

DOSSIER

# WAT WERKT BIJ Sociaal en Gezond



kennis en aanpak van  
sociale vraagstukken

---

# Wat werkt bij sociaal en gezond?

## Over de bijdrage van sociale factoren aan gezondheid

### Colofon

**Auteurs:** Aletta Winsemius, Carina Ballering, Rianca Scheffel, Rosanna Schoorl

**Eindredactie:** Esther den Breejen

**Redactie:** Esther den Breejen, Hanneke Mateman, Jeske van der Waerden

**Vormgeving:** De Boer & Van Dorst (Typetank)

**Infographics:** De Boer & Van Dorst (Typetank)

**Bestellen:** [www.movisie.nl](http://www.movisie.nl)

Overname van informatie uit deze publicatie is toegestaan onder voorwaarde van bronvermelding:  
© Movisie, kennis en aanpak van sociale vraagstukken

De inhoud van deze publicatie is met grote zorg samengesteld.  
Desondanks is Movisie niet aansprakelijk voor de eventuele schade die ontstaat door het gebruik van deze informatie.

november 2016



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

---

# Inhoud

<b>Samenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>9</b>
1.1 De relatie tussen sociaal en gezond	9
1.1.1 Participatie en gezondheid	11
1.1.2 Participatiewiel (aangepast)	12
1.1.3 Eigen regie	12
1.1.4 Gezondheid	13
1.2 Context	14
1.3 Leeswijzer	15
<b>2 Zelfredzaam zijn</b>	<b>16</b>
2.1 Inleiding	16
2.1.1 Feiten en cijfers	16
2.2 Zelfredzaam zijn en gezondheid	17
2.2.1 Huisvesting	18
2.2.2 Huiselijke relaties	18
2.2.3 ADL	19
<b>3 Anderen ontmoeten: belang sociale netwerken</b>	<b>21</b>
3.1 Inleiding	21
3.1.1 Feiten en cijfers	21
3.2 Sociale netwerken en gezondheid	22
3.3 Invloed op fysieke gezondheid	24
3.4 Specifieke onderzoeksgroepen	25
3.4.1 Familie	25
3.4.2 Ouderen	25
<b>4 Voor anderen zorgen: mantelzorg</b>	<b>28</b>
4.1 Inleiding	28
4.1.1 Feiten en cijfers	28
4.2 Positieve effecten op gezondheid	29
4.3 Negatieve effecten	29
4.4 Specifieke groepen mantelzorgers	30
4.4.1 Jonge mantelzorgers	30
4.4.2 Jongvolwassen mantelzorgers	31
4.4.3 Oudere mantelzorgers	31
4.5 Effecten in evenwicht?	31

<b>5 Bijdragen aan samenleving: vrijwillige inzet</b>	<b>34</b>
5.1 Inleiding	34
5.1.1 Feiten en cijfers	34
5.2 Relatie vrijwilligerswerk en gezondheid	34
<b>6 Uitvoeren betaald werk</b>	<b>38</b>
6.1 Inleiding	38
6.1.1 Feiten en cijfers	39
6.2 Arbeidsparticipatie en gezondheid	39
6.2.1 Betaald werk	39
6.2.2 Werkloosheid	40
6.2.3 Arbeidsomstandigheden	40
6.3 Arbeidsmatige dagbesteding en gezondheid	41
<b>7 Financieel gezond zijn</b>	<b>43</b>
7.1 Inleiding	43
7.1.1 Feiten en cijfers	43
7.2 Financieel gezond zijn en gezondheid	44
7.2.1 Schulden, gezondheid en participatie	45
7.2.2 Invloed op gezondheid kinderen	46
7.3 Schaarste	46
<b>8 Wat werkt?</b>	<b>49</b>
8.1 Sociaal maakt gezond	49
8.2 Werkzame elementen	49
8.2.1 Zelfredzaam zijn	50
8.2.2 Anderen ontmoeten: belang sociale netwerken	50
8.2.3 Voor anderen zorgen: mantelzorg	50
8.2.4 Bijdragen aan samenleving: vrijwillige inzet	50
8.2.5 Uitvoeren betaald werk	51
8.2.6 Financieel gezond zijn	51
8.3 Maakt gezond ook sociaal?	51
8.4 In de praktijk	51
<b>Bronnenlijst</b>	<b>53</b>
<b>Begrippenlijst</b>	<b>61</b>

# De bijdrage van sociale factoren aan gezondheid

Het Participatiewiel laat zien welke doelen mensen via participatie willen bereiken. Ze willen bijvoorbeeld andere mensen ontmoeten, of een bijdrage leveren aan de samenleving via vrijwilligerswerk.



kennis en aanpak van sociale vraagstukken



In het [dossier Wat Werkt bij Sociaal en Gezond](#) nemen we het Participatiewiel als uitgangspunt. Per doel laten we zien wat de bijdrage is aan gezondheid.

Dit dossier is onderdeel van de Wat Werkt bij... serie van Movisie. In deze dossiers zijn gegevens verzameld uit wetenschappelijk onderzoek over een specifiek vraagstuk.

## Zelfredzaamheid maakt gezond:



Ongezondheid komt vaker voor bij mensen die dakloos zijn of van wie de thuissituatie onveilig is.

Daklozen leven gemiddeld **15 jaar korter** dan mensen met een dak boven hun hoofd.



**20%** van de Nederlanders is afhankelijk van ondersteuning bij zelfredzaamheid, tijdelijk of permanent.

## Anderen ontmoeten maakt gezond:



- Minder depressies
- Buffer tegen stress
- Lagere bloeddruk en een lagere hartslag
- Hogere levensverwachting



- Stemmings- en angststoornissen bij langdurige conflicten
- Slechtere mentale gezondheid bij gebrek aan hechte sociale relaties



## Zorgen voor anderen maakt gezond:



- Geeft zingeving en voldoening
- Versterkt de onderlinge relatie
- Kleiner risico op vroegtijdig overlijden



- Overbelasting kan leiden tot een slecht ervaren gezondheid, symptomen van depressie en een hoger risico op vroegtijdig overlijden.



**10%** van de mantelzorgers voelt zich zwaar belast.

## Bijdragen aan samenleving maakt gezond:



- Vergroot gevoel van eigenwaarde
- Verlaagt stress gevoelens
- Toename eigen regie
- Geeft voldoening en betekenis aan het leven

Ouderen die vrijwilligerswerk doen, leven langer dan ouderen die dit niet doen.



**Een derde** van de Nederlanders doet iedere maand vrijwilligerswerk.

## Betaald werk maakt gezond:



- Biedt financiële zekerheid
- Geeft structuur aan dagelijks leven
- Draagt bij aan zingeving
- Vergroot zelfvertrouwen
- Stimuleert sociale contacten



**1,7 miljoen** Nederlanders (tussen de 15 en 75 jaar) wordt belemmerd in krijgen of uitvoeren van werk door langdurige ziekte, een aandoening of handicap.

Werklozen hebben **63%** meer kans om vroegtijdig te sterven dan werkenden.

## Financieel op orde maakt gezond:



*Bij armoede of schulden:*

- Afname IQ met 13 punten
- Minder participatie
- Minder bevredigende contacten
- Minder stabiel gezinsleven
- Gevoelens van eenzaamheid



Verskil in levensverwachting tussen laagste en hoogste inkomensklasse: **7,2 jaar** voor mannen en **6,7 jaar** voor vrouwen.

In 2015 heeft **45%** van de Nederlandse huishoudens moeite om financieel rond te komen.

# Samenvatting

In dit Wat Werkt dossier staat de relatie tussen sociaal en gezond centraal. Er wordt ingezoomd op hoe sociale factoren wel of niet bijdragen aan de gezondheid van mensen. In Nederland werd in de afgelopen decennia weinig uitgewisseld en samengewerkt tussen het sociale en gezondheidsdomein. Maar daar komt verandering in mede onder invloed van de Wmo, de decentralisaties en de bezuinigingen in de zorg en het sociaal domein. De werelden van preventie, zorg en welzijn beginnen elkaar steeds meer op te zoeken. Om deze beweging te ondersteunen, wordt in dit dossier aandacht besteed aan kennis over de bijdrage van sociale factoren aan gezondheid. We nemen het Participatiewiel als uitgangspunt om de relatie tussen sociale factoren en gezondheid weer te geven. In dit model worden de volgende participatiedoelen beschreven: zelfredzaam zijn, anderen ontmoeten, zorgen voor anderen, bijdragen aan de samenleving, uitvoeren van betaald werk en financieel gezond zijn. Hoe verhouden deze sociale doelen zich tot gezondheid?

## Zelfredzaam zijn

Wanneer er weinig tot geen sprake is van zelfredzaamheid dan heeft dit effect op de gezondheid. Dat geldt bijvoorbeeld voor mensen die geen dak boven hun hoofd hebben of die zich in hun eigen huis niet veilig voelen. Het vergroten van iemands zelfredzaamheid levert automatisch een positieve bijdrage aan de gezondheid.

## Anderen ontmoeten

Bij sociale netwerken gaat het om naaste contacten (familie en vrienden), maar ook om minder hechte relaties (kennissen en collega's). Sociale relaties hebben zowel een beschermend effect als een verminderend effect op gezondheidsproblemen. Mensen die voor hun gevoel niet genoeg betekenisvolle contacten hebben, kunnen zich eenzaam voelen. Dit kan leiden tot een slechte mentale en fysieke gezondheid. Investeren in betekenisvolle sociale relaties is van groot belang. Sociale relaties kunnen ook negatieve gevolgen hebben. Bijvoorbeeld als ze veel verplichtingen met zich meebrengen of bij huiselijk geweld. Iemands gezondheid kan een rol spelen bij het wel of niet (kunnen) aangaan en onderhouden van sociale contacten.

## Zorgen voor anderen

Het zorgen voor een ander, bijvoorbeeld als mantelzorger, is van invloed op de fysieke en mentale gezondheid. Het zorgen voor naasten met een ziekte of beperking geeft zingeving en voldoening en versterkt de relatie met de hulpbehoevende en andere betrokkenen. Of informele zorg een positieve of negatieve invloed heeft, is afhankelijk van de mate en intensiteit van de hulp en de relatie tussen mantelzorger en zorgontvanger. Er kan overbelasting optreden wanneer er sprake is van langdurige en zeer intensieve zorg. De mantelzorger ervaart een slechte gezondheid, vertoont symptomen van depressie en loopt een hoger risico op vroegtijdig overlijden. Om overbelasting te voorkomen, is het belangrijk om de mantelzorger voldoende te ondersteunen en tijdig respijtzorg te bieden.

### **Bijdragen aan samenleving**

Via vrijwilligerswerk leveren mensen een bijdrage aan de samenleving. Of iemand nu actief is in de buurt of bij een vereniging. Een slechte gezondheid kan vrijwilligerswerk bemoeilijken of in de weg staan. Terwijl het doen van vrijwilligerswerk een positief effect heeft op de feitelijke en ervaren gezondheid. Het gevoel van eigenwaarde groeit en gevoelens van stress en eenzaamheid nemen af. Vrijwilligerswerk is er in vele vormen. Daardoor is het mogelijk om ook passend vrijwilligerswerk te vinden voor mensen met een chronische ziekte of mensen die leven met een beperking.

### **Betaald werk**

Het hebben van een betaalde baan heeft gunstige effecten op de gezondheid van mensen. Een baan geeft zin en inhoud aan het leven. Het brengt structuur in het dagelijks leven, geeft zelfvertrouwen en zorgt voor sociale contacten. Mensen die werken, hebben een kleinere kans op een depressie. Ook voor mensen met een beperking of chronische ziekte, voor wie het vinden van betaald werk minder vanzelfsprekend is, heeft het hebben van werk een positief effect op de gezondheid en hun welbevinden.

### **Financieel gezond**

Uit onderzoek blijkt dat geldzorgen, schulden en armoede een negatieve invloed hebben op zowel fysieke als mentale gezondheid. Mensen met een laag inkomen leven korter, ze ervaren meer stress en hebben vaker last van slapeloosheid en depressie. Ook bij dit laatste participatiedoel is er sprake van een wederzijds verband. Gezondheidsproblemen kunnen leiden tot schulden, bijvoorbeeld als mensen door een ziekte hun inkomen kwijt raken. Maar ook kunnen schulden, of de daaruit voortvloeiende armoede, een negatief effect op de gezondheid hebben.





# 1 Inleiding

**In dit dossier staat de relatie tussen sociaal en gezond centraal. Er wordt ingezoomd op hoe sociale factoren wel of niet bijdragen aan de gezondheid van mensen. Bekend is dat mensen die gezondheidsproblemen hebben, over het algemeen, minder participeren dan mensen die geen gezondheidsproblemen hebben. Tussen participatie en gezondheid bestaat dus een wederkerig verband. Om de relatie tussen sociale factoren en gezondheid te duiden, is dit dossier opgebouwd aan de hand van het Participatiewiel. Een model waar verschillende participatiedoelen van een individu benoemd staan. Deze participatiedoelen zijn: zelfredzaam zijn, anderen ontmoeten, voor anderen zorgen, bijdragen aan de samenleving, betaald werk uitvoeren en financieel gezond zijn.**

Uit de epidemiologie, de leer van het vóórkomen van ziekten en de verspreiding daarvan onder de bevolking, weten we dat er een samenhang is tussen sociale factoren en gezondheid. Ook bij frontliniewerkers, zoals sociaal professionals of wijkverpleegkundigen, is bekend dat bijvoorbeeld een sociaal netwerk, armoede, goede huisvesting, een veilige leefomgeving van invloed zijn op de gezondheid. Toch werd er in Nederland in de afgelopen decennia weinig uitgewisseld en samengewerkt tussen het sociale en gezondheidsdomein.

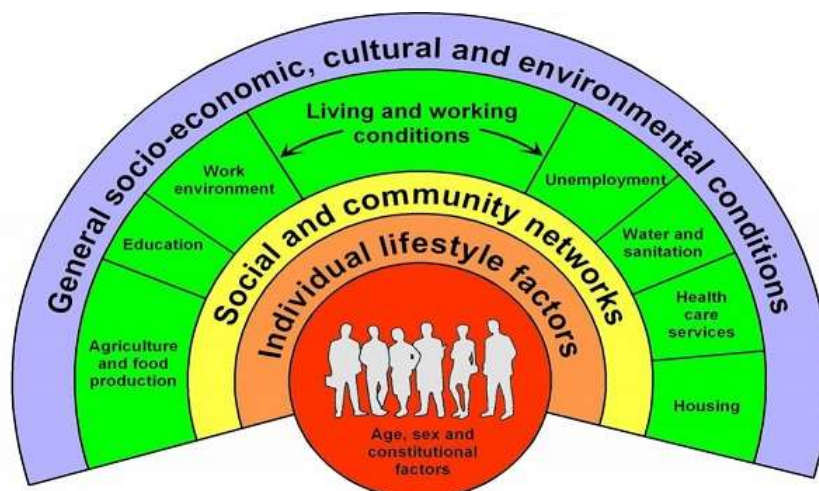
Mede onder invloed van de Wmo, de decentralisaties en de bezuinigingen in de zorg en het sociaal domein, beginnen de werelden van preventie, zorg en welzijn elkaar steeds meer op te zoeken. Om deze beweging te ondersteunen, wordt in dit Wat werkt dossier aandacht besteed aan kennis over de bijdrage van sociale factoren aan gezondheid. Daarbij richten we de aandacht vooral op die factoren waar sociaal professionals invloed op kunnen hebben, namelijk zelfregie, sociale netwerken, mantelzorg, en het bijdragen aan de samenleving via vrijwilligerswerk en (betaalde) arbeid. In dit hoofdstuk onderbouwen we deze keuze waardoor het ook duidelijk wordt hoe dit dossier is opgebouwd,

Met dit dossier willen we professionals, beleidsmakers en bestuurders argumenten in handen geven voor een betere verbinding tussen het sociale domein en het gezondheidsdomein. Hoe die verbinding in de lokale praktijk gestalte krijgt, is afhankelijk van de wensen, behoeften en mogelijkheden van alle betrokkenen: bewoners in al hun rollen (patiënt, cliënt, mantelzorger, helpende buur of vriend, vrijwilligers, werknemer), professionals (uit alle betrokken domeinen), de organisaties waarvoor zij werken, financiers (zoals zorgverzekeraars) en de gemeente.

## 1.1 De relatie tussen sociaal en gezond

In 1974 is het Lalonde model geïntroduceerd. Dit model liet voor het eerst zien dat er meerdere factoren zijn die gezondheid beïnvloeden. Voor een effectief gezondheidsbeleid is het nodig om in te spelen op deze verschillende factoren (De Hollander et al., 2006). Dahlgren en Whitehead introduceerden in 1991 het Regenboogmodel (Figuur 1). Dit model geeft duidelijk de samenhang weer tussen sociaal en gezond en welke verschillende factoren samen de gezondheid van een

individueel of populatie bepalen. De kern van het model (rood) bestaat uit individuele factoren. Deze liggen grotendeels vast en kunnen van grote invloed zijn op de gezondheid van mensen. Zoals bijvoorbeeld het hebben van een genetische aanleg voor een bepaalde aandoening.



Figuur 1: Regenboogmodel (Dahlgren & Whitehead, 1991)

In het Regenboogmodel staan om de individuele factoren bogen met factoren die te beïnvloeden zijn, namelijk individuele leefstijl (oranje), sociale omgeving (geel), leef- en werkomstandigheden (groen) en de maatschappelijke context (paars). De bogen hangen met elkaar samen, de verschillende determinanten van gezondheid interacteren met elkaar. Leefstijl is bijvoorbeeld ingebed in sociale normen en netwerken, die weer samenhangen met de sociaaleconomische en culturele omgeving.

Het werk van sociaal professionals speelt zich hoofdzakelijk af in de gele boog: de sociale netwerken en buurtactiviteiten. Daarnaast leveren sociaal professionals een bijdrage aan preventie via hun aandacht voor beïnvloedbare persoonlijke omstandigheden die te maken kunnen hebben met leefstijl (oranje boog) of met leefomstandigheden (groene en paarse boog). De kern van het werk van sociaal professionals is erop gericht mensen te activeren waardoor zij (beter, meer of anders) kunnen deelnemen aan de samenleving op een manier die optimaal past bij hun mogelijkheden, wensen en behoeften.

Binnen groepen vinden we grotere gezondheidsverschillen. Zo is er een verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen. Voor mensen die geboren zijn in 2014, is dit verschil bijna 3,5 jaar. De levensverwachting voor mannen geboren in 2014 is namelijk 79,9 jaar en voor vrouwen 83,3 jaar (CBS, 2016). Ook zijn de verschillen in levensverwachting in Nederland tussen hoog- en laagopgeleiden groot: 7,3 jaar bij mannen en 6,4 jaar bij vrouwen. Verder leven hoogopgeleide mannen (14,3 jaar) en vrouwen (15,3 jaar) langer zonder beperkingen (zie figuur 2). Een aanzienlijk deel van de gezondheidsachterstanden betreft het laag opgeleide migrantendeel van de Nederlandse bevolking; naar schatting is de omvang van het verlies aan gezonde levensjaren bij niet-westerse allochtonen 22 procent hoger dan bij autochtonen (Pharos, 2014).



Figuur 2 Levensverwachting per opleidingsniveau, CBS 2008

## 1.1.1 Participatie en gezondheid

Participatie staat voor meedoen aan het maatschappelijk leven. Participatie bestaat in vele vormen. Bijvoorbeeld inzetten voor je leefomgeving, voor anderen zorgen of werken. Participeren is echter niet voor iedereen vanzelfsprekend. Soms is het lastig voor mensen om een manier van participatie, zoals werk of dagbesteding, te vinden die past bij hun beperkingen, mogelijkheden, wensen en behoeften (Van Houten & Winsemius, 2010).

Voor volwassenen in de leeftijd van 25 tot 60 jaar is arbeidsparticipatie de meest voorkomende vorm van participatie. Gemiddeld 81 procent van de mensen in deze leeftijdscategorie werkt. Voor mensen vanaf 60 jaar is vrijwilligerswerk één van de belangrijkste vormen van participatie. In de leeftijdscategorie 60 – 75 jaar is gemiddeld 36 procent van de mensen vrijwilliger. Als mensen 75 jaar of ouder zijn, nemen deze vormen van participatie af ([VTV](#)).

Tussen participatie en gezondheid bestaat een wederkerig verband. Mensen met gezondheidsproblemen participeren over het algemeen minder dan mensen zonder gezondheidsproblemen. Ook kunnen gezondheidsproblemen direct of indirect van invloed zijn op participatie wanneer het gaat om de bereikbaarheid van locaties en gebouwen voor mensen die slecht ter been zijn. Zo zijn bijvoorbeeld verschillende locaties en gebouwen niet altijd goed bereikbaar voor mensen die minder goed ter been zijn. Het deelnemen aan maatschappelijke activiteiten kan een positief effect hebben op de gezondheid van mensen. Uit onderzoek blijkt ook dat niet-participeren of niet-deelnemen een negatief gezondheidseffect kan hebben (Post & Van der Lucht, 2012).

