

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**De prioriteiten
op het vlak van welzijn en gezondheid:
visies van betrokkenen in 8 regio's**

Stefanie Everaert
Evelien Demaerschalk
Valérie De Coen
Prof.dr. Chantal Van Audenhove
Prof.dr. Lea Maes



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Kapucijnenvoer 35 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 33 70 70 – Fax 0032 16 33 69 22
E-mail: swvg@med.kuleuven.be
Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2008/06
SWVG-Rapport 02

Programma 2 – Ontwikkeling en evaluatie
Rapport "De prioriteiten op het vlak van welzijn en gezondheid: visies van betrokkenen in 8 regio's"

Promotor: Prof.dr. Chantal Van Audenhove, Prof.dr. Lea Maes
Onderzoekers: Stefanie Everaert, Evelien Demaerschalk (stagiaire), Valérie De Coen

Administratieve ondersteuning: Lut Van Hoof, Sabine Vanden Bossche, Lieve Van Cauwenberghe

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.



Promotoren en Partners van het Steunpunt

K.U.Leuven

Prof. Dr. Chantal Van Audenhove (Promotor-Coördinator), Lucas en ACHG
Prof. Dr. Hans Grietens, Centrum voor Gezins- en orthopedagogiek
Prof. Dr. Johan Put, Instituut voor Sociaal recht
Prof. Dr. Anja Declercq, Lucas

UGent

Prof. Dr. Lea Maes, Vakgroep maatschappelijke gezondheidkunde
Prof. Dr. Jan De Maeseneer, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg
Prof. Dr. Ilse De Bourdeaudhuij, Vakgroep Bewegings- en sportwetenschappen
Prof. Dr. Ann Buysse, Vakgroep Experimenteel-klinische en gezondheidspsychologie

VU Brussel

Prof. Dr. Johan Vanderfaeillie, Vakgroep Orthopsychologie

KHKempen

Dr. Guido Cuyvers, Vlaams onderzoeks- en kenniscentrum derde leeftijd

Inhoudsopgave

1	Situering	5
2	Methode	6
2.1	Beschrijving	6
2.2	Toepassing van concept mapping in het SWVG-onderzoek	8
2.3	Onderzoeksgroep	14
3	Resultaten	16
3.1	Prioritering	17
3.2	Clustering	17
3.3	Analyse naar regio	27
3.4	Analyse naar betrokkenengroep	28
4	De interpretatie van de resultaten	29
4.1	De prioritering	30
4.2	Aanbevelingen van de regio's voor beleidsgericht onderzoek	31
5	Methodologische bedenkingen	34
6	Besluit	35
7	Referenties	36

De prioriteiten op het vlak van welzijn en gezondheid:

1 Situering

Het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (SWVG) is een van de veertien Vlaamse steunpunten voor beleidsrelevant onderzoek. In opdracht van Vlaams Minister Steven Vanackere voert het Steunpunt onderzoek uit dat hem kan ondersteunen in het voeren van een slagkrachtig, innovatief en effectief beleid. SWVG is een consortium van onderzoeks- en expertisecentra van de Katholieke Universiteit Leuven, de Universiteit Gent, de Vrije Universiteit Brussel en de Katholieke Hogeschool Kempen. Meer informatie over het Steunpunt, vindt u op de website: www.steunpuntwvg.be.

SWVG voert een meerjarenplan met drie onderzoeksprogramma's en jaarlijks toegekende ad hoc-opdrachten.

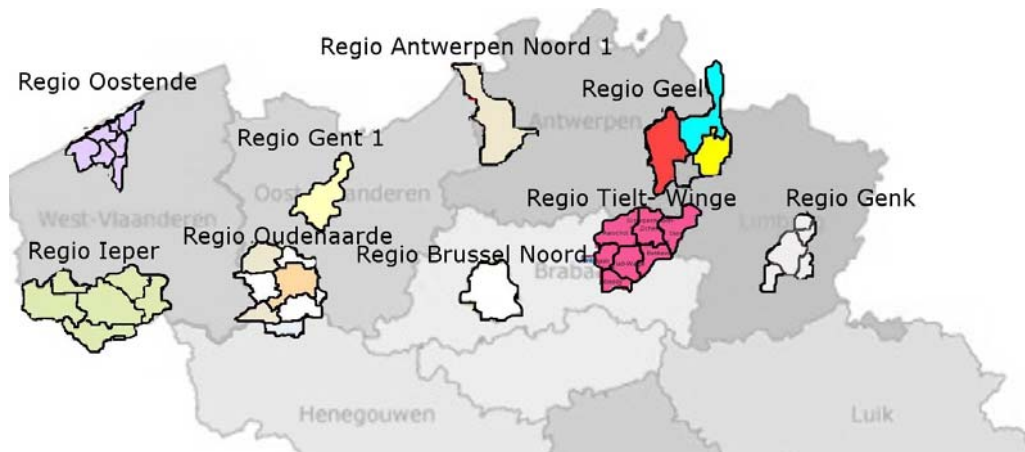
Onderzoeksprogramma 1 (kencijfers en monitoring) is een meerjarenprogramma dat onder andere een antwoord wil bieden op de vraag naar sectoroverschrijdende gegevens en het zorggebruik over de grenzen van sectoren en voorzieningen heen. Vier doelgroepen worden opgevolgd: jongeren en gezinnen (onderzoek JOnG!), gezinnen met een persoon met een handicap (onderzoek VRAAG), gebruikers van het (I)CAW en het OCMW (onderzoek KANS) en ouderen (onderzoek VoZs).

Onderzoeksprogramma 2 (evaluatie en ontwikkeling) wil een antwoord bieden op de vragen van de overheid op het vlak van efficiëntie en effectiviteit. In dit onderzoeksprogramma worden evidence based praktijken geïnventariseerd, ontwikkeld en geïmplementeerd.

Onderzoeksprogramma 3 omvat enerzijds juridisch onderzoek naar de toepasselijkheid van een al dan niet 'welzijnsspecifiek' juridisch begrippenapparaat. Anderzijds worden de efficiëntie en effectiviteit van de beleidsuitvoering binnen Welzijn, Volksgezondheid en Gezin door institutioneel onderzoek bestudeerd.

Het SWVG-onderzoek wordt uitgevoerd in 8 zorgvuldig geselecteerde regio's (9 regio's voor het onderzoek JOnG!: zie figuur 1).

Figuur 1: Onderzoeksregio's van het SWVG



Deze regio's zijn geselecteerd op basis van volgende criteria: diversiteit, stedelijkheid en provinciale spreiding (voor meer achtergrondinformatie: zie <http://www.steunpuntwvg.be/swvg/nl/Publicaties.html>: nota regioselectie). Door telkens twee met elkaar vergelijkbare regio's te kiezen, kan men in een later stadium evidence based praktijken invoeren en evalueren.

In deze regio's en subregio's zal een onderzoek gerealiseerd worden over de kwaliteitsverbetering, efficiëntie en effectiviteit. Twee thema's worden voorgesteld, namelijk: "gezinnen en gezonde voeding en beweging" en "een psycho-educatief lesprogramma over stress ter preventie van angst en depressie". In het kader van dit onderzoek gaan we bij betrokkenen uit de 8 regio's na, welke verbeterpistes op het vlak van effectiviteit en kwaliteitsverbetering prioritair zijn.

De doelstelling van het onderzoek is om vanuit het perspectief van beleid, wetenschap en praktijk na te gaan welke good practices, methodes en onderzoeksprojecten een antwoord kunnen bieden op de noden in de onderzoeksregio's. In iedere regio stellen er zich specifieke prioriteiten op het vlak van effectiviteit en kwaliteitsverbetering in de zorg. Ook al kan men theoretisch afbakenen aan welke criteria goede zorg dient te beantwoorden, per regio blijft het wenselijk om vanuit een gemeenschappelijk kader prioriteiten te bepalen voor interventies die kwaliteitsverbetering kunnen bewerkstelligen. Inzicht verwerven in het aanbod en in de mogelijkheden die er bestaan om dit aanbod te verbeteren, staat centraal in het eerste werkjaar.

In iedere pilotregio afzonderlijk wil het steunpuntonderzoek op basis van een samenwerking tussen de betrokken diensten en voorzieningen stappen zetten om de zorg- en dienstverlening voor gemeenschappelijke doelgroepen te optimaliseren. Hierbij willen we doelbewust tot gemeenschappelijke kaders komen die doelgroep- en sectoroverschrijdend zijn.

In dit onderzoeksgedeelte is gekozen voor de methode van *concept mapping*. Dit rapport beschrijft wat de methode precies inhoudt (2.1), hoe we de methode toegepast hebben (2.2) en welke onderzoeksgroep bereikt is (2.3), waarna we de onderzoeksresultaten weergeven (deel 3) en interpreteren (deel 4) en eindigen met enkele discussiepunten en methodologische bedenkingen (deel 5).

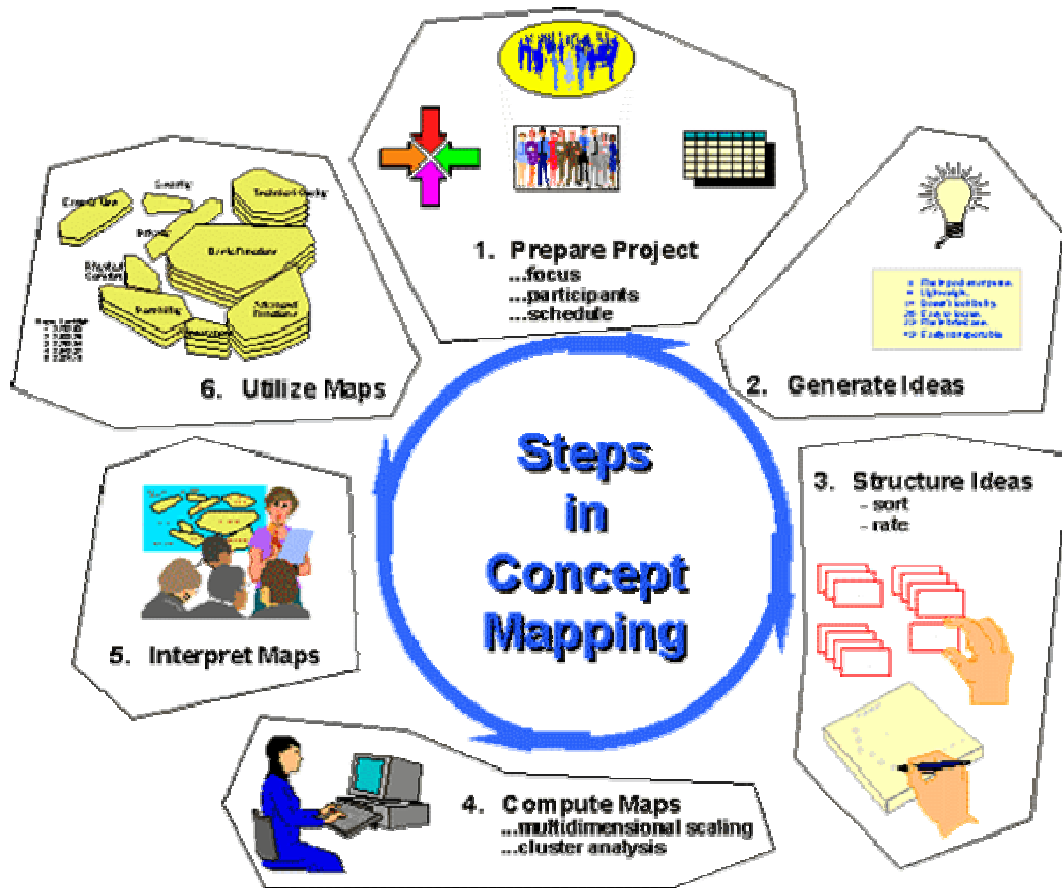
2 Methode

2.1 Beschrijving

'Concept mapping' is een onderzoeksmethode waarbij ideeën die leven in een groep en die relevant zijn voor een bepaald onderwerp, visueel voorgesteld worden. De voorstelling toont welke ideeën er leven, hoe deze ideeën met elkaar verbonden zijn en welke ideeën het meest relevant, belangrijk of geschikt geacht worden. De visuele voorstelling is het resultaat van een gestructureerd groepsproces, waarbij de bijdragen van de groepsleden statistisch geanalyseerd worden.

