstel in te dienen rond de bevordering van seksuele gezondheid. Daarnaast ontvangen de sleutelpersonen van deze zelforganisaties training en wisselen de zelforganisaties ook onderling hun kennis en ervaring uit.

Bijzonder aan de aanpak is dat de zelforganisaties zelf verantwoordelijk zijn voor hun projecten. Zij bepalen de inhoud en de opzet van de projecten, voeren deze uit en evalueren ze. De zelforganisaties ontvangen daarvoor een financiële bijdrage. Daarnaast zijn zij betrokken bij de opzet van het programma als geheel. Een gezondheidsbevorderaar van de GGD regelt voor dit programma de randvoorwaarden als menskracht bij de GGD, materialen en financiën. De gezondheidsbevorderaar is verder voornamelijk een coach voor de zelforganisaties die zorgt voor een stimulerende omgeving, waarin leren centraal staat.

Uit de procesevaluatie in 2010 bleek dat soa/hiv preventie en seksuele gezondheid op de agenda zijn gekomen van een groot aantal Arubaanse, Antilliaanse, Surinaamse en sub-Sahara Afrikaanse zelforganisaties. Daarbij is onder andere een bewustwordingsproces in gang gezet en zijn de betrokkenheid van en samenwerking met de zelforganisaties verhoogd. Tot en met 2009 zijn er 110 projecten uitgevoerd door 76 zelforganisaties en daarmee is een groot deel van de doelgroep bereikt (Van Husen & Wagemakers, 2011).

Over de community benadering en het werken met zelforganisaties in het kader van seksuele gezondheid is in Nederland nog weinig gedocumenteerd. Reden voor de GGD Amsterdam en de betrokken zelforganisaties om deze handleiding te schrijven. Het doel van de handleiding is om andere functionarissen in staat te stellen op een vergelijkbare, cultuurspecifieke manier te werken. Met dit doel voor ogen zijn in de handleiding ook de activiteiten beschreven die de functionaris uitvoert. Dit kan de indruk geven dat de functionaris binnen het programma bepalend is. Daarom benadrukken we hier dat het bij de community benadering gaat om de samenwerking tussen de verschillende partijen. Gelijkwaardigheid tussen de functionaris en de vertegenwoordigers van de zelforganisaties is daarbij een belangrijk uitgangspunt.

De functionarissen die deze handleiding gebruiken, kunnen gezondheidsbevorderaars, sociaal verpleegkundigen, jongerenwerkers, coördinatoren in het vluchtelingenwerk of wellicht andere functionarissen zijn. In deze handleiding worden zij aangesproken als 'de gezondheidsbevorderaar'

1 Hoewel sinds 2010 de Nederlandse Antillen formeel niet meer bestaan, spreken we in deze handleiding nog over de Antilliaanse gemeenschap. Curaçao en Sint Maarten zijn inmiddels zelfstandig, terwijl Saba, Sint Eustatius en Bonaire als speciale gemeenten zijn opgenomen bij Nederland.

2 Een zelforganisatie is een organisatie voor en door mensen uit een specifieke gemeenschap. Deze kan bijvoorbeeld gebaseerd zijn op etniciteit, nationaliteit of religie. Soms richt de zelforganisaties zich op de gehele gemeenschap, soms op een doelgroep binnen de gemeenschap, zoals jongeren of vrouwen.

en als mannelijk beschreven. De functionaris kan in praktijk uiteraard ook een vrouw zijn. Ook wordt in deze handleiding steeds gesproken over 'de GGD', terwijl dat ook een andere organisatie kan zijn. Verder is de handleiding toegespitst op seksuele gezondheid bij migrantengemeenschappen. De algemene werkprincipes van empowerment, participatie, intersectorale samenwerking en de sociale netwerkbenadering maken de werkwijze ook bruikbaar voor andere gezondheidsthema's en andere culturen en gemeenschappen.

Hoewel de stappen in deze handleiding vrij gedetailleerd zijn beschreven, is het niet bedoeld als receptenboek. De handleiding is opgezet als handreiking om het werken volgens de community benadering vorm te geven. De precieze werkwijze is mede afhankelijk van de wensen van de zelforganisaties, de aanwezige randvoorwaarden en de mogelijkheden bij de GGD (of andere organisatie).

Gezondheidsbevorderaars en zelforganisaties zijn van het begin af aan betrokken geweest bij de inhoud en de vormgeving van deze handleiding. Soa Aids Nederland ontwikkelde bij de handleiding een training voor gezondheidsbevorderaars. Deze training ondersteunt de implementatie van de community benadering bij het bevorderen van seksuele gezondheid. In aanvulling op deze handleiding over de community benadering, schreef de GGD Amsterdam nog een Train-de-Trainer (TdT-)handleiding voor religieuze leiders (Walter et al., 2011). Deze TdT-handleiding gaat over het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid. Het Aids Fonds subsidieerde de ontwikkeling van de handleiding over de community benadering, de ondersteunende training en de TdT-handleiding.

Deze handleiding voor gezondheidsbevorderaars start met een theoretisch deel over de community benadering in hoofdstuk één. In hoofdstuk twee wordt de opzet van het programma toegelicht, waarbij onderwerpen als doelstelling, doelgroep, rol en taak, de toepasbaarheid en de gefaseerde opzet worden beschreven. In het derde hoofdstuk wordt het programma stapsgewijs beschreven, zodat de lezer de community benadering zelf in praktijk kan brengen. Dit derde hoofdstuk is aangevuld met concrete voorbeelden en tips. Ook wordt de relatie met de Train-de-Trainer (TdT-) handleiding voor religieuze leiders hier nader toegelicht. In hoofdstuk vier worden vijf verschillende projecten beschreven die zelforganisaties hebben opgezet.

Op de bijgeleverde cd-rom staan in het eerste hoofdstuk verschillende werkdocumenten uit de praktijk. Het tweede hoofdstuk bevat aanvullende informatie bij deze handleiding. Hoofdstuk drie geeft meer achtergrondinformatie bij de opzet van het programma. In hoofdstuk vier ten slotte vindt de geïnteresseerde lezer meer literatuur over de bevordering van seksuele gezondheid aan de hand van de community benadering bij migranten doelgroepen.

1 Theorie over de community benadering

Binnen gezondheidsbevordering zijn grofweg twee benaderingen te onderscheiden: de bottom-up en de top-down benadering. De bottom-up benadering houdt in dat leden van de gemeenschap in grote mate verantwoordelijk zijn voor de verbetering van de gezondheid van hun gemeenschap. Bij de top-down benadering ontwikkelen en implementeren professionals de gezondheidsbevorderende interventies. Daarbij kan de gemeenschap wel centraal staan, maar deze heeft weinig of geen inbreng in het proces (Koelen & Van den Ban, 2004).

In het verleden ging de gezondheidsvoorlichting vaak uit van de top-down benadering. Daarbij lag de nadruk op individuele gedragsverandering. Omdat voorlichting gericht op individueel gedrag onvoldoende bleek te werken, is vanuit de World Health Organization de basis gelegd voor New Health Promotion; een benadering waarin de aandacht uitgaat naar aspecten van gezondheid op individueel niveau en naar de sociale en fysieke leefomgeving van de doelgroep (Saan & De Haes, 2005; World Health Organization, 1986; World Health Organization, 2005). Sindsdien is een toename te zien van interventies die gebaseerd zijn op de community benadering waarin de bottom-up benadering centraal staat.

Bij de community benadering is de community of gemeenschap actief betrokken bij het bevorderen van de gezondheid van een doelgroep. Een community is een groep mensen die bepaalde aspecten gemeen hebben in hun leven. Denk daarbij aan interesses, de cultuur, normen en waarden of de woonomgeving. Het gaat in ieder geval om aspecten die de mensen zélf belangrijk vinden (Laverack & Labonte, 2000; Mittelmark, 2001). Mensen kunnen deel uitmaken van verschillende community's en een community omvat naast individuen ook sociale instellingen. Community's vormen hierdoor een complex netwerk (Koelen & Van den Ban, 2004). Bij een doelgroep staat min of meer vast wie de groep begunstigden precies is en een doelgroep is meestal door een professional vastgesteld (Wagemakers et al., 2007a).

Door de inbreng van de gemeenschap bij de community benadering ontstaan cultuurspecifieke interventies die beter worden ontvangen door de doelgroep. Daarmee is de kans groter dat resultaten worden bereikt en dat ze langer beklijven. Mede omdat de omgeving het gewenste gedrag ondersteunt. Dé community benadering bestaat niet. Er is in praktijk vooral sprake van een mix van principes en ideeën (Alting et al., 2003). Wel hebben community interventies een aantal gemeenschappelijke elementen. Veelgenoemde werkprincipes van de community benadering zijn (Rootman, 2001; Harting & Van Assema, 2007; Koelen et al., 2008; Wagemakers, 2010):

- Empowerment van individuen en community's;
- Participatie in alle stadia en processen;
- Holistisch, dat wil zeggen zowel de fysieke, mentale, sociale als spirituele gezondheid;
- Intersectorale samenwerking;
- Gericht op gelijkheid en sociale rechtvaardigheid;
- Duurzaamheid;
- Het gebruik en combineren van verschillende strategieën voor gezondheidsbevordering.

We lichten hier een aantal van deze belangrijke werkprincipes toe: empowerment, participatie, intersectorale samenwerking en daarnaast de sociale netwerkbenadering.

Empowerment

De World Health Organization (WHO) stelt dat de community benadering bijdraagt aan empowerment. Empowerment is het proces waarbij mensen meer controle krijgen over hun beslissingen en activiteiten die van invloed zijn op hun gezondheid (Nutbeam, 1999). Door te participeren, leren mensen vaardigheden en ervaren zij dat zij zelf kunnen bijdragen aan een verbetering. De succeservaring stimuleert het gevoel van eigen effectiviteit. Ook verhoogt het gevoel van controle over de eigen gezondheid en kwaliteit van leven (Koelen & Van den Ban, 2004). Bij de community benadering is de rol van de gezondheidsbevorderaar om mensen in staat stellen

een grotere controle uit te oefenen op de determinanten van hun gezondheid (Laverack, 2007). Empowerment is een complex begrip en kent meerdere dimensies (Peters et al., 2007). De drie dimensies van empowerment zijn: persoonlijke, community- en organisatie-empowerment. Persoonlijke empowerment verbindt de kracht en kwaliteiten van een individu met hulpbronnen in zijn omgeving. Zo is iemand in staat om veranderingen in het beleid en zijn omstandigheden te realiseren. Door te participeren in gemeenschapsactiviteiten, ontwikkelt een individu zelfvertrouwen en vaardigheden die hij nodig heeft in de interactie met zijn omgeving (persoonlijke empowerment). Deze persoonlijke empowerment leidt er vervolgens toe dat ook de gemeenschap effectiever gaat functioneren en sterker wordt in haar invloed op de omgeving. Dat is community-empowerment (Jacobs et al., 2005).

Bij organisatie-empowerment wordt onderscheid gemaakt tussen empowerende en empowerde organisaties. Empowerende organisaties zijn die organisaties die de persoonlijke empowerment van individuele leden ondersteunen. Empowerde organisaties zijn organisaties die (daarbij ook) invloed hebben op het grotere systeem waarvan ze deel uitmaken. Het verschil zit in datgene wat organisaties intern voor hun leden weten te bereiken en wat zij extern voor gemeenschappen weten te doen. (Jacobs et al., 2005).

Participatie

Participatie wordt vaak gezien als een voorwaarde voor empowerment (Wagemakers et al., 2007a). Participatie houdt in dat mensen uit een community betrokken zijn bij het vaststellen van behoeften en doelen en de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van gezondheidsbevorderende activiteiten. Een belangrijke reden voor het betrekken van de community is dat de projecten beter aansluiten bij de behoeften die er zijn. Ook kan de aanwezige kennis en ervaring in de community zo optimaal worden benut. In die zin is participatie te zien als een middel. Daarnaast voelt de community zich meer verantwoordelijk, doordat zij betrokken is bij het programma en de activiteiten. In die zin is participatie ook een doel (Koelen & Van den Ban, 2004; Wagemakers et al., 2007b; South et al., 2005).

Participatie kan variëren op verschillende aspecten (Luijpers & Keijsers, 2002):

- *Het aantal mensen dat participeert;*
- *De mate van participatie;*
- *Het bereik van participatie;*
Het kan gaan om participatie rond de inhoud van een project, de financiering, de organisatie, of een combinatie daarvan.
- *Wie participeert;*
Er kunnen tal van belanghebbenden zijn; de einddoelgroep, zelforganisaties, sleutelfiguren, kerken, intermediairs, ambtenaren en onderzoekers.

De ladder van Pretty (1995) geeft de mate van participatie weer (zie figuur 1). Er zijn zeven treden op de ladder, die verschillende niveaus van participatie aangeven. Daarbij staat het laagste niveau 0 voor 'geen participatie' en het hoogste niveau 6 voor 'zelfmobilisatie'. De mate van participatie kan worden weergegeven voor het project of programma als geheel als ook per fase. In de praktijk is participatie vaak gebaseerd op representatie, aangezien het vrijwel onmogelijk is dat alle leden van een gemeenschap betrokken zijn bij een bepaald initiatief (Van Vliet et al., 2006; Laverack, 2007). Het ontwikkelen van participatie kost tijd voor de doelgroep en de intermediairs. Tijd is nodig om overeenstemming te bereiken over het probleem, het onderwerp, de methoden, de acties en de evaluaties (Luijpers & Keijsers, 2002; Jansen et al., 2002; Wagemakers et al., 2008; Koelen et al., 2008).



Figuur 1: Ladder van Pretty (1995)

6. Zelfmobilisatie:

Mensen maken onafhankelijk van professionals keuzen, leggen hun eigen contacten en hebben volledige controle over de planning, ontwikkeling en/of implementatie van programma's.

5. Interactieve participatie:

Mensen werken samen met professionals in de planning, ontwikkeling en/of implementatie van programma's. Besluiten worden gezamenlijk genomen.

4. Functionele participatie:

Mensen zijn actief betrokken in de planning, ontwikkeling en/of implementatie van programma's. Zij krijgen taken toegewezen. De controle en (uiteindelijke) verantwoordelijkheid voor het proces en de uitkomsten ligt bij de professionals.

3. Participatie door raadplegen:

Mensen worden gevraagd naar hun mening, behoeften of veranderingswensen. De besluitvorming ligt bij de professionals en zij hebben de regie over de planning, ontwikkeling en/of implementatie van programma's.

2. Participatie door informatie:

Mensen ontvangen informatie over het programma en worden betrokken door de professionals via het stellen en beantwoorden van vragen. Professionals hebben volledige controle over de planning, ontwikkeling en/of implementatie van programma's.

1. Passieve participatie:

Mensen nemen deel aan het programma en hun wordt verteld wat er gaat gebeuren. Professionals hebben volledige controle over de planning, ontwikkeling en/of implementatie van programma's.

0. Geen participatie:

Mensen nemen niet deel aan het programma en worden niet geïnformeerd, behalve over de activiteiten of onderdelen die de professionals relevant voor hen achten.

Intersectorale samenwerking

Intersectorale samenwerking is de formele samenwerking tussen (delen van) verschillende sectoren in de maatschappij met het doel gezondheidswinst te boeken op een thema. Dit levert een efficiëntere, effectievere en langduriger werkwijze op dan wanneer de gezondheidssector alleen zou werken (Nutbeam, 1998; Koelen & Van den Ban 2004.) Intersectorale samenwerking versterkt de ontwikkeling van de interventie, vergemakkelijkt de implementatie en vergroot het bereik van de interventie (Wagemakers et al., 2007a). Intersectorale samenwerking creëert mogelijkheden tot uitwisseling van waarden, expertise, vaardigheden en middelen tussen verschillende sectoren (Koelen & Van den Ban, 2004).

Bij intersectorale samenwerking is het van belang dat er overeenstemming is tussen de betrokken partijen over de doelen, werkwijze en over de taak- en rolverdeling binnen gezondheidsprojecten (Milio, 1997; Wallerstein, 1999; Rifkin, 2000; De Haes et al., 2002; Voorham et al., 2002; Wagemakers et al., 2007a; Koelen et al., 2008; Koelen, 2011). Goed functionerende intersectorale samenwerking kan dan resulteren in een geheel dat groter is dan de som der delen. Volgens Koelen en Van den Ban (2004) vergroot intersectorale samenwerking tussen de publieke gezondheidssector en vrijwillige

zelforganisaties tevens de controle op de determinanten van gezondheid door de doelgroep. Ook bevordert intersectorale samenwerking mede het bewustzijn over beleid en de organisatiestructuur tussen de verschillende sectoren. Door onderling samen te werken, kunnen de zelforganisaties meer kennis vergaren en hun gezamenlijke positie als samenwerkingspartners voor de gezondheidssector versterken.

Sociale netwerkbenadering; sleutelfiguren en peer educators

De term sociaal netwerk verwijst naar het web van sociale relaties dat een lid van een community omringt (Harting & Van Assema, 2007). In een sociaal netwerk oefenen mensen invloed op elkaar uit via de heersende sociale norm, sociale vergelijkingsprocessen en de aanwezige rolmodellen (Harting & Van Assema, 2007; Bandura, 1997). Zo kan het sociale netwerk steun en bruikbare feedback bieden (Laverack, 2007), maar ook leiden tot afwijzing en uitsluiting. Een hieraan gerelateerd concept is sociaal kapitaal, oftewel het geheel aan ondersteunende relaties in de community (Kawachi & Berkman, 2000). Binnen het sociale netwerk wisselen mensen informatie met elkaar uit. Vooral in lagere sociaal-economische klassen ontvangen mensen veel informatie via mensen in hun directe sociale omgeving (Rogers, 1995).

De sociale netwerkbenadering bevordert de gezondheid en gezond gedrag door bewust de positieve netwerkkrachten in te schakelen. Dat kan door de bestaande relaties in een netwerk te verstevigen, nieuwe sociale netwerken te creëren en nieuwe netwerkfuncties te ontwikkelen (Heany & Israel, 2002; Harting & Van Assema, 2007). Daarnaast wordt bij de sociale netwerkbenadering bewust informatie verspreid via leden van het bestaande netwerk. Bijvoorbeeld via de natuurlijke helpers: personen tot wie de leden zich toch al wenden voor advies, steun of hulp (Eng & Parker, 2002). Deze mensen worden ook wel opinieleiders of sleutelfiguren genoemd. Hun status draagt bij aan het belang dat de gemeenschap hecht aan hun boodschap (Harting & Van Assema, 2007; Turner & Shepherd, 1999). Opinieleiders of vrijwilligers uit de doelgroep kunnen daarnaast worden opgeleid tot peer educators, ook wel lay health advisors genoemd (Voorham, 2003). Deze educators worden door professionals ondersteund bij het geven van gezondheidsadviezen, het verspreiden van gezondheidsboodschappen of het stimuleren van de onderlinge contacten in de community (Harting & Van Assema, 2007).

2 Opzet van het community programma

2.1 Doelstelling en definities

Het uiteindelijke doel van het hier beschreven community programma is:

- Het bevorderen van seksuele gezondheid bij verschillende gemeenschappen.

Het programma doet dit door:

- Het bevorderen van de participatie van zelforganisaties;
- Het stimuleren van de intersectorale samenwerking;
- Het versterken van het sociale netwerk;
- De ontwikkeling van diverse cultuurspecifieke projecten op het gebied van seksuele gezondheid met eigen, specifieke doelstellingen.

Onder seksuele gezondheid verstaat de WHO (Glasier et al., 2006): Een staat van lichamelijk, emotioneel, mentaal en maatschappelijk welbevinden met betrekking tot seksualiteit. Het is niet alleen maar de afwezigheid van ziekte, disfunctie of gebrek. Seksuele gezondheid vereist een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele betrekkingen en de mogelijkheid tot het aangenaam en veilig beleven van seksualiteit, vrij van dwang, discriminatie en geweld. Om tot seksuele gezondheid te komen en deze te handhaven moeten de seksuele rechten van alle mensen worden gerespecteerd, beschermd en waargemaakt.

Een zelforganisatie is een vereniging of stichting bestaande uit leden die activiteiten ontplooiën ten behoeve van de gemeenschap, vaak op basis van vrijwilligheid (Gowricharn & Nolen, 2004). Naar schatting 6.000 zelforganisaties zetten zich in Nederland in voor migrantengemeenschappen. Deze zelforganisaties worden ook wel migrantenorganisaties genoemd. De organisaties verschillen onderling sterk in de etnische (sub-)doelgroep die zij vertegenwoordigen, doelstellingen die zij willen bereiken en terreinen waar organisaties zich oprichten (bijvoorbeeld religie, onderwijs en hulpverlening). Ook verschillen zij in omvang, professionaliteit en organisatie. De meeste migrantenorganisaties werken lokaal of regionaal en een enkele organisatie opereert landelijk (Frouws et al., 2010). Ook voor andere gemeenschappen bestaan er in Nederland zelforganisaties, bijvoorbeeld voor wijken of buurten, woonwagengebouwen, uitkeringsgerechtigden en sekswerkers.

2.2 Doelgroep en thema

Het community programma dat in deze handleiding wordt beschreven, is ontwikkeld met Arubaanse, Antilliaanse, Surinaamse en sub-Sahara Afrikaanse zelforganisaties rond het thema seksuele gezondheid. De werkwijze is echter ook goed toe te passen bij andere culturen en gemeenschappen en andere onderwerpen. De community benadering sluit immers aan bij de normen, waarden, wensen en behoeften van de deelnemende gemeenschap en schrijft niet voor welke inhoud aan bod moet komen.

2.3 Rol en taak professionals

Deskundigheid

De gezondheidsbevorderaar vervult in het community programma veel verschillende rollen. Zo is hij gezondheidsbevorderaar, programmaleider, trainer, coach en soms ook bemiddelaar. Hij moet inhoudsdeskundig zijn op het gebied van seksuele gezondheid, een goede programmaplanning kunnen maken, organisatorisch sterk zijn en daarnaast beschikken over een breed scala aan communicatieve vaardigheden. Zo is het belangrijk groepsdynamica te herkennen en ermee om te kunnen gaan. Ook goed kunnen luisteren, vragen (durven) stellen, steunen en om kunnen gaan met conflicten horen daarbij.

Om met zoveel verschillende (sub-)culturen om te kunnen gaan is voor dit werk verder een nieuwsgierige en flexibele houding belangrijk. De gezondheidsbevorderaar moet open staan voor andere meningen. En om goed aan te sluiten bij de zelforganisaties, moet de gezondheidsbevorderaar bereid zijn om regelmatig 's avonds en in het weekend te werken. Verder is de intentie om meerdere jaren aaneengesloten aan het programma te werken belangrijk. De continuïteit versterkt de vertrouwensband met de zelforganisaties.

Voorbeeld:

In Amsterdam werkt de gezondheidsbevorderaar formeel 32 uur per week, maar in praktijk kan dat in piektijden uitlopen tot 40 uur per week. Bij zijn werkzaamheden van de gezondheidsbevorderaar is het trainen van religieuze leiders in het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid inbegrepen. Om het programma goed te monitoren en de bereikbaarheid te verbeteren is meer menskracht gewenst.

Administratieve ondersteuning is belangrijk voor de bereikbaarheid, de communicatie met de zelforganisaties en het overzicht van het programma. Doordat de gezondheidsbevorderaar vaak in gesprek of bij bijeenkomsten is, is hij minder goed bereikbaar. De administratief medewerker noteert vragen, kan deze in voorkomende gevallen zelf beantwoorden en maakt afspraken voor de gezondheidsbevorderaar. Daarnaast nodigt de administratief medewerker de zelforganisaties uit voor gesprekken en bijeenkomsten. Ook voert hij de projectadministratie: alle voorstellen, werkplannen, evaluaties en financiën moeten overzichtelijk worden bijgehouden. Dat is essentieel voor het goede verloop en de verantwoording.

Voorbeeld:

Een zelforganisatie belde omdat ze op korte termijn condooms nodig had om uit te delen bij een manifestatie. De administratief medewerker kon deze direct toesturen.

De daadwerkelijke inzet van de administratief medewerker wisselt per maand. Vooral aan het begin, in het midden en aan het eind van het programmajaar zijn piekmomenten. Dan nodigt de medewerker zelforganisaties uit voor gesprekken en bijeenkomsten en leveren zelforganisaties plannen of evaluaties aan. Ook de administratief medewerker is 's avonds en in het weekend beschikbaar voor bijeenkomsten en trainingen.

Voorbeeld:

Voor de administratieve ondersteuning is bij de GGD Amsterdam 16 uur per week beschikbaar.

Middelen en materialen

De GGD financiert alle materialen voor het programma als geheel. Zo betaalt de GGD de zaalhuur en catering van trainingen en bijeenkomsten. Ook huurt de GGD externe deskundigheid in bij trainingen. Verder koopt de GGD een voorraad folders en condooms in, die de zelforganisaties gratis voor hun projecten kunnen aanvragen. De folders zijn verkrijgbaar in verschillende talen. Op de verpakkingen van de condooms staan afbeeldingen van personen uit verschillende culturen, zodat ze ook diverse gemeenschappen aanspreken.³ Verder heeft de GGD enkele donkere oefendildo's, video's en een beamer in bezit die de zelforganisaties kunnen lenen. De zelforganisaties betalen uit hun projectgelden alle overige zaken voor hun eigen projecten, zoals technische voorzieningen, vrijwilligersvergoedingen en eten en drinken.

Voorbeeld:

In 2011 is er bij de GGD Amsterdam 150.000 euro per jaar beschikbaar voor de uitvoering van het programma. Wanneer de kosten van de programmaorganisatie en de GGD- medewerkers hier van af worden getrokken, blijft er nog 90.000 euro voor de projecten zelf over. In de beginjaren was dit 140.000 euro. Alle zelforganisaties die binnen de genoemde doelgroepen vallen, kunnen per jaar één projectvoorstel indienen. Voor een project ontvangen zij in 2011 maximaal 6.000 euro. Dit was in

³ Deze materialen zijn onder andere verkrijgbaar bij Soa Aids Nederland

de beginjaren maximaal 8.000 euro. In voorkomende gevallen kan van het maximale bedrag worden afgeweken.

2.4 Het programma in grote lijnen

Het community programma voor bevordering van seksuele gezondheid met zelforganisaties is een jaarlijks terugkerend programma. Daarin oriënteert de gezondheidsbevorderaar zich op de seksuele gezondheidproblematiek door het bestuderen van cijfers en literatuur en het nagaan van de voorgeschiedenis. Vervolgens organiseert hij een publieke bijeenkomst voor zelforganisaties om inzicht te krijgen in de behoeften van de zelforganisaties en een basis te leggen voor de samenwerking.

Op basis van de behoeften en in samenwerking met de zelforganisaties stelt de gezondheidsbevorderaar een programmaplan op. Vervolgens organiseert de gezondheidsbevorderaar een algemene informatiebijeenkomst voor zelforganisaties. In deze bijeenkomst licht de gezondheidsbevorderaar de werkwijze en het thema van dat jaar toe, wisselt met de zelforganisaties verder van gedachten over de voorgestelde opzet en nodigt hen uit voor enkele basistrainingen rond seksuele gezondheid en projectmatig werken.

Na de basistrainingen nodigt de GGD de zelforganisaties uit om een projectvoorstel in te dienen rond seksuele gezondheid. Bij het schrijven van een projectvoorstel kunnen de zelforganisaties ondersteuning vragen van de gezondheidsbevorderaar. Daarna beoordelen verschillende GGD-functionarissen de ingediende voorstellen. Wanneer hun projectvoorstel is gehonoreerd, tekenen de zelforganisaties een overeenkomst en ontvangen dan 80% van de toegekende financiële bijdrage. Vervolgens voeren de zelforganisaties hun project zelfstandig uit, waarbij ze ondersteuning van de gezondheidsbevorderaar kunnen krijgen.

Voorbeeld:

In Amsterdam dienden jaarlijks ongeveer 30 tot 40 Arubaanse, Antilliaanse, Surinaamse en sub-Sahara Afrikaanse zelforganisaties hun projectvoorstellen in bij de GGD Amsterdam. Per jaar werd aan gemiddeld 25 zelforganisaties een financiële bijdrage toegekend.

De gezondheidsbevorderaar organiseert gedurende de uitvoering van het programma individuele (evaluatie-)gesprekken, groepsbijeenkomsten en ondersteunende trainingen. Zelforganisaties waarvan het projectvoorstel niet is gehonoreerd, kunnen ook aan alle groepsbijeenkomsten en trainingen meedoen. Daarnaast houdt de gezondheidsbevorderaar contact met de zelforganisaties die een project uitvoeren en ondersteunt hij hen op aanvraag. Ook bezoekt de gezondheidsbevorderaar de projecten gevraagd en ongevraagd tijdens de uitvoering. Deze activiteiten ondersteunen de continue evaluatie in het programma. Eventuele knelpunten komen zo tijdig aan de orde en de zelforganisaties kunnen hun project bijsturen. Daarnaast geeft de informatie input om het programma bij te kunnen sturen.

De zelforganisaties die een project uitvoeren, zorgen zelf voor de evaluatie en een financiële verantwoording van hun project. Wanneer de evaluatie en verantwoording in orde zijn, ontvangt de zelforganisatie het resterende bedrag van 20%. Soms is een project nog niet gereed, of heeft het nog onvoldoende resultaat opgeleverd, ondanks de eerder genoemde mogelijkheid tot bijsturing. Dan stelt de zelforganisatie in afstemming met de gezondheidsbevorderaar een vervolgplan op. Is er helemaal geen zicht op een goede afronding, dan ontvangt de zelforganisatie het resterende bedrag niet. In dat geval gaat de gezondheidsbevorderaar samen met de zelforganisatie na hoe dit kon gebeuren en wat gedaan kan worden om dit een volgende keer te voorkomen.

