Nota ‘transversale hefbomen voor actie’

In 2025 en 2026 zijn er drie literatuuroverzichten opgemaakt:

1. Het eerste ging over **sociaal isolement,** waarbij gekeken werd naar ‘objectief’ sociaal isolement (weinig kwalitatieve sociale contacten en/of geen sociale activiteiten) en ’subjectief’ sociaal isolement (gevoel van eenzaamheid).
2. Het tweede overzicht focuste op **voedselonzekerheid**, die ernstig kan zijn (wat zelden voorkomt in landen met een hoog inkomen), of matig (wat veel vaker voorkomt in arme stadswijken van landen met een hoog inkomen). Dat laatste heeft te maken met onregelmatige toegang tot voedsel en onevenwichtige eetgewoonten (ongezond eten of ‘junkfood’).
3. Het derde overzicht onderzoekt twee fundamentele aspecten van het verband tussen huisvesting en welzijn-gezondheid: **kwaliteit van de woningen en hun ecologische en sociale context.** Dat laatste zal later worden aangevuld met een literatuuroverzicht over twee andere fundamentele aspecten van het verband tussen huisvesting en welzijn-gezondheid: **toegang tot huisvesting en stabiliteit van die toegang.**

Als we deze drie overzichten bekijken, zie je dat een groot deel van de risicofactoren en de gevolgen die met deze problemen gepaard gaan gelijkaardig zijn. Daardoor zijn deze problemen onderling verbonden en hangen ze samen met gemeenschappelijke factoren. Door prioriteit te geven aan deze gemeenschappelijke punten kan er dus een multiplicatoreffect ontstaan, omdat al deze verschillende problemen ermee samenhangen. Ze kunnen worden beschouwd als transversale hefbomen. Die hefbomen staan centraal in deze nota, die bedoeld is om de acties van de ondersteuningsteams van de zorgzones te onderbouwen en te sturen. Ze worden in dit document uitgebreid beschreven en een laatste punt is gewijd aan voorbeelden van interventies die in de wetenschappelijke literatuur zijn gevalideerd.

Een initiatief van de vzw BRUSANO
Collectief actie ondernemen om de welzijns- en gezondheids-organisatie te veranderen.
Met de steun van de GGC
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

Vier hoofdcategorieën van gemeenschappelijke factoren

Sociaaleconomische kwetsbaarheid

Uiteraard staat gebrek aan financiële middelen voorop als het gaat om sociaaleconomische kwetsbaarheid. Maar onder sociaaleconomische kwetsbaarheid moet je ook het gebrek aan of de ontoereikendheid van alle **materiële middelen** scharen die iemand nodig kan hebben. **Huisvesting** is op zich een belangrijke materiële hulpbron. Daarnaast zijn er de materiële middelen die nodig zijn om **in die woning te kunnen wonen (water, energie, internet), de middelen om in de basisbehoeften (voedsel, vervoer, kleding enz.)** te voorzien, en de materiële middelen waarmee elk individu zijn leven zelfstandig en geïntegreerd in de gemeenschap te leiden: **een sociale functie** (een baan, een rol), **sociale relaties, activiteiten** enz.

Meer specifiek bij welzijn-gezondheid moeten we natuurlijk de nadruk leggen op de materiële middelen waarmee iedereen een **gezonde levensstijl** kan hebben, inclusief toegang tot alle voorzieningen waarmee mensen gezonde keuzes kunnen maken (goed eten, toegang tot gezonde activiteiten enz.) en, als dat nodig is, toegang tot **geschikte gezondheidszorg en/of passende sociale begeleiding.**

Gebrek aan sociaal kapitaal

Gebrek aan sociaal kapitaal verwijst naar de afwezigheid van of het tekort aan **kwalitatieve, ondersteunende sociale relaties,** het gebrek aan **verbondenheid met sociale groepen** waarmee je je kunt identificeren, het gebrek aan **vertrouwensrelaties**, zowel op professioneel als op persoonlijk vlak, en het gebrek aan mensen bij wie je **materiële, emotionele en praktische steun** kan vinden. Er bestaat niet zoiets als een ‘optimaal’ sociaal kapitaal voor iedereen, maar iedereen moet de kans krijgen om **autonoom goede sociale relaties** op te bouwen en te onderhouden, bijvoorbeeld door toegang te hebben tot voorzieningen, activiteiten en interventies die dat mogelijk maken.