Het proces van 'concept mapping' is gebaseerd op het samenwerkingsmodel van Gray (1989) en bestaat uit 6 stappen (zie figuur 2) die we achtereenvolgens bespreken.

Figuur 2: Concept mapping: 6 stappen



2.1.1 Voorbereiding

Tijdens de voorbereiding wordt bepaald wie zal deelnemen aan het proces en wat de focus of onderzoeksvraag zal zijn. Ook wordt de planning opgesteld om de concept mapping uit te voeren.

2.1.2 Genereren van ideeën

In de tweede stap stellen de deelnemers een lijst met uitspraken op als antwoord op de onderzoeksvraag die ontwikkeld werd tijdens de eerste fase. Deze lijst wordt door de onderzoekers op punt gesteld: overvloedige uitspraken worden verwijderd, dubbelzinnige uitspraken worden opnieuw geformuleerd, moeilijke begrippen worden verduidelijkt ... Ten slotte wordt elke uitspraak op een strookje geplaatst.

2.1.3 Structureren van de ideeën:

In de derde stap krijgt elke deelnemer een set van strookjes met uitspraken die gestructureerd moeten worden. De structurering bestaat uit twee taken. Elke

deelnemer groepeert de uitspraken die bij elkaar horen en geeft elk groepje van bij elkaar horende uitspraken een naam. Vervolgens geeft elke deelnemer elke uitspraak een score, bijvoorbeeld naargelang het belang van de uitspraak.

2.1.4 Representeren van de ideeën: data-analyse

De manier waarop de uitspraken gesorteerd en gescoord werden, wordt door de onderzoekers geanalyseerd en visueel voorgesteld. Hiervoor worden twee soorten statistische analyses gebruikt: multidimensionele schaling en clusteranalyse.

2.1.5 Interpretatie van de visuele ideeënvoorstelling

De deelnemers interpreteren de visuele ideeënvoorstelling door de verschillende groepen van ideeën te benoemen. Hierbij worden ze geholpen door de onderzoekers.

2.1.6 Gebruik van de visuele ideeënvoorstelling

Ten slotte bespreken de deelnemers hoe ze de ideeënvoorstelling kunnen gebruiken om het vooropgestelde probleem aan te pakken.

Het gewenste aantal deelnemers varieert afhankelijk van de fase van de concept mapping. Voor fase 2, het genereren van ideeën, wordt gewerkt met een kleinere groep (10 à 15 deelnemers per regio). Aan het structureren van de ideeën en het interpreteren van de concept map (fase 3 en 5) nemen idealiter een 20 à 30-tal actoren deel.

2.2 Toepassing van concept mapping in het SWVG-onderzoek

2.2.1 Stap 1: Voorbereiding (periode: november – december 2007)

Ontwikkeling van het onderzoeksprotocol

Tijdens de voorbereidende fase is het onderzoeksprotocol ontwikkeld op basis van gelijkaardig onderzoek aan de hand van concept mapping (Baert, 2008; De Rick, Loosveldt, Van Audenhove, & Lammertyn, 2003; Kelly, Baker, Brownson, & Schootman, 2007; Liégeois & Van Audenhove, 2004; van Weeghel et al., 2005) en op de drie basisartikels over concept mapping van Trochim (1989a, 1989b, 1994).

In dit protocol is bepaald wat de onderzoeksfocus of centrale onderzoeksvraag is (concrete instructies zie stap 2) en is gekozen om het onderzoek uit te voeren in de 8 Vlaamse regio's (zie figuur 1). Op basis van de literatuur is een checklist met belangrijke topics over goede zorg en dienstverlening ontwikkeld (zie bijlage 1). Zo kunnen we te toetsen of er op basis van de brainstormsessies geen belangrijke thema's over het hoofd zijn gezien.

Panelsamenstelling en planning van de concept mapping

Vervolgens zijn de panels in de acht regio's samengesteld en is in overleg met de betrokkenen een planning voor de concept mapping opgesteld.

Wat de planning betreft, is er gekozen voor drie bijeenkomsten per regio: één om de uitsprakenlijst op te stellen, één voor het structureren van de uitspraken en één voor het interpreteren van de concept map. Elke bijeenkomst duurt een 2-tal uur.

Om het panel zo evenwichtig mogelijk samen te stellen, zijn per regio een 30 à 40 actoren uitgenodigd aan de hand van de onderstaande criteria:

- Categorieën van deelnemers: verschillende perspectieven moeten aan bod kunnen komen in de concept mapping. Daarom zijn verschillende groepen betrokkenen uitgenodigd voor het proces: onderzoekers, beleidsverantwoordelijken (verschillende niveaus: lokaal, regionaal, provinciaal ...), managers uit gezondheids- en welzijnsvoorzieningen, hulpverleners, cliënten, familieleden en partners uit het maatschappelijk domein.
- De organisatie of de voorziening: in elk panel zijn de relevante welzijns- en gezondheidsinstellingen van de specifieke regio vertegenwoordigd.
- De functie van de deelnemers: om voldoende perspectieven aan bod te laten komen, is het belangrijk dat er voldoende diversiteit is op het vlak van de disciplines of functies (psychologen, pedagogen, maatschappelijk assistenten ...).
- De subregio's (op basis van het postnummer): een evenwichtige verdeling van de deelnemers uit de verschillende subregio's en het werkingsgebied van voorzieningen.

De uitnodigingen van de contactpersonen uit de zorg- en welzijnsvoorzieningen van de regio's zijn gebaseerd op een inventarisering van de kenmerken van de aanwezigen op de regionale overlegplatforms (aan de hand van een vragenlijst). Deze overlegplatforms zijn in het kader van het ruimer SWVG-onderzoek in dezelfde periode, per provincie georganiseerd. Aangezien de opkomst op de meeste overlegplatforms te laag was voor de panelsamenstelling, is het panel aangevuld door bijkomende relevante actoren op het vlak van welzijn en gezondheid uit te nodigen. Via de voorzieningen en andere kanalen zoals patiëntenorganisaties en organisaties voor mantelzorgers zijn eveneens cliënten en familieleden uitgenodigd. De groep die aan de brainstormsessie deelneemt, is voor fase 3 en 5 verder uitgebreid (aanpak: zie stap 3).

2.2.2 Stap 2: Genereren van ideeën (periode: januari – februari 2008)

De tweede stap van de concept mapping bestaat uit de ontwikkeling van een uitsprakenlijst, op basis van brainstormsessies in de acht onderzoeksregio's. De panelleden worden uitgenodigd om aan de hand van de onderzoeksvraag of focus (zie verder) vrij te associëren en zoveel mogelijk ideeën te genereren zonder met elkaar in discussie te gaan. De brainstorm resulteert in een set uitspraken (maximum 98) die de input vormen voor de volgende fasen. In wat volgt, beschrijven we de concrete aanpak binnen het SWVG-onderzoek.

Brainstormsessies

Na een korte introductie over het Steunpunt en de doelstelling van de concept mapping, wordt een voorstelling gegeven van de regio's die geselecteerd zijn in het kader van het steunpuntonderzoek. Dit gebeurt aan de hand van een kaart van België waarop de geselecteerde gemeentes zijn aangeduid. Zo heeft men een zicht op de specifieke regio waarover er gebrainstormd wordt.

De instructie voor de onderzoeksvraag of focus van de brainstormsessie is de volgende: "Wat willen we met voorrang bereiken op het vlak van gezondheid en welzijn in uw regio?" Op de flap-over wordt verduidelijkt dat 'gezondheid en welzijn' zowel in preventieve als in curatieve zin begrepen moet worden en wat de dwarsverbindingen zijn met de doelgroepen (kinderen en jongeren, volwassenen in armoede, volwassenen met psychisch onwelbevinden, personen met een handicap en ouderen) die in programma 1 longitudinaal worden opgevolgd. Er wordt gevraagd op deze uitgangsvraag te antwoorden in de vorm van een stelling (aanvulling van de zin: 'we moeten met voorrang streven naar ...').

De deelnemers krijgen eerst enkele minuten de tijd om individueel hun ideeën op papier zetten. Vervolgens vindt er in grote groep een uitwisseling van deze stellingen plaats. De panelleden worden aangemoedigd om hun mening uit te drukken, verduidelijking te vragen bij de ideeën van anderen en zelf voorbeelden aan te reiken.

De stellingen worden door de onderzoekers op een flap-over genoteerd, de beste formulering wordt bevraagd bij de deelnemers.

Op het einde van de brainstormsessie is bevraagd hoe het panel voor de volgende sessies, de structureringsfase en de interpretatiefase, aangevuld kan worden met belangrijke actoren uit de regio.

Ontwikkeling van de uitsprakenlijst

De uitsprakenlijst is ontwikkeld op basis van de 249 stellingen die geformuleerd werden in de brainstormsessies, herwerkt door de promotoren van Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin en getoetst aan bevindingen uit voorgaand onderzoek (Thornicroft & Tansella, 1999; Everaert, De Coster, & Van Audenhove, 2007; Everaert, Scheerder, De Coster, & Van Audenhove, 2007): zie checklist bijlage 1. De lijst is verder op punt gesteld door overtollige uitspraken te verwijderen, dubbelzinnige uitspraken opnieuw te formuleren en moeilijke begrippen te verduidelijken ... De 80 uiteindelijke stellingen zijn op strookjes geprint.

Ter toetsing van de regiospecifieke verschillen en gelijkenissen die uit de concept mapping naar voor komen, is er per regio een inhoudsanalyse gevoerd naar de stellingen die in elke regio geformuleerd zijn (zie bijlage 2).

2.2.3 Stap 3. Structureren van de ideeën (periode: maart – april 2008)

In de derde fase ordenen de deelnemers de uitspraken naar belang (prioriteren) en naar inhoud (clusteren). Dit gebeurt in de acht regio's op een tweede groepsessie en

in een aparte sessie met de onderzoekers van het Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin. In wat volgt, beschrijven we de concrete aanpak.

Aanpak en panelsamenstelling

De genodigden voor de regionale structureringssessies zijn de deelnemers van de brainstormsessie, aangevuld met bijkomende belangrijke actoren uit de regio. Dit gebeurde door telefonische contactname op basis van de suggesties op de brainstormsessies, overleg met sleutelfiguren uit de regio's of door het onderzoek voor te stellen op een regionale vergadering (bijvoorbeeld een SIT-vergadering). Gezien de opkomst van de tweede sessie in de meeste regio's te laag was, is het panel verder aangevuld door de structureringsoopdracht per post, per mail of persoonlijk in de voorziening te bezorgen.