Aan het eind van het jaar worden de resultaten van de projecten, de evaluatie daarvan en de feedback van de zelforganisaties gebruikt om het programma te evalueren, de werkwijze aan te scherpen

en het thema voor het komende jaar te bepalen. Ook dit doet de gezondheidsbevorderaar in samenspraak met de zelforganisaties.

2.5 De toepasbaarheid

Het community programma kent een gezamenlijke planning, een projectmatige aanpak, een jaarlijkse cyclus en is opgezet voor een langere periode van ongeveer vier à vijf jaar. Bij de gezamenlijke planning ontmoeten de zelforganisaties elkaar in trainingen en bijeenkomsten, waarbij ze ook onderling kennis en ervaring uitwisselen. Door deze onderlinge uitwisseling is het leereffect groter dan wanneer de zelforganisaties enkel individueel aan hun projecten zouden werken. Daarnaast bevorderen de ontmoetingen de onderlinge samenwerking tussen de zelforganisaties en breiden hun netwerken zich uit. Bijkomend voordeel van een gezamenlijke planning is dat de coördinatie voor de gezondheidsbevorderaar eenvoudiger is, waardoor meer zelforganisaties kunnen deelnemen en meer subculturen worden bereikt.

Verder werken de zelforganisaties aan de hand van de projectmatige aanpak doelgericht naar een concreet resultaat. Hierdoor kunnen zij en de gezondheidsbevorderaar de projecten en het programma goed verantwoorden. Voordeel van de jaarcyclus is dat nieuwe organisaties zich ieder jaar kunnen aansluiten. Langer deelnemende zelforganisaties kunnen nieuwkomers eventueel ondersteunen, wat ook weer de onderlinge samenwerking stimuleert. De jaarlijkse herhaling bevordert verder het leereffect, zowel wat betreft de projectmatige werkwijze als de inhoud van seksuele gezondheid. Doordat de ervaringen van het ene jaar worden meegenomen in het volgende jaar en de cyclus zich steeds herhaalt, verbeteren de kwaliteit van het programma en de projecten gestaag.

Hoewel bewust is gekozen voor deze opzet, is het community programma geen receptenboek. Het is bedoeld als handreiking om de community benadering vorm te geven. De gezondheidsbevorderaar kan in samenspraak met de zelforganisaties van deze richtlijn afwijken. Bijvoorbeeld door af te wijken van de jaarlijkse planning en twee- of meerjarige projecten op te zetten. Of het programma in eerste instantie voor een periode van twee of drie jaar uit te voeren, waarbij de gezondheidsbevorderaar bedingt dat bij een positieve evaluatie het programma mag worden voortgezet. Het opzetten van het programma voor één jaar is echter te kort, omdat het leereffect dan te beperkt is ten opzichte van de inspanningen. Een andere variatiemogelijkheid is om individueel met één of meerdere zelforganisaties aan de slag te gaan aan de hand van hun eigen planning(-en)⁴. De precieze werkwijze is mede afhankelijk van de wensen van de zelforganisaties, de aanwezige randvoorwaarden en de mogelijkheden bij de GGD.

2.6 Gefaseerde opzet

Het community programma kent een projectmatige aanpak. Hiervoor is het fasenmodel van projectmatig werken voor gezondheidspromotie gehanteerd (Scheerder et al., 2003). De indeling bestaat uit een oriëntatie-, plannings-, uitvoerings- en afrondingsfase.

■ Oriëntatiefase;

Een project begint met de oriëntatiefase waarin de wenselijkheid, de mogelijkheden en de moeilijkheden van een komend project worden nagegaan. In deze fase wordt een verkenning uitgevoerd, waarbij de aanleiding van het project wordt getaxeerd, het probleem wordt verkend en mogelijke oplossingen nagelopen worden. Een globale keuze voor een bepaald probleem wordt gemaakt, men kijkt hoe verdere stappen er kunnen uitzien en welke investering dit vraagt. Dit wordt samengevat in een algemeen projectvoorstel. Daarna wordt besloten of men al dan niet verder gaat met het betreffende project.

4 De GGD Flevoland en de GGD Hollands Noorden werken op deze manier.

- Planningsfase (analyse, strategiebepaling, projectuitwerking);
Vervolgens gaat men na hoe het gezondheidsprobleem precies in elkaar zit en wat mogelijke aangrijpingspunten zijn voor een interventie. Ook wordt de context geanalyseerd en gaat men daar de mogelijkheden en de beperkingen van na (analyse). Daarna bepaalt men wat de meest effectieve aanpak is, ook gezien de verwachte neveneffecten (strategiebepaling). Alle gemaakte keuzen worden in het projectplan genoteerd met daarin een afbakening van de doelgroep, de meest relevante aangrijpingspunten, de keuze voor de methode en eventuele partners voor het project. Daarbij noteert men operationele doelstellingen en geeft men een nadere beschrijving van de organisatie.
- Uitvoeringsfase;
Daarna wordt het project zo goed mogelijk uitgevoerd. Een goede coördinatie en organisatie zijn daarbij belangrijk. Men kan het proces goed bijsturen, wanneer men het goed volgt en evalueert.
- Afrondingsfase;
In deze fase gaat men na in welke mate de doelen van het project behaald zijn. Daarbij staan de evaluatievragen centraal. Men rapporteert de bevindingen en maakt de keuze of men ermee door gaat. En zo ja, wat men in de huidige werkwijze wilt veranderen.

Zoals Scheerder, Van den Broucke en Saan (2003) aangeven, volgen de fasen elkaar in praktijk niet altijd strikt chronologisch op. De verschillende actiemomenten beïnvloeden elkaar. Hierdoor loopt men soms vooruit op wat nog moet gebeuren en grijpt men soms terug naar informatie en beslissingen uit vorige fasen.

Dubbele fasering

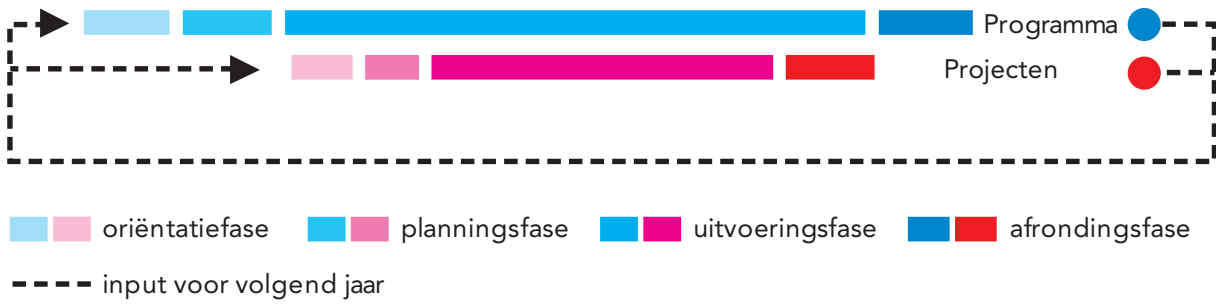
In het hier beschreven community programma is sprake van twee faseringen in een programmajaar: één fasering van het programma als geheel, en één van de projecten die de zelforganisaties daarbinnen uitvoeren. In het programma oriënteert de gezondheidsbevorderaar zich eerst op het probleem en de aanpak met de zelforganisaties (oriëntatiefase programma). Daarna werkt hij het programma uit in samenspraak met de zelforganisaties en regelt hij de randvoorwaarden (planningsfase programma), zodat de zelforganisaties hun projecten goed uit kunnen voeren (uitvoeringsfase programma).

In de uitvoeringsfase van het programma oriënteren de zelforganisaties zich op het gezondheidsprobleem (oriëntatiefase projecten). Vervolgens bedenken zij specifieke oplossingen die ze als projecten kunnen opzetten voor hun achterban (planningsfase projecten). Daarna voeren de zelforganisaties deze projecten zelfstandig uit (uitvoeringsfase projecten), waarbij de zelforganisaties ook tussenevaluaties uitvoeren en hun projecten zo nodig bijsturen. De zelforganisaties ronden hun projecten ook zelfstandig af, inclusief een eindevaluatie (af rondingsfase projecten). In al deze fasen biedt de gezondheidsbevorderaar ondersteuning in de vorm van individuele gesprekken, groepsbijeenkomsten, trainingen en aangekondigde en onverwachte bezoeken aan de projecten. Ook wordt continu gemonitord in hoeverre het programma op koers ligt.

Wanneer de projecten zijn afgerond, kunnen de betrokkenen aan de slag met de afronding van het programma als geheel (af rondingsfase programma). Voor de eindevaluatie wordt onder andere alle input van de zelforganisaties gebruikt die gedurende het jaar is verzameld. Vervolgens oriënteren de betrokkenen zich weer op het komende programmajaar (oriëntatiefase programma). Alle ervaringen van het afgelopen jaar dienen in ieder geval als input voor het komende jaar, naast eventuele speerpunten van het ministerie en de GGD.

De fasering herhaalt zich na een jaar. In een schema ziet deze dubbele fasering er als volgt uit.

Figuur 2: dubbele fasering in het programma



3 Het programma in praktijk

In dit praktische deel van de handleiding wordt de lezer verder als gezondheidsbevorderaar en met 'je' aangesproken.

3.1 Overzicht van het programma

In tabel 1 staat een overzicht van alle stappen die je als gezondheidsbevorderaar uitvoert in de verschillende fasen van het programma. De stappen zijn niet strikt chronologisch. Je kunt sommige stappen omdraaien en soms keer je in een latere fase weer terug naar een eerdere stap. Belangrijk is dat je in ieder geval aansluit bij de community's. In tabel 1 staat bij iedere fase in de tweede kolom de doorlooptijd. Het eerste 'jaar' neemt in zijn totaliteit meer tijd in beslag dan de daarop volgende jaren, namelijk bijna twee jaar. De daarop volgende jaren kunnen in een kalenderjaar worden uitgevoerd. In de laatste kolom staat de pagina vermeld waarop de fase in deze handleiding staat uitgewerkt. Alle fasen hebben een eigen kleur.

Tabel 1: overzicht van fasen en stappen in het eerste 'jaar' van het programma (± 23 maanden)

§ Naam fase en bijbehorende stappen	Doorlooptijd	Pagina
3.2.1 De oriëntatiefase van het programma	4 maanden	p. 20
<ul style="list-style-type: none">■ Bestudeer de beschikbare cijfers;■ Bestudeer de richtlijnen en de literatuur;■ Ga de voorgeschiedenis na;■ Schrijf een programmavoorstel;■ Ga na welke zelforganisaties er zijn;■ Nodig de zelforganisaties uit voor een publieke bijeenkomst.		
3.2.2 De planningsfase van het programma	6 maanden	p.25
<ul style="list-style-type: none">■ Schrijf een programmaplan;■ Leg het programmaplan voor aan de zelforganisaties;■ Zorg voor financiën voor de langere termijn;■ Zorg voor de randvoorwaarden.		
3.2.3 De uitvoeringsfase van het programma		
= De oriëntatiefase van de projecten	3 maanden	p. 27
<ul style="list-style-type: none">■ Organiseer een algemene informatiebijeenkomst;■ Organiseer basistrainingen;■ Nodig alle zelforganisaties uit een projectvoorstel in te dienen;■ Geef op aanvraag ondersteuning bij het opstellen van projectvoorstellen;■ Beoordeel de projectvoorstellen;■ Stel de overeenkomsten op;■ Koppel het beoordelingsresultaat terug;■ Evalueer en pas eventueel het programmaplan aan.		
3.2.4 De planningsfase van de projecten	1,5 maanden	p. 32
<ul style="list-style-type: none">■ Voer individuele gesprekken over de werkplannen;■ Vul je eigen jaarplan in op basis van de werkplannen;■ Organiseer een startbijeenkomst;■ Betaal de 80% factuur;■ Evalueer en pas eventueel het programmaplan aan.		

§ Naam fase en bijbehorende stappen	Doorlooptijd	Pagina
3.2.5 De uitvoeringsfase van de projecten	6 maanden	p.35
<ul style="list-style-type: none"> ■ Organiseer ondersteunende trainingen; ■ Beantwoord vragen van zelforganisaties en houd contact; ■ Bezoek activiteiten (aangekondigd en onaangekondigd); ■ Voer tussentijdse evaluatiegesprekken; ■ Organiseer een tussentijdse bijeenkomst; ■ Evalueer en pas eventueel het programmaplan aan. 		
3.2.6 De afrondingsfase van de projecten	1,5 maanden	p.39
<ul style="list-style-type: none"> ■ Kondig het eind(evaluatie)verslag en de financiële verantwoording aan; ■ Geef op aanvraag ondersteuning bij het opstellen van het eind(evaluatie)verslag; ■ Voer individuele eind(evaluatie)gesprekken; ■ Stel vervolgplannen op indien nodig; ■ Betaal de 20%-factuur. 		
3.2.7 De afrondingsfase van het programma	0,5 maanden	p.41
<ul style="list-style-type: none"> ■ Evalueer het programmajaar en schrijf de verantwoording. 		

Tabel 2: overzicht van fasen en stappen in het 2e – 5e jaar van het programma (12 maanden)

§ Naam fase en bijbehorende stappen	Doorlooptijd	Pagina
3.2.8 De oriëntatiefase van het programma (2e – 5e jaar)	0,5 maanden	p.41
<ul style="list-style-type: none"> ■ Bepaal het thema en de doelgroep voor het komend programmajaar; ■ Ga na welke zelforganisaties nog meer in aanmerking komen. 		
3.2.9 De planningsfase van het programma (2e – 5e jaar)	0,5 maanden	p. 42
<ul style="list-style-type: none"> ■ Pas de randvoorwaarden aan waar nodig. 		
3.2.10 De uitvoeringsfase van het programma (2e – 5e jaar)	1,5 maanden	p. 42
<ul style="list-style-type: none"> ■ Organiseer een algemene informatiebijeenkomst; ■ Nodig alle zelforganisaties uit een projectvoorstel in te dienen; ■ Etcetera. <p>Deze fase is verder gelijk aan de oriëntatiefase van het eerste jaar. Basistrainingen worden nu meestal gegeven in de uitvoeringsfase van de projecten.</p>		

3.2 De fasen en stappen uitgewerkt

In deze paragraaf volgt een uitgebreide beschrijving van alle stappen in het programma. Voor een overzicht van alle stappen: zie tabel 1 en 2 in paragraaf 3.1.

Tip:

Soa Aids Nederland ontwikkelde bij deze handleiding een training voor gezondheidsbevorderaars en andere functionarissen om hen te ondersteunen bij de invoering van de community benadering. Voor meer informatie: zie de website: www.soaids-professionals.nl.

3.2.1. De oriëntatiefase van het programma

Bestudeer de beschikbare cijfers

Vorm een beeld van de gezondheid in je regio. Vragen die je daarbij kunt stellen zijn: Wat is het probleem? Hoe groot is het probleem? Voor welke (bevolkings-)groepen is het een probleem? Waar zit het probleem precies? Cijfers die voor seksuele gezondheid in aanmerking komen zijn onder andere:

- Regionale soa/hiv prevalentiecijfers van soa-poliklinieken van GGD-en, uitgesplitst naar bevolkingsgroepen;
- Landelijke soa/hiv prevalentiecijfers van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), uitgesplitst naar bevolkingsgroepen (*Hiv en seksueel overdraagbare aandoeningen in Nederland*);
- Regionale cijfers van de bevolkingssamenstelling van de gemeente;
- Landelijke cijfers van de bevolkingssamenstelling van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS);

Voorbeeld:

De soa-polikliniek van de GGD Amsterdam registreert jaarlijks soa/hiv prevalentie cijfers. Begin 2000 bleek hieruit dat bij personen van Antilliaanse, Surinaamse en Afrikaanse afkomst vaker een soa/hiv-infectie werd vastgesteld dan bij andere groepen in Amsterdam (zie bijlage 3.1). De prevalentie van hiv was binnen deze groepen ook hoog binnen de niet-MSM⁵ groep.

Bestudeer de richtlijnen en de literatuur

Ga na wat de landelijke richtlijnen en het interne beleid zijn rondom dit probleem. Bij welke richtlijnen en plannen kun je aansluiten? Richtlijnen voor de GGD vind je onder andere terug in:

- Volksgezondheidsnota's van de GGD of Gemeente;
- Kaderbrief van VWS.

Zoek in de literatuur wat de oorzaken van dit probleem zijn. Hoe kan het dat juist bij deze groepen dit probleem aanwezig is? Is ook bekend welke factoren ertoe bijdragen dat groepen dit probleem juist niet hebben? Wat houdt hen gezond? Ga ook na wat de *state of the art* is wat betreft de aanpak voor het probleem. Wat is bekend over de interventiemogelijkheden en de specifieke doelgroepen die je hebt gevonden? En wat doen andere, vergelijkbare regio's in Nederland? Literatuur kun je onder andere vinden via:

- Pubmed, PiCarta, Scopus en andere databases;
- Online documentatiecentra van GGD, NIGZ, RIVM, HIV Vereniging Nederland, Soa Aids Nederland, Rutgers Nisso Groep, Ministerie van VWS, KIT en Universiteiten;
- Google Scholar.

Voorbeeld:

De voorlichting over soa/hiv en aids bestond begin 2000 voornamelijk uit folders en lezingen in de eigen taal, op het individu gericht. Inhoudelijk gingen ze vaak over de biologie van de infectie. In die tijd werd uit onderzoek steeds duidelijker dat deze Nederlandse voorlichting onvoldoende rekening hield met de traditionele standpunten, subjectieve normen en het feitelijke gedrag van andere etnische groepen (El-Karimy et al., 2001; Wiggers et al., 2003).

Ga de voorgeschiedenis na

Ga na wat er in jouw regio al is uitgevoerd om dit specifieke probleem aan te pakken. Welke interventies zijn toegepast? Met welke organisaties is samengewerkt? Welke netwerken zijn aangesproken? Wat kwam er uit de proces- en effectevaluaties? Wat was succesvol en wat was

5 MSM = Mannen die Seks hebben met Mannen

minder sterk? Hoe verliep de eventuele samenwerking? Als er geen evaluaties voorhanden zijn, ga dan in gesprek met de betrokkenen. Of als je dat zelf was, zet dan je eerdere ervaringen op papier. Wees daarbij eerlijk in wat tot nu toe wel en wat niet heeft gewerkt.

Voorbeeld:

Om migrantengroepen te bereiken werkte de GGD Amsterdam begin 2000 veel met Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (VETC-ers). De VETC-ers organiseerden in afstemming met bestaande zelforganisaties voorlichtingsbijeenkomsten over soa en hiv. Mensen uit Marokkaanse en Turkse gemeenschappen bezochten deze bijeenkomsten redelijk goed. De bezoekersaantallen van mensen uit de Arubaanse, Antilliaanse, Surinaamse en sub-Sahara Afrikaanse gemeenschappen waren echter opvallend laag.

Schrijf een programmavoorstel

Zet alle gevonden informatie uit de vorige stappen op een rij en besluit wat je voorlopige doel en doelgroep zijn en welke interventie daarbij het meest passend lijkt. Noteer dit in een programmavoorstel. Formuleer daarbij een algemene doelstelling waarin je noteert WAT, bij WIE, WAAR, WANNEER en HOE je dat wilt bereiken. Het is handig de verzamelde informatie en je voorlopige conclusie alvast intern bij de GGD voor te leggen. Zo creëer je draagvlak voor de aanpak. Lijkt de beste aanpak de community benadering te zijn? Ga dan verder met de volgende stappen.

Voorbeeld:

*De algemene doelstelling van het programma in Amsterdam luidde:
'De GGD Amsterdam verhoogt in de periode 2004-2009 het bereik van soa/hiv preventie interventies door te werken via een community benadering en daarbij samen te werken met de doelgroepen sub-Sahara Afrikanen, Surinamers, Antillianen en Arubanen in Stadsdeel Zuidoost.'*

Ga na welke zelforganisaties er zijn

Ga na welke zelforganisaties er in jouw regio zijn die zich inzetten voor de geformuleerde doelgroep. Je vindt deze zelforganisaties via:

- **GGD-collega's;**
Soms werk(t)en collega's van de GGD al met zelforganisaties samen. Ga binnen de GGD na of dit het geval is en zo ja, vraag aan hen of ze je bij de zelforganisaties willen introduceren;
- **Sociale kaarten;**
Verschillende gemeenten hebben sociale kaarten opgesteld waarin ook zelforganisaties worden genoemd (google eens op sociale kaart). Daarnaast kun je via www.socialekaartnederland.nl veel zelforganisaties vinden via de zoekfunctie.
- **Kamer van Koophandel;**
Op de site www.kvk.nl vind je zelforganisaties door in de zoekfunctie de naam van de doelgroep te tikken, vaak gecombineerd met 'Stichting'.
- **Sleutelfiguren;**
Door te praten met personen die in een gemeenschap een spilfunctie innemen, kun je op de hoogte komen van verschillende zelforganisaties. Vraag ook aan die sleutelpersoon of hij of zij je wil introduceren bij die zelforganisaties.
- **Andere zelforganisaties;**
Daarnaast kun je aan de zelforganisaties die je hebt gevonden, vragen of zij nog zelforganisaties kennen die in aanmerking komen voor het programma. Ook landelijke migrantenorganisaties vormen een mogelijke ingang om op lokaal niveau organisaties te vinden.

Tip:

Zet van de gevonden zelforganisaties en hun vertegenwoordigers meteen een goede database op met contactgegevens. Hou deze administratie zorgvuldig bij. Zo zorg je voor een goede basis voor je toekomstige communicatie.

Tip:

Ga na of jij de persoon bent die een eventueel community programma voor de GGD gaat uitvoeren, voordat je de volgende stap uitvoert. Voor het slagen van een community programma is het belangrijk dat vertrouwen tussen de verschillende organisaties wordt opgebouwd. Personele wisselingen doen daar afbreuk aan.

Nodig de zelforganisaties uit voor een publieke bijeenkomst

Nodig alle vertegenwoordigers van de zelforganisaties uit voor een publieke bijeenkomst. Daarin verken je het draagvlak bij de zelforganisaties om zelf een actieve rol spelen bij seksuele gezondheid. Daarnaast kun je andere organisaties uitnodigen die een rol spelen in seksuele gezondheid, ook wel ketenorganisaties genoemd. Denk bijvoorbeeld aan de polikliniek van de GGD, Sense-verpleegkundigen, COC, Schorer, HIV-vereniging, Centrumziekenhuizen (behandelen mensen met hiv), GGZ-organisaties (begeleiden mensen met hiv of seksuele diversiteit) of andere professionele organisaties zoals welzijnswerk, onderwijs, gemeentelijke diensten of provinciale en landelijke instanties. Belangrijk doel is de drempel naar elkaar toe te verlagen. Je stimuleert zo de intersectorale samenwerking.

Laat in de bijeenkomst in ieder geval het volgende aan de orde komen:

1. Ga na waar de doelstellingen van de organisaties elkaar raken

Laat alle aanwezige (zelf-)organisaties zich voorstellen, inclusief hun doelstellingen. Door in de bijeenkomst na te gaan waar de doelstellingen van de zelforganisaties, de ketenorganisaties en de GGD elkaar raken, creëer je draagvlak voor verdere samenwerking. Het schept een band wanneer je hetzelfde probeert te bereiken.

Tip:

Mocht je qua doelstellingen niet direct op één lijn lijken te zitten, dan is een goede vraag op een doelstelling van de organisatie: 'Wat is daar belangrijk aan?' Hierdoor veralgemeniseer je de doelstelling, waardoor je sneller overeenkomsten vindt met de andere doelstellingen.

Voorbeeld:

Een zelforganisatie zette zich in om Surinaamse jongeren positieve waarden en normen bij te brengen. Na kort te hebben gesproken over welke waarden en normen dat dan zijn, werd de vraag gesteld: 'Wat is daar belangrijk aan?'. Het antwoord luidde dat de jongeren zo betere kansen hadden op een goede positie als volwassene in Nederland. De doelstelling van de GGD 'iedereen gelijke kansen bieden op gezondheid' sloot daar goed bij aan.

2. Toon de bevindingen uit je vorige stappen

Leg je bevindingen uit de oriëntatiefase aan de vertegenwoordigers voor. Wees daarbij voorzichtig met conclusies ten aanzien van bevolkingsgroepen op basis van cijfers. Statistische indexen als land van herkomst en etnische achtergrond doen vaak geen recht aan de complexiteit van de cultuur (Schaalma, 2007). Beantwoord alle vragen die de gesprekspartners hebben over de informatie die je hun voorlegt. Voor sommige vertegenwoordigers kan de informatie helemaal nieuw zijn. Laat daarom ruimte voor emoties en stel je empatisch op. Vraag of deze informatie verschilt van de informatie waarover de vertegenwoordigers beschikken. Als dat het geval is, ga dan gezamenlijk na hoe dat kan.

Voorbeeld:

Terwijl de GGD de organisatie van het programma in 2003 voorbereidde, vond er een ongelukkig voorval plaats. Door een minder genuanceerde presentatie van de Amsterdamse soa/hiv prevalentiecijfers vanuit de gemeenteraad, voelden vooral Afrikaanse migranten zich beschadigd in hun imago. De wethouder en de GGD Amsterdam nodigden daarop gezamenlijk alle Arubaanse, Antilliaanse, Surinaamse en sub-Sahara Afrikaanse zelforganisaties versneld uit voor een werkconferentie. Ook organisaties die actief zijn op het gebied van soa/hiv preventie werden voor deze bijeenkomst uitgenodigd. In de werkconferentie werd nader over het voorval gesproken en nagegaan hoe het anders zou kunnen in de toekomst. Het AMC lichtte de cijfers van soa/hiv prevalentie toe en de gezondheidsbevorderaar van de GGD vroeg letterlijk aan de zelforganisaties of zij een actieve rol voor zichzelf zagen in soa/hiv preventie. De aanwezige zelforganisaties beaamden dit. Zo werd alsnog de basis gelegd voor de community benadering die in deze handleiding wordt beschreven.

3. Laat de vertegenwoordigers de situatie analyseren

Om erachter te komen hoe de vertegenwoordigers tegen het probleem aankijken, kun je de volgende stappen in het gesprek doorlopen:

- Herkennen en/of erkennen de vertegenwoordigers het probleem?
- Hoe speelt het probleem precies in hun gemeenschap?
- Welke rol of positie hebben de zelforganisaties en hun vertegenwoordigers in het probleem?
- Welke positieve uitkomst willen ze bereiken voor hun gemeenschap?
- Hoe kunnen en willen zij dit zelf (anders) aanpakken?
- Wat hebben zij daarvoor nodig?
- Hoe kan de GGD hen daarbij ondersteunen?

Met deze vragen hou je de verantwoordelijkheid bij de zelforganisaties. Het is belangrijk dat de betrokkenen eerst beseffen dat het een probleem is van hun gemeenschap en dat zij daar een belangrijke rol in kunnen spelen. Als dan volgt: 'Ik wil er wat aan doen', dan kun je je hulp aanbieden.

Tip:

Hou het onderwerp soa/hiv preventie of seksuele gezondheid in eerste instantie algemeen: Vraag hoe soa/hiv en seksuele gezondheid speelt bij de achterban. Pas later maak je het onderwerp persoonlijker, bijvoorbeeld in trainingen in een veilige omgeving.

4. Vraag na of de vertegenwoordigers een actieve rol voor zichzelf zien

Vat het voorgaande samen en vraag na of de zelforganisaties een actieve rol willen spelen in een programma voor bevordering van seksuele gezondheid. Zo ja, in welke mate willen ze participeren? En zo nee, wat houdt hen tegen? Wat hebben ze nodig om alsnog deel te nemen? Of spelen er andere zaken die eerst aandacht behoeven? Soms is het mogelijk om met een ander onderwerp te starten en de activiteiten daarna naar het thema seksuele gezondheid toe te leiden. Bijvoorbeeld door te starten met opvoedingsproblemen en daarbinnen ook te spreken over seksuele voorlichting.

Kennen de vertegenwoordigers nog andere zelforganisaties of sleutelfiguren uit de gevonden doelgroepen die mogelijk mee willen doen? Licht verder toe dat je op basis van de informatie uit de bijeenkomst een programmaplan voor de GGD schrijft en vraag welke vertegenwoordigers daaraan willen meewerken. Geef aan dat je het resultaat nog een keer voorlegt in een gezamenlijke bijeenkomst. Vraag ten slotte of je de vertegenwoordigers mag benaderen als je achteraf nog vragen hebt.

Tip:

'Agree to disagree'. Het is belangrijk met elkaar overeen te komen dat er geen overeenstemming hoeft te zijn om elkaar te respecteren.

3.2.2 De planningsfase van het programma

Schrijf een programmaplan

Op basis van de publieke bijeenkomst met de zelforganisaties kun je een beter beeld vormen van de huidige situatie. Is er bij de zelforganisaties daadwerkelijk behoefte aan een programma met betrekking tot seksuele gezondheid, of hebben andere onderwerpen prioriteit?

Tip:

Reageer op de behoeften die de zelforganisaties aangeven en ondersteun hen bij het vinden naar passende oplossingen. Dat draagt bij aan de kwaliteit van leven van de gemeenschappen en versterkt de onderlinge samenwerking. Let daarbij op de mogelijkheden en grenzen van je eigen organisatie. Een GGD werkt bijvoorbeeld vaak met 'geormerkte' gelden voor bepaalde onderwerpen. Wanneer een zelforganisatie vindt dat overgewicht binnen de gemeenschap aandacht behoeft in plaats van seksuele gezondheid, dan kan de GGD niet altijd direct de financiën overhevelen. Je kunt binnen de GGD wel lobbyen om het geld over te plaatsen. Daarnaast heeft de GGD primair de taak de gezondheid te bevorderen van de bewoners in haar werkgebied. Mocht een zelforganisatie meer behoefte zien in de aanpak van schulden, dan kan een GGD daar niet mee aan de slag. Wel kun je de zelforganisaties helpen contact te leggen met die organisaties die een rol spelen in schuldsanering.

