

Journal of Social Intervention: Theory and Practice –
2023 – Volume 32, Issue 3, pp. 4–24
<http://doi.org/10.18352/jsi.749>

ISSN: 1876-8830

URL: <http://www.journalsi.org>

Publisher: Rotterdam University of Applied Sciences
Open Access Journals

Copyright: this work has been published under a
Creative Commons Attribution-Noncommercial-No
Derivative Works 3.0 Netherlands License

Dr. Annemieke Visser is senior onderzoeker

Toegepast Gezondheidsonderzoek bij de afdeling
Gezondheidswetenschappen van het Universitair Medisch
Centrum Groningen en de Rijksuniversiteit Groningen.

Annemieke.visser@umcg.nl

Drs. René van der Most is senior adviseur bij

Zorg Innovatie Forum en programmamanager

Kans voor de Veenkoloniën. [vandermost@](mailto:vandermost@zorginnovatieforum.nl)

zorginnovatieforum.nl

Joke Bakker, coördinator Kracht van de Veenkoloniën.

jp_bakker@ziggo.nl

Johan Brongers, bestuurder Tintengroep/aanjager Alliantie
van Kracht. j.brongers@tintengroep.nl

Drs. Niesco Dubbelboer is adviseur 'Kracht van de
Veenkoloniën' en directeur Stichting Agora Europa.

Niescodubbelboer@gmail.com

Piet Wolters, lid bewonersraad Kracht van de
Veenkoloniën. Pietwoltersgnv@gmail.com

Dr. Jolanda Tuinstra is lector Sociale Kwaliteit bij

NHL Stenden Hogeschool en senior onderzoeker

Toegepast Gezondheidsonderzoek bij de afdeling
Gezondheidswetenschappen van het Universitair Medisch
Centrum Groningen en de Rijksuniversiteit Groningen.

j.tuinstra01@umcg.nl

Correspondence to: Annemieke Visser

E-mail: annemieke.visser@umcg.nl

Category: Practice

ANDERS DENKEN OVER EN WERKEN AAN GEZONDHEID IN

DE VEENKOLONIËN

BALANCEREN TUSSEN LEEF- EN SYSTEEMWERELDEN

THINKING AND WORKING

DIFFERENTLY REGARDING HEALTH

OF PEOPLE IN THE VEENKOLONIËN

BALANCING BETWEEN LIFE AND SYSTEM WORLDS

ANNEMIEKE
VISSER, RENÉ
VAN DER
MOST, JOKE
BAKKER, JOHAN
BRONGERS,
NIESCO
DUBBELBOER,
PIET WOLTERS,
JOLANDA
TUINSTR

SAMENVATTING

Het verbeteren van de gezondheid van bewoners in de Veenkoloniën vraagt een andere manier van denken over en werken aan gezondheid. Bewoners in deze regio hebben meer gezondheidsproblemen en maken meer gebruik van de zorg dan de gemiddelde Nederlander. Alle goede bedoelingen ten spijt, heeft de aandacht voor gezondheid in de afgelopen jaren teleurstellend weinig opgeleverd. Er wordt nog te vaak 'voor' in plaats van 'met' bewoners nagedacht.

Het programma Kans voor de Veenkoloniën heeft als doel om het anders te doen. In acht jaar wordt geprobeerd de leefsituatie en de gezondheid van bewoners in deze regio te verbeteren. Het betreft een complex vraagstuk, waar geen eenduidig antwoord of eenvoudige oplossing voor is. Een reflexieve monitoring faciliteert het samen werken en leren door bewoners, beleidsmedewerkers, professionals, bestuurders en onderzoekers.

In dit artikel besteden we aandacht aan de kloof tussen de leef- en systeemwerelden, die door alle betrokkenen in de monitoring is geagendeerd. Samen met betrokkenen zijn drie denkrichtingen geformuleerd waarmee de leef- en systeemwerelden beter met elkaar kunnen worden verbonden. Allereerst is het van belang om samen een passende visie op gezondheid te ontwikkelen die aansluit bij wat voor bewoners belangrijk en haalbaar is. Ten tweede is het van belang om bewoners meer zeggenschap te geven, op bestuurlijk, beleidsmatig en uitvoeringsniveau. Tot slot is het van belang lokaal te experimenteren met manieren waarop een balans kan worden gevonden tussen de systeem- en leefwerelden en daar ook geleerde lessen uit te trekken voor het werken aan gezondheid in andere delen van Nederland. Binnen Kans voor de Veenkoloniën wordt op alle drie de denkrichtingen ingezet en wordt gewerkt aan een toekomstbestendige doorontwikkeling hiervan.

TREFWOORDEN

Gezondheidsachterstanden, kwetsbare leefomstandigheden, bestaanszekerheid, armoede, leef-en systeemwerelden

ABSTRACT

Promoting the health of residents in the Veenkoloniën requires a different way of thinking and working regarding health. Residents in this region have more health problems and make more

ANDERS DENKEN OVER EN WERKEN AAN GEZONDHEID

use of healthcare than the average Dutch person. Despite all good intentions, the focus on health in recent years has yielded disappointing results. People continue to think 'for' instead of 'with' residents too often. The program Opportunity for the Veenkoloniën aims to do things differently. The aim is to take a step forward to improve the living situation and health of residents in this region in eight years. This is a complex issue for which there is no unequivocal answer or solution. A reflexive monitoring facilitates collaboration and learning by residents, policy makers, professionals, directors, and researchers. In this article we pay attention to the theme life and system worlds that has been put on the agenda by all those involved. Together with stakeholders, three lines of thought have been formulated with which the life and system worlds can be better connected. First of all, it is important to jointly develop a suitable vision on health that is in line with what is important and feasible for residents. Secondly, it is important to give residents more say, at an administrative, policy and implementation level. Finally, it is important to experiment locally with ways in which a balance can be found between the life and system worlds and also to draw lessons learned for working on health in other parts of the Netherlands. Within Opportunity for the Veenkoloniën all three lines of thought are being used and work is being done on a future-proof development.

KEYWORDS

Health inequalities, vulnerable living conditions, social security, poverty, life and system worlds