In de tweede sessie is de doelstelling van de concept mapping opnieuw gesitueerd binnen het grotere kader van het Steunpuntonderzoek. De verschillende stappen van de concept mapping zijn kort beschreven en worden gevolgd door een concrete toelichting bij de aanpak van de structureringfase.

Structureren: prioriteren en clusteren

Het structureren houdt twee opdrachten in. Eerst wordt gevraagd om de uitspraken te prioriteren. De deelnemers geven aan hoe relevant zij iedere stelling vinden door de uitspraken te verdelen over vijf categorieën, lopend van minst (1) tot meest (5) belangrijk. Er wordt gevraagd om te oordelen naar relatieve belangrijkheid van de uitspraken ten opzichte van elkaar, vertrekkende van de uitgangszin 'we moeten met voorrang streven naar ...'. Het aantal uitspraken per categorie is gelijk (16).

Vervolgens wordt er gevraagd om de stellingen te clusteren. De deelnemers maken groepjes van stellingen op grond van hun betekenis of inhoudelijke samenhang en benoemen deze. Het aantal groepjes, evenals het aantal uitspraken per groep, wordt door de deelnemers zelf bepaald, met een maximum van twaalf groepen.

Ter ondersteuning van de structureringsoefening, ontvangt de deelnemer een pakketje met de 80 stellingen op strookjes en een sjabloon om de prioritering en clustering te noteren (zie bijlage 3).

2.2.4 Stap 4. Representeren van de ideeën: data-analyse (periode: april – mei 2008)

In deze fase worden in het programma Ariadne de individuele clusters bewerkt tot een groepsproduct. Dit gebeurt in twee stappen: multidimensionele schaling en hiërarchische clusteranalyse. In een laatste fase, wordt de prioritering geanalyseerd.

In de multidimensionele schaling wordt een uitsprakenmatrix aangemaakt met 80 kolommen en 80 rijen (evenveel als er uitspraken zijn). Elke cel van deze 80 x 80 matrix bevat een cijfer tussen 0 en x (het aantal deelnemers). Dit cijfer geeft aan hoeveel deelnemers het uitsprakenpaar xy in dezelfde cluster onderbrachten. De multidimensionele schaling resulteert in een puntenkaart die de uitsprakenmatrix representeert. In deze analyse moet de onderzoeker specificeren in hoeveel dimensies

de puntenkaart geprojecteerd wordt. In de literatuur over concept mapping (Trochim, 1989; Trochim, 1994), wordt aangeraden om een tweedimensionele plot (met een X-as en Y-as) te hanteren. In de plot wordt elke uitspraak voorgesteld als een punt in een puntenwolk. De imaginaire afstand tussen twee uitspraken verwijst naar de inhoudelijke relaties. Uitspraken die door deelnemers vaak in dezelfde clusters geplaatst worden, worden dicht bij elkaar geprojecteerd in de puntenwolk. Uitspraken die door de deelnemers zelden of nooit aan elkaar gekoppeld zijn, liggen ver van elkaar verwijderd in de puntenwolk.

Op deze resultaten wordt vervolgens een hiërarchische clusteranalyse uitgevoerd. Deze analyse wordt gebruikt om de individuele uitspraken op de puntenkaart te groeperen in clusters die gelijkaardige concepten voorstellen. Dit gebeurt aan de hand van de coördinaten van de individuele uitspraken op de X-en de Y-as. Verschillende clusteroplossingen zijn nagegaan en een oplossing met acht clusters is als het meest betekenisvol geselecteerd. Dit gebeurde op basis van de criteria die Trochim (1989) voorop stelt: zo weinig mogelijk overlap tussen clusters en zo weinig mogelijk geïsoleerde uitspraken.

Op basis van de multidimensionele schaling en de clusteranalyse worden de puntenkaart en de clusterkaart gegenereerd (zie 3.2, figuren 3 en 4). Deze visuele voorstelling toont de samenhang tussen de verschillende ideeën. Uitspraken die dicht bij elkaar liggen en in een 'cluster' geplaatst werden, horen inhoudelijk bij elkaar. Ook clusters die dicht bij elkaar liggen hebben inhoudelijk meer gemeen dan clusters die verder van elkaar liggen.

In een laatste fase wordt de gemiddelde waardering per uitspraak en per cluster berekend (zie 3.1 en 3.2). Voor het berekenen van de gemiddelde waardering wordt aan de categorieën die de deelnemers gemaakt hebben een waarde toegekend. De meetschaal loopt van 1 (minst belangrijk) tot 5 (meest belangrijk). De gemiddelde waardering wordt visueel weergegeven op de clusterkaart (zie 3.2, figuur 5). De voorstelling toont het relatieve belang van de ideeën. Clusters die hoger zijn bevatten gemiddeld meer belangrijke uitspraken dan clusters die lager zijn.

Ter voorbereiding van de interpretatiesessie, interpreteert het onderzoeksteam de bekomen resultaten. Op deze manier hebben de onderzoekers enkele inzichten achter de hand, om het uitwisselingsproces met de deelnemers te faciliteren.

Vervolgens is een verdiepende analyse gevoerd naar de regiospecifieke verschillen, door de regiospecifieke resultaten van de concept mapping (prioritering en gewichten clusters) te vergelijken met de beschikbare lokale socialebeleidsplannen (zie bijlage 4).

2.2.5 Stap 5. Interpretatie van de visuele ideeënvoorstelling (periode mei - juni)

In de vorige fase zijn de ruwe associaties uit de brainstorm samengevoegd tot clusters van onderling samenhangende uitspraken. De volgende fase van de concept mapping betreft een interpretatiesessie in de 8 regio's waarin de resultaten voorgesteld en geïnterpreteerd worden, gevolgd door een discussie over de prioritaire aanbevelingen voor beleidsgericht onderzoek (ondersteunend materiaal voor een van de regio's: zie

bijlage 5). Op de studienamiddag van SWVG (05/06/2008) vond een gelijkaardige sessie plaats met de onderzoekers en beleidsmakers van SWVG (ondersteunend materiaal: zie bijlage 6).

De interpretatiesessie wordt ingeleid met een verwelkoming en een korte verwijzing naar de vorige fases van de concept mapping en de doelstelling van de interpretatiesessie. Er wordt gestart met de bespreking van de algemene resultaten (prioritering en algemene concept map). Daarna komen de regiospecifieke analyses en de analyses naar type betrokkenengroep aan bod.

Iedere deelnemer ontvangt een bundel met de voorlopige onderzoeksresultaten en de *hand-outs* van de PowerPointpresentatie (zie bijlage 5). Eerst worden de resultaten van de prioritering (zie 3.1), voornamelijk de 10 meest en de 10 minst belangrijke stellingen, besproken aan de hand van de overzichtstabel. Er worden enkele minuten tijd geboden waarin de deelnemers kunnen uitmaken of deze resultaten intuïtief zin hebben, daarna volgt een discussie in de groep.

In een volgende stap worden de resultaten van de clustertaak (zie 3.2) bestudeerd. Dit gebeurt in eerste instantie aan de hand van de visuele voorstelling van de puntenwolk en de clusterkaart (zie hand-outs bijlage 5).

Vervolgens wordt de clusterkaart geïnterpreteerd aan de hand van de bundel met het overzicht van de stellingen, gegroepeerd per cluster (zie bijlage 5). Er wordt gevraagd deze stellingen in stilte te lezen en individueel een label te bedenken voor de clusters. Deze ideeën worden cluster per cluster in grote groep uitgewisseld, waarbij geprobeerd wordt tot een consensus te komen. Dit schema wordt door de onderzoekers op het witbord weergegeven.

Aan de hand van het schema op het witbord, de visuele voorstelling (puntenwolk en clusterkaart) en het overzicht met stellingen identificeren de deelnemers stellingen om vervolgens de X- en de Y-as of de 'dimensies' van de concept map te benoemen (zie 3.2.4).

Daarna worden de regiospecifieke analyses (zie 3.3 en bijlage 4) bestudeerd aan de hand van de bundel met voorlopige resultaten en de PowerPointpresentatie. De regiospecifieke prioritering (10 meest en 10 minst belangrijke stellingen) en clustergewichten worden vergeleken met de algemene prioritering en clustergewichten, en de analyse van de lokale socialebeleidsplannen uit de regio's. Mogelijke verklaringen voor gelijkenissen en verschillen worden bediscussieerd. De analyses naar type betrokkenengroep (zie 3.4) worden kort bestudeerd en besproken.

Ten slotte wordt op basis van het concept mappingproces bekeken in welke (sub)regio's de interventieprogramma's voeding en beweging en depressie en stress prioritair geïmplementeerd moeten worden en welke regiospecifieke aanbevelingen voor beleidsgericht onderzoek prioritair zijn (zie 3.5).

2.2.6 *Stap 6. Rapportering: aanbevelingen voor beleidsgericht onderzoek (periode juni – juli 2008)*

De laatste fase betreft de rapportering van de resultaten van de concept mapping en van de aanbevelingen voor beleidsgericht onderzoek die uit de discussie met de partners uit de verschillende regio's naar voor zijn gekomen. Het betreft zowel een rapportering naar het beleid, naar het ruimere onderzoeksteam van het SWVG als naar de verschillende partners die aan het concept mappingproces hebben deelgenomen. Op basis van deze rapportering worden de regiospecifieke contextfactoren in de onderzoekslijnen van SWVG geïntegreerd en wordt het onderzoek afgestemd door good practices of onderzoeksmodellen te introduceren die een antwoord bieden op de regiospecifieke noden.

2.3 Onderzoeksgroep

Hierna volgt een overzicht van de panels die deelnamen aan de concept mapping sessies, namelijk de brainstormsessie (tabel 1), de structureringssessie (tabellen 2 en 3) en de interpretatiesessie (tabel 4). In de tabellen 1, 2 en 4 wordt de verdeling per regio en per categorie van deelnemers weergegeven. In tabel 3 wordt voor de categorieën 'management en hulpverleners' (n = 106) een specifiekere verdeling naar WVG-sector weergegeven.

Tabel 1: Deelnemers brainstormsessie per regio en per categorie

	Ieper	Genk	Gent	Tielt-Winge	Oostende	Antwerpen	Geel	Oudenaarde	Totaal
Hulpverlener	7	10	5	6	3	7	5	0	43
Management Voorziening	1	2	3	2	4	0	2	2	16
Beleid	3	2	3	1	2	1	0	2	14
Mantelzorger	1	0	1	1	2	0	0	1	6
Zorggebruiker	2	0	0	1	0	0	0	0	3
Totaal	14	14	12	11	11	8	7	5	82

Tabel 2: Deelnemers structureringssessie per regio en per categorie

	Tielt-Winge	Gent	Genk	Antwerpen	Ieper	Oostende	Geel	Oudenaarde	Totaal
Management Voorziening	9	10	7	7	4	9	8	7	61
Hulpverlener	5	4	9	6	10	3	3	4	44
Beleid	3	3	2	2	2	2	3	3	20
Onderzoeker ¹	8	4	0	1	0	0	1	0	14
Mantelzorger	0	0	0	0	0	2	0	0	2
Zorggebruiker	0	0	0	1	1	0	0	0	2
Totaal	25	21	18	17	17	16	15*	14	143*

* 1 deelnemer met 2 functies

Tabel 3: Deelnemers structureringssessie per regio en per WVG-sector

	Genk	Gent	Tielt-Winge	Ieper	Antwerpen	Oostende	Geel	Oudenaarde	Totaal
OCMW	2	3	3	4	2	4	5	2	26
Thuiszorg/ huisarts	5	2	2	2	4	2	2	2	20
Vzw's	3	3	4	2	2	1	2	2	19
CGG/CST/CBJ	2	1	1	1	2	3	1	/	11
Mutualiteiten	1	3	1	/	1	1	/	3	10
CAW's	1	1	1	1	2	1	1	1	9

¹ De regio van de onderzoekers, mantelzorgers en zorggebruikers is bepaald aan de hand van de woonplaats; van de andere deelnemers aan de hand van de postcode van de voorziening.