Als de zelforganisaties behoefte hebben aan een programma met betrekking tot seksuele gezondheid, welke mogelijkheden en moeilijkheden leven er dan bij hen in het kader van seksuele gezondheid? Wat kun je binnen het programma inbouwen om de zelforganisaties te steunen bij eventuele knelpunten? Is er bij de zelforganisaties draagvlak voor een community benadering? Wat is het gewenste participatieniveau voor de zelforganisaties? Hoe geef je dat vorm in een programma? Hoe vergroot je de empowerment en de intersectorale samenwerking? Zijn er andere organisaties die wellicht een belangrijke bijdrage kunnen leveren? Hoe versterk je het sociale netwerk? Wat kan het centrale thema zijn voor het komende jaar? Hoe staat het met kennis, attitudes, vaardigheden en het gedrag? Hoe kun je hier het beste bij aansluiten met trainingen?

Vul je programmavoorstel aan met je conclusies naar aanleiding van de gesprekken met de zelforganisaties en verwerk dit in een programmaplan. Doe dit eventueel samen met enkele zelforganisaties. Werk daarbij de oorspronkelijke doelstelling SMART uit in verschillende subdoelstellingen, dat wil zeggen:

- | | |
|----------------------|---|
| Specifiek: | De doelstelling moet eenduidig zijn en precies aangeven wie bereikt wordt, wat er bereikt wordt, waar en wanneer dat bereikt wordt; |
| Meetbaar: | Onder welke (meetbare/observeerbare) voorwaarden of vorm is het doel bereikt? Hoe weet je dat het doel bereikt is? |
| Acceptabel: | Is het doel aanvaardbaar? |
| Realistisch: | Is de doelstelling haalbaar? |
| Tijdgebonden: | Wanneer moet het doel bereikt zijn? |

Tip:

Het ontwikkelen van participatie kost tijd. Hou daarom een geleidelijke opbouw voor ogen. Is voor het programma op dit moment niveau twee wenselijk? Streef er dan bijvoorbeeld naar dat je over twee jaar niveau drie hebt bereikt.

Leg het programmaplan voor aan de zelforganisaties

Vraag die zelforganisaties die daarbij betrokken wilden worden om een reactie op het programmaplan. Om ervoor te zorgen dat alle betrokkenen op één lijn komen, kun je dat het beste doen in een gezamenlijke bijeenkomst. Leg de vragen die je nog hebt aan hen voor. Pas het plan aan naar aanleiding van de input uit de bijeenkomst. Ga nu na wat je voor de organisatie van dit programma precies nodig hebt qua menskracht, deskundigheid en materialen. Op basis hiervan kun je een begroting maken.

Zorg voor financiën voor de lange termijn

Bespreek de resultaten intern bij de GGD en ga na of financiering van de uitvoering mogelijk is voor een langere termijn van minimaal twee à drie, en bij voorkeur vier á vijf jaar. De community aanpak wordt sterker door de jaarlijkse herhaling. Hierdoor ontstaan meer vertrouwen en een hechtere samenwerking, wat de participatie, empowerment, intersectorale samenwerking en versterking van het netwerk ten goede komt. Mogelijke financiers voor de aanpak zijn onder andere de gemeente, Grote Steden Beleid en subsidies van het RIVM. Voor de toekomst kun je ook denken aan samenwerking met verzekeraars, fondsen of commerciële financiers die geïnteresseerd zijn in de gezondheid van cliënten via de community benadering. Mogelijk hebben de zelforganisaties hier ook goede ideeën voor. Laat het plan vervolgens ter besluitvorming binnen de GGD voorleggen.

Tip:

Is er niet direct draagvlak voor een langere periode bij de GGD voor de community benadering? Zet dan in op een kortere periode van twee of drie jaar en beding dat je bij een positieve evaluatie het programma voort mag zetten. Het invoeren van het programma voor een periode van één jaar is niet aan te bevelen. Hierbij vindt geen leereffect plaats en de opzet van het programma vereist daarvoor een te grote inspanning. Nodig eventueel belangrijke beslissers uit bij een bijeenkomst met de zelforganisaties.

Zorg voor de randvoorwaarden

Zorg er voor dat de benodigde menskracht en materialen op orde zijn, voordat je de zelforganisaties uitnodigt voor een algemene informatiebijeenkomst. Hou de zelforganisaties in de tussentijd op de hoogte van de voortgang. Voor voorbeelden van de materialen: zie bijlage 1.

3.2.3. De uitvoeringsfase van het programma = De oriëntatiefase van de projecten

Organiseer een algemene informatiebijeenkomst

Stuur een uitnodiging voor de algemene informatiebijeenkomst naar alle zelforganisaties die zich inzetten voor de doelgroep. Leg daarin uit waarom je hen benadert en licht het principe van het programma globaal toe. Benadruk dat alle zelforganisaties die zich inzetten voor de doelgroep zich kunnen aanmelden voor de algemene informatiebijeenkomst, ook zelforganisaties die niet persoonlijk zijn uitgenodigd. Via via wordt het netwerk zo verder uitgebreid.

Tip:

Vermeld in de uitnodiging voor de algemene informatiebijeenkomst ook de financiële bijdrage voor het opzetten van projecten. Dit is vaak een belangrijke prikkel om deel te nemen.

In de algemene informatiebijeenkomst zelf komen de volgende onderwerpen in ieder geval aan de orde:

1. Aanleiding voor de bijeenkomst;
2. Opzet van het programma;
3. (Eventueel) voorleggen van keuzes voor het programma;
4. Uitnodiging om aan de basistrainingen mee te doen;
5. Uitnodiging om een projectvoorstel in te dienen.

De inhoud van de algemene informatiebijeenkomst kun je eventueel voorbereiden met een of meer ketenorganisaties of zelforganisaties die dat hebben aangegeven in eerdere bijeenkomsten. Grijp in de presentatie eerst terug naar de ontwikkeling tot nu toe (cijfers, literatuur, richtlijnen, publieke bijeenkomst, randvoorwaarden). Geef daarna uitleg over het community programma zoals je dat samen met de zelforganisaties hebt ontwikkeld. Leg eventuele keuzes voor aan de aanwezigen.

Voorbeeld:

In de algemene informatiebijeenkomst vroeg de gezondheidsbevorderaar waar hij het geld voor het programma het beste aan kon besteden: aan een uitgebreidere basistraining of een training over een specifiek thema. De zelforganisaties kozen voor een uitgebreidere basistraining.

Nodig vervolgens de aanwezigen uit voor de bijeenkomsten en trainingen van het programma. Benadruk dat alle bijeenkomsten en trainingen gratis zijn en toegankelijk zijn voor alle zelforganisaties die zich op de doelgroepen richten. Ook als deze zelforganisaties uiteindelijk geen projecten opzetten. Licht toe dat de basistraining verplicht is voor de zelforganisaties die een project willen uitvoeren. In dat geval moeten minimaal twee vaste vertegenwoordigers aanwezig zijn bij de bijeenkomsten en trainingen om de continuïteit bij de deelnemende zelforganisatie zoveel mogelijk te waarborgen.

Organiseer basistrainingen

De basistraining duurt ongeveer vier dagdelen en heeft als doel de deelnemers basiskennis en -vaardigheden bij te brengen, zodat ze zelf activiteiten kunnen opzetten ter bevordering van de seksuele gezondheid bij hun achterban. De inhoud van de basistraining wordt mede bepaald door de behoeften van de vertegenwoordigers van de zelforganisaties.

Voorbeeld:

Om soa/hiv in een context te kunnen plaatsen, werd in de basistraining in Amsterdam eerst infectieziektebestrijding in het algemeen besproken. Daarna ging de training specifiek in op soa/hiv en preventie daarvan. Zo is condoomgebruik uitgelegd en hoe mensen zich kunnen laten testen op soa en hiv. Ook de basisprincipes van voorlichting en communicatie kwamen aan de orde, waaronder

feedback. Ten slotte werd uitgelegd hoe de zelforganisaties een projectvoorstel voor het programma konden indienen. Bij dit laatste onderdeel werden de werkdocumenten van het programma getoond (zie bijlage 1).

Tip:

De GGD heeft vaak een hoog aanzien en wordt door de zelforganisaties veelal gezien als autoriteit. Dat kan soms intimiderend werken in de zin dat mensen 'ja' zeggen, maar eigenlijk 'nee' bedoelen. Benadruk daarom in de contacten dat de zelforganisaties open hun mening kunnen geven en over hun ervaringen kunnen vertellen. Dat is belangrijk om de zelforganisaties goed te kunnen begeleiden in hun ontwikkeling en ook om zelf te leren. Vraag in dat kader ook regelmatig van de zelforganisaties feedback op het programma en je eigen functioneren.

Nodig alle zelforganisaties uit een projectvoorstel in te dienen

Verstuur aan alle bekende zelforganisaties een mailing met daarin het verzoek om projectvoorstellen voor het komende programmajaar in te dienen. In de mailing staat in ieder geval:

- Wat het thema van het komend jaar is;
- Dat de zelforganisaties een projectvoorstel kunnen indienen door een projectplan volledig in te vullen en op te sturen naar de GGD. Daar dienen ze een uittreksel van de Kamer van Koophandel aan toe te voegen;
- Wat de richtlijnen zijn;
- Dat de vertegenwoordigers van de zelforganisaties ondersteuning kunnen krijgen bij het schrijven van het projectvoorstel, maar dat ze dat wel zelf moeten aanvragen;
- Wat de deadline is voor het indienen van een projectvoorstel;
- Binnen welke termijn de organisaties de beoordeling kunnen verwachten.

Tip:

Benadruk dat zelforganisaties tijdig ondersteuning aanvragen bij het schrijven van het projectvoorstel. In praktijk is gebleken dat de agenda van de gezondheidsbevorderaar tegen de deadline vaak helemaal vol zit met last-minute aanvragen van zelforganisaties.

De mailing heeft als bijlage een pakket met alle formulieren die nodig zijn om deel te nemen aan het gehele programma (zie bijlage 1):

- Aanvraagformulier – projectplan + toelichting;
- Richtlijnen voor deelname;
- Werkplan per activiteit + toelichting;
- Evaluatieformulier per activiteit + toelichting;
- Eindverslag en financiële verantwoording + toelichting.

Geef op aanvraag ondersteuning bij het schrijven van projectvoorstellen

De zelforganisaties hebben nu voldoende informatie ontvangen om te bepalen of ze een project willen opzetten. Als dat het geval is, werken zij daarvoor een globaal projectvoorstel uit. En als ze dat willen, maken ze daarvoor een afspraak. Om de zelforganisaties goed te begeleiden, is het belangrijk dat je de rol van coach vervult. Stel in dat kader vragen en draag zo min mogelijk oplossingen voor. Open vragen die bijvoorbeeld beginnen met 'wie, wat of hoe' zijn hiervoor geschikt. Vertrouw erop dat de vertegenwoordigers zelf komen met oplossingen voor de door hun ervaren uitdagingen. De kans is groot dat deze eigen oplossingen goed aansluiten bij hun achterban.

Tip:

Vermijd 'waarom'-vragen. De ander voelt zich daarbij vaak ter verantwoording geroepen en schiet in de verdediging.

Ga in het gesprek na hoe je als gezondheidsbevorderaar de vertegenwoordigers bij hun keuzes kan ondersteunen. Als de organisatie via een bijeenkomst of op de radio voorlichting wil geven, is het bijvoorbeeld mogelijk dat jij of een collega dat uitvoert. En wanneer een bijeenkomst speciaal voor jongeren is, kan de Sense-verpleegkundige langs komen. Zorg ervoor dat je bestaand GGD-aanbod alleen koppelt als er daadwerkelijk behoefte aan is bij de zelforganisaties. Geef daarbij ook aan of voor deze GGD-diensten een tarief in rekening wordt gebracht. Als dat zo is, moeten de zelforganisaties dit in hun eigen begroting opnemen. Wanneer je zelf een training geeft of een andere dienst kan verlenen, hoeft dit vaak niet te worden betaald. De aanstelling van de gezondheidsbevorderaar is binnen het programma al begroot.

Beoordeel de projectvoorstellen

Om de objectiviteit van het programma te verhogen, is het belangrijk dat ook andere, neutrale personen de projectvoorstellen beoordelen. Bij een groot aantal projectvoorstellen kun je een formele Beoordelingscommissie samenstellen. In de beoordeling ben je zelf een belangrijke schakel, omdat je meer weet van de zelforganisaties en hun voorgeschiedenis dan de andere beoordelaars. Je kunt eventueel een toelichting geven naar de andere beoordelaars toe.

Tip:

Plan tijdig de gezamenlijke beoordelingsbijeenkomsten in; agenda's zitten vaak snel vol.

Ga bij de beoordeling na of de verschillende onderdelen van het projectvoorstel voldoende zijn omschreven en of ze voldoen aan de criteria die je eerder met de zelforganisaties hebt gecommuniceerd (zie bijlage 1.2). Bepaal gezamenlijk of een zelforganisatie in aanmerking komt voor een financiële bijdrage en hoe groot die dan is. Verzamel de opmerkingen van de beoordelaars voor de terugkoppeling aan de zelforganisaties. Doe ook voorstellen voor samenwerking aan die organisaties waarvan de projectvoorstellen op punten overeen komen. Zo kunnen de zelforganisaties diensten en kennis uitwisselen en een breder deel van de gemeenschap bedienen. Het voorstel voor samenwerking is echter niet bindend. Dat zou afdoen aan de eigen verantwoordelijkheid van de zelforganisaties.

Voorbeelden:

Twee Afrikaanse organisaties die beide met vrouwen werken, bundelden hun krachten om een weekend te organiseren waar hun achterbannen gezamenlijk aan konden deelnemen.

Een Antilliaanse tv-organisatie verzorgde de opnamen bij een theatervoorstelling van een Antilliaanse zelforganisatie. Vervolgens kon de tv-organisatie de opnamen weer gebruiken voor de eigen uitzendingen.

Stel de overeenkomsten op

Stel zo snel mogelijk na de beoordeling de overeenkomsten op voor de gehonoreerde zelforganisaties (zie bijlage 1.6). Hierin staan onder andere de naam van de zelforganisatie, het gehonoreerde bedrag, het project, rechten en plichten van de zelforganisatie en de namen van twee vertegenwoordigers.

Koppel het beoordelingsresultaat terug

Communiceer vervolgens het resultaat van de beoordeling met de indieners. Bij de niet-gehonoreerde organisaties geef je een toelichting op de reden van de afwijzing. Benadruk dat de nog ingeplande bijeenkomsten en trainingen voor alle zelforganisaties toegankelijk zijn, ook voor organisaties waarvan het projectvoorstel niet gehonoreerd is. Zo houden alle zelforganisaties hetzelfde kennisniveau. Mocht een zelforganisatie naar aanleiding van een afwijzing reageren of een gesprek aanvragen, loop dan gezamenlijk het projectvoorstel door. Ga daarbij na wat er is misgelopen en hoe het een volgende keer beter kan.

Voorbeelden:

Een zelforganisatie die een eenmalige voorlichtingsbijeenkomst wilde organiseren werd afgewezen, omdat duidelijk was aangegeven dat er meerdere opeenvolgende activiteiten moesten plaatsvinden. Een andere organisatie had al drie jaar een vergelijkbaar projectvoorstel ingediend. Een vierde jaar is dat afgewezen.

Bij de gehonoreerde organisaties vermeld je de reden voor de toewijzing en voor hoeveel geld het project is gehonoreerd. Leg uit dat de twee officiële vertegenwoordigers van de zelforganisatie de bijgevoegde overeenkomst moeten ondertekenen en terugsturen. Ook in deze brief kondig je de nog geplande bijeenkomsten en trainingen aan, plus het feit dat deze voor alle zelforganisaties toegankelijk zijn. Vervolgens moeten deze zelforganisaties nu hun werkplannen uitwerken per activiteit (zie bijlage 1.3). Voor iedere activiteit vult een zelforganisatie een apart werkplan in. Zijn er vijf radio-uitzendingen? Dan schrijft de zelforganisatie vijf werkplannen. Organiseert de zelforganisatie een voorlichting en een discussiebijeenkomst? Dan vult de organisatie twee werkplannen in.

Voorbeeld:

De Beoordelingscommissie financierde soms onderdelen van projectvoorstellen niet, omdat ze niet overeen kwamen met het thema van dat jaar. Zo werd van een Afrikaans trainingsweekend wel het kamp voor de jongeren gefinancierd, maar niet voor de volwassenen, omdat dat jaar het thema gericht was op de jeugd.

Evalueer en pas eventueel het programmaplan aan

Ga de voortgang tot op heden na en let daarbij op de algemene doelstellingen van het programma. Evalueer de voortgang eventueel samen met enkele zelforganisaties. Noteer de ontwikkelingen, wijzingen, etc. in een voortgangsverslag bij het programmaplan. Dit helpt om aan het eind van het jaar de verantwoording te schrijven.

3.2.4. De planningsfase van de projecten

Tip:

Uiteindelijk zullen niet alle zelforganisaties van het begin af aan meedoen. Ga met die zelforganisaties, sleutelfiguren en religieuze leiders aan de slag die op dat moment kunnen en willen deelnemen. Laat het programma van daaruit groeien. Het jaar daarop kun je met je toegenomen kennis en ervaring opnieuw organisaties benaderen voor deelname aan het programma.

Voer individuele gesprekken over de werkplannen

Plan een individuele afspraak in met alle organisaties waarvan het algemene projectvoorstel is gehonoreerd. Die organisaties waarbij je een voorstel tot samenwerking hebt gedaan, nodig je

gezamenlijk uit. In de gesprekken verhelder je allereerst de visie van de zelforganisaties en hun intrinsieke motivatie om deel te nemen aan het programma. Het gaat erom dat de betrokkenen beseffen en onderkennen dat er een probleem is bij hun achterban waar ze iets aan willen doen.

Neem in het individuele gesprek vervolgens stapsgewijs de werkplannen door. Vooral het onderdeel doelstellingen vraagt de nodige aandacht. Niet iedereen is gewend om doelstellingen nader uit te werken. Wanneer een zelforganisatie voor het eerst deelneemt, kun je de eisen aan de doelstellingen minder hoog stellen, dan wanneer de zelforganisatie voor het vierde jaar aan het programma deelneemt. Ondersteun de zelforganisaties bij het uitwerken van hun werkplannen door kritische vragen te stellen. Welke kennis of vaardigheid wil de zelforganisatie realiseren? Hoeveel bijeenkomsten zijn er nodig? Wat wordt er precies gedaan in de bijeenkomsten? Zit er een opbouw in de bijeenkomsten? Is opvang of contact na de bijeenkomst nodig voor de deelnemers?

Voorbeeld:

Een zelforganisatie voor en door jongeren ontwikkelde een theatervoorstelling. Daarbij hebben alle deelnemende toneelspelers een training ontvangen in soa/hiv preventie. Deze toneelspelers waren ook peer educators. Na de theatervoorstelling waren zij in de ontmoetingsruimte aanwezig om antwoord te geven op vragen van het publiek.

Tip:

Soms is het handig om aan de zelforganisatie een heel ander voorbeeld te geven dat niets met seksualiteit te maken heeft. Op deze manier kun je de zelforganisatie op ideeën brengen en voorkom je dat je zelf de antwoorden geeft.

Voorbeeld:

Voor het opstellen van een werkplan vertelde de gezondheidsbevorderaar de volgende metafoor aan de vertegenwoordigers: 'Stel, je bent timmerman en je wilt de perfecte tafel maken. Dan moet je weten voor wie de tafel is (volwassenen/kinderen, aantal personen) en wat ze ermee gaan doen (eten/werken/spelen). Op basis daarvan bepaal je je materiaal en je gereedschap. En dat wordt weer mede bepaald door randvoorwaarden als je eigen vaardigheden, het beschikbare budget en de fysieke ruimte die je hebt. En misschien moet je wel enkele tafels maken voor hij echt perfect is.'

Let in het gesprek over de werkplannen ook op de eventuele uitvoering door externen. De zelforganisaties zetten voor de uitvoering van het project vaak betaalde krachten in vanuit het netwerk. Dat past prima in het concept van de community benadering. Als je deze mensen niet kent of twijfelt over de competentie of de kwaliteiten, vraag dan referenties. Of nodig deze mensen uit voor een gesprek om helder te krijgen of zij de boodschap goed kunnen overbrengen. Als een dergelijke toetsing of gesprek niet mogelijk is, kun je er ook voor zorgen dat je bij het project aanwezig bent om de uitvoering in goede banen te leiden.

Tip:

Wanneer je gast bent bij een project, zorg er dan voor dat je de organisatie of sprekers niet afvalt of voor het hoofd stoot. 'Mag ik daarbij een aanvulling maken?,' is bijvoorbeeld een beleefde openingszin.

Denk verder aan capacity-building. Oftewel, hoe kan de zelforganisatie het beschikbare geld zo inzetten, dat ze daarmee veel kan bereiken en het netwerk kan versterken. Bijvoorbeeld door het trainen van vrijwilligers die een vergoeding krijgen voor hun inzet. Het jaar daarop kunnen deze vrijwilligers dan vaak weer worden gevraagd. Het vergroot de betrokkenheid van de gemeenschap.

Druk de vertegenwoordigers op het hart dat ze contact met jou of de administratief medewerker opnemen met vragen en problemen. In de praktijk blijkt men vaak lang te wachten met het melden van problemen. Het gevolg kan zijn dat de zelforganisatie het project niet op tijd of niet goed afrondt en het volgende jaar niet kan deelnemen of het laatste deel van de financiële bijdrage niet ontvangt. Om teleurstellingen te voorkomen, loont het voor een zelforganisatie om knelpunten tijdig te bespreken.

Herinner de zelforganisaties ten slotte ook aan de geplande startbijeenkomst waarvoor zij zich op moeten geven, ook al is deze verplicht voor hen.

Tip:

Het is belangrijk dat je van tevoren vertrouwen hebt in de mensen. Vertrouwen dat zij in staat zijn hun werkplan uit te voeren zoals zij zich hebben voorgenomen. Belangrijk is dat je dat ook uitstraalt. Twijfel je soms, dan is het beter dat al in de planningsfase te bespreken en te vragen of het akkoord is dat je tussendoor contact opneemt om te vragen hoe het gaat. De interesse in de voortgang wordt door de zelforganisaties vaak gewaardeerd.

Vul je eigen jaarplan in op basis van de werkplannen

Vul je eigen planning aan naar aanleiding van de werkplannen van de zelforganisaties. Bij wie ga je wanneer langs? Wie ga je tussendoor nog eens bellen en wanneer? Zie bijlage 1.8 voor een voorbeeld van een formulier waarop je je eigen jaarplan kunt invullen.

Organiseer een startbijeenkomst

In de planningsfase van de zelforganisaties is het goed om een gezamenlijke startbijeenkomst te houden. Belangrijk is dat de zelforganisaties daarbij ruimte krijgen om hun voorgenomen projecten te presenteren. Zo bied je een platform om ideeën uit te wisselen en zien zelforganisaties waar ze mogelijk samen kunnen werken. Ook is deze bijeenkomst een goed moment om keuzes voor het programma voor te leggen aan de zelforganisaties. In het eerste jaar van het programma kun je bijvoorbeeld vragen hoe de zelforganisaties de start van het programma aan de buitenwereld bekend willen maken.

Voorbeeld:

In Amsterdam gaven de zelforganisaties bekendheid aan het soa/hiv programma via een Walk for life. In de Walk for life liepen alle deelnemende zelforganisaties gezamenlijk een tocht door Amsterdam Zuidoost, waarmee ze openlijk bekendheid gaven aan hun steun en deelname aan het soa/hiv programma. Mensen konden zich gaandeweg aansluiten bij de wandelaars. De tocht eindigde op een parkeerplaats bij de Amsterdam Arena, waar de wethouder de aanwezigen toesprak. Bij de Amsterdam Arena waren standjes van alle zelforganisaties. Er werd informatie en materiaal rond soa/hiv preventie uitgedeeld en er was muziek. De Walk for life was uitgewerkt en georganiseerd door een commissie van de zelforganisaties. De GGD Amsterdam financierde het geheel en leverde het preventiemateriaal.

Benadruk aan het eind van de startbijeenkomst dat de zelforganisaties contact met jou of de administratief medewerker opnemen, wanneer ze vragen hebben of problemen ondervinden in de uitvoering.

Betaal de 80% - factuur

Wanneer een zelforganisatie alle werkplannen compleet heeft ingeleverd en jij ze na het individuele gesprek hebt goedgekeurd, kan de zelforganisatie een factuur indienen voor 80% van het gehonoreerde bedrag.

Tip:

Het is belangrijk om goed in de gaten te houden of de GGD de ingediende facturen van de zelforganisaties binnen de afgesproken termijn betaalt. Zonder de benodigde financiën kunnen de zelforganisaties vaak niet van start.

**E* Evalueer en pas eventueel het programmaplan aan

Op basis van de individuele gesprekken en de startbijeenkomst, evalueer je weer de voortgang van het programma, eventueel samen met enkele zelforganisaties. Het kan zijn dat er iets in het programma aangepast moet worden. Bijvoorbeeld in de bijeenkomsten of trainingen. Het programma probeert immers zo goed mogelijk aan te sluiten bij de praktijk van de zelforganisaties. Let daarbij goed op de actualiteit. Waar wordt zoal over gesproken door de zelforganisaties met betrekking tot seksuele gezondheid? Kan hiermee iets gedaan worden in het programma? Noteer eventuele wijzigingen in het voortgangsverslag bij het programmaplan.

Voorbeeld:

In een bepaald jaar vonden er in Amsterdam homo- en hiv-healings plaats. De gezondheidsbevorderaar hoorde hiervan en vroeg dit in zijn netwerk na. Toen deze geluiden inderdaad bevestigd werden, organiseerde de gezondheidsbevorderaar een bijeenkomst over seksuele diversiteit, waarbinnen ook de healings werden besproken.

3.2.5. De uitvoeringsfase van de projecten

**O* Organiseer ondersteunende trainingen

In de uitvoeringsfase van de zelforganisaties kun je specifieke trainingen aanbieden rond het thema dat aan de orde is. De wensen van de vertegenwoordigers en je eigen bevindingen naar aanleiding van eerdere gesprekken en bijeenkomsten, bepalen mede de inhoud van de trainingen. Voor de inhoud van de trainingen kun je gebruik maken van het bestaande GGD-aanbod. Mocht de GGD de specifieke kennis niet in huis hebben, zoek dan de samenwerking met een ander gezondheidsbevorderend instituut.

Tip:

Als je zelf steeds bij de trainingen van externe organisaties aanwezig bent, kun je de trainingen in de toekomst eventueel zelf geven.

Voor deelname aan het programma is het belangrijk dat vertegenwoordigers van zelforganisaties zich bewust zijn van hun eigen kijk op seksualiteit. In de trainingen moet hier aandacht voor zijn. Wat is seksualiteit eigenlijk, hoe verloopt seksualisering, wat is gender, wat hebben ze zelf ervaren, hoe gaan ze ermee om? In de meeste gemeenschappen is seksualiteit niet zo makkelijk bespreekbaar. Over het algemeen is seksualiteit wel zichtbaar in bijvoorbeeld grapjes. Maar als het persoonlijk wordt, zijn mensen minder bereid erover te praten. Zorg daarom in de trainingen voor een veilige omgeving en bouw zorgvuldig een vertrouwensrelatie op met de deelnemers.

Voorbeeld:

In de trainingen van de GGD Amsterdam zijn de volgende onderwerpen aan bod gekomen:

2004 / 2005

Hiv&soa in de huisartsenpraktijk, hiv & soa op de soa-polikliniek, hiv & behandeling, hiv & zwangerschap, hiv en kinderen, voorlichtingsmethodiek, uitleg betreffende het schrijven en indienen van projectvoorstellen en activiteiten.

2006

Herhaling hiv/soa, Hepatitis A/B/C, afstemming en samenwerking, soa/hiv/lgv deel 2, leven met hiv, young positives, kennis van de sociale kaart.

2007

Hiv & soa, stigma en taboe, seksuele opvoeding, seksuele gezondheid en religie, seksuele diversiteit, hiv & Islam, afstemming en samenwerken.

2008

Hiv & soa, Stigma en taboe, schrijven van projectvoorstellen, communicatie en voorlichting, gesprekstechniek, geheimhouding en privacy, samenwerking (wanneer, met wie, waarom).

2009

Hiv & soa, vrouwelijke genitale verminking.

Na het eerste jaar geef je in deze periode ook basistrainingen. Bijvoorbeeld wanneer nieuwe zelforganisaties meedoen of wanneer de bestaande zelforganisaties aangeven behoefte te hebben aan een herhaling. Hou daarbij aan dat minimaal acht personen deelnemen. Dit aantal is reëel gezien de kosten van zaalhuur, catering etc. Soms kun je besluiten voor minder mensen een basistraining te organiseren. Bijvoorbeeld omdat je weet dat het bereik van de desbetreffende organisatie(-s) groot is.

Beantwoord vragen van zelforganisaties en houd contact

In deze fase voeren de zelforganisaties zelfstandig hun project uit. Denk er verder aan om met die vertegenwoordigers contact op te nemen waarvan je verwacht of weet dat ze iets spannend of moeilijk vinden.