INLEIDING

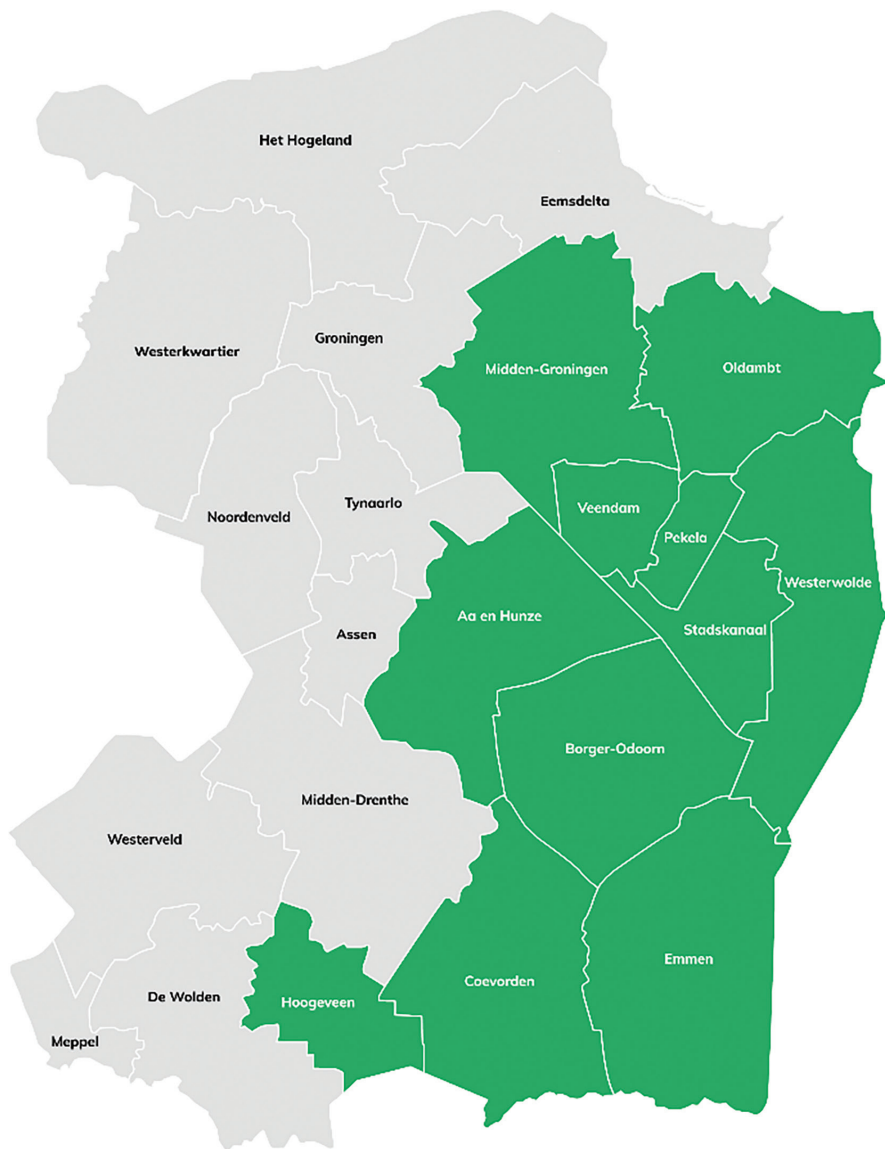
Mensen in kwetsbare leefomstandigheden leven korter, hebben vaker gezondheidsproblemen, ervaren meer stress en hebben vaker mentale problemen dan de gemiddelde Nederlander (Broeders et al., 2018; Marmot, 2015). Deze groep wordt vaak gekenmerkt door een praktische opleiding, werk- en inkomensonzekerheid, ongunstige woonomstandigheden en een beperkt sociaal netwerk (Franken et al., 2022). Eenmaal een dubbeltje word je niet makkelijk een kwartje (Veldman, 2023). Ondanks de enorme investeringen die de overheid de afgelopen jaren heeft gedaan, zijn de gezondheidsachterstanden niet verminderd (Broeders et al., 2018; Bussemaker et al., 2021). De roep om een radicale koerswijziging vanuit partijen binnen en buiten de zorg klinkt steeds luider, met meer aandacht voor de maatschappelijke ongelijkheid en de onrechtvaardigheid die hier aan ten grondslag ligt (Grootegoed et al., 2022; KNMG, 2023). In het recent verschenen rapport 'Een eerlijke kans op gezond leven' van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2021a) wordt een aantal veelbelovende en langlopende programma's beschreven

dat zich richt op het verkleinen van de achterstandspositie in gezondheid en levensverwachting van mensen in kwetsbare leefomstandigheden: Trendbreuk Zuid-Limburg, het Nationaal Programma Rotterdam Zuid en Kans voor de Veenkoloniën. In het huidige artikel zoomen we in op het programma Kans voor de Veenkoloniën (KvdVk), waarbij we ons richten op de rol van de leef- en systeemwerelden bij het verminderen van gezondheidsachterstanden in de Veenkoloniën.

Kans voor de Veenkoloniën

De Veenkoloniën is een regio in het oosten van de provincies Groningen en Drenthe (zie Illustratie 1). Van oorsprong is het een gebied met bewoners die veelal laagbetaald werk doen en van anderen afhankelijk zijn, zoals van veenbazen en herenboeren. De Veenkoloniën wordt nog steeds gekenmerkt door een relatieve oververtegenwoordiging van praktisch opgeleiden. Er is minder werk voor theoretisch opgeleiden, dus jongeren die willen studeren trekken weg. De financiële afhankelijkheid van de overheid in deze regio is groter en wordt vaak van generatie op generatie overgedragen (Dagblad van het Noorden, 2022; Visser, 2019). Tegelijkertijd blijkt er een discrepantie tussen de cijfers over gezondheid en de beleving van bewoners zelf; bewoners uit de Veenkoloniën lijden vaker aan ziekte zoals diabetes, hart- en vaatzieken en kanker, en worden minder oud, maar zij ervaren hun gezondheid niet zozeer als slecht (Hillenga, 2014).

Gezien de gezondheidsachterstanden in de Veenkoloniën en het hoge zorggebruik is in 2015 het negen jaren durende programma 'Kans voor de Veenkoloniën' (KvdVk) gestart (www.kvdvk.nl). Een programma waarvoor € 10 miljoen via het Ministerie van VWS beschikbaar werd gesteld om gezondheidsachterstanden in elf gemeenten in Oost-Groningen en Oost-Drenthe te verkleinen. De uitdaging voor KvdVk ligt in een wezenlijke andere benadering van de aanpak van gezondheidsachterstanden. Immers, de achterblijvende gezondheid is geen losstaand vraagstuk, maar hangt nauw samen met ongelijkheid in onderwijs, werk, woonomstandigheden en daarnaast de kenmerkende noordelijke cultuur van 'doe maar normaal'. Gedurende het programma werd steeds meer duidelijk dat een gebruikelijke projectmatige, top-down benadering niet passend was. KvdVk koos voor een andere aanpak waarbij het samen werken en leren met alle betrokkenen in de regio centraal staat. De nieuwe aanpak van KvdVk gaat uit van mogelijkheden, in plaats van beperkingen. Alle betrokkenen, zoals bewoners, vertegenwoordigers vanuit de elf gemeenten, maatschappelijke en zorgorganisaties werken hierin samen. Het programma wordt uitgevoerd onder leiding van het Zorg Innovatie Forum (ZIF) in drie tijdsperiodes, waarbij de derde periode (2019-2024) zich in het bijzonder richt op duurzame borging van initiatieven en het actiever betrekken van bewoners (Zorg Innovatie Forum, 2019a, 2019b).



Illustratie 1: De elf gemeenten van Kans voor de Veenkoloniën.