De prioriteiten op het vlak van welzijn en gezondheid:

CLB's en Logo's	2	1	2	1	/	/	/	1	7
Residentiële sector/ziekenhuizen	/	1	/	3	/	/	/	/	4
Totaal	16	15	14	14	13	12	11*	11	106

* 1 deelnemer met 2 functies

Tabel 4: Deelnemers interpretatiesessie per regio en per categorie

	Oudenaarde	Tielt-Winge	Antwerpen	Gent	Genk	Geel	Ieper	Oostende	Totaal
Hulpverlener	7	9	6	4	11	5	6	1	49
Management Voorziening	6	3	3	6	1	4	0	2	25
Beleid	2	2	3	3	1	1	2	1	15
Zorggebruiker	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Mantelzorger	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totaal	15	14	13	13	13	10	8	4	90

Ondanks de inspanning om de data zo goed mogelijk af te stemmen op de agenda's van de verschillende deelnemers en het sturen van reminders, is de opkomst in de verschillende fases erg regioafhankelijk. De doelstelling om voor de brainstormsessie een 10 à 15 deelnemers en voor de structurerings- en interpretatiesessie een 20 à 30 deelnemers te bereiken is niet in alle regio's behaald.

3 Resultaten

In wat volgt bespreken we achtereenvolgens de resultaten met betrekking tot de prioriteiten (3.1) en de clusters (3.2). Daarna komen de analyse naar regio (3.3) en naar betrokkenengroep (3.4) aan bod.

3.1 Prioritering

Bijlage 7 biedt u een overzicht van de stellingen die op basis van de uitgangsvraag 'we moeten met voorrang streven naar ...' door de 142 deelnemers (zie tabel 2) gerangschikt zijn van meest belangrijk naar minst belangrijk.

De gemiddelde waardering of prioritering varieert van 1 tot 5. De hoogste waardering (4,18) is toegekend aan stelling 16: 'een vlot toegankelijke hulpverlening'. De laagste waardering (1,65) aan stelling 5: 'meer kant-en-klare pakketten voor het uitvoeren van preventieve acties'.

De standaarddeviatie geeft de spreiding van de waardering weer. Als een uitspraak een lage standaarddeviatie heeft, dan wijst dit erop dat de deelnemers het over het algemeen eens zijn over de waardering die de uitspraak verdient. Zo wijst de kleinere standaarddeviatie bij stelling 16 (1,13) op een grotere eensgezindheid in vergelijking met stelling 39 (1,35). Naast de kolom met de standaarddeviatie, vindt u de cluster waartoe de stelling behoort. De clusters worden hierna besproken (zie 3.2).

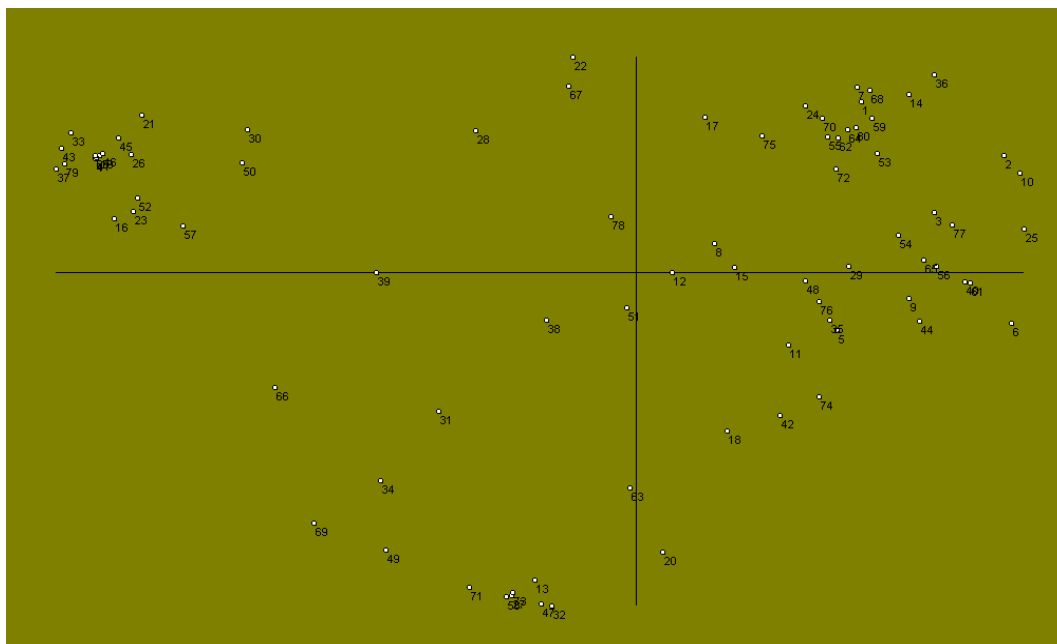
Deze tabel (zie ook bijlage 5) is in alle regio's bediscussieerd. De belangrijkste discussiepunten komen verder aan bod (zie 4.1).

3.2 Clustering

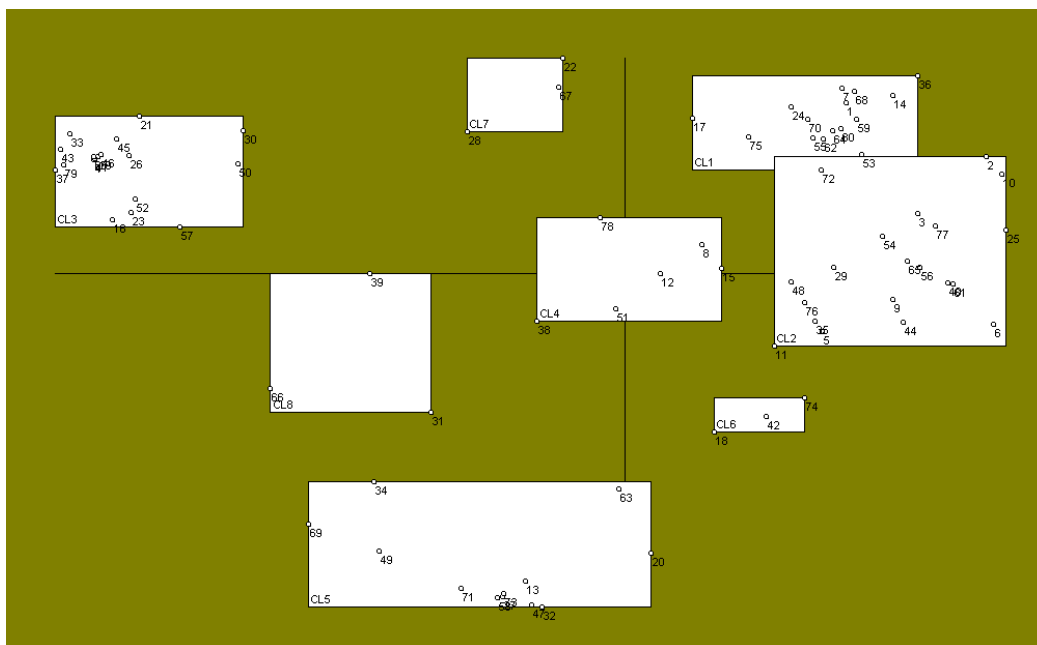
3.2.1 Visuele voorstelling

Uit de voorbereidende analyse door de onderzoekers blijkt dat de 80 stellingen die geclusterd zijn door 142 respondenten, in acht betekenisvolle clusters kunnen worden ondergebracht. Figuur 3 geeft de oorspronkelijke puntenwolk weer zonder clustering en figuur 4 de gegeneerde concept map met 8 clusters.

Figuur 3: Puntenwolk



Figuur 4: Clusterkaart met 8 clusters



3.2.2 Benoeming van de clusters

In de 9 interpretatiesessies (acht regio's en studienamiddag SWVG-onderzoekers) werden de clusters benoemd door de uitspraken in elke cluster te overlopen. Hieronder worden de verschillende benamingen voor de clusters weergegeven en de inhoudelijke overwegingen in de verschillende panels kort beschreven.

<p style="text-align: center;">Cluster 1: Transparantie in beleid en organisatie en goede samenwerking Transparantie en integratie Afstemming en samenwerking Globale coördinatie Beleid gericht op samenwerking en afstemming Samenwerking en structuur Verticale en horizontale afstemming Beleid en samenwerking Afstemming Gemiddelde prioritering: 2,81</p>		
Nummer stelling	Gemiddelde prioritering	Stellingen
1	3.84	▪ een goed overleg en coördinatie tussen de verschillende diensten en sectoren
36	3.31	▪ een goede samenwerking tussen beleidsverantwoordelijken
7	3.24	▪ het uitwerken van een sectoroverschrijdende aanpak
17	3.16	▪ het opsporen en invullen van hiaten in de regionale hulpverlening en preventie
55	3.11	▪ een goede samenwerking tussen formele en informele zorg
80	3.08	▪ een harmonisatie van de federale en regionale regelgeving
75	2.96	▪ de uitbouw van een multidisciplinaire diagnostiek
59	2.94	▪ een goed evenwicht tussen structurering vanuit de overheid en de autonomie van organisaties
72	2.90	▪ subsidies in verhouding tot de complexiteit van de hulpbehoefte
24	2.70	▪ een duidelijk zicht op wat reilt en zeilt op vlak van projecten in zorg en welzijn
68	2.62	▪ een duidelijke definiëring van de kerntaken
62	2.33	▪ duidelijkheid op het vlak van steunnormen
14	2.29	▪ het uitbouwen van publiek- private samenwerking in de hulpverlening en preventie
53	2.28	▪ de afbakening van de grenzen van de hulpverlening
70	2.25	▪ Duidelijke programmatienormen
64	1.97	▪ een duidelijke richtlijn van de overheid omtrent wie wel en wie niet voor zorg in aanmerking komt

Deze cluster bevat vooral uitspraken met betrekking tot overleg en coördinatie. Maar niet enkel op het niveau van de organisaties. Er wordt eveneens gewezen op het belang van een goede en transparante samenwerking tussen het beleid (overheid) en de praktijk. Hierbij zou de overheid de nodige voorwaarden moeten scheppen en structuur bieden (vertikaal) om de coördinatie, zowel preventief als curatief, op regionaal niveau te optimaliseren (horizontaal).