Bezoek de activiteiten (aangekondigd en onaangekondigd)

Ga aangekondigd en onverwachts langs bij de activiteiten. Zorg dat je minimaal eenmaal in een project de zelforganisatie bezoekt. De interesse wordt zeer gewaardeerd door de zelforganisaties. Het bezoek geeft je ook een goede indruk van het verloop van het project. Onverwachte bezoeken leveren soms meer inzicht op. Vertegenwoordigers spannen zich mogelijk extra in wanneer ze weten dat je langs komt.

Voorbeeld:

Het is wel eens voorgekomen dat de gezondheidsbevorderaar naar een activiteit ging, maar dat deze op dat moment niet werd gehouden. Door dit te bespreken met de zelforganisatie kon hij achterhalen wat er aan de hand was en de organisatie weer op de rit helpen. De bijeenkomst is op een later tijdstip alsnog uitgevoerd.

Wanneer een zelforganisatie een activiteit heeft uitgevoerd, vullen de vertegenwoordigers het evaluatieformulier per activiteit in en sturen dit direct op naar de GGD (zie bijlage 1.4). Controleer de inhoud van het evaluatieformulier bij ontvangst. Mocht er nog informatie ontbreken of niet helder zijn, koppel dit dan direct terug aan de zelforganisatie. Het stimuleert de organisaties om serieus met de evaluaties aan de slag te gaan. Is het formulier in orde? Meld dat dan ook even aan de zelforganisatie.

Voer tussentijdse evaluatiegesprekken

De evaluatieformulieren per activiteit dienen als input voor het tussentijdse evaluatiegesprek.

Tip:

Een goede manier om de vertrouwensband met de zelforganisaties verder te verstevigen is door culturele feesten te bezoeken. Het geeft je meer inzicht in de andere cultuur en de zelforganisaties waarderen dit vaak zeer.

In het gesprek gaat het daarbij om het leren van de ervaringen tot dan toe en het vasthouden van energie voor de volgende activiteiten. Laat in het gesprek de vertegenwoordigers van de zelforganisaties eerst zelf hun positieve ervaringen en concrete verbeterpunten benoemen. Hou daarbij de doelstelling die ze willen bereiken in het oog. Geef eventueel jouw positieve bevindingen en verbeterpunten daarna.

Als er negatieve ontwikkelingen zijn, is het belangrijk dit direct te bespreken. Bijvoorbeeld dat de organisatie flink achter ligt op schema, of nog helemaal geen activiteiten heeft uitgevoerd. Noteer de reden voor de vertraging en de gezamenlijke afspraken om dit op te lossen in een kort verslag. Stuur dit korte verslag achteraf ter herinnering naar de zelforganisatie toe. Op die manier is de kwestie helder en wordt het tijdens de eindevaluatie geen onverwachts discussiepunt. Herinner de zelforganisatie in het gesprek aan de deadline aan voor het inleveren van het eindformulier en de financiële verantwoording.

Organiseer een tussentijdse bijeenkomst

Organiseer na de individuele gesprekken een gezamenlijke bijeenkomst om de voortgang in het algemeen met elkaar door te nemen. Regelmatige terugkoppeling van de voortgang en resultaten van het programma bevordert het draagvlak. Zo kunnen de betrokkenen ook weer van elkaar leren. Bespreek alle zaken op een open manier. Ook zaken die minder goed lopen. Geef de betrokkenen gelegenheid hun kant van het verhaal te belichten. Vraag steeds na wat men ervan geleerd heeft. Vraag ook regelmatig feedback op het programma zelf. Herhaal ten slotte weer de deadline voor het inleveren van het eindformulier en de financiële verantwoording.

Voorbeeld:

De feedback op een voorlichtingsbijeenkomst luidde: 'Ik vind dat je duidelijk vertelde hoe je een condoom kunt afrollen. En wat nog beter kan is dat je een volgende keer de jongeren zelf kunt laten ervaren hoe dat gaat. Nu deed je het zelf voor en ik zag dat de deelnemers een beetje onderuit gezakt toekeken. Laat de deelnemers ook in actie komen en het zelf oefenen. Dat maakt dat ze het ook sneller zelf in praktijk brengen als dat nodig is.'

Tip:

Creëer een sfeer waarin ruimte is om te leren. In zo'n leeromgeving bestaan geen fouten. Benoem dingen die minder goed gaan als 'leermomenten', of 'uitgestelde successen'. Pas daarbij consequent de principes toe van sandwichfeedback. Wees er alert op dat ook de deelnemers dit doen:

- Benadruk eerst de positieve resultaten;
- En geef daarna specifiek aan wat beter kan. (Gebruik daarbij het woord 'en' in plaats van 'maar' en communiceer open en eerlijk vanuit jezelf);
- Eindig met een overall positieve uitkomst.

Evalueer en pas eventueel het programmaplan aan

Ga de voortgang weer na in het kader van de algemene doelstellingen, eventueel samen met enkele zelforganisaties. Noteer de ontwikkelingen, wijzingen, etc. in een voortgangsverslag bij het programmaplan.

3.2.6. De afrondingsfase van de projecten

Kondig het eind(evaluatie)verslag en de financiële verantwoording aan

Stuur minimaal een maand van tevoren een e-mail aan alle deelnemende zelforganisaties en nodig hen uit voor een individueel evaluatiegesprek. Geef daarbij aan dat ze voor het gesprek het eind(evaluatie)verslag en de financiële verantwoording moeten inleveren (zie bijlage 1.5). Herhaal de datum van de deadline.

De financiële verantwoording is een globaal overzicht van de uitgaven en eventuele inkomsten van het project. De facturen en bonnetjes zelf hoeven de zelforganisaties niet te overhandigen. Ze moeten ze wel in bezit hebben voor eventuele nadere verantwoording voor de GGD of de belastingdienst. Benadruk dat zowel het eindverslag als het financiële overzicht compleet en duidelijk moeten zijn om de restfactuur van 20% in te kunnen dienen. Ook alle tussenevaluaties moeten daarvoor zijn goedgekeurd. Geef aan dat de organisaties bij het opstellen van het eindverslag weer jouw ondersteuning kunnen vragen.

Tip:

In de praktijk is gebleken dat de organisaties vaak laat zijn met het inleveren van het eindverslag en het financiële overzicht. Stuur daarom één á twee weken van tevoren nog een algemene herinneringsmail.

Geef op aanvraag ondersteuning bij het opstellen van het eindverslag

Ook hier geldt weer: stel voornamelijk verhelderende vragen. Stap niet in de valkuil van het zelf formuleren van antwoorden.

Voer individuele eind(evaluatie)gesprekken

Als gezondheidsbevorderaar voer je vervolgens een individueel evaluatiegesprek met alle deelnemende zelforganisaties. Ga daarin het verloop en de resultaten stapsgewijs na aan de hand van het eindverslag. Omdat de zelforganisaties soms weinig of geen ervaring hebben met projectmatig werken, is het aan te bevelen de eisen voor de evaluatie in het begin wat lager te houden en in de loop van de jaren omhoog bij te stellen. Als de vertegenwoordigers nog iets in de evaluatie moeten aanpassen, kunnen ze dat na afloop van het gesprek doen en de aangepaste evaluatie opsturen naar de GGD met de restfactuur.

Tip:

In het eerste jaar kun je tevreden zijn met een algemeen verhalend verslag. Geef daarbij wel aan welke basale informatie je minimaal nodig hebt, zoals:

- *Is het project volgens het projectplan verlopen of waren er wijzigingen?*
- *Hoeveel mensen hebben deelgenomen?*
- *Welke reacties heeft de zelforganisatie ontvangen?*

Vraag in de volgende jaren meer informatie of meer gedetailleerde informatie.

Stel vervolgplannen op indien nodig

Soms komt het voor dat een organisatie nog een deel van het project moet uitvoeren. Dat is lastig, omdat de organisatie hierdoor in het komende jaar soms geen nieuw project kan ontwikkelen. De organisatie kan de resterende 20% op een later tijdstip dan wel krijgen. Stel daarvoor gezamenlijk een vervolgplan op en herinner de organisatie tegen die tijd aan de nieuwe vastgestelde deadline.

Voorbeeld:

Bij een zelforganisatie was gedurende het jaar het bestuur gewisseld. Het nieuwe bestuur moest zich inwerken en kon daardoor het project niet tijdig afronden. De gezondheidsbevorderaar heeft toen met het nieuwe bestuur afgesproken dat de zelforganisatie drie maanden uitstel kreeg om de activiteiten alsnog uit te voeren. Hierdoor konden ze geen projectvoorstel indienen voor het volgende jaar.

Wanneer het project niet is gerealiseerd en er geen mogelijkheden meer zijn om het project alsnog uit te voeren, heeft de zelforganisatie geen recht op de laatste financiële bijdrage. Leg dit uit in het evaluatiegesprek. Bespreek met de zelforganisatie wat zij een volgende keer kunnen doen om een dergelijke situatie te voorkomen. Refereer in het gesprek naar de uitkomsten in de tussenevaluatie en de overeengekomen aanpak.

Tip:

Empowerment betekent ook dat de organisaties de verantwoordelijkheid dragen wanneer hun project niet goed is gelopen. Ga wel altijd met de betreffende zelforganisatie na hoe ze dit een volgende keer kunnen voorkomen.

Betaal de 20%-factuur

Als je alle evaluatieformulieren per activiteit, het eindverslag en de financiële verantwoording goedgekeurd hebt, kan de zelforganisatie de 20% factuur indienen.

3.2.7 De afrondingsfase van het programma

Evalueer het programmajaar en schrijf de verantwoording

Vul nu je oorspronkelijke programmaplan aan met een eindevaluatie. Voor de verantwoording kun je de gegevens gebruiken die je aan het eind van iedere fase hebt genoteerd. En als het goed is, heb je tussendoor ook regelmatig feedback ontvangen van de zelforganisaties. Geef in je verantwoording bijvoorbeeld aan hoeveel organisaties zijn bereikt, wat de resultaten op het niveau van de projecten van de zelforganisaties samen, geef aan welke wijzigingen in het programma zijn aangebracht en wat de reden was. Formuleer wat goed ging en wat beter kan. Ook de verantwoording kun je schrijven met de zelforganisaties samen, afhankelijk van hun wensen.

3.2.8 De oriëntatiefase van het programma (2e – 5e jaar)

De cyclus is nu een eerste keer geheel doorlopen. Het volgende programmajaar gaat van start.

Bepaal het thema en de doelgroep voor het komend programmajaar


Op basis van de verantwoording, de richtlijnen vanuit de overheid en de GGD en recente cijfers en literatuur, stel je samen met de zelforganisaties het thema voor het volgende jaar vast. Ga verder in deze fase na welke doelgroepen tot nu toe nog minder goed worden bereikt. Bereik je wel de

goede groepen? Welke subgroepen hebben de zelforganisaties nog niet bereikt? Als er bijvoorbeeld veel activiteiten zijn geweest voor ouderen, wordt het dan nu tijd om met jongeren aan de slag te gaan? Of bijvoorbeeld mannen? In hoeverre worden mensen met hiv in de trajecten meegenomen? Zo voer je ieder jaar weer een specifiek thema in. De andere beoordelaars kunnen daar eventueel in helpen door kritische vragen te stellen. Zo wordt het programma steeds verder aangescherpt.

Noteer alle bevindingen weer in een nieuw programmaplan. Dit programmaplan kun je bespreken met een vertegenwoordiging van de zelforganisaties of bespreken in de volgende algemene informatiebijeenkomst.

Voorbeeld:

In Amsterdam werd in het programma gewerkt met Arubaanse, Antilliaanse, Surinaamse en sub-Sahara Afrikaanse zelforganisaties. In eerst instantie was het thema soa/hiv preventie. Uit de literatuur was bekend dat binnen deze culturen taboe bestaat ten opzichte van seksualiteit. Over soa/hiv werd niet of nauwelijks gesproken en daarnaast werden mensen met hiv en aids vaak gestigmatiseerd. Het bestaan van stigma en taboe werd bevestigd door de vertegenwoordigers van de zelforganisaties in het eerste programmajaar. Op grond daarvan is voor het tweede jaar gekozen voor het thema stigma & taboe. In aansluiting op dit thema organiseerde de gezondheidsbevorderaar de trainingen en zetten de zelforganisaties hun projecten op. Andere thema's die in de loop van de jaren aan de orde zijn geweest zijn 'gender', 'seksuele diversiteit' en 'religie'.

 Ga na welke zelforganisaties nog meer in aanmerking komen

Nadat je het thema en de doelgroepen nader hebt gespecificeerd, ga je na welke zelforganisaties afgelopen jaar niet hebben deelgenomen en nu in aanmerking komen voor het programma. Nodig hen op een persoonlijke manier uit voor de publieke bijeenkomst.

3.2.9 De volgende planningsfase van het programma (2e – 5e jaar)

 Pas de randvoorwaarden aan waar nodig

Voer de nodige wijzigingen in de randvoorwaarden zo spoedig mogelijk door. Communiceer de doorgevoerde wijzigingen ook met de zelforganisaties.

Voorbeeld:

In 2010 kwam vanuit het Grote Steden Beleid minder geld beschikbaar voor het programma, met het gevolg dat er minder geld beschikbaar was voor de projecten van de zelforganisaties. Dit kwam niet als een verrassing voor de zelforganisaties, omdat de gezondheidsbevorderaar ze hierover al in een eerdere fase had geïnformeerd.

3.2.10 De volgende uitvoeringsfase van het programma (2e – 5e jaar)

 Organiseer een algemene informatiebijeenkomst

Kijk in de algemene informatiebijeenkomst met de zelforganisaties terug op het afgelopen jaar. Misschien willen zelforganisaties die vorig jaar hebben meegedaan een presentatie geven? Dit kan andere zelforganisaties inspireren. Kijk samen met de zelforganisaties naar wat goed ging in de eigen activiteiten, en wat beter kan. Sta ook gezamenlijk stil bij wat goed ging in het programma en wat beter kan. In deze bijeenkomst wordt ook de brug naar het komend jaar gelegd. Leg het plan voor komend jaar voor en vraag de zelforganisaties om een reactie. Nodig alle organisaties weer uit een projectvoorstel in te dienen voor het komende jaar.

Nodig alle zelforganisaties uit een projectvoorstel in te dienen

Verstuur de mailing met de basisinformatie over het project naar alle bekende zelforganisaties. Wanneer de meeste betrokkenen ervaring hebben met de inhoud en de opzet van het programma en het projectmatig werken, hoef je nu geen basistraining te geven. Hierdoor wordt de oriëntatiefase van de projecten aanzienlijk ingekort. Benadruk dat de zelforganisaties voor het schrijven van het projectvoorstel ondersteuning aan jou kunnen vragen. Daarnaast kun je nu de meer ervaren zelforganisaties vragen of zij nieuwe organisaties willen ondersteunen bij het schrijven van een projectvoorstel. Dit is vooral interessant wanneer de organisaties dezelfde doelgroepen bedienen en hieruit mogelijke ideeën voor samenwerking kunnen ontstaan. Mochten er meerdere nieuwe organisaties zijn, waardoor je hen niet allemaal individueel kunt begeleiden, dan is de basistraining tijdens deze fase weer wel geschikt. Soms hebben oude deelnemers behoefte aan een herhaling van de basistraining. Dan kun je deze ook in de uitvoeringsfase van het programma laten terugkomen.

Etcetera

Doorloop alle volgende stappen van het programma. Door de jaarlijkse herhaling zul je merken dat alle betrokkenen steeds meer bedreven raken in het werken volgens de community benadering. Jij scherpt je kennis en vaardigheden, de zelforganisaties werken steeds zelfstandiger en de kwaliteit van de projecten en het programma nemen toe. Blijf wel scherp op de specifieke behoeften van de zelforganisaties en hun achterban. Welke kennis is nog niet aanwezig, waar merk je knelpunten in de uitvoering, welke doelgroepen worden nog niet bereikt? Is het huidige participatieniveau nog steeds gewenst, of hebben de zelforganisaties behoefte aan meer of minder zeggenschap in het programma? Als je de aansluiting bij de zelforganisaties weet te waarborgen, is werken volgens de community benadering effectief en leuk om te doen.

3.3 Algemene tips voor de uitvoering

* Deadlines

Hou de deadlines voor het inleveren van de projectvoorstellen en evaluaties vrij strikt aan. Dat geldt zowel voor jezelf als voor de zelforganisaties. Alleen dan is de projectmatige planning haalbaar. Wordt een planning niet gehaald door een zelforganisatie? Ga dan samen met die zelforganisatie na wat er aan de hand is. Mogelijk is een uitzondering toch gerechtvaardigd of is het nodig het programma aan te passen.

* Bereikbaarheid

Geef duidelijk aan bij de zelforganisaties dat ze met vragen tijdens kantooruren telefonisch contact kunnen opnemen. Daarnaast kunnen ze altijd een e-mail sturen. Het is verder aan te bevelen om buiten kantooruren bereikbaar te zijn met een werktelefoon. In praktijk is het erg prettig wanneer de vertegenwoordigers je kunnen bellen bij acute problemen. Communiceer wel heel duidelijk dat het een noodnummer is. Herhaal de bereikbaarheid ook steeds in je communicatie.

Voorbeeld:

De gezondheidsbevorderaar is drie maal op zijn werktelefoon gebeld door zelforganisaties omdat de deskundige niet kwam opdagen, terwijl ze het project moesten uitvoeren. Eenmaal kon de gezondheidsbevorderaar alsnog een andere deskundige regelen. Twee maal is hij zelf als deskundige ingesprongen.

* Voertaal

Alle schriftelijke communicatie en beschikbare materialen zijn in het Nederlands geschreven. Dat geldt voor e-mails, brieven, project- en trainingsmaterialen. De zelforganisaties kunnen aanvraagformulieren, werkplannen, evaluaties en reacties wel in het Engels invullen. Een enkele keer

is trainingsmateriaal ook in het Engels beschikbaar, bijvoorbeeld wanneer gezondheidsbevorderende instituten deze materialen maken. Tijdens de algemene bijeenkomsten en trainingen is de spreektaal Engels, waarbij toelichtingen in het Nederlands worden gegeven wanneer dat nodig is. De sheets worden daarbij in het Nederlands getoond.

* **Bijeenkomsten en trainingen**

In het programma vinden verschillende bijeenkomsten en trainingen plaats, zoals publieke, start-, en tussentijdse bijeenkomsten en basis- en specifieke trainingen. Daarvoor gelden de volgende algemene richtlijnen:

- Bedenk of je de inhoud van de bijeenkomsten of trainingen alleen voorbereidt of samen met collega's uit andere organisaties of met vertegenwoordigers van zelforganisaties (afhankelijk van de wensen van die zelforganisaties);
- Stuur uiterlijk een maand voor de training of bijeenkomst per e-mail een uitnodiging naar de vertegenwoordigers van de zelforganisaties. Geef daarin aan dat de vertegenwoordigers zich op moeten geven om voor de catering en zaalhuur een inschatting te kunnen maken;
- Hou er rekening mee dat de vertegenwoordigers van de zelforganisaties vaak een betaalde baan hebben en zij een bijeenkomst alleen 's avonds of in het weekend kunnen bijwonen;
- Uit ervaring is gebleken dat andere culturen het vaak zeer waarderen als er ook iets te eten is bij de bijeenkomst of training;
- Deelname is verplicht voor die organisaties die een project (willen) uitvoeren. Om de continuïteit van een project te kunnen waarborgen is de eis dat steeds twee vaste vertegenwoordigers van een organisatie aanwezig zijn;
- Die organisaties die geen project uitvoeren zijn welkom bij alle bijeenkomsten en trainingen. Deelname is voor hen niet verplicht, maar wel wenselijk om kennisachterstand bij deze organisaties te voorkomen;
- Stuur een tot twee weken van tevoren een herinnering aan de bijeenkomst of training;
- Laat bij de bijeenkomst of training alle aanwezigen een presentielijst tekenen;
- Een gewone bijeenkomst duurt ongeveer drie en een half uur. Het eerste half uur is daarbij inlooptijd, waarbij ook iets kan worden gegeten en gedronken;
- Kondig een half uur voor het eind van de bijeenkomst aan dat je wilt gaan afronden. Vaak komen dan de meest belangrijke zaken op tafel;
- Deel na een training een certificaat uit aan de deelnemers. Zij waarderen dit vaak zeer;
- Stuur kort na de bijeenkomst of training een samenvatting of de sheets naar alle zelforganisaties.

* **Individuele gesprekken**

- In het programma vinden op bepaalde momenten verplichte individuele gesprekken plaats met een groot aantal vertegenwoordigers van de zelforganisaties die een project uitvoeren. Bijvoorbeeld bij het opstellen van de werkplannen, de tussen- en de eindevaluatie. Voor deze gesprekken geldt:
- Plan deze afspraken zelf in, omdat het organiseren ervan anders veel tijd vraagt;
- Stuur uiterlijk een maand van tevoren een e-mail met een uitnodiging voor het individuele gesprek;
- Stem in een eerste gesprek af wat de voertaal is en of je elkaar kunt tutoyeren;
- Zijn er belangrijke afspraken gemaakt in het gesprek? Koppel deze achteraf via de mail terug aan de zelforganisatie;

* **Stukken ter beoordeling**

In het programma leveren de zelforganisaties stukken aan als projectvoorstellen, werkplannen, evaluaties, eindverslagen en financiële verantwoordingen die je moet beoordelen. Daarvoor gelden in ieder geval de volgende richtlijnen:

- Stuur vier tot zes weken van tevoren een mailing met alle benodigde informatie;
- Stuur één tot twee weken van tevoren een herinnering over de deadline;
- Controleer binnengekomen stukken op volledigheid en kwaliteit. Zijn de stukken volledig en helder, bevestig dan naar de zelforganisatie dat het stuk in goede orde is ontvangen. Geef anders

- aan wat er nog aangeleverd of toegelicht moet worden;
- Archiveer alle stukken op overzichtelijke wijze: dit is belangrijk voor eventuele verantwoording en de evaluatie van het proces. Alle stukken zijn beschikbaar voor publieke inzage, zodat ook hiervan weer geleerd kan worden.

3.4 Relatie tot de Train-de-Trainer handleiding voor religieuze leiders

In Amsterdam hadden enkele zelforganisaties de ervaring dat hun projecten ter bevordering van seksuele gezondheid niet gesteund werden door hun religieuze leiders. Religie is sterk verweven binnen migrantengemeenschappen en religieuze leiders hebben daardoor een grote invloed binnen die gemeenschappen. De boodschap die geestelijken rond seksuele gezondheid uitdragen is meestal: 'Geen seks voor of buiten het huwelijk'. Verder wordt er over het onderwerp vaak niet gesproken.

Niet praten over seksuele gezondheid verhoogt juist de kans op soa/hiv infecties, seksueel misbruik en tienerzwangerschappen, die binnen sommige migrantengemeenschappen meer voorkomen (Stuart et al., 2002; De Graaf et al., 2005; Diepenmaat et al., 2006; Garssen, 2008; Vriend et al., 2010). Wanneer religieuze leiders nu een manier vinden om het woord van God te verbinden met de dagelijkse werkelijkheid, kunnen zij hun achterban ondersteunen bij het bereiken van seksuele gezondheid en helpen zij stigmatisering van hun naasten voorkomen.

De GGD Amsterdam en Surinaamse religieuze leiders ontwikkelden hiervoor een Train-de-Trainer cursus voor religieuze leiders. Deze ontwikkeling is gestart in de vorm van het 'Surinameproject', dat samen met het Surinaamse Nationaal AIDS Plan (NAP) werd uitgevoerd. Redenen om het project binnen de Surinaamse gemeenschap op te starten waren:

- Oververtegenwoordiging van Surinamers binnen de soa- en hiv-survey;
- Relatief veel gevallen van tienerzwangerschappen;
- Veel voorkomende gevallen van hiv-gerelateerd stigma;
- Binnen de Surinaamse gemeenschap zijn de drie grootste religieuze denominaties aanwezig, namelijk het Christendom, de Islam en het Hindoeïsme. Dit waren ook de denominaties waar men in Suriname mee samenwerkte in het NAP .

Bij het opzetten van de cursus is uitgegaan van de onderlinge overeenkomsten tussen de religies, zodat de cursus voor zoveel mogelijk religies en culturen te gebruiken is. De handleiding die de GGD Amsterdam bij deze TdT-cursus heeft geschreven heet: 'Bespreekbaar maken van seksuele gezondheid; Train-de-Trainer handleiding voor religieuze leiders' (Walter et al., 2011). Functionarissen in de gezondheidsbevordering kunnen deze handleiding ook gebruiken om een eerste groep religieuze leiders te trainen. De opbouw van de cursus is mogelijk ook goed te gebruiken voor andere gezondheidsbevorderende thema's. De handleiding is te downloaden via de website van de GGD Amsterdam: www.gezond.amsterdam.nl/Beleid-onderzoek--preventie/Allochtonen/Community-benadering-bij-seksuele-gezondheidsbevordering.

4 Voorbeelden van projecten

In dit hoofdstuk worden vijf projecten van verschillende zelforganisaties getoond. De vijf projecten zijn vooral een weergave van de diversiteit van de uitgevoerde projecten. Voor een overzicht van alle deelnemende organisaties en hun projecten, zie de procesevaluatie op de cd-rom.

4.1 Radio voor Afrikanen en andere migranten

Organisatie	Islamitische Stichting Godiya
Doel van de organisatie	Opkomen voor de belangen van West-Afrikaanse moslims in Amsterdam; Het bevorderen van integratie in de Nederlandse maatschappij; Religieuze vorming.
Achterban	West- Afrikaanse moslims en niet-moslims en andere migranten in Amsterdam.
Wat voor project	Radio-uitzendingen.
Doel project	Soa/hiv en seksuele gezondheid bespreekbaar maken binnen de religieuze context en binnen het gezin
Speciaal	In de uitzendingen worden experts uitgenodigd en worden soms rollenspelen uitgevoerd; De inhoud van het programma wordt afgestemd op de Koran.
Budget	6.000 euro per jaar
Wanneer	2004 - 2010
GGD-ondersteuning	De gezondheidsbevorderaar treedt soms op als expert in het radioprogramma; De gezondheidsbevorderaar denkt mee over creatieve mogelijkheden om het thema op de radio aan te bieden.
Resultaat	Het praten over seksuele gezondheid op de radio is inmiddels geaccepteerd; De makers van het programma krijgen 'live' en na de uitzending veel reacties.

De organisatie

De Islamitische Stichting Godiya ('dank u' in het Nederlands), zet zich in voor West-Afrikanen in Amsterdam. Dit doet de stichting vanuit de Islam, waarin zorgen voor elkaar een van de belangrijke peilers is. Wat West-Afrikanen verder onderling bindt is de oorspronkelijke taal, het Housa. De radio-uitzendingen van Godiya zijn in het Housa of in het Engels. Joe Ibrahim presenteert de uitzendingen en Kwame Acheremu verzorgt de administratieve ondersteuning. Vijftien andere vrijwilligers ondersteunen hen bij speciale gelegenheden.

Via vrouwen groot bereik

Radio is volgens Joe en Kwame een goede manier om de West-Afrikaanse achterban te bereiken. Het programma wordt iedere donderdagochtend uitgezonden. Door dit vaste tijdstip stellen mensen zich in op het programma. Zo krijg je een brede en vaste groep luisteraars. Onder de luisteraars zijn veel vrouwen, een belangrijke doelgroep voor Godiya. Joe: 'Wat veel mensen niet weten, is dat Islamitische vrouwen een grote invloed hebben op de gemeenschap door hun belangrijke positie in het gezin. Wanneer je hen weet te bereiken en te empoweren, verspreidt de boodschap zich vaak beter dan wanneer je alleen de man aanspreekt.'

Roerige start

Godiya was in 2004 betrokken bij het voorval over de communicatie rond de prevalentiecijfers.

Daarin gaf de wethouder de indruk dat Ghanesen in Amsterdam het meest besmet waren met hiv. 'Het was een roerige tijd', vertelt Joe Ibrahim. 'De Islamitische gemeenschap had mij als een van de leiders ingeschakeld om te reageren naar de politiek. Aanvankelijk geloofden we het bericht niet. Maar toen we zelf de cijfers in de bijeenkomst van het AMC onder ogen kregen, wisten we dat we iets moesten ondernemen voor onze gemeenschap. We zijn toen direct ingegaan op het aanbod van de GGD om actief deel te nemen aan dit programma. Ook omdat andere geloofsgemeenschappen meededen. Wij hebben de taak om voor de Islamitische gemeenschap te zorgen'.

Lastig onderwerp

Het onderwerp seksuele gezondheid is binnen de Islam lastig. Binnen de Islam zijn duidelijke regels over seksueel gedrag en daar worden Islamieten op beoordeeld. Seks vindt alleen plaats tussen man en vrouw en binnen het huwelijk. Joe: 'Dat mensen de regels van de Islam in de praktijk wel eens overschrijden, is een feit. Maar daar oordeel ik niet over. Dat is een zaak tussen God en de persoon zelf. Wat ik wel wil, is dat mensen hun eigen gezondheid in acht nemen en dat ze wat dat betreft ook voor elkaar zorgen. Soa's en hiv kunnen zeer ernstige gevolgen hebben. Mensen weten dat niet altijd.'

Agressieve reacties

Makkelijk was het in het begin niet. De eerste uitzending vond op een vrijdag plaats en ging over soa's en condoomgebruik. Op dezelfde dag vinden ook de gebeden plaats. Na de uitzending kregen de programmamakers veel agressieve reacties. 'Binnen de West-Afrikaanse gemeenschap spraken we niet over seksualiteit', vertelt Kwame. 'Wat wij deden was dus helemaal nieuw. We kregen veel boze reacties waarbij mensen verwezen naar de Koran. Daarin zou bijvoorbeeld staan dat condoomgebruik niet goorloofd is, omdat het zwangerschap voorkomt.'