## 1.1.2 Participatiewiel (aangepast)

Het Participatiewiel is ontwikkeld als hulpmiddel voor participatiebevordering.<sup>1</sup> Voor dit dossier maken we gebruik van een aangepaste versie van het model, zie figuur 3. In de kern van het wiel staat het individu en zijn of haar meest nabije omgeving zoals gezin of partner. Zij of hij kan behoefte hebben aan ondersteuning bij het realiseren van één of meerdere participatiedoelen. Deze doelen staan in de eerste (groene) cirkel: zelfredzaam zijn, anderen ontmoeten, voor anderen zorgen, bijdragen aan de samenleving, betaald werk uitvoeren en financieel gezond zijn. In de paarse cirkels staan informele en professionele activiteiten die kunnen helpen om participatiedoelstellingen te realiseren.



*Figuur 3: aangepaste versie Participatiewiel speciaal voor dit Wat Werkt dossier*

In dit dossier wordt per participatiedoel gekeken welke kennis beschikbaar is over de relatie van dit doel met gezondheid. Heeft een grotere mate van zelfredzaam zijn, positieve gevolgen voor fysieke en psychische gezondheid? Op welke manier dragen sociale netwerken of vrijwilligerswerk bij aan de gezondheid? En wat is de samenhang tussen zorgen voor een ander en gezondheid? Deze vragen komen in de volgende hoofdstukken aan de orde.

## 1.1.3 Eigen regie

Participatie begint bij het richting geven aan het eigen leven, ook wanneer er een beroep op anderen wordt gedaan voor steun bij zelfredzaamheid of participatie. Mensen ervaren deze zelfregie als ze de inrichting van hun leven kunnen baseren op hun eigen waarden en drijfveren. Ook als ze zeggenschap hebben over wat ze doen en wat er met hen gebeurt. En als ze daarin optimaal gebruik kunnen maken van hun eigen kracht en daarin erkenning en steun ondervinden van hun eigen netwerk (Movisie, 2013). Eigen regie gaat uit van het ontdekken, en centraal stellen, van persoonlijke voorkeuren, motivatie, talenten, mogelijkheden en beperkingen. Vanuit dit proces wordt duidelijk hoe

---

<sup>1</sup> Voor meer informatie zie [Participatiewiel](#).

participatie vorm kan krijgen (Bergen, Poll, Van de Werf, Willemsen, 2015). Eigen regie strekt zich uit over alle levensterreinen, maatschappelijke rollen en relaties (Initiatiefgroep Eigen Regie, 2013).

### 1.1.4 Gezondheid

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) definieert gezondheid als een toestand van compleet lichamelijk, mentaal en sociaal welbevinden. Recentelijk hebben Huber c.s. bijgedragen aan de verbreding van deze visie op gezondheid (Huber, 2011). Zij stellen functioneren, veerkracht en zelfregie centraal. Ze introduceren de term positieve gezondheid: *'... het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'* (Huber, Van Vliet, Giezenberg, & Knottnerus, 2013). Naast een brede kijk op gezondheid wordt in deze definitie uitgegaan van het perspectief van mensen. Huber c.s. onderscheiden 6 hoofddimensies van gezondheid en 32 onderliggende aspecten (zie figuur 4). De zes hoofddimensies zijn: lichaamsfuncties, mentale functies en mentale beleving, spirituele dimensie, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren (Huber, 2013).

Lichaamsfuncties	Mentale functies & -beleving	Spirituele dimensie	Kwaliteit van Leven	Sociaal-maatschappelijke participatie	Dagelijks functioneren
Medische feiten	Cognitief functioneren	Zingeving/meaningfulness	Kwaliteit van leven/welbevinden	Sociale en communicatieve vaardigheden	Basis ADL
Medische waarnemingen	Emotionele toestand	Doelen / idealen nastreven	Geluk beleven	Betekenisvolle relaties	Instrumentele ADL
Fysiek functioneren	Eigenwaarde/zelfrespect	Toekomst-perspectief	Genieten	Sociale contacten	Werk vermogen
Klachten en pijn	Gevoel controle te hebben/manageability	Acceptatie	Ervaren gezondheid	Geaccepteerd worden	Health literacy
Energie	Zelfmanagement en eigen regie		Lekker in je vel zitten	Maatschappelijke betrokkenheid	
	Veerkracht resilience, SOC		Levenslust	Betekenisvol werk	
			Balans		

Figuur 4: Hoofddimensies en onderliggende aspecten van positieve gezondheid (Huber et al., 2013)

In het concept van positieve gezondheid zien we een overeenkomst, maar ook een verschil met het Regenboogmodel, zie figuur 1. In het Regenboogmodel zijn nadrukkelijk ook maatschappelijke factoren opgenomen. Echter het concept van positieve gezondheid richt de aandacht primair op het individu en de verschillende dimensies van het leven die een relatie hebben met gezondheid. Ook nemen in het concept van positieve gezondheid sociale aspecten van gezondheid een belangrijke plaats in. Alle dimensies hebben raakvlakken met het werkterrein van sociale professionals. De sterkste verbinding vinden we bij sociaal-maatschappelijke participatie, mentale functies en beleving. Daarnaast leveren sociale professionals ook een bijdrage aan de dimensies: kwaliteit van leven en spirituele zingeving.

Het concept van positieve gezondheid kan een schakel vormen bij het slaan van een brug tussen het werkveld van sociaal professionals en dat van gezondheidsprofessionals die werkzaam zijn in gezondheidsbevordering, individuele preventie en eerstelijns gezondheidszorg. Het kan een kader bieden voor de samenwerking, binnen bijvoorbeeld wijkteams, rondom hulp en ondersteuning aan individuen en hun directe sociale omgeving (gezin). Voor het sociaal domein zit er een gevaar aan deze groeiende aandacht, in de gezondheidswereld, voor sociale determinanten van gezondheid.



Hierop wijst Lisbeth Verharen in haar Marie Kamphuislezing 2015.<sup>2</sup> Zij ziet gezondheidsprofessionals hun werkgebied uitbreiden in een richting waar sociaal professionals de experts zijn. Volgens Verharen is dat niet voor het eerst, denk bijvoorbeeld aan sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen die in de plaats kwamen van sociaal werkers in de GGZ:

“Uiteindelijk gaat het erom dat de mensen die dat nodig hebben goed geholpen worden, dat moet op de voorgrond staan. Maar het is wel eeuwig zonde als daarbij niet geprofitteerd wordt van wat in het sociaal werk aan expertise is opgebouwd.”

Ten behoeve van het belang van patiënten, cliënten, deelnemers en doelgroepen is het volgens Verharen, bij het verbinden van sociaal en gezond, van het grootste belang gebruik te maken van elkaars aanvullende kennis en ervaring.

## 1.2 Context

Tot voor kort waren het sociaal domein en de (publieke) gezondheidszorg twee gescheiden domeinen met elk hun eigen professionals, methodieken en kennis. Door onderstaande veranderingen op het gebied van zorg en welzijn komt er steeds meer aandacht voor verbinding tussen deze domeinen:

1. De invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 2007. Hoofddoel van deze wet is dat mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben, zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. Dit is alleen te realiseren wanneer er ook aandacht is voor de gezondheid en het welbevinden van deze mensen. Deze aandacht is des te meer van belang omdat de aard van zorgvragen aan het veranderen is. Meer en meer mensen kampen met een chronische aandoening, waardoor zij langdurige zorg nodig hebben. Bovendien hebben mensen vaker meerdere gezondheidsproblemen tegelijk.<sup>3</sup>
2. In het gezondheidsdomein zien we bewegingen die de verbinding tussen het sociaal domein en het gezondheidsdomein meer vanzelfsprekend maken. De ontwikkeling van het concept van positieve gezondheid is daar een voorbeeld van. Ook *Gezondheid dichtbij*, de landelijke nota gezondheidsbeleid van minister Schippers, is daar een uiting van en geeft tevens richting aan de verandering naar meer verbinding tussen beleidsterreinen.<sup>4</sup>
3. De decentralisatie van delen van de langdurende zorg, de jeugdzorg en arbeidsparticipatie die sinds 1 januari 2015 zijn doorgevoerd, bieden gemeenten meer mogelijkheden om de verbindingen tussen verschillende domeinen ook werkelijk te leggen: wonen, welzijn, zorg, maatschappelijke ondersteuning, arbeid en inkomen. Gezondheid maakt nog vaak geen deel uit van dit rijtje. Echter, steeds meer gemeenten zien de noodzaak van het leggen van die verbinding. Vanwege het belang

---

<sup>2</sup> <http://www.mariekamphuisstichting.nl/portret/mariekamphuislezing2015.pdf>

<sup>3</sup> Zie de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014

<sup>4</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/beleidsnota-s/2011/10/10/landelijke-nota-gezondheidsbeleid-gezondheid-dichtbij/5258-b5-gezondheid-dichtbij-binw-web.pdf>



van inwoners (samenhangend aanbod, gericht op maatwerk) en zeker ook vanwege de kosten: het voorkomen van zorgvragen levert uiteindelijk de meeste besparing op.

## 1.3 Leeswijzer

Het Participatiewiel wordt gebruikt als uitgangspunt voor het dossier. Achtereenvolgens gaan we in op zelfredzaamheid, sociale netwerken, mantelzorg, vrijwillige inzet, vormen van (betaald) werk en financieel gezond zijn. Ieder hoofdstuk begint met een korte samenvatting. Vervolgens wordt het thema omschreven en worden feiten en cijfers gegeven. Een groot deel van de hoofdstukken gaat over inzichten uit onderzoek en over de relatie met fysieke, mentale en ervaren gezondheid. Aan het eind van ieder hoofdstuk presenteren we een praktijkvoorbeeld en links naar publicaties over werkzame elementen bij de aanpak van vraagstukken relevant voor het thema. In het slothoofdstuk gaan we kort in op de verbinding tussen sociaal en gezond: waar is deze verbinding te maken en wat werkt daarbij.

## 2 Zelfredzaam zijn

Zelfredzaam zijn is het vermogen om dagelijkse algemene levensverrichtingen zelfstandig te kunnen uitvoeren. Het gaat dan bijvoorbeeld om het voorzien in een eigen inkomen, het onderhouden van sociale contacten, lichamelijk en geestelijk gezond blijven en beschikken over goede, veilige huisvesting. Wat betreft gezondheid wordt zelfredzaamheid ook wel uitgedrukt in termen van gezondheidsvaardigheden. Maar zelfredzaamheid gaat om meer dan dat. Het ontbreken van een veilig onderkomen heeft een zeer slechte invloed op de gezondheid, zowel fysiek als psychisch. Dit geldt niet alleen voor het ontbreken van een dak boven je hoofd maar ook voor de veiligheid in huis. Mensen met een lichamelijke beperking voelen zich fysiek en mentaal vaak minder goed en zijn doorgaans ongelukkiger dan mensen zonder beperkingen. In dit geval kan een beperking leiden tot verminderde zelfredzaamheid wat van invloed is op de ervaren en feitelijke gezondheid van mensen. Het vergroten van iemands zelfredzaamheid levert altijd een positieve bijdrage aan de gezondheid.

### 2.1 Inleiding

Het eerste participatiedoel dat we in dit dossier behandelen, is zelfredzaam zijn. Zelfredzaamheid kent verschillende definities. In dit dossier gaan wij uit van de definitie zoals deze gebruikt wordt door de Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM): "Zelfredzaam zijn is het vermogen om dagelijkse algemene levensverrichtingen zelfstandig te kunnen doen. Deze hebben betrekking op verschillende domeinen zoals bijvoorbeeld, zorgen voor een inkomen, onderhouden van een netwerk, lichamelijk en geestelijk gezond blijven en beschikken over goede, veilige huisvesting. Zelfredzaam zijn is ook het zelf organiseren van de juiste hulp op het moment dat je het niet meer alleen kunt. Dit betekent op tijd naar de huisarts gaan of advies vragen bij het invullen van moeilijke formulieren. De mate van iemands zelfredzaamheid is een uitkomst van persoonskenmerken zoals vaardigheden, persoonlijkheid, motivatie en omgevingskenmerken zoals cultuur, economie en infrastructuur. Deze stellen iemand in meer of mindere mate in staat om (zelf) in basale levensbehoeften te voorzien" (ZRM, 2016).

#### 2.1.1 Feiten en cijfers

Het grootste gedeelte van de Nederlandse bevolking, ongeveer 80 procent, is in staat om geheel zelfstandig te leven. Zij kunnen zich goed redden en hebben vaak ook de mogelijkheden om iets voor anderen te doen. Dit kan zijn in de vorm van vrijwilligerswerk of door een burgerinitiatief. Het overige deel is niet altijd in staat om geheel zelfstandig te leven. Van de Nederlandse bevolking ontvangt 15 procent tijdelijke en 4 procent permanente ondersteuning van bijvoorbeeld mantelzorgers,

vrijwilligers of professionals. Voor hen is het van belang dat de ondersteuning aansluit bij hun leven en op dat wat zij belangrijk vinden. Zij willen zo veel mogelijk de ruimte krijgen om zelf de regie te blijven voeren over hun leven en deze ondersteuning.



*Figuur 5. Piramide van verdeling bevolking naar afhankelijkheid ondersteuning (Brink, 2013)*

Een kleine groep mensen (1 procent) is niet bij machte om de regie te hebben over hun leven. Dit zijn bijvoorbeeld mensen die te maken hebben met bemoeizorg en tot de OGGZ (openbare geestelijke gezondheidszorg) doelgroep behoren. Het 'niet bij machte zijn' is discutabel want mensen zijn vrijwel nooit de regie helemaal kwijt. De doelgroepen van de OGGZ hebben, van buitenaf gezien, hun leven niet op orde, maar ervaren zelf een sterke eigen regie. Mensen met zware beperkingen ervaren geen volledige regie, maar de mensen om hen heen kunnen door goed kijken, luisteren en inleven wel proberen te achterhalen wat zij prettig en belangrijk vinden. Op die manier ervaren zij een bepaalde mate van eigen regie (Brink, 2013).

## 2.2 Zelfredzaam zijn en gezondheid

'Health literacy' oftewel 'gezondheidsvaardigheden' vormen een begrip binnen de gezondheidswereld. Dit zijn de vaardigheden van mensen om informatie over gezondheid te krijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheid gerelateerde beslissingen (HLS-EU Consortium, 2012). De mate van iemands zelfredzaamheid op het gebied van gezondheid resulteert dus in de mate waarin iemand over gezondheidsvaardigheden beschikt.

Van der Heide (2015) stelt dat mensen met mindere gezondheidsvaardigheden zich minder gezond voelen en meer moeite hebben met zelfmanagement. Hun 'eigen regie' over de zorg is minder en ze bezoeken vaker een huisarts dan de mensen die minder moeite hebben met het begrijpen en toepassen van informatie over hun gezondheid.

Niet alleen het wel of niet nemen van weloverwogen beslissingen over gezondheid bepaalt iemands zelfredzaamheid. Ook leefgebieden zoals: huisvesting, huiselijke relaties en ADL bepalen de zelfredzaamheid. Als iemand geen huis heeft, een onveilige thuissituatie of beperkt bij de uitvoering van ADL dan vormt dat een indicator voor een verminderde zelfredzaamheid. Deze leefgebieden zijn afkomstig uit de ZRM. In onderstaande paragrafen wordt de relatie tussen een verminderde zelfredzaamheid en deze leefgebieden verder toegelicht.

## 2.2.1 Huisvesting

Volgens de ZRM (2016) is iemand volledig zelfredzaam op het gebied van huisvesting, als er sprake is van veilige en toereikende huisvesting en als iemand een regulier (huur)contract heeft of een eigen huis heeft gekocht. Als iemand dakloos is of in de nachtopvang verblijft, dan is iemand niet zelfredzaam. Het CBS (2016) schat dat er in 2015, in Nederland, ongeveer 31.000 mensen zonder vaste verblijfplaats leven. Zij slapen in de nachtopvang, op straat, in openbare gebouwen of bij familie en/of vrienden.

Het belang van huisvesting voor gezondheid wordt duidelijk uit de gezondheidssituatie van de mensen zonder huisvesting. In 2012 onderzocht men de leefsituatie van daklozen in de vier grote steden. Uit dit onderzoek bleek dat 87% van de mensen in de maand voorafgaand aan het interview last had van lichamelijke klachten. Meest genoemde klachten waren ziekten van spieren en beenderen (42%), ziekten van ademhalingsorganen (29%), zichtproblemen (38%) en gebitsklachten (40%). In vergelijking met de Nederlandse bevolking, in het algemeen, bleken de dakloze inwoners meer last te hebben van ziekten van spieren en beenderen (bijvoorbeeld rugklachten) (30% versus 42%). Er was nauwelijks verschil in deze groepen voor ziekten in ademhalingsorganen (27% versus 29%) en geen verschil voor ziekten in spijsverteringsorganen (beide 17%) (Van Straaten et al., 2012).

Ook op het gebied van psychische gezondheid bleken dakloze inwoners duidelijk meer klachten te ervaren dan de Nederlandse bevolking in het algemeen. Met name de mate waarin vrouwen depressieve gevoelens ervaren, was bij dakloze vrouwen zeer hoog in vergelijking met niet dakloze vrouwen. Ook werd aan deze groep gevraagd hoe zij hun kwaliteit van leven ervaren. Hierop rapporteerde 36 procent dat zij deze als matig tot vreselijk ervoeren, 38 procent ervoeren het als prima en 26 procent ervoeren hun kwaliteit van leven als neutraal (niet goed/niet slecht) (Van Straaten et al., 2012).

Dat dakloosheid slecht is voor de gezondheid blijkt ook uit een onderzoek uit 2014 in Rotterdam. Daar is de levensverwachting van 20-jarige dakloze mannen en vrouwen respectievelijk 14,3 jaar en 15,8 jaar korter dan de verwachting voor niet-dakloze mannen en vrouwen uit Rotterdam (Nusselder et al., 2014).

## 2.2.2 Huiselijke relaties

De manier waarop leden van een huishouden met elkaar samenleven is van invloed op de zelfredzaamheid en gezondheid van mensen. Volgens de ZRM (2016) zijn mensen in dit domein volledig zelfredzaam wanneer er, met eventuele huisgenoten, sprake is van open communicatie en onderlinge ondersteuning. Mensen zijn niet zelfredzaam als er sprake is van huiselijk geweld, kindermishandeling of verwaarlozing.

Geweld in de huiselijke sfeer is de meest omvangrijke geweldsvorm die voorkomt in Nederland. Jaarlijks hebben naar schatting 200.000 tot 230.000 mensen te maken met huiselijk geweld dat herhaaldelijk plaats vindt. Een miljoen mensen heeft te maken gehad met incidenteel huiselijk geweld. In bijna 75 procent van de gevallen van ernstig huiselijk geweld gaat het om lichamelijk geweld (65%) en seksueel geweld (8%). In 65 procent van de gevallen is de verdachte een (ex)partner of huisvriend. In de andere gevallen kan het gaan om ouders, kinderen of overige familieleden (Van der Veen & Bogaerts, 2010).

Huiselijk geweld is vooral van invloed op de mentale gezondheid. Dit geldt vooral voor slachtoffers van seksueel geweld en voor vrouwen. Slachtoffers kunnen gevoelens van angst, boosheid en neerslachtigheid ervaren. Ook kan het vertrouwen in zichzelf en anderen aangetast worden. Verder kan huiselijk geweld leiden tot problemen met intimiteit en seksualiteit. Kinderen die slachtoffer zijn geweest van huiselijk geweld verliezen het vertrouwen in zichzelf en anderen. Ook ervaren zij vaak problemen met intimiteit en seksualiteit. Zij vinden het moeilijk om relaties aan te gaan (van Dijk, Veen & Cox, 2010). Kinderen die getuige zijn geweest van huiselijk geweld kunnen last krijgen van problemen als depressie, plotselinge gedragsverandering, zich terugtrekken, concentratieverlies, baldadigheid, angst en boosheid. Bij jongens lijkt blootstelling aan geweld vaker tot agressief gedrag te leiden dan bij meisjes (Ministerie van Justitie, 2002).

### 2.2.3 ADL

Met activiteiten van het dagelijks leven (ADL) worden onder meer de volgende activiteiten bedoeld: eten bereiden, jezelf wassen, naar het toilet gaan en handelingen met betrekking tot het voeren van een huishouden. In Nederland heeft 14,2 procent van de mensen van 55 jaar en ouder minstens een ADL-beperking (CBS, 2016).

Van de thuiswonende 65-plussers ervaart twee derde geen beperkingen bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Het merendeel van deze groep ervaart de eigen gezondheid als goed of zeer goed. Hoe ouder mensen worden, des te meer zij met beperkingen te maken krijgen. In de groep 75-plussers ervaart nog maar 52 procent geen ADL beperkingen (CBS, 2015).

Uit onderzoek van het SCP blijkt dat mensen met een lichamelijke beperking, die van invloed is op het kunnen uitvoeren van ADL, zich fysiek en mentaal minder goed voelen en ongelukkiger zijn dan mensen zonder beperkingen. Deze verschillen worden groter naarmate de beperking ernstiger is. Ouderen met ernstige langdurige ADL-beperkingen beoordelen hun lichamelijk en geestelijk functioneren veel slechter dan mensen met lichte of tijdelijke beperkingen (Van Campen, Iedema & Wellink, 2006).

Wanneer we dit vergelijken met mensen zonder beperking, ervaren mensen met een beperking vooral een verschil in het lichamelijk functioneren bij het doen van het huishouden of het uitvoeren van een betaalde baan. Ook hebben zij meer pijn, zijn vaker vermoeid en voelen zich ongezonder (Van Campen, Iedema & Wellink, 2006).