<p align="center">Cluster 2: Kwaliteitsbevordering, zorg voor hulpverleners en netwerking Kwalitatieve zorgomgeving Kwaliteitszorg (cliënt en hulpverlener) Kwaliteitsbevordering (2 x) Kwaliteitszorg (2x) Zorg voor de aanbieders Zorg voor kwaliteit en personeel</p> <p align="center">Gemiddelde prioritering: 2,73</p>		
Nummer stelling	Gemiddelde prioritering	Stellingen
65	3.58	▪ de kwaliteitsbewaking van de hulpverlening
2	3.28	▪ bevorderen van competenties in het samenwerken tussen hulpverleners van verschillende disciplines en uit verschillende sectoren
11	3.07	▪ een begeleiding en ondersteuning van mantelzorgers
40	3.01	▪ aandacht voor het welzijn van hulpverleners
56	2.92	▪ de evaluatie van het effect van hulp - en dienstverlening en preventie
77	2.92	▪ een eenvoudige en duidelijke administratie voor de hulpverlener
10	2.87	▪ aandacht en tijd voor planning en overleg in de hulpverlening en de preventie
35	2.81	▪ de continuïteit en de erkenning van vrijwilligers
25	2.80	▪ een organisatorische en structurele ondersteuning van hulpverleners en preventiewerkers
61	2.77	▪ het stimuleren en aanbieden van levenslang leren voor hulpverleners
48	2.72	▪ het ontwikkelen van methodieken en strategieën
3	2.70	▪ een goede samenwerking voor preventieve acties tussen gezondheids - en welzijnsvoorzieningen
76	2.64	▪ een mogelijkheid om fouten en onregelmatigheden in de dienstverlening te signaleren
9	2.55	▪ het integreren van preventie en gezondheidsbevordering in de werking van welzijns- en gezondheidsvoorzieningen
29	2.49	▪ inspiratie vanuit modelpraktijken of 'good practices'
44	2.40	▪ diversiteit van hulpverleners
6	2.39	▪ deskundigheidsbevordering van lokale gezondheids - en welzijnsverleners inzake preventie
54	2.37	▪ de instroom van hulpverleners
5	1.65	▪ meer kant-en-klare pakketten voor het uitvoeren van preventieve acties

Deze cluster bevat voornamelijk uitspraken met betrekking tot 'kwaliteitszorg' en 'kwaliteit van zorg'. Enerzijds komt in deze cluster het perspectief van de formele en informele zorgverlener aan bod (zorg voor aanbieders), anderzijds, zij het eerder indirect, het perspectief van de cliënt of de burger (kwalitatieve en effectieve hulpverlening en preventie).

Cluster 3: Beschikbaarheid, toegankelijkheid en zorg op maat Bereikbaarheid en toegankelijkheid Optimale zorg Toegankelijkheid Zorg voor iedereen Toegankelijkheid en diversiteit (Optimaal) aanbod op maat Toegankelijk en toereikend Toegankelijkheid en continuïteit Gemiddelde prioritering: 3,40		
Nummer stelling	Gemiddelde prioritering	Stellingen
16	4.18	▪ een vlot toegankelijke hulpverlening
43	3.94	▪ de algemene aanwezigheid van basisvoorzieningen
57	3.86	▪ een vlotte toeleiding naar de hulpverlening voor personen met een hulpbehoefte
21	3.76	▪ een helder aanbod van diensten
19	3.72	▪ een optimale instroom met minimale wachtlijsten
33	3.70	▪ de uitbouw van het 1e lijnsaanbod
79	3.65	▪ een sterk uitgebouwde ambulante hulpverlening
60	3.57	▪ een goed uitgebouwde crisisopvang
26	3.50	▪ de toegankelijkheid van gespecialiseerde zorg, na verwijzing vanuit de eerste lijn
23	3.42	▪ een laagdrempelig adviespunt
37	3.39	▪ Een gevarieerd aanbod in de thuissituatie
46	3.15	▪ een goede uitbouw van de verschillende woonmogelijkheden
41	3.09	▪ een goed uitgebouwde dagopvang (op maat)
52	3.03	▪ het mobiel en outreachend maken van diensten
4	2.93	▪ een goed uitgebouwde nachtopvang
30	2.88	▪ de uitwerking van het idee van het Sociaal Huis
50	2.80	▪ het ontwikkelen van langdurige zorgprojecten
45	2.66	▪ een sterk uitgebouwde residentiële hulpverlening

Deze cluster bevat stellingen die voorwaarden scheppen tot en verwijzen naar een toegankelijke, toereikende en continue hulpverlening. Sommige panels beklemtonen dat het om een 'optimaal' aanbod gaat. Hierbij stellen sommigen zich de vraag hoe groot de kloof is tussen wat 'wenselijk' is, namelijk 'zorg op maat' en wat realistisch en haalbaar is.

Cluster 4: <i>Outreaching</i> en buurtgerichte aanpak Empowerment en lokale acties Community approach Sociale cohesie Lokale netwerken (3 x) Lokale verankering Lokale netwerking Gemiddelde prioriteit: 2,74		
Nummer stelling	Gemiddelde prioritering	Stellingen
12	3.55	▪ de ontwikkeling van een netwerk van formele en informele hulpverleners rondom een cliënt
78	2.99	▪ het stimuleren van lokale initiatieven
51	2.97	▪ een buurtgerichte aanpak en laagdrempelige preventie-initiatieven
38	2.51	▪ het stimuleren van samenlevingsopbouw
15	2.27	▪ een lokale verankering van preventie en gezondheidszorg
8	2.18	▪ lokaal gecoördineerde acties in het kader van gezondheidsdoelstellingen

Deze cluster omvat vooral uitspraken met betrekking tot het lokale netwerk. Dit zowel op het niveau van de cliënt (cf. maatschappelijk steunsysteem), als op het lokaal-regionaal niveau (samenlevingsopbouw, buurtgerichte aanpak).

Cluster 5: Cliëntgerichtheid (2 x) Empowerment Kracht van de cliënt Dialoog Cliënt centraal (2 x) Emancipatorische zorg Zorg op maat Gemiddelde prioriteit: 3,17		
Nummer stelling	Gemiddelde prioritering	Stellingen
69	4.09	▪ een hulpverleningsaanbod dat vertrekt vanuit de vraag van de cliënt
32	3.96	▪ het bevorderen van de eigen kracht en de zelfredzaamheid van een persoon
73	3.61	▪ het doorbreken van sociaal isolement van kwetsbare burgers en versterken van verbondenheid
63	3.40	▪ een brede visie op hulp, niet enkel lichamelijke hulp
49	3.08	▪ het bieden van hedendaagse oplossingen aan cliënten
34	3.06	▪ het verder opvolgen van cliënten, ook na de hulpverlening
58	3.02	▪ aandacht voor de diversiteit van het cliënteel
47	2.95	▪ de responsabilisering van de cliënten
71	2.87	▪ aandacht voor de hedendaagse cliënt/gezin
27	2.77	▪ de destigmatisering van personen met een beperking
13	2.72	▪ aandacht voor multiculturaliteit
20	2.48	▪ het voorkomen van hopeloosheid

In deze cluster komen vooral stellingen aan bod met betrekking tot de cliënt. De meeste panels benadrukken dat er twee richtingen of perspectieven te onderscheiden zijn. Er is de 'empowermentgedachte', namelijk vertrekken vanuit de kracht van de cliënt en de 'cliëntgerichtheid' of er is de visie vanuit het professioneel perspectief (zowel preventief als curatief).

Cluster 6: Preventie (8x) Primaire preventie Gemiddelde prioriteit: 2,58		
Nummer stelling	Gemiddelde prioritering	Stellingen
74	3.36	<ul style="list-style-type: none"> ▪ het investeren in het voorkomen in plaats van in het genezen
42	2.59	<ul style="list-style-type: none"> ▪ welzijnsdenken ipv veiligheidsdenken
18	1.80	<ul style="list-style-type: none"> ▪ het voorkomen van overgewicht

Er heerst consensus dat de zesde cluster stellingen met betrekking tot 'preventie' bevat. In een panelgroep komt de nuance naar voor dat het expliciet om primaire preventie gaat en niet om secundaire.

Cluster 7: Coördinatie van zorg Sociale kaart (2 x) Duidelijkheid Transparant organisatorisch model Transparant instroommodel Wegwijzers Profilering en doorverwijzing Doorverwijzing Gemiddelde prioriteit: 3,08		
Nummer stelling	Gemiddelde prioritering	Stellingen
22	3.39	<ul style="list-style-type: none"> ▪ een duidelijke profilering van organisaties (welke organisatie staat in voor welk aanbod?)
28	3.28	<ul style="list-style-type: none"> ▪ duidelijke en eenvoudige verwijsstrategieën
67	2.57	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coördinatie en verwijzing door centrale spilfiguren

Deze cluster bevat uitspraken betreffende verwijsstrategieën en - patronen. Een belangrijke voorwaarde voor een goede verwijzing is een duidelijke profilering van organisaties.

Cluster 8: Randvoorwaarden voor kwalitatieve zorg Op maat Betaalbaarheid van de zorg Betaalbaarheid en recht op zorg Betaalbare, laagdrempelige zorg Knelpunten en drempels Drempelverlagend (2 x) Bereikbaarheid Gemiddelde prioriteit: 3,45		
Nummer stelling	Gemiddelde prioritering	Stellingen
39	4.16	▪ een betaalbare zorg
66	3.44	▪ een creatieve ontwikkeling van initiatieven voor moeilijk te bereiken doelgroepen
31	2.77	▪ eenvoudige registratieformulieren voor de cliënt

Deze cluster verwijst naar drempels of knelpunten die cliënten in de hulpverlening kunnen ervaren en naar strategieën om deze te verlagen. Meerdere panels beschouwen de 'betaalbaarheid' als de vlag die de lading van deze cluster dekt, gezien de hoge prioritering (4,16).

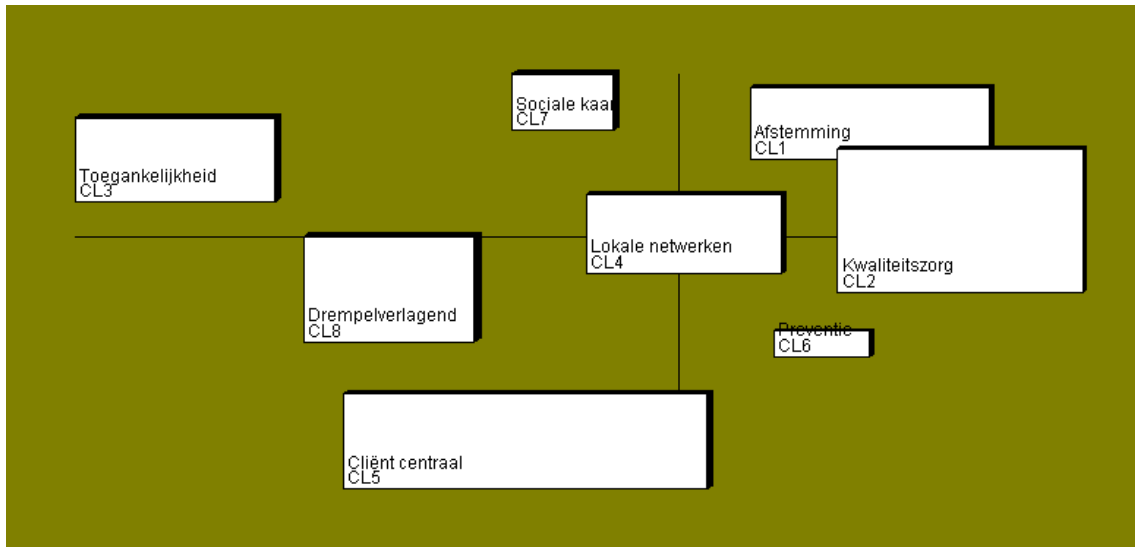
3.2.3 Overzicht van de gemiddelde waardering van de clusters

In tabel 5 en figuur 5, geven we de gemiddelde waardering per cluster weer, voor de volledige groep van 142 respondenten. Voor elke cluster wordt de meest omvattende en/of voorkomende benaming gehanteerd. Het overzicht met de benamingen per cluster is opgenomen in de bovenstaande tabellen.

Tabel 5: Gemiddelde waardering per cluster

Clusters		Gemiddelde	Aantal uitspraken
8	Drempelverlagend	3.45	3
3	Toegankelijkheid	3.40	18
5	Cliënt centraal	3.17	12
7	Sociale kaart	3.08	3
1	Afstemming	2.81	16
4	Lokale netwerken	2.74	6
2	Kwaliteitszorg	2.73	19
6	Preventie	2.58	3

Figuur 5: Clusterkaart met 'ratings' of gemiddelde waardering

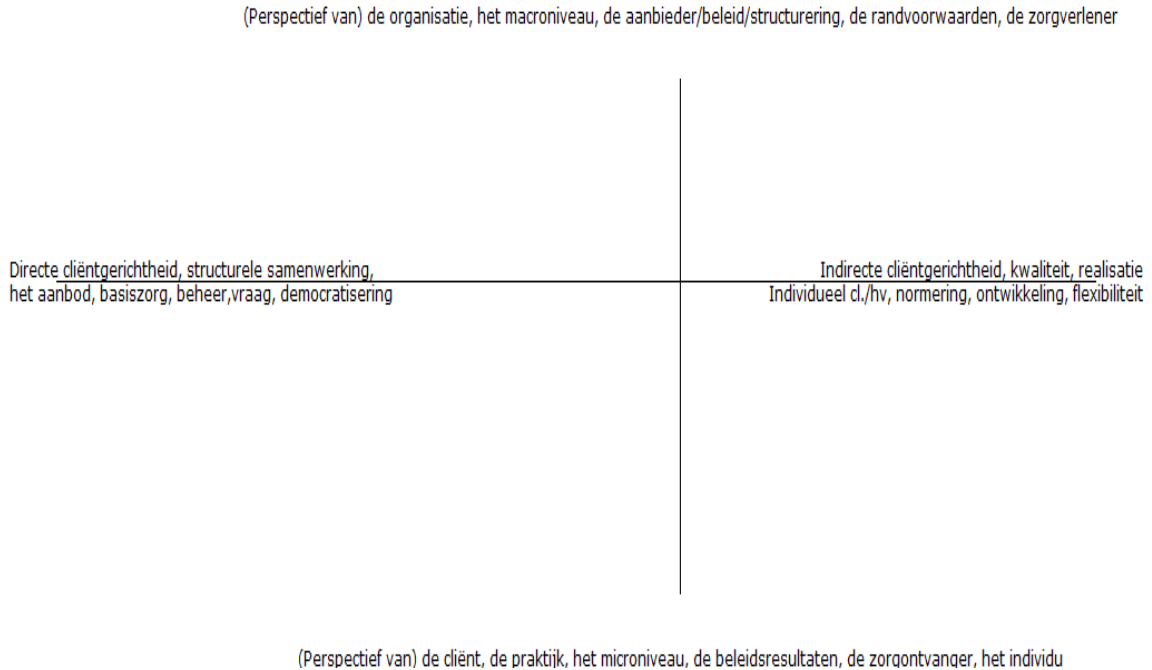


Uit het overzicht van de gemiddelde waardering van de clusters (zie tabel 5 en figuur 5) blijkt dat preventie, kwaliteitszorg en eerder beleidsmatige aspecten zoals 'lokale netwerken' beduidend lager scoren dan aspecten die een directe, zichtbare impact hebben op de dienstverlening voor de cliënt: 'drempelverlagend werken', 'toegankelijkheid' en 'cliënt centraal'.

3.2.4 Dimensies

Vervolgens werden de twee dimensies of de X – en de Y – as, benoemd in samenspraak met de panelleden (zie § 2.2.5). Verschillende interpretaties zijn aangehaald en worden in figuur 6 weergegeven.

Figuur 6: De benoeming van de dimensies



3.3 Analyse naar regio

De regiospecifieke prioriteiten zijn in kaart gebracht door de rangorde van de clustergewichten voor de verschillende regio's te vergelijken met deze van de algemene groep (n = 142) (zie tabel 6). Tussen haakjes wordt telkens de rangorde weergegeven.

Tabel 6 Vergelijking regiospecifieke profielen clustergewichten ten opzichte van het algemeen profiel

Cluster	Algemeen (n = 142)	Tielt-Winge (n = 25)	Gent (n = 21)	Genk (n = 18)	Antwerpen (n = 17)	Ieper (n = 17)	Oostende (n = 16)	Geel (n = 14)	Oudenaarde (n = 14)
8 Drempelverlagend	3.45 (1)	3.64 (1)	3.33 (1)	3.50 (1)	3.31 (2)	3.65 (1)	3.54 (2)	3.10 (3)	3.40 (1)
3 Toegankelijkheid	3.40 (2)	3.46 (2)	3.26 (2)	3.31 (2)	3.21 (3)	3.52 (2)	3.69 (1)	3.54 (1)	3.27 (2)
5 Cliënt centraal	3.17 (3)	3.13 (4)	3.02 (4)	3.24 (3)	3.40 (1)	3.13 (4)	3.09 (4)	3.26 (2)	3.15 (3)
7 Sociale kaart	3.08 (4)	3.31 (3)	3.03 (3)	3.20 (4)	2.75 (7)	3.37 (3)	3.19 (3)	2.83 (4)	2.79 (6)
1 Afstemming	2.81 (5)	2.80 (5)	2.95 (5)	2.88 (5)	2.67 (8)	2.76 (6)	2.65 (6)	2.79 (5)	2.96 (4)
4 Lokale netwerken	2.74 (6)	2.57 (7)	2.76 (8)	2.68 (7)	2.93 (4)	2.85 (5)	2.86 (5)	2.58 (8)	2.70 (7)
2 Kwaliteitszorg	2.73 (7)	2.74 (6)	2.83 (6)	2.67 (8)	2.86 (5)	2.61 (7)	2.61 (7)	2.69 (6-7)	2.84 (5)
6 Preventie	2.58 (8)	2.35 (8)	2.81 (7)	2.80 (6)	2.84 (6)	2.45 (8)	2.37 (8)	2.69 (6-7)	2.40 (8)

Er zijn weinig opvallende verschillen tussen de profielen van de verschillende regio's. De rangordes van steden zoals Antwerpen, Gent en Oostende wijken het sterkst af van het algemene profiel. In bijlage 4 bespreken we voor elke regio de regiospecifieke accenten, dit aan de hand van de discussie in de interpretatiesessie over de resultaten van de concept mapping (clustergewichten en prioritering) en de analyse van de lokale socialebeleidsplannen.

3.4 Analyse naar betrokkenengroep

In de onderstaande tabellen (7, 8) vindt u de clustergewichten voor de algemene groep (n = 142) en voor de verschillende betrokkenengroepen en sectoren. Aan de hand van de ranking van de gewichten (tussen haakjes) vergelijken we vervolgens de profielen van de verschillende groepen.

Tabel 7 Vergelijking algemeen profiel en profiel verschillende betrokkenengroepen

Cluster	Algemeen (n = 142)	Beleid (n = 20)	Management (n = 61)	Hulpverlener (n = 44)	Onderzoekers (n = 14)	Zorggebruiker (n = 2)	Mantelzorger (n = 2)
8 Drempelverlagend	3.45 (1)	3.61 (1)	3.33 (2)	3.46 (2)	3.64 (1)	4.67 (1)	3.33 (3)
3 Toegankelijkheid	3.40 (2)	3.32 (2)	3.40 (1)	3.48 (1)	3.14 (5)	3.67 (2)	3.81 (1)
5 Cliënt centraal	3.17 (3)	2.92 (6)	3.11 (3)	3.30 (3)	3.32 (4)	3.29 (3)	3.42 (2)
7 Sociale kaart	3.08 (4)	3.18 (3)	3.05 (4)	2.98 (4)	3.43 (3)	2.83 (4)	3.00 (5)
1 Afstemming	2.81 (5)	2.96 (4)	2.87 (5)	2.72 (6)	2.7 (8)	2.56 (6)	2.41 (7)
4 Lokale netwerken	2.74 (6)	2.95 (5)	2.59 (8)	2.82 (5)	3.86 (2)	2.50 (7-8)	3.25 (4)
2 Kwaliteitszorg	2.73 (7)	2.76 (7)	2.78 (6)	2.65 (7)	2.82 (7)	2.60 (5)	2.53 (6)
6 Preventie	2.58 (8)	2.44 (8)	2.63 (7)	2.52 (8)	2.83 (6)	2.50 (7-8)	1.83 (8)

Gezien het aantal zorggebruikers en mantelzorgers te laag is, is het enkel zinvol om de verschillen tussen de categorieën beleid, management, hulpverleners en onderzoekers te beschouwen.

Opvallend is dat het beleid clusters 7 (sociale kaart), 1 (afstemming) en 4 (lokale netwerken) hoger scoort en cluster 5 (cliënt centraal) lager. Het management van voorzieningen scoort cluster 8 (drempelverlagend) en 4 (lokale netwerken) iets lager en clusters 3 (toegankelijkheid) en 2 (kwaliteitszorg) iets hoger. De hulpverleners scoren cluster 3 (toegankelijkheid), cluster 5 (cliënt centraal) en cluster 4 (lokale netwerken) iets hoger; clusters 1 (afstemming) en 2 (kwaliteitszorg) dan weer iets lager. De onderzoekers scoren cluster 4 (lokale netwerken) opvallend hoger; clusters 2 (kwaliteitszorg), 5 (cliënt centraal), 6 (preventie) en 7 (sociale kaart) iets hoger. Cluster 1 (afstemming) wordt door de onderzoekers het laagst gewaardeerd.