Moderne middelen en de Koran

Het was voor Joe en Kwame reden om in de uitzending te benadrukken dat ze mensen niet willen dwingen een condoom te gebruiken, maar dat ze hen bewust willen maken van de risico's. Joe en Kwame verdiepten zich naar aanleiding van de boze reacties verder in de Koran en raadpleegden mensen die de Koran hebben bestudeerd, de Imams. 'Hieruit kwam bijvoorbeeld naar voren dat coïtus interruptus niet verboden is. Condoomgebruik kun je dan zien als een moderne variant daarvan. Zo zijn we genoodzaakt om bij ieder modern middel na te gaan wat erover in de Koran staat. In de tijd van de profeet reden er ook geen auto's, maar dat betekent niet dat we er nu geen gebruik van kunnen maken,' aldus Joe.

Acceptatie van het thema

De werkwijze van het raadplegen van Imams passen Joe en Kwame inmiddels voor elke uitzending toe. Het maakt dat ze in lijn zijn met de Koran. Zo blijven ze zelf ook leren over wat er precies in staat, en wat is toegevoegd vanuit de eigen cultuur. Het is inmiddels geaccepteerd dat de Islamitische zender seksuele gezondheid als thema bespreekt. Wel is het een onderwerp dat nog steeds veel discussie op kan leveren. Voor Godiya is het dan ook een goede keuze om de thema's op te bouwen in moeilijkheid: eerst soa en condoomgebruik, dan hiv en aids, seksuele gezondheid, opvoeding, vrouwelijke genitale verminking, gender en nu reproductieve gezondheid.

Opbouw in projectmatig werken

Een goede opbouw is ook belangrijk wat betreft het projectmatig werken. Niet alle zelforganisaties zijn hiermee bekend. De GGD heeft de eisen rondom het projectmatig werken langzaam omhoog bijgesteld. Was eerst een kort verslag van een A4 voldoende, nu moeten de organisaties doelen SMART uitwerken en hier ook op terugkomen in de evaluatie. Kwame geeft aan dat deze opbouw belangrijk is: 'Als je niet met deze projectmatige werkwijze bekend bent, gaat er veel energie en tijd inzitten. Als je mensen daarin overvraagt, haken ze voortijdig af en willen ze niet meer meedoen.'

Suggesties vanuit de GGD

Joe en Kwame zijn te spreken over de trainingen van de GGD, waarin ze elke keer weer nieuwe kennis en vaardigheden opdoen. Ook het meedenken van de GGD over de opzet van het

radioprogramma wordt erg gewaardeerd. Zo heeft Godiya inmiddels rollenspelen uitgevoerd, zodat de luisteraars zich beter kunnen identificeren met de boodschap. In de rollenspelen voert een gezin bijvoorbeeld een discussie over soa's. Ook heeft Godiya op aanraden van de GGD een thema gestart over opvoeding, waar het onderwerp seksuele gezondheid prima inpast. Hoe breng je het over op je kinderen? Zo worden de vrouwen nog beter bereikt.

Uitwisseling met andere zelforganisaties

De gezondheidsbevorderaar en andere deskundigen van de GGD komen regelmatig iets vertellen tijdens de uitzending zelf. Joe: 'Het is belangrijk dat we experts opvoeren in het programma. Mensen als artsen, wetenschappers en gezondheidsprofessionals zijn heel geloofwaardige autoriteiten.' De organisatie zorgt voor nieuwe kennis en ideeën door uitwisseling met andere zelforganisaties. Zo heeft Godiya een theatervoorstelling van een Hindoestaanse zelforganisatie bezocht en hebben ze andere organisaties uitgenodigd bij hun eigen radioprogramma.

Persoonlijk gesprek

Naast hun betaalde werk besteden Joe en Kwame als snel 10 - 15 uur per persoon aan een standaard radio-uitzending. De 6.000 euro die ze van de GGD voor de uitzendingen ontvangen, is in verhouding tot de bestede tijd niet veel. Maar Joe en Kwame zijn met name blij met de steun die ze ontvangen, waardoor ze dit werk voor de gemeenschap kunnen doen. Andere gezondheidsbevorderaars in Nederland drukken ze dan ook op het hart in gesprek te gaan met zelforganisaties.

Open de deur naar elkaar

Joe: 'Het is misschien spannend zo'n eerste keer, maar het is zo belangrijk om de deur naar elkaar te openen. Vertel wat je intentie is, wat je wilt bereiken en vraag naar de drijfveren van de ander. Leg kwesties voor en bespreek die met elkaar. En accepteer vooral ook dat iemand een andere mening kan hebben.' Kwame voegt toe: 'Zorg wel dat je eerst persoonlijk in gesprek gaat met de vertegenwoordigers van de zelforganisatie. Zij zijn de toegang tot de gemeenschap. Van daaruit kun je samen een plan uitstippelen en de zelforganisaties uitnodigen voor een bijeenkomst.'

4.2 Trainingsweekend voor Ghanezen

Organisatie	Vice Versa
Doel van de organisatie	Ghanezen in Amsterdam ondersteunen bij het opbouwen van een waardig leven in Nederland.
Achterban	Aanvankelijk Ghanese vrouwen 18+, later ook mannen en jongeren, ook uit andere culturen.
Wat voor project	Trainingsweekend met voorlichting, film en discussies; Radio-uitzendingen.
Doel project	Creëren van controle over eigen seksuele gezondheid.
Speciaal	Het trainingsweekend vindt elders in Nederland plaats.
Budget	8.000 euro per jaar
Wanneer	2006 – 2010
GGD-ondersteuning	Een VETC-er geeft de training; De gezondheidsbevorderaar is aanwezig bij een radio-uitzending
Resultaat	Per keer worden 20 - 25 mensen getraind over soa/hiv en seksuele gezondheid; De deelnemers praten makkelijker over soa/hiv/aids en hebben zich voorgenomen om ook met familie te praten over preventie van soa en hiv.

De organisatie

Vice Versa is in 1998 opgericht om Ghanese vrouwen te ondersteunen bij het opbouwen van een waardig leven in Nederland. Onderdeel van een waardig leven is dat vrouwen weten hoe ze gezond kunnen blijven. Dit is de reden voor Vice Versa om mee te doen aan het soa/hiv preventieprogramma van de GGD Amsterdam. Later heeft Vice Versa ook trainingen opgezet voor mannen. Doris Vidda van het bestuur vertelt hierover: 'Empowerment van vrouwen op het gebied van soa/hiv preventie werkt alleen wanneer mannen dezelfde informatie krijgen. Alleen dan kan namelijk sprake zijn van een gelijkwaardige onderhandeling over bijvoorbeeld condoomgebruik. En wanneer mannen en vrouwen hetzelfde weten over seksualiteit, kunnen ze daarover ook één lijn trekken in de opvoeding van de kinderen.'

Lastige onderwerpen

Dat soa/hiv preventie een lastig onderwerp is om te bespreken, merkte Doris zelf toen ze voor het eerst iets op de radio vertelde over soa/hiv preventie. Haar man was toen net terug uit Ghana en was onaangenaam verrast dat zijn vrouw op de radio zo open sprak over het onderwerp. Daarop heeft ze haar functie tijdelijk niet uitgeoefend. 'Soa/hiv en seksualiteit zijn voor Ghanese lastige onderwerpen om te bespreken', vertelt Doris verder. 'Daar heb je het gewoon met elkaar niet over. Zo kon begin jaren 2000 het beeld bij de mensen ontstaan dat soa/hiv en aids helemaal niet voorkwam bij Ghanese. Want als je er niet over praat, lijkt het ook of het niet bestaat.' De grootste doorbraak komt volgens Doris vaak wanneer men zich realiseert dat de eigen kinderen ook risico lopen op besmetting met soa/hiv. 'Dat is heel natuurlijk', licht zij toe. 'Mensen willen gewoon het beste voor hun kinderen. Op die manier kan een gezondheidsbevorderaar ook heel goed een moeilijk bespreekbaar onderwerp als preventie van soa/hiv op de agenda krijgen.'

Training elders

Sinds 2006 organiseert Vice Versa jaarlijks een trainingweekend en vier radio-uitzendingen over soa/hiv of seksuele gezondheid voor haar achterban. Vooraf aan de training organiseert Vice Versa informatiebijeenkomsten over het weekend in het lokale wijkcentrum. Via deze bijeenkomsten zorgen ze voor commitment van de deelnemers aan het weekend. De training zelf organiseert Vice Versa inmiddels bewust elders. Doris: 'Er is anders steeds wel weer een andere reden om later of niet te komen of om eerder weg te gaan. Een kerkbezoek, omdat er geen oppas is voor de kinderen of omdat er net een ver familielid langs komt. Door de mensen uit de thuisomgeving weg te halen, kunnen zij het weekend goed voorbereiden en zich ter plekke echt op de inhoud van de training concentreren.'

De voorbereiding

Voor het organiseren van een trainingsweekend voor 20-25 personen in Nederland vroeg Vice Versa aanvankelijk iets minder dan 4.000 euro aan. Dat bleek niet genoeg. Zo was er bijvoorbeeld geen geld voor de lunch tijdens de training. Inmiddels vraagt de organisatie jaarlijks 8.000 euro aan voor een trainingsweekend. De drie bestuursleden organiseren het weekend. Er wordt veel tijd gestoken in het vinden van een goedkope en passende locatie en het inhoudelijk voorbereiden van de bijeenkomst. De inhoud van de training wisselt jaarlijks. Zo zijn soa/hiv, taboe en gender al aan de orde geweest. Een VETC-er geeft de trainingen in het Engels, dat ook in Ghana wordt gesproken. Soms wordt nadere uitleg gegeven in het Twi, een lokale Ghanese taal. Na de uitleg vinden altijd discussies plaats voor verdere verdieping. De discussie maakt ook duidelijk of de boodschap goed is overgekomen, of dat bepaalde thema's nog nadere uitleg behoeven.

Geen leescultuur

Bij de training maakt Vice Versa gebruik van materialen van de GGD, zoals folders en condooms. 'De folders zijn echter in het Nederlands geschreven, terwijl in Ghana geen leescultuur bestaat', aldus Doris. In het begin werkte Vice Versa daarom met aanvullend beeldmateriaal en Engelse informatie die de organisatie via internet verzamelde. In de loop van de tijd merkt Vice Versa een positieve ontwikkeling in de trainingen. 'De deelnemers onderkennen steeds meer het belang van het lezen van informatie', licht Doris toe. 'Waar vroeger informatie nog wel eens direct in de prullenbak belandde, zie je nu dat men moeite doet om het te lezen, of desnoods om het te laten lezen.'

Evaluatie

De evaluatie van de training vindt aan het eind van de training mondeling plaats. 'Dat wordt veel meer gewaardeerd door de deelnemers', volgens Doris. 'Als je een evaluatieformulier laat invullen, krijg je nauwelijks een reactie.' Tegenwoordig ontvangt Vice Versa ook veel spontane reacties van de deelnemers via e-mail. De deelnemers waarderen dat ze de informatie ontvangen. De meeste verbeterpunten gaan over de faciliteiten. 'In de loop van de jaren krijg je zo steeds helderder voor ogen wat een goede aanpak is', aldus Doris.

Ondersteuning vanuit de GGD

Vice Versa waardeert de ondersteuningsgesprekken met de gezondheidsbevorderaar. 'Het is fijn dat hij echt met je meedenkt en open staat voor suggesties. Zo starten we binnenkort met een nieuw thema over seksualiteit en jongeren. En het kan bij de gemeenschap heel raar overkomen als ik als vrouw op de radio daar ineens over begin. Dat kan geïnterpreteerd worden alsof ik het stimuleer dat jongeren seks hebben. De gezondheidsbevorderaar van de GGD komt daarom in de eerste uitzending iets vertellen. Door een deskundige erbij te halen, wordt het onderwerp goed geïntroduceerd.'

Positieve boodschap

Vice Versa let er daarbij ook op dat ze een positieve boodschap uitdraagt. Dus seksuele gezondheid, in plaats van soa en hiv. 'Door wat je wilt bereiken positief te benoemen, blijven mensen open staan voor de informatie en voorkom je dat ze meteen in de verdediging gaan. En dat helpt weer bij het ontwikkelen van empowerment. Zo leren ze dat ze zelf hun geluk en gezondheid kunnen beïnvloeden. Voor mensen uit Ghana geldt dat des te meer. In Ghana leer je dat bescheidenheid een deugd is. Je laat jezelf niet voorop staan', aldus Doris.

4.3 Theater door en voor Surinaamse jongeren

Organisatie	Prodo Pikin
Doel van de organisatie	Jongeren positieve waarden, normen en gebruiken bijbrengen.
Achterban	Surinaamse jongeren van 5 – 20 jaar.
Wat voor project	Participatieve aanpak: jongeren zijn intermediairs.
Speciaal	Theater, aangevuld met documentaires, voorlichting, demonstraties, gesprekken, muziek en ook radio en tv.
Doel project	Taboe rond soa/hiv doorbreken, door het op een kindvriendelijke wijze bespreekbaar en kenbaar te maken aan de buitenwereld.
Budget	5.000 euro per jaar
Wanneer	2008, 2009 en 2010
GGD-ondersteuning	Jongeren (intermediairs) trainen in soa/hiv preventie.
Resultaat	Taboe doorbreken, meer openheid, per voorstelling tot 150 bezoekers, persoonlijke empowerment.

Prodo Pikin

Prodo Pikin betekent letterlijk mooi gekleed kind in het Nederlands. Maar de Stichting Prodo Pikin vindt het niet alleen belangrijk dat een kind er verzorgd uitziet, Prodo Pikin zet zich ook in om Surinaamse jongeren in Amsterdam positieve waarden, normen en gebruiken bij te brengen. De doelgroep is vijf tot twintig jaar. Dat lijkt jong, maar uit ervaring weet Prodo Pikin dat kinderen in de basisschoolleeftijd al veel over seksualiteit oppikken. In het soa/hiv preventieprogramma zet een groep van acht intermediairs hun leeftijdgenoten aan het denken door middel van theatervoorstellingen, voorlichting, tv-programma's en straatactiviteiten. Indirect bereiken ze hiermee ook een grote groep volwassenen binnen de gemeenschap.

Jongeren ondersteunen

De naam Prodo Pikin is verzonnen door een van de jeugdige deelnemers en dat toont meteen de participatieve aanpak van de organisatie. Rosana Dodson, oprichter van Prodo Pikin geeft aan: 'Ik vraag aan de jongeren hoe ze het willen doen en wat ze nodig hebben. Vervolgens zorg ik dan voor die randvoorwaarden. De jongeren weten zelf het beste hoe ze hun leeftijdgenoten kunnen bereiken.' Rosana geeft aan dat ze deze houding in de loop van het GGD-programma heeft geleerd. Rosana: 'Eerst zat ik overal steeds bovenop. Maar het is voor de jongeren ook makkelijker om soa/hiv en seksualiteit te bespreken, wanneer er geen ouders meeluisteren.'

Een wereld opengegaan

Prodo Pikin is in 2004 van start gegaan en in 2008 begonnen met deelname aan het GGD-programma. Rosana had kort daarvoor in het buurthuis een presentatie van een oud-klasgenoot gezien die hiv-geïnficeerd was. Dat had Rosana diep geraakt. De oud-klasgenoot wist ook van het programma binnen Amsterdam. Rosana: 'Van toen af aan is er een wereld voor ons opengegaan'. Erroly, de dochter van Rosana, beaamt dat. Erroly is van het begin af aan betrokken bij de projecten. Als 16-jarige vond ze het aanvankelijk moeilijk om over het onderwerp te praten. Net als haar leeftijdgenoten schaamde ze zich ervoor. Thuis wilde ze het er ook niet met haar moeder over hebben, ondanks pogingen van Rosana om seksualiteit bespreekbaar te maken. Inmiddels is ze 19 jaar en heeft ze zich ontpopt als een voorbeeld voor andere jongeren door zelfs op de lokale radio en televisie discussieprogramma's te presenteren over soa/hiv en seksualiteit.

Eigen situatie

Voor de eerste voorstelling oefenden de jongeren van Prodo Pikin vier maanden lang twee maal per week. Dat kon soms tot wel vier uur uitlopen. Tijdens de oefensessies was er ook aandacht voor eigen kennis, attitude en gedrag rond soa/hiv. Er werden spelletjes gedaan om kennis te maken met het onderwerp, voorlichtingsfilms getoond en ook spraken zij met elkaar over hun eigen situatie. Dit onderdeel werd begeleid door de gezondheidsbevorderaar van de GGD. Hij zorgde voor een veilige omgeving voor de jongeren. Erroly: 'Hij keek echt wel of wat wij op het podium gingen neerzetten ook klopte en stelde kritische vragen. Maar ook konden wij altijd bij hem terecht en hem van alles vragen. Ook tussen de trainingen door.'

Heftige eerste voorstelling

De jongeren oefenden kosteloos in het vrouwen empowerment centrum. Een tekstschrijver werd ingehuurd om het stuk op te zetten en ook kregen de jongeren les in presentatietechnieken. De eerste voorstelling vond plaats in een klein theater in de buurt. Deze voorstelling was zeer heftig. Het thema was al spannend, omdat binnen de Surinaamse gemeenschap niet openlijk werd gesproken over soa/hiv, aids en seksualiteit. Daarbij had de groep een dame uit de gemeenschap uitgenodigd die hiv-geïnficeerd was. Zij maakte dit na de voorstelling bekend. Erroly: 'Het kwam ineens allemaal heel dichtbij voor het publiek. Eerst was er vooral ongeloof. Het is namelijk een mooie vrouw met jonge kinderen. Toen kwamen er veel emoties los. Daarna kon iedereen met elkaar praten en ook vragen stellen.' Het geheel vormde een mooie opening over een onderwerp dat tot dan toe binnen de gemeenschap een taboe was.

Meerdere activiteiten

Inmiddels toont Prodo Pikin een theaterstuk twee maal per jaar, ook op de lokale school. Er komen per keer soms wel 150 mensen, jongeren en volwassenen. De opzet is verder uitgebreid en de middag duurt nu van 16.00 – 20.00 uur. De laatste keer werd een documentaire over iemand met aids getoond, waarna vragen konden worden gesteld aan de documentairemaker. De jongeren deelden condooms en aanverwante artikelen uit en gaven ook demonstraties over het gebruik daarvan. Een lokale arts sprak over soa/hiv en aids en aansluitend konden de mensen deze arts privé spreken. Aan het eind was er muziek. Erroly: 'Surinaamse jongens vinden een bijeenkomst als deze niet zo interessant. Wat hen wel bezig houdt? Vrouwen, geld, auto's en muziek. Dus hebben we ervoor gezorgd dat er ook een band kwam. Daar komen ze op af.'

Levensdoel

In de loop van de jaren merken Rosana en Erroly duidelijk veranderingen. Bij zichzelf en ook bij de mensen die de middag bezoeken. Rosana: 'De mensen zijn enthousiast en stellen steeds meer vragen. En ook buiten de voorstelling weten ze Prodo Pikin inmiddels te vinden voor informatie en condooms.' De financiële bijdrage van 5.000 euro die Prodo Pikin van de GGD ontvangt, blijkt in praktijk niet genoeg om alles te financieren. Rosana betaalt soms dingen zelf en voert een lobby bij zaken als de Condomerie, het stadsdeel en een jongerenstichting om het theaterstuk goed neer te zetten. Voor Erroly en Rosana is het een levensdoel geworden. Binnenkort gaan ze naar Suriname voor familiebezoek en dan geven ze ook voorlichting over soa/hiv preventie bij een lokaal weeshuis en een basisschool.

Tip voor de gezondheidsbevorderaar

Erroly en Rosana hebben het projectmatig werken inmiddels aardig onder de knie. In het begin hadden ze daar vrij veel ondersteuning van de gezondheidsbevorderaar bij nodig. Maar al doende leert men. Trots zijn ze ook op het certificaat dat Erroly en haar zusje inmiddels voor de basistraining soa/hiv van de GGD hebben ontvangen. Erroly en Rosana geven ten slotte nog graag een tip voor de gezondheidsbevorderaar: 'Geef altijd zelf het goede voorbeeld en weet waar je het over hebt. Zorg er verder voor dat mensen uit de gemeenschappen een rol hebben in de algemene bijeenkomsten, dat kan bijvoorbeeld in de inleiding of in een panel. Zo krijg je een goede aansluiting bij de verschillende culturen.'

4.4 Workshops en discussiebijeenkomsten voor Zuid-Afrikanen

Organisatie	<i>A.C.A Basis na Basis</i>
Doel van de organisatie	<i>Bevorderen van emancipatie, participatie en integratie; Stimuleren van saamhorigheid, respect en solidariteit binnen de gemeenschap; Bevorderen van vormen van ontwikkelings- en internationale samenwerking; Bevorderen van gezondheid.</i>
Achterban	<i>Afrikanen, in het bijzonder jongeren en volwassenen uit Centraal Afrika (14 t/m 65 jaar).</i>
Wat voor project	<i>Voorlichtings-, discussiebijeenkomsten en workshops; In totaal 6 bijeenkomsten van 2 á 3 uur voor twee verschillende subgroepen.</i>
Doel project	<i>Kennis vergroten en het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid.</i>
Speciaal	<i>Tussen de bijeenkomsten worden recreatieve bijeenkomsten georganiseerd die ook dienen voor evaluatie en werving.</i>
Budget	<i>3.575 euro per jaar</i>
Wanneer	<i>2005 - 2010</i>
GGD-ondersteuning	<i>Voorlichting en materiaal</i>
Resultaat	<i>Per bijeenkomst ongeveer 100 bezoekers.</i>

Samen sterker

'Samen zijn we sterker' is het motto van A.C.A. Basis na Basis en hun naam betekent dan ook letterlijk 'Afrikanen onder ons.' A.C.A. Basis na Basis is een zelforganisatie die zich inzet voor Afrikanen uit Centraal Afrika. De initiatiefnemers en de achterban komen voornamelijk uit Kongo-Kinshasa, Angola en Kongo-Brazzaville. Lingala is de gemeenschappelijke taal die hen bindt. De organisatie bestaat uit zeven vrijwilligers die samen het bestuur vormen. De heer Kabamba Mukelenge is hun woordvoerder.

Veel hiv en aids

Een van de doelstellingen van de organisatie is het bevorderen van activiteiten op het gebied van gezondheidszorg en specifiek aidsbestrijding. 'De droevige waarheid was namelijk dat in ons moederland en bij onze achterban veel hiv en aids aanwezig was', vertelt Kabamba. 'Daar wilden wij als organisatie wat aan doen. Via internet kwamen we erachter dat in Nederland de GGD de organisatie is op het gebied van gezondheid. Daar hebben we toen naartoe gebeld en zo hoorden we van het soa/hiv preventieprogramma van de GGD Amsterdam.'

Regelmatig contact

'We wisten zelf ook nog niet zoveel over soa/hiv en seksuele gezondheid of over het opzetten van voorlichtingsactiviteiten. Bijna alles was dus nieuw voor ons. We vonden het dan ook prettig dat er regelmatig contact was met de gezondheidsbevorderaar van de GGD. In de gesprekken zette hij onze organisatie steeds weer aan het denken. Hij vroeg bijvoorbeeld: 'Wat wil je precies overbrengen en hoe weet je dan dat die informatie goed is overgekomen?'. Daar hadden wij eerst nog helemaal niet over nagedacht. Nu doen we dat automatisch. We hebben veel geleerd.'

Starten met voorlichting

Jaarlijks organiseert A.C.A. Basis drie verschillende bijeenkomsten over een thema rond seksuele gezondheid. Voor presentaties leent de organisatie een beamer en dvd's van de GGD. Ook ontvangen ze van de GGD condooms en brochures om uit te delen. Per bijeenkomst komen er ongeveer 100 personen. A.C.A. Basis begint met een voorlichtingsbijeenkomst van ruim twee uur om alle relevante informatie te geven. Deze bijeenkomst wordt geleid door een professionele voorlichter, bijvoorbeeld iemand van de GGD of van de universiteit. Bij de bijeenkomst is altijd een dagvoorzitter aanwezig die Lingala spreekt om moeilijke woorden te vertalen voor het publiek.

Discussie en workshops

'Pas als de mensen de onderwerpen goed beheersen, kunnen ze een discussie beginnen', licht Kabamba toe. In de daarop volgende discussiebijeenkomst geeft de voorlichter stellingen. Deze stellingen prikkelen de mensen om hun mening te geven en hun eigen ervaringen te delen. De mensen reageren op elkaar en de voorlichter stimuleert dat. 'En dat lukt hem prima, want een discussiebijeenkomst duurt altijd meer dan drie uur', vertelt Kabamba. In de laatste bijeenkomst worden de deelnemers in groepen verdeeld om over een onderwerp te discussiëren. Bijvoorbeeld: 'Bij welke vorm van seks loop je de grootste kans op hiv-besmetting?' Een van de groepsleden koppelt de resultaten terug in de plenaire bijeenkomst.

Taboe doorbroken

'De eerste keer dat we een voorlichtingsbijeenkomst organiseerden, reageerden de mensen met afkeer', vertelt Kabamba. 'Waarom praten jullie over seks en over genitaliën en waarom laten jullie dat op een film zien?' was de reactie. 'Onze achterban wilde dat helemaal niet horen en zien, omdat het volgens hen niet bij de Afrikaanse cultuur hoorde. Dat was moeilijk voor ons als organisatie. Want het ging ons in dit geval niet om onze cultuur, maar om de realiteit dat mensen in onze achterban hiv en aids hadden. Wij probeerden juist iets voor de mensen te doen, maar dat begrepen de mensen niet meteen. Toch hebben we volgehouden en steeds weer de boodschap herhaald. Zo hebben we het taboe uiteindelijk doorbroken en nu praten de mensen zelfs over zaken als homoseksualiteit en vrouwenbesnijdenis.'

Nazorg en steun

'Het is heel belangrijk om na deze bijeenkomsten nazorg te bieden', vertelt Kabamba verder. 'We zijn daarom naast ons reguliere werk continu bereikbaar voor onze achterban. Zij kunnen ons altijd mailen of bellen met vragen. Ook houdt het bestuur iedere vrijdag een spreekuur van 10 – 15 uur.' Door alle contacten heeft het bestuur inmiddels redelijk zicht op wie er hiv-positief is. De mensen zelf willen dat over het algemeen niet bekend maken binnen de gemeenschap. Nog steeds is men bang voor de eigen reputatie en isolatie. 'Ik vind het prettig dat ik deze mensen in ieder geval steun kan bieden om door te gaan met hun leven.', vertelt Kabamba. 'We hebben in de trainingen van de

GGD namelijk ook geleerd over hoe het is om hiv-positief te zijn en hoe je daarover kunt praten met een hiv-positief persoon.'

Recreatieve activiteiten

Tussen de bijeenkomsten organiseert A.C.A. Biso na Biso recreatieve activiteiten als voetbal, muziek, barbecue en theater. Tijdens die ontspannen activiteiten polst het bestuur de aanwezigen over de voorlichtings-, discussiebijeenkomsten en workshops. Wat vonden ze ervan? Brengen ze het geleerde ook in praktijk? Ook vormen deze activiteiten een mooie gelegenheid om nieuwe mensen en zeker ook jongeren uit te nodigen voor de volgende bijeenkomsten. Deze recreatieve activiteiten kunnen helaas niet worden gesubsidieerd vanuit de GGD. Ze bevorderen de seksuele gezondheid namelijk niet direct. A.C.A. Biso na Biso vraagt daarom voor deze activiteiten een kleine bijdrage van de deelnemers.

Leren van elkaar

A.C.A. Biso na Biso heeft in het verleden ook samengewerkt met twee andere Afrikaanse en een Marokkaanse zelforganisatie. Ze organiseerden de bijeenkomsten samen en mobiliseerden zo nog meer mensen. 'Ook in die zin zijn we samen sterker,' lacht Kabamba. 'En we leren van elkaars ervaringen. Bij de Marokkaanse achterban spraken de Islamitische mannen en vrouwen bijvoorbeeld absoluut niet met elkaar over seksualiteit. Dat was uitgesloten, dus moesten we twee subgroepen vormen van mannen en vrouwen. A.C.A. Biso na Biso let nu ook op subgroepen en organiseert verschillende bijeenkomsten voor jongeren van 14 - 25 jaar en volwassenen van 25 - 65 jaar. Zo bereiken we onze achterban nog beter.'

Trots

A.C.A. Biso na Biso is trots op wat de stichting tot nu toe heeft bereikt. Kabamba: 'Vroeger was het een taboe om over seks te praten. Dat hebben we doorbroken. In onze bijeenkomsten praat men nu over seksualiteit en homo's zijn geaccepteerd. En onze achterban is zich ervan bewust dat het condoom nodig is om gezond te blijven. Men vindt het normaal. A.C.A. Biso na Biso wil graag doorgaan met deze activiteiten. Het bestuur vindt het belangrijk om te voorkómen dat mensen geïnfecteerd raken. We houden onze achterban ook op de hoogte van de laatste ontwikkelingen.'

De behoefte nagaan

Voor de gezondheidsbevorderaar heeft Kabamba nog het advies om eerst in gesprek te gaan met het bestuur en daarbij goed na te gaan wat de behoefte is van de community. 'Wat leeft er bij hen op dit moment? En wat specifiek op het gebied van gezondheid? Ga ook na welke kennis het bestuur en de achterban hebben over het onderwerp soa/hiv en welke subgroepen je kunt onderscheiden. Pas als je een goed beeld hebt van de gemeenschap kun je goede bijeenkomsten organiseren, waarbij echt sprake is van participatie', aldus Kabamba.