Een initiatief van de vzw BRUSANO
Collectief actie ondernemen om de welzijns- en gezondheids-organisatie te veranderen.
Met de steun van de GGC
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

Sociaal-culturele kwetsbaarheid

Sociaal-culturele kwetsbaarheid komt in eerste instantie tot uiting in een **gebrek aan schoolopleiding**, geen diploma hebben. Hieronder vallen echter ook alle vormen van culturele achterstand die leiden tot een **gebrek aan kennis of begrip van de sociale codes** die eigen zijn aan een bepaalde situatie, omgeving of gemeenschap. Zo kunnen mensen met een migratieachtergrond in een sociaal-culturele kwetsbare situatie terechtkomen in een nieuwe sociale omgeving waarvan ze de normen en codes niet kennen, ook al hebben ze een rijke eigen cultuur en sociale normen. Mensen die niet vertrouwd zijn met bepaalde specifieke omgevingen (bijvoorbeeld de medische wereld), kunnen in een sociaal-culturele kwetsbare situatie terechtkomen omdat ze de opgeleide professionals die vakjargon gebruiken niet begrijpen of zich niet aan hen verstaanbaar kunnen maken, of omdat ze de vaak impliciete sociale codes die eigen zijn aan elke omgeving niet beheersen. Dat kan te maken hebben met gezondheidsgeletterdheid. Mensen met cognitieve beperkingen (psychische problemen, dementie, handicaps enz.) kunnen ook moeite hebben met hun sociaal-culturele integratie. En er ontstaan steeds meer nieuwe breuklijnen in verband met wat men 'digitale geletterdheid' noemt, het kunnen gebruiken van digitale communicatiemiddelen en sociaal kapitaal (zie vorig punt).

Stigmatisering

Stigmatisering is een maatschappelijk fenomeen dat zich bij degene die ermee te maken heeft onder andere uit in een **gebrek aan zelfvertrouwen.** Het gaat om het verspreiden van **overtuigingen - vaak negatief, maar niet altijd - over mensen op basis van de sociale categorieën waarin ze worden geplaatst,** vanuit een denkwijze die vooraf bepaalde kenmerken toekent aan mensen in die categorieën. Stigmatisering kan leiden tot mechanismen van **onderscheid tussen groepen individuen (discriminatie)**, die ongepast zijn omdat ze gebaseerd zijn op kenmerken die a priori worden toegekend. Als iemand de (eventueel negatieve) opvattingen die anderen aan hem toeschrijven, zelf gaat geloven, zie je dat het zelfvertrouwen daalt, wat op een gegeven moment kan leiden tot een ***selffulfilling* prophecy** van de toegeschreven overtuigingen. Stigmatisering is een uitvloeisel van categorisch denken, en dat komt veel voor, ook bij veel professionals uit de welzijns- en gezondheidssector, en het kan bewust of onbewust gebeuren. Onderzoeken tonen aan dat er bij professionals uit de welzijns- en gezondheidssector stigmatiserende en discriminerende praktijken voorkomen die totaal onbedoeld zijn.

Een initiatief van de vzw BRUSANO
Collectief actie ondernemen om de welzijns- en gezondheids-organisatie te veranderen.
Met de steun van de GGC
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

Verschillende combinaties

Iedereen ontwikkelt eigen strategieën om met de onzekerheden van het leven om te gaan door gebruik te maken van zijn materiële, sociale en culturele hulpbronnen en zijn zelfwaardering. Die vier aspecten zijn met elkaar verweven, en het komt dus vaak voor dat een tekort op één van de vier gebieden wordt versterkt door een tekort op een ander gebied. Zo hangt het feit dat je door een gebrek aan opleiding in een sociaal-cultureel kwetsbare situatie zit, sterk samen met het feit dat je geen betaalde baan hebt, wat vervolgens kan leiden tot een tekort aan materiële middelen.

Die correlaties zijn echter niet absoluut. Bovendien hoef je niet over het grootste materiële, relationele, culturele kapitaal of de hoogste zelfwaardering te beschikken om een goed sociaal leven te leiden. Iedereen kan een tekort op het ene gebied compenseren met hulpbronnen uit een ander gebied. Zo kan iemand in een kwetsbare economische situatie die over een goed sociaal netwerk beschikt, strategieën ontwikkelen om een goed leven te leiden. Iemand die sociaal geïsoleerd is, maar wel een goed zelfvertrouwen heeft en de sociale normen kent van de omgevingen waarin hij leeft, kan strategieën vinden om een kwalitatief goed leven te leiden. Het gaat er dus om een bepaald algemeen niveau van hulpbronnen te bereiken, dat kan voortkomen uit verschillende combinaties van deze vier gebieden.

Interventies die de ontwikkeling van hulpbronnen op minstens één van deze vier gebieden ondersteunen, hebben meer kans om bij te dragen aan een algehele verbetering van de situatie van mensen, en dat voor alle welzijns- en gezondheidsproblemen die worden beïnvloed door de sociale determinanten van gezondheid. Interventies die effecten op meerdere gebieden combineren, hebben een nog grotere impact.

Voorbeelden van interventies die in de wetenschappelijke literatuur zijn gevalideerd

In de opgestelde literatuuroverzichten worden verschillende interventies genoemd, omdat ze wetenschappelijk zijn geëvalueerd. Sommige zijn bedoeld als hefbomen, omdat ze mogelijk betrekking hebben op verschillende structurele gebieden (zoals hierboven vermeld).