Tabel 8: Vergelijking algemeen profiel en profiel verschillende sectoren

Cluster		Algemeen (n = 142)	OCMW (n = 26)	Thuiszorg/ huisarts (n = 20)	Vzw's (n = 19)	CGG/ CST/ BJB (n = 11)	Mutualiteiten (n = 10)	CAW's (n = 9)	CLB/Logo (n = 7)
8	Drempelverlagend	3.45 (1)	3.56 (2)	3.56 (1)	3.28 (3)	3.09 (3)	3.50 (1)	3.41 (2)	3.22 (3)
3	Toegankelijkheid	3.40 (2)	3.66 (1)	3.36 (2)	3.29 (2)	3.43 (1)	3.42 (2)	3.48 (1)	3.02 (5)
5	Cliënt centraal	3.17 (3)	3.17 (3)	3.21 (3)	3.38 (1)	3.11 (2)	3.17 (3)	3.19 (3)	2.71 (8)
7	Sociale kaart	3.08 (4)	2.96 (4)	2.98 (4)	3.21 (4)	2.94 (4)	2.87 (5)	2.67 (7)	3.52 (1)
1	Afstemming	2.81 (5)	2.70 (5)	2.89 (5)	2.81 (5)	2.85 (5)	2.92 (4)	2.89 (4)	3.01 (6)
4	Lokale netwerken	2.74 (6)	2.69 (6)	2.46 (8)	2.60 (8)	2.83 (6)	2.65 (7)	2.70 (5-6)	3.28 (2)
2	Kwaliteitszorg	2.73 (7)	2.62 (7)	2.76 (6)	2.73 (7)	2.76 (7)	2.75 (6)	2.65 (8)	2.94 (7)
6	Preventie	2.58 (8)	2.44 (8)	2.61 (7)	2.77 (6)	2.58 (8)	1.90 (8)	2.70 (5-6)	3.04 (4)

De personeelsleden uit het OCMW hechten iets meer belang hechten aan cluster 3 (toegankelijkheid). Praktijkwerkers uit de thuiszorg vertonen net als OCMW-personeelsleden nagenoeg hetzelfde patroon als het algemene profiel, enkel cluster 4 (lokale netwerken) wordt beduidend lager gescoord. De vzw-sector scoort cluster 5 (cliënt centraal) opvallend hoger, cluster 6 (preventie) iets hoger en cluster 4 (lokale netwerken) iets lager. Panelleden uit de tweede lijn hechten meer belang aan cluster 3 (toegankelijkheid) en cluster 5 (cliënt centraal), maar minder aan cluster 8 (drempelverlagend). De mutualiteiten vertonen nagenoeg hetzelfde patroon als het algemene profiel, opvallend is dat cluster 7 (sociale kaart) iets lager en cluster 6 (preventie) erg laag (1,90) scoort. Cluster 1 (afstemming) scoort in verhouding iets hoger. De CAW's scoren cluster 3 (toegankelijkheid) en 1 (afstemming) iets hoger en clusters 7 (sociale kaart) en 2 (kwaliteitszorg) lager. De CLB's en Logo's beschouwen cluster 6 (preventie) duidelijk als meer prioritair (3,04) ten opzichte van het algemene profiel. Deze voorzieningen hechten bovendien meer belang aan clusters 7 (sociale kaart) en 4 (lokale netwerken). De clusters 5 (cliënt centraal), 2 (kwaliteitszorg) en 3 (toegankelijkheid) worden duidelijk als minder prioritair beschouwd.

4 De interpretatie van de resultaten

In de acht regionale interpretatiesessies zijn de resultaten van de concept mapping besproken en bediscussieerd. In bijlage 4 worden de interpretaties en verklaringen per regio beschreven. In wat volgt bespreken we de belangrijkste verklaringen bij de algemene resultaten. Dit gebeurde hoofdzakelijk op basis van de overzichtstabel met de resultaten van de prioritering (zie bijlage 7).

4.1 De prioritering

Over het algemeen genomen, vinden de deelnemers aan de interpretatiesessies de rangorde van de stellingen die naar voor komt (zie bijlage 7) zeer herkenbaar. De elementaire zaken zouden het hoogst gescoord zijn en daar kan men zich in vinden. Zo beklemtoont men dat de stelling 39 'een betaalbare zorg' (4,16) een prioritaire stelling is, gezien het een thematiek is waarmee zowel hulpverleners als zorggebruikers en mantelzorgers dagelijks geconfronteerd worden. Het is bovendien een belangrijke voorwaarde voor kwalitatieve zorg.

De verschillende panels herkennen in de prioritering een trend waarbij zorg- of hulpverleningsgerichte stellingen relatief hoger scoren dan stellingen met betrekking tot preventie, kwaliteit van zorg, structurele en beleidsmatige aspecten. Er zijn verschillende verklaringen voor deze trend: namelijk het abstractieniveau van de stellingen (abstractere stellingen worden hoger gewaardeerd, bijvoorbeeld: stelling 16 'een vlot toegankelijke hulpverlening' ten opzichte van stelling 23 'een laagdrempelig adviespunt'), ethische overwegingen ('zorg voor de cliënt' wordt ethisch gezien als meer prioritair beschouwd ten opzichte van kwaliteitsbevordering, structurele en beleidsmatige aspecten ...), de zichtbaarheid van de interventies en de meetbaarheid van de effecten (meer aan de orde bij curatie dan bij preventie) en de panelsamenstelling (in verhouding zijn preventiewerkers ondervertegenwoordigd ten aanzien van andere sectoren).

De interpretatie van de stellingen heeft een belangrijke impact op de waardering die wordt toegekend. In wat volgt bespreken we de bedenkingen die bij specifieke stellingen aan bod kwamen. Zo blijkt uit de discussie met de verschillende stakeholders dat de stelling 57 'een vlotte toeleiding naar de hulpverlening voor personen met een hulpbehoefte' verschillende connotaties heeft. Voor sommigen komt deze stelling te paternalistisch over om zo hoog (3,86) te scoren, terwijl anderen beklemtonen dat een 'toeleiding' of 'aanklappende hulpverlening' voor sommige doelgroepen noodzakelijk is. Het betreft een spanningsveld tussen 'het toeleiden' vanuit een hulpverlenersperspectief en het vraaggestuurd werken vanuit het cliëntperspectief. In deze discussie stelt men zich de vraag of de welzijns- en gezondheidssector momenteel wel de doelgroepen met de hoogste noden bereikt.

De relatief lage score van stelling 42 'welzijnsdenken in plaats van veiligheidsdenken' (2,59) wordt als minder herkenbaar beschouwd, gezien welzijnsdenken zeker en vast voorop staat voor de meeste panelleden. Uit de relatief hoge standaarddeviatie (1,80) blijkt eveneens dat de meningen over deze stelling verdeeld zijn.

Bij de laagst gescoorde stellingen, vindt men de lage scores van stelling 54 'de instroom van hulpverleners' (2,37) en van stelling 62 'duidelijkheid op het vlak van steunnormen' (2,33) opvallend. Men beschouwt dit toch als belangrijke verbeterpunten. Uit de standaarddeviatie (1,89) van deze stellingen blijkt dat de eensgezindheid niet zo groot is. Voor stelling 62, zou dit sterk afhankelijk zijn van de interpretatie vanuit het cliëntperspectief of vanuit het perspectief van de organisatie.

De waardering van stelling 14 'het uitbouwen van publiek-private samenwerking in de hulpverlening' (gemiddelde prioritering 2,29; standaarddeviatie 1,70) varieert eveneens afhankelijk van de interpretatie. In de betekenis van 'netwerking, vermarkting van de zorg' zou men deze stelling hoger scoren dan in de betekenis van kortdurende projecten. Een mogelijke verklaring voor de lage score (2,27) van stelling 15 'lokale verankering van preventie en gezondheidszorg' is dat de klemtoon en de verantwoordelijkheid te sterk bij het lokale niveau liggen. Bij stelling 70 'duidelijke programmatiseringsnormen' stelt men zich de vraag waarom deze stelling zo laag (2,25) scoort; terwijl men dit toch als een belangrijke verbeterpiste ervaart. Uit de hoge standaarddeviatie (1,92) kunnen we eveneens afleiden dat de eensgezindheid bij deze stelling niet zo groot is. Stelling 5 'meer kant-en-klare pakketten voor het uitvoeren van preventieve acties' (1,65) zou terecht laag gescoord zijn, omdat deze stelling eerder rigide overkomt, weinig afgestemd op de lokale noden.

4.2 Aanbevelingen van de regio's voor beleidsgericht onderzoek

Aansluitend bij de bespreking en de duiding van de resultaten van de concept mapping is in iedere regio de vraag gesteld in welke (sub)regio's de interventieprogramma's "voeding en beweging" en "preventie van angst en depressie" prioritair geïmplementeerd dienen te worden. Tabel 9 biedt een overzicht van de respons.

Voor het interventieprogramma 'voeding en beweging' zijn er reeds samenwerkingsverbanden met de Logo's in de regio's Tielt-Winge, Gent, Oostende en Oudenaarde. Maar in andere regio's is er eveneens interesse voor dit programma. Zo is de relatie tussen multiculturaliteit, armoede en overgewicht voor de regio's Antwerpen-Noord 1 en Genk een actuele thematiek. In de regio's Ieper en Geel is er interesse vanuit bepaalde voorzieningen, zoals het CLB, het OCMW, aangezien er rond deze thematiek reeds lokale initiatieven zijn opgestart.

Voor het interventieprogramma 'stress en depressie' is er vooral interesse vanuit de regio's Tielt-Winge, Antwerpen-Noord 1, Genk, Ieper, Oostende en Geel. Het psycho-educatief programma kan een ingangspoort vormen om doelgroepen te bereiken die *at risk* zijn, maar die de weg naar de hulpverlening niet vinden. In regio Antwerpen-Noord 1 is de nood aan 'het voorkomen van hopeloosheid' in de concept mapping beklemtoond (zie bijlage 4). Voor regio Ieper is dit interventieprogramma heel relevant, gezien de hoge suïdecijfers. Ook in Genk, Oostende en Geel is er interesse om het programma te integreren, gezien het tekort aan basiscapaciteit binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Tabel 9: Interesse voor de interventieprogramma's naar regio

Regio	Voeding en beweging	Stress en depressie
Tielt-Winge	<ul style="list-style-type: none"> Interventieregio: samenwerking met Logo 	<ul style="list-style-type: none"> Interesse: cf. middel om doelgroepen die at risk zijn beter te bereiken
Gent	<ul style="list-style-type: none"> Interventieregio: samenwerking met Logo 	<ul style="list-style-type: none"> Weinig reactie
Antwerpen	<ul style="list-style-type: none"> Interesse CAW: cf. relatie multiculturaliteit/armoede en overgewicht 	<ul style="list-style-type: none"> Voorkomen van hopeloosheid hoog geprioriteerd in deze regio - !! Als zeer belangrijk beschouwd
Genk	<ul style="list-style-type: none"> Interesse: cf. impact culturele verschillen (netwerken bestaan gezonde voeding bestaan al) 	<ul style="list-style-type: none"> Interesse: uitbouw preventie binnen de GGZ belangrijke piste
Ieper	<ul style="list-style-type: none"> Specifieke interesse Poperinge: vanuit OCMW reeds initiatieven 	<ul style="list-style-type: none"> Belangrijk thema gezien hoge suïdecijfers, interesse vanuit CGG, PZ
Oostende	<ul style="list-style-type: none"> Interventieregio: relevant, cf. relatie met armoede 	<ul style="list-style-type: none"> Interesse vanuit CGG: integratie in huidige beleidsplannen
Geel	<ul style="list-style-type: none"> Interesse vanuit CLB: nood blijkt ook uit enquête LSB 	<ul style="list-style-type: none"> Interesse vanuit CGG
Oudenaarde	<ul style="list-style-type: none"> Interventieregio: samenwerking met Logo 	<ul style="list-style-type: none"> Weinig reactie

Daarnaast zijn op basis van het concept mapping proces enkele noden met betrekking tot het beleidsgericht onderzoek gedistilleerd (cf. doelstelling van het onderzoek). Tabel 10 biedt een overzicht van deze noden die omgezet kunnen worden in onderzoekslijnen of goede praktijken.