4.5 Televisie voor Antillianen

Organisatie	<i>Stichting Antillean TV</i>
Doel van de organisatie	<i>Antillianen en Arubanen positief in het nieuws brengen en hen ook meer samen brengen.</i>
Achterban	<i>Antillianen en Arubanen, jongeren en volwassenen.</i>
Wat voor project	<i>Televisie-uitzendingen; In totaal 5 – 8 uitzendingen van 30 – 35 minuten.</i>
Doel project	<i>Taboe doorbreken, kennis vergroten, mentaliteits- en gedragsverandering – mensen bewust maken dat zij een voorbeeldfunctie hebben voor jongeren</i>
Speciaal	<i>Jongeren zijn erg geïnteresseerd in de uitzendingen en discussiëren ook graag mee.</i>
Budget	<i>8.000 euro per jaar</i>
Wanneer	<i>2005 - 2010</i>
GGD-ondersteuning	<i>Gezondheidsbevorderaar is bij opnamen aanwezig als discussieleider.</i>
Resultaat	<i>Meer open discussies bij volwassenen; Het precieze bereik van de afleveringen wordt (nog) niet gemeten. Antillean krijgt wel veel mondelinge en digitale reacties vanuit de gemeenschap.</i>

Educatie en entertainment

Stichting Antillean TV bestaat sinds 2003 en zet zich in om Antillianen en Arubanen positief in het nieuws te brengen en hen te verenigen. Ze zendt iedere zaterdagochtend uit van 10 – 11 uur via de lokale zender Salto 2. Antillean TV brengt items in beeld als feesten, culturele activiteiten en enkele educatieve programma's, waaronder discussies over soa/hiv preventie en seksuele gezondheid. Een educatief programma duurt een half uur en wordt altijd afgewisseld met een stuk entertainment, zoals een documentaire over Curaçao, of een verslag van een optreden van een band. Charettie Martina van Antillean TV licht toe: 'Anders wordt het programma te saai voor de kijkers.'

Via via

In totaal werken er vijf vrijwilligers bij Stichting Antillean TV; een webdesigner, een cameraman, een community presentatrice, een montagemedewerker en Charettie. Zij regelt zaken als het verkrijgen van toestemming voor filmopnamen en het plannen van afspraken. Charettie hoorde van het GGD soa/hiv programma toen ze door een kennis werd gevraagd voor een discussie onder Arubaanse en Antilliaanse ouders over seksuele opvoeding. Daar ontmoette ze de gezondheidsbevorderaar van de GGD Amsterdam. Hij nodigde Stichting Antillean TV uit voor een informatiebijeenkomst en zij was meteen enthousiast om op die manier een positieve bijdrage te kunnen leveren aan haar gemeenschap.

Starten met jongeren

Binnen de Arubaanse en Antilliaanse gemeenschap was seksualiteit een taboeonderwerp. In de hoop dat jongeren meer open over het onderwerp zouden spreken, startte Antillean TV eerst een discussieprogramma met jongeren van 15 – 25 jaar. Dat bleek een goede keuze. De jongeren waren spontaan in hun reacties en spraken over soa/hiv en seksualiteit alsof er geen camera bij stond. Om de openheid over seksualiteit te bevorderen was de gezondheidsbevorderaar de discussieleider. Charettie: 'Hij noemt alles bij naam en is zo een voorbeeld voor openheid. Daarnaast spreekt hij Papiamentu. De mensen kunnen zich beter uiten in hun eigen taal, waardoor de discussies heftiger zijn en de aanwezigen zich meer inleven. Dat stimuleert ook weer de gewenste openheid.'

Rustigere opbouw

Eerst zijn eenvoudige onderwerpen als condoomgebruik en de pil besproken. Na de uitzendingen hoorde ze vooral van jongeren dat zij het interessant vonden. De eerste reacties vanuit de volwassenen waren echter heel anders: 'Hoe durven jullie,' was een veelgehoorde opmerking. De volwassenen vonden het confronterend om te zien dat een condoom op een dildo werd geplaatst. Stichting Antillean TV probeerde de verontwaardigde reacties te zien in het licht van haar streven naar meer openheid. Ze luisterde echter ook naar de kritiek en bouwde volgende opnamen rustiger op. In de eerste twee afleveringen werd voortaan alleen nog maar gediscussieerd. Concrete plaatjes van geslachtsdelen, dildo's en condooms toonde Antillean pas in latere afleveringen.

Nog veel te doen

Het precieze bereik van de uitzendingen weet Antillean TV niet, omdat kijkcijfers nog niet worden gemeten. In de loop van de jaren merkt Antillean TV wel een duidelijk verschil in het feit dat ook volwassenen nu opener op TV over seksualiteit durven te praten. 'Ook ik zelf bespreek seks nu open met mijn kinderen, terwijl ik dat vroeger niet gedaan had', zegt Charettie. Gedeeltelijk heeft Antillean daarmee haar doel bereikt. Er is echter nog veel te doen. Charettie: 'Twee jaar geleden vernamen we dat Antillianen in Nederland als tweede bevolkingsgroep besmet zijn met Chlamydia. En in mijn omgeving hoor ik nog veel verkeerde overtuigingen, zoals dat je aan iemand kunt zien of die persoon hiv heeft. Of dat je hiv kunt krijgen door uit hetzelfde kopje te drinken.'

Machocultuur

'Een streven is nu om die mannen te bereiken die onderdeel zijn van de echte machocultuur', zegt Charettie. 'Deze mannen hangen vaak op straat rond en hebben vaak meerdere vrouwen. Het is heel lastig hen te betrekken bij ons project. Veilig vrijen past nu eenmaal niet in het imago van de macho-man.' Antillean denkt daarom na over alternatieven. Bijvoorbeeld door hen niet in beeld te brengen, maar alleen hun stem te laten horen. Een andere manier is om juist de vrouwen te empoweren. 'In onze cultuur is de man vrij dominant en ook in de seks bepaalt hij vaak hoe het gebeurt,' licht Charettie toe. 'Vrouwen durven daar vaak niet tegenin te gaan. Je moet vrouwen dus eigenlijk leren om stevig in hun schoenen te staan en 'nee' zeggen tegen seks als het niet veilig gebeurt.'

Feedback

Doordat Charettie zelf ook mee discussieert op TV, herkennen de mensen haar en spreken ze haar aan, op de markt of via Hotmail en Facebook. 'Dat is heel gunstig voor de feedback', aldus Charettie. Mensen vertellen mij wat ze ervan vonden en met welke vragen ze nog zitten. Daarnaast probeert Antillean TV reacties te krijgen via een evaluatieformulier op de website. Daarbij vragen ze naar de attitude ten opzichte van het onderwerp na de uitzending. De respons is echter niet zo hoog. Gemiddeld 20 mensen vullen deze in na een uitzending.

Meerdere opnamen op een dag

De opnamen zelf zijn meestal in het weekend, van 10 uur 's ochtends tot 19 uur 's avonds, waarbij meerdere afleveringen worden opgenomen. 'Tussendoor verkleden mensen zich en doen ze hun haar anders, zodat het lijkt of het echt andere opnamen zijn.' Licht Charettie. 'Zo heb je wel voldoende mensen bij elkaar. Ze nog een keer terug laten komen, lukt vaak niet op korte termijn. Als mensen eenmaal zijn geweest, willen ze het jaar daarop wel weer terugkomen. Vaak nemen ze dan weer iemand mee. Zo breidt het netwerk zich wel uit.'

Professionele aanpak

De eerste opnamen vonden plaats in een tuin en de drankjes en hapjes werden zelf gemaakt. Nu pakt Antillean TV het allemaal wat professioneler aan. Omdat de catering via het eigen netwerk wordt geregeld, krijgt ze een korting. Daarnaast wordt een zaal gehuurd, zijn er kosten van de zendtijd, productiekosten en moet ze technisch materiaal huren. Antillean TV beschikt over één camera, maar bij groepsdiscussies heeft ze er drie nodig, plus extra verlichting en microfoons. Antillean redt het soms wel, maar soms ook niet van de 8.000 euro die ze van de GGD ontvangt.

Meer samenwerken

Soms werkt Antillean samen met een andere organisatie vanuit het programma. Zo heeft ze bij een theatervoorstelling van de Stichting Sabana technische ondersteuning verleend voor filmopnames. Andersom kon Antillean TV die opnames gebruiken voor het eigen televisieprogramma. Charettie hoopt dat de organisaties die meedoen aan het community programma nog meer met elkaar gaan samenwerken. 'Zo leer je van elkaar en wordt je netwerk groter. Daarvoor moeten we wel meer vertrouwen in elkaar gaan krijgen, je financiën actueel houden en openheid van zaken geven naar elkaar toe. Daar valt soms nog wel wat in te verbeteren.'

Advies voor de gezondheidsbevorderaar

Charettie adviseert de startende gezondheidsbevorderaar vooral laagdrempelig te zijn. 'Maak contact met de organisatie. Bezoek activiteiten van die organisatie of bijvoorbeeld feesten van de gemeenschap. Hanteer eenvoudig taalgebruik. Versta je de taal niet? Vraag dan of iemand voor je wil tolken. Probeer ook in de loop van het traject contact te houden. Niet om te controleren, want dan trekken de deelnemers zich juist terug. Maar omdat je je interesseert in die ander, omdat je wilt weten hoe het gaat.'

Literatuurverwijzingen

Alting DEM, Bouwen JGM, Keijsers JFEM. Het evalueren van community interventies: resultaten en conclusies van een reviewstudie naar onderzoeksmethoden en meetinstrumenten. Woerden: NIGZ/ Centrum voor Review & Implementatie, 2003.

Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1997.

Dale van. Gratis online woordenboek. <http://www.vandale.nl/> 2011.

Diepenmaat ACM, Wal MF van der, Cuijpers P, Hirasing RA. Etnische verschillen in ongewenste ervaringen bij Nederlandse adolescenten. TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2006;83(3):51.

El-Karimy E, Gras MJI, Varkevisser C, Hoek JAR van den. Risk perception and sexual relations among African migrants in Amsterdam. Medische Antropologie 2001;13(2):301-322.

Eng E, Parker E. Natural helper models to enhance a community's health and competence. In: DiClemente RJ, Corsby RA, Kegler MC (Eds.). Emerging theories in health promotion practice and research: strategies for improving public health. San Francisco: Jossey-Bass, 2002. p. 126-156.

Frouws B, Wils J, Coenen L. Met samenwerking aan het werk: onderzoek naar samenwerking met migrantenorganisaties. Zoetermeer: Research voor Beleid, 2010.

Garssen J. Sterke daling geboortecijfer niet-westers allochtone tieners. CBS Bevolkingstrends, 4^e kwartaal 2008. Den Haag/Heerlen: CBS, 2008.

Gowricharn R, Nolen R. Inburgering: Mensen, instellingen en lokaal beleid. Apeldoorn: Garant, 2004.

Glasier A, Gülmezoglu M, Schmid GP, Moreno CG, Look PFA van. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. Geneva: WHO, 2006.

Graaf H de, Meijer S, Poelman J, Vanwesenbeeck I. Seks onder je 25^e: seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005. Delft: Eburon, 2005.

Haes WFM de, Voorham AJJ, Mackenbach JP. Wijkgericht werken aan gezondheidsbevordering in vier achterstandswijken in Rotterdam: opzet, uitgangspunten en beschrijving van het proces. TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2002;80(7):425-430.

Harting J, Assema, P van. Community-projecten in Nederland: de eeuwige belofte? Den Haag: ZonMw, 2007.

Heany CA, Israel BA. Social networks and social support. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK (Eds.). In: Health behaviour and health education: theory, research and practice. San Francisco: Jossey-Bass, 2002. p. 185-209.

Husen G van, Wagemakers A. Samen sterker! : de community benadering voor een betere seksuele gezondheid van Afrikaanse, Antilliaanse, Arubaanse en Surinaamse Amsterdammers. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2011.

Jacobs G, Braakman M, Houweling J. Op eigen kracht naar gezond leven: empowerment in de gezondheidsbevordering: concepten werkwijzen en onderzoeksmethoden. Utrecht: Universiteit voor

Humanistiek, 2005.

Jacobs G. Participatie en empowerment in de gezondheidsbevordering: professionals in de knel tussen ideaal en praktijk? *Sociale interventie* 2005;4.

Jansen J, Schuit AJ, Lucht F van der. Tijd voor gezond gedrag: bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen. Bilthoven: RIVM [etc.], 2002.

Kawachi I, Berkman LF. Social cohesion, social capital and health. In: Berkman LF, Kawachi I (eds.). *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 2000. p. 174-190.

Koelen MA, Ban AW van den. Health education and health promotion. Wageningen: Wageningen Academic Publishers, 2004.

Koelen MA, Vaandrager L, Wagemakers A. (2008). What is needed for coordinated action for health? *Family Practice* 2008;25(S1):i25-i31.

Koelen MA. Wageningen University, Inaugural lecture upon taking the post of Professor of Health and Society at Wageningen University: Wageningen, 2011

Laverack G, Labonte R. A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy and Planning* 2000;15:255-262.

Laverack G. Health promotion practice: building empowered community's. Maidenhead: Open University Press, 2007.

Luijpers E, Keijsers J. Participatie. In: Jansen J, Schuit AJ, Lucht F van der. Tijd voor gezond gedrag: bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen. Bilthoven: RIVM [etc.], 2002. p. 203-215.

Milio N. Forging social responsibility in the world of the marketplace: moving governments to be modellers, market shapers and innovators. In: Bouman LI, Boonekamp GMM, Koelen MA (eds.). *Proceedings of the International Conference on Health Promotion and Nutrition*. Wageningen: Wageningen Agricultural University, 1997.

Mittelmark MB. Investing in community's: principle, panacea or placebo? *TSG Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 2001;79(8): 532-535.

Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promotion International* 1998;13(4):349-364.

Nutbeam D. Evaluatie van oorzaak en gevolg in gezondheidsbevorderingsprojecten: aanpassing van onderzoeksmethoden aan interventiemethoden. *TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 1999;77(1):15-23.

Peters L, Jacobs G, Molleman G. Toolbox voor het meten van empowerment bij de einddoelgroep. Woerden: NIGZ, 2007.

Pretty JN. Regenerating agriculture: policies and practice for sustainability and self-reliance. Washington: Joseph Henry, 1995.

Rifkin SB. Major issues arising from the literature review on participatory approaches to health improvement. In: Draper A, Hawdon D. *Improving health through community participation: concepts to commitment: proceedings of a Health Education Authority workshop, 9-10 december 1998*, Leicester. London: Health Development Agency, 2000.

Rogers EM. Diffusion of innovations. New York: Free Press, 1995.

Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen D, Potvin L, Springett J, Ziglio E. Evaluation in health promotion: principles and perspectives. Copenhagen: World Health Organization, 2001.
Saan H, Haes W de. Gezond effect bevorderen: het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering. Woerden: NIGZ, 2005.

Schaalma, H. Met de voeten in de klei: rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Aidspreventie aan de faculteit voor psychologie te Maastricht. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2007.

Scheerder G, Van den Broucke S, Saan H. Projecten voor gezondheidspromotie: praktische handleiding voor kwaliteitsvol werken. Antwerpen: Garant, 2003.

South J, Fairfax P, Green E. Developing an assessment tool for evaluating community involvement. *Health Expectations* 2005;8(1):64-73.

Stuart MAM, Wal MF van der, Schilthuis RW. Geboorten en abortussen bij Amsterdamse tienermeisjes naar etnische herkomst, 1996-1998. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2002;146(6):263-267.

Turner G, Shepherd JA. A method in search of a theory: peer education and health promotion. *Health Education Research* 1999;14:235-247.

Vliet K van, Gruijter M de, Singels, L. Diversiteit in participatie in gezondheidsbevordering: een verkennende studie voor en een advies over het vervolg van het gerichte traject Doelgroep participatie allochtonen van het programma Gezond Leven van ZonMw. Amsterdam: Verwey Jonker Instituut [etc], 2006.

Voorham AJJ. Gezondheidsbevordering voor-en-door de doelgroep: theoretische onderbouwing en evaluatie bij migranten en ouderen (proefschrift). Rotterdam: GGD Rotterdam, 2003.

Voorham AJJ, Haes WFM de, Mackenbach JP. Wijkgericht werken aan gezondheidsbevordering in vier achterstandswijken in Rotterdam: leerpunten uit de praktijk. *TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2002;80(7):431-435.

Vriend HJ, Koedijk FDH, Broek IVF van den, Veen MG van, Coul ELM Op de, Sighem AI van, Verheij RA, Sande MAB van de. Sexually transmitted infections, including hiv, in the Netherlands in 2009. Bilthoven: RIVM, 2010.

Wagemakers A, Vaandrager L, Koelen M, Dijkema P, Corstjens R. Sociaal draagvlak: verslag van de uitwerking van 'sociaal draagvlak' voor het pilot project Referentiekader Gezondheidsbevordering. Wageningen: Wageningen Universiteit. *Gezondheid en Maatschappij*, 2007 (2007a).

Wagemakers A, Koelen M, Nierop P van, Meertens Y, Weijters J, Kloek G. Actiebegeleidend onderzoek ter bevordering van intersectorale samenwerking en bewonersparticipatie. *TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2007;85:23-31 (2007b).

Wagemakers A, Corstjens R, Koelen M, Vaandrager L, Riet H van 't, Dijkshoorn H. Participatory approaches to promote healthy lifestyles among Turkish and Moroccan women in Amsterdam. *Promotion & Education* 2008;15(4):17-23.

Wagemakers MAE. Community health promotion: facilitating and evaluating coordinated action to create supportive social environments (proefschrift). [S.l.]: Wageningen, 2010.

Wallerstein N. Power between evaluator and community: research relationships within New Mexico's healthier community's. *Social Science and Medicine* 1999;49:39-53.

Walter J, Biere S, Dilrosun RMS, Fredison HS, Koendan HD, Moenna NH, Ollivieira FE, Prantl K. Bespreekbaar maken van seksuele gezondheid: Train-de-Trainer handleiding voor religieuze leiders. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2011.

Wiggers LCW, Wit JBR de, Gras MJI, Coutinho RA, Hoek JAR van den. Risk behavior and social-cognitive determinants of condom use among ethnic minority community's in Amsterdam. *Aids Education and Prevention* 2003;15:430-477.

World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. [S.l.]: WHO, 1986.

World Health Organization. The Bangkok charter for health promotion in a globalized world. [S.l.]: WHO, 2005.

Overzicht van alle betrokkenen

Geïnterviewden

Behoeftetepeiling onder functionarissen gezondheidsbevordering

- Mw. Caroline Duygun – van Moorsel, preventiefunctiearis, GGD Brabant – Zuidoost;
- Mw. Ellen Mijnders, medewerker gezondheidsbevordering, GGD Flevoland;
- Dhr. Fetzen de Groot, coördinator Sense Noord-Nederland, Sense Noord-Nederland;
- Mw. Laura Wouter, preventie-interventie medewerker, GGD Rotterdam – Rijnmond;
- Mw. Mieke Doesburg, functionaris gezondheidsbevordering, GGD Midden-Nederland.

Zelforganisaties aan zet: werken aan seksuele gezondheid volgens de community benadering

- Mw. Charette Martina, woordvoerder Antillean TV;
- Mw. Doris Vidda, bestuurslid Vice Versa;
- Dhr. Joe Ibrahim en Dhr. Kwame Acheremu, respectievelijk bestuurslid en administratieve ondersteuning Stichting Godiya;
- Dhr. Juan Walter, gezondheidsbevorderaar GGD Amsterdam;
- Dhr. Mukelenge Kabamba, bestuurder A.C.A. Biso na Biso;
- Mw. Rosana Dodson en Mw. Erroly Dodson, respectievelijk voorzitter en deelnemer Stichting Prodo Pikin;
- Dhr. Roy Adhin, secretariael ondersteuner, GGD Amsterdam;
- Dhr. Stephan Cremer, hoofd productgroep Volwassenen, GGD Amsterdam.

Redactie:

- Mw. Anette van Schaik, gezondheidsbevorderaar, GGD Den Haag;
- Dhr. Adanse Pipim, projectleider AFAPAC Foundation;
- Mw. Annemarie Wagemakers, onderzoeker Leerstoelgroep Gezondheid & Maatschappij Universiteit Wageningen;
- Mw. Caroline Duygun – van Moorsel, preventiefunctiearis, GGD Brabant – Zuidoost;
- Mw. Ellen Mijnders, medewerker gezondheidsbevordering, GGD Flevoland;
- Dhr. Fetzen de Groot, coördinator Sense Noord-Nederland, Sense Noord-Nederland;
- Dhr. Franklin Ollivieira, Pastor, Evangelische Broedergemeente;
- Mw. Freke Zuure, onderzoeker afdeling Infectieziekten en communicatieadviseur, GGD Amsterdam;
- Mw. Gwen van Husen, onderzoeker productgroep Volwassenen, GGD Amsterdam;
- Dhr. Jean Rwasibo, voorzitter Rwanda Ned TUBANE;
- Mw. Laura Wouter, preventie-interventie medewerker, GGD Rotterdam – Rijnmond;
- Mw. Lucia Martis, bestuurder/projectmanager Stichting ProFor;
- Mw. Mieke Doesburg, functionaris gezondheidsbevordering, GGD Midden-Nederland;
- Mw. Sanne van Meeteren, communicatieadviseur afdeling Communicatie GGD Amsterdam;
- Dhr. Suruj Biere, Pandit bij Arya Samaj Nederland (ASAN) en Federatie Arya Samaj Nederland (FAS-NED).

Begeleidingscommissie

- Dhr. Amresh Tewarie, vicevoorzitter Hindoe Raad Nederland (HRN);
- Mw. Annemarie Wagemakers, onderzoeker Leerstoelgroep Gezondheid & Maatschappij, Universiteit Wageningen;
- Mw. Djoeke van Dale, programmacoördinator Kwaliteit, Centrum Gezond Leven (RIVM);
- Mw. Elly Hassink, beleidsmedewerker programma Soa/aids beleid, Soa Aids Nederland;
- Dhr. Glenn Helberg, voorzitter Overlegorgaan Caribische Nederlanden en dhr. Ahmet Azdural, directeur Inspraakorgaan Turken, Landelijk Overleg Minderheden;
- Dhr. Juan Walter, gezondheidsbevorderaar GGD Amsterdam;
- Mw. Karen Prantl, gezondheidsbevorderaar GGD Amsterdam;
- Mw. Pauline Oosterhoff, senior advisor health hiv/aids, KIT soa/hiv;
- Mw. Silke David, coördinator Sense Regio's, Beleidsmedewerker soa-hiv, RIVM;
- Dhr. Stephan Cremer, hoofd productgroep Volwassenen, GGD Amsterdam.

Bijlagen op Cd-rom

Bij: Zelforganisaties aan zet: werken aan seksuele gezondheid volgens de community benadering

GGD Amsterdam, november 2011
Karen Prantl, Annemarie Wagemakers en Juan Walter

Mede mogelijk gemaakt door het Aids Fonds, GGD Amsterdam en de Universiteit van Wageningen



GGD Amsterdam



Deze bijlage is met de handleiding te downloaden via www.gezond.amsterdam.nl.

© GGD Amsterdam, Amsterdam 2011. Overname van (gedeelten van de) tekst is toegestaan, mits met juiste bronvermelding. Indien tekst gebruikt wordt voor commerciële doelstellingen dient **altijd** vooraf schriftelijke toestemming verkregen te zijn.

ISBN 978-90-5348-187-5

Inhoud

1	Werkdocumenten bij de handleiding	2
1.1	Aanvraagformulier – projectplan + toelichting	2
1.2	Richtlijnen voor deelname	8
1.3	Werkplan per activiteit + toelichting	10
1.4	Evaluatieformulier per activiteit + toelichting	12
1.5	Inhoudelijk eindverslag en financiële verantwoording + toelichting	14
1.6	Overeenkomst	27
1.7	Eigen jaarplan	29
2	Nadere informatie bij de handleiding	30
2.1	Soa/hiv prevalentie 2000-2005 in Amsterdam	30
2.2	Hoe de handleiding tot stand is gekomen	33
3	Achtergrond van het community programma	34
3.1	Aanleiding	35
3.2	Doelstellingen	37
3.3	Gefundeerde opzet	37
3.4	Resultaten van het programma	40
4	Resultaten elders	42
4.1	Community benadering bij seksuele gezondheid in Nederland	42
4.2	Community benadering bij seksuele gezondheid in andere Westerse landen	43
5	Literatuurverwijzingen	45

1 Werkdocumenten bij de handleiding

1.1 Aanvraagformulier – projectplan + toelichting

Aanvraagformulier - Projectplan 'jaarthema' Plaats, 20.. (jaartal)

De voorstellen mogen zowel in het Nederlands als in het Engels worden ingediend. De GGD kan, indien gewenst, ondersteuning verlenen bij het opstellen van de voorstellen.

De voorstellen kunnen worden ingediend bij:

- GGD Plaats*
- Afdeling*
- t.a.v. naam (administratieve ondersteuning)*
- Adres*

of per e-mail: e-mailadres

Dit aanvraagformulier kan ook via bovenstaand e-mailadres worden aangevraagd.

De sluitingsdatum voor het indienen van voorstellen is: ***Datum deadline***

Gegevens organisatie

Naam organisatie: _____

Postadres: _____

Postcode:

Plaats: _____

Telefoonnummers: 1 2

Faxnummer:

E-mail: _____

Post / Bankrekeningnummer:

Naam contactpersonen: _____

KvK-nummer:

Eerdere deelname aan het programma: _____

[geef hier aan in welke kalenderjaren uw organisatie eerder projecten ter bevordering van seksuele gezondheid heeft uitgevoerd]

Gegevens projectvoorstel

Titel: _____

Thema: _____

Concrete doelstelling: _____

Beoogde doelgroep

Omvang: _____

Specifieke achtergrond: _____

Etniciteit: _____

Leeftijd: _____

Geslacht: _____

Religie: _____

Seksuele gerichtheid: _____

Looptijd: _____

Beschrijving projectvoorstel:

Het is belangrijk om uw projectvoorstel zo nauwkeurig mogelijk te omschrijven. Geef in uw beschrijving aan waarom het belangrijk is dit project uit te voeren, welke signalen u van uw achterban over het probleem heeft ontvangen, welke resultaten u denkt te behalen, en vooral hoe u deze resultaten wil bereiken. Wees daarbij zo concreet mogelijk. Als u bijvoorbeeld *awareness* probeert te creëren onder een bepaalde doelgroep, geef dan concreet aan wat die *awareness* inhoudt. Bij het beschrijven van de doelstellingen is het van belang duidelijk aan te geven of het project voornamelijk gericht is op gedragsverandering of kennisvermeerdering en waarom. Beschrijf tevens in hoeverre uw organisatie binnen het project aandacht zal besteden aan gender, vooroordelen, stigma, taboe en specifieke culturele achtergronden, indien van toepassing. Verder is het belangrijk aan te geven in hoeverre het project aansluit bij eerdere projecten. Projectvoorstellen dienen uit meerdere activiteiten te bestaan. Bijvoorbeeld bij groepsbijeenkomsten: minimaal vijf bijeenkomsten. Bij education & entertainment projecten minimaal vier voorstellingen. Het is van belang dat u een planning voor alle activiteiten toevoegt en dat de activiteiten verspreid worden over het projectjaar. Tevens kunt u aangeven of u gebruik wilt maken van de expertise van externe deskundigen. Geef hierbij aan welke externe deskundigen u wilt uitnodigen en met welk doel. Beschrijf ook met welke partners u gaat samenwerken. Er gelden geen beperkingen voor de grootte van een projectvoorstel.

Gewenste ondersteuning GGD:

U kunt aangeven of uw organisatie ondersteuning van de GGD Amsterdam nodig heeft bij het vervaardigen van uw projectvoorstel, het ontwikkelen of uitvoeren van uw project. Beschrijf zo nauwkeurig mogelijk welke vorm van ondersteuning u nodig acht.

Begroting projectvoorstel:

Bij het projectvoorstel hoort een reële begroting. De GGD Amsterdam vergoedt uitsluitend (een deel) van te maken kosten voor projecten gericht op seksuele gezondheid. Personele kosten en andere structurele kosten binnen uw organisatie kunt u derhalve niet opnemen in de begroting.

1.2 Richtlijnen voor deelname

Procedure indienen en beoordelen projectvoorstellen

Thema, plaats, jaar

In het kader van de verbetering van de seksuele gezondheid van *doelgroepen in plaats* stelt *financier* voor de jaren tot en met jaarlijks € bedrag beschikbaar voor projecten, uit te voeren door zelforganisaties, religieuze instellingen en sleutelfiguren uit bovengenoemde doelgroepen.

De projectvoorstellen die worden ingediend, moeten voldoen aan de volgende eisen:

- De voorstellen dienen te passen binnen de doelstellingen van het GGD programma "Seksuele gezondheid in *plaats* in de periode 20..-20.. (*jaartallen*)";
- De voorstellen dienen alleen gericht te zijn op activiteiten. Structurele kosten van een organisatie worden niet vergoed, zoals huisvestingskosten, kosten van apparatuur en personeelskosten;
- De beoogde looptijd van de activiteiten is één jaar;
- De voorstellen moeten worden ingediend door een rechtspersoon. Dit betekent dat bij uw aanvraag altijd een kopie van inschrijving bij de Kamer van Koophandel vereist is.