#### **Lees meer over werkzame elementen om zelfredzaamheid te vergroten:**

- [Naar het hart van empowerment - deel 1](#)  
Een onderzoek naar de grondslagen van empowerment van kwetsbare groepen
- [Naar het hart van empowerment - deel 2](#)  
Over de vraag wat werkt
- [Zelfregie terug in het werk](#)  
Handvatten voor zelfregulerend en zelf organiserend vermogen
- [Zelfregie en huiselijk geweld](#)  
Samen werken aan duurzame veiligheid achter de voordeur

## Goed voorbeeld

### 8-fasenmodel

De mate van zelfredzaamheid van mensen is van invloed op het onderhouden van een sociaal netwerk, het zorgen voor anderen, werken (betaald of vrijwillig) en het zorgen voor een gezonde financiële situatie.

In het 8-fasenmodel wordt uitgegaan van een integrale aanpak voor het stimuleren van de zelfredzaamheid op verschillende leefgebieden tegelijkertijd. Mensen worden hierin begeleid door een vaste professional. Door in de aanpak alle leefgebieden mee te nemen, ontstaat er een compleet beeld van de cliënt, zijn/haar leefsituatie en van de hulpvraag die iemand heeft. De aanpak van het 8-fasenmodel sluit goed aan bij mensen die te maken hebben met een combinatie van problemen op zowel sociaal, psychisch als praktisch gebied.

#### Aanpak

In het 8-fasenmodel worden acht leefgebieden en acht fasen onderscheiden. De acht leefgebieden zijn: zingeving, wonen, financiën, sociale relaties, lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid, werk en activiteiten. De acht fasen in het begeleidingsproces zijn: aanmelding, intake, opstart, analyse, planning, uitvoering, evaluatie en uitstroom. Elke fase heeft specifieke doelen, werkwijzen, instrumenten en randvoorwaarden.

Een vaste professional inventariseert samen met de cliënt de situatie op de acht leefgebieden. Samen maken zij een plan om de situatie te verbeteren of te stabiliseren. In dit plan worden de vragen en wensen van de cliënt meegenomen, net als de hulp van het eigen netwerk van de cliënt.

#### Werkt het?

Uit praktijkonderzoek blijkt dat het model veel gebruikt wordt in de maatschappelijke opvang (het model wordt gebruikt door 28 van de 32 ondervraagde maatschappelijke opvangorganisaties). Ook geven uitvoerders aan dat zij het model waarderen vanwege het concrete en praktische karakter.

De effectiviteit van het 8-fasenmodel is niet onderzocht. Wel is er onderzoek gedaan naar een overeenkomstige aanpak, namelijk case management. Bij daklozen leidt case management tot toename van stabiele huisvesting. Ook lijkt het bij te dragen aan vermindering van alcohol- en/of drugsgebruik en van afwijkend, slecht-aangepast of 'abnormaal' gedrag. Bij mensen met verslavingsproblemen leidt het tot minder middelengebruik, minder psychische problemen en een verbetering van de dagactiviteiten. Kortom, case management leidt tot een verbetering van de kwaliteit van leven.

#### Meer informatie?

[Praktijkbeschrijving het 8-fasenmodel](#)

[Methodebeschrijving 8-fasenmodel](#)



# 3 Anderen ontmoeten: belang sociale netwerken

**De sociale relaties die iemand heeft vormen samen een sociaal netwerk. Het gaat om naaste contacten (familie en vrienden), maar ook om minder hechte relaties (kennissen en collega's). De invloed van sociale relaties op zowel de fysieke als psychische gezondheid van mensen is groot. De relaties hebben zowel een beschermend effect als een verminderend effect op gezondheidsproblemen. Mensen die, voor hun gevoel, te weinig betekenisvolle contacten hebben, kunnen zich eenzaam voelen. Dit kan leiden tot een slechte mentale en fysieke gezondheid. Investeren in betekenisvolle sociale relaties is belangrijk. Maar een sociaal netwerk kan ook negatief uitwerken, wanneer er binnen het netwerk onjuiste gezondheidsinformatie wordt verspreid of er wanneer ongezonde normen worden overgenomen. Sociale relaties kunnen leiden tot stress als ze veel verplichtingen met zich meebrengen of als er sprake is van huiselijk geweld. Tussen sociale relaties en gezondheid bestaat een wederkerig verband omdat iemands gezondheid een rol kan spelen bij het wel of niet aangaan of onderhouden van sociale contacten.**

## 3.1 Inleiding

Sociale netwerken worden gevormd door alle sociale relaties van mensen, van naaste contacten (familie en vrienden) tot minder hechte relaties (kennissen en collega's). Een sociaal netwerk kan worden weergegeven aan de hand van de samenstelling (aantal mensen), structuur van het netwerk (onderlinge contacten) of aan de hand van het type relaties (familieband of vriendschap) (Ruijsbroek & Droomers, 2008). Kenmerk van een sociale relatie is interactie; het verlenen van onderlinge steun (praktisch, emotioneel of informatief). Sociale netwerken versterken het gevoel er bij te horen, zich veilig voelen en leiden tot wederzijdse affectie (Savekoul & Van Sonderen, 2014).

### 3.1.1 Feiten en cijfers

Een groot deel van de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder heeft frequent contact met familie en vrienden. 32 procent heeft dagelijks contact met familieleden en 31 procent dagelijks contact met vrienden. Ongeveer de helft van de Nederlandse bevolking heeft wekelijks contact met familie en/of vrienden. Twee procent van de bevolking geeft aan zelden of nooit contact te hebben met familie en drie procent heeft zelden of nooit contact met vrienden. De mate van contact zegt niets over de kwaliteit van de relaties. Een groot deel van de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder heeft

hechte relaties. 80 procent geeft aan dat er mensen zijn die hen echt begrijpen. Slechts 14 procent heeft alleen oppervlakkige contacten (Kloosterman & Van der Houwen, 2014).

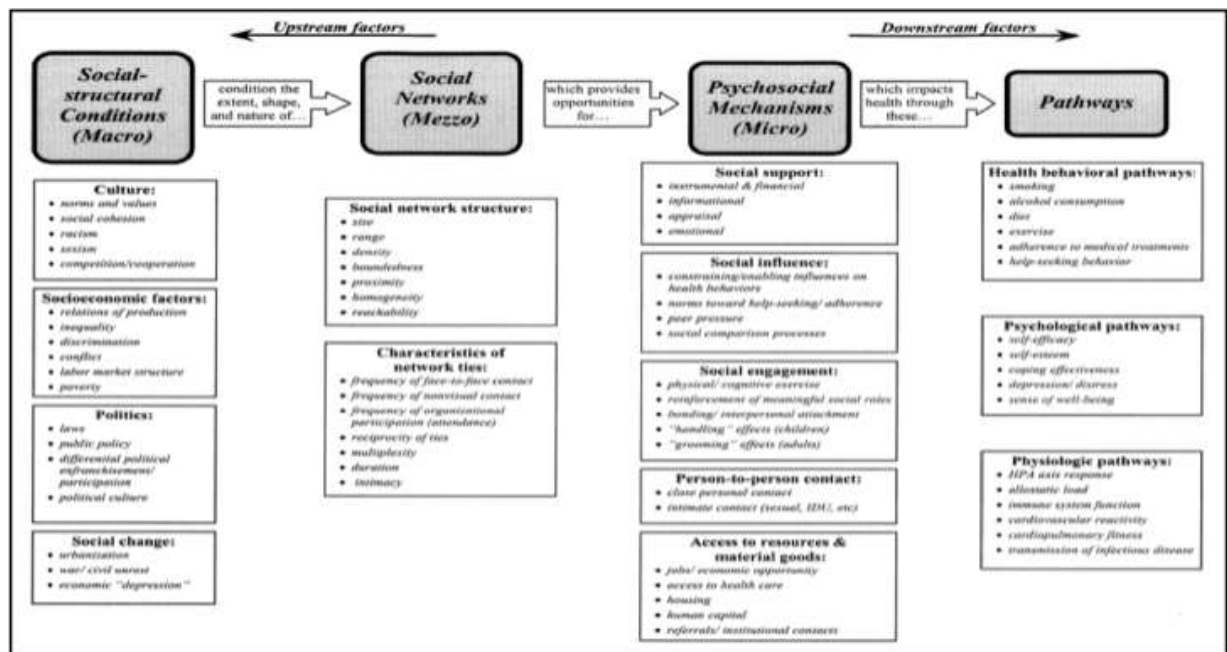
Als er een verschil is tussen de sociale relaties die iemand heeft en die iemand wenst, dan kan iemand gevoelens van eenzaamheid ervaren. Geschat wordt dat ongeveer één op de drie volwassenen in Nederland te maken heeft met matige (20%) of ernstige (10%) gevoelens van eenzaamheid. Als iemand net een ingrijpende levensgebeurtenis heeft meegemaakt, is de kans op het ervaren van eenzaamheid groot. Dit zijn gebeurtenissen zoals het overlijden van een dierbare, ziekte, scheiding, pensionering of verhuizen naar een andere regio. Mensen die te maken hebben met een opeenstapeling van problemen of veranderingen, lopen ook een grotere kans op gevoelens van eenzaamheid (Fokkema & Dykstra, 2009).

### 3.2 Sociale netwerken en gezondheid

Er bestaat veel onderzoeksliteratuur over de relatie tussen sociale netwerken en gezondheid. In deze paragraaf lichten we er enkele theorieën uit.

#### Gedraginvloeden

Berkman en collega's (2000) hebben de invloed van sociale netwerken op gezondheid vervat in een conceptueel model. Volgens dit model (zie figuur 6) beïnvloedt het sociale netwerk gedrag op vier manieren, namelijk door sociale steun, sociale beïnvloeding, sociale betrokkenheid en persoonlijk contact en door toegang tot hulpbronnen en materiële dingen. Deze gedragsbeïnvloeding leidt vervolgens tot een verandering in de gezondheidstatus. Het leidt tot minder stress, betere psychologische uitkomsten en meer gezondheid bevorderend gedrag (Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000).



Figuur 6: Conceptueel model over de invloed van sociale netwerken op gezondheid (Berkman, 2000)

### **Sociale relaties als buffer**

Het model van Berkman c.s. vertoont veel overeenkomst met de drie mechanismen: gedrag, psychologische processen en fysiologische processen, die volgens Ruijsbroek & Droomers (2008) van invloed zijn op gezondheid. Volgens hen wordt gezondheid beïnvloed door de sociale steun en informatie die in het netwerk beschikbaar is. Maar ook door de heersende normen in het netwerk rondom gezondheid en sociale druk waardoor afwijkingen van deze norm worden gecorrigeerd. Sociale relaties kunnen de cognitieve en emotionele gemoedstoestand van mensen beïnvloeden en via sociale steun kunnen ook ervaren welzijn, humeur en emoties worden beïnvloed. Sociale relaties vormen een buffer tegen de schadelijke gezondheidseffecten van psychologische stress (Ruijsbroek & Droomers, 2008).

### **Sociaal kapitaal**

Bovenstaande ideeën over de relatie tussen sociale netwerken en gezondheid worden bevestigd in het boek 'Bowling Alone' van Putnam (2010). Het hebben van sociale netwerken, door Putnam sociaal kapitaal genoemd, helpt mensen om gezond te blijven of (weer) te worden. Niet alleen de grootte, maar zeker ook de diversiteit van sociale relaties draagt hieraan bij. Onderzoek van Granovetter uit 1973 bevestigt dat diversiteit van het sociale netwerk kan bijdragen aan iemands welbevinden. Uit zijn onderzoek blijkt dat mensen naast sterke relaties juist ook zwakke relaties (kennissen) moeten hebben. Een groot divers netwerk kan iemand helpen om iets concreets voor elkaar te krijgen (bijvoorbeeld het vinden van een baan) of iemand van informatie voorzien.

### **Positieve en negatieve invloed**

De invloed van het sociale netwerk kan zowel positief als negatief uitwerken op de gezondheid. Zo kan binnen een sociaal netwerk onvoldoende of onjuiste gezondheidsinformatie worden verspreid, maar ook juist goede en juiste informatie. Ook kan een sociaal netwerk er voor zorgen dat iemand gezonde of ongezonde normen overneemt van anderen (Ruijsbroek & Droomers, 2008). Sociale relaties kunnen ook belastend of beperkend zijn. Een groot sociaal netwerk brengt veel verplichtingen met zich mee wat mensen als ongewenste of onbeheersbare druk en spanning ervaren. Vooral vrouwen ondervinden eerder negatieve gevolgen van sociale relaties. Vrouwen leven sneller met anderen mee, tonen eerder empathie en staan anderen bij in hun verdriet of leed. Sociale relaties kunnen ook zorgen voor stress. Dit is vooral het geval als er sprake is van teleurstelling (Dykstra, 2001). Als er in de relationele sfeer sprake is van psychische of fysieke mishandeling (huiselijk geweld) dan kan dit leiden tot emotionele problemen (Movisie, 2011).

### **Gevolgen mentale gezondheid**

Sociale netwerken kunnen de mentale gezondheid op een positieve manier beïnvloeden (Berkman et al., 2004). Het hebben van sociale relaties zorgt voor minder depressieve symptomen en minder depressies (Adams, Leibbrandt, & Moon, 2011; Putnam, 2010). Het ontvangen van dagelijkse emotionele steun werkt beschermend tegen het ontstaan van depressies en angststoornissen. Dit beschermende effect is groter bij mannen dan bij vrouwen. Bij angststoornissen is het beschermde effect bij mannen en vrouwen ongeveer gelijk (Savelkoul, Hagedoorn & Sanderman, 2011). Sociale steun kan werken als buffer tegen stress. Mensen maken gebruik van hun sociale netwerken als hun welbevinden wordt bedreigd door een stressvolle gebeurtenis (bijvoorbeeld ziekte). Voor mensen met een hecht sociaal netwerk zijn de gevolgen van een stressvolle gebeurtenis minder groot (Tijhuis, 1994; Putnam, 2010).

Het hebben van sociale contacten blijkt ook bij te dragen aan iemands geluksgevoel. Van de mensen die dagelijks contact hebben met hun familie geeft 87 procent aan gelukkig te zijn. Van de mensen die minder dan 1 keer per maand contact hebben met hun familie geeft 60 procent aan gelukkig te zijn. Ook de mensen die veel contact hebben met burens of vrienden geven aan vaker gelukkig te zijn dan mensen die weinig contact hebben (CBS, 2013).

Andersom lijken negatieve sociale interacties de kans op depressie te vergroten. Zo kunnen langdurige conflicten, een vorm van negatieve sociale interacties, op langere termijn stemmings- en angststoornissen veroorzaken (Savelkoul, Hagedoorn & Sanderman, 2011). Een gebrek aan hechte sociale relaties kan leiden tot een slechtere mentale gezondheid (Huygen & De Meere, 2008; Putnam, 2010). Mensen die eenzaam zijn, sociaal geïsoleerd, geven aan een slechtere mentale en ervaren gezondheid te hebben en meer depressieve symptomen (Berkman et al., 2004). Ook kan eenzaamheid leiden tot (pogingen tot) suïcide en zelfmutilatie. En bij erge eenzaamheid is er sprake van een verhoogd risico op de ziekte van Alzheimer (Savelkoul en Van Tilburg, 2010).

Tot slot speelt iemands gezondheid ook een rol bij het wel of niet (kunnen) aangaan, of onderhouden, van sociale relaties (Ferlander, 2007). De afname van sociale relaties, als gevolg van gezondheidsproblemen, kan weer leiden tot eenzaamheid en depressie (Ruijsbroek & Droomers, 2008).

### 3.3 Invloed op fysieke gezondheid

Het belang van sociale relaties voor de fysieke gezondheid blijkt uit diverse onderzoeken. Zo beïnvloeden sociale netwerken rookgedrag, alcoholconsumptie, overgewicht en fysieke activiteit (Berkman et al., 2004). Ook blijkt sociale steun fysieke lichamelijke reacties op te roepen. Meer sociale steun zorgt voor een lagere bloeddruk, een lagere hartslag, minder serumcholesterol, minder stressreacties en betere immuunreacties. Negatieve sociale interacties daarentegen vergroten de kans op hartkramp (angina pectoris) (Savelkoul, Hagedoorn & Sanderman, 2011). Putnam (2010) beschrijft in zijn boek een aantal mogelijke verklaringen voor de invloed van het sociale netwerk op de fysieke gezondheid van mensen. Allereerst ondersteunen sociale netwerken in financiële middelen, vervoersmogelijkheden en verzorging. Het hebben van zo'n sociaal vangnet kunnen mensen ervaren als minder stressvol. Ten tweede versterken sociale netwerken gezond gedrag. Ten derde lijkt het sociale netwerk te werken als een fysiologisch triggering mechanisme. Dit houdt in dat het immuunsysteem gestimuleerd wordt om te vechten tegen ziekten wat werkt als buffer tegen stress.

De meta-analyse van Holt-Lunstad en collega's (2010) laat zien dat mensen met bevredigende sociale relaties langer leven dan mensen met slechte of ontoereikende relaties. Dit effect is te vergelijken met het stoppen met roken. Het effect is zelfs groter dan het effect dat optreedt bij het voorkomen van overgewicht en onvoldoende lichaamsbeweging. Holt-Lunstad en collega's (2010) beargumenteren zelfs dat de afwezigheid van sociale relaties een risicofactor is voor vroegtijdig overlijden (Holt-Lunstad, Smith, & Layton, 2010).

Er zijn ook relaties gevonden tussen ontoereikende sociale netwerken en ongeveer alle doodsoorzaken. Mensen met weinig sociale steun lopen een groter risico op overlijden, vooral door hart- en vaatziekten. Ook zijn er verbanden gevonden tussen sociale steun en het overlijden aan kanker en infectieziekten (Savelkoul, Hagedoorn & Sanderman, 2011).

In verschillende onderzoeken wordt onderscheid gemaakt tussen *ervaren steun* (perceived support) en *ontvangen steun* (received support). Ervaren steun heeft te maken met iemands potentiële toegang tot steun. *Ontvangen steun* gaat over de steun die iemand daadwerkelijk ontvangen heeft uit zijn of haar netwerk gedurende een bepaalde periode. Veel studies hebben een verband gevonden tussen *ervaren steun* en een lager risico op vroegtijdig overlijden. Vooral bij hart- en vaatziekten is dit verband consistent. Bij *ontvangen steun* is dit verband minder duidelijk (Uchino, 2009).

## 3.4 Specifieke onderzoeksgroepen

De invloed van sociale netwerken op gezondheid is niet voor alle bevolkingsgroepen hetzelfde. Daarom zijn in deze paragraaf de onderzoeken per onderzoeksgroep weergegeven.

### 3.4.1 Familie

Gezinnen zijn gebaat bij het hebben van een goed sociaal netwerk. Als ouders een goed sociaal netwerk hebben, staan ze meer ontspannen in de opvoeding. Ze hebben meer zelfvertrouwen en onderhouden positievere relaties met hun kinderen. Het sociale netwerk biedt steun aan ouders en kinderen, waardoor de kans kleiner is dat opvoedingsproblemen escaleren. Hierdoor is ook de kans kleiner dat een kind in een problematische opvoedingssituatie terecht komt die schadelijk is voor de ontwikkeling. Het sociale netwerk functioneert dus als een hulpbron voor een gezin (Bartelink, 2012; zie ook Sprengers, 2006).

Ook de relatie met grootouders blijkt van belang. Kinderen die een hechte band met hun grootouders hebben, zijn gelukkiger dan kinderen die dat niet hebben. Een actief en betrokken sociaal netwerk kan kinderen bescherming bieden wanneer er sprake is van veel problemen, of andere risicofactoren, in het gezin (Bartelink, 2012).

### 3.4.2 Ouderen

De grootte en veelzijdigheid van het sociale netwerk van ouderen hangt samen met hun mate van welbevinden. Ouderen met een groot netwerk van partner, kinderen en vrienden, waarmee regelmatig emotionele steun wordt uitgewisseld, geven aan minder depressieve klachten te hebben dan ouderen met een kleiner en eenzijdiger netwerk waarin weinig steun wordt uitgewisseld (Broese van Groenou & Van Tilburg, 2007). Zowel de frequentie van de contacten als de tevredenheid met deze contacten hangen met hun gezondheidstoestand samen. Vooral burens blijken belangrijk te zijn. Contact met de burens heeft een positieve invloed op de fysieke, mentale en ervaren gezondheid van ouderen (Croezen, 2010). Als ouderen regelmatig contact hebben met kinderen, familie, burens en vrienden nemen gevoelens van geborgenheid en sociale integratie toe. En verminderen gevoelens van eenzaamheid (Broese van Groenou & Van Tilburg, 2007). Ook verlaagt het hebben van sociale contacten het risico op dementie (Kuiper et al., 2015).

Een sociaal netwerk kan bij ouderen ook als buffer functioneren bij ingrijpende gebeurtenissen, zoals fysieke of mentale achteruitgang, het verliezen van een partner of het gebrek aan steun van de familie. Ouderen met gezondheidsproblemen leven langer wanneer zij veel emotionele steun ontvangen vanuit hun omgeving. Ook halen ouderen, met sociale relaties, veel meer voldoening uit het leven (Broese van Groenou & Van Tilburg, 2007; Adams et al., 2011). In het bijzonder voor oudere mensen is emotionele steun belangrijk voor het behouden van goede mentale gezondheid. Ook kunnen ze hierdoor hun actieve leefstijl houden (Huxhold, Fiori, & Windsor, 2013).

Ouderen die weinig contact hebben met hun sociale omgeving, zijn minder gezond dan ouderen die wel contacten hebben. Zo is de prevalentie van eenzaamheid 48 procent bij de ouderen die weinig contacten hebben tegenover 30 procent die wel sociaal actief zijn. Ook is de ervaren gezondheid slechter: 41 procent tegenover 14 procent. Hetzelfde geldt voor de mentale gezondheid: 25 procent van de ouderen met weinig sociale contacten is mentaal ongezond tegenover 9 procent van de sociaal actieve ouderen. Bovendien heeft 27 procent van de ouderen die weinig sociaal participeren

een slechte lichamelijke gezondheid tegenover 2 procent van de sociaal actieve ouderen (Croezen, 2010). Zoals eerder vermeld is ook hier van belang om te benadrukken dat iemands gezondheid ook weer een rol speelt bij het wel of niet (kunnen) aangaan, of onderhouden, van sociale relaties (Ferlander, 2007).

Uit een Nederlands onderzoek onder getrouwde 65-plussers blijkt dat de eigen gezondheidsproblemen, maar ook gezondheidsproblemen van de partner, eenzaamheid kunnen bevorderen. Lichamelijke beperkingen (zoals moeite hebben met trap lopen, kleine stukjes wandelen en zelf aan- en uitkleden) van zichzelf, of van de partner, maken de kans op emotionele eenzaamheid groter (Korporaal et al., 2008). Bij sociale eenzaamheid verschilt deze samenhang tussen mannen en vrouwen. Wanneer de lichamelijke beperkingen van een vrouw toenemen dan stijgt ook het gevoel van sociale eenzaamheid van henzelf, maar ook dat van hun man. Voor mannen geldt dit niet. Wanneer bij hen de beperkingen toenemen dan is dat niet van invloed op hun gevoel van sociale eenzaamheid en ook niet op deze gevoelens bij hun vrouw (Korporaal et al., 2008).

### **Lees meer over werkzame elementen om het sociale netwerk te vergroten:**

- [Eenzaam ben je niet alleen](#)  
Samen werken aan een nieuwe blik op eenzaamheid en sociaal isolement
- [Wat werkt dossier Eenzaamheid](#)
- [Aan de slag met sociale netwerken](#)  
Een verzameling van de 44 meest bekende methoden



## Goed voorbeeld

# Natuurlijk, een netwerkcoach!

Gezonde sociale netwerken zijn van grote meerwaarde voor mensen. Contact hebben met andere mensen is van positieve invloed op de mentale en fysieke gezondheid. En mensen met bevredigende sociale relaties blijken zelfs langer te leven.

Niet voor iedereen is het vanzelfsprekend om een gezond sociaal netwerk te hebben. Met de methode 'Natuurlijk, een netwerkcoach!' worden mensen door een vrijwillige netwerkcoach individueel ondersteunt om hun sociale netwerk te versterken of uit te breiden.

### Aanpak

Via een stappenplan gaan de coach en deelnemer samen aan het werk om het netwerk van de deelnemer te versterken. Eerst brengen zij het huidige netwerk van de deelnemer in kaart en wat zijn/haar wensen zijn in bestaande of nieuwe sociale contacten. Vervolgens worden er plannen gemaakt hoe deze wensen gerealiseerd kunnen worden en gaat de deelnemer, met ondersteuning van zijn/haar coach, deze plannen uitvoeren. Bij diverse organisaties zijn vrijwillige netwerkcoaches actief: vrijwilligers- en welzijnsorganisaties en organisaties die mantelzorgers ondersteunen.

### Werkt het?

Uit de evaluatie van de voorloper van 'Natuurlijk, een netwerkcoach!' ('Natuurlijk, een netwerk!') blijkt dat de kwaliteit van leven van zowel de deelnemers als de coaches is verbeterd. De eigen kracht van deelnemers is versterkt en ze komen vaker hun huis uit. Of de aanpak ook geschikt is voor ouderen wordt in 2015 en 2016 onderzocht door het lectoraat Community Care van de Hogeschool van Amsterdam. Ook is de afdeling Sociale Geneeskunde van het Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam in 2015 gestart met een onderzoek naar de bijdrage van 'Natuurlijk, een netwerkcoach!' op de fysieke en psychische gezondheid van de deelnemers.

### Meer informatie?

[Praktijkbeschrijving Natuurlijk, een netwerkcoach!](#)

[Methodebeschrijving Natuurlijk, een netwerkcoach!](#)

# 4 Voor anderen zorgen: mantelzorg

Mantelzorg is het verlenen van informele zorg aan naasten met een chronische ziekte of fysieke, verstandelijke of psychische beperking. Het verlenen van mantelzorg kan positieve effecten hebben op zowel fysieke als mentale gezondheid. Het bevordert het welbevinden en geeft zingeving en voldoening. Ook kan het de relatie versterken met de hulpbehoevende en andere betrokkenen. Echter door zware zorgtaken en de combinatie van mantelzorg met betaald werk, komt overbelasting vaak voor. Of er sprake is van positieve of negatieve effecten van de mantelzorg wordt beïnvloedt door de mate en intensiteit van de hulp en de relatie tussen mantelzorger en zorgontvanger. Ook bij langdurige mantelzorg, zeer intensieve mantelzorg en een moeilijke (of moeilijk wordende) relatie kan overbelasting optreden. Dit gaat gepaard met een slecht ervaren gezondheid, symptomen van depressie en een hoger risico op vroegtijdig overlijden. Door voldoende en tijdige ondersteuning, bijvoorbeeld in de vorm van respijtzorg, kan overbelasting worden voorkomen.

## 4.1 Inleiding

Voor de mensen bij wie de zelfredzaamheid tijdelijk of langdurig is beperkt, is mantelzorg vaak de eerste vorm van zorg waarmee ze te maken krijgen. Een mantelzorger verleent informele zorg aan zijn/haar naasten. Het gaat om zorg die mensen vrijwillig en onbetaald verlenen aan mensen met fysieke, verstandelijke of psychische beperking. Dit kan een familielid zijn of iemand uit hun sociale netwerk. Het gaat om zorg die meer is, dan wat gebruikelijk is in een persoonlijke relatie. Daarbij gaat het om taken die zorgvragers bij een normale gezondheid zelf kunnen uitvoeren of taken die dan niet nodig zijn (Kruijswijk & Peters, 2014). Mantelzorg vloeit voort uit de aard van onderlinge relaties en niet vanuit een beroep of georganiseerd vrijwilligerswerk.

### 4.1.1 Feiten en cijfers

In 2014 was 33 procent van de volwassen Nederlanders mantelzorger. Dit zijn ruim 4 miljoen mensen. Naar schatting zorgden 610.000 mensen (ongeveer één op de zes) meer dan acht uur per week, en langer dan drie maanden, voor iemand anders (De Klerk et al., 2015)<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Het CBS berekende voor 2015 dat er in Nederland 2 miljoen mantelzorgers zijn. Dit aantal komt lager uit dan de berekening van De Klerk et al. als gevolg van een andere definitie van het begrip mantelzorg. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/45/een-op-zeven-mantelzorgers-vindt-zichzelf-zwaarbelast>

Bijna de helft van de mantelzorgers (45%) zorgt voor hun ouders of schoonouders. Een vijfde (19%) geeft mantelzorg aan een familielid, die niet hun partner of kind is. Ook zorgt een vijfde van de mantelzorgers (18%) voor een vriend, kennis of buur (De Klerk et al., 2015). Vrouwen verlenen vaker mantelzorg dan mannen, maar dat verschil is minder groot dan vaak wordt aangenomen (58% versus 42%) en mensen in de leeftijdscategorie 45-65 jaar verlenen in verhouding het meeste mantelzorg. In bijna de helft van de situaties waarin zorg wordt verleend, is de mantelzorg de centrale, of belangrijkste, verzorger van de zorgvrager (De Klerk et al., 2015).

## 4.2 Positieve effecten op gezondheid

Verschillende onderzoeken laten zien dat mantelzorgers positieve effecten ervaren, van het verlenen van mantelzorg, op zowel fysieke als mentale gezondheid. 'Een ander helpen' maakt één op de tien mensen gelukkig. De mate en intensiteit van de hulp speelt hierbij een grote rol. Wanneer een mantelzorg meer dan drie uur in de week mantelzorg verleent, neemt het geluksgevoel enigszins af (De Boer & De Klerk, 2013). Uit cijfers blijkt dat de grootste groep mantelzorgers, bijna een kwart van de volwassen Nederlanders (3.100.000 mensen), minder dan acht uur, maar wel voor een langere periode, voor een ander zorgt (De Klerk et al., 2015).

Het helpen van een ander kan de mantelzorg ook een goed gevoel geven over zichzelf. Mantelzorgen bevordert het welbevinden en zorgt voor zingeving en voldoening. Het biedt de zorggever de mogelijkheid om nieuwe vaardigheden te leren en zichzelf te ontwikkelen. Verder versterkt de relatie met de hulpbehoevende en ook met andere betrokkenen. Het sociale netwerk van een mantelzorg kan hierdoor groter worden (Broerse van Groenou & de Boer, 2009; Cuijpers & Kruijswijk, 2012; Cuijpers, Kruijswijk & van Lier, 2012, Li & Loke, 2013; Mackenzie & Greenwood, 2012; Schulz & Sherwood, 2009).

Uit onderzoek van het SCP, in 2015, blijkt dat het zorgen voor een kind veel positieve ervaringen oplevert. Het zorgen voor iemand die verder van je af staat zoals een buur, vriend of familielid, die niet de partner of ouder is, zorgt ook voor positieve ervaringen. Mogelijke verklaringen voor deze prettige ervaring zijn de intensiteit van de hulp en het leren kennen van mensen die wat verder van de mantelzorg af staan (De Klerk et al., 2015).

Als we kijken naar de kenmerken van de hulpbehoevenden, dan beoordelen mantelzorgers, die zorgen voor mensen met een verstandelijke beperking, hun ervaringen als het meest positief (48%). Ondanks de zwaarte van de zorgsituatie, beleven zij veel plezier aan het verlenen van hulp (Wittenberg, Kwekkeboom, De Boer, 2012).

Tot slot geven enkele onderzoeken aan dat het ondersteunen, of helpen van anderen, net zo gunstig is voor de gezondheid als het ontvangen van ondersteuning. Zo blijkt dat mensen die anderen helpen een kleiner risico lopen op vroegtijdig overlijden dan de mensen die geen steun geven (Schulz & Sherwood, 2009).

## 4.3 Negatieve effecten

Eén op de zeven mantelzorgers geeft aan dat zijn/haar ervaren gezondheid achteruit is gegaan door het verlenen van mantelzorg. Eén op de acht mantelzorgers vindt dat zijn/haar mentale gezondheid is verslechterd. In Nederland ervaart één op de tien mantelzorgers de zorg als een hoge belasting. (De Klerk et al., 2015). Dit betreft relatief vaak vrouwen en centrale verzorgers. Een zorgsituatie die

veel van de mantelzorgvrager hangt samen met het ervaren van een hoge belasting. Bijvoorbeeld het zorgen voor iemand met een incontinentieprobleem, iemand die veel aandacht vraagt, iemand met een psychisch/psychosociaal probleem, iemand met een terminale ziekte of hulp die niet goed te plannen is. Ook mensen die zorgen naast een betaalde baan, veel uren zorg bieden, of zorgen om professionele hulp uit te stellen of omdat zij het gevoel hebben dat er niemand anders is om dit te doen ervaren vaak een hoge belasting (De Klerk et al., 2015).

Overbelasting wordt vaak gebruikt als indicator voor de achteruitgang in gezondheid (Harbers & Hoeymans, 2013). Overbelasting gaat gepaard met een slecht ervaren gezondheid, symptomen van depressie en een hoger risico op vroegtijdig overlijden. De overbelasting kan zo groot zijn dat dit het functioneren van de mantelzorgvrager belemmert (De Klerk et al., 2014).

Er zijn aanwijzingen dat mantelzorgers met een allochtone achtergrond zwaarder belast zijn dan mantelzorgers met een autochtone achtergrond. Zij starten op jongere leeftijd met het verlenen van mantelzorg en verlenen over een langere periode mantelzorg (De Boer et al., 2009). Verschillen in culturele achtergrond, en in sommige gevallen beperkte kennis van de taal, kunnen hierbij een rol spelen. Ook de onbekendheid met professionele hulp en andere vormen van ondersteuning spelen een rol (Morée, Van der Lyke, De Jong, Van Lier, 2002).

Uit onderzoek blijkt dat vrouwelijke mantelzorgers zich vaker belast voelen door de hulp dan mannen, ook als er rekening wordt gehouden met de intensiteit van de hulp. Een mogelijke verklaring hiervoor is de invloed van zorgstijl op de mate van ervaren belasting. Mannen hebben over het algemeen een meer taakgerichte houding naar zorg, terwijl vrouwen gemiddeld meer een relatiegerichte houding aannemen (De Klerk e.al., 2015).

Verder is de sociale relatie tussen mantelzorgvrager en ontvanger van invloed op de ervaren belasting. Uit onderzoek blijkt dat mantelzorgers die zorgen voor een partner of ouder minder vaak positief zijn over de hulp die zij geven. Mogelijk is de intensiteit van de hulp hiervoor een verklaring. Deze mantelzorgers hebben wellicht een zware zorgtaak (De Klerk e.al., 2015).

Overbelasting kan, naast een negatief effect op de gezondheid van de mantelzorgvrager, ook een negatief effect hebben op de gezondheid van de zorgontvanger. Als mantelzorgers de zorg voor hun naaste niet meer aan kunnen, lopen ze het risico om te ontsporen in gedrag dat ze zelf ook niet willen vertonen. Door overbelasting, onwetendheid, onkunde, onmacht en/of compassiemoeheid, kan een mantelzorgvrager onbedoeld over grenzen gaan. Dit heeft als gevolg dat de mantelzorgvrager geen goede zorg meer kan geven, waardoor verwaarlozing optreedt. Dit wordt ook wel 'ontspoorde mantelzorg' genoemd. Als de ontsporing van de zorg verergert en de mantelzorgvrager hierop gewezen wordt. Als er hulp wordt geboden, maar de inadequate zorg voortduurt. Dan is er geen sprake meer van ontspoorde mantelzorg, maar van mishandeling of huiselijk geweld (Storm & Scherpenzeel, 2013).

## 4.4 Specifieke groepen mantelzorgers

### 4.4.1 Jonge mantelzorgers

Sommige kinderen van chronisch zieke ouders blijken veerkrachtiger te zijn dan leeftijdsgenoten. Ook leren ze goed omgaan met de ziekte van hun ouders. Ze zijn er trots op dat ze kunnen zorgen voor hun zieke ouder. Ook voelen ze zich gewaardeerd omdat zij een bijdrage aan het huishouden leveren. Dit geeft de kinderen een gevoel van eigenwaarde, wat bijdraagt aan de ontwikkeling van

hun identiteit. Kinderen die zorgen voor een chronisch zieke ouder lopen ook een verhoogd risico op somberheid, teruggetrokken gedrag en angstklachten. Zij hebben vaker last van lichamelijke klachten dan kinderen met twee gezonde ouders. Zij zijn minder tevreden met hun leven dan kinderen met gezonde ouders (Sieh, Visser-Meily & Meijer, 2011). Als kinderen volwassen zijn, ervaren zij nog steeds positieve en negatieve gevolgen van het hebben van een langdurig zieke ouder in hun kindertijd (Lackey en Gates 2001). Zij werden eerder zelfstandig en leerden veel vaardigheden door het zorgen voor hun ouder. Helaas hebben deze kinderen ook een verhoogde kans op het ontwikkelen van een depressie (Shifren 2001) en het gebruiken van verdovende middelen (NJI, 2015).

## 4.4.2 Jongvolwassen mantelzorgers

In 2014 was 8 procent van de mantelzorgers tussen de 18 en 24 jaar (De Klerk et al., 2015). Zij zorgen of ondersteunen een broer of zus of een zieke ouder. Uit onderzoek blijkt dat het zorgen voor een familielid van invloed kan zijn op de keuzes die zij maken in de transitie naar volwassenheid, bijvoorbeeld de keuze om uit huis te gaan of een relatie aan te gaan. Het lijkt er op dat jongvolwassen mantelzorgers deze stappen op een ander moment zetten, wat van invloed is op hun verdere levensloop. Verder geven jongvolwassen mantelzorgers aan zowel positieve als negatieve kanten te ervaren aan het geven van mantelzorg. Een belangrijke positieve kant is dat jongvolwassen mantelzorgers een goede en hechte band ervaren met de zorgbehoevende en het gezin. Ook ervaren zij dankbaarheid en liefde, doordat zij zorgen voor hun naaste. Wat zowel positief als negatief wordt ervaren, is dat deze groep mantelzorgers het gevoel heeft eerder zelfstandig te zijn geworden en meer verantwoordelijkheden hebben in vergelijking met leeftijdsgenoten zonder zorgtaak (Nanninga, 2015).

## 4.4.3 Oudere mantelzorgers

Het risico op negatieve gezondheidseffecten is hoger bij oudere mantelzorgers. Vooral onder hen die meer dan drie maanden, meer dan acht uur per week of complexere zorg verlenen. Ook oudere mantelzorgers die zorgen voor iemand met ernstige gedragsproblemen lopen een groter risico. Mantelzorgers die een nauwe relatie hebben met de hulpbehoevende hebben meer kans op gezondheidsproblemen. Dit geldt dus ook voor oudere mantelzorgers die zorgen voor hun partner. Extra kwetsbaar zijn alleenstaande oudere mantelzorgers omdat zij niemand hebben die hen, op hun beurt, emotionele steun kan geven. Oudere mantelzorgers die sterk belast worden met de zorg ervaren vaker een achteruitgang in de ervaren en mentale gezondheid. De richting van de relatie is niet eenduidig. Het kan zijn dat een hogere belasting tot meer gezondheidsproblemen leidt maar een verslechterde gezondheid kan ook de ervaren belasting verhogen. Er is mogelijk sprake van een wisselwerking (Harbers & Hoeymans, 2013).

## 4.5 Effecten in evenwicht?

Onderzoek van het SCP, uit 2009, laat zien dat positieve en negatieve gezondheidseffecten door mantelzorg elkaar niet uitsluiten en vaak samen gaan. Positieve ervaringen zijn geen garantie voor het voorkomen van overbelasting. Positieve en negatieve ervaringen worden door verschillende factoren beïnvloed: de zorgsituatie, de beperking van de zorgvrager en de hoeveelheid tijd die de zorg in neemt. Ook de kenmerken van de mantelzorger spelen een rol, zoals sekse en leeftijd, en de relatie tussen mantelzorger en zorgvrager (Broerse van Groenou & de Boer, 2009).

De grootte van de zorgvraag is niet doorslaggevend in de balans tussen positieve en negatieve ervaringen. Het is veelal de relatie tussen de mantelzorg en ontvanger die de ervaringen kenmerkt (Cuijpers, Kruijswijk & van Lier, 2012). In het beginstadium van het verlenen van mantelzorg komen bijna nooit negatieve gezondheidseffecten voor (Schulz & Sherwood, 2009). In veel gevallen rollen mantelzorgers geleidelijk in de rol van mantelzorg. Het gebruikelijke contact gaat geleidelijk over in het doen van meer taken van de zorgvrager en dat breidt zich steeds meer uit. De druk op de mantelzorg wordt na verloop van tijd steeds groter. Dit kan zo groot worden dat het hem of haar gaat belemmeren in zijn functioneren als ondersteuner. Dit verschijnsel wordt ook wel 'de mantelval' genoemd (Timmermans, De Boer, Iedema, 2005).

#### **Lees meer over werkzame elementen om mantelzorgers te ondersteunen:**

- [Werkzame elementen bij respijtzorg](#)  
Wat geeft een adempauze aan de mantelzorg?
- [Effectieve respijtzorg](#)  
Stappenplan voor gemeenten
- [Op weg naar vitaliteit](#)  
Landkaarten als reflectietool voor mantelzorgers en mantelzorgondersteuners



## Goed voorbeeld

### Buurtverzorgsters

Zorgen voor een naaste kan een positieve bijdrage leveren aan met name de mentale gezondheid van mensen. Mantelzorgers zijn kan zingeving bieden en een gevoel van voldoening. Ook kan het zorgen voor een naaste intensief zijn en de balans tussen draagkracht en draaglast uit evenwicht raken. Het gebruik maken van respijtzorg kan helpen bij het in evenwicht houden van deze balans.

De buurtverzorgsters van SIPI in Amsterdam kunnen respijtzorg geven. Zij bieden informele ondersteuning en kunnen taken van mantelzorgers overnemen, zodat deze even 'vrijaf' hebben van mantelzorg.

#### Aanpak

Buurtverzorgsters zijn buurtbewoners die op vrijwillige basis praktische ondersteuning bieden in het dagelijks leven bij kwetsbare bewoners en hun mantelzorgers thuis. Buurtverzorgsters worden gekoppeld aan een mantelzorger en degene voor wie hij/zij zorgt. De behoefte aan ondersteuningstaken wordt met de mantelzorger besproken en afgestemd met de zorgvrager. Doordat de buurtverzorgster op structurele basis wekelijks ondersteunt, wordt de mantelzorger ontlast en wordt het risico op overbelasting van de mantelzorger verkleind. Ondersteuningstaken van de buurtverzorgster kunnen zijn: het bereiden van maaltijden, het doen van boodschappen, meegaan naar de markt, kapper of het ziekenhuis. Daarnaast kunnen buurtverzorgsters signaleren hoe het gaat met de bewoner en zijn/haar mantelzorger(s).

#### Werkt het?

Er is nog geen onderzoek gedaan naar de effecten van de inzet van Buurtverzorgsters. Wel zijn de ervaringen tot nu toe zeer positief. Op dit moment werken er 28 buurtverzorgsters bij in totaal 50 buurtbewoners. Ook worden er op dit moment 12 nieuwe buurtverzorgsters opgeleid. Het merendeel van de buurtbewoners die ondersteund worden zijn tussen de 60 en 90 jaar oud en alleenstaande vrouwen. De taken van buurtbewoners zijn veelal praktisch van aard zoals; het doen van boodschappen, de was opvouwen, hulp bij maaltijden en medicatie ophalen. Ook bieden veel gezelschap door samen een koffie te drinken, een wandelingetje te maken of mee te gaan naar activiteiten in de buurt.

Doordat de Buurtverzorgsters structureel (wekelijks) ondersteuning bieden bij dezelfde mensen, bouwen ze een vertrouwensband op met zowel de mantelzorger als met de kwetsbare bewoner/zorgvrager. Daarnaast wordt een mantelzorger niet eenmalig, maar juist structureel ontlast, wat bijdraagt aan het behouden van de balans tussen draagkracht en draaglast van de mantelzorger.

#### Meer informatie?

[Praktijkvoorbeeld Ondersteuning kwetsbare bewoners en hun mantelzorgers via buurtverzorgsters](#)  
[SIPI](#)

# 5 Bijdragen aan samenleving: vrijwillige inzet

Mensen leveren op verschillende manieren een bijdrage aan de samenleving. Ze zijn actief in hun buurt, zetten zich in voor een burgerinitiatief of doen vrijwilligerswerk bij een vereniging of andere organisatie. Tussen het doen van vrijwilligerswerk en gezondheid is sprake van een wederkerig verband. Een slechte gezondheid of een leven met beperkingen kan het doen van vrijwilligerswerk bemoeilijken of in de weg staan. Tegelijkertijd heeft het doen van vrijwilligerswerk een positief effect op de feitelijke en ervaren gezondheid. Het bevordert het gevoel van eigenwaarde en verlaagt gevoelens van stress en eenzaamheid. Vrijwilligerswerk is er in alle soorten en maten. Ook voor mensen met een chronische ziekte of mensen met een beperking is vrijwilligerswerk te vinden dat bij hen past.

## 5.1 Inleiding

Actief zijn in de buurt of vrijwilligerswerk bij een vereniging: mensen leveren op verschillende manieren een bijdrage aan de samenleving. De onderzoeken op dit terrein richten zich vooral op vrijwilligerswerk in georganiseerd verband. In dit hoofdstuk gaan we daarom op dit aspect verder in.

### 5.1.1 Feiten en cijfers

In 2012 en 2013 heeft de helft van de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder minstens één keer vrijwilligerswerk gedaan voor een vereniging of andere organisatie. Dertig procent is maandelijks actief als vrijwilliger. De meeste vrijwilligers zitten in de leeftijdscategorie van 35 tot 45 jaar. Het grootste deel van de vrijwilligers is actief binnen sportverenigingen, scholen en levensbeschouwelijke organisaties. Meer dan de helft van de vrijwilligers voert vrijwilligerswerk uit voor één vereniging of organisatie. Een derde voert vrijwilligerswerk uit voor twee verenigingen of organisaties (Arends & Flöthe, 2015). Het aantal mensen dat vrijwilligerswerk doet, neemt al jarenlang gestaag af. De populariteit van flexibel vrijwilligerswerk neemt daarentegen toe (Bekkers, 2013). Over de omvang van vrijwillige inzet in lossere, informele groepen zijn geen cijfers bekend.

## 5.2 Relatie vrijwilligerswerk en gezondheid

Tussen het doen van vrijwilligerswerk en gezondheid is sprake van een wederkerig verband. Gezondheid kan het doen van vrijwilligerswerk beïnvloeden en andersom. Uit cijfers blijkt dat

mensen die hun gezondheid als goed ervaren vaker vrijwilligerswerk doen in tegenstelling tot mensen die hun gezondheid als minder goed ervaren (30,4% versus 24,8%) (Verschuuren, 2013).

Het doen van vrijwilligerswerk blijkt op verschillende manieren een positieve invloed te hebben op de gezondheid. Zo voelen vrijwilligers zich gezonder, en zijn zij gezonder, door het uitvoeren van vrijwilligerswerk. Verder heeft vrijwilligerswerk een positieve invloed op iemands gemoedstoestand, gevoel van eigenwaarde en verlaagt het gevoelens van stress. Vrijwilligers ervaren meer regie over hun eigen leven. Ook hebben zij het gevoel een zinvolle bijdrage te leveren aan de maatschappij. Dat geeft hen voldoening en betekenis aan hun leven. Het contact en de verbondenheid met andere mensen maakt dat zij meer sociale steun ervaren en het sociale netwerk vergroten (Jenkinson, et al., 2013, UnitedHealth Group, 2013, Harbers & Hoeymans, 2013).

Uit Europees onderzoek blijkt dat vrijwilligers meer tevreden zijn met hun leven dan mensen die geen vrijwilliger zijn. Gemiddeld beoordelen vrijwilligers hun ervaren gezondheid ongeveer vier procent hoger dan mensen die geen vrijwilligerswerk doen. Ook blijkt dat mensen die vrijwilligerswerk doen een hoog cijfer geven aan hun ervaren gezondheid en de mensen die nooit vrijwilligerswerk hebben gedaan een laag cijfer geven. Verder geven mensen die stoppen met vrijwilligerswerk aan dat hun ervaren gezondheid afneemt en mensen die starten als vrijwilliger melden een toename van hun ervaren gezondheid (De Wit, Bekkers, Karamat Ali & Verkaik, 2015).

Een systematische review en meta-analyse van Jenkinson en collega's (2013) laat zien dat het doen van vrijwilligerswerk gunstige effecten heeft op depressieve gevoelens, levenslust en welbevinden. Daarnaast zorgt het doen van vrijwilligerswerk voor een afname van stress en psychische problemen (Jenkinson, et al., 2013).

Vrijwilligers blijken minder vaak een chronische ziekte te hebben en ze scoren hoger op testen voor fysiek en cognitief functioneren dan mensen die geen vrijwilligerswerk doen (Harbers & Hoeymans, 2013). Daarnaast zorgt het doen van vrijwilligerswerk voor een afname van ziekenhuisopnames en pijn (Jenkinson, et al., 2013).

TNS Nipo heeft, in opdracht van Coalitie Erbij, onderzoek gedaan naar de relatie tussen vrijwilligerswerk en eenzaamheid. Hieruit blijkt dat het doen van vrijwilligerswerk een bijdrage kan leveren aan het verminderen van gevoelens van eenzaamheid, wat gunstig is voor de gezondheid. De gevoelens van eenzaamheid van eenzame vrijwilligers nemen af door het uitvoeren van vrijwilligerswerk. Deze mensen zijn nog wel (in enige mate) eenzaam, maar deze gevoelens waren waarschijnlijk veel groter geweest als ze geen vrijwilligerswerk doen. Eenzame mensen geven aan dat ze vrijwilligerswerk gaan doen, omdat ze zich nuttig willen maken en contact willen leggen. Hierin verschillen ze van niet-eenzame vrijwilligers. Mensen die eenzaamheid ervaren hebben veel vaker sociale redenen om vrijwilligerswerk te doen. Zo wilde 85 procent vrijwilligerswerk doen om iets voor anderen te kunnen betekenen. 84 procent geeft aan dit doel te behalen bij het uitvoeren van vrijwilligerswerk. Het aantal eenzame vrijwilligers dat aangeeft door het vrijwilligerswerk meer mensen om zich heen te hebben, is bijna het dubbele van het aantal mensen dat om die reden vrijwilligerswerk is gaan doen (TNS Nipo, 2013).

De motivatie voor het doen van vrijwilligerswerk kan uitgelegd worden met behulp van de behoeften piramide van Maslow (1968). Allereerst gaat de aandacht van mensen uit naar het vervullen van primaire behoeften (zoals eten, drinken, onderdak) en veiligheid. Als deze behoeften vervuld zijn, verschuift de aandacht naar de behoefte aan sociaal contact, waardering en erkenning en zelfontplooiing. Het doen van vrijwilligerswerk is een van de manieren om deze behoeften te vervullen (Bridges Karr, 2009).

## Ouderen

Hoewel vrijwilligerswerk door mensen van alle leeftijden wordt uitgevoerd, gaat veel onderzoek naar de relatie tussen vrijwilligerswerk en gezondheid over oudere vrijwilligers.

Ouderen die vrijwilligerswerk doen, leven in het algemeen langer dan ouderen die dit niet doen. Door het doen van vrijwilligerswerk behouden ouderen een actieve leefstijl, wat gunstig is voor hun gezondheid (Luoh & Herzog, 2002). Er is hierbij sprake van een wederkerig verband. Doen vitale ouderen meer vrijwilligerswerk of worden ouderen vitaler door het doen van vrijwilligerswerk?

Uit een studie van Lum & Lightfoot (2005) blijkt dat het doen van vrijwilligerswerk bij 70-plussers zorgt voor een langzamere afname van de ervaren gezondheid en een lagere kans op overlijden. Ouderen die vrijwilligerswerk doen, hebben een groter sociaal netwerk en vervullen meerdere sociale rollen waarvoor zij waardering krijgen. Ze bevinden zich in een positie waarin ze anderen ondersteunen en tegelijkertijd informatie en vaardigheden voor zichzelf opdoen. Hierdoor ervaren ze een hogere mate van welbevinden en een hoger gevoel van eigenwaarde dan ouderen die geen vrijwilliger zijn (Onyx & Warburton, 2003).

Daarnaast biedt vrijwilligerswerk ouderen een alternatief voor de hele dag thuiszitten. Op deze manier kunnen ze een bijdrage leveren aan de samenleving (Van Willigen, 2000). Ouderen die vrijwilligerswerk uitvoeren, zijn gelukkiger en meer tevreden met hun leven dan ouderen die geen vrijwilligerswerk doen. Door het doen van vrijwilligerswerk hebben ouderen het gevoel hun leven meer te controleren en minder last van depressie (De Boer & De Klerk, 2013).

Ouderen die vrijwilligerswerk doen, zijn lichamelijk actiever en minder vermoeid dan ouderen die geen vrijwilligerswerk doen. Het doen van vrijwilligerswerk hangt ook samen met een betere fysieke gezondheid (De Boer & De Klerk, 2013). Ouderen die vrijwilligerswerk doen, hebben ook een betere functionele gezondheid dan ouderen die geen vrijwilliger zijn (Onyx & Warburton, 2003).

### Lees meer over werkzame elementen bij vrijwillig bijdragen aan de samenleving:

- [Vrijwillige inzet is de basis](#)
- [Methodisch werken aan actief burgerschap](#)
- Basisboek Vrijwilligersmanagement - Werven, sturen en motiveren (De Gast, Hetem, Wilbrink, 2009)

## Goed voorbeeld

# Ambassadeurs Gezonde Leefstijl

Het doen van vrijwilligerswerk beïnvloedt op verschillende manieren positief de gezondheid van mensen. Het is goed voor de mentale gezondheid, verhoogt iemands gevoel van eigenwaarde en verlaagt gevoelens van stress. Vrijwilligers voelen zich gezonder en ervaren meer regie over hun leven.

Vrijwilligerswerk is er in allerlei vormen en gradaties. Je zou kunnen zeggen er is voor elk wat wils. Een goed voorbeeld van een vrijwilligersproject waarbij de bijdrage van vrijwilligers direct ten goede komt aan de gezondheid van buurtbewoners is het project: Ambassadeurs Gezonde Leefstijl.

### Aanpak

Ambassadeurs Gezonde Leefstijl zijn getrainde vrijwilligers die het belang van een gezonde leefstijl verspreiden in de wijk waar zij wonen. Ze geven het gezonde voorbeeld en maken andere wijkbewoners bewust van het belang van een gezonde leefstijl voor zichzelf en hun kinderen. De activiteiten van de Ambassadeurs zijn gevarieerd. Zo gaan zij in gesprek met mensen in hun directe omgeving over leefstijl, bieden praktische hulp en zijn zij aanwezig bij activiteiten in de wijk waar het zin heeft om de gezonde boodschap onder de aandacht te brengen. Ook kunnen ze workshops verzorgen voor specifieke groepen.

### Werkt het?

In 2014 werden er ruim honderd specifieke activiteiten uitgevoerd door de Ambassadeurs in heel Den Haag. Er zijn themasessies georganiseerd voor ouders van basisschoolleerlingen, en moeder-kind bijeenkomsten waar bewegen en een gezonde leefstijl centraal staat. Tijdens zomeractiviteiten in wijken was het programma gericht op bewegen en werden er gezonde snacks aangeboden, zoals fruit. Het werk van de Ambassadeurs is goed ontvangen door de andere bewoners en de Ambassadeurs worden zelf ook enthousiast van hun vrijwilligerswerk. Professionals merken dat er sinds de start van het project meer wijkbewoners interesse tonen in een gezonde leefstijl.

### Meer informatie?

[Praktijkbeschrijving Ambassadeurs Gezonde Leefstijl](#)  
[Zebrawelzijn](#)

# 6 Uitvoeren betaald werk

**Onder betaald werk verstaan we werk waar een beloning in geld of natura tegenover staat. Naast regulier betaalde banen bestaan er ook verschillende vormen van werk voor mensen met een arbeidsbeperking, zoals beschut werk of een banenafpraak. Ook zijn er vanuit de zorg vormen van dagbesteding die zeer veel overeenkomsten hebben met betaald werk. Het verschil zit voornamelijk in de betaling.**

**Het hebben van een baan heeft positieve effecten op de gezondheid van mensen.**

**Een baan geeft zin en inhoud aan het leven. Een baan brengt ook structuur aan in het dagelijks leven, zorgt voor zelfvertrouwen en meer sociale contacten. Mensen met werk hebben een significant kleinere kans op het ontwikkelen van een depressie en een grotere kans op verbetering en herstel van een depressie. Deze effecten gelden ook voor mensen met een beperking of chronische ziekte. Voor hen is betaald werk echter niet vanzelfsprekend. Terwijl dit een belangrijke bijdrage kan leveren aan hun gezondheid en welbevinden.**

## 6.1 Inleiding

In het Participatiewiel staat als vijfde participatiedoel betaald werken. In de praktijk zijn er naast regulier betaalde banen ook verschillende vormen van werk voor mensen met een arbeidsbeperking, zoals beschut werk en een banenafpraak. Daarnaast zijn er vanuit de zorg vormen van dagbesteding, die op de betaling na, zeer veel overeenkomsten hebben met betaald werk. Dat noemen we arbeidsmatige dagbesteding.

Het CBS definieert arbeid als de inzet van menselijke capaciteit voor het produceren van goederen en diensten. Onder betaalde arbeid wordt arbeid verstaan waar een beloning in geld of natura tegenover staat. De beroepsbevolking bestaat uit mensen van 15 tot 75 jaar die betaald werk hebben (werkzame beroepsbevolking) of die kort geleden naar betaald werk hebben gezocht en direct beschikbaar zijn (werkloze beroepsbevolking) (CBS, 2016).

Waar mensen in een reguliere baan geen bijzondere begeleiding krijgen, is dit bij andere vormen van werk wel het geval. Arbeidsmatige dagbesteding is er voor mensen met een beperking die geen regulier werk kunnen doen vanwege een (licht) verstandelijke, lichamelijke, zintuigelijke of psychiatrische beperking (Crombag-Röben & Hagen, 2010). Deze mensen zijn wel in staat om in georganiseerd verband werkzaamheden naar vermogen uit te voeren (Van Engelen, Van Houten, Kuiper & Van Xanten, 2015). Vormen van arbeidsmatige dagbesteding zijn onder meer te vinden in groenonderhoud, fietsonderhoud en reparatie, chauffeurswerk, inpakwerk, administratie, ICT, schoonmaken, kledingreparatie, wasserij/stomerij, catering, horeca of winkel. Sinds 2015 valt arbeidsmatige dagbesteding onder de Wmo voor extramurale cliënten, daarvoor was het onderdeel van de functie begeleiding in de AWBZ.



Bij beschut werken verrichten mensen in een beschermde omgeving betaald werk onder begeleiding en met aangepaste omstandigheden. Plekken voor beschut werken worden betaald vanuit de Participatiewet (Rijksoverheid, 2015).

Een banenafsprake baan is voor mensen die in staat zijn om deel te nemen aan loonvormende arbeid, maar door hun arbeidshandicap geen minimumloon kunnen verdienen. Voor het deel dat ze niet productief zijn, kunnen werkgevers gecompenseerd worden door een loonkostensubsidie (Rijksoverheid, 2015).

## 6.1.1 Feiten en cijfers

In januari 2016 telt Nederland in totaal 574 duizend werkelozen; 6,5 procent van de beroepsbevolking (CBS, 2016). De meeste werkenden bevinden zich in de leeftijdscategorie 45 tot 55 jaar. Dit geldt voor zowel mannen als vrouwen. De arbeidsparticipatie van jongeren van 15 tot 25 jaar, en ouderen van 55 tot 75 jaar, is lager dan die van mensen in de leeftijd van 25 tot 55 jaar. De arbeidsparticipatie van mensen met een beperking is aanzienlijk lager. In de leeftijdscategorie van 25 tot 45 jaar heeft slechts 42 procent werk (CBS, 2016).

Indicaties uit onderzoek laten zien dat in 2015 tussen de 30.000 en 40.000 mensen gebruik maken van arbeidsmatige dagbesteding. Het aantal werkplekken voor beschut werken is, in 2015, achthonderd. De verwachting is dat dit aantal, tot 2040, groeit naar 30.000 plekken. Daarnaast zijn er in 2015 ongeveer 100.000 mensen werkzaam in een sociale werkvoorziening; de voorloper van het beschut werken (Van Engelen, Van Houten, Kuiper & Van Xanten, 2015).

## 6.2 Arbeidsparticipatie en gezondheid

Het overgrote deel van de Nederlandse bevolking heeft een betaalde baan. Echter, niet iedereen die wil werken, heeft betaald werk. Voor mensen met een beperking is het lastig om een baan te vinden of te houden. In 2015 geven 1,7 miljoen Nederlanders (tussen de 15 en 75 jaar) aan dat zij door langdurige ziekte, een aandoening of handicap, belemmerd worden in het krijgen of uitvoeren van werk. Bijna 400.000 van hen zijn tussen de 25 en 45 jaar oud. De helft van deze groep is niet actief op de arbeidsmarkt (CBS, 2016). Wat het lastig maakt voor mensen met een beperking om een baan te houden of te vinden is dat de werkgever vaak vooroordelen heeft. Veel werkgevers denken dat mensen met een beperking minder productief zijn of een hoger ziekteverzuim hebben. Ze gaan er, vaak onterecht, vanuit dat mensen met een beperking bepaalde werkzaamheden niet kunnen uitvoeren (Versantvoort & Van Echtelt, 2012).

In onderstaande paragrafen wordt toegelicht wat er bekend is over de relatie tussen het wel of niet hebben van een baan, het zoeken naar een baan, de arbeidsomstandigheden en gezondheid.

### 6.2.1 Betaald werk

Het hebben van een baan heeft gunstige effecten op de gezondheid van mensen. Dit komt voornamelijk doordat een baan zin en inhoud aan het leven geeft. Het brengt structuur aan in het dagelijks leven, zorgt voor zelfvertrouwen en meer sociale contacten (Eysink, Klein Hesselink & Houtman, 2014). Volgens de behoeften piramide van Maslow (1968) hebben mensen na het vervullen

van primaire behoeften en veiligheid de behoefte aan sociaal contact, waardering en erkenning en zelfontplooiing. Werk is een uitstekend middel om deze behoeften te bevredigen (Bridges Karr, 2009).

Arbeidsparticipatie heeft vooral een positieve invloed op de mentale gezondheid. Daarbij zijn psychosociale factoren, inkomen en werkinhoud en arbeidsomstandigheden van belang. Inkomen zorgt ervoor dat financiële problemen afnemen en er minder economische stress is. Dit is gunstig voor de gezondheid. Het effect is afhankelijk van het soort werk dat iemand uitvoert en of iemand invloed heeft op het indelen en bepalen van het werk (De Koning, Collewet & Gravesteyn-Ligthelm, 2008). Ook hebben mensen die werken een significant kleinere kans op depressies en een grotere kans op verbeteren en herstel van een depressie (Harbers & Hoeymans, 2013).

Naast dat arbeid positief bijdraagt aan gezondheid is er ook een aanzienlijk deel van de Nederlandse beroepsbevolking die kampt met gezondheidsproblemen. 32 procent van de werkende volwassenen kampt met een chronische aandoening en 18 procent heeft een minder goede mentale gezondheid. In 2012 is bij langdurig verzuim van werk bij mannen voornamelijk sprake van fysieke problemen (43,5%) en bij vrouwen van psychische problemen (38,3%) (Harbers & Hoeymans, 2013).

Mensen met een minder goede gezondheid hebben vaker te maken met uitval uit het arbeidsproces (werkloosheid, vroegpensioen of arbeidsongeschiktheid). Dit causale effect blijkt uit longitudinale studies uit Nederland en verschillende EU-landen (Oortwijn et al., 2011<sup>6</sup>; Schuring et al., 2013)<sup>7</sup>.

## 6.2.2 Werkloosheid

Zonder werk zijn, heeft ongunstige effecten op de gezondheid van mensen (Post & Van der Lucht, 2012). Negatieve effecten op de fysieke gezondheid worden vooral verklaard door het afnemen van de levensstandaard. Men is niet in staat om gezonde voeding te kopen en goede zorg te ontvangen. Ook een ongezonde leefstijl, bijvoorbeeld meer alcoholconsumptie, draagt kan hieraan bij. Werklozen hebben 63 procent meer kans om vroegtijdig te sterven dan werkenden (Harbers & Hoeymans, 2013).

## 6.2.3 Arbeidsomstandigheden

In Nederland wordt 4,7 procent van het totale ziekteverzuim veroorzaakt door ongunstige arbeidsomstandigheden. Een groot deel van de werkenden heeft een groter risico op ziekten of ongevallen veroorzaakt door situaties op het werk. Bijvoorbeeld blootstelling aan chemicaliën, fysieke (over)belasting en lawaai, stress door een te hoge werkdruk, agressie van klanten en collega's of het niet goed (kunnen) afstemmen van werk en privé. Ook het onvoldoende herstellen van belasting, tijdens en na het werk, veroorzaakt ziekten (Eysink, Klein Hesselink & Houtman, 2014).

Het beroepsniveau is van invloed op de ervaren gezondheid. Zo beoordeelt één op de vijf mensen, die werkt op een lager beroepsniveau, de eigen gezondheid als minder dan goed. Dit gaat onder meer om glazenwassers of vrachtwagenchauffeurs. Terwijl een op de tien mensen met een hoger beroepsniveau (zoals docenten of bedrijfsleiders) de eigen gezondheid als minder goed ervaart (Bruggink, 2010)

---

<sup>6</sup> [http://www.nationaalkompas.nl/participatie/arbeidsparticipatie/samenhang/#reference\\_21984](http://www.nationaalkompas.nl/participatie/arbeidsparticipatie/samenhang/#reference_21984)

<sup>7</sup> [https://www.volksgezondheidenzorg.info/#!reference\\_21984](https://www.volksgezondheidenzorg.info/#!reference_21984)

Gunstige arbeidsomstandigheden kunnen (deels) voorkomen dat mensen door hun werk arbeidsongeschikt, of ziek, worden. Voorbeelden van arbeidsomstandigheden die bevorderend zijn voor de gezondheid zijn: duidelijke werkafspraken, een goede verhouding met leidinggevend en collega's. Ook de mogelijkheid om de eigen werktijden te bepalen, aandacht voor persoonlijke ontwikkeling en financiële zekerheid werken positief op de gezondheid (De Koning, Collewet & Gravesteijn-Ligthelm, 2008; Eysink, Klein Hesselink & Houtman; Harbers & Hoeymans, 2013).

## 6.3 Arbeidsmatige dagbesteding en gezondheid

Arbeidsmatige dagbesteding geeft mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt de mogelijkheid om hun talenten in te zetten en vaardigheden te ontwikkelen. Dit geeft hen het gevoel dat ze zinvol en nuttig bezig zijn. Het heeft een positieve invloed op hun persoonlijk functioneren. Voor mensen met psychische problemen kan dagbesteding leiden tot persoonlijk en/of maatschappelijk herstel. Het meedoen in de eigen leefomgeving en het contact met anderen dragen hier ook aan bij (Crombag-Röben & Hagen, 2010).

Hoewel er op dit terrein geen onderzoeksgegevens zijn, is de verwachting dat door arbeidsmatige dagbesteding mensen beter participeren in de maatschappij en meer contact hebben met anderen. De dagbesteding wordt vaak georganiseerd in de samenleving, tussen en met andere mensen (Crombag-Röben & Hagen, 2010). Soms vindt deze buiten plaats, bijvoorbeeld op een zorgboerderij. Het werken met dieren in de buitenlucht kan de gezondheid bevorderen (Mogendorff, 2007). Arbeidsmatige dagbesteding kan een opstap zijn naar betaald werk en daardoor gunstig voor de gezondheid (Crombag-Röben & Hagen, 2010).

### Lees meer over werkzame elementen van werk:

- [Het monitoren van arbeidstoeleiding van mensen met grote afstand tot de arbeidsmarkt en gezondheidsproblemen](#)
- [Wat werkt en wat niet werkt](#). Zoeken, vinden en behouden van een betaalde baan voor mensen met een aandoening of beperking
- [Niet voor spek en bonen](#). Gemeenten & werk voor mensen met een arbeidsbeperking

## Goed voorbeeld

# Maatschappelijke Activeringscentra

Voor mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt, die wel graag willen werken, zijn er sinds 2004 Maatschappelijke Activeringscentra (MAC). Een methode die is ontwikkeld door RadarAdvies.

### Aanpak

Een MAC is een fysieke plek, in bijvoorbeeld een wijkcentrum of dorpshuis, waar mensen uit de gemeente met een grote afstand tot de arbeidsmarkt na een korte opleiding in teamverband activiteiten organiseren die aansluiten bij door hen zelf geïnventariseerde behoeften in de wijk. Het team bestaat uit ongeveer tien mensen die een bijstandsuitkering hebben. Zij krijgen voor hun deelname een jaarcontract en stromen daarmee ook direct uit de bijstand. De MAC-deelnemers zijn verantwoordelijk voor het opzetten van de activiteiten in de buurt en het werven van andere deelnemers. Dat kunnen andere bijstandsklanten zijn, voor wie deelname een eerste activeringsstap betekent. Maar ook mensen uit de wijk zonder bijstandsuitkering mogen meedoen. Het team wordt begeleid door één of meer professionals, die een functie als casemanager of coördinator hebben. Zij zijn aanwezig om de deelnemers te ondersteunen bij hun taken en om hen tijdens dat jaar zodanig te coachen en te begeleiden dat zij zoveel mogelijk kunnen uitstromen naar een reguliere baan.

### Werkt het?

In 2010 is onderzoek gedaan naar hoe MAC's omgaan met het inzetten van empowerment. Uit dit onderzoek blijkt dat de manier waarop empowerment binnen MAC's wordt toegepast, maakt dat deelnemers weer in beweging komen. Zij zijn enthousiast, hebben meer energie, ontdekken nieuwe mogelijkheden in zichzelf en passen die toe in werk of een maatschappelijk zinvolle activiteit. Participeren in een MAC versterkt het zelfvertrouwen en gevoel voor eigenwaarde van deelnemers. De volgende werkingsmechanismen van empowerment worden in MAC's toegepast: participatie, actief leren, acceptatie, samenwerken en positieve gerichtheid en integraal werken. Uit het onderzoek blijkt dat deze werkingsmechanismen maken dat het zelfinzicht van deelnemers wordt vergroot, betrokkenheid wordt gecreëerd, deelnemers zelfbewuster worden en er perspectief en gemeenschapszin is.

### Meer informatie?

[Inzicht in eigen kracht](#)

[RadarAdvies](#)

# 7 Financieel gezond zijn

**Geldzorgen, schulden en armoede hebben een sterke negatieve invloed op de fysieke en mentale gezondheid en de levensverwachting van mensen. Tussen het hebben van schulden en gezondheid bestaat een wederkerig verband. Enerzijds kunnen gezondheidsproblemen leiden tot schulden, bijvoorbeeld als mensen te maken krijgen met ziekte of beperkingen en daardoor (een deel van) hun inkomen kwijt raken. Anderzijds kunnen schulden een negatief effect op de gezondheid hebben. De cognitieve gevolgen van schaarste, en in het bijzonder van armoede, bemoeilijken de mogelijkheden die mensen hebben om deze negatieve gezondheidseffecten te bestrijden.**

## 7.1 Inleiding

Geldzorgen kunnen verschillende participatiedoelen van een individu in de weg staan en zijn van grote invloed op fysieke en mentale gezondheid. Volgens het Nibud (2016) is iemand financieel zelfredzaam als hij weloverwogen keuzes maakt waardoor zijn financiën, op zowel korte als lange termijn, in balans blijven. Niet alleen in het geval dat iemand zelf zijn geldzaken regelt, maar ook wanneer iemand weet wanneer hij hulp moet inschakelen. De vijf kerncompetenties die het Nibud onderscheidt zijn: in kaart brengen van de financiële situatie, verantwoord bestedingsgedrag, financieel vooruitkijken, verantwoord kiezen voor financiële producten en beschikken over voldoende kennis (Van der Schors, van der Werf & Schonewille, 2015).

In dit hoofdstuk gaan we verder in op de invloed van schulden op de gezondheid van mensen.

### 7.1.1 Feiten en cijfers

In 2015 heeft 45 procent van de Nederlandse huishoudens moeite om financieel rond te komen. Binnen deze groep geeft 17 procent aan (zeer) moeilijk rond te komen. En 28 procent geeft aan eerder moeilijk dan makkelijk financieel rond te komen. De belangrijkste redenen voor het moeilijk rondkomen zijn: stijgende uitgaven terwijl de inkomsten gelijk blijven of te weinig inkomsten en te hoge vaste lasten. Vooral uitkeringsgerechtigden geven aan moeilijk rond te komen (76% van de ondervraagde uitkeringsgerechtigden). Van de ondervraagde werkenden en gepensioneerden geeft 36 procent aan moeilijk rond te komen (Van der Schors, van der Werf & Schonewille, 2015).

Uit onderzoek van CBS in 2014 naar armoede en sociale uitsluiting blijken 734.000 Nederlandse huishoudens een laag inkomen te hebben en risico lopen op armoede. Hun inkomen ligt gemiddeld 12,5 procent onder de lage inkomensgrens. Deze grens vertegenwoordigt door de tijd heen een vast koopkrachtniveau en is geënt op de bijstandsuitkering van een alleenstaande in 1979, toen deze op een hoog niveau lag. Bij een inkomen onder de lage inkomensgrens spreekt CBS van een huishouden met een laag inkomen of van een huishouden met kans op armoede. Voor een alleenstaande

betekende dit in 2014 een tekort van 110 euro per maand. Van de 734.000 huishoudens hebben 217.000 al ten minste vier jaar achter elkaar te maken met een laag inkomen. In 2014 hebben vooral eenoudergezinnen (34%) en alleenstaanden tot 65 jaar (23%) een inkomen onder de lage inkomensgrens. Ook komt een laag inkomen veel voor onder niet-westerse allochtonen. In 2014 heeft bijna 32 procent van de huishoudens met een niet-westerse hoofdkostwinner een laag inkomen. Tot slot groeit 4,5 procent van de kinderen in Nederland op in een gezin dat langdurig een laag inkomen heeft: dit zijn in totaal 131.000 kinderen (CBS, 2015).

## 7.2 Financieel gezond zijn en gezondheid

Financieel gezond of ongezond zijn, is van grote invloed op de gezondheid en levensverwachting van mensen. Het verschil in levensverwachting tussen mannen in de laagste en hoogste inkomensklasse is 7,2 jaar en voor vrouwen is dit verschil 6,7 jaar. Het verschil in de jaren met een goede gezondheid zijn nog groter, namelijk ruim 17 jaar voor zowel mannen als vrouwen (Verweij, 2013).

Uit onderzoek van het CBS, in 2015, blijkt dat inkomen ook van invloed is op het inschatten van de eigen gezondheid. Mensen met een laag inkomen zijn minder positief over hun gezondheid (3 op de 10), dan mensen met een hoger inkomen (2 op de 10). Opvallend is dat 22 procent van de mensen met een lager inkomen aangeeft psychische problemen te hebben. Dit aantal ligt bij mensen met een hoger inkomen op 10 procent. Er bestaat een relatie tussen het hoogte van het inkomen en fysieke gezondheid. Van de mensen met een laag inkomen heeft 22 procent minimaal één beperking in horen, zien of bewegen. Bij mensen met een hoog inkomen is dit bij 15 procent het geval. Onder mensen met een laag inkomen is het aantal (zware) rokers en mensen met (ernstig) overgewicht groter. Het CBS vindt onder de groep van mensen met chronische ziekten, geen grote verschillen tussen mensen met een laag en hoog inkomen, dit is respectievelijk 41 en 44 procent.

De hoogte van het inkomen bepaalt ook de mate waarin mensen invloed kunnen uitoefenen op hun gezondheid. Iemand met meer geld, heeft meer mogelijkheden om zijn leven zo in te richten dat dit bijdraagt aan zijn gezondheid. Bijvoorbeeld door het kopen van gezond voedsel, het kunnen betalen van de contributie voor een sportvereniging en de mogelijkheid om te kiezen voor duurdere gezondheidszorg (Verweij, 2013).



Tabel 7. Gezondheidsenquête uit rapport CBS, 2015.

	minder dan goed ervaren gezondheid	psychische gezondheidsklachten	minimaal een lichamelijke beperking	minimaal een chronische ziekte
<b>boven lage-inkomensgrens</b>	19,3	9,9	13	44,1
<i>man</i>	17,1	8	10,5	38,7
<i>vrouw</i>	21,5	11,8	15,5	49,4
<i>tot 25 jaar</i>	6,8	8,3	3	18,7
<i>25 tot 45 jaar</i>	13,4	9,4	5,1	36,3
<i>45 tot 65 jaar</i>	25,6	10,3	16,7	56,8
<i>65 jaar en ouder</i>	41,1	11,7	29,5	79,1
	minder dan goed ervaren gezondheid	psychische gezondheidsklachten	minimaal een lichamelijke beperking	minimaal een chronische ziekte
<b>laag inkomen</b>	29,8	21,9	21,3	41,3
<i>man</i>	25,6	17,5	16,9	34,4
<i>vrouw</i>	33,4	25,2	24,6	46,9
<i>tot 25 jaar</i>	11,6	9,1	7	18,5
<i>25 tot 45 jaar</i>	32	30	16,2	43,7
<i>45 tot 65 jaar</i>	50,4	27	34,5	67,8
<i>65 jaar en ouder</i>	40,7	13,9	34,4	73,5

## 7.2.1 Schulden, gezondheid en participatie

Bij de relatie tussen schulden en gezondheid is sprake van een wederkerig verband. Enerzijds kunnen gezondheidsproblemen leiden tot schulden, bijvoorbeeld doordat zij door ziekte of beperkingen (een deel van) hun inkomen kwijt raken of onder armoedegrens belanden. Anderzijds kunnen schulden ook effect hebben op de gezondheid. Jacoby (2002) benoemt twee manieren waarop schulden de gezondheid negatief beïnvloeden. Allereerst zijn schulden gerelateerd aan stress en stress draagt bij aan ziekte. Daarnaast leiden schulden tot een slechtere persoonlijke verzorging en minder aandacht voor de eigen gezondheid.

Uit onderzoek van het Landelijk Platform Schuldhulpverlening (2004) blijkt dat 53 procent van de mensen met problematische schulden last heeft van gezondheidsproblemen, stress, slapeloosheid en depressiviteit. Onderzoek van Dessart & Kuylen (1986) bevestigt dit en benoemt ook nog nervositeit en agressie. Dubois en Anderson (2010) benadrukken naast stress en een slechte psychische gezondheid, ook een slechte fysieke gezondheid als mogelijk gevolg van schulden. Uit onderzoek van Drentea en Lavrakas (2000) blijkt dat hoe meer stress mensen van hun schulden ondervinden, hoe slechter hun fysieke gezondheid wordt.

Münster, Zier, Rüger & Letzel (2013) beschrijven dat er sprake is van een wisselwerking tussen schulden en gezondheidsproblemen. Uit hun onderzoek blijkt een derde van de onderzoekspopulatie aan te geven dat hun schulden zijn ontstaan als gevolg van hun gezondheidsproblemen. Ook zegt een derde dat de gezondheidsproblemen zijn ontstaan als gevolg van de schulden en een derde van de mensen kan niet goed aangeven welk probleem als eerste speelt.

Naast dat armoede van invloed is op de gezondheid staat het ook sociaaleconomische participatie in de weg. Het kan samengaan met uitsluiting van de arbeidsmarkt, bijvoorbeeld in het geval van langdurige werkloosheid en arbeidsongeschiktheid (Van Geuns, 2013; Vrooman & Snel, 1999).

Ook kan armoede van invloed zijn op de sociaal-maatschappelijke participatie van mensen. Zo kan het gebrek aan financiën de mogelijkheden beperken om sociale relaties aan te gaan of te onderhouden. Mensen zijn bijvoorbeeld minder snel lid van verenigingen en sportclubs, gaan minder vaak op bezoek en ontvangen minder vaak visite (Hof, 1998; Roest, Lokhuizen en Vrooman, 2010). Daarnaast blijken mensen die leven in armoede hun persoonlijke problemen minder snel met hun vrienden en kennissen te delen en zijn zij minder tevreden met hun sociale contacten dan mensen die niet in armoede leven (Hof, 1998). Ook de onderlinge verhoudingen in het gezin staan onder druk omdat mensen in armoede vaker te maken hebben met spanningen, ruzies, relatiebreuken, opvoedingsproblematiek en huiselijk geweld (Van Geuns, 2013; Witte, 2012). Tenslotte kan armoede gepaard gaan met eenzaamheid, sociaal isolement en gevoelens van sociale uitsluiting (Hof, 1998; Madern, 2015).

## 7.2.2 Invloed op gezondheid kinderen

In 2014 leven in Nederland 131.000 kinderen in een gezin met te weinig inkomen (CBS, 2015). Bij kinderen die langere tijd in armoede leven, kunnen gevoelens van angst, ongelukkig zijn en afhankelijkheid toenemen (Vanhee, 2007). Ook is het zo dat deze kinderen op school slechter presteren, vaker de regels overtreden en onzeker zijn doordat zij zich schamen voor de situatie waar zij in leven. Ouders voelen zich schuldig omdat zij hun kinderen onvoldoende kunnen bieden (Witte, 2012).

Naar de ervaringen van kinderen die leven in armoede is, in opdracht van de Kinderombudsman, onderzoek gedaan. Hieruit blijkt dat een op de drie kinderen zich dagelijks zorgen maakt over de thuissituatie. Zij maken zich zorgen over de geldproblemen en zijn bang voor bijvoorbeeld een huisuitzetting, het niet hebben van eten of spullen en voor nog meer schulden. Bij ongeveer een kwart van de geïnterviewde kinderen leiden deze zorgen tot fysieke of psychische klachten zoals hoofdpijn, buikpijn of vermoeidheidsverschijnselen (Steketee, 2013). Ook voelen kinderen zich machteloos en ervaren ze schaamte, jaloezie en uitsluiting omdat hun leeftijdgenoten meer hebben en meer kunnen doen (Vanhee, 2007). Kinderen die opgroeien in armoede lopen in hun jeugd grotere kans op een geringere sociale participatie, om een lagere opleiding af te ronden en ontvangen, als ze volwassen zijn, vaker een uitkering. Dit in vergelijking met kinderen die niet opgroeien in armoede (Guiaux, 2011).

## 7.3 Schaarste

Mullainathan en Shafir (2014) laten in hun boek *Scarcity* zien hoe schaarste, bijvoorbeeld aan geld, een groot effect heeft op vooral het mentale vermogen. Op de korte termijn scherpt schaarste de aandacht. Gebrek aan geld zorgt er voor dat iemand zuinig en efficiënt wordt. Op de langere termijn leidt het echter tot een tunnelvisie. De aandacht raakt beperkt tot dat wat schaars is, bijvoorbeeld geld, voedsel, vrienden of tijd. Hierdoor is het reactievermogen van mensen trager en hebben zij minder oog voor hun fysieke omgeving of voor wat zijzelf op een bepaald moment aan het doen zijn. Hun aandacht wordt steeds weer afgeleid naar het schaarse goed.

De auteurs geven aan dat schaarste de bandbreedte beperkt. Dit is de capaciteit om zaken in hun context te zien, om afwegingen te maken, consequenties te overzien en het lange termijn perspectief voor ogen te houden. Een geringere bandbreedte kan leiden tot beslissingen die de schaarste vergroten in plaats van verkleinen. Dus toch een lening afsluiten terwijl je al schulden hebt. Ongezonde (en dure) kant-en-klaarmaaltijden kopen in plaats van zelf koken (gezonder en goedkoper). Omdat schaarste aan financiële middelen, ofwel armoede, doorgaans niet van tijdelijke aard is, zijn ook de mentale gevolgen langdurig. Minder geld betekent ook dat andere vormen van schaarste niet gecompenseerd worden. Gebrek aan tijd kan bijvoorbeeld gecompenseerd worden door het inhuren van een kinderoppas of een tuinvrouw.

Gebrek aan geld maakt de negatieve gevolgen van schaarste ingrijpender dan andere vormen van schaarste. Volgens de auteurs verklaren de geringe cognitieve bandbreedte én de onmogelijkheid om schaarste te compenseren onder meer de gebrekkige medicijntrouw van arme mensen en het vaker voorkomen van overgewicht. Ook schiet de opvoeding vaak te kort, wat negatieve gevolgen kan hebben voor in ieder geval de psychische gezondheid van kinderen.



## Goed voorbeeld

### Ruilgoederenbank

In een financiële gezonde of ongezonde situatie verkeren is van grote invloed op het welzijn van mensen. Zo blijkt uit onderzoek dat de (gezonde) levensverwachting voor mensen met een laag inkomen lager ligt en ook dat het hebben van schulden kan zorgen voor meer gezondheidsproblemen, stress, slapeloosheid en depressiviteit. Voor kinderen in gezinnen met te weinig inkomen heeft de situatie ook invloed op hun welzijn en gezondheid. Zij blijken vaker last te hebben van fysieke en psychische klachten zoals hoofdpijn, buikpijn, vermoeidheid, angst en zorgen over de situatie.

Sinds 2011 heeft Nieuw-Buinen een laagdrempelige voorziening voor mensen met weinig geld, de Ruilgoederenbank (RGB). Inwoners met weinig geld kunnen spullen krijgen uit de RGB in ruil voor een wederdienst, zoals meehelpen in de winkel, boodschappen doen voor een buurtgenoot of een muurtje verven bij iemand thuis.

#### Aanpak

De ruilgoederenbank is opgezet voor mensen bij wie het even tegenzit en voor mensen die (tijdelijk) krap bij kas zitten. Enerzijds biedt de RGB zingeving en dagbesteding aan tien vrijwilligers met een afstand tot de arbeidsmarkt. Samen met de coördinator van de RGB en regisseur vanuit het sociaal team wordt gekeken waarin een vrijwilliger zich wil ontwikkelen en of doorstromen naar een betaalde baan tot de mogelijkheden behoort. Anderzijds biedt de RGB aan inwoners met weinig geld de mogelijkheid om goederen en diensten van de RGB te krijgen in ruil voor een wederdienst. Hierdoor kunnen zij het geld wat zij besparen besteden aan huisvesting en andere primaire levensbehoeften. Het doen van een wederdienst maakt dat mensen geactiveerd worden en zich nuttig voelen.

#### Werkt het?

Er is geen onderzoek gedaan naar de effecten van de RGB. Wel is bekend dat de RGB al vijf jaren naar volle tevredenheid draait. Zowel het aanbod als de uitgifte van tweedehands goederen en diensten groeit jaarlijks. Professionals van het sociaal team zien dat mensen die eenmaal actief zijn, ook actief blijven. Dit geldt zowel voor de vrijwilligers bij de RGB als de inwoners die regelmatig goederen of diensten inleveren bij of krijgen van de RGB. Begin 2016 hadden 215 van de 5100 inwoners van Nieuw-Buinen een pasje voor de RGB.

#### Meer informatie?

[Praktijkbeschrijving Ruilgoederenbank](#)  
[Sociaal team Veenland](#).

### Lees meer over werkzame elementen bij het tegengaan van schulden en armoede:

- [Wat werkt bij schuldhelpverlening?](#)
- [Wat werkt bij de aanpak van armoede?](#)  
Wat we kunnen leren van empowerment en de psychologie van de schaarste

# 8 Wat werkt?

## 8.1 Sociaal maakt gezond

In deze publicatie staan vele argumenten voor een betere verbinding tussen het sociaal domein en het gezondheidsdomein. We maken zichtbaar dat sociale factoren een bijdrage leveren aan gezondheid en hoe dat werkt, voor zover bekend.

Zelfredzaamheid, sociale netwerken, contact, mantelzorg, vrijwilligerswerk, een zinvolle dagbesteding, voldoende inkomen, al deze factoren hebben invloed op zowel de ervaren als de feitelijke gezondheid. Vaak in positieve zin, soms in negatieve zin. Het zijn vaak, maar zeker niet uitsluitend, sociaal professionals én vrijwilligers die een rol spelen wanneer mensen problemen of beperkingen ervaren op deze terreinen. Zij helpen bij het versterken, veranderen of uitbreiden van het sociale netwerk. Zij ondersteunen mantelzorgers door respijtzorg te bieden. Zij dragen bij aan het creëren van plaatsen waar mensen zinvol hun dag kunnen besteden. Sociaal professionals en vrijwilligers leveren een bijdrage aan gezondheid. Naast de individuele gezondheid werken zij ook aan de collectieve aanpak van problemen die gevolgen hebben voor gezondheid. Denk aan het vergroten van de leefbaarheid in een wijk, het versterken van de sociale cohesie, het mogelijk maken van ontmoeting, etc.

Van de kennis en ervaring van sociaal professionals kan nog veel meer gebruik gemaakt worden bij preventie, in de publieke gezondheid, door de eerstelijns gezondheidszorg, in de langdurige zorg. Hoe de verbinding in de lokale praktijk gestalte krijgt, is afhankelijk van de wensen, behoeften en mogelijkheden van alle betrokkenen in die lokale praktijk: bewoners in al hun rollen (patiënt, cliënt, mantelzorger, helpende buur of vriend, vrijwilligers, werknemer), professionals (uit alle betrokken domeinen), de organisaties waarvoor zij werken, financiers (zoals zorgverzekeraars) en de gemeente.

In dit dossier hebben we laten zien dat sociale factoren gezondheid beïnvloeden. Een volgende stap wordt het laten zien wat werkt in de aanpak van die sociale factoren. Hoe kan effectief worden bijgedragen aan het voorkomen of bestrijden van eenzaamheid of van armoede? Hoe kan activering naar vrijwilligerswerk of betaald werk worden aangepakt? Hoe kan mantelzorg het beste worden ondersteund? In dit dossier gaan we hier niet verder op in omdat veel kennis nog niet bekend of niet ontsloten is. Echter, voor sommige van deze thema's zijn de werkzame elementen al wel verzameld in Wat werkt dossiers. In paragraaf 8.2. zetten we de dossiers en andere beschikbare kennis op een rij.

Met dit dossier kiezen we er voor om te laten zien hoe sociaal gezond maakt. Maar hoe zit het andersom? Draagt gezond ook bij aan sociaal? In paragraaf 8.3 gaan we kort in op die vraag. Tot slot stellen we in paragraaf 8.4. de vraag waar de verbinding tussen sociaal en gezond vooral gelegd kan worden en hoe.

## 8.2 Werkzame elementen

Het Wat Werkt dossier is opgebouwd aan de hand van het Participatiewiel. Dit model biedt inzicht in de gebieden waarop mensen hulp kunnen gebruiken om deel te nemen aan de samenleving, in welke vorm dan ook. Het valt buiten het bestek van dit dossier om in te gaan op de werkzame

elementen bij de ondersteuning van participatie op een bepaald gebied. Per gebied geven we aan waar meer informatie te vinden is.

### 8.2.1 Zelfredzaam zijn

De volgende publicaties geven meer inzicht in de werkzame elementen bij het vergroten van zelfredzaamheid:

- [Naar het hart van empowerment - deel 1](#)  
Een onderzoek naar de grondslagen van empowerment van kwetsbare groepen
- [Naar het hart van empowerment - deel 2](#)  
Over de vraag wat werkt
- [Zelfregie terug in het werk](#)  
Handvatten voor zelfregulerend en zelf organiserend vermogen
- [Zelfregie en huiselijk geweld](#)  
Samen werken aan duurzame veiligheid achter de voordeur

### 8.2.2 Anderen ontmoeten: belang sociale netwerken

De volgende publicaties geven meer inzicht in de werkzame elementen bij het versterken van sociale netwerken:

- [Eenzaam ben je niet alleen](#)  
Samen werken aan een nieuwe blik op eenzaamheid en sociaal isolement
- [Wat werkt bij Eenzaamheid](#)
- [Aan de slag met sociale netwerken](#)  
De 44 meest bekende methoden verzameld

### 8.2.3 Voor anderen zorgen: mantelzorg

De volgende publicaties geven meer inzicht in de werkzame elementen bij de ondersteuning van mantelzorgers:

- [Werkzame elementen bij respijtzorg](#)  
Deze publicatie biedt ondersteuning aan beleidsmakers en beroepskrachten in zorg en welzijn bij het effectiever maken van respijtzorg.
- [Effectieve respijtzorg](#)  
Stappenplan voor gemeenten
- [Op weg naar vitaliteit](#)  
Landkaarten als reflectietool voor mantelzorgers en mantelzorgondersteuners
- Wat werkt bij Mantelzorg (verschijnt in 2017)

### 8.2.4 Bijdragen aan samenleving: vrijwillige inzet

De volgende publicaties geven meer inzicht in de werkzame elementen bij de activering naar, en ondersteuning van, vrijwilligerswerk:

- [Vrijwillige inzet is de basis](#)
- [Methodisch werken aan actief burgerschap](#)
- Dossier Wat Werkt bij ... Activering (verschijnt in 2017)



- Basisboek Vrijwilligersmanagement - Werven, sturen en motiveren (De Gast, Hetem, Wilbrink, 2009).

## 8.2.5 Uitvoeren betaald werk

De volgende publicaties geven meer inzicht in de werkzame elementen bij de activering naar betaald werk, beschut werken en arbeidsmatige dagbesteding:

- [Het monitoren van arbeidstoeleiding van mensen met grote afstand tot de arbeidsmarkt en gezondheidsproblemen](#)
- [Wat werkt en wat niet werkt](#). Zoeken, vinden en behouden van een betaalde baan voor mensen met een aandoening of beperking
- [Niet voor spek en bonen. Gemeenten & werk voor mensen met een arbeidsbeperking](#)
- Dossier Wat Werkt bij ... Activering (verschijnt in 2017)

## 8.2.6 Financieel gezond zijn

De volgende publicaties geven meer inzicht in de werkzame elementen bij de aanpak van armoede en bij schuldhulpverlening:

- [Wat werkt bij schuldhulpverlening?](#)
- [Wat werkt bij de aanpak van armoede?](#)

Wat we kunnen leren van empowerment en de psychologie van de schaarste.

## 8.3 Maakt gezond ook sociaal?

In dit dossier maken we zichtbaar hoe sociale factoren gezondheid beïnvloeden. De vraag is: werkt het ook andersom? Maakt gezond sociaal? Ten behoeve van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014 doet het RIVM onderzoek (Harbers en Hoeymans 2013). Daarbij hanteren zij een iets andere invulling van participatie dan wij in dit dossier doen. Ze beschouwen maatschappelijke participatie als vormen van participatie die van (economisch) belang zijn voor de maatschappij: opleiding, betaald werk, vrijwilligerswerk en informele zorg (= mantelzorg). RIVM concludeert dat de meeste mensen maatschappelijk actief zijn, ook al hebben ze een chronische ziekte of zijn ze gedeeltelijk arbeidsongeschikt. Gezonde mensen participeren wel meer dan mensen die minder gezond zijn. Een minder goede gezondheid blijkt vooral een belemmering te zijn voor het uitvoeren van betaald werk. Voor het volgen van onderwijs of het doen van vrijwilligerswerk lijkt het een minder groot obstakel. Ook bij het verlenen van mantelzorg is gezondheid van ondergeschikt belang.

Het onderzoek van het RIVM gaat in op maatschappelijke participatie, en daarmee slechts op een deel van de sociale factoren waarop gezondheid van invloed kan zijn. Voor een compleet beeld is een Wat werkt dossier 'Gezond maakt sociaal' nodig.

## 8.4 In de praktijk

Tot voor kort waren het sociaal domein en de (publieke) gezondheidszorg twee gescheiden domeinen. Elk met eigen professionals, methodieken en kennis. Sinds de komst van de Wmo, in 2007, de bezuinigingen en de decentralisaties komt hierin verandering. Dit Wat Werkt dossier levert,

hopen we, een bijdrage aan een betere verbinding tussen het sociaal domein en, wat we kortweg het gezondheidsdomein noemen. Hoe ziet die verbinding er uit? En wat werkt bij het leggen van de verbinding? Met de antwoorden op deze vragen kunnen we een nieuw Wat werkt dossier vullen, vooropgesteld dat de kennis hierover beschikbaar is. In dit slothoofdstuk plaatsen we slechts enkele opmerkingen die bij het nadenken over optimale verbindingen van belang zijn.

### **Niveaus van verbinding**

De verbinding tussen sociaal en gezond vindt plaats op meerdere niveaus. Op het niveau van de burger, de cliënt, de doelgroep, het gezin, de bewoner<sup>8</sup> gaat het er om dat het leven in zijn geheel wordt beschouwd op het moment dat hulp en ondersteuning nodig is. Een dergelijke aanpak, waarin meerdere leefgebieden in samenhang worden bekeken, wordt wel een integrale aanpak genoemd (Franken et al., 2016). De term integraal werken wordt gebruikt voor de samenwerking tussen domeinen die nodig is om een integrale aanpak mogelijk te maken.

Sociale wijkteams zijn een voorbeeld van integraal werken. Dit is het niveau waarop professionals werkzaam zijn. Veel wijkteams lukt het nog niet om bijvoorbeeld de verbinding met preventie te leggen (Van Arum en Schoorl, 2016). Kruiter en Klokman (2016) constateren dat wijkteams vaak wel de intentie hebben om integraal of holistisch te werken, maar dat het beleid en de systemen vaak nog niet aansluiten bij de gewenste praktijk. Het is dus van belang dat ook op het niveau van organisaties naar manieren wordt gezocht om de verbinding te stimuleren en mogelijk te maken. Het is van belang dat opdrachtgevers, financiers en beleidsmakers de voorwaarden zo optimaal mogelijk maken voor de verbinding. Een gedeelde visie helpt. Hieruit wordt duidelijk wat de noodzaak en de meerwaarde is van een goede verbinding tussen domeinen (bijvoorbeeld in een integrale, holistische of wijkgerichte aanpak).

### **Veranderen perspectief**

Het pleidooi voor het optimaal verbinden van sociaal en gezond wordt vaak gepareerd met de verzuchting dat 'alles' daardoor nog ingewikkelder wordt. De wereld van de decentralisaties, van integraal beleid, van de Wmo, van wijkteams is al complex genoeg. De toevoeging van gezondheid lijkt het nog ingewikkelder te maken. Een ander perspectief is mogelijk. Een perspectief waarin niet de systemen of de domeinen centraal staan die met elkaar verbonden moeten worden. Een perspectief waarin de wensen, mogelijkheden en behoeften van buurt- of dorpsbewoners als uitgangspunt worden genomen.

Er komen langzaam voorbeelden waarin dit gebeurt. Er zijn gemeenten die gericht streven naar een integrale aanpak op het niveau van de wijk, zoals Amersfoort. De gemeenten Woerden en Delft richten zich op een integraal PGB, zonder systeemscheidingen. In de gemeente Rotterdam laat bureau Frontlijn zich leiden door de ervaringen van Rotterdammers, bij het doorbreken van de armoedespiraal in achterstandswijken. In gemeente Breda werken onder de noemer Zorgvoorelkaar inwoners van Breda, vrijwilligers en professionals van maatschappelijke organisaties en de gemeente samen. Dit zijn maar enkele van de vele voorbeelden waar gewerkt wordt vanuit de visie dat een veerkrachtige samenleving begint bij de burger. En daarmee bij onszelf.

---

<sup>8</sup> Dit wordt ook wel het niveau van de leefwereld genoemd.

# Bronnenlijst

- Adams, K. B., Leibbrandt, S., & Moon, H. (2011). *A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life*. *Ageing and Society*, 31(04), 683-712.
- Arends, J., & Flöthe, L. (2015). *Wie doet vrijwilligerswerk? Sociaal economische trends*. Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Arum, S. van, Schoorl, R. (2016). *Sociale (wijk)teams in beeld: stand van zaken na de decentralisaties*. Movisie, Utrecht.
- Bartelink, C. (2012). *Wat werkt bij het versterken van het sociale netwerk van gezinnen?* Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut.
- Bekkers, R. H. F. P. (2013). *Geven van tijd: Vrijwilligerswerk*. In: Th.N.M. Schuyt; B.M. Gouwenberg;
- Bekkers, R.H.F.P. (red.) (2013). *Geven in Nederland 2013: Giften, Nalatenschappen, Sponsoring, Vrijwilligerswerk*. Amsterdam: Reed Business Education.
- Bergen, A.M. van, Poll, A., Werf, M. van der, & Willemsen, E. (2015). *Ervaringsdeskundigheid in de wijk*. Utrecht: Movisie
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). *From social integration to health: Durkheim in the new millennium*. *Social science & medicine*, 51(6), 843-857.
- Berkman, L.F., Melchior, M., Chastang, J.F., Niedhammer, I., Leclerc, A., & Goldberg, M. (2004). *Social integration and mortality: a prospective study of French employees of Electricity of France-Gas of France: the GAZEL Cohort*. *Am J Epidemiol*, 159, 167-174.
- Boer, A. de, Broese van Groenou, M., & Timmermans, J. (red.). (2009). *Mantelzorg: Een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boer, A., de & Klerk, M., de (2013). *Informele zorg in Nederland: Een literatuurstudie naar mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Bridges Karr, L (2009). *Hoofdstuk 3: Wat beweegt vrijwilligers?* In: Basisboek vrijwilligersmanagement. Werven, sturen en motiveren. Onder redactie van Gast, W.J. de, Hetem, R. & Wilbrink, I. (2009). Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Brink, C. (2013). *Kennisdossier 5: Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid: De begrippen ontward*. Utrecht: Movisie.
- Broese van Groenou, M., & Boer, A. de. (2009). *Uitkomst: positieve ervaringen*. In: Boer, A. de, Broese van Groenou, M., & Timmermans, J. (red.) *Mantelzorg. Een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Broese van Groenou, M.I., & van Tilburg, T.G. (2007). *Ouder worden in sociaal-relatieel perspectief*. In: A. Pot, Y. Kuin & M. Vink (Eds.), *Handboek ouderpsychologie* (pp. 51-63). Utrecht: De Tijdstroom. ISBN 90-5898-110-X

Bruggink, J-W (2010). [Mensen met beroepen van lager niveau voelen zich minder gezond](#). Den Haag/Heerlen: CBS webmagazine.

Campen, C. van., Iedema, J. & Wellink, H. (2006). *Gezond en wel met een beperking*. Ervaren kwaliteit van leven en functioneren van mensen met langdurige lichamelijke beperkingen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

CBS publicaties:

[Hulp en steun van familie, vrienden en kennissen / Arbeid / Betaalde arbeid / Beroepsbevolking / Gezondheidstoestand / Lage inkomensgrens / Totaalbeeld arbeidsmarkt](#)

CBS (2013). [Meer en beter contact met anderen van belang voor geluk](#).

CBS (2015). [Helpt van de bevolking doet vrijwilligerswerk, mannen en vrouwen vrijwel even vaak](#)

CBS (2015). [Beperkingen in dagelijkse handelingen bij ouderen](#).

CBS (2015). *Armoede en sociale uitsluiting 2015*. Den Haag: CBS.

CBS (2016). [Met arbeidshandicap vaak niet actief op arbeidsmarkt](#).

CBS (2016). [Gezondheid en zorggebruik persoonskenmerken, percentage 55 jaar en ouder met ADL beperking](#).

CBS (2016). [Gezonde levensverwachting](#).

CBS (2016). [Aantal daklozen in zes jaar met driekwart toegenomen](#).

CBS (2016). [Met arbeidshandicap vaak niet actief op de arbeidsmarkt](#).

Croezen, S. (2010). *Social relationships and healthy ageing: Epidemiological evidence for the development of a local intervention programme*. P128. Doctoraalscriptie. ISBN: 9789085856917

Crombag-Röben, P., & Hagen, B. (2010). *Werk met zorg: Participatie door arbeidsmatige dagbesteding*. In: M. van Houten & A. Winsemius (red) (2010). *Participatie ontward: Vormen van participatie uitgelicht*. Utrecht: Movisie.

Cuijpers, M., & Kruijswijk, W. (2012). *Aanspreken op kracht*. Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie, 43(5), 240-242.

Cuijpers, M., Kruijswijk, W., & Lier, W. van. (2012). *Momenten van zin: Essay over zingeving en mantelzorg*. Utrecht: Expertisecentrum Mantelzorg.

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute of Future Studies.

Dessart, W.C.A.M., & Kuylen, A.A.A. (1986). *The nature, extent, causes, and consequences of problematic debt situations*. Journal of Consumer Policy, 9(3), 311-334.

Dijk, T. van., Veen, M., & Cox, E. (2010). *Slachtofferschap van huiselijk geweld: aard, omvang, omstandigheden en hulpzoekgedrag*. Hilversum: Intomart.

Drentea, P., & Lavrakas, P.J. (2000). *Over the limit: the association among health, race and debt*. Social Science & Medicine (1982), 50(4), 517-529.

Dubois, H., & Anderson, R. (2010). *Managing household debts: Social service provision in the EU*. Dublin: Eurofound.

- Dykstra, P.A. (2001). *Netwerken van informele steun en sociaal-demografische veranderingen*. In: J.C. Vrooman (red.). *Netwerken en sociaal kapitaal*. Actualiteitencolleges van de Nederlandse Sociologische Vereniging (II). ISBN 90-6706-162-X. SISWO/NSV: Amsterdam.
- Engelen, M. van, Houten, M. van, Kuiper, F., & Xanten H., van. (2015). *Niet voor spek en bonen: Gemeenten & werk voor mensen met een arbeidsbeperking*. Utrecht: Movisie.
- Eysink, P.E.D., Klein Hesselink D.J., Houtman I.L.D. (2014). [Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van \(on\)gunstige arbeidsomstandigheden?](#) In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.
- Ferlander S. *The importance of different forms of social capital for health*. *Acta Sociologica*, 2007; 50(2): 115-128.
- Fokkema, T. & Dykstra, P.A. (2009) *De aanpak van eenzaamheid – Feiten en Misverstanden*. *Demos* (The Hague), 25, (3): 5-8.
- Franken, M., Houten, M. van, Lammersen, G., Mateman, H. & Verweij, S. (2016). [Werk en inkomen: kennis en interventies geordend. Kennissynthese over methodisch werken, integraal werken en armoede en schulden](#). Utrecht: Movisie.
- Hof, S. (1998) *Armoede en sociale relaties*, in Engbersen, G., Vrooman, J.C. & Snel, E., *Effecten van armoede*. Derde jaarrapport armoede en sociale uitsluiting. Amsterdam: University Press.
- Galenkamp, H., & Snijders, B.E.P. (2013). [Ervaren gezondheid samengevat](#). In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.
- Geuns, R. van (2013) *Every picture tells a story. Armoede: een gedifferentieerd verschijnsel*. (Electoraal rede) Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam.
- Gool, C.H., van (2014). [Wat is lichamelijk functioneren en hoe wordt het gemeten?](#) In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.
- Granovetter, M.S. (1973). *The strenght of weak ties*. *American Journal of Sociology*, 78 (6): 1360-1380.
- Guiaux, M. (2011). *Voorbestemd tot achterstand? Armoede en sociale uitsluiting in de kindertijd en 25 jaar later*. Den Haag: SCP.
- Harbers, M.M. & Hoeymans, N. (red), 2013. *Gezondheid en maatschappelijke participatie*. Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Heide, I. van der. (2015) [Health literacy: an asset for public health](#). Amsterdam, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Hollander, A.E.M. de, Hoeymans, N., Melse, J.M., Oers, J.A.M., van, Polder, J.J. (2006) *Zorg voor gezondheid*. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., & Layton, J.B. (2010). *Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review*. *PLoS medicine* 7 (7): 859-879.

Houten, M. van & Winsemius, A. (red) (2010). *Participatie ontward: Vormen van participatie uitgelicht*. Utrecht: Movisie.

HLS-EU Consortium, 2012. *Comparative report of health literacy in eight EU member states*. The European Health Literacy Suvery EU.

Huber, M., J.A. Knottnerus, L. Green, H. van der Horst, A.R. Jadad, D. Kromhout, B. Leonard, K. Lorig, M.I. Loureiro, J.W.M. van der Meer, P. Schnabel, R. Smith, C. van Weel, & H. Smid (2011). *How should we define health?* In: British Medical Journal 343:d4163.

Huber, M., Vliet, van M., Giezenberg, M., & Knottnerus, A. (2013). *Aanzet operationalisering gezondheidsconcept 'Health as the ability to adapt and to self-manage' tot 'Positieve Gezondheid'*. Louis Bolk Instituut.

Huxhold, O., Fiori, K., & Windsor, T. (2013). *The Dynamic Interplay of Social Network Characteristics, Subjective Well-Being, and Health: The Costs and Benefits of Socio-Emotional Selectivity*. Psychology and Aging, 28(1), 3-16.

Huyegen, A., & Meere, F. de. (2008). *De invloed en effecten van sociale samenhang: Verslag van een literatuurverkenning*. Verwey-Jonker Instituut.

Jacoby, M.B. (2002). *Does indebtedness influence health? A preliminary inquiry*. Journal of Law, Medicine & Ethics, 30(4), 560-571.

Jenkinson, C.E., Dickens, A.P., Jones, K., Thompson-Coon, J., Taylor, R.S., Rogers, M., Bambra, C.L., Lang, I., & Richards, S.H. (2013). *Is volunteering a public health intervention? A systematic review and meta-analysis of the health and survival of volunteers*. BMC Public Health, 13, 773.

Klerk, M. de, Boer, A. de, Kooiker, S., Plaisier, I., & Schyns, P. (2014). *Hulp geboden: Een verkenning van de mogelijkheden en grenzen van (meer) informele hulp*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Klerk, M. de, Boer, A. de., Plaisier, I., Schyns, P., & Kooiker, S. (2015). *Informele hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014*. Den Haag: SCP.

Kloosterman R., & Houwen, K. van der. (2014). *Frequentie en kwaliteit van sociale contacten*. CBS Bevolkingstrends. Centraal Bureau voor de Statistiek.

Koning, J. de, Collewet, M., & Gravesteijn-Ligthelm, J. (2008). *Participatie en Gezondheid: Thema 1 De invloed van arbeidsparticipatie en terugkeer naar werk*. Rotterdam: SEOR.

Korporaal M, van Groenou MIBroe, van Tilburg T. *Effects of own and spousal disability on loneliness among older adults*. J Aging Health. 2008;20(3):306-25.

Kruijswijk, W. (2013). *Werkzame elementen van interventies op een rij: Werkzame elementen bij mantelzorgondersteuning*. Utrecht: Movisie.

Kruijswijk, W., & Peters, A. (2014). *Samen zorgen met mantelzorgers: Visie op mantelzorg*. Expertisecentrum Mantelzorg.

Kruiter, A.J., Klokman, S. (2016) in: Kruiter, A.J., Bredewold, F., Ham, M. (red.) (2016). *Hoe de verzorgingsstaat verbouwd wordt*. Amsterdam: Van Genneep / Sociale Vraagstukken.



- Kuiper, J.S., Zuidersma, M., Oude Voshaar, R.C., Zuidema, S.U., Heuvel, E.R. van den, Stolk, R.P. & Smidt, N. (2015). *Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies*. Ageing Research Reviews, 22, 39-57.
- Lackey, N.R., Gates, M.F. (2001), 'Adults' recollections of their experiences as young caregivers of family members with chronic physical illnesses', in: 'Journal of advanced Nursing', 34(3), p.320-328.
- Landelijk Platform Integrale Schuldhulpverlening. (2004). *Integrale schuldhulpverlening Handreiking voor gemeenten en uitvoerende instanties*. Utrecht: Landelijk Platform Integrale Schuldhulpverlening.
- Li, Q., & Loke, A.Y. (2013). *The positive aspects of caregiving for cancer patients: a critical review of the literature and directions for future research*. Psychooncology, 22(11):2399-407. doi: 10.1002/pon.3311.
- Lum, T. Y., & Lightfoot, E. (2005). *The effects of volunteering on the physical and mental health of older people*. Research on aging, 27(1), 31-55.
- Luoh, M.C., & Herzog, A.R. (2002). *Individual consequences of volunteer and paid work in old age: health and mortality*. Journal of Health and Social Behavior, 43(4), 490-509.
- Maat, J.W., van de. (2013). *Werkzame elementen van interventies op een rij: Werkzame elementen bij eenzaamheid*. Utrecht: Movisie.
- Mackenzie, A. & Greenwood, N. (2012). *Positive experiences of caregiving in stroke: a systematic review*. Disabil Rehabil., 34(17):1413-22. doi: 10.3109/09638288.2011.650307.
- Madern, T.E. (2015) *Op weg naar een schuldenvrij leven. Gezond financieel gedrag noodzakelijk om financiële problemen te voorkomen*. Utrecht: Nibud.
- Ministerie van Justitie. (2002). *Privé geweld - publieke zaak. Nota over de gezamenlijke aanpak van huiselijk geweld*. Den Haag: Ministerie van Justitie, DPJS, 2002.
- Mogendorff, K. (2007). *Met zorg ondernemen: Bouwstenen voor succesvolle samenwerking tussen ondernemers en langdurige zorg*. Utrecht: Vilans.
- Morée, M., Lyke, van der, S., de Jong, Y. & Lier, van, W. (2002). *Interculturele familie zorg: een literatuurverkenning*. Utrecht: Expertisecentrum Informele Zorg.
- Movisie. (2011). *Factsheet Huiselijk geweld: aard en omvang, gevolgen, hulverlening en aanpak*. Utrecht: Movisie.
- Movisie (2013). [Kennisdossier Eigen regie](#).
- Movisie. (2014). [Sociaal maakt gezond](#).
- Movisie. (2014). *Vrijwillige inzet is de basis. Aandachtspunten voor lokaal beleid. Stimuleren Makelen Ondersteunen Continuëren*. Den Haag: Transitiebureau Wmo.
- Movisie. (2015). *Sociaal maakt gezond: Voor verbinding tussen welzijn, preventie en publieke gezondheid*. Utrecht: Movisie.
- Movisie (2015). [Het Participatiewiel 2015](#)

- Münster, E., Zier, U., Rüger, H. & Letzel, S. (2013). *Over-indebtedness, health and social network*.
- Mullainathan, S., Shafir, E. (2014) *Schaarste. Hoe gebrek aan tijd en geld ons gedrag bepalen*.
- Nanninga, K. (2015). *Jongvolwassen mantelzorgers en hun transitie naar volwassenheid*. Utrecht: Faculty of Social and Behavioural Sciences Theses, Universiteit Utrecht.
- Nederlands Jeugd Instituut (NJI) (2015) *Factsheet Langdurig lichamelijk zieke ouder*.
- Nibud (2016). *Financiële zelfredzaamheid – Definitie financieel zelfredzaam*.
- Nusselder, W.J., Sloekers, M.T., Krol, L., Sloekers, C.J.T., Looman, C.W.N., Beeck, E.F. van. (2014). *Sterfte en levensverwachting bij daklozen. Prospectief cohort onderzoek in Rotterdam in de periode 2001-2010*. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 158: A7654, 1-5.
- Onyx, J. & Warburton, J. (2003). *Volunteering and health among older people: a review*. Australasian Journal on Ageing, 22(2), 65-69. DOI: 10.1111/j.1741-6612.2003.tb00468.x
- Oortwijn, W., Nelissen, E., Adamini, S., Heuvel S. van den, Geuskens, G., & Burdorf, L. (2011) *Social determinants state of the art reviews - Health of people of working age*. Luxembourg: European Commission Directorate General.
- Pharos (2014). *Factsheet Sociaaleconomische Gezondheidsverschillen (SEGV)*. Utrecht: Pharos.
- Post, N., & Lucht, F. van der. (2012). *Participatie: Wat is de samenhang met gezondheid en zorg?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.
- Putnam, R.D. (2010). *Bowling Alone – The collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.
- Rijksoverheid (2015). *Stimulering werkgevers bij het aannemen van mensen met een arbeidsbeperking*.
- Roest, A., Lokhorst, A.M., & Vrooman, C. (2010) *Sociale uitsluiting bij kinderen*. Den Haag: SCP.
- Ruijsbroek, J.M.H., & Droomers M. (2008). *Sociale omgeving en gezondheid*. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM,
- Savelkoul, M., & Van Sonderen, F.L.P. (2014). *Wat is sociale steun?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.
- Savelkoul, M., Hagedoorn, M., & Sanderman, R. (2011). *Wat zijn de effecten van sociale steun op gezondheid?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.
- Savelkoul, M., Sanderman, R., & Van Sonderen, F.L.P. (2011). *Welke factoren beïnvloeden sociale steun?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.
- Savelkoul, M., & Tilburg, van, T.G. (2010). *Wat is eenzaamheid en hoe wordt het gemeten?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.

- Savelkoul, M., & Tilburg, van, T.G. (2010). *Eenzaamheid: Wat is de relatie met determinanten?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.
- Savelkoul, M., & Tilburg, van, T.G. (2010). *Eenzaamheid: Wat is de relatie met ziekten?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.
- Schors, A. van der., Werf, M. van der. & Schonewille, G. (2015). *Geldzaken in de praktijk 2015*. Utrecht: Nibud.
- Schrijvers, C. T. M., Schoemaker, C. G., & Schrijvers, C. (2008). *Spelen met gezondheid. Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd*. Bilthoven: RIVM.
- Schulz, R., & Sherwood, P.R. (2009). *Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving*. Am J Nurs., 108(9 Suppl), 23-27. doi:
- Schuring, M., Robroek, S.J., Otten, F.W., Arts, C.H., & Burdorf, A. (2013) *The effect of ill health and socioeconomic status on labor force exit and re-employment: a prospective study with ten years follow-up in the Netherlands*. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 39: 134-43.
- Shifren K. (2001), 'Early caregiving and adult depression: good news for young caregivers', in: 'The Gerontologist', 2001, 41(2), p.188-190.
- Sieh, D., Visser-Meily, A., & Meijer, A. M. (2011). *Jonge mantelzorgers heeft behoefte aan aandacht*. Jeugd en Co Kennis, 5(1), 18-26.
- Sprengers, I.M.S.J.G. (2006). *Opvoedingsondersteuning en welbevinden: Een onderzoek bij Nederlandse en Amerikaanse moeders van jonge kinderen*. Doctoraalscriptie Pedagogische Wetenschappen. Universiteit van Amsterdam.
- Steketee, M., Nederland, T., & Mak, J. (2013). *Kinderen in armoede in Nederland*. Onderzoeksrapport naar armoede onder kinderen in Nederland. Den Haag: de Kinderombudsman.
- Storm, O. & Scherpenzeel, S. (2013) *Factsheet Ontspoorde Mantelzorg*. Utrecht: Movisie.
- Straaten, B. van., Laan, J. van der., Schrijvers, C., Boersma, S., Maas, M., Wolf, J. & Meen, D. van de. (2012). *Profiel van daklozen in de vier grote steden. Resultaten uit de eerste meting van de Cohortstudie naar daklozen in de vier grote steden (CoDa-G4)*. Rotterdam & Nijmegen: IVO & UMC St. Radboud.
- Tijhuis, M. A. R. (1994). *Social networks and health*. Proefschrift Universiteit Utrecht.
- Timmermans, J., Boer, A. de., Iedema, J. (2005). *De Mantelval. Over de dreigende overbelasting van de mantelzorgers*. Den Haag: SCP.
- TNS Nipo. (2013). *Rapport Eenzaamheid en vrijwilligerswerk*. Coalitie Erbij.
- Tuk, A., Karbouniaris, S., Wilken, J.P., & Slagmaat, C. van. (2012). *Handleiding voor het opzetten van Wijk en Psychiatrie*. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie.
- Uchino, B. N. (2009). *Understanding the links between social support and physical health: A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support*. Perspectives on Psychological Science, 4(3), 236-255.

- UnitedHealth Group (2013). *Doing good is good for you: Health and volunteering study*. UnitedHealth Group Center Minnesota.
- Vanhee, L. (2007). *Weerbaar en broos: mensen in armoede over ouderschap: een verkennende kwalitatieve studie in psychologisch perspectief*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.
- Veen, H.C.J. van der, Bogaerts, S. (2010). *Huiselijk geweld in Nederland: Overkoepelend syntheserapport van het vangst, hervangst, slachtoffer- en daderonderzoek 2007-2010*. Meppel: Boom.
- Versantvoort, M. & Echtelt, van P. (2012). *Belemmerd aan het werk - Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname personen met gezondheidsbeperkingen*. Den Haag: SCP.
- Verschuuren, M. (2013). *Vrijwilligerswerk: Wat is de samenhang met gezondheid en zorg?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.
- Verweij, A. (2013). *Arbeidsparticipatie: Wat is de samenhang met gezondheid en zorg?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.
- Verweij, A. (2013). *Socialeconomische status: Wat is de samenhang met gezondheid en zorg?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.
- Vink, M., Bayar, Ö., Cetintürk, G., Elmorabit, H., Kooba, R., & Taoujni, N. (2007). *Er is geen vluchtstrook*. Amsterdam: Amsterdams Patiënten/Consumenten Platform (APCP).
- Vrooman, J.C. & Snel, E. (1999) *Op zoek naar de echte armen*, in Engbersen, G., Vrooman, J.C. & Snel, E., Armoede en verzorgingsstaat. Vierde jaarrapport armoede en uitsluiting. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Willigen, van M. (2000). *Differential benefits of volunteering across the life course*. *The journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55, S308-S318.
- Wit, A. de, Bekkers, R., Karamat Ali, D., & Verkaik, D. (2015). *Welfare impacts of participation*. Deliverable 3.3 of the project: "Impact of the Third Sector as Social Innovation" (ITSSOIN), European Commission – 7th Framework Programme, Brussels: European Commission, DG Research.
- Witte, L. (2012) *Methodisch werken in de materiële hulp en dienstverlening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wittenberg, Y., M.H. Kwekkeboom & A.H. de Boer (2012). *Bijzondere mantelzorg; ervaringen van mantelzorgers, van mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Zantinge, E.M. (2014). *Hoeveel mensen hebben toegang tot sociale steun?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.
- [Zelfredzaamheidsmatrix \(ZRM\)](#) (2016).

# Begrippenlijst

## **Participatie**

Participatie staat voor meedoen aan het maatschappelijk leven. Bijvoorbeeld door je in te zetten voor je leefomgeving, voor anderen te zorgen of te werken. Er bestaan vele vormen van participatie. Deze zijn grofweg in te delen in drie thema's, namelijk maatschappelijke participatie, participatie in zorg en ondersteuning en arbeidsparticipatie. Beleidsparticipatie kan overkoepelend als vierde participatievorm worden gezien; het loopt door de overige thema's heen (Van Houten & Winsemius, 2010).

## **Ervaren gezondheid**

Ervaren gezondheid, ook wel subjectieve gezondheid of gezondheidsbeleving genoemd, weerspiegelt het oordeel over de eigen gezondheid (Galenkamp & Sniijders, 2013). Het is dus de gezondheid zoals die wordt ervaren door de persoon zelf, beïnvloed door eigen gevoel en/of vooroordelen (CBS).

## **Mentale gezondheid**

Mentale gezondheid, ook wel psychische gezondheid genoemd, heeft te maken met of mensen zich goed, autonoom en competent voelen. Mensen met een goede mentale gezondheid zijn in staat om de eigen intellectuele en emotionele mogelijkheden te verwezenlijken. Mensen met een slechte mentale gezondheid hebben daarentegen last van mentale klachten of stoornissen (Schoemaker, 2010).

## **Fysieke gezondheid**

Fysieke gezondheid, ook wel lichamelijke gezondheid genoemd, betreft het uitvoeren van lichamelijke en dagelijkse activiteiten, zoals lopen, eten en aan- en uitkleden. Als mensen moeilijkheden hebben met het uitvoeren van deze activiteiten is er sprake van een beperking. Er is een enorme variatie in beperkingen, afhankelijk van de ernst, de aard, de tijd, het verloop en de oorzaak (Van Gool, 2014).

the *Journal of Applied Behavior Analysis* (1974), and the *Journal of Experimental Psychology: Applied* (1975).

There are a number of reasons why the *Journal of Applied Behavior Analysis* is the most widely cited journal in the field. First, it is the only journal in the field that is published by a professional association.

Second, it is the only journal in the field that is published by a professional association that is not a member of the American Psychological Association.

Third, it is the only journal in the field that is published by a professional association that is not a member of the American Psychological Association.

Fourth, it is the only journal in the field that is published by a professional association that is not a member of the American Psychological Association.

Fifth, it is the only journal in the field that is published by a professional association that is not a member of the American Psychological Association.

Sixth, it is the only journal in the field that is published by a professional association that is not a member of the American Psychological Association.

Seventh, it is the only journal in the field that is published by a professional association that is not a member of the American Psychological Association.

Eighth, it is the only journal in the field that is published by a professional association that is not a member of the American Psychological Association.

Ninth, it is the only journal in the field that is published by a professional association that is not a member of the American Psychological Association.

Tenth, it is the only journal in the field that is published by a professional association that is not a member of the American Psychological Association.

Eleventh, it is the only journal in the field that is published by a professional association that is not a member of the American Psychological Association.

Twelfth, it is the only journal in the field that is published by a professional association that is not a member of the American Psychological Association.

Thirteenth, it is the only journal in the field that is published by a professional association that is not a member of the American Psychological Association.

Fourteenth, it is the only journal in the field that is published by a professional association that is not a member of the American Psychological Association.

Fifteenth, it is the only journal in the field that is published by a professional association that is not a member of the American Psychological Association.

Sixteenth, it is the only journal in the field that is published by a professional association that is not a member of the American Psychological Association.

Seventeenth, it is the only journal in the field that is published by a professional association that is not a member of the American Psychological Association.

Eighteenth, it is the only journal in the field that is published by a professional association that is not a member of the American Psychological Association.

Nineteenth, it is the only journal in the field that is published by a professional association that is not a member of the American Psychological Association.

Twentieth, it is the only journal in the field that is published by a professional association that is not a member of the American Psychological Association.

Twenty-first, it is the only journal in the field that is published by a professional association that is not a member of the American Psychological Association.

Twenty-second, it is the only journal in the field that is published by a professional association that is not a member of the American Psychological Association.

Twenty-third, it is the only journal in the field that is published by a professional association that is not a member of the American Psychological Association.

Twenty-fourth, it is the only journal in the field that is published by a professional association that is not a member of the American Psychological Association.

Twenty-fifth, it is the only journal in the field that is published by a professional association that is not a member of the American Psychological Association.