Tabel 10: De noden in de praktijk: naar regio

Praktijknoden	Regio's
Crisisopvang (bed bad brood)	Geel, Oostende, Tielt-Winge
Case management	Geel, Oostende, Tielt-Winge, Ieper, Genk, Oudenaarde
Woon- en thuisbegeleiding	Oostende
Outreaching	Antwerpen, Oostende, Tielt-Winge, Ieper, Gent, Genk
Hulp- en dienstverlening afgestemd op verschillende culturele achtergronden cliëntendoelgroep	Genk, Antwerpen, Oostende
Optimalisering van de samenwerking op lokaal niveau, methodieken voor samenwerking en coördinatie	Oostende, Tielt-Winge, Geel, Oudenaarde, Genk
Participatie van de cliënt	Oostende, Gent, Geel, Genk
Monitoring van data op lokaal niveau	Gent
Beter afstemming lokaal en Vlaams/federaal niveau	Ieper, Tielt-Winge, Gent
Instroom hulpverleners en deskundigheidsbevordering	Ieper, Geel, Genk

Preventie van multiprobleemsituaties en doorbreken van het sociaal isolement	Oostende, Antwerpen
Signaliseringsfunctie	Oostende
Spijbelpreventie	Geel

Uit het concept mapping proces komt naar voor dat er in de regio's Geel, Tielt-Winge en Oostende een duidelijke nood is aan modellen en strategieën die een antwoord bieden op het tekort aan crisisopvang van personen met een multi-pele problematiek, thuislozen ... De onderzoekers suggereren de implementatie van een 'bed bad brood' project (Hermans, De Coster & Van Audenhove, 2007), wat positief onthaald wordt in deze regio's. De implementatie van een dergelijk project zal uiteraard in de verschillende regio's op een andere wijze verlopen, gezien de beginsituatie en de evolutie binnen de doelgroepen varieert tussen de regio's.

In dezelfde regio's wordt het belang van goede modellen voor case management beklemtoond. Een vlotte toeleiding en coördinatie van de hulpverlening zou een belangrijke kwaliteitsverbetering inhouden. Hoewel dit in de regio's Ieper, Genk en Oudenaarde in de interpretatiesessie niet expliciet benoemd is, blijkt deze nood eveneens op basis van de duiding van de resultaten van de concept mapping (zie bijlage 4).

In de regio's Antwerpen, Oostende, Tielt-Winge, Ieper, Gent en Genk wordt de nood aan goede *outreaching* strategieën beklemtoond. Momenteel worden niet alle doelgroepen die *at risk* zijn bereikt, veelal omdat er nog te sterk vanuit een aanbodgerichte visie gedacht wordt. Er wordt gezocht naar alternatieven die meer vanuit het cliëntperspectief vertrekken. De context verschilt wel sterk tussen de regio's. In Antwerpen, Oostende en Gent is er veeleer sprake van een stedelijk isolement dat doorbroken moet worden. In deze steden en in Genk is het bovendien een uitdaging om voldoende af te stemmen op de voortdurend evoluerende multiculturele perspectieven en culturele achtergronden. In de regio's Tielt-Winge en Ieper is mobiliteit veeleer een belemmerende factor.

Uit de concept mapping komt de nood aan een betere samenwerking en coördinatie binnen de welzijns- en gezondheidssector duidelijk naar voor. In de regio's Oostende, Tielt-Winge, Geel, Oudenaarde en Genk wordt gezocht naar methodieken om deze samenwerking te optimaliseren. In Genk beklemtoont men het belang van het doorbreken van de schotten tussen welzijn en gezondheid, waardoor drempels verlaagd worden om door te verwijzen. Men vindt het belangrijk een gemeenschappelijke taal te creëren.

De nood aan methodieken om de participatie van de cliënt aan de besluitvorming binnen de hulpverlening te bevorderen, wordt in de regio's Oostende, Gent, Genk en Geel aangehaald. Men zoekt naar alternatieven om meer 'dialooggestuurd' in plaats van 'aanbodgestuurd' te werken.

Een suggestie in regio Gent is om de data op lokaal niveau beter te monitoren. Momenteel wordt er veelvuldig geregistreerd, maar die data worden nauwelijks op lokaal niveau terugkoppeld. Meer specifiek is er nood aan data voor duidelijk

afgebakende en gedefinieerde doelgroepen en goede indicatoren. Dit is een verbeterpiste die nauw aansluit bij de GAP-analyse en het onderzoek binnen programma 'volwassenen' van SWVG.

In regio Ieper is beklemtoond dat de beleidsstrategieën op Vlaams niveau in grotere mate afgestemd dienen te worden op de Ieperse regionale context. Gezien middelen en modellen momenteel nog te sterk geënt zijn op het 'Vlaamse gemiddelde', zou dit sterk nadelig zijn voor landelijke regio's omdat het tekort aan mobiliteit een belemmerende factor is. De participatie van lokale actoren aan de besluitvorming van de overheid wordt eveneens bemoeilijkt door de afstand. In regio Tielt-Winge wordt de nood aan een betere regionale afstemming beklemtoond vanuit een andere invalshoek, bepaalde doelgroepen zoals kinderen en jongeren dreigen in de subregio's Tielt en Lubbeek tussen wal en schip te vallen. Voor regio Gent is het een relevante denkpiste om na te gaan welke beleidsmatige randvoorwaarden en structuren een maximum aan effect van de hulpverlening bieden, met een minimale input (kosten-batenanalyse). Dit vereist een goede afstemming tussen de verschillende niveaus.

Een belangrijk knelpunt binnen het welzijns- en gezondheidszorgaanbod in de regio's Ieper, Genk en Geel is het tekort aan bepaalde professionele hulpverleners, zoals kinderpsychiaters in Ieper. Bovendien zouden lokale actoren in regio Ieper momenteel sterk overbevraagd zijn (bijvoorbeeld voor het opstellen van lokale socialebeleidsplannen), terwijl de nodige ondersteuning op het vlak van deskundigheidbevordering ontbreekt.

Gezien het escalerend verloop van multiprobleemsituaties, wordt in de regio's Oostende en Antwerpen beklemtoond dat er een duidelijke nood is aan vroegpreventie van sociale problematieken. Voor Oostende geldt dit in het bijzonder voor de combinatie met een drugsproblematiek. Deze mensen dreigen nu vaak tussen wal en schip te vallen. Gezien het tekort aan een sociaal netwerk, zou de uitwerking van een signaalfunctie voor deze regio erg zinvol zijn.

In regio Geel wordt de nood aan modellen voor spijbelpreventie beklemtoond.

5 Methodologische bedenkingen

Het belangrijkste knelpunt van dit onderzoek is de onevenwichtige samenstelling van de panels. Sommige betrokkenen, zoals mantelzorgers en zorggebruikers, bleken moeilijk te bereiken. Ondanks pogingen tot telefonische contactname, een vraag van bevestiging per mail, was het in de meeste regio's moeilijk om de samenstelling van de panelgroepen voorafgaand aan de infosessies te kennen.

De achterliggende visie van het onderzoek, namelijk om niet te vertrekken van het 'Vlaamse gemiddelde' maar om de regionale diversificatie in kaart te brengen wordt als een belangrijke sterkte beschouwd. Maar een nadeel van deze regioafbakening op basis van de Kind-&-Gezinregio's is dat die vaak weinig herkenbaar zijn voor andere sectoren. In regio Gent komt de bedenking naar voor dat uitspraken voor de buurten van regio 'Gent 1' weinig betekenisvol zijn, gezien de complexiteit van het

hulpverleningsaanbod in Gent. Het is logischer om uitspraken te doen op het niveau van stad Gent in haar geheel.

In dit onderzoek is de keuze gemaakt om de 249 stellingen die uit de verschillende brainstormsessies naar voor zijn gekomen, te integreren tot één instrument met 80 stellingen. Dit biedt als voordeel dat de stellingen sectoroverschrijdend verwoord zijn en dat de verschillen tussen de regio's en de betrokkenengroepen op basis van het programma Ariadne geanalyseerd worden. Maar voor de deelnemers is de exacte verwoording vanuit de verschillende deelsectoren minder herkenbaar.

6 Besluit

De concept mappingmethode biedt als voordeel dat de visuele voorstelling gebaseerd is op een gestructureerd groepsproces, waarbij de bijdragen van de groepsleden statistisch geanalyseerd worden. Iedere bijdrage weegt even sterk door, terwijl in 'klassieke vergaderingen' andere processen (zoals persoonlijk gezag, onderhandelingsvaardigheden...) een grotere rol kunnen spelen. Er gaat zowel aandacht naar de gemene deler, als naar de verschillen tussen betrokkenen (zorggebruikers, mantelzorgers, hulpverleners, management voorziening, beleidswerkers, onderzoekers ...) en regio's. Door de inbreng van kennis en inzichten die aanwezig zijn bij diverse actoren in de regio's, door de discussie hierover en de interpretatie ervan wordt inzicht verworven in de samenhang van verschillende factoren die het gedrag van de doelgroepen en de zorgverleners zelf bepalen. Dit vormt de basis voor de afstemming en integratie van kennis en inzichten die aan bod komen vanuit het beleid, de praktijk, onderzoek, zorggebruikers en mantelzorgers.

De uitgangsvraag was: "Wat willen we met voorrang bereiken op het vlak van gezondheid en welzijn in uw regio?" Het antwoord is in de eerste plaats drempelverlaging en een betere toegankelijkheid van de hulpverlening. De regionale verschillen zijn niet erg groot. Maar toch stellen we vast dat steden als Antwerpen en Gent, preventie en kwaliteitszorg een hogere prioritering geven, ten opzichte van de landelijke regio's die het tekort aan basiscapaciteit beklemtonen (zie bijlage 4). Ook verschillende betrokkenengroepen en sectoren leggen andere accenten. Deze perspectieven mogen niet genegeerd worden.

De verworven inzichten vormen de basis om lokaal aangepaste interventies te ontwikkelen, aan te passen en/of te verbeteren. Bovendien zal bij de keuze van de interventieregio's en controleregio's voor het psycho-educatieprogramma depressie en voor het bepalen van de interventiestrategieën voor het interventieprogramma voeding en beweging, in de mate van het mogelijke rekening gehouden worden met de resultaten uit dit onderzoek.

7 Referenties

- Baert, S. (2008). *Concept map van goede psychiatrische behandeling. Stakeholdersbevraging najaar 2007. Deel 4. In de VVGG - reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen.* Gent: VVGG.
- De Rick, K., Loosveldt, G., Van Audenhove, Ch., & Lammertyn, F. (2003). *De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg.* Leuven: Lucas.
- Everaert, S., De Coster, I., & Van Audenhove, Ch. (2007). *Een vormingsprogramma over psychosociale rehabilitatie als katalysator voor ontwikkelingen binnen de divisie Rehabilitatie.* LUCAS: in opdracht van en in samenwerking met het OPZ van Geel.
- Everaert, S., Scheerder, G., De Coster, I., & Van Audenhove, Ch. (2007). *Getrapte zorg voor personen met depressie in de CGG. Deel 1: Analyse en evaluatie.* Onderzoeksrapport i.o.v. de Vlaamse minister van WVG.
- Gray, B. (1989). *Collaborating. Finding common ground for multiparty problems.* San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Kelly, C., Baker, E., Brownson, R., and Schootman, R. (2007). Translating research into practice: Using concept mapping to determine locally relevant intervention strategies to increase physical activity. *Evaluation and planning, 30, 282-293.*
- Liégeois, A. and Van Audenhove, Ch. (2004). Ethical dilemmas in community mental health care. *Journal of Medical Ethics, 31, 452-456.*
- Thornicroft, G. and Tansella, M. (1999). Translating ethical principles into outcome measures for mental health service research. *Psychological Medicine, 29, 761-767.*
- Trochim, W. (1989). An introduction to concept mapping for planning and evaluation. In *Evaluation and Program Planning (12 ed., pp. 1-16).*
- Trochim, W (1994). Using concept mapping to develop a contextual framework of staff's views of a supported employment program for persons with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, 766-775.*
- van Weeghel, J., Van Audenhove, Ch., Colucci, M., Garanis-Papadatos, T., Liégeois, A., McCulloch, A. et al. (2005). The components of good community care for people with severe mental illness. Views of stakeholders in five European countries. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 28, 274-281.*