Van de beschikbare middelen wordt in *jaartal* totaal € *bedrag* beschikbaar gesteld voor projecten gericht op verbetering van de seksuele gezondheid van de doelgroepen, met een maximum van € *bedrag* per project.

Alleen projectvoorstellen ingediend voor *datum deadline* zullen voor beoordeling in aanmerking komen.

Beoordeling van de voorstellen zal plaatsvinden door *de GGD plaats: namen en functies beoordelaars*.

De projectvoorstellen worden beoordeeld op de volgende criteria:

- Relevantie binnen de doelstellingen van het GGD programma "Seksuele gezondheid in *plaats* 20..-20.. (*Jaartallen*);
- Kwaliteit van de aanvraag, bestaande uit de methodische onderbouwing en een reële begroting;
- Belang van het project voor de doelgroep;
- Beoogde resultaten van het project;
- Bereik van de beoogde doelgroepen (omvang, achtergrond);
- Haalbaarheid, uitvoerbaarheid en planning van de activiteiten;
- Soort activiteit: de hoogte van de vergoeding is afhankelijk van de te ontplooiën activiteiten;
- Ervaring en eerdere deelname van de zelforganisatie binnen het GGD programma: aan organisaties die al langer deelnemen aan het GGD programma worden hogere eisen gesteld ten aanzien van de kwaliteit van de aanvraag en het beoogde project dan aan organisaties die voor het eerst of nog maar kort deelnemen.

De GGD (*plaats*) financiert geen projecten die een eenmalige activiteit beogen, tenzij deze onderdeel zijn van een breder pakket. Een eenmalige voorlichtingsbijeenkomst wordt bijvoorbeeld niet gehonoreerd. Ook worden geen activiteiten gefinancierd die zijn gericht op het ontwikkelen van foldermateriaal.

- Per organisatie wordt verder maximaal één project per jaar gehonoreerd.
- Projectvoorstellen van organisaties die eerdere projecten nog niet geheel afgerond en geëvalueerd hebben, komen niet in aanmerking voor honorering.
- Bij toekenning van subsidies wordt rekening gehouden met een evenwichtige verdeling naar de verschillende doelgroepen. Dit om te zorgen dat alle relevante bevolkingsgroepen worden bereikt.
- De GGD *plaats* zal *datum* bekend maken welke projectvoorstellen gehonoreerd worden en hoe hoog de onkostenvergoeding per project bedraagt.

- Bij toekenning van een project wordt deze door de GGD voor 80% bevoorschot.
- Dit voorschot zal na een schriftelijk verzoek tot uitbetaling, na ongeveer drie weken uitbetaald worden aan de desbetreffende organisatie.
- Na afloop van elk project dient de organisatie een inhoudelijk en financieel eindverslag op te stellen.
- Dit eindverslag dient uiterlijk voor *datum* bij de GGD ingeleverd te zijn.
- De resterende 20% wordt uiterlijk één maand na inlevering van het eindverslag en een factuur uitbetaald.

1.3 Werkplan per activiteit + toelichting

Werkplan per activiteit*

* bij meerdere activiteiten kunt u deze tabel kopiëren en plakken

Werkplan projecten zelforganisaties & religieuze leiders jaar

Naam organisatie:

Naam contactpersoon:

Planning activiteiten:

Datum:

Tijd & Plaats:

Thema:

Doelstelling:

Doelgroep:

Aantal deelnemers:

Resultaat:

Werkvorm:

Materialen:

Gastpreker:

1.4 Evaluatieformulier per activiteit + toelichting

Evaluatie werkplan per activiteit

* bij meerdere activiteiten kunt u deze tabel kopiëren en plakken

Type activiteit:	
Datum:	
Doelgroep:	
Doel:	
Aantal aanwezigen:	
Onderwerp die behandeld zijn:	
Gebruikte materialen:	
Eventuele bijzonderheden:	
Vervolgafspraken:	

1.5 Inhoudelijk eindverslag en financiële verantwoording + toelichting

Evaluatieformulier

Project *jaar*thema

Plaats 20..*jaartal*

De evaluatieverslagen mogen zowel in het Nederlands als in het Engels worden ingediend. Bij verslagen van radioprogramma's, toneelvoorstellingen en tv-uitzendingen dient tevens audiovisueel materiaal aan de GGD verstrekt te worden. Voor groepsbijeenkomsten is het belangrijk beeldmateriaal aan het verslag toe te voegen. Alle presentaties van derden tijdens de projecten behoren ook ingeleverd te worden bij de GGD. Er gelden geen beperkingen voor de grootte van een eindverslag.

De voorstellen kunnen worden ingediend bij: *GGD Plaats*
Afdeling
t.a.v. naam (administratieve ondersteuning)
Adres

of per e-mail: e-mailadres

Dit evaluatieformulier kan via bovenstaand e-mailadres worden aangevraagd.

De eindverslagen dienen voor **deadline datum** bij de GGD te zijn ingeleverd.

Gegevens organisatie

Naam organisatie: _____

Postadres: _____

Postcode:

Plaats: _____

Telefoonnummers: 1 2

Faxnummer:

E-mail: _____

Post / Bankrekeningnummer:

Naam contactpersonen: _____

KvK-nummer:

Deelname scholing: _____

Beschrijving project:

- Korte beschrijving van het verloop van het project.
- Welke activiteiten zijn uitgevoerd?
- Wanneer en waar hebben de activiteiten plaatsgevonden?

Doelstellingen:

- Welke doelstellingen zijn behaald? Wees zo concreet mogelijk.
- Hoe is in kaart gebracht welke resultaten zijn geboekt? Als het doel van het project bijvoorbeeld kennistoename over hiv/aids was, hoe is in kaart gebracht of de deelnemers aan het project daadwerkelijk meer kennis over hiv/aids hebben door dit project?

Bereik:

- Hoeveel mensen hebben deelgenomen aan de activiteiten?
- Welke mensen zijn bereikt per activiteit? Omschrijf leeftijd, gender, religie, culturele achtergrond etc.

Succesfactoren:

- Denk hierbij bijvoorbeeld aan de gebruikte methoden, aanwezige kennis over het onderwerp binnen de organisatie, voldoende vrijwilligers, hoge opkomst van de doelgroep, samenwerking met andere organisaties, ondersteuning vanuit de GGD, etc. Besteed zowel aandacht aan de succesfactoren tijdens de voorbereiding als tijdens de uitvoer van het project.

Knelpunten:

- Denk hierbij bijvoorbeeld aan de gebruikte methoden, aanwezige kennis over het onderwerp binnen de organisatie, onvoldoende vrijwilligers, samenwerking met andere organisaties, ondersteuning vanuit de GGD, communicatie met de GGD, onvoorziene omstandigheden. Besteed zowel aandacht aan de knelpunten tijdens de voorbereiding als tijdens de uitvoer van het project.

Inzichten:

- Op welke manier is kennis opgedaan tijdens de GGD bijscholing en ervaringen opgedaan tijdens eerdere projecten toegepast binnen het project?
- Wat heeft uw organisatie geleerd middels dit project?

Feedback deelnemers:

- Welke feedback heeft uw organisatie van de deelnemers ontvangen naar aanleiding van het project?
- Is deze feedback mondeling of schriftelijk naar uw organisatie gecommuniceerd?

Samenwerking:

- Hoe verliep de samenwerking met eventuele samenwerkingspartners?
- Hoe verliep de samenwerking met de GGD?

Feedback naar de GGD Amsterdam:

- Welke feedback, vragen of commentaar heeft uw organisatie naar de GGD naar aanleiding van dit programma gericht op seksuele gezondheid?

Toekomst:

- Welke aanknopingspunten biedt het afgeronde project voor toekomstige projecten?
- Waar zijn deze aanknopingspunten op gebaseerd?
- Welke ideeën heeft uw organisatie ten aanzien van toekomstige deelname aan het GGD programma? Of ideeën over nieuwe projecten?
- Welke type ondersteuning?

Financiële verantwoording:

- Geef een financiële verantwoording voor de onkostenvergoeding geboden vanuit de GGD Amsterdam.
- Welk gedeelte van het project is gefinancierd door overige financiers?

1.6 Overeenkomst



Overeenkomst

Ondergetekenden

De Geneeskundige en Gezondheidsdienst Plaats, gevestigd te *Plaats*, ten deze vertegenwoordigd door *naam en titels, functie*, hierna verder te noemen "*de GGD Plaats*"

en

Naam zelforganisatie, gevestigd te *Plaats*, ten deze vertegenwoordigd door *Naam* en hierbij verder te noemen "*de organisatie*".

Komen het volgende overeen

1. De organisatie zal in opdracht van de GGD *Plaats* in het kader van de intensivering van de voorlichting rondom hiv/SOA en Seksuele Gezondheid in Amsterdam, het project 'Naam interventie zelforganisaties' uitvoeren.
2. Dit project bestaat uit (hoofdpunten):
 - Opsomming van activiteiten
 - Het project start *datum* en zal *datum* beëindigd worden.
3. De GGD *Plaats* stelt hiervoor € *gehonoreerde bedrag* aan de organisatie beschikbaar.
4. De organisatie zal voor aanvang van het project aan de GGD *Plaats* een factuur sturen voor 80% van het toegekende bedrag. Op deze factuur moeten behalve het factuurbedrag de volgende gegevens vermeld worden
 - a. naam van de organisatie
 - b. adres
 - c. postcode en woonplaats
 - d. datum
 - e. kenmerk: *kenmerk*
 - f. omschrijving van de activiteit
 - g. nummer van de Kamer van Koophandel te *Plaats*
 - h. bij BTW heffing het BTW (fiscaal) nummer
 - i. bankrekening- of postgironummer.

Factuur dient verstuurd te worden naar:

GGD *Plaats*, t.a.v. financiële administratie, adres

5. Aan het eind van het project zal de organisatie een inhoudelijk en financieel verslag aan de GGD *Plaats* toesturen.
6. Daarnaast zal de organisatie dan een factuur sturen voor het resterende (20%) bedrag. Ook deze factuur moet voorzien zijn van alle gegevens zoals vermeld in punt 4.
5. De GGD *Plaats* zal na ontvangst van het inhoudelijke- en financiële verslag het restant bedrag overmaken aan de organisatie.
5. Wanneer een organisatie t.b.v. het project radio- of DVD opnames maakt dient altijd een kopie van de opname te worden overhandigd aan de projectleider.
5. Zonder inhoudelijk en financieel verslag zal de GGD *Plaats* het restant van het toegekende bedrag niet uitbetalen.
5. Mocht de organisatie tussentijds het project beëindigen dan dient dit in overleg met de projectleider van de GGD *Plaats* besproken te worden.
5. Bij tussentijdse beëindiging dient de organisatie een financieel overzicht op te stellen van de tot dan toe gemaakte kosten. De GGD *Plaats* zal het niet bestede deel van de organisatie terug vorderen.
5. De organisatie voert genoemde activiteiten uit op eigen risico.
5. De organisatie zal er voor zorg dragen dat het project *uiterlijk datum* afgerond zal zijn en zal voor die tijd de volgende zaken inleveren:
 - inleveren eindverslag
 - eindfactuur van 20% van het totaal toegekend bedrag.Indien hier niet aan voldaan zal worden dan zal het resterende bedrag (20% van het totaal toegekend bedrag) niet meer uitbetaald worden.

Aldus overeengekomen te *Plaats*,

Datum

Namens de GGD *Plaats*

Namens de organisatie

Naam

Functie

1.7 Eigen jaarplan

2. Nadere informatie bij de handleiding

2.1 Soa/hiv prevalentie 2000-2005 in Amsterdam

Soa prevalentie per 1000 bezoekers naar etniciteit en seksuele voorkeur

Heteroman	MSM											
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Overige	122,93	136,09	122,93	100,00	82,52	93,75	Overige	329,77	363,77	300,78	244,34	240,37
Rest-Afrikaans	159,54	99,69	159,54	80,60	103,73	104,05	Rest-Afrikaans	388,89	235,29	205,13	250,00	408,16
Noord-Afrikaans	177,36	157,89	177,36	155,89	148,76	165,61	Noord-Afrikaans	428,57	184,21	370,37	176,47	130,43
Aziatisch	164,56	140,89	164,56	93,75	112,68	106,56	Aziatisch	265,06	354,17	264,71	346,15	327,10
Antiliaans	287,88	273,97	287,88	227,27	252,43	259,26	Antiliaans	454,55	447,37	368,42	179,49	239,13
Surinaams	264,15	261,39	264,15	234,62	241,43	258,48	Surinaams	315,79	295,45	333,33	336,63	379,31
Turkse					94,49	146,67	Turkse				217,39	184,21
Zuid-Amerikaans	160,00	174,60	160,00	152,94	154,47	113,77	Zuid-Amerikaans	192,05	263,16	223,40	234,23	244,64
Oost-Europees	101,27	154,55	101,27	183,67	145,45	194,24	Oost-Europees	163,64	224,49	280,00	285,71	144,44
Nederlands	119,90	122,39	119,90	111,78	109,11	93,84	Nederlands	253,12	301,29	259,34	258,02	230,70
Onbekend					142,50		Onbekend				225,74	
Totaal	145,59	147,34	145,59	125,98	129,28	125,40	Totaal	266,10	310,57	268,77	257,56	237,56
Vrouw	Totaal											

Definitie soa: persoon waarbij 1 of meerdere infecties chlamydia, gonorrhoe, infectieuze syfilis en infectieuze HBV is gevonden

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Overige	88,44	91,58	90,36	87,36	93,33	91,24	Overige	155,42	186,39	167,14	144,36	142,68
Rest-Afrikaans	23,35	27,24	61,40	35,82	53,10	69,12	Rest-Afrikaans	80,28	77,92	125,00	73,42	116,01
Noord-Afrikaans	91,95	136,36	115,94	156,25	180,33	156,52	Noord-Afrikaans	161,54	154,96	180,06	157,89	160,00
Aziatisch	169,49	136,36	188,68	59,32	114,94	146,20	Aziatisch	135,24	161,86	183,30	134,69	127,27
Antiliaans	175,68	218,75	150,00	215,91	160,71	191,67	Antiliaans	233,33	278,57	256,00	217,08	229,24
Surinaams	181,35	178,93	152,98	168,42	207,02	181,43	Surinaams	237,47	229,01	221,54	214,44	231,09
Turkse					0,00	83,33	Turkse				101,19	146,23
Zuid-Amerikaans	75,00	74,19	107,00	72,73	84,51	90,57	Zuid-Amerikaans	122,86	147,54	158,93	141,27	150,38
Oost-Europees	86,29	154,26	154,45	95,07	101,12	131,74	Oost-Europees	106,34	160,15	159,84	141,57	149,20
Nederlands	99,43	106,66	113,36	105,94	102,15	90,02	Nederlands	140,01	155,39	150,17	139,74	122,33
Onbekend					96,04		Onbekend				127,79	
Totaal	103,78	112,18	115,87	105,13	105,69	103,80	Totaal	149,24	165,40	160,55	144,26	139,63

Let op: in 2000 6 mannen met een soa, waarvan de geaardheid niet bekend is; staan niet in dit overzicht

Let op: in 2001 en 2002 10 mannen met een soa, waarvan de geaardheid niet bekend is; staan niet in dit overzicht

Bron: soa polikliniek GGD Amsterdam

Hiv prevalentie per 1000 bezoekers naar etniciteit en seksuele voorkeur

Heteroman	MSM											
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Overige	5,15	10,03	2,87	0,00	7,69	5,85	Overige	48,28	0,00	38,71	74,07	52,24
Rest-Afrikaans	21,74	67,42	53,57	14,29	22,06	31,91	Rest-Afrikaans	0,00	100,00	66,67	105,26	0,00
Noord-Afrikaans	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Noord-Afrikaans	0,00	0,00	0,00	83,33	34,48
Aziatisch	0,00	0,00	12,66	0,00	0,00	13,89	Aziatisch	100,00	250,00	52,63	39,22	118,64
Antiliaans	0,00	0,00	28,57	17,54	0,00	0,00	Antiliaans	0,00	0,00	90,91	187,50	238,10
Surinaams	9,90	12,05	4,88	9,43	8,75	3,41	Surinaams	100,00	125,00	156,25	108,11	288,14
Turkse					0,00	12,66	Turkse				0,00	41,67
Zuid-Amerikaans	0,00	0,00	0,00	25,64	11,76	9,35	Zuid-Amerikaans	128,21	111,11	112,68	94,12	60,87
Oost-Europees	0,00	27,03	0,00	0,00	16,13	13,70	Oost-Europees	0,00	0,00	83,33	28,57	0,00
Nederlands	0,00	0,00	1,60	0,50	0,42	0,66	Nederlands	33,15	24,10	27,56	27,23	50,89
Onbekend					4,48		Onbekend					56,82
Totaal	1,91	5,23	4,64	2,70	3,36	3,38	Totaal	41,67	34,75	38,79	45,27	59,83
Vrouw	Totaal											

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Overige	0,00	0,00	7,54	0,00	0,00	2,79	Overige	15,15	11,09	17,34	22,91	17,54
Rest-Afrikaans	0,00	65,22	54,95	86,33	80,65	80,29	Rest-Afrikaans	10,42	63,73	57,27	53,69	48,99
Noord-Afrikaans	0,00	0,00	0,00	0,00	38,46	0,00	Noord-Afrikaans	0,00	0,00	0,00	10,53	3,83
Aziatisch	0,00	23,81	21,28	0,00	0,00	0,00	Aziatisch	22,22	38,17	19,23	11,24	33,61
Antiliaans	0,00	27,78	0,00	0,00	0,00	0,00	Antiliaans	0,00	12,66	24,39	36,04	29,07
Surinaams	6,80	5,13	4,26	4,78	0,00	3,71	Surinaams	11,54	12,66	18,79	15,28	17,72
Turkse					0,00	0,00	Turkse				0,00	16,81
Zuid-Amerikaans	14,08	0,00	9,71	7,04	0,00	12,58	Zuid-Amerikaans	42,86	24,63	42,74	36,07	26,25
Oost-Europees	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,74	Oost-Europees	0,00	14,71	6,99	6,41	5,90
Nederlands	1,38	0,00	0,42	0,38	0,68	1,00	Nederlands	7,03	9,99	5,82	6,74	9,42
Onbekend					3,71		Onbekend				11,63	
Totaal	1,99	3,08	3,52	4,15	3,32	3,70	Totaal	9,50	12,94	11,21	11,17	13,04

Let op: in 2000 2 mannen met hiv, waarvan de geaardheid niet bekend is; staan niet in dit overzicht

Let op: in 2001 en 2002 9 mannen met hiv, waarvan de geaardheid niet bekend is; staan niet in dit overzicht

Prevalentie per 1000 bezoekers naar etniciteit en seksuele voorkeur

Bron: soa polikliniek GGD Amsterdam

2.2 Hoe de handleiding tot stand is gekomen

Voor het schrijven van de handleiding 'Seksuele gezondheid bevorderen met migranten zelforganisaties' heeft de GGD Amsterdam een tijdelijke medewerker aangesteld. Deze medewerker heeft achtereenvolgens een literatuurstudie uitgevoerd, een behoeftepeiling onder gezondheidsbevorderaars verricht, interviews gehouden met de betrokken GGD-medewerkers van Amsterdam, een documentanalyse uitgevoerd en interviews gehouden met vijf zelforganisaties. Een Begeleidingscommissie adviseerde over de opzet en de algemene resultaten van de handleiding en een redactie gaf feedback op de inhoud en vorm. Aansluitend hebben ook deelnemers aan de pilot training van Soa Aids Nederland feedback gegeven op de handleiding.

In de *literatuurstudie* zijn de theoretische grondslagen van de community benadering bestudeerd en is nagegaan welke ervaringen hiermee zijn opgedaan in Nederland en andere Westerse landen. Deze literatuurstudie is specifiek gericht op soa/hiv preventie en bevordering van seksuele gezondheid bij migranten. Voor deze literatuurstudie is de procesevaluatie van het programma bestudeerd en is in Pubmed en Picarta gezocht naar aanvullende literatuur.

Om de handleiding goed aan te laten sluiten bij de doelgroep van gezondheidsbevorderaars is vervolgens een *behoeftepeiling* uitgevoerd onder vijf gezondheidsbevorderaars van verschillende Sense-regio's¹. Hiervoor zijn semigestructureerde interviews gehouden die zijn opgenomen en later zijn uitgewerkt. Op basis van de ervaringen en uitdagingen van de gezondheidsbevorderaars met betrekking tot de community benadering, is geïnventariseerd wat de gezondheidsbevorderaars in de handleiding wilden terugzien. Ook is aan hen gevraagd aan welke criteria de handleiding moest voldoen wat betreft de vormgeving. Alle vijf de gezondheidsbevorderaars hebben daarna plaatsgenomen in de redactie van de handleiding.

Om de inhoud van het community programma te beschrijven zijn *interviews gehouden met GGD-medewerkers* van Amsterdam, te weten de gezondheidsbevorderaar, de secretariael ondersteuner en een van de leden van de Beoordelingscommissie van het programma. Ook deze interviews waren semi-gestructureerd en richtten zich met name op het proces en de *do's* en de *don'ts* van de community benadering. Daarnaast is een *documentanalyse* uitgevoerd door de beschikbare digitale en schriftelijke materialen bij de GGD Amsterdam te bestuderen.

Om de *projecten van vijf zelforganisaties te beschrijven*, is vervolgens een keuze gemaakt uit 110 projecten van 59 Amsterdamse zelforganisaties. Deze keuze is voorgelegd aan de betreffende zelforganisaties tijdens een van hun gezamenlijke bijeenkomsten. De uitkomst van de discussie was dat de handleiding vooral een weergave moest zijn van de diversiteit van de projecten. Dit is gecombineerd met de eis dat de organisaties ook enkele jaren moesten hebben deelgenomen aan het programma, zodat ze iets konden vertellen over de ontwikkelingen. Op basis daarvan is de huidige selectie gemaakt. De vijf geselecteerde zelforganisaties hebben de tekst over hun eigen organisatie gecontroleerd.

Twee concepten van de handleiding zijn voorgelegd aan een *redactie*, bestaande uit de volgende zestien personen:

- Vijf geïnterviewde gezondheidsbevorderaars;
- Een gezondheidsbevorderaar die niet was geïnterviewd;
- Twee vertegenwoordigers van zelforganisaties van het programma;
- Twee vertegenwoordigers van religieuze organisaties van het programma;
- De gezondheidsbevorderaar/programmaleider van het programma;
- De onderzoeker van de procesevaluatie van het programma;
- Een lid van de Beoordelingscommissie van het programma;
- Twee communicatiedeskundigen van de GGD Amsterdam.

1 Voor het programma seksuele gezondheid zijn de GGD-en in Nederland ingedeeld in acht Sense-regio's

Een laatste conceptversie van de handleiding is voorgelegd onder de *deelnemers aan de pilot training* die Soa Aids Nederland organiseerde. Deze training is opgezet voor gezondheidsbevorderaars om hen te ondersteunen bij de implementatie van de community benadering bij het bevorderen van seksuele gezondheid. In totaal tien personen gaven in de schriftelijke evaluatie hun reactie op de concepthandleiding.

Het tot stand komen van de handleiding is ten slotte ondersteund door een *Begeleidingscommissie*. Deze commissie is in tien maanden vier maal bijeen gekomen. Vanuit het oogpunt dat de handleiding landelijk moet worden verspreid, bestond deze commissie uit vertegenwoordigers van de volgende organisaties:

- Universiteit Wageningen;
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM);
- Centrum Gezond Leven (RIVM);
- Soa Aids Nederland;
- Landelijk Overleg Minderheden - Overlegorgaan Caribische Nederlanden;
- Hinduraad;
- KIT soa/hiv;
- GGD Amsterdam.

Voor de namen van alle betrokkenen: zie het laatste hoofdstuk in de handleiding.

3 Achtergrond van het community programma

3.1 Aanleiding

De soa-polikliniek van de GGD Amsterdam registreert jaarlijks soa/hiv prevalentie cijfers. Begin 2000 blijkt hieruit dat bij personen van Antilliaanse, Surinaamse en Afrikaanse afkomst vaker een soa/hiv-infectie wordt vastgesteld dan bij andere groepen in Amsterdam (zie ook bijlage 2.1). De prevalentie van hiv is binnen deze groepen ook hoog binnen de niet-MSM² groep. Deze cijfers komen overeen met resultaten uit onderzoek van El Karimy et al. (2001). Zij concluderen dat etnische minderheden in hogere-inkomen landen als Nederland kwetsbaar zijn voor hiv-infectie. Dat geldt met name wanneer individuen kort geleden zijn gemigreerd vanuit landen waar hiv-prevalentie hoog is, zoals sub-Sahara Afrika.

Tegelijk maken de Antilliaanse, Surinaamse en Afrikaanse groepen een belangrijk deel uit van de Amsterdamse bevolking. Op 1 januari 2001 telt Amsterdam 734.540 inwoners. Daarvan wordt iets meer dan de helft, ongeveer 394.000 personen, tot de groep Nederlanders gerekend. De grootste etnische minderheidsgroepen zijn Surinamers (72.000), gevolgd door Marokkanen (57.000) en Turken (35.000). Antillianen en Arubanen vormen in Amsterdam een relatief kleine groep van 12.000 mensen. De grootste groep etnische minderheden bestaat dan uit mensen uit niet-geïndustrialiseerde landen (76.000). Bijna 10.000 mensen daarvan komen uit Ghana (Gemeente Amsterdam, 2003). Ook in 2010 vormen deze groepen nog een groot aandeel van de Amsterdamse bevolking.

Bron: Gemeente Amsterdam, 2003.

De verhoogde kans op verdere verspreiding van soa en hiv binnen de Arubaanse, Antilliaanse, Surinaamse en Afrikaanse migrantenpopulaties blijkt verschillende oorzaken te kennen. Zo hebben sommige Afrikaanse culturen andere opvattingen en ideeën over bijvoorbeeld hiv (El-Karimy et al., 2001). Surinaamse, Antilliaanse en Sub-Sahara Afrikaanse heteroseksuele mannen en ook vrouwen vertonen meer seksueel risicogedrag. Dat wil zeggen veel partners, gelijktijdige partners, weinig condoomgebruik en onbeschermd seks met losse partners (Gras et al., 1999; Wiggers et al., 2003;

2 MSM = Mannen die Sex hebben met Mannen

Van Veen et al., 2005). Daarnaast komen er relatief veel tienerzwangerschappen voor bij Surinaamse, Antilliaanse en Ghanese migrantenmeisjes (Stuart et al., 2002; Garssen, 2008). Ook brengt de migrantenstatus op zich stressoren met zich mee die seksueel risicogedrag bevorderen (Soskolne & Shtarkshall, 2002; Heus, 2010).

Om Arubaanse, Antilliaanse, Surinaamse en Afrikaanse migrantengroepen te bereiken, werkt de GGD Amsterdam aanvankelijk veel samen met Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (VETC-ers). De VETC-ers ontvangen van de GGD eerst een opleiding. Daarna organiseren zij voorlichtingsbijeenkomsten over soa en hiv in afstemming met zelforganisaties. Voor de Marokkaanse gemeenschappen lijkt deze aanpak goed te werken. De mensen uit de Arubaanse, Antilliaanse, Surinaamse en sub-Sahara Afrikaanse gemeenschappen komen echter opvallend weinig naar de georganiseerde bijeenkomsten.

In Nederland gaan op dat moment steeds meer stemmen op dat de traditionele Nederlandse voorlichting onvoldoende rekening houdt met de cultuur, subjectieve normen en het feitelijke gedrag van etnische groepen (El-Karimy et al., 2001; Wiggers et al., 2003). Ook het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) geeft in 2003 aan dat de preventieprogramma's onvoldoende op specifieke doelgroepen zijn toegesneden (Hollander & Frouws, 2011). Soskolne en Shtarkshall (2002) concluderen dat participatie van migranten community's essentieel is om inzicht te krijgen in de cultuur en passende interventies voor migranten te ontwikkelen.

Tegelijkertijd wordt onderkend dat gezondheidsbevordering zich niet alleen op het individu moet richten, maar ook op de sociale en fysieke leefomgeving van de doelgroep (Saan & De Haes, 2005; World Health Organization, 1986; World Health Organization, 2005). Het geven van passieve voorlichting geeft minder resultaat bij hiv preventie dan een combinatie van passieve en actieve activiteiten. Een actieve activiteit is bijvoorbeeld het trainen van vaardigheden, (Albarracín et al., 2005 & Sales et al., 2006). Bij de GGD Amsterdam groeit het besef dat om de Arubaanse, Antilliaanse, Surinaamse en sub-Sahara Afrikaanse migranten groepen te bereiken een meer bottom-up gerichte benadering nodig is.

Terwijl de GGD in 2003 een community programma voorbereidt, vindt er een ongelukkig voorval plaats. De gemeenteraad presenteert de Amsterdamse soa/hiv prevalentie-cijfers minder genuanceerd. Hierdoor voelen vooral Afrikaanse migranten zich beschadigd in hun imago. De wethouder en de GGD Amsterdam nodigen daarop gezamenlijk alle Arubaanse, Antilliaanse, Surinaamse en sub-Sahara Afrikaanse zelforganisaties versneld uit voor een werkconferentie. Ook organisaties die actief zijn op het gebied van soa/hiv preventie worden daarbij uitgenodigd. De belangrijkste uitkomst van de werkconferentie is dat de migranten zelforganisaties en de GGD de handen ineen willen slaan om soa/hiv preventie activiteiten uit te voeren binnen de genoemde gemeenschappen in Amsterdam. In 2004 start het programma en anno 2011 draait het programma nog steeds.

3.2 Doelstellingen

Naar aanleiding van de werkconferentie worden gezamenlijk de volgende doelstellingen geformuleerd:

Algemene doelstelling:

Bijdragen aan het tot stand komen van bewustzijn en gedragsverandering ten aanzien van de risico's van soa/hiv besmetting onder de bewoners van Stadsdeel Zuidoost (ZO) teneinde de soa/hiv prevalentie te verlagen.

Programma doelen:

- Verhogen van de samenwerking met en betrokkenheid van lokale zelforganisaties en sleutelfiguren van Arubaanse, Antilliaanse, Surinaamse en sub-Sahara Afrikaanse afkomst bij de ontwikkeling en implementatie van soa/hiv preventie interventies in Stadsdeel ZO;
- Beter aansluiten van preventie activiteiten op de leefstijlen en de belevingswereld van de onderscheiden doelgroepen in Stadsdeel ZO;
- Promoten van actief soa/hiv testbeleid onder zelforganisaties, sleutelfiguren en bewoners van de onderscheiden doelgroepen in Stadsdeel ZO;
- Verlagen van drempel tot actief testen op soa/hiv voor de onderscheiden doelgroepen.

Interventiedoelen:

- Verhogen van het bereik van soa/hiv preventie interventies onder de doelgroepen [sub- Sahara Afrikanen, Surinamers, Antillianen en Arubanen in Stadsdeel ZO].
- Intensiveren van soa/hiv testen bij de onderscheiden doelgroepen.

Doelen verbreed

In de loop van de jaren worden de doelstellingen uitgebreid. Zo is het werkgebied vergroot van Stadsdeel Zuidoost naar heel Amsterdam. Daarnaast zijn de soa/hiv doelstellingen verbreed naar het algemene thema 'bevordering van seksuele gezondheid'. Deze verbreding is voornamelijk ingegeven door de praktijk: zelforganisaties geven aan dat er behoefte is om ook over andere onderwerpen binnen seksuele gezondheid trainingen te volgen en projecten op te zetten. Ook uit onderzoek dat in de loop van de jaren verschijnt, blijkt dat seksuele gezondheid breed bij verschillende migranten doelgroepen aandacht behoeft. Zo blijken tienerzwangerschappen en abortus veel voor te komen bij Surinaamse en Antilliaanse meisjes en Afrikaanse en Midden- en Zuid-Amerikaanse vrouwen. Daarnaast is meer sprake van seksuele dwang onder allochtone jongeren (De Graaf et al., 2005; Bakker & Vanweesenbeeck, 2006).

3.3 Gefundeerde opzet

In aansluiting op de geformuleerde doelen zet de GGD Amsterdam samen met de zelforganisaties een community programma op. De keuzes binnen dit programma zijn mede gebaseerd op resultaten uit onderzoek. Later onderzoek bevestigt deze resultaten.

Samenwerken met migranten zelforganisaties

Binnen het community programma werkt de GGD samen met migranten zelforganisaties. Uit literatuur blijkt dat zelforganisaties hun gemeenschap goed kunnen vertegenwoordigen binnen gezondheidsbevorderende programma's. Zo hebben zij ervaring en expertise in huis met betrekking tot de vragen en behoeften van hun achterban, evenals ervaring en expertise over mogelijke succesvolle aanpakken en oplossingen (Chillag et al., 2002; Jones & Sargeant, 2009; Hollander & Frouws, 2011; Van Pelt et al., 2011). Ook hebben de zelforganisaties het vertrouwen van de doelgroep (Hollander & Frouws, 2011). Ze worden gedreven door waarden en een duidelijke missie en hun kracht ligt verder in het feit dat ze ongehinderd kunnen staan voor ideeën die belangrijk zijn voor de gezondheid. Ondanks dat die ideeën controversieel kunnen zijn en soms worden tegengewerkt door bijvoorbeeld een regering of beleidsmakers (Gaist, 2010).

Voor de duurzaamheid van de programma's is het van belang dat de zelforganisaties samenwerken met grote organisaties als GGD-en en kennisorganisaties. Reden is dat de zelforganisaties veel werken met vrijwilligers en daardoor te maken hebben met een snel wisselende personele bezetting. Hierdoor ontstaat ook een snel verloop van kennis en vaardigheden (Hollander en Frouws, 2011). Hoewel de preventieactiviteiten die zelforganisaties ontwikkelen veelal redelijk kleinschalig zijn, met een bereik van enkele tientallen of honderden personen, kent het bereik van deze projecten op landelijk niveau een gunstig beeld (Boot & Knapen, 2005).

Financiële bijdrage

In het community programma ontvangen de deelnemende organisaties een bijdrage voor de ontwikkeling en uitvoering van hun projecten. Onderzoeken tonen aan dat financiële bijdragen aan zelforganisaties de gezondheidsbevordering steunen, gezien het bijdraagt aan de capacity-building (Bobbitt-Cooke, 2005; Johnson et al., 2007) en daarnaast ondernemerschap en creativiteit stimuleert (Hartwig et al., 2009). Voorwaarde is wel dat ook andere vormen van begeleiding en training aanwezig zijn (Chillag et al., 2002; Schmidt et al., 2009). Ook Pot (2011) vindt in het kader van haar afstudeeronderzoek dat financiële middelen een positieve invloed kunnen hebben op de bereidheid van zelforganisaties om samen te werken.

De werkprincipes van de community benadering

Belangrijke werkprincipes van de community benadering zijn empowerment, (doelgroep)participatie en intersectorale samenwerking (Wagemakers, 2010), evenals de sociale netwerkbenadering (zie de handleiding, hoofdstuk 1).

Empowerment

Empowerment is de ervaring van mensen dat zij zelf kunnen bijdragen aan een verbetering (Koelen & Van den Ban, 2004). De empowerment is in het hier beschreven programma wederzijds. Zowel de zelforganisaties (community-empowerment) en hun individuele leden (persoonlijke empowerment) als de gezondheidsbevorderaar ervaren dat ze door samen te werken een bijdrage leveren aan de seksuele gezondheid van de migrantengroepen. Ieder heeft daarbij zijn eigen inbreng. De zelforganisaties van hun kant zetten hun energie in en brengen kennis en vaardigheden mee met betrekking tot de eigen cultuur. De gezondheidsbevorderaar zorgt voor de randvoorwaarden en brengt kennis en vaardigheden in met betrekking tot communicatie, seksuele gezondheid, projectmatig werken en coaching.

Participatie

Bij participatie zijn mensen uit een community betrokken bij het vaststellen van behoeften en doelen en de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van gezondheidsbevorderende activiteiten (Koelen & Van den Ban, 2004; South et al., 2005; Wagemakers et al., 2007). Bij de start van het community programma is het overkoepelende thema seksuele gezondheid deels door de GGD aangereikt en deels door de actualiteit ingegeven. In de uitwerking van het programma wordt het te behandelen subthema jaarlijks samen met de zelforganisaties bepaald. Ook worden de zelforganisaties regelmatig geraadpleegd voor het programma. Doordat de zelforganisaties in het programma zelf hun projecten ontwikkelen, uitvoeren en evalueren, is er sprake van een hoge mate van participatie.

Participatie op het niveau van raadpleging lijkt minimaal nodig om aan empowerment te werken (Jacobs et al., 2005). Het is belangrijk om samen met vertegenwoordigers van de doelgroep interventies op te zetten, uit te voeren en te evalueren. Het is niet voldoende om alleen in de uitvoering met een vertegenwoordiger uit de doelgroep te werken. Om participatie in alle fasen van een project te realiseren moet de rol van de gezondheidsbevorderaar wijzigen van een 'expert' die een community een interventie komt brengen, naar een 'begeleider' of 'coach' die leden van de community helpt met de voorwaarden, vaardigheden en netwerken om deze interventies te implementeren en te onderhouden (Beeker et al., 1998; Hollander & Frouws, 2011; Koelen, 2011). Elkaar zien als gelijkwaardige partner is daarbij een belangrijke voorwaarde (NIGZ, 2004 b). De gezondheidsbevorderaar beschikt over enkele basisvaardigheden en ontwikkelt zich daarin ook verder. Het programma zelf ondersteunt de participatie door middel van verschillende individuele contactmomenten, groepsbijeenkomsten en trainingen.

Intersectorale samenwerking

Door formele samenwerking tussen (delen van) verschillende sectoren in de maatschappij ontstaat een efficiëntere, effectievere en langduriger werkwijze op dan wanneer de gezondheidssector alleen zou werken (Nutbeam, 1998; Koelen & Van den Ban 2004). In het programma is sprake van intersectorale samenwerking, doordat de GGD samenwerkt met verschillende soorten zelforganisaties, religieuze instellingen en sleutelfiguren. Daarbij stimuleren de Begeleidingscommissie en de gezondheidsbevorderaar de samenwerking tussen deze organisaties en sleutelfiguren onderling. Verder betreft de gezondheidsbevorderaar verschillende andere organisaties uit de keten rondom seksuele gezondheid. Denk bijvoorbeeld aan het COC, de Schorer Stichting, Soa/Aids Nederland, en later ook de Soa-polikliniek van de GGD zelf. De gezondheidsbevorderaar zet de kennis en vaardigheden van deze organisaties in voor het programma en verlaagt de drempel tussen deze organisaties en de zelforganisaties. Intersectorale samenwerking vindt ook plaats met organisaties die financiële steun aan het programma verlenen, zoals de gemeente en andere financiers.

Sociale netwerken: sleutelfiguren en peer educators

Mensen oefenen in een sociaal netwerk invloed op elkaar uit. Zo kan het sociale netwerk steun en bruikbare feedback bieden (Laverack, 2007). Daarnaast wordt informatie verspreid via leden van het bestaande netwerk. Dit kan via de natuurlijke helpers: personen tot wie de leden zich toch al wenden voor advies, steun of hulp (Eng & Parker, 2002). Deze mensen worden ook wel opinieleiders of *sleutelfiguren* genoemd. In het programma krijgen vertegenwoordigers van zelforganisaties (inclusief religieuze organisaties) en individuele sleutelfiguren³ scholing en training aangeboden. Zij vormen met hun gemeenschappen natuurlijke sociale netwerken en kunnen zo de bevordering van seksuele gezondheid steunen. Ook kunnen de vertegenwoordigers van de zelforganisaties een project over seksuele gezondheid voor hun achterban opzetten. Doordat in het programma onderlinge samenwerking wordt gestimuleerd, breiden de netwerken van de deelnemers zich uit. Voor de projecten kunnen de vertegenwoordigers van de zelforganisaties en ook vrijwilligers uit de gemeenschap opgeleid worden tot *peer educators*. Onderzoek laat zien dat het inzetten van peer educators positieve effecten heeft voor de seksuele gezondheid (Kocken et al., 2001; Martijn et al.,

3 mensen die door verscheidene gemeenschappen als belangrijke personen worden gezien

2004, Jones & Sargeant, 2009; Drummond et al., 2011), ook bij jongeren (Maticka-Tyndale & Barnett 2010; Veinot, 2010; Hollander & Frouws, 2011).

3.4 Resultaten van het programma

In 2010 voert de GGD Amsterdam een procesevaluatie uit van het community programma. De procesevaluatie is een kwalitatief onderzoek en richt zich op de periode 2004 -2009. Inhoudelijk bestaat het onderzoek uit literatuuronderzoek, dossieranalyse, semigestructureerde interviews, een vragenlijst en participerende observatie. Hieronder volgt een samenvatting van de belangrijkste resultaten:

In de periode 2004-2009 hebben 76 zelforganisaties, religieuze instellingen en sleutelfiguren deelgenomen aan het programma. In die periode zijn 110 verschillende soa/hiv preventieprojecten uitgevoerd. Deze projecten bestonden onder andere uit voorlichtingsbijeenkomsten, discussie- en debatbijeenkomsten, radioprogramma's, televisieprogramma's, trainingsbijeenkomsten en theatervoorstellingen.

Het programma heeft de volgende doelstellingen behaald:

- Totstandkoming van een samenwerkingsverband met Afrikaanse, Surinaamse, Antilliaanse en Arubaanse zelforganisaties op het gebied van soa/hiv preventie;
- Stimuleren van actieve betrokkenheid van de zelforganisaties bij soa/hiv preventie in hun eigen gemeenschappen;
- De ontwikkeling en uitvoer van cultuurspecifieke soa/hiv preventieactiviteiten in Amsterdam die goed aansluiten bij de leefstijlen en belevingswereld van de doelgroepen;
- Promoten van gezond seksueel gedrag onder de doelgroepen;
- Bijdragen aan meer bewustzijn ten aanzien van soa/hiv preventie en seksuele gezondheid bij relevante zelforganisaties en hun achterban.'

Voor meer informatie over en resultaten van de procesevaluatie: zie de publieksversie van de procesevaluatie op de Cd-rom.

4 Resultaten elders

Hoewel de community benadering veelbelovend is en steeds meer wordt toegepast, wordt het in het algemeen nog niet gezien als evidence-based. De processen in community programma's zijn complex en de implementatie verloopt vaak niet volgens de oorspronkelijke bedoelingen (NIGZ, 2004a; Harting & Van Assema, 2007; Wagemakers, 2010). Het is lastig om de effectiviteit aan te tonen voor alle relevante aspecten. Procesevaluaties en actieonderzoek waarbij resultaten direct als feedback fungeren, zijn veelbelovende aanvullende benaderingen. Deze benaderingen geven inzicht in waarom bepaalde resultaten wel of niet geboekt worden en kenmerken zich door hun continuïteit en verschillende onderzoeksmethoden (Wagemakers, 2010).

Een inventarisatie van community projecten in Nederland laat zien dat er verschillende positieve effecten gevonden zijn bij de community benadering op verschillende thema's (Harting & Van Assema, 2007). Voor deze handleiding is specifiek gezocht naar ervaringen met betrekking tot de community benadering bij bevordering van seksuele gezondheid bij migranten. In Nederland zijn hierover enkele onderzoeken bekend. In vergelijkbare Westerse landen is vooral literatuur gevonden uit Noord-Amerika.

4.1 Community benadering bij seksuele gezondheid in Nederland

Ten Wolde et al. (2008) onderzochten de effectiviteit van de ASERAG-methode, een participatieve interventie gericht op SOA en HIV/AIDS preventie onder asielzoekers. De ASERAG-methode bestaat uit theatervoorstellingen door en voor asielzoekers in combinatie met training van peer-educators en HIV-contactpersonen. Vrijwel iedereen was enthousiast over ASERAG; zowel de Medische Opvang Alszielzoekers (MOA) medewerkers, de peers als de asielzoekers zelf. De gepercipieerde effectiviteit (de effectiviteit zoals deze door asielzoekers zelf wordt ingeschat) was zeer goed: 92% was bijvoorbeeld meer overtuigd van de voordelen van condoomgebruik en 56% zei vaker een condoom te gebruiken. Daarnaast gaf 49% aan zich als gevolg van de ASERAGactiviteiten te hebben laten testen, en was 24% dat van plan te gaan doen. Deze hoge percentages komen overeen met wat MOA-medewerkers dachten te hebben bereikt met hun voorlichting; zij gaven aan ruim de helft (54%) van de asielzoekers te hebben bereikt.

Hesselink et al. voerden in 2010 een evaluatie uit van de Safe Sex Comedy Show (SSCS). Deze gezondheidsbevorderende interventie beoogde belangrijke (intermediaire) determinanten van seksueel risicogedrag te verbeteren. De show richtte zich op jongeren uit de urban lifestyle scene: een stroming binnen de jeugdcultuur waarin zich jongeren uit veel verschillende migrantengroepen bevinden. Het initiatief voor de show kwam van de jongeren uit deze scene en zij hebben, onder begeleiding van de GGD Amsterdam en het NIGZ, de show ontwikkeld en uitgevoerd. De respondenten evalueerden het gebruikte format en de inhoud van de show zeer positief. Op basis van de effectevaluatie van de SCS kon echter geen effect worden aangetoond op de gemeten (intermediaire) determinanten van veilig vrijen. Dit werd mogelijk veroorzaakt door de lage respons op de nametingen.

Pot (2011) onderzocht in het kader van een afstudeerscriptie factoren in de belevingswereld van Antilliaanse zelforganisaties die positief en negatief van invloed zijn op de bereidheid om samen te werken met Sense Noord Nederland. Hieruit kwam naar voren dat de bereidheid om samen te werken toenam, naarmate de maatschappelijke positie van de achterban belangrijker werd gevonden en de zelforganisatie jonger was. Ook gelijkwaardige omgangsvormen hadden een positief effect. Daaronder vallen onder andere: een hoge mate van inclusiviteit (onderdeel uitmaken van het informatienetwerk, beslissingen maken en deelnemen aan evenementen), het communiceren van duidelijke verwachtingen, aansluiten bij de inbreng van de zelforganisaties, het uiten van waardering naar de zelforganisaties en het vergoten van vertrouwen door persoonlijk contact. Overvraging door professionele organisaties, gebrek aan tijd en financiële middelen en het gevoel hebben 'het werk van een betaalde professional over te nemen', hadden een negatieve invloed.

Eijling et al. (2011) hebben de succesfactoren onderzocht van het UmaTori! Project dat in Den Haag, Amsterdam en Rotterdam heeft gedraaid. Het project was een soa/hiv interventie voor vrouwen van Surinaamse en Antilliaanse afkomst. Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (VETC) werden getraind in groepsdynamiek, discussie en communicatievaardigheden. De VETC-ers benaderden vervolgens gastvrouwen uit de doelgroep, die uit hun eigen netwerk vrouwen uitnodigden om deel te nemen aan vijf discussiebijeenkomsten bij de gastvrouwen thuis of op een andere locatie. De VETC-ers identificeerden de prioriteiten, vragen en doelen van de deelnemers en zetten de activiteiten flexibel in om aan de wensen en doelen van iedere doelgroep tegemoet te komen. Op korte termijn had de interventie veranderingen teweeggebracht op het niveau van cognities, intentie tot veilig vrijen en seksuele communicatie, wat uiteindelijk kan bijdragen aan hun seksuele gezondheid. De effecten waren het grootst bij de GGD Den Haag en Rotterdam.

4.2 Community benadering bij seksuele gezondheid in andere Westerse landen

Merzel en D’Affitti (2003) bekeken de effectiviteit van community-based gezondheidsbevordering in het algemeen in Noord-Amerika. Zij concludeerden dat juist bij hiv-preventie een behoorlijk effect waar te nemen was wat betreft gedragsverandering en gezondheidsuitkomsten. De hiv-preventie onderzoeken die zij bestudeerden hadden betrekking op verschillende doelgroepen; homoseksuele (jongere) mannen, jongeren, vrouwen en ook jongeren uit Afrikaans-Amerikaanse gemeenschappen met lagere inkomens. Dat juist bij hiv-preventie een effect waarneembaar is, lijkt volgens hen voornamelijk veroorzaakt te worden doordat de hoogrisicogroepen eerst goed werden gedefinieerd. Hierdoor konden de interventies op maat worden gemaakt. Ook werd in de betreffende onderzoeken veel met community-leden en peers gewerkt. Daarnaast had de nadruk op het veranderen van sociale normen binnen de gemeenschappen vermoedelijk een grotere impact veroorzaakt. Ook kon meespelen dat het risico op hiv duidelijker was voor de gemeenschappen dan bijvoorbeeld het risico op hart- en vaatziekten (Merzel & D’Affitti, 2003).

Sales, Milhausen en DiClemente (2006) onderzochten door middel van een review soa/hiv interventies onder adolescenten in Noord-Amerika. Verschillende methoden zijn daarbij bekeken, zoals interventies op scholen, in klinieken, of speciale doelgroepen, (bijvoorbeeld adolescenten in de gevangenis) en community-based interventies. Ook uit hun studie kwam naar voren dat community-based interventies (vijf studies) een gedragsverandering lieten zien. Daarbij ging het met name om een reductie van onbeschermd seksueel contact. Ook was soms een afname in het aantal seksuele partners of seksuele activiteit waarneembaar. De meest succesvolle interventies waren op maat gemaakt voor de doelgroep en geïmplementeerd door getrainde begeleiders. De inhoud was divers, aangeboden via een variëteit aan methoden en de interventies waren gebaseerd op theorie. Met name de sociale leertheorie en sociale cognitieve theorieën bleken goede kaders. Interventies waren effectiever wanneer zij verder gingen dan voorlichting. Bijvoorbeeld interventies die ook werkten met probleemoplossing, het vergroten van mogelijkheden, (capacity building), sociale vaardigheidstraining, vergroten van etnische trots en het vergroten van kennis over gender. Ook tijdsintensieve, multisessie interventies bleken meer effectief dan korte interventies. Over het algemeen waren hiv-preventie interventies kostenbesparend of kosteneffectief in vergelijking met andere gezondheidsbevorderende interventies en gezondheidszorg.

Jones en Sargeant (2009) concludeerden in hun review van 20 artikelen dat de community benadering bij hiv-preventie succesvol was in het veranderen van risicogedrag, het toenemen van testen en/of het reduceren van het overbrengen van hiv. Verschillende artikelen wezen daarnaast op bijkomende voordelen als toegenomen eigen effectiviteit, zelfvertrouwen, empowerment, economische verbetering, ontwikkeling van samenwerking, toegenomen bekwaamheid van de betrokken zelforganisaties en het realiseren van sterke en steunende community’s. Bijna alle onderzochte artikelen hadden betrekking op Noord-Amerika.

5 Literatuurverwijzingen

Albarracín D, Gillette JC, Earl AN, Glasman LR, Durantini MR. A test of major assumptions about behaviour change: a comprehensive look at the effects of passive and active hiv-prevention interventions since the beginning of the epidemic. *Psychological Bulletin* 2005;131(6):856-897.

Bakker F, Vanwesenbeeck I. Seksuele gezondheid in Nederland. Delft: Eburon, 2006.

Beeker C, Guenther-Grey C, Raj A. Community empowerment paradigm shift and the primary prevention of HIV/AIDS. *Social Science & Medicine* 1998;46(7):831-842.

Bobbitt-Cooke M. Energizing community health improvement: the promise of microgrants. *Prev Chronic Dis.* 2005;2:1-8

Boot JM, Knapen MHJM. De Nederlandse gezondheidszorg. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005.

Chillag K, Bartholow K, Cordeiro J, Swanson S, Patterson J, Stebbins S, Woodside C, en Sy F. Factors Affecting the Delivery of HIV/AIDS Prevention Programs by Community-Based Organizations. *AIDS Education and Prevention* 2002;14(S-A):27-37

Drummond PD, Mizan A, Brocx K, Wright, B. Using peer education to increase sexual health knowledge among West African refugees in Western Australia. *Health Care for Women International* 2011;32:3:190-205.

Eijling EM, Bertens MGBC, Schaalma HP. Succesfactoren voor soa/hiv preventie voor vrouwen van Afro-Surinaamse en Antilliaanse afkomst: lessen van UmaTorii!. *TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2011;89(3):173-179.

El-Karimy E, Gras MJI, Varkevisser C, Hoek JAR van den. Risk perception and sexual relations among African migrants in Amsterdam. *Medische Antropologie* 2001;13(2):301-322.

Eng E, Parker E. Natural helper models to enhance a community's health and competence. In: DiClemente RJ, Corsby RA, Kegler MC (Eds.). *Emerging theories in health promotion practice and research: strategies for improving public health.* San Francisco: Jossey-Bass, 2002. p. 126-156.

Gaist PA. Igniting the power of community: the role of CBOs and NGOs in global public health. Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health, 2010.

Garssen J. Sterke daling geboortecijfer niet-westers allochtone tieners. *CBS Bevolkingstrends* 2008(4):14-21.

Gemeente Amsterdam. Amsterdam in cijfers 2002. Amsterdam: O+S, 2003. p. 48.

Graaf H de, Meijer S, Poelman J, Vanwesenbeeck I. Seks onder je 25e: seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005. Delft: Eburon, 2005.

Gras MJ, Weide JF, Langendam MW, Coutinho RA, Hoek JAR van den. HIV prevalence, sexual risk behaviour and sexual mixing patterns among migrants in Amsterdam, the Netherlands. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 1999;13:1953-1962.

Harting J, Assema, P van. Community-projecten in Nederland: de eeuwige belofte? Den Haag: ZonMw, 2007.

Hartwig KA, Dunville RL, Kim MH, Levy B, Zaharek MM, Njike VY, Katz DL. Promoting Healthy people 2010 through small grants. *Health Promotion Practice* 2009;10(1):24-33.

Hesselink AE, Osté J, Walter J, Stolte IG, Wit M de, Veldhuis J, Cremer S. Evaluatieonderzoek van de Safe Sex Comedy Show. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2010.

Heus L. There is no love here anyway: sexuality, identity and HIV prevention in an African sub-culture in Amsterdam, The Netherlands. *Sexual Health* 2010;7(2):129-34.

Hollander M, Frouws B. Doel(groep) bereikt: bevordering van de seksuele gezondheid tegen een culturele achtergrond. *TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2011;89(1):51-57.

Jacobs G, Braakman M, Houweling J. Op eigen kracht naar gezond leven: empowerment in de gezondheidsbevordering: concepten werkwijzen en onderzoeksmethoden. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek, 2005.

Johnson DB, Smith LT, Bruemmer B. Small-grants programs: lessons from community-based approaches to changing nutrition environments. *Journal of the American Dietetic Association* 2007;107:301-305.

Jones JE, Sargeant S. Literature Review Summary & Overview: the Impact of Community-Based hiv Prevention Interventions in Canada, Commonwealth Nations and the US. [S.l.]: [S.n.], 2009.

Kocken P, Voorham T, Brandsma J, Swart W. Effects of peer-led aids education aimed at Turkish and Moroccan male immigrants in the Netherlands: a randomised controlled evaluation study. *European Journal of Public Health* 2001;11(2):153-159.

Koelen MA, Ban AW van den. Health education and health promotion. Wageningen: Wageningen Academic Publishers, 2004.

Koelen MA. Wageningen University, Inaugural lecture upon taking the post of Professor of Health and Society at Wageningen University: Wageningen, 2011

Laverack G. Health promotion practice: building empowered community's. Maidenhead: Open University Press, 2007.

Martijn C, Vries NK de, Voorham T, Brandsma J, Meis M, Hospers HJ. The effects of aids prevention programs by lay health advisors for migrants in the Netherlands. *Patient Education and Counseling* 2004;53:157-165.

Maticka-Tyndale E, Barnett JP. Peer-led interventions to reduce HIV risk of youth: a review. *Evaluation and Program Planning* 2010;33:98-112.

Merzel C, D'Afflitti J. Reconsidering community-based health promotion: promise, performance and potential. *American Journal of Public Health* 2003;93(4):557-574.

NIGZ Centrum voor Kennis & Kwaliteit. De communitybenadering: een kwestie van passen en meten. Woerden: NIGZ, 2004 (2004a).

NIGZ Centrum voor Kennis & Kwaliteit. Ouderen en gezondheidsbevordering: tips voor participatie: NIGZ, 2004 (2004b).

Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promotion International* 1998;13(4):349-364.

Pelt K van, Singels L, Laar K van de. Handreiking Participatie Allochtonen in Gezondheidsbevordering. Woerden: NIGZ, 2011.

Pot, H. Bevordering van de seksuele gezondheid van niet-westerse allochtonen in Noord Nederland: een interculturele samenwerking met allochtone zelforganisaties. Groningen: Hanzehogeschool Groningen, 2011.

Saan H, Haes W de. Gezond effect bevorderen: het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering. Woerden: NIGZ, 2005.

Sales JM, Milhausen RR, Diclemente RJ. A decade in review: building on the experiences of past adolescent STI/HIV interventions to optimise future prevention efforts. *Sexually Transmitted Infections* 2006;82:431–436.

Schmidt M, Ploch T, Harting J, Klazinga NS, Stronks K. Micro grants as a stimulus for community action in residential health programmes: a case study. *Health Promotion International* 2009;24(3):234-242.

Soskolne V, Shtarkshall RA. Migration and HIV prevention programmes: linking structural factors, culture, and individual behaviour: an Israeli experience. *Social Science & Medicine* 2002;55:1297–1307.

South J, Fairfax P, Green E. Developing an assessment tool for evaluating community involvement. *Health Expectations* 2005;8(1):64-73.

Stuart MAM, Wal MF van der, Schilthuis RW. Geboorten en abortussen bij Amsterdamse tienermeisjes naar etnische herkomst, 1996-1998. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2002;146(6):263-267.

Veen MG van, Beuker RJ., Brito O de, Götz H, Koster M de, Al Taqatqa W, Zwart O de, Laar MJW van de. HIV-surveys bij hoog-risicogroepen Rotterdam 2002-2003. Bilthoven: RIVM, 2005.

Veinot TC. "We have a lot of information to share with each other": understanding the value of peer-based health information exchange. *Information Research* 2010;15(4).

Wagemakers A, Koelen M, Nierop P van, Meertens Y, Weijters J, Kloek G. Actiebegeleidend onderzoek ter bevordering van intersectorale samenwerking en bewonersparticipatie. *TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2007;85:23-31.

Wagemakers MAE. Community health promotion: facilitating and evaluating coordinated action to create supportive social environments. [S.l.]: Wageningen, 2010.

Wiggers LCW, Wit JBR de, Gras MJI, Coutinho RA, Hoek JAR van den. Risk behavior and social-cognitive determinants of condom use among ethnic minority community's in Amsterdam. *Aids Education and Prevention* 2003;15:430–477.

Wolde G ten, Martens M, Vrolings E, Weerdt I de. Onderzoek naar de effectiviteit van de ASERAG-methode: een participatieve interventie gericht op SOA en HIV/AIDS preventie onder asielzoekers. Amsterdam: ResCon 2008.

World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. [S.l.]: WHO, 1986.

World Health Organization. The Bangkok charter for health promotion in a globalized world. [S.l.]: WHO, 2005.