KvdVv bestaat uit verschillende programmalijnen en initiatieven (zie www.kvdv.nl), waarvan 'Kracht van de Veenkoloniën' een unieke programmalijn is (zie Box 1). Met de daarbinnen opgerichte Bewonersraad krijgen bewoners meer zeggenschap over hun eigen leefomgeving. Verschillende bewonersinitiatieven, zoals de Snuffelshop in Heiligerlee en de Sociale huiskamer in Gasselternijveen, richten zich op het alledaagse leven van de bewoners, en proberen de leefsituatie en gezondheid te verbeteren. Andere belangrijke initiatieven die de aandacht voor de leefwereld

Box 1: Kracht van de Veenkoloniën.

'Kracht van de Veenkoloniën' is één van de drie hoofdlijnen van KvdVv. Via de opgerichte Bewonersraad krijgen en hebben bewoners meer zeggenschap over hun eigen leefomgeving. De Bewonersraad biedt een platform voor bewonersinitiatieven in de Veenkoloniën en gaat aan de slag om initiatieven te versterken en het netwerk uit te breiden. 'Kracht van de Veenkoloniën' deelt kennis en bundelt de krachten van de bewoners en initiatieven in de regio om de gezondheid in brede zin te verbeteren (www.krachtvandeveenkolonien.nl).

Voorbeelden:

Snuffelshop van Stichting Eerste Hulp in Heiligerlee Driehoek, Nood en Ondersteuning (D.N.O.)

Eerste hulp voor bewoners door bewoners. Een bewonersinitiatief waarmee bewoners met een hulpvraag direct en laagdrempelig kunnen worden geholpen, bijvoorbeeld door het bieden van eten, kleding en meubels, het ondersteunen bij / voorkomen van schulden en het bieden van sociale contacten.

"Er is een directe link met gezondheid van veel mensen. Als je wordt gehoord en geholpen, dan kom je lekkerder in je vel te zitten, en hoor je de vogels weer fluiten." Bezoeker Snuffelhoek

Sociale huiskamer in Gasselternijveen

De Sociale huiskamer biedt kwetsbare (oudere) bewoners uit Gasselternijveen een omgeving, een plek om eenzaamheid te voorkomen en sociale betrokkenheid te vergroten. Dit draagt bij aan het welzijn van bewoners in kwetsbare omstandigheden (en van hun mantelzorgers), zij kunnen langer thuis kunnen blijven wonen. De verwachting is dat met de Sociale huiskamer op de langere termijn (zorg)kosten worden bespaard. Inmiddels wordt de Sociale huiskamer ook in omliggende dorpen opgezet.

"Als er iets is dan kan ik altijd Carla bellen. Dat is erg belangrijk voor mij ...Alle hulp die ik nodig heb, krijg ik nu." Deelnemer Sociale huiskamer

ANDERS DENKEN OVER EN WERKEN AAN GEZONDHEID

op verschillende manieren en niveaus verbeteren, zijn 'Sterk uit Armoede' en 'Alliantie van Kracht (tegen Armoede)'. Bij 'Sterk uit Armoede' worden ervaringsdeskundigen in armoede en sociale uitsluiting opgeleid en ingezet om - als tandepartner - organisaties te ondersteunen en het beleid en de hulpverlening rondom armoede en schulden meer vanuit de leefwereld van mensen zelf te ontwikkelen (zie Box 2). De 'Alliantie van Kracht' is een alliantie van bestuurders van ruim 42 netwerkorganisaties met als doel om bij het ontwikkelen van beleid de leefwereld meer centraal te stellen en zo gezinnen in armoede adequater te kunnen ondersteunen en samen met hen kansen te ontwikkelen (zie Box 3).

Reflexieve Monitoring in Actie (RMA)

Samen leren en experimenteren wordt gefaciliteerd en gestimuleerd met een actiegerichte vorm van monitoring: Reflexieve Monitoring in Actie, (RMA, Van Mierlo et al., 2010). Deze wordt

Box 2: Sterk uit Armoede

'Sterk uit Armoede' is een emancipatiebeweging van, voor en door bewoners in armoede. Vanuit de overtuiging dat armoede een onrecht in de samenleving is en de systeemwereld zich heeft vervreemd van een deel van de bewoners. Door het inzetten van mensen met ervaringsdeskundigheid in armoede en sociale uitsluiting kan samen worden gewerkt aan gemeentelijk en organisatiebeleid rondom armoede. De ervaringsdeskundigen volgen een opleiding en kunnen worden ingezet als (betaalde) tandems van professionals bij maatschappelijke organisaties en andere werkgevers (www.sterkuitarmoede.nl).

"Als je niet weet of je morgen kunt eten, heb je geen ruimte in je hoofd om ingewikkelde formulieren te begrijpen, laat staan in te vullen. Een ambtenaar, die uit een totaal ander milieu komt, heeft daar geen idee van." Ervaringsdeskundige

Box 3: Alliantie van Kracht

De 'Alliantie van Kracht' is een alliantie die bestaat uit ruim 42 vertegenwoordigers vanuit wonen, zorg- en welzijnspartijen, gemeenten en kennisinstellingen in de Veenkoloniën met bestuurlijke handelingsmacht. Samen met burgers zetten zij zich de komende 20 jaar in om de intergenerationele armoede in de Veenkoloniën te doorbreken (<https://alliantievankracht.nl/>).

binnen KvdV_k uitgevoerd door de afdeling Toegepast GezondheidsOnderzoek van het Universitair Medisch Centrum van Groningen. De RMA betreft doorlopend verschillende perspectieven (bewoners, professionals, onderzoekers) en gebruikt uiteenlopende bronnen en methoden van onderzoek, zoals literatuuronderzoek, observaties, interviews en spiegel dialoogsessies. Op basis van gelijkwaardige samenwerking wordt geleerd, worden aanpassingen gedaan in het programma, en worden centrale thema's gesignaleerd en geagendeerd. Zo kwam 'de kloof tussen leef- en systeemwerelden' in de RMA naar voren als een door alle betrokkenen gesignaleerd centraal thema. In het huidige artikel wordt specifiek ingezoomd op het deel van de RMA waarin is gereflecteerd op en geleerd over de barrières en uitdagingen, die worden ervaren bij het verbinden van de leef- en systeemwerelden. We gaan in op de vraag hoe deze twee werelden dichterbij elkaar gebracht zouden kunnen worden, vanuit de verschillende belangen die ze dienen.

LEEF- EN SYSTEEMWERELDEN

De classificatie in leef- en systeemwereld vindt haar oorsprong in de theorie van het communicatieve handelen waarvan de Duitse filosoof Jurgen Habermas de grondlegger is (Habermas, 1989). Het spreken over een systeem- en leefwereld is nog steeds actueel in het denken over overheidssturing, in het bijzonder in de zorg en het sociale domein. Het denken over beide werelden heeft zich onder andere door mensen als Kunneman (1986) en Hart (2013) verder ontwikkeld. Zowel Habermas als Kunneman en Hart beschouwen beide werelden als noodzakelijk. Er zijn inmiddels echter uiteenlopende en soms schrijnende voorbeelden van situaties waarin de verantwoordings- en controledrift vanuit de systeemwereld een enorme impact heeft op de leefwereld van mensen. Denk aan de toeslagenaffaire en het falende versterkingsprogramma en de afhandeling van de aardbevingschade in Groningen.

Waar hebben we het nu precies over als we het over de leef- en systeemwerelden hebben? De leefwerelden staat voor het leven van alledag, een leven van met elkaar samenlevende mensen. In de leefwereld staat het communicatieve handelen centraal, waarbij mensen door sociale interactie tot overeenstemming proberen te komen (Habermas, 1989). De leefwereld kan een oneindig aantal mogelijke uitingsvormen aannemen, in een wereld die niet grijpbaar en slechts in beperkte mate controleerbaar is (Hart, 2013). De systeemwerelden, in veel gevallen vertegenwoordigd door professionals, staan voor werelden waarin de bestuurlijke, strategische logica dominant is en waar vooral instrumenteel en strategisch wordt gehandeld. Daar regeren wetten, regels, protocollen, procedures en instructies die mensen hebben ontwikkeld om het handelen te beschrijven, te

ANDERS DENKEN OVER EN WERKEN AAN GEZONDHEID

ordenen en in goede banen te leiden. In de systeemwereld gelden vaste regels zonder aanzien des persoons, die worden uitgevoerd door getrainde professionals. Als dusdanig ordeningsprincipe kan de systeemwereld houvast bieden, het werk eenvoudiger en eerlijker maken en planmatiger doen verlopen (Hart, 2013). Beide werelden zijn legitiem en waardevol, maar hebben andere logica's. Vanuit de systeemwereld heerst bijvoorbeeld de logica dat de aandacht voor gezondheid betaalbaar, effectief en veilig moet zijn. Terwijl de logica binnen de leefwereld meer normatief gericht is op wat voor mensen belangrijk en mogelijk is.

In de ideale wereld zijn systeem- en leefwereld perfect op elkaar afgestemd, wat inhoudt dat regels, protocollen, interventies dienend zijn aan dat wat in het dagelijks leven van mensen belangrijk is. Als regels en protocollen echter niet goed zijn toegesneden op de leefwereld of de leefwereld overheersen, dan kunnen ze obstructief worden en tot onnodige stagnatie of zinloze bureaucratie leiden.

BARRIÈRES IN GEZONDHEIDSBELEID

Eerdergenoemde voorbeelden en ontwikkelingen in de Veenkoloniën stemmen hoopvol. Tegelijkertijd is dit volgens de betrokkenen bij KvdVk nog niet genoeg. Er is meer nodig om gezondheidsachterstanden in de regio te verkleinen. Tijdens de RMA hebben alle coauteurs en andere betrokkenen bij KvdVk een drietal barrières geïdentificeerd binnen het huidige gezondheidsbeleid, waardoor het ontoereikend is en soms zelfs belemmerend werkt om de gezondheid van mensen in kwetsbare omstandigheden te verbeteren: 1) Het eenzijdige perspectief op gezondheid; 2) De onderschatting van de impact van armoede en bestaansonzekerheid en 3) De dominantie van de systeemwereld in het huidige gezondheidsbeleid.

Onderstaand beschrijven we op basis van de literatuur kort op welke manier deze barrières een rol spelen in het algemene gezondheidsbeleid. Hieruit blijkt dat de barrières niet uniek zijn voor de Veenkoloniën, maar ook in andere delen van Nederland aanwezig zijn. Waarna we vervolgens met het beschrijven van de manier waarop hier door KvdVk is geanticipeerd en wat we hierover hebben geleerd.

1. Het eenzijdige perspectief op gezondheid

De aandacht voor gezondheid in Nederland focust zich vaak op het individu en het verbeteren van de leefstijl. Terugkijkend op de afgelopen jaren, is de gezondheidsachterstand van bewoners

in achterstandswijken niet verbeterd (Broeders et al., 2018; Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2021b). De stigmatisering van hen is des te meer toegenomen: alle aandacht vanuit organisaties en professionals, die met alle goede bedoelingen de wijk intrekken en de boodschap afgeven dat zij weten wat goed is, geeft bewoners het gevoel dat ze niet aan de norm voldoen (Breed & van Marle, 2022; 'S Jongers, 2022a). De ontwikkeling van het gezondheidsbeleid en de uitvoering daarvan wordt vooral gedaan door hoger opgeleiden, in hun rol als beleidsmaker, professional of onderzoeker. Dit beleid richt zich vaak op individueel gedrag rondom gezond eten, bewegen en niet-roken, met als norm dat je slank, fit en energiek moet zijn. Terwijl leefstijl maar één van de determinanten van gezondheid is, die bovendien niet alleen wordt bepaald door individuele keuzes (Heman, 2023). Het heersende perspectief op gezondheid sluit hiermee aan bij een normatief kader dat vooral voor hoger opgeleiden belangrijk en haalbaar is. Het is onvoldoende afgestemd op de culturele en sociale uitdagingen en behoeftes van bewoners in achterstandsgebieden en houdt geen rekening met situaties waarin mensen gewoonweg niet bij machte zijn eigen regie en verantwoordelijkheid te nemen.

In KvdVk is vanaf het begin een andere aanpak gekozen, met niet alleen aandacht voor leefstijl, maar met een bredere kijk op gezondheid en meer aandacht voor samenwerken. In het deelprogramma 'De Kracht van de Veenkoloniën' gaat het over informele zorg, dorps- en buurthuizen, samen koken en eten en het inrichten van een prettige woon- en leefomgeving waar bewoners elkaar kunnen ontmoeten. De ervaring leert dat bewonersinitiatieven vaak in staat zijn om buurt- of dorpsbewoners sneller te helpen dan gemeenten dat kunnen, bijvoorbeeld met schuldenproblematiek. 'Kracht van de Veenkoloniën' heeft de afgelopen jaren laten zien, door het ondersteunen van bewonersinitiatieven en het leggen van verbindingen met de gemeente, dat betrokkenheid van bewoners bij het ontwikkelen en uitvoeren van gezondheidsbeleid meerwaarde heeft en zelfs noodzakelijk is. Toch is het anders kijken naar gezondheid ook door ambtenaren in de Veenkoloniën nog geen vanzelfsprekendheid. Gemeenten willen nog te vaak dat de ideeën van bewoners aansluiten bij het beleid dat door hen is ontwikkeld.

2. Onderschatting van de impact van armoede en bestaansonzekerheid

Armoede heeft een enorme impact op het leven en de gezondheid van mensen. Het gaat hierbij niet alleen om een laag inkomen, maar ook om minder financieel vermogen, een lager opleidingsniveau en slechtere arbeidsmarktpositie (Vrooman et al., 2023). Mensen in armoede hebben vaker gezondheidsproblemen en worden ook vaker geconfronteerd met sociale

ANDERS DENKEN OVER EN WERKEN AAN GEZONDHEID

omstandigheden die stressvol zijn (Stronks et al., 2018; Van Agt et al., 2000). Als stressvolle omstandigheden te lang blijven bestaan en chronisch worden, kan daarmee zowel het brein als het lichaam worden ontregeld. Het heeft invloed op het immuunsysteem, verhoogt de bloeddruk, verstoort de nachtrust en vergroot de kans op ziekte (Grootegoed et al., 2022). Daarnaast leidt chronische stress tot een verminderd cognitief vermogen om afspraken na te komen of gezond gedrag aan te nemen (Mani et al., 2013; Marmot, 2015; Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2017). Mensen met chronische stress leven bij de dag: 'Heb ik voldoende geld om te eten?' En hebben vaak weinig ruimte om aan andere levensdoelen te werken: 'Het is uitzichtloos, mijn gordijnen zitten letterlijk en figuurlijk potdicht'. In veel gevallen zijn er weinig hulpbronnen, zoals een sociaal netwerk, kennis en geld (Stronks et al., 2018; Visser, 2016). Armoede wordt vaak toegeschreven aan het handelen van mensen, maar in veel gevallen is armoede het gevolg van een combinatie van maatschappelijke problemen, ingrijpende gebeurtenissen en soms ongelukkige keuzes (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2021b).

In de Veenkoloniën ervaren mensen in armoede vaak een gevoel van afstand ten opzichte van de overheid en instanties. Ze zijn te vaak teleurgesteld in de gemeente of andere overheidsinstellingen – 'De gemeente helpt je bijna nergens mee'- en hebben het gevoel dat er op hen wordt neergekeken. Veel mensen ervaren een drempel om hulp te vragen. Recente gebeurtenissen rondom de toeslagenaffaire, de gaswinning in Groningen en het plaatsen van de windmolens in de Veenkoloniën vergroten het wantrouwen: 'De overheid is er niet voor ons'. Om de gezondheid van mensen in armoede en met bestaansonzekerheid te verbeteren, is het van belang allereerst aandacht te besteden aan het herstellen van het vertrouwen en écht te luisteren naar wat hen bezighoudt.

In KvdVc wordt dit gedaan door ervaringsdeskundigen in te zetten bij verschillende activiteiten, bijvoorbeeld op het gebied van laaggeletterdheid (Taalkans), armoede (Sterk uit armoede) en geboortezorg (Goede Start). Zij vormen de brug tussen organisaties uit de systeemwereld en mensen uit de leefwereld. Deze deskundigen hebben de eenjarige voltijdse opleiding 'Ervaringsdeskundige in (generatie-) armoede en sociale uitsluiting' bij ROC Friese Poort afgerond, waarin zij leren de eigen ervaringen in te zetten bij hulp aan anderen. Het mes snijdt hierbij aan meerdere kanten. Mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt, die leven in armoede, krijgen na de opleiding toegang tot de arbeidsmarkt, en tegelijkertijd ondersteunen zij met hun unieke kennis andere mensen in een vergelijkbare situatie en professionals en organisaties bij het ontwikkelen en uitvoeren van armoedebeleid. Hun betrokkenheid maakt de impact van armoede invoelbaar, vooroordelen en negatieve stereotypingen worden minder en mensen in armoede worden

beter bereikt. Een ervaren risico is dat ervaringsdeskundigen in de verdrukking komen door de dominante werkwijze van de organisatie of in de loop van de tijd steeds meer de taal van de professionals gaan spreken.

3. Dominantie van de systeemwereld

De verzorgingsstaat is de afgelopen jaren steeds meer ontmanteld en dat treft vooral mensen in kwetsbare omstandigheden. Onzekerheden in werk en inkomen, ongelijke opleidingskansen, beperkte of onbetaalbare woningen, energiearmoede, wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg, beperkte sociale relaties en een afname van sociale voorzieningen zoals bibliotheken en buurthuizen, maken dat deze groep mensen steeds meer afhankelijk wordt van de overheid (Franken et al., 2022). Er zijn uiteenlopende regelingen en voorzieningen, maar de toegankelijkheid en het gebruik hiervan zijn vaak complex en gaan samen met strenge controle en verantwoording ('S Jongers, 2022a). Uitvoeringsorganisaties zoals de Belastingdienst en het UWV handelen vaak risicomidend (denk aan de toeslagenaffaire), de wet- en regelgeving werkt soms belemmerend (werken met een bijstandsuitkering) en de systeemwereld is gefragmenteerd georganiseerd (wonen, werken, zorg, onderwijs) en gefinancierd. Door deze manier van werken worden mensen in plaats van zelfredzaam, steeds meer afhankelijk van de overheid en worden hun problemen alleen maar vergroot ('S Jongers, 2022b). Steeds vaker lijkt niet de leefwereld, dus dat wat voor mensen belangrijk en mogelijk is, centraal te staan, maar de logica van de systeemwereld.

Deze korte schets van een dominante systeemwereld ten opzichte van de leefwereld is in de uitgevoerde RMA door alle betrokkenen gesignaleerd en met voorbeelden uit de praktijk bevestigd. In KvdVk is gedurende het programma veel geleerd over manieren waarop de leefwereld meer centraal kan worden gezet. Zo is gaandeweg het programma de projectorganisatie aangepast, waarbij bewoners een betere positie hebben gekregen. Illustratief hiervoor is de wording van de programmalijn Kracht van de Veenkoloniën (zie Box 1). De coördinator van Kracht van de Veenkoloniën maakt deel uit van het Dagelijkse Bestuur van KvdVk, waardoor bewoners bij het ontwikkelen en uitvoeren van het programma een stem hebben. Daarnaast is de mogelijkheid gecreëerd dat bewoners budget kunnen aanvragen om hun ideeën tot uitvoer te brengen via het zogenoemde 'Kiem- en zaigeld'.

Hoewel bewoners binnen de lopende programma's en projecten steeds beter worden gehoord, is de ervaring nog dikwijls dat bewoners – zowel individueel als collectief - tegen de muren van de

ANDERS DENKEN OVER EN WERKEN AAN GEZONDHEID

systeemwereld oplopen. Initiatieven passen niet in bestaande kaders of regels en ambtenaren van gemeenten blijken onvoldoende mogelijkheden te hebben of bereidheid te tonen om flexibel met deze regels om te gaan. Er blijkt nog vaak handelingsverlegenheid bij professionals om bewoners ruimte en een positie te geven en de angst bestaat dat met het ondersteunen van initiatieven een precedent wordt geschapen. Deze handelingsverlegenheid wordt door betrokken wethouders onderkend. Bewonersinitiatieven worden soms vertraagd of gedwarsboemd door de gemeente of organisaties, ze worden overgenomen of als concurrerend gezien voor de eigen plannen. Het is nog te vaak 'tegen de stroom in zwemmen' en vraagt een lange adem om te laten zien dat bewonersinitiatieven complementair zijn aan wat professionals kunnen doen. Desondanks heeft de intensieve samenwerking binnen KvdVvk geresulteerd in een gezamenlijke missie (vanuit betrokken bewoners, professionals vanuit zorg-, welzijn en gemeente, onderzoekers) die tijdens de verschillende bijeenkomsten steeds duidelijker als één stem naar voren komt. Namelijk het streven om bewoners echt een stem en positie te geven bij het vormgeven van het gezondheidsbeleid, uitgaande van de bekende uitspraak van Gandhi: "Alles wat je voor mij doet, maar niet met mij, doe je tegen mij".

DENKRICHTINGEN VOOR TOEKOMSTIG GEZONDHEIDSBELEID

Op basis van de drie gesignaleerde barrières hebben we in de RMA samen met alle betrokkenen drie denkrichtingen geformuleerd. Deze denkrichtingen kunnen bijdragen aan een betere balans tussen leef- en systeemwerelden bij het vormgeven van het gezondheidsbeleid in de Veenkoloniën en in andere regio's waar wordt gewerkt aan gezondheidsachterstanden. Het zijn richtingen waar KvdVvk de komende jaren op inzet om de leefwereld van de mensen waar het om gaat centraal te stellen en te verbinden met de systeemwereld.

1. Een passende en gezamenlijke visie op gezondheid

Gezondheid benaderen vanuit het narratief, de leefwereld van mensen zelf

Binnen KvdVvk is geleerd om de betekenis van gezondheid voor mensen in kwetsbare omstandigheden te benaderen vanuit het 'narratief' van mensen zelf, dus vanuit dat wat voor hen belangrijk en mogelijk is en de verantwoordelijkheid en autonomie van bewoners daarin passend te ondersteunen. Mensen in kwetsbare leefomstandigheden hebben soms het gevoel generaties lang niet gehoord en gezien en soms zelfs tegengewerkt te zijn. De negatieve impact daarvan op het gevoel van eigenwaarde kan mensen het perspectief op een volwaardige deelname aan de maatschappij ontnemen. Ervaringsdeskundigen, zoals ingezet vanuit Sterk uit armoede, spreken

dezelfde taal, zijn beter in staat om te luisteren en begrijpen wat iemand nodig heeft, hebben geen vooroordelen en zijn niet betuttelend. Ervaringsdeskundigen stellen de vraag aan bewoners wat zij nodig hebben. Zij kunnen een stem geven aan mensen die nog niet gehoord en betrokken worden.

Destigmatisering van ongezond gedrag

Ongezond gedrag en het effect daarvan wordt door KvdVk niet langer gezien en benaderd als eigen keuze of eigen schuld. Onderliggende problemen, zoals persoonlijke problemen, stress en beschikbaarheid van ongezonde voeding worden steeds beter onderkend, waardoor naar echte oplossingen kan worden gezocht. Meer aandacht is nodig voor het creëren van omstandigheden, bestaanszekerheden die gezond gedrag en het omgaan met stress makkelijker maken. Het is van belang hiermee zo vroeg mogelijk in het leven te beginnen. Het programma 'Goede Start' (vergelijkbaar met het landelijke programma 'Kansrijke Start'), onderdeel van KvdVk, waarbij (toekomstige) gezinnen worden ondersteund om hun kinderen een goede start te geven en eventuele problemen vroegtijdig op te sporen, is hier een goed voorbeeld van (<https://KvdVk.nl/goede-start/>).

Focus op breed concept van gezondheid

De focus op gezondheidsbeleid ligt in KvdVk minder op de individuele gezondheid en gedrag en meer op het creëren van een samenleving waarin mensen kunnen meedoen en perspectief hebben. Een fijne fysieke plek om te wonen en werken (Mijn dorp in de toekomst), voor iedereen toegankelijk onderwijs en een leefomgeving waarin bewoners elkaar kunnen ontmoeten (Noarberschap). Dit vraagt aandacht voor het verbeteren van de bestaanszekerheid (KNMG, 2023; Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2021b, 2022) en meer aandacht voor het creëren van een buurt als sociale leefomgeving (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2021a). Het persoonlijke en sociale kapitaal van mensen wordt hiermee versterkt (Vrooman et al., 2023). Hiervoor is een betere samenwerking tussen de verschillende beleidsdomeinen zoals zorg, wonen, onderwijs, leefomgeving, en natuur nodig.

2. Meer zeggenschap voor bewoners

Bestuurlijke ruimte creëren voor bewoners

Gaandeweg het programma KvdVk hebben bewoners meer en meer positie en zeggenschap gekregen. Het is van belang om bij het ontwikkelen van het landelijke en lokale beleid bewoners

ANDERS DENKEN OVER EN WERKEN AAN GEZONDHEID

mee te nemen, niet alleen om mee te denken, maar ook om mee te beslissen en eigen ideeën in te brengen. Binnen een aantal gemeenten in de Veenkoloniën wordt hierin de eerste stappen gezet door te werken met een 'burgerbegroting' waarmee er meer transparantie en zeggenschap komt voor burgers en een (structureel) budget voor burgerinitiatieven.

Toegankelijke (en structurele) financiering

Over het algemeen is financiering vanuit de overheid tijdelijk en vraagt het aanvragen van subsidie het doorlopen van ingewikkelde en langdurige trajecten. Dit zorgt voor een ongelijkwaardige positie van bewoners ten opzichte van professionele partijen (Driessen et al., 2020). Het klein en laagdrempelig financieren van bewonersinitiatieven zoals met het 'Kiem- en zaaigeld' en het experimenteren met de eerdergenoemde 'burgerbegroting', zijn voorbeelden van manieren waarop bewoners duurzaam toegang tot financiering krijgen voor het uitvoeren van initiatieven en ideeën.

Leren en reflecteren over en faciliteren bewonersinitiatieven

Vanuit 'Kracht van de Veenkoloniën' is veel kennis opgedaan over manieren waarop (beginnende) initiatieven op maat kunnen worden ondersteund, bijvoorbeeld door bewoners vertrouwen te geven of te ondersteunen bij het leggen van contacten met de gemeente of professionals. Er is geleerd over manieren waarop bewonersinitiatieven elkaar kunnen leren kennen, van elkaar kunnen leren en versterken. Er kan verder worden geleerd over manieren waarop de formele en informele zorg met elkaar kunnen worden verbonden en elkaar kunnen versterken. Zo kan worden geanticipeerd op situaties waarin (zorg)partijen en faciliteiten zich terugtrekken uit dorpen en de leefbaarheid wordt aangetast en op tekorten die in de zorg ontstaan.

3. Balanceren tussen systeem- en leefwerelden

Het beste van beide werelden

De uitdaging is om te komen tot een situatie, waarin beide werelden zo worden gecombineerd dat ze elkaar versterken (Oldenhof & Bal, 2016). Dit vraagt om navigeren en balanceren tussen de helderheid, rechtmatigheid, kwaliteit en veiligheid, die met de systeemwereld kunnen worden gecreëerd, en de normativiteit en subjectiviteit van de leefwereld. Het inzetten van verbinders, professionals of opgeleide ervaringsdeskundigen, die de taal van beide werelden spreken en die een rol kunnen spelen in het afstemmen van verwachtingen en het opbouwen van wederzijds

vertrouwen, is in 'Kracht voor de Veenkoloniën' en 'Sterk uit armoede' zinvol gebleken (<https://www.sterkuitarmoede.nl/>).

Ruimte voor verbeteren van de sensitiviteit en normatieve professionaliteit

Uitvoerende organisaties en lokale professionals staan dicht bij de leefwereld van bewoners dan (landelijke) politici, beleidsmakers en bestuurders. Toch lopen ook zij het risico om gedachteloos vast te houden aan regels, waarbij de morele kant van het handelen ondergesneeuwd raakt. Aandacht voor het stimuleren van uitvoerende organisaties en professionals om de slagkracht binnen het eigen takenpakket te vergroten, is daarom nodig. Met aandacht voor een andere manier van kijken, denken en handelen, waarbij de sensitiviteit van professionals (Kemmers et al., 2018) en de normatieve inhoud van het professionele handelen worden versterkt (Kunneman, 2013).

Systeemvernieuwing

Het werken aan gezondheid vraagt niet alleen participatie van bewoners, maar ook van de overheid. Minder focus op zekerheid, regels, structuur en vaste procedures, meer op de leefwereld waar problemen zich vaak in samenhang voordoen (Stam, 2013). De nadruk heeft te lang gelegen op wat de overheid niet meer kon doen (als gevolg van bezuinigen) en niet wat de overheid in een sociale en democratische rechtsstaat zou moeten doen (Willink, 2018). Veel vaker kan worden geleerd van bewonersinitiatieven die succesvol zijn, zoals de 'Sociale Huiskamer' in Gasselternijveen of 'Grolloo zorgt'. Initiatieven die zich richten op het prettig ouder worden in de eigen omgeving. Waarbij deze kennis niet als ondergeschikt, maar als gelijkwaardige bron van kennis in de besluitvorming wordt meegenomen ('S Jongers, 2022a)

CONCLUSIE

Een grote groep Nederlanders kan zich niet makkelijk staande houden, laat staan invloed uitoefenen op hun eigen welzijn en gezondheid. Er is een andere manier van denken over en werken aan gezondheid nodig om de leefwereld van deze groep zichtbaar te maken en de mensen om wie het gaat zelf een stem en positie te geven.

In het programma Kans voor de Veenkoloniën (KvdVk) is met mensen vanuit uiteenlopende achtergronden gewerkt aan een andere manier van denken over en werken aan gezondheid. Het

ANDERS DENKEN OVER EN WERKEN AAN GEZONDHEID

huidige artikel beschrijft de uitkomsten van een deel van de Reflexieve Monitoring in Actie (RMA), dat zich richtte op de door alle betrokkenen ervaren kloof tussen de leef- en systeemwerelden bij het verminderen van gezondheidsachterstanden in de Veenkoloniën. Gedurende het programma is steeds meer ingezien dat bewoners in kwetsbare omstandigheden anders over gezondheid denken, onder andere door het gebrek aan kansen, perspectief en vertrouwen. Deze bewoners kunnen het lang niet altijd zelf meer redden en zijn daardoor afhankelijk van een goed functionerende en betrouwbare overheid. Tegelijkertijd leert de ervaring dat bewoners in deze omstandigheden nogal eens worden teleurgesteld of zelfs worden tegengewerkt door de overheid. De kloof blijkt niet uniek voor de Veenkoloniën, maar is in heel Nederland een belangrijke verklaring voor gezondheidsachterstanden ('S Jongers, 2022a).

Breed gedragen wordt het besef dat het verbeteren van de gezondheid van bewoners in kwetsbare omstandigheden een aanpak vraagt met aandacht voor de complexiteit (Grootegoed et al., 2022) en kansengelijkheid vanuit een gezonde sociaaleconomische basis (KNMG, 2023). Binnen KvdVv zijn samen met alle betrokken drie denkrichtingen geformuleerd waarmee de leef- en systeemwerelden beter met elkaar kunnen worden verbonden.

Allereerst is het noodzakelijk om samen een passende visie op gezondheid te ontwikkelen, die aansluit op wat voor bewoners belangrijk en haalbaar is en waar verantwoordelijkheid en autonomie voor wordt ervaren. Daarbij is expliciete aandacht nodig voor de impact van - intergenerationale overdracht van - armoede en het verminderen van de vooroordelen rondom ongezond gedrag. De visie op gezondheid gaat bovendien verder dan interventies gericht op individueel gedrag, maar omvat ook aandacht voor de fysieke en sociale leefomgeving.

Ten tweede is het van belang om bewoners een betere positie en meer zeggenschap te geven, op bestuurlijk, beleidsmatig en uitvoeringsniveau en hierin meer bottom-up te werken. Het heeft meerwaarde om bewoners een plek aan tafels te geven waar besluiten worden genomen en afspraken te maken over het beschikbaar stellen van structurele financiering voor bewonersinitiatieven.

Tot slot, vaak willen gemeenten en organisaties maatschappelijk verantwoord werken met aandacht voor de leefwereld van de mensen om wie het gaat, maar weten niet hoe en voelen zich gebonden aan wetten, regels en daaruit voortvloeiende controle- en verantwoordingssystemen. We constateren een grote handelingsverlegenheid bij professionals en overheid om daar stappen in te zetten. Het is daarom van belang lokaal te experimenteren met manieren waarop de leef-

en systeemwerelden kunnen worden samengebracht, lef te tonen in manieren om het anders te doen en meer vertrouwen te hebben in bewoners. Het helpt om hiervoor verbinders in te zetten die de taal van beide werelden spreken, en de sensitiviteit van professionals voor de leefwereld te verbeteren. Binnen KvdVk wordt op alle drie de denkrichtingen ingezet en wordt gewerkt aan een toekomstbestendige doorontwikkeling hiervan. Bewoners in kwetsbare omstandigheden krijgen op deze manier weer perspectief, voelen zich gezien, en gehoord en kunnen weer trots zijn op wie ze zijn en waar ze vandaan komen. En precies dat is de kern waar het programma KvdVk naar streeft en al lerend aan werkt.

CONSENT FOR PUBLICATION AND COMPETING INTERESTS

All participants gave verbal consent for publication. The authors declare that they have no conflict of interest.

ACKNOWLEDGEMENTS

Dit artikel is het resultaat van de reflexieve monitoring die binnen het programma Kans voor de Veenkoloniën wordt uitgevoerd en door datzelfde programma wordt gefinancierd. Bij de totstandkoming van dit artikel hebben we – naast alle medeauteurs - input gekregen van Paul Asbreuk en Martien Kroeze (Goede Start), Floor Aukema (Beleidsambtenaar Stadskanaal), Peter Elmont (tot december 2021 directeur Sterk uit Armoede) en Thomas de Boer (huidig directeur Sterk uit Armoede), Marleen Oostland (tot april 2022 projectleider Alliantie van Kracht).

REFERENTIES

- Breed, M., & van Marle, F. (2022). Bewoners aandachtswijken voelen zich klein gehouden door onderzoekers en beleidsmakers. *Sociale Vraagstukken*. <https://www.socialevraagstukken.nl/bewoners-aandachtswijken-voelen-zich-klein-gehouden-door-onderzoekers-en-beleidsmakers/>
- Broeders, D. W. J., Das, H. D., Jennissen, R. P. W., Tiemeijer, W. L., & De Visser, M. (2018). *WRR-Policy Brief 7. Van verschil naar potentieel: een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid.
- Bussemaker, J., ' S Jongers, T., & Vonk, R. (2021). Gezondheidsverschillen voorbij. *TSG - Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen*, 99(1), 36–39. <https://doi.org/10.1007/s12508-020-00291-7>

- Dagblad van het Noorden. (2022, 2 februari). Uit het Moeras. *Dagblad van het Noorden*. <https://uithetmoeras.nl/project/>
- Driessen, E. M. M. A., Ouden, W. den, & Leurs, B. (2020). *Publieke financiering van burgerinitiatieven*. In B. Leurs (Ed.), *Samenwerken, samen betalen? Over de bekostiging van opgaven in maatschappelijke netwerken* (pp. 79–89). Den Haag: Raad voor het Openbaar Bestuur. Geraadpleegd op 24 Oktober 2023 via <https://scholarlypublications.universiteitleiden.nl/access/item%3A3279432/view>
- Franken, M., Kuiper, C., & van der Sanden, P. (2022). *Bestaanszekerheid onder druk*. De stand van zaken. Utrecht: Movisie.
- Grootegoed, E., Winsemius, A., Noordegraaf-Eelens, L., & Dannenberg, E. (2022). Gezondheidsachterstanden aanpakken bij de bron: minder leefstijl, meer bestaanszekerheid. *TSG - Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen*, 100(S1), 32–35. <https://doi.org/10.1007/s12508-022-00332-3>
- Habermas, J. (1989). *De nieuwe onoverzichtelijkheid en andere opstellen*. Meppel en Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Hart, W. (2013). *Verdraaide organisaties*. Deventer: Vakmedianet.
- Heman, R. (2023, 10 februari). Inzetten op "gelijke gezondheid", dus onafhankelijk van postcode. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. <https://www.ntvg.nl/artikelen/inzetten-op-gelijke-gezondheid-dus-onafhankelijk-van-postcode>
- Hillenga, M. (2014). *Het Veenkoloniën boek*. Zwolle: Uitgeverij WBOOKS.
- Kemmers, R., Waal, J. van der, & Koster, W. de. (2018). *Burgers op afstand? Naar een beter begrip van ontevreden burgers*. In *De kracht van verontwaardiging* (pp. 72–87). Amsterdam: Raad voor het Openbaar Bestuur / Amsterdam University Press.
- KNMG. (2023). *Open brief kabinet: Voorop voor gelijke gezondheid*. 16 februari 2023. Geraadpleegd op 17 februari 2023 via <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/zorgbestuurders-hoogleraren-en-prominenten-aan-kabinet-alles-op-alles-omte-voorkomen-dat-mensen-ziek-worden-door-armoede>
- Kunneman, H. (1986). *De waarheidstrechter. Een communicatietheoretisch perspectief op wetenschap en samenleving*. Amsterdam: BOOM.
- Kunneman, H. (2013). *Slotbeschouwing: De tweede postmoderniteit als politieke context van normatieve professionalisering*. In H. Van Ewijk & H. Kunneman (Eds.), *Praktijken van normatieve professionalisering* (pp. 431–456). Amsterdam: SWP Books.
- Mani, A., Mullainathan, S., Shafir, E., & Zhao, J. (2013). Response to comment on "poverty impedes cognitive function." *Science*, 342(6163), 976–981. <https://doi.org/10.1126/science.1246799>

- Marmot, M. (2015). The health gap: The challenge of an unequal world. *The Lancet*, 386(10011), 2442–2444. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00150-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00150-6)
- Oldenhof, L., & Bal, R. (2016). *Voorbij de kloof tussen systeem en leefwereld: een zoektocht naar nieuwe sturingsrelaties*. Rotterdam: Instituut voor Beleid en Management Gezondheidszorg Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2021a). *Een eerlijke kans op gezond leven*. Den Haag: RVS.
- Raad voor Volksgezondheid en samenleving. (2021b). *Gezichten van een onzeker bestaan*. Den Haag: RVS.
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2022). *Van schuld naar schone lei*. Den Haag: RVS.
- 'S Jongers, T. (2022a). *Beledigende broccoli*. Amsterdam: Van Gennip.
- 'S Jongers, T. (2022b, 13 september). Zo worden armen in Nederland arm gehouden. *Correspondent*. <https://decorrespondent.nl/13745/zo-worden-armen-in-nederland-arm-gehouden/41216458695995-6dcf9613>
- Stam, M. (2013). *Het belang van onzeker weten: over de revisie van de verzorgingsstaat*. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam. <https://research.hva.nl/en/publications/het-belang-van-onzeker-weten-over-de-revisie-van-de-verzorgingsst>
- Stronks, K., Hoeymans, N., Haverkamp, B., Den Hertog, F. R. J., Van Bon-Martens, M. J. H., Galenkamp, H., & Van Oers, H. A. M. (2018). Do conceptualisations of health differ across social strata? A concept mapping study among lay people. *BMJ Open*, 8(4), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020210>
- Van Agt, H. M. E., Stronks, K., & Mackenbach, J. P. (2000). Chronic illness and poverty in The Netherlands. *European Journal of Public Health*, 10(3), 197–200. <https://doi.org/10.1093/eurpub/10.3.197>
- Van Mierlo, B., Regeer, B., Beekman, V., Bunders, J., Buning, T. D. C., Elzen, B., & Leeuwis, C. (2010). *Reflexieve monitoring in actie. Handvatten voor de monitoring van systeeminnovatieprojecten*. (G. Dorren, Ed.) (1st ed.). Oisterwijk: Uitgeverij Boexpress.
- Veldman, F. (2023, 8 juni). In onze maatschappij word je nooit een kwartje – hooguit een dubbeltje op een andere plek. *NRC*. <https://www.nrc.nl/nieuws/2023/06/08/in-onze-lassenmaatschappij-word-je-nooit-een-kwartje-hooguit-een-dubbeltje-op-een-andere-plek-a4166692>
- Visser, S. S. (2016). *Gewoon et'n: An ethnographic study of intergenerational perspectives on foodpractices, overweight, and obesity in Eastern Groningen, the Netherlands*. Groningen: Rijksuniversiteit van Groningen.
- Visser, S. S. (2019). *Mechanismen van en interventies bij intergenerationele armoede*. Groningen: Rijksuniversiteit van Groningen.

ANDERS DENKEN OVER EN WERKEN AAN GEZONDHEID

- Vrooman, J., Bolehouwer, J., Iedema, J., & van der Torre, A. (2023). *Eigentijdse ongelijkheid. De postindustriële klassenstructuur op basis van vier typen kapitaal. Verschil in Nederland 2023*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. (2017). *Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid*. Den Haag: WRR.
- Willink, H. T. (2018). *Groter denken, kleiner doen*. Amsterdam: Prometheus.
- Zorg Innovatie Forum. (2019a). *Kans voor de Veenkoloniën. Aanvraag derde fase*. Groningen. Retrieved from <http://kvdvk.nl/kans-voor-de-veenkolonien-menu/toelichting>
- Zorg Innovation Forum. (2019b). *Kans voor de Veenkoloniën. Activiteitenverslag tweede fase: 4/4/2016 - 31/3/2019*. Groningen: ZIF. <https://kvdvk.nl/wp-content/uploads/2019/12/Activiteitenverslag-Tweede-Fase-KVDVK-17-12-2019.pdf>