In alle overzichten wordt vaak de nadruk gelegd op **interventies op het gebied van welzijn-gezondheid,** d.w.z. interventies **op het gebied van gemeenschapsgezondheid.** Als het bijvoorbeeld gaat om sociaal isolement, worden geriatrische revalidatieprogramma's genoemd, waarbij een **buurtnetwerk** wordt opgezet. Dit zijn professionals die sociale contacten onderhouden met ouderen (thuiszorgmedewerkers, maatschappelijk werkers, artsen enz., maar ook gebouwenbeheerders of mensen met andere functies die niet in de eerste plaats met persoonlijke begeleiding te maken hebben) en die het sociale isolement van thuiswonende ouderen in een buurt in de gaten houden. Die buurtwachten staan met elkaar in contact, kunnen overleggen en eventueel besluiten om in actie te komen, ofwel in individuele situaties (micro), ofwel op het niveau van de buurtbevolking (meso) wanneer dat nodig blijkt: andere actoren of familieleden informeren over een verslechterende situatie (microniveau), een gezamenlijke activiteit organiseren of water uitdelen tijdens hitteperiodes (mesoniveau) enz. Een ander voorbeeld dat wordt genoemd, is het *carelink*-programma, waarbij studenten verpleegkunde in het kader van hun opleiding ouderen in een wijk bezochten.

Een initiatief van de vzw BRUSANO
Collectief actie ondernemen om de welzijns- en gezondheids-organisatie te veranderen.
Met de steun van de GGC
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

In de wetenschappelijke literatuur wordt benadrukt dat deze interventies des te effectiever zijn naarmate 1) de begunstigden betrokken worden bij de organisatie van de activiteit (en mee kunnen beslissen over de acties), en 2) de activiteit de begunstigden nuttige vaardigheden bijbrengt.

Nog een voorbeeld **op het gebied van sociaal isolement** zijn t**aalcursussen en cursussen over administratief beheer voor migranten.** Die bieden zowel sociale verbondenheid (door de collectieve aard van de activiteit) als culturele vaardigheden (beheersen van de taal en de administratieve procedures van het gastland). Hetzelfde soort aanpak zie je bij de strijd tegen voedselonzekerheid, waar **kookcursussen** helpen om sociale banden te bevorderen en te onderhouden, eetgewoonten te verbeteren en culturele vaardigheden te verspreiden door kennis te maken met de culinaire tradities van verschillende gemeenschappen.

Als het over de kwaliteit van woningen gaat, zijn de meest veelbelovende interventies ook **participatieve interventies**, waarbij renovatiewerkzaamheden in overleg met de bewoners worden gepland en waarbij sociale begeleiding wordt gecombineerd met fysieke renovaties. Er wordt ook benadrukt hoe belangrijk **welzijn op voorschrift** is: een regeling waarbij artsen sociale activiteiten kunnen voorschrijven (en contact kunnen leggen met gemeenschapswerkers), rekening houdend met de sociale determinanten van gezondheid, waaronder factoren die te maken hebben met de kwaliteit van de woningen en hun omgeving.

Hoewel er in België geen nomenclatuur bestaat voor welzijn op voorschrift, vraagt het onderliggende mechanisme de aandacht van clinici (in dit geval artsen) voor de sociale aspecten van gezondheidsproblemen en het tot stand brengen of onderhouden van contacten met maatschappelijk werkers. Het omgekeerde scenario is ook denkbaar: wanneer maatschappelijk werkers gezondheidsproblemen vermoeden en contact leggen met zorgverleners of de banden met hen versterken. Uit literatuuroverzichten blijkt dat er talrijke correlaties bestaan tussen gezondheidssituaties en sociale omstandigheden. Zo hebben sociaal geïsoleerde mensen bijvoorbeeld 30% meer kans op cardiometabole aandoeningen (diabetes, hoge bloeddruk, obesitas enz.), en omgekeerd lopen mensen met dergelijke aandoeningen ook een aanzienlijk groter risico om sociaal geïsoleerd te raken. Al die correlaties kunnen dus een argument vormen voor het opzetten van **systemen voor informatie-uitwisseling tussen welzijns- en gezondheidsprofessionals** om de ermee samenhangende problemen op te sporen en eventueel te begeleiden.

Dergelijke interventies impliceren dus:

- systemen voor informatie-uitwisseling en samenwerking tussen professionals uit verschillende disciplines, vooral maatschappelijk werkers en gezondheidsprofessionals;
- betrokkenheid van de begunstigden bij het bedenken, uitvoeren en soms ook evalueren van de acties en systemen;
- dat tegelijk meerdere doelen worden nagestreefd, met name opbouwen van vaardigheden bij de begunstigden (sociaal kapitaal, culturele vaardigheden, meer zelfvertrouwen), naast het verbeteren van de materiële levensomstandigheden en de lichamelijke gezondheid.

Een initiatief van de vzw BRUSANO
Collectief actie ondernemen om de welzijns- en gezondheids-organisatie te veranderen.
Met de steun van de GGC
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE