

Gezond Verbonden

Werken aan sociale
verbondenheid in een
geïndividualiseerd zorgstelsel





Gezond Verbonden

Werken aan sociale verbondenheid in een geïndividualiseerd
zorgstelsel

19 januari 2026

De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving
Inspireert en adviseert over hoe we morgen kunnen
leven & zorgen.

Samenstelling Raad

Jet Bussemaker, voorzitter
Pieter Barnhoorn (vanaf 1 september 2025)
Godfried Bogaerts
Erik Dannenberg
Cathalijne Dortmans (vanaf 1 september 2025)
Joris van Eijck
Floortje Scheepers
Pieter Hilhorst (tot 1 september 2025)
Hafez Ismaili M'hamdi
Marleen Kraaij-Dirkzwager (tot 1 september 2025)
Ageeth Ouwehand
Martijn van der Steen
Robert Vonk, plaatsvervangend directeur

Raad voor Volksgezondheid & Samenleving

Bezuidenhoutseweg 30
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
T +31 (0)70 340 5060
mail@raadrvs.nl
www.raadrvs.nl

Publicatie 2026-01

ISBN: 978-90-5732-292-1
© Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
Den Haag, 2026

De inhoud van deze publicatie mag (gedeeltelijk)
worden gebruikt en overgenomen voor niet
commerciële doeleinden. De inhoud mag daarbij
niet veranderen. Citaten moeten altijd aangegeven
zijn, bij voorkeur als: Raad voor Volksgezondheid
& Samenleving (2026), *Gezond Verbonden*. RVS-
2026-01, Den Haag: RVS.

U kunt deze publicatie ook downloaden via onze
website → www.raadrvs.nl

Inhoudsopgave

Voorwoord	6
1 Werken aan gezondheid vanuit het principe van een sociaal verbonden mens	7
2 Sociaal verbonden zijn is gezonder	13
3 De gezondheidszorg biedt kansen voor het versterken van sociale verbondenheid	21
4 Conditie voor het omarmen van de sociaal verbonden mens ontbreken	28
5 Conclusie en aanbevelingen	34
Bijlage 1	37
Samenvatting	41
Totstandkoming van het advies	43
Bronnenlijst	45

Voorwoord

“Ik ben omdat wij zijn,” zo luidt een trefzeker Ubuntu-gezegde uit Zuid-Afrika. Relaties die we aangaan maken ons tot mens en de ontmoeting met de ander vormt ons. Sociale verbondenheid is ook een cruciaal onderdeel van onze gezondheid. Niet voor niets is het gezondheidsconcept de afgelopen jaren verbreed van de afwezigheid van ziekte naar ervaren gezondheid inclusief relaties met andere mensen en zingeving, en dus naar datgene wat ons veerkrachtig maakt.

Het ontbreken van sociale verbondenheid kent ernstige gezondheidsrisico's. Het gebrek aan betekenisvolle sociale relaties verhoogt het overlijdensrisico net zo sterk als roken of overmatig alcoholgebruik. Toch hebben we in het dagelijks leven maar weinig aandacht voor dit aspect van mentale en fysieke gezondheid. We tellen onze stappen en calorieën, maar staan we ook stil bij hoeveel mensen we om ons heen hebben om steun van te krijgen én aan te geven?

Maar niet elke sociale verbinding draagt vanzelfsprekend bij aan gezondheid. Ze kunnen ook knellend en benauwend zijn, zoals ten tijde van de verzuiling. Ik moet denken aan mijn tante die in de jaren vijftig van de vorige eeuw als jonge vrouw ongewenst zwanger raakte en bij mijn opa, huisarts in het Groene Hart, onderdak kreeg. Toen de zwangerschap vorderde, werd ze bij een van de boeren ondergebracht; 'beschermd' en gecontroleerd in een hecht sociaal netwerk, maar geïsoleerd van haar eigen leeftijdsgenoten en zonder enige inbreng over eigen keuzes. Het kind werd haar na de geboorte direct afgenomen, en zij bleef achter met psychische problemen. De jaren zestig en zeventig bevrijdden ons van paternalisme, groepsdwang en controledrift. Het bracht bevrijding en emancipatie, ook voor patiënten en cliënten. Maar van lieverlee raakten we ook wat kwijt: het besef dat we ons leven leven in verbinding met anderen, en dat de medische wetenschap, hoe knap in zichzelf ook, dat niet kan vervangen.

Gelukkig ontstaan nieuwe initiatieven waarin men de kracht van de groep benut. Denk bijvoorbeeld aan CenteringZwangerschap waar zwangere vrouwen met verschillende achtergronden naast hulp van een professional ondersteuning bij elkaar vinden. Dergelijke initiatieven ontstaan langzaam maar zeker ook voor groepsbehandelingen na ernstige medische problemen, zoals hartfalen en kanker.

Lees dit advies dus niet als een nostalgisch terugverlangen, maar als een pleidooi om vooruit te denken en gebruik te maken van de kracht van sociale verbondenheid via groepsbehandelingen, lotgenotencontacten en ontmoetingsruimten bij zorginstellingen. Want juist in die kwetsbare situaties geldt dat je bent omdat wij zijn.

Jet Bussemaker

Voorzitter RVS

1 Werken aan gezondheid vanuit het principe van een sociaal verbonden mens

Sociaal verbonden mensen zijn gezonder, leven langer en zijn gelukkiger. Onderzoek laat zien dat sociale verbondenheid een even grote of zelfs grotere impact heeft op onze levensverwachting dan bekende gezondheidsfactoren zoals roken, obesitas en gebrek aan beweging.¹ Sociale verbondenheid is erg belangrijk voor ons mentale en fysieke welzijn. Toch krijgt dit thema nog altijd onvoldoende aandacht als gezondheidsbevorderende factor. Daarom staat in dit advies de volgende vraag centraal: *Hoe kunnen we binnen de gezondheidszorg de kracht van sociale verbondenheid ondersteunen en aanwenden?*

1.1 Het belang van verbonden zijn

Hoe vaak horen we het niet van mensen die door iets ingrijpends gaan – of het nu topsporters zijn of mensen die in een ziekteproces zitten: “Ik had dit nooit gekund zonder de steun van anderen.” Familie, vrienden en soms zelfs vreemden spelen een cruciale rol in ieders leven. Bijvoorbeeld marathonrenner Sifan Hassan: zij benadrukte meermaals dat ze haar successen mede te danken heeft aan de steun van haar netwerk. Ze noemt specifiek haar familie, vrienden, coach en teamleden. “Ik heb héél veel mensen achter mij,” zegt ze. Die steun hielp haar door eenzame momenten en gaf haar kracht om door te zetten.² Maar ook bij ziekte, of misschien wel juist dan, biedt zo’n netwerk steun. Dat blijkt uit 25 ervaringsverhalen van mensen met kanker. Hun grootste steun kwam vaak van hun directe sociale omgeving en van lotgenoten.³ Ook bij Miriam, die leeft met uitgezaaide longkanker. Na haar diagnose longkanker vond ze, naast veel steun van vrienden en familie, ook veel onverwachtse steun van lotgenoten. Niet alleen hun praktische tips hielpen haar, maar vooral het wederzijds begrip gaf houvast. “Het is zó fijn als iemand echt snapt in wat voor storm je zit. (...) Zonder lotgenoten en naasten is het echt een levende hel”.⁴ Het is niet alleen het ontvangen van steun dat ons zoveel oplevert. Juist ook het geven van steun is waardevol. Mensen die zich inzetten voor anderen, bijvoorbeeld via vrijwilligerswerk of mantelzorg, ervaren daar vaak persoonlijke voordelen van. Ze voelen zich meer verbonden met hun omgeving, ervaren meer zingeving, ontwikkelen nieuwe vaardigheden en krijgen een sterker gevoel van eigenwaarde.⁵ Zo vertelt Danique: “Bij het ouderencentrum waar ik mijn Maatschappelijke Diensttijd deed, bloeide ik op. Ik kwam in contact met mensen die ik anders niet zou ontmoeten, werd gehoord en gewaardeerd en kon iets betekenen voor anderen. Ik was eindelijk weer onderdeel van de maatschappij en ging mij veel beter voelen. Nu sta ik positiever in het leven.”⁶

Bovenstaande voorbeelden, evenals talloze andere verhalen, maken één ding duidelijk: mensen zijn sociale wezens. De meesten van ons bloeien op als we gezien worden, steun krijgen die bij ons past, anderen helpen en samenwerken. “No man is an island”, schreef John Donne al in de late middeleeuwen. En dat geldt nog steeds. Het netwerk van mensen om ons heen maakt het mogelijk persoonlijke uitdagingen te overwinnen en individuele prestaties te leveren. De hard bevochten individuele vrijheid die onze tijd kenmerkt, bestaat alleen omdat we in contact staan met anderen.⁷ Sociaal verbonden zijn is daarom een wezenlijk onderdeel van het menselijk bestaan.

Niet verrassend is dan ook dat uit onderzoek blijkt dat gezonde sociale relaties de leefomstandigheden verbeteren en gezondheidsrisico’s verkleinen. Mensen met sterke sociale banden vinden bovendien sneller de weg naar zorg en ondersteuning.⁸ Het verschil in levensverwachting tussen mensen die wel of niet sociaal verbonden zijn, is zelfs even groot als tussen mensen die dagelijks tot vijftien sigaretten roken of helemaal niet roken.⁹ Sociale verbondenheid is dus van vitaal belang voor een gezond leven.

1.2 Minder verbondenheid, meer eenzaamheid

In Nederland hebben we veel vrijheid om ons eigen leven vorm te geven. Die vrijheid kwam niet vanzelf: er is hard voor gestreden en we koesteren haar nog steeds. Het voelt waardevol dat we, als autonome en vaak zelfstandige mensen, onze eigen keuzes mogen maken. Dat sterke geloof in autonomie gaat gepaard met een blinde vlek. Mensen zijn van nature namelijk niet alleen zelfstandig, maar ook relationeel. We hebben anderen nodig om ons leven betekenis te geven, ons verbonden te voelen, en zelfs gezond te blijven. Juist dat laatste vergeten we vaak, terwijl het misschien wel het meest tastbaar en concreet is.

Meer aandacht voor de waarde van sociale verbondenheid is nodig om de uitdagingen aan te gaan waar Nederland voor staat. Nederland verandert snel. We zien demografische trends als vergrijzing, toenemende diversiteit en meer eenpersoonshuishoudens. Tegelijk nemen maatschappelijke dreigingen toe, zoals klimaatverandering en geopolitieke spanningen.¹⁰ Juist in zulke situaties is sociale verbondenheid van belang, omdat mensen die meer sociaal verbonden zijn in het algemeen beter voorbereid zijn op rampen en beter herstellen na een crisissituatie.¹¹

Hoewel er dus noodzaak is voor sociale verbondenheid, lijken we steeds minder verbonden met elkaar. Deze trend was al zichtbaar voor de COVID19-pandemie, maar is sindsdien verder toegenomen.

- De afgelopen jaren is het contact dat we hebben met burens fors afgenomen van 19,4% in 2012 naar 12,8% in 2024. Het gaat dan voornamelijk om dagelijks contact.¹²
- Bovendien zijn verschillen in ervaren tevredenheid van het sociale leven toegenomen. Sinds 2013 is de tevredenheid met het sociale leven van mensen met weinig contact sterk afgenomen (van 65,1% in 2013 naar 45,9% in 2024), terwijl dit bij mensen met veel contact maar een daling van 2% (van 86,3% naar 83,9%) betrof.¹³ Daarmee zijn de verschillen in tevredenheid tussen mensen met veel en mensen met weinig contact groter geworden.
- Kwalitatief onderzoek van onder andere het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid uit 2025, naar de staat van gezinnen, laat zien dat ouders het gevoel hebben dat onderlinge verbondenheid en steun onder ouders ontbreekt. Ouders vragen zich af waar de gemeenschapszin is.¹⁴

De meeste beschikbare data over sociale verbondenheid richt zich op eenzaamheid. Dit is de subjectieve ervaring van een gemis aan (kwaliteit van) verbondenheid.¹⁵ Daarmee is eenzaamheid niet simpelweg een gebrek aan sociaal contact. Zo heeft bijna 90% van de mensen die zich sterk eenzaam voelt wél wekelijks contact met familie, vrienden of burens.¹⁶ En andersom geldt: niet iedereen met weinig sociaal contact voelt zich eenzaam. Toch zien we ook in de cijfers over eenzaamheid een opvallende trend:

- Sinds 2012 is het percentage eenzame volwassenen toegenomen van 39% tot 46%. Ook het percentage mensen dat aangeeft sterk eenzaam te zijn is toegenomen van 8% in 2012 tot 12% in 2024.¹⁷
- Eenzaamheid komt vaker voor bij mensen zonder startkwalificatie op de arbeidsmarkt, mensen met een laag inkomen en mensen met een verstandelijke beperking.¹⁸ Ook leeftijd speelt een rol: eenzaamheid komt het vaakst voor onder 15- tot 25-jarigen en vanaf 75 jaar.¹⁹
- De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024 schetst de verwachting dat eenzaamheid in de toekomst vaker voorkomt dan nu.²⁰ Het aantal mensen dat zich eenzaam voelt, neemt naar verwachting in de periode 2022-2050 met 800.000 toe van 6,8 miljoen naar 7,6 miljoen. Hoewel eenzaamheid onder de hele bevolking zal toenemen, is die stijging het grootste bij 75-plussers.

1.3 Steeds meer aandacht voor sociale verbondenheid

Sociale verbondenheid krijgt gelukkig steeds meer aandacht als belangrijke factor voor onze gezondheid. Deze ontwikkeling begon al vóór de COVID19-pandemie, maar tijdens die periode werd de waarde van sociaal contact voor onze gezondheid nog veel duidelijker.²¹ Wereldwijd werd zichtbaar dat een gebrek aan sociale verbondenheid onze gezondheid geen goed deed. Tegelijkertijd viel op dat mensen, ondanks alle beperkingen, actief op zoek gingen naar manieren om contact te behouden. Er ontstonden talloze sociale initiatieven, zowel online als in buurten en gemeenschappen, die onderstreepten hoe sterk de menselijke behoefte aan verbinding is en hoe belangrijk sociaal contact blijft, juist in tijden van crisis.

In de samenleving bestaan veel initiatieven die sociale verbondenheid versterken. Nieuwe gemeenschappelijke woonvormen, buurtactiviteiten, burgercollectieven en vrijwillige zorgnetwerken schieten de laatste jaren als paddenstoelen uit de grond.²² Burgers nemen hierin vaak het voortouw. Zo telde Nederland Zorgt Voor Elkaar (NLZVE) in 2020 al zo'n 1500 zorgzame gemeenschappen. Dat is een verdubbeling ten opzichte van 2012.²³ Recente cijfers ontbreken, maar het ligt voor de hand dat dit aantal sindsdien alleen maar verder is gegroeid. Bouwen aan sterke gemeenschappen begint bij onszelf: als burgers die samenleven, elkaar steunen en voor elkaar zorgen.

Ook overheden erkennen steeds vaker het belang van verbondenheid. Meer en meer landen ontwikkelen inmiddels strategieën om sociaal isolement tegen te gaan en verbondenheid te bevorderen.²⁴ Dit varieert van nationale programma's die eenzaamheid verkleinen en de sociale leefomgeving versterken, zoals het programma Eén tegen Eenzaamheid, tot concrete interventies zoals Welzijn op Recept en de Sociale Sportschool.²⁵ Ook

9

internationale beleidskaders en gezondheidsagenda's, zoals de Sustainable Development Goals en het WHO-werkprogramma rondom dementie, noemen sociale verbondenheid steeds vaker. Met de oprichting van een WHO Commission for Social Connection is de urgentie van dit thema opnieuw benadrukt.²⁶ Deze ontwikkelingen onderstrepen dat sociale verbondenheid steeds vaker wordt erkend als een sleutel tot een betere gezondheid.

In de gezondheidspraktijk sluit deze beweging aan bij de bredere verschuiving van zorg naar gezondheid. Het opkomende gedachtegoed van positieve gezondheid laat zien dat een betekenisvol sociaal leven wezenlijk onderdeel is van een gezond bestaan. Ook in beleid krijgt dit thema inmiddels meer gewicht, zoals de totstandkoming van het sociaal netwerk-advies laat zien.²⁷ Maar ook de recent geüpdatete praatplaat over de impactvolle determinanten van gezondheid van het RIVM is hier een voorbeeld van (zie figuur 1).²⁸ Deze ordent bestaande kennis over gezondheidsdeterminanten en is gebaseerd op het bekende regenboogmodel van Dahlgren en Whitehead.²⁹ Waar een sociaal netwerk eerder slechts in een hoekje was weggestopt (zie het omcirkelde), heeft het nu de originele prominente plek teruggekregen in het model.

De afbeelding toont twee regenboogmodellen van gezondheidsdeterminanten. Het linkermodel (2021) is verdeeld in vijf lagen: 'Leef-, woon- en werkcondities', 'Leefstijl en gewoontes', 'Persoonsgebonden', 'Familiële, sociale en gemeenschapssfeer' en 'Persoonlijke kenmerken'. Het rechtermodel (2025) is uitgebreider en heeft zes lagen: 'Demografische, economische, sociaal-culturele, technologische, ecologische en politiek-institutionele omstandigheden', 'Leef-, woon- en werkcondities', 'Familiële, sociale en gemeenschapssfeer', 'Persoonsgebonden', 'Persoonlijke kenmerken' en 'Genetische factoren'. In beide modellen is 'Sociaal netwerk' omcirkeld, wat de toegenomen aandacht voor sociale verbondenheid illustreert.

Figuur 1 Impactvolle determinanten van gezondheid van RIVM uit 2021 (links) en hernieuwd model in 2025 (rechts).

1.4 De onbenutte kracht van sociale verbondenheid

Ondanks de groeiende aandacht is de waarde van sociale verbondenheid voor onze gezondheid nog geen algemeen goed. Veel mensen beseffen nog niet dat sociale relaties invloed hebben op hoe gezond we zijn. Uit een uitvraag van Motivation blijkt dat 98% van de Nederlanders gezondheid vooral koppelt aan mentale en fysieke aspecten; slechts 2% noemt ook sociale relaties.³⁰ Opvallend is dat mensen de invloed van sociale steun op hun gezondheid structureel onderschatten. Van alle factoren die gezondheid beïnvloeden, is hier het verschil tussen de daadwerkelijke impact en de waarde die mensen eraan toekennen het grootst.³¹

Zelfs zorgprofessionals onderschatten het risico van weinig sociale steun, sociale isolatie en eenzaamheid als voorspellers van voortijdig overlijden.³² In onderstaande tabel is het verschil te zien tussen het belang dat zorgverleners deze factoren toekennen en hun daadwerkelijke waarde. Daarnaast blijkt dat zorgverleners het effect vooral koppelen aan risico's voor de mentale gezondheid, en veel minder aan fysieke gezondheid.

De afbeelding is een grafiek met de titel '(1 = most important, 9 = least important)'. De x-assen zijn: Low Social Support, Social Isolation, Smoking, Loneliness, Excessive Alcohol, Physical Inactivity, Obesity, Not Taking Meds, Air Pollution. De y-assen zijn getallen van 1 tot 9. Zwarte punten (Effect Size Ranking) en paarse punten (HCP Ranking) zijn geplaatst op deze assen. De HCP Ranking is over het algemeen lager (meer belangrijk) dan de Effect Size Ranking, met name voor 'Low Social Support' (HCP: 6, Effect Size: 1) en 'Social Isolation' (HCP: 5, Effect Size: 2).

Figuur 2: De volgorde van het belang dat zorgverleners toekennen aan risicofactoren voor voortijdig overlijden (paars) afgezet tegen het daadwerkelijke volgorde van risico die deze factoren vormen (zwart).

In de gezondheidszorg krijgt het versterken van sociale netwerken een steeds prominentere plek in de praktijk. Dat is geen luxe, maar een noodzaak: om goede zorg te kunnen blijven bieden, is een beroep op familie en naasten steeds vaker nodig.³³ In verschillende eerdere rapporten van de RVS is het belang van een goede samenwerking met informele zorg en het sociaal domein onderstreept.³⁴ In delen van de eerstelijnszorg wordt hier al actief werk van gemaakt. Wijkverpleegkundigen, welzijnswerkers en steeds meer huisartsen pakken bredere gezondheidsvragen zoals eenzaamheid op en besteden aandacht aan het versterken van de sociale basis: de omgeving waar mensen op kunnen terugvallen voor ondersteuning, ontplooiing en ontspanning.³⁵ Ook in delen van de langdurige zorg, zoals de gehandicaptenzorg, maakt het werken aan sociale netwerken al jarenlang structureel deel uit van de praktijk.³⁶

Tegelijkertijd ziet de RVS *aanvullende* kansen binnen de zorgsectoren waar medische behandeling centraal staat. Daar ligt de nadruk nog regelmatig op het autonome individu, terwijl het relationele perspectief onderbelicht blijft.³⁷ Ook zijn de praktische randvoorwaarden in de gezondheidszorg vaak nog niet ingericht op het bevorderen van sociale verbondenheid. Het is cruciaal dat juist ook deze domeinen sterker inzetten op sociale verbondenheid. Ziekenhuizen, de specialistische ggz en revalidatiecentra beschikken over kennis, netwerken, faciliteiten en financiële middelen die - goed benut - een enorme maatschappelijke meerwaarde kunnen hebben. Met hun bevlogen professionals en stevige infrastructuur kunnen zij het verschil maken in de sociale verbondenheid van mensen. Toch gebeurt dit nog te weinig en blijven waardevolle kansen onbenut. Met dit advies hoopt de Raad daar verandering in te brengen.

1.5 Leeswijzer

De centrale vraag van dit advies luidt: *Hoe kunnen we binnen de gezondheidszorg de kracht van sociale verbondenheid ondersteunen en aanwenden?* Het korte antwoord: *Draag bij aan gezondheid vanuit het vertrekpunt dat ieder mens sociale verbondenheid nodig heeft.*

In **hoofdstuk twee** onderbouwen we dit antwoord met cijfers en voorbeelden die laten zien hoe sociale verbondenheid bijdraagt aan gezondheid. We laten ook zien hoe het versterken van verbondenheid kan helpen om gezondheid te bevorderen.

Hoofdstuk drie gaat over de gezondheidszorg. Vooral in sectoren waar medische behandeling centraal staat liggen kansen om sociale verbondenheid te versterken. We laten zien waarom dit zo belangrijk is, wie hierin een rol spelen en hoe dit in de praktijk kan werken.

De belemmeringen die zorgverleners ervaren om recht te doen aan de sociaal verbonden mens, bespreken we in **hoofdstuk vier**. Het gaat daarbij vooral om kwaliteitsopvattingen, financiering en de beschikbare ruimte. Vervolgens staan we stil bij factoren buiten de gezondheidszorg die het voor zorgorganisaties en zorgverleners moeilijker maken om sociale verbondenheid te versterken, en laten we zien welke beleidsmechanismen daarbij een rol spelen.

Tot slot volgen in **hoofdstuk vijf** concrete aanbevelingen: hoe kunnen zorgorganisaties, zorgverleners en beleidsmakers het belang van sociale verbondenheid voor onze gezondheid beter omarmen, waarderen en versterken?

Definities en afbakeningen

- Met de term **gezondheid** bedoelen wij niet alleen het ontbreken van ziekte, maar ook welbevinden en kwaliteit van leven. Om het leesgemak te bevorderen gebruiken we in dit advies daarom overal het woord gezondheid, maar we verwijzen daarmee bewust naar dit brede en integrale begrip. We benadrukken hiermee dan ook de transitie van zorg naar gezondheid, waarin we de focusverschuiving van ziekte naar een bredere opvatting van gezondheid onderstrepen.
- Wanneer we in dit advies spreken over **gezondheidszorg**, erkennen we dat de gezondheidszorg uit diverse terreinen bestaat en spreken wij een ieder in dit veld aan. Zie de afbeelding hiernaast. Toch leggen wij in dit advies de nadruk op de sectoren en bijbehorende beroepsgroepen die nu nog niet vanzelfsprekend worden betrokken bij het versterken van sociale verbondenheid. Zij kunnen daarin juist een betekenisvolle rol spelen. Het gaat hierbij om plekken waar het behandelen van medische vragen centraal staat. In de afbeelding hiernaast gaat het met name om de terreinen: 'zorg om zelf naartoe te gaan' en 'zorg in ernstige situaties'. Denk aan ziekenhuizen, de specialistische ggz, verpleeghuizen en revalidatiecentra, maar ook aan huisartsen, therapeuten en medisch specialisten. In eerdere adviezen besteedden we specifieke aandacht aan de terreinen 'hulp in de buurt' (zie *De basis op orde*, *Kinderen uit de kneel*), 'gezonder blijven en problemen voorkomen' (Zie o.a. *Op onze gezondheid*, *Grenzeloos samenwerken?* en *Het Rimpeleffect*) en 'wonen met extra zorg' (Zie o.a. *Anders leven en zorgen* en *Met de stroom mee*).³⁸



Figuur 3 Vijf terreinen van werken aan gezondheid

- Wanneer we in dit advies refereren aan het **zorgstelsel**, hanteren we de definitie zoals we die eerder benoemden in ons advies *Met de stroom mee*.³⁹ Dat betekent dat we niet enkel kijken naar de juridische of financiële aspecten van het stelsel. De opgave die voor ons ligt, raakt juist in sterke mate de culturele en praktische kanten van het stelsel.
- Goede sociale verbondenheid** en **sociale relaties** gaan over het gevoel van nabijheid en vertrouwen tussen mensen en over relaties die wederkerig, betekenisvol en constructief zijn.⁴⁰ Dit kan vorm krijgen in één op één contacten of groepen, fysiek of digitaal. De kwaliteit van de relaties is hier van wezenlijk belang. We zijn wellicht geneigd om in eerste instantie te denken dat goede relaties vooral bestaan uit 'sterke bindingen', zoals familie, hechte vrienden en mensen die je wekelijks spreekt. Maar ook in de 'zwakke bindingen', zoals een kennis, een buurtgenoot of de kapper, schuilt een enorme bron voor sociale verbondenheid.⁴¹ Goede sociale verbondenheid betekent dat mensen beschikken over sterke en zwakke bindingen waarmee zij betekenis toevoegen aan hun eigen leven en dat van de ander.⁴²



Nationale burendag in Nijmegen. De jaarlijkse nationale burendag brengt mensen die bij elkaar in de buurt wonen bij elkaar. Ook sommige zorginstellingen zetten hun deuren open op burendag.

Foto: ANP / Hollandse Hoogte / Flip Franssen

2 Sociaal verbonden zijn is gezonder

In de inleiding stipten we al aan dat het goed is voor je gezondheid om sociaal verbonden te zijn. Maar waarom is dat eigenlijk zo? In dit hoofdstuk bespreken we op welke verschillende manieren het ervaren van verbondenheid bijdraagt aan een betere gezondheid, zowel mentaal als fysiek. Daarnaast laten we voorbeelden zien van interventies waarbij sociale verbondenheid leidt tot betere gezondheidsresultaten.

2.1 Sociale verbondenheid is (meestal) gezond

Een pionier op het gebied van onderzoek naar de relatie tussen sociale verbondenheid en volksgezondheid is psycholoog Julianne Holt-Lunstad. Zij publiceerde meerdere meta-analyses over dit onderwerp. Haar onderzoeken tonen aan op welke manieren sociale verbondenheid ons welzijn kan beïnvloeden.⁴³

- Biologisch gezien is er sterk bewijs dat eenzaamheid een negatieve invloed heeft op het functioneren van ons hart en onze bloedvaten, net als op de samenwerking tussen onze hersenen en hormonen. Als deze systemen zijn ontregeld, is er een groter risico om verschillende chronische ziektes te ontwikkelen en uiteindelijk vroegtijdig te overlijden. Omgekeerd kunnen sociale relaties deze systemen positief beïnvloeden, wat ook het risico op ziekte vermindert.
- Psychologische processen zoals het ervaren van zingeving, motivatie, plezier en stressregulering zijn ook sterk afhankelijk van onze sociale relaties. Volwassenen zien hun relaties, vooral met familie en vrienden, als belangrijkste bron van zingeving en motivatie. Mensen die meer zingeving ervaren laten gezonder zelfregulerend gedrag zien. Bovendien bieden sociale relaties een buffer voor stress, terwijl isolatie en slechte relaties stress verhogen en hierdoor gezondheid schaden.
- Vanuit een gedragsmatig perspectief beïnvloeden onze relaties verschillende leefstijlfactoren. Denk aan vrienden of familieleden die ons aanmoedigen om gezonder te eten, meer te bewegen, te stoppen met roken, minder alcohol te drinken, voldoende te slapen of medische hulp te zoeken wanneer dat nodig is. Bovendien kan een netwerk helpen bij het vinden van de juiste wegen naar formele en informele instanties, zoals naar de meest passende vorm van zorg.

Goede sociale contacten bieden meer individuele voordelen dan alleen gezondheidswinst. Ze verbeteren ook de kwaliteit van leven, onderwijsresultaten en arbeidskansen. Een gebrek aan gezonde sociale connecties daarentegen, kan leiden tot slechtere onderwijsresultaten, zoals vroegtijdige schooluitval.⁴⁴ Op de werkplek bevorderen ondersteunende relaties werktevredenheid, creativiteit en prestaties, en verminderen stress en kans op burn-out.⁴⁵ Ook kunnen sociale netwerken mensen helpen om economische kansen te vergroten en benutten, zoals het vinden van passend werk. Dit heeft op zijn beurt weer invloed op iemands gezondheid, zie ook eerdere rapporten van de RVS.⁴⁶ Het is wel belangrijk hierbij te benoemen dat het effect van gezonde sociale verbindingen op gezondheid vaak iets van de (middel)lange termijn is.⁴⁷

Naast de vele voordelen voor individuen profiteert de samenleving als geheel ook van gezonde sociale bindingen. Sterke sociale verbondenheid leidt vaak tot betere gemeenschapsuitkomsten, zoals een groter gevoel van welvaart en meer vertrouwen in de overheid en in elkaar.⁴⁸ Daarnaast draagt sociale verbondenheid bij aan meer veiligheid en veerkracht binnen de samenleving. In tijden van crisis, zoals bij natuurrampen of pandemieën, blijken buurten waar mensen elkaar kennen en verbonden zijn met lokale organisaties beter voorbereid te zijn op noodsituaties. Bovendien herstellen mensen die in deze buurten wonen sneller van de impact van een ramp dan in buurten met minder sociale bindingen.⁴⁹ Sterke sociale verbondenheid vormt zo een belangrijk fundament voor een gezonde en veerkrachtige samenleving.

2.2 Verbondenheid kent twee gezichten

Zoals hierboven beschreven, draagt sociale verbondenheid bij aan gezondheid. Toch is dat niet altijd het geval: sociale relaties zijn niet per definitie positief of gezond voor een mens. Sommige vormen van verbondenheid kunnen zelfs schadelijk zijn. Denk bijvoorbeeld aan situaties van huiselijk geweld: uit onderzoek blijkt dat ongeveer een op de 20 (5,5%) volwassenen in een periode van vijf jaar naar eigen zeggen wel eens met een voorval van fysiek en/of seksueel geweld in huiselijke kring te maken heeft gehad.⁵⁰ Ook kunnen sociale relaties negatief gedrag versterken. Dat geldt bijvoorbeeld voor groepen die gevaarlijk of crimineel gedrag aanmoedigen

of voor netwerken waarin roken, drinken of drugsgebruik normaal is. Zo blijkt dat ongeveer 75% van de jeugdcriminaliteit wordt gepleegd in groepsverband of voortvloeit uit groepsdynamische processen.⁵¹

Sociale netwerken bieden steun, maar kunnen ook stress opleveren. Denk aan de druk van familie of vrienden, zoals bij een ongelukkige relatie, eerwraak of een gedwongen huwelijk.⁵² Zulke ongezonde relaties verhogen het stressniveau en kunnen leiden tot fysieke klachten en andere problemen.⁵³ Sociale verbondenheid kan bovendien benauwend zijn. In hechte gemeenschappen gaat verbondenheid soms gepaard met sterke sociale controle. Afwijken van groepsnormen kan leiden tot uitsluiting. In zulke situaties botst verbondenheid met individuele waarden als autonomie en zelfontplooiing.

Sociale verbondenheid kan dus ook een negatieve gezondheidsdeterminant zijn. Daarom is het belangrijk om goed te kijken naar *hoe* en *wanneer* sociale verbondenheid écht bijdraagt aan gezondheid. In sommige situaties is het voor herstel of behandeling zelfs nodig dat iemand zich leert weren tegen zijn of haar sociale omgeving. Denk bijvoorbeeld aan verslavingsproblematiek, waarbij herstel soms alleen mogelijk is door afstand te nemen van het bestaande sociale netwerk. Dit roept de vraag op: over welke sociale relaties hebben we het precies, wanneer we verbondenheid als een positieve factor beschouwen?

De literatuur maakt daarbij onderscheid tussen twee typen bindingen: sterke en zwakke.⁵⁴ Relaties binnen een hechte gemeenschap, zoals met familie of goede vrienden, worden aangeduid als sterke bindingen. We leunen doorgaans sterk op deze bindingen. Ze brengen ons comfort, vertrouwen en ze zijn meestal een bron voor intensieve en betrouwbare hulp. Onze bereidwilligheid om anderen te helpen is in eerste instantie gericht op mensen uit de eigen groep: mensen die we aardig vinden en die we vertrouwen. Het nadeel van sterke bindingen is dat als je er eenmaal in zit, je er ook niet snel uit loskomt. Het biedt veel veiligheid en vertrouwen, maar het kan ook beknellend zijn.

Naast de sterke bindingen bestaan ook zwakke bindingen. Waar mensen vroeger stevig geworteld waren in zuilen, lokale gemeenschappen en ideologische verbanden, maken we nu vaker deel uit van meerdere netwerken tegelijk. Dit levert vluchtige en oppervlakkige contacten op, maar ook meer verbindingen en een grotere diversiteit in contacten. Duyvendak en Hurenkamp zien dat er steeds vaker sprake is van zogenaamde 'lichte' gemeenschappen.⁵⁵ Het zijn relaties waar je makkelijk toegang tot krijgt en waar je zonder al te grote consequenties uit los kunt komen. Het voordeel van deze zwakke bindingen is dat ze makkelijker over groeps grenzen heengaan, toegang bieden tot nieuwe kennis, kansen en hulpbronnen. Bovendien maken ze gemeenschappen veerkrachtiger.⁵⁶ Onderzoek bevestigt dat veel zwakke bindingen mentaal en fysiek fit houden.⁵⁷ Zelfs wanneer je met deze relaties iets onderneemt wat wellicht minder goed kan zijn voor je gezondheid, zoals naar het café gaan.⁵⁸

Het is belangrijk onderscheid te maken tussen gezonde en ongezonde vormen van sociale verbondenheid. Dat is niet eenvoudig, omdat verbondenheid voornamelijk een subjectieve ervaring is. Wel blijkt in de praktijk dat een groter sociaal netwerk vaak meer mogelijkheden biedt om steun te ontvangen en om relaties van goede kwaliteit te onderhouden.⁵⁹ De gezondheidszorg kan mensen helpen hun netwerk uit te breiden, ook met zogenaamde zwakkere verbindingen die steun bieden. Tegelijkertijd blijft het essentieel aandacht te houden voor de kwaliteit van deze relaties en voor de vrije keuze van mensen.

2.3 Sociale verbondenheid als gezondheidsinterventie

Sociale verbondenheid beïnvloedt onze gezondheid op verschillende manieren. Als de omstandigheden goed zijn, versterken sociale bindingen niet alleen ons eigen welzijn, maar ook van de samenleving. Hieronder laten we drie manieren zien waarop sociale verbondenheid bijdraagt aan de gezondheid.

Sociale verbondenheid voorkomt (verergering van) gezondheidsklachten

Zoals in de vorige paragraaf benoemd, zijn mensen met een sterk sociaal netwerk vaak gezonder en blijven dat ook langer. De grootste meerwaarde van sociale verbondenheid is dan ook het preventieve effect: wie verbonden is met anderen, ontwikkelt minder snel gezondheidsklachten. Hier zijn we in het begin van dit hoofdstuk al nader op ingegaan. Samengevat: gezonde, sociale verbondenheid verlaagt stress, versterkt het immuunsysteem, stimuleert gezonde gewoonten en vermindert risicogedrag. Bovendien biedt het emotionele steun, praktische hulp, toegang tot gezondheidsvaardigheden en geeft het betekenis en richting aan ons leven.

Verschillen in sociale verbondenheid dragen bij aan verschillen in gezondheid. Een deel van de gezondheidsverschillen hangt namelijk samen met een gebrek aan sociaal netwerk, kennis en vaardigheden.⁶⁰ Mensen die te maken hebben met uitsluiting en eenzaamheid hebben vaker last van lichamelijke en psychische klachten. Andersom is een gezond mens over het algemeen gemakkelijker in staat een sterker sociaal verbonden mens te zijn. Er is dus een wisselwerking tussen gezondheid en sociale relaties. Het SCP laat dit ook zien:

mensen die niet tevreden zijn over hun gezondheid, ervaren minder sociale samenhang in de buurt en voelen minder sociale binding met de maatschappij.⁶¹

Deze wederzijdse wisselwerking noemen we een *reciproke interactie*. Sociale problemen en gezondheidsklachten kunnen elkaar blijvend wederzijds versterken. Juist daarom is het belangrijk om interventies in te zetten die ook mensen bereiken met een beperkt sociaal netwerk, een slechte gezondheid, of allebei. Als signalen van eenzaamheid en uitsluiting vroeg worden herkend en het sociale netwerk wordt versterkt, keren deze patronen vaak om en verbetert de gezondheid blijvend.

Praktijkvoorbeelden

Stichting Join us⁶² – Tegen eenzaamheid bij jongeren

Join Us is een programma dat jongeren ondersteunt bij het versterken van hun sociaal leven. Jongeren tussen de 12 tot 18 jaar en 18 tot 25 jaar komen elke twee weken samen in groepen. Jeugdprofessionals van lokale welzijnsorganisaties begeleiden deze bijeenkomsten. Het programma richt zich op het versterken van sociale vaardigheden en biedt jongeren een veilige plek om anderen te ontmoeten die in een vergelijkbare situatie zitten. Hoewel Join Us nog relatief nieuw is en harde resultaten beperkt zijn, is de aanpak goed onderbouwd. Evaluaties laten hoopvolle effecten zien en veel jongeren delen positieve ervaringen over wat het programma voor hen betekent.⁶³

“Voor Join Us ging het helemaal niet goed. Ik had problemen thuis en op school. Ik werd gepest en dat werd voor mijn gevoel steeds erger. (...) Het maakte me verdrietig en boos. Op een gegeven moment was het zo erg dat ik zelfs aan zelfmoord dacht. (...) Bij Join Us heb ik geleerd geen moeite te doen voor mensen die me niet accepteren, maar juist mensen op te zoeken die bij me passen. Zo heb ik op school een vriendinnetje gemaakt. Ik zag dat ze er ook niet bij hoorde. We hebben elkaar opgezocht en het blijkt dat we heel goed bij elkaar passen. Ik voel me veel beter dan voor Join Us. Het stelt me gerust dat er mensen zijn die ik kan vertrouwen, waarmee ik kan lachen, boos zijn en alles kan vertellen.”

- Een deelnemer⁶⁴

Voice of All Women⁶⁵ – emanciperende groepsbijeenkomsten voor vrouwen uit gemarginaliseerde gemeenschappen

Voice of All Women heeft een interventie ontwikkelt voor zorgprofessionals om vrouwen en meisjes uit gemarginaliseerde gemeenschappen te ondersteunen die slachtoffer zijn geweest (of dreigen te worden) van seksueel of gender gerelateerd geweld. Het doel is het doorbreken van taboes door seksueel geweld en psychische problemen bespreekbaar te maken. Daarbij wordt samengewerkt met sleutelpersonen uit de gemeenschap, die het vertrouwen van de vrouwen hebben en hen aanmoedigen om deel te nemen.⁶⁶

De interventie vindt plaats tijdens vijf groepsbijeenkomsten die worden begeleid door vrouwelijke trainers uit dezelfde gemeenschap en in de eigen taal van de deelnemers. Op de vierde bijeenkomst leren de deelnemers verschillende zorgprofessionals kennen die voorlichting komen geven over de werkwijzen van hun organisaties en de hulpverlening die zij kunnen bieden. De deelnemende zorgverleners worden vooraf getraind in cultuursensitief werken rond dit thema. Door uitleg te geven over het Nederlandse zorgstelsel wordt geprobeerd de angst voor professionele zorg te verminderen en de stap om hulp te zoeken te verkleinen.

“Veel vluchtelingenvrouwen hebben hun ervaringen, bijvoorbeeld met geweld, nooit met iemand gedeeld. De schaamte is groot, hun eer is aangetast. Daarom is het zo belangrijk om de tijd te nemen, vertrouwen te winnen. ‘Pas in de derde bijeenkomst komen meestal de verhalen los. Er wordt veel gehuild, er is veel herkenning. Sommige vrouwen vertellen liever over een buurvrouw die van alles heeft meegemaakt. Dan weet ik dat ze zelf die buurvrouw zijn.”

- Oprichter⁶⁷

Sociale verbondenheid als sleutel tot toegankelijke en passende zorg

Sterke sociale steun en verbondenheid kunnen ervoor zorgen dat mensen minder vaak gebruik hoeven te maken van intensieve vormen van zorg, zoals opnames en spoedzorg. Een netwerk biedt niet alleen emotionele steun, het helpt ook om problemen vroegtijdig op te merken en iemand in contact te brengen met passende hulp in de wijk of bij een zorgverlener. Vrienden en familie wijzen daarbij op beschikbare mogelijkheden om de juiste ondersteuning te ontvangen.⁶⁸ Over de waarde van de verbintenis met naasten en anderen, in plaats van professionele inzet, is meer te lezen in de RVS-rapporten *Anders leven en zorgen* en *De derde levensfase*.⁶⁹

Een sociaal netwerk lost vaak ook hulpvragen op. Mensen met een hecht sociaal netwerk kunnen bij vragen of zorgen sneller terecht bij mensen in hun eigen omgeving. Familie, burens of vrienden zijn dan een eerste vangnet.

Zij bieden snel en informeel hulp bij lichte hulpvragen, zoals hulp bij vervoer, een gesprek of praktische steun in het dagelijks leven. Zonder tussenkomst van een medische zorgverlener. En dat is nodig, want huisartsen zien dat meer dan de helft van de hulpvragen eigenlijk niet medisch is.⁷⁰ Ook bij psychische klachten die nu bij de praktijkondersteuner ggz terechtkomen, blijkt de kern van het probleem meestal beter en sneller te verhelpen via het eigen netwerk of het sociale domein.⁷¹ Door dit soort hulpvragen vroeg te herkennen en goed op te vangen, blijft de zorg beter toegankelijk voor mensen met medische vragen die wél een professionele behandeling van een medisch geschoolde zorgverlener nodig hebben.

Mensen doen minder snel een beroep op medische zorg voor niet-medische problemen als zij zich gesteund en verbonden voelen met de mensen om hen heen. Dat maakt het ook gemakkelijker om op tijd de juiste ondersteuning te vinden. Initiatieven en interventies die zich specifiek hierop richten, laten veelbelovende resultaten zien.

Praktijkvoorbeelden

Odensehuizen⁷² – Een laagdrempelige ontmoetingsplek voor mensen met dementie

Een Odensehuis is een laagdrempelige inloop- en ontmoetingsplek voor mensen met (beginnende) dementie, hun mantelzorgers en andere naasten. Het is een plek waar ze elkaar kunnen ontmoeten, ervaringen delen, activiteiten ondernemen en advies krijgen in een huiselijke sfeer. Het is een initiatief om mensen met dementie zo lang mogelijk zelfstandig te laten functioneren en actief te laten deelnemen aan de samenleving. Onderzoek laat zien dat Odensehuizen het gevoel van eenzaamheid verminderen bij deelnemers.⁷³ Daarnaast heeft het Odensehuis een positief effect op de draagkracht van andere mantelzorgers. Zij ervaren het als prettig om met gelijkgestemden bij elkaar te komen, over de ziekte te praten en om met elkaar plezier te maken.

“Het is fijn om hier te zijn. Het gaat hier boven in het koppie allemaal niet meer zoals vroeger, maar daar laat ik me niet door afleiden. Ik kom hier graag. Als ik thuis kom, merkt mijn vrouw direct dat ik hier geweest ben. Ik kom hier tot rust, waardoor ik het thuis ook weer beter kan volhouden. We doen hier van alles, ik teken en schilder graag – vroeger zou ik je uitgelachen hebben als je me zou verteld hebben dat ik dat nu doe. Verder kan ik hier mijn hart luchten. Toppers zijn het hier, stuk voor stuk, echt...”

- Een bezoeker⁷⁴

Welzijn op Recept⁷⁵ – Participatie als medicijn

Bij Welzijn op Recept krijgen mensen met psychosociale klachten ondersteuning van een welzijnscoach. Een huisarts of andere eerstelijnszorgverlener voert een oplossingsgericht gesprek om samen te kijken welke vorm van ondersteuning passend is. Met toestemming wordt de persoon vervolgens doorverwezen naar een welzijnscoach. Deze heeft goed zicht op het lokale netwerk en activiteitsaanbod en helpt iemand bij het vinden van passende activiteiten, die aansluiten bij diens wensen en situatie. Zo draagt Welzijn op Recept bij aan meer welzijn en veerkracht, zonder inzet van medische zorg.⁷⁶

Diverse onderzoeken tonen positieve effecten aan, zoals een afname in eenzaamheid, meer plezier in het leven en zin om dingen te ondernemen.⁷⁷ Ook huisartsen en geestelijke gezondheidszorginstellingen zijn tevreden: bijna 70 procent van de deelnemende praktijken ervaart minder druk. Bijvoorbeeld doordat spreekuren rustiger zijn en er minder herhaalafspraken nodig zijn.⁷⁸

“Je hebt het gevoel dat je er weer bij hoort. Ik voel me serieus genomen door de beheerder en collega’s van het wijkpunt en gezien en gehoord, je voelt de oprechte belangstelling voor je. Je voelt jezelf weer belangrijk. Mijn cirkel waar ik mezelf toen in bevond, is doordat ik deze stap heb gezet doorbroken. Ik ben weer opgeruimder, sta weer blij in het leven, mijn eigenwaarde is vergroot, heel fijn en heb geen suïcidale gedachten meer.”

- Een deelnemer⁷⁹

Voorzorgcirkels⁸⁰ – Informeel steunnetwerk voor ouderen

Voorzorgcirkels zijn buurtgerichte netwerken van zo’n 10 tot 15 ouderen die vrijwillig en met serieuze toewijding afspreken om voor elkaar klaar te staan. Ze overleggen hoe ze elkaar kunnen helpen en verdelen taken op basis van ieders behoeften en mogelijkheden. Zo ontstaat op een gestructureerde manier een informeel netwerk van steun en hulp, waarin vraag en aanbod goed op elkaar worden afgestemd. Evaluaties laten zien dat voorzorgcirkels zorgen voor sterkere sociale netwerken, minder eenzaamheid en meer onderlinge hulp in buurten.⁸¹ Voorbeelden die genoemd worden zijn praktische hulp, zoals het repareren van een gebroken gebit en het organiseren van ondersteuning na een val, maar ook het ontstaan van sociale activiteiten zoals fietsgroepen en wandelgroepen.⁸²

“Voor veel mensen is zo’n vangnet om de hoek een verzekering voor later”, zegt Van Steenis. ‘Zeker als je alleen woont, is het een prettig idee dat er iemand naar je omkijkt. Het maakt je er ook van bewust dat je nu nog alles kunt, maar dat dat ook anders kan worden.’ In de cirkels is onderling veel gezelligheid ontstaan, met initiatieven om samen te fietsen, handwerken of wandelen. Maar het is ook voorgekomen dat bij een deelnemer het kunstgebit brak. Diens dochter regelde toen een afspraak met een tandheeskundige praktijk die het kon herstellen. Via de appgroep van de zorgcirkel werd een buurtgenoot geregeld die het gebit daarheen kon brengen, en weer ophalen. ‘Zo hebben we de mantelzorgers ontlast’, zegt Alberts. ‘Zo’n cirkel verlaagt de drempel om hulp te vragen.’”

- Een betrokkene⁸³

Sociale verbondenheid steunt bij behandeling, herstel en het vinden van een nieuwe balans in het leven

Ook in situaties waarin mensen kampen met een aandoening of ziekte kan sociale verbondenheid helpen om zich (sneller) beter te voelen. Zo blijkt dat de steun van familie, vrienden of andere naasten de kans op een goed behandelresultaat en sneller herstel aanzienlijk vergroot. Dit geldt bij zowel fysieke als mentale gezondheidsproblemen.⁸⁴ Die steun is niet alleen emotioneel belangrijk. Ze helpt ook bij praktische zaken, gezamenlijke besluitvorming en het vasthouden van motivatie om de behandeling vol te houden en adviezen op te volgen.

Lotgenotencontact helpt mensen bovendien ervaringen te delen over lichamelijke veranderingen, ziekte en herstel. Het delen van verhalen biedt her- en erkenning, maakt emoties herkenbaar en daardoor ook beter hanteerbaar. Dit kan nieuwe inzichten opleveren die in een gesprek met een zorgverlener misschien niet naar voren zouden komen.⁸⁵ Zowel fysiek als digitaal werkt lotgenotencontact heel goed. In groepsverband wisselen mensen waardevolle strategieën en tips uit, wat het eigen herstel kan versnellen en zorgt voor een gevoel van betekenis en verbondenheid.⁸⁶ Uit onderzoek blijkt dat mensen die lotgenotencontact hebben, een korter ziekteproces hebben en in de periode na hun ingreep minder vaak formele vervolgzorg gebruiken.⁸⁷ Ook levert het in sommige gevallen nieuwe contacten op waar mensen een beroep op kunnen doen.

De kracht van sociale verbondenheid kan al tijdens een behandeling worden benut, bijvoorbeeld door aandacht te geven aan iemands sociale omgeving. Het is waardevol om die omgeving actief te betrekken bij de behandeling. Daarnaast kunnen zorgverleners bewust bijdragen aan het vergroten van iemands netwerk. In het advies *Kinderen uit de Knel* heeft de Raad dit eerder aangeduid als *cross linking practices*: situaties waarin publieke organisaties en hun professionals hun reguliere werk zo vormgeven dat de sociale netwerken van hun cliënten worden versterkt.⁸⁸ Contactmomenten met hulpverleners, andere professionals of lotgenoten vergroten dan de sociale verbondenheid. Op die manier ontstaat, via zorg en ondersteuning bij hulpvragen, meer ruimte voor ontmoeting en het versterken van netwerken.

Praktijkvoorbeelden

Capri⁸⁹ – Hartrevalidatie in groepsverband

Hartrevalidatie is een programma van drie tot zes maanden voor mensen met een hartaandoening die ondersteuning nodig hebben bij het herstel en het dagelijks functioneren. In een ziekenhuis of revalidatiecentrum werken deelnemers in groepsverband aan hun conditie, krijgen ze leefstijladvies en bouwen ze hun zelfvertrouwen weer op. Er is aandacht voor stress, omgaan met emoties en het weer oppakken van werk of andere dagelijkse activiteiten. De begeleiding komt van een multidisciplinair team, zoals een cardioloog, fysiotherapeut, psycholoog en maatschappelijk werker. Ook worden naasten actief betrokken bij het proces.

“Tijdens de hartrevalidatie sportte ik 2 keer per week samen met andere hartpatiënten onder begeleiding van Capri. Mijn doel was: een half uur lang op hoog tempo sporten. Je begint natuurlijk rustig. Langzaam bouw je de inspanning op. Daarbij wordt goed gelet op wat je hart aan kan. We sportten individueel, maar ook tegen elkaar. Hockey, tennis, zaalvoetbal en basketbal. Een feestje, want ik hou van sporten en de groep was gezellig! Wel was het spannend om weer actief te zijn na het hartinfarct. Mentaal moest ik een balans vinden: niet wegstoppen wat er was gebeurd, maar er ook niet steeds aan denken als ik iets in mijn lichaam voelde. Best een uitdaging. Ervaringen uitwisselen met de andere mensen in de groep hielp. Ik had ook een-op-een-gesprekken met een maatschappelijk werker. Je praat dan over hoe het met je gaat. Mijn partner sloot een paar keer aan. Ze was bij me tijdens het hartinfarct en heeft 112 moeten bellen, heel heftig. In de gesprekken kon zij haar verhaal doen.”

- Een deelnemer⁹⁰

IPSO⁹¹ – Inloophuizen voor mensen die geraakt zijn door kanker

Nederland telt momenteel 75 inloophuizen die zijn aangesloten bij brancheorganisatie IPSO (Instellingen voor Psychosociale Oncologie). Bij deze inloophuizen kan iedereen die direct of indirect geraakt wordt door kanker terecht. (Ex-)kankerpatiënten, naasten en nabestaanden vinden hier laagdrempelige (psychosociale)

ondersteuning, contact met lotgenoten, invulling van kwaliteit van leven en afleiding. Een belangrijk onderdeel is het groepsverband. Samen zijn met mensen die vergelijkbare ervaringen hebben, biedt herkenning, steun en troost. In groepsactiviteiten, zoals gespreksgroepen, creatieve workshops of yoga, ontstaat ruimte voor verbinding, uitwisseling en het delen van emoties. De kracht van het samen doen zorgt ervoor dat mensen zich minder alleen voelen in hun proces. De begeleiding is in handen van geschoolde vrijwilligers en professionals, in een warme en veilige sfeer.

Uit de maatschappelijke business case van IPSO blijkt dat 70% van alle bezoekers een grote tot zeer grote verbetering ervaart op alle dimensies van positieve gezondheid.⁹² Inloophuizen stimuleren zelfregie en dragen bij aan activering en meedoen binnen de samenleving. Ook blijkt dat deelnemers beter kunnen ontspannen en beter hulp durven vragen door hun bezoek.

“De kanker was elke dag in mijn gedachten. In die tijd ben ik wel 101 keer langs centrum Adamas in Nieuw-Vennep gefietst, maar ging er nooit naar binnen. Ik had immers allemaal lieve mensen om me heen, ik had zoiets toch niet nodig? Maar ik merkte dat je bij je dierbaren niet al je zorgen durft te stullen. Ik ging steeds slechter slapen en was bang. Mijn man stelde voor om eens samen naar het centrum te gaan. Daar ben ik hem nog steeds dankbaar voor. We werden ontzettend warm ontvangen. Al na het eerste bezoek kon ik weer beter slapen. Ik mocht er huilen en mijn hele verhaal vertellen. Niemand die op de klok kijkt. Ze gaven me het gevoel dat ik er niet alleen voor stond. Het altijd welkom zijn en dat je echt een huiskamer binnenstapt, voelt zo gastvrij. Je mag daar altijd binnenlopen, dat is vanzelfsprekend. Het gevoel dat ze er voor mij zijn als ik ze nodig heb, is onbetaalbaar.”

- Een bezoeker⁹³

Kraaipan Oase⁹⁴ – Woonvoorziening voor mensen met een psychoseverleden

De Kraaipan Oase is een woonvoorziening in de Transvaalbuurt in Amsterdam-Oost. Hier wonen mensen met een verhoogde kwetsbaarheid voor psychose. De bewoners wonen zelfstandig in vijftig huizen verspreid over de Transvaalbuurt, op loopafstand van de gemeenschappelijke ruimte. Centraal staat het wonen in een community, waarbij herstel en autonomie voorop staan. De nadruk ligt sterk op het groepsgevoel en de onderlinge verbondenheid. Bewoners ontmoeten elkaar om ervaringen te delen en elkaar te ondersteunen. Deze verbondenheid binnen de groep versterkt het gevoel van veiligheid en stimuleert het herstelproces. Samen vormen ze een hechte gemeenschap waarin iedereen ruimte krijgt om zichzelf te zijn, met respect voor ieders eigen tempo en mogelijkheden.

Voorlopige onderzoeksresultaten laten zien dat de woonvoorziening herstel en sociale interactie bevordert.⁹⁵ Bewoners maken meer contact dan vooraf wordt ingeschat. Binnen de hechte gemeenschap worden problemen vroegtijdig herkend en opgevangen, waardoor formele crisisinterventies minder vaak nodig zijn.

“Manja ziet bijvoorbeeld dat de bewoners van de woonvoorziening regelmatig steun bij elkaar vinden. Dit wordt mede veroorzaakt doordat de bewoners elkaars situatie en problemen goed kunnen begrijpen, aangezien al de bewoners een vergelijkbare achtergrond hebben. Hierdoor krijgen de bewoners ook een signalerende rol wanneer zij zien dat het bijvoorbeeld minder goed gaat met een medebewoner van de Kraaipan Oase. Bewoners nemen dan regelmatig, al dan niet anoniem, contact met Manja op om dit te melden. Wanneer Manja aanwezig is bij een gemeenschappelijke lunch of diner, heeft ook zij deze signalerende rol en stelt zij zich makkelijk aanspreekbaar op. “Het is hierdoor voor de bewoners van de Kraaipan laagdrempeliger om een praatje met mij te maken, ten opzichte van wanneer bewoners persoonlijk met mij afspreken.”

- Een begeleider⁹⁶

CenteringZwangerschap⁹⁷ – Verloskundige zorg met andere zwangeren

CenteringZwangerschap is een vorm van verloskundige zorg, waarbij zwangeren een centrale en actieve rol spelen. Zwangeren krijgen tijdens groepsbijeenkomsten (vanaf twaalf weken zwangerschap tot na de bevalling) reguliere medische zorg, aangevuld met interactief leren. Bijvoorbeeld over de onderlinge ondersteuning tussen moeders, het bevorderen van de zelfstandigheid of het kennen van de eigen wensen en grenzen als het gaat om zaken rond zwangerschap, bevalling en ouderschap. De zorgverlener en een co-begeleider faciliteren de groepsbijeenkomsten.

Uit onderzoek komt dat zwangeren die CenteringZwangerschap volgden vaker borstvoeding gaven en minder vaak zwangerschapshypertensie en gerelateerde problemen hadden.⁹⁸ Ze kregen meer kennis over de zwangerschap, woonden vaker prenatale zorg bij en waren tevredener over de geleverde zorg. Daarnaast is er in de Centering-groepen veel sociale interactie en ontstaat er een band tussen de vrouwen die deelnemen. Ze steunen elkaar en leren van elkaar, wat goed is voor het mentale welzijn van de deelnemers. Prenatale groepszorg wordt bovendien beter beoordeeld dan individuele zorgtrajecten bij de verloskundige.⁹⁹

“Het is een fijne manier om samen met andere zwangeren (die ongeveer even ver zijn in de zwangerschap) zorg te krijgen. Er is veel meer tijd voor vragen en je krijgt veel meer te horen over verschillende onderwerpen dan tijdens normale controles. Het is fijn om dit te kunnen delen met anderen, omdat er altijd wel iemand is met ervaring of iemand die een vraag stelt waar je zelf niet aan had gedacht. Het kost wel veel meer tijd dan een normale controle en dat is met eventuele andere kinderen soms even puzzelen in verband met oppas. De groepsapp heeft ook echt meerwaarde. Wij blijven ook na alle bevallingen nog steeds contact houden.”
- Een deelnemer¹⁰⁰

2.4 Inzetten op sociale verbondenheid nog niet vanzelfsprekend

We lieten zien dat er talloze inspirerende initiatieven zijn die duidelijk maken hoe belangrijk het is om oog te hebben voor de mens in verbinding met anderen. Zulke initiatieven leveren effectieve gezondheidsinterventies op, met veelbelovende resultaten. Toch zien we in de praktijk dat het recht doen aan sociale verbondenheid, bijvoorbeeld in de vorm van groepsactiviteiten, collectieve voorzieningen en het simpelweg samen zijn met anderen, nog niet de erkenning en waardering krijgt die het verdient. Daardoor is het lastig om dit soort initiatieven stevig van de grond te krijgen.

Dat is niet zo gek. Onze samenleving is namelijk sterk gebouwd op individuele waarden. Vrijheid en autonomie vinden wij belangrijk. Dat is niet zomaar ontstaan: hier is in de vorige eeuw hard voor gestreden. We hebben keuzevrijheid in relaties, werk, kinderen en gender. We leven in een maatschappij waar je je unieke zelf mag ontplooiën. Dit zien we ook terug in beleid, waarbij vaak wordt uitgegaan van de individualistische mens die rationele keuzes maakt in diens eigen belang.¹⁰¹ In het advies *Op de rem!* beschrijft de Raad dit als geïnstitutionaliseerd individualisme: beleid richt zich primair op het individu, waardoor individuele waarden centraal staan bij beleid en uitvoering.¹⁰² Die nadruk zien we ook terug in de inrichting van de gezondheidszorg. We hebben recht op passende, persoonlijke zorg en op inspraak in ons eigen zorgtraject.¹⁰³

Tegelijkertijd klinkt er kritiek op hoe individualisme in de praktijk wordt vormgegeven. Beleid dat uitgaat van individualistische burgers die vooral zelf hun eigen keuzes maken, kan onbedoeld individualistisch gedrag versterken.¹⁰⁴ Wanneer het individu los wordt gezien van zijn omgeving, verdwijnt de sociale context uit beeld. Socioloog Femmianne Bredewold noemt het ‘relationele vervreemding’: het fenomeen dat mensen vooral als autonome individuen worden benaderd, los van hun sociale relaties.¹⁰⁵ Denk aan familieleden die alleen tijdens bezoeken mogen langskomen of mensen met een verstandelijke beperking die moeten verhuizen zonder rekening te houden met hun opgebouwde relaties. Zo raken we de waarde van onderlinge verbinding kwijt en ontstaan oplossingen die relaties zelfs kunnen beschadigen.

In onze focus op het individu verdwijnt de relationele kant van de mens soms uit beeld. Juist dat maakt het voor initiatieven, die meer nadruk leggen op verbinding, lastig om te floreren in een systeem dat de mens vooral ziet als onafhankelijk en autonoom.

2.5 Tussenconclusie: sociale verbondenheid heeft bewezen gezondheidswaarde, maar wordt te weinig erkend

We lieten zien dat sociale verbondenheid op verschillende manieren bijdraagt aan onze gezondheid. Het kan problemen voorkomen, zorgvragen verlichten en steun bieden tijdens zorg- of ondersteuningstrajecten. Er bestaan tal van interventies die hierop inspelen en mooie resultaten behalen. Toch zijn dit nog eerder uitzonderingen dan de regel. Dit hangt samen met de sterke focus in de samenleving op het autonome individu, waardoor de relationele kant van de mens uit beeld raakt. In het volgende hoofdstuk verkennen we daarom hoe sociale verbondenheid een vaste en centrale plek kan krijgen in het domein dat bij uitstek inzet op het bevorderen van onze gezondheid: de gezondheidszorg.



Groepszorg voor zwangeren bij verloskundigcentrum Sneek. CenteringZwangerschap is een vorm van verloskundige zorg, waarbij zwangeren tijdens groepsbijeenkomsten reguliere controles krijgen en de ruimte krijgen om met elkaar te praten over zwangerschap, leefstijl, bevalling en kraamtijd.

Foto: ANP / Corné Sparidaens

3 De gezondheidszorg biedt kansen voor het versterken van sociale verbondenheid

Sociale verbondenheid is een essentieel onderdeel van gezondheid, en de zorg kan hierin een belangrijke rol spelen. Vooral in de sectoren waar medische behandeling centraal staat, liggen concrete kansen om onderlinge verbondenheid (nog meer) te versterken. Of het nu gaat om een ziekenhuisopname, een behandelprogramma voor mentale problematiek of een revalidatietraject: overal kunnen nieuwe sociale relaties ontstaan. In dit hoofdstuk laten we zien waarom de zorgpraktijk meer aandacht kan besteden aan sociale verbondenheid, wie daarbij een rol speelt en op welke manieren dit vorm kan krijgen.

3.1 Waarom sociale verbondenheid een plek verdient in de gezondheidszorg

“Moeten we ook nog iets met sociale verbondenheid in de zorg?” Het was een terugkerende vraag tijdens de ontwikkeling van dit advies. Werken aan je sociale netwerk associeer je doorgaans niet direct met een bezoek aan het ziekenhuis of de huisarts. Het leggen van sociale contacten doen we meestal op andere plekken: op het werk, op school of in onze vrije tijd. Lukt dat niet op eigen kracht, dan is er hulp van partijen in de buurt of de gemeente, die hier veel ervaring mee hebben. Toch betekent dit niet dat een bezoek aan een zorgverlener geen kans biedt om bestaande banden te versterken of nieuwe mensen te leren kennen. Denk aan anderen die hetzelfde meemaken of mensen die ondersteuning kunnen bieden op momenten dat je hulp nodig hebt. Daar liggen volgens de RVS juist waardevolle kansen. De gezondheidszorg, met name de sectoren waar je naartoe gaat voor een medische behandeling, heeft primaire de taak om iemand te helpen bij een kwaal of ziekte. Maar wat als een neveneffect daarvan is dat iemand de deur uitloopt met een sterker netwerk? Dat is in de kern werken aan gezondheid in de breedste zin van het woord.

Hoewel de zorg niet alle factoren kan beïnvloeden die gezondheid bepalen - zoals problemen rond wonen of schulden - kan zij wél een belangrijk rol spelen in het versterken van iemands sociale verbondenheid. Hieronder leggen we uit waarom dit zo is.

De gezondheidszorg en sociale verbondenheid zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden

Zoals we in het vorige hoofdstuk hebben betoogd, is gezondheid nauw verweven met sociale relaties. Wie beter verbonden is met anderen, is vaak gezonder. En wie gezonder is, kan gemakkelijker relaties onderhouden en nieuwe verbindingen aangaan. De zorg, die als doel heeft mensen gezonder te maken, beïnvloedt dus onvermijdelijk ook hun sociale verbondenheid. Die invloed kan positief zijn, bijvoorbeeld wanneer iemand zich na een behandeling beter voelt en weer ruimte krijgt om aandacht te besteden aan zijn of haar welzijn. Of wanneer een kwetsbare diagnose juist het contact met dierbaren versterkt. Maar de zorg kan ook het tegenovergestelde effect hebben. In de volgende paragrafen laten we zien hoe dat in de praktijk kan uitpakken.

Zorg draait vaak om het geven en ontvangen van hulp, een inherent wederkerig proces. Daarmee raakt het direct aan de relaties die mensen met hun naasten hebben. Hoe zorgverleners omgaan met de betrokkenheid en rol van familie en vrienden, bepaalt mede hoe die relaties zich ontwikkelen. Mantelzorgers kunnen bijvoorbeeld te maken krijgen met verdriet, rouw of schuldgevoelens. De manier waarop professionals mantelzorgers ondersteunen of juist buitensluiten, beïnvloedt hun relatie met de patiënt én elkaar.¹⁰⁶ Vooral wanneer iemand in een zorginstelling terechtkomt, verandert er veel. Naasten moeten dan vaak toestemming vragen om te helpen, zich houden aan bezoeken of voldoen aan voorwaarden voor contact. Dat kan de vanzelfsprekende nabijheid en betrokkenheid, in voorheen gezonde relaties, onder druk zetten.

Tegelijkertijd zien we een bredere maatschappelijke trend van medicalisering, waarbij hulpvragen die vroeger buiten het medische domein lagen, steeds vaker bij de zorgprofessional terechtkomen. Dit dwingt hen eerder en vaker dan voorheen aandacht te besteden aan de sociale context van hun cliënten. Steeds meer mensen wenden zich voor zaken die vroeger binnen de sociale kring of het netwerk werden opgevangen tot het medische circuit. Zie hiervoor de RVS rapporten *Recept voor maatschappelijk probleem* en *Iedereen bijna ziek*.¹⁰⁷ Door deze verschuiving van zorg van familie, vrienden en burens naar professionals kan het onderlinge gevoel van verbondenheid verzwakken, omdat mensen minder geneigd zijn elkaar te helpen. Medicalisering brengt het risico met zich mee dat maatschappelijke vraagstukken worden teruggebracht tot individuele problemen. Wat eigenlijk

een collectieve verantwoordelijk is, wordt zo een 'eigen schuld'-verhaal dat met zorg moet worden opgelost. Een diagnose kan steun bieden, maar tegelijkertijd stigmatiseren en sociale verbondenheid verzwakken.¹⁰⁸

Tot slot werken zorgverleners in de medische zorg vaak vanuit de uitgesproken behoeften van cliënten of patiënten en voelen zij zich soms beperkt door strikte protocollen. Daardoor kan de bredere context en het sociale netwerk van patiënten gemakkelijker uit beeld raken. Door de hoge werkdruk en het wisselen van zorgmedewerkers blijft er soms weinig tijd over voor het opbouwen van duurzame relaties of voor gesprekken over wat iemand werkelijk belangrijk vindt in de behandeling. Wanneer zorg zich beperkt tot alleen de medische behandeling bestaat het risico dat mensen zich gereduceerd voelen tot hun aandoening of diagnose. Hun sociale identiteit, zoals die van ouder, partner, vriend of collega, raakt daardoor op de achtergrond. Net als de mogelijkheden om in het beantwoorden van de zorgvraag stil te staan bij het versterken van de sociale verbondenheid.

Zo ontstaat een paradox: een systeem dat gezondheid moet bevorderen, kan onbedoeld juist de verbondenheid verzwakken en daarmee de gezondheid ondermijnen. Om dit te voorkomen, zijn veranderingen nodig in de medische zorgpraktijk. Die praktijk is immers een plek waar verbondenheid kan groeien, maar ook onder druk kan komen te staan.

De gezondheidszorg heeft de potentie zeer impactvol te zijn

Een andere reden om de gezondheidszorg te zien als een kansrijke plek om sociale verbondenheid te versterken, is haar omvang en centrale plek die deze heeft in het leven van mensen. Omdat vrijwel iedereen op een bepaald moment met zorg in aanraking komt, biedt deze een unieke en laagdrempelige basis om veel mensen te bereiken en verbondenheid te stimuleren. In 2023 waren er bijvoorbeeld bijna drie miljoen ziekenhuisopnamen, maakten 900.000 mensen boven de 80 jaar gebruik van langdurige zorg, hadden ruim een half miljoen mensen specialistische ggz nodig en gingen er 1,9 miljoen mensen naar de huisarts voor multimorbiditeit (twee of meer chronische aandoeningen).¹⁰⁹ Daarnaast ontmoeten mensen elkaar in het consultatiebureau, bij de fysiotherapeut, de huisartsenpraktijk en in ziekenhuizen. Al deze momenten, trajecten en plekken kunnen naast medische zorg ook mogelijkheden tot sociale verbondenheid bieden. Wanneer de zorgsector een deel van haar kennis, netwerk, faciliteiten en middelen inzet voor het bevorderen van sociale verbondenheid, kan zij de sociale verbondenheid in onze samenleving helpen versterken.

Gezondheidsvragen, die vaak samenhangen met belangrijke levensfasen zoals geboorte, opvoeding, ouder worden of het levenseinde vormen bovendien een natuurlijke aanleiding om mensen met elkaar te verbinden. Zulke verbindingen zijn vaak effectiever dan interventies tegen eenzaamheid, omdat algemene gezondheidsthema's minder stigmatiserend zijn. Mensen praten er makkelijker over. In de praktijk zie je dat bij wandelgroepen, gezamenlijke oefensessies of ontmoetingsmomenten voor jonge ouders. Ook zorglocaties kunnen zo plekken van verbinding worden.

Tenslotte hebben zorgverleners vaak een bijzondere positie in het leven van mensen. Professionals uit andere domeinen, zoals de woonsector of het sociaal domein, hebben soms moeite om contact te maken met mensen met een lagere sociaaleconomische positie of met groepen mensen waarbij culturele barrières het vragen om ondersteuning bemoeilijken. Deze groepen ervaren vaker gezondheidsproblemen en komen daardoor wél in contact met zorgverleners. Omdat zorgverleners mensen vaak op hun kwetsbaarst zien, kunnen ze signaleren wanneer iemand geïsoleerd of gemarginaliseerd raakt en waar kansen liggen om het sociale netwerk te versterken.

Gezondheidszorg oogst al winst van sociale verbondenheid, maar zaait het nog niet

In toenemende mate wordt de laatste jaren naar het sociaal netwerk gekeken als bron van ondersteuning. Dat is nodig om de kwaliteit van de zorg te behouden nu de kloof tussen vraag en aanbod groeit. Door de dubbele vergrijzing en personeelstekorten vraagt de zorgsector steeds vaker om de hulp van naasten. De overheid ziet sociale netwerken steeds meer als noodzakelijke aanvulling op formele zorgstructuren.¹¹⁰ Volgens het trendscenario van de VTV-2024 verdubbelt het aantal mensen dat mantelzorg nodig heeft tegen 2050. Dit geldt met name voor 75-plussers. Tegelijkertijd zorgt de toename van tweeverdieners en veranderende gezinsdynamieken ervoor dat mensen vaker een beroep doen op het netwerk buiten het gezin. Dit vergroot de afhankelijkheid van informele relaties voor dagelijkse hulp en zorg.¹¹¹

In de praktijk doen zorgorganisaties al veelvuldig een beroep op naasten door personeelsschaarste. De jeugdzorg, gehandicaptenzorg en ouderenzorg kijkt bijvoorbeeld al vrij standaard naar wat naasten kunnen doen. Dit gebeurt nu ook steeds meer in de sectoren waar medische behandeling centraal staat. Zo vragen verschillende ziekenhuizen aan naasten om te helpen in de verzorging van patiënten, zoals het bed verschonen of hulp met eten. Uit een pilot van het St. Antonius Ziekenhuis in Utrecht en Nieuwegein blijkt dat het

verpleegkundigen een half uur tot een uur per dag aan werk scheelt als naasten helpen met niet-medische taken.¹¹² Hoewel de pilots positief zijn ontvangen, waarschuwt MantelzorgNL wel voor de extra emotionele druk die deze aanpak op naasten legt.¹¹³

Er schuilt een gevaar in het werken met sociale bindingen vanuit schaarste: er wordt wel gebruik van gemaakt van sociale relaties, maar men vergeet erin te investeren. De gebruikte taal in beleidsstukken, zoals zorgakkoorden, laat dit ook zien: het gaat om hulpbronnen aanboren, het collectief benutten, mantelzorgers inzetten. De overheid is bedreven in het mobiliseren van bestaande netwerken, maar veel minder in het daadwerkelijk versterken ervan.¹¹⁴ Dit constateerde de RVS ook in *Kinderen uit de Knel*.¹¹⁵

Kortom, de beweging naar meer inzet van sociale bindingen vanuit tekorten is al ingezet, maar er is nog te weinig aandacht voor structurele versterking van sociale verbondenheid. De uitdaging voor de gezondheidszorg is niet alleen de vruchten te oogsten van sociale bindingen, maar ook te investeren in het zaaien ervan.

3.2 Verschillende zorgverleners, verschillende rollen

De gezondheidszorg is omvangrijk en kent verschillende beroepen. Het is lastig om de zorg als geheel aan te spreken. Steeds meer beroepsgroepen erkennen sociale verbondenheid als belangrijke gezondheidsfactor. In de KNMG-visie op de rollen van de arts in 2040 staat dat artsen ook moeten letten op hoe mensen functioneren en participeren in hun sociale omgeving.¹¹⁶ De Visie Eerstelijnszorg 2024, opgesteld door verschillende eerstelijns beroepsgroepen, benadrukt dat zorgverleners gezondheid benaderen vanuit een brede blik met oog op lichamelijke, psychische en sociale factoren.¹¹⁷ De sociale context speelt ook een belangrijke rol in het Generiek Kompas voor zorg thuis, in de wijk en in het verpleeghuis, de Zorgstandaard Dementie en het beroepsbeeld van de verzorgende IG.¹¹⁸

Dat betekent echter niet dat dit in alle praktijken van de gezondheidszorg doorklinkt of dat er al naar gehandeld wordt. Zoals we in de begrippenlijst hebben aangegeven, leggen wij in dit advies de nadruk op sectoren die wellicht minder tot de gebruikelijke 'usual suspects' behoren voor het spreken over sociale verbondenheid. We richten ons op beroepsgroepen die werkzaam zijn op plekken waar het behandelen van medische vragen centraal staat. In figuur 4 gaat het met name om de terreinen: 'zorg om zelf naartoe te gaan' en 'zorg in ernstige situaties'.

Op deze terreinen is wel erkenning voor sociale en maatschappelijke ontwikkelingen, maar de rol van de beroepsgroep blijft onduidelijk. Het visiedocument Medisch specialist 2025 onderstreept het belang van sociale cohesie en benoemt het risico van krimpende sociale vangnetten als uitdaging voor de zorg. Tegelijkertijd vermeldt het visiedocument niet hoe medisch specialisten hier een positieve bijdrage aan kunnen leveren. Het document ziet medisch specialisten als aanjagers van gezondheid, maar dit beperkt zich tot leefstijlpreventie, zoals roken, voeding en beweging. Gezonde sociale verbondenheid ontbreekt in dit rijtje.¹¹⁹



Figuur 4 Vijf terreinen van werken aan gezondheid

In het licht van dit advies is het waardevol om concreet te onderzoeken welke rollen zorgverleners kunnen spelen bij het versterken van sociale verbondenheid. Hoe valt dit praktisch te combineren met hun taken, verantwoordelijkheden en positie binnen het huidige zorgstelsel? We zoomen daarom in op verschillende kansrijke plekken in de zorg en de rol van de bijbehorende zorgverleners.

Zorg om zelf naartoe te gaan

Onder 'zorg om zelf naartoe te gaan' vallen bijvoorbeeld zorgverleners die toegankelijk zijn zonder verwijzing, zoals huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten, verloskundigen, tandartsen, diëtisten en psychologen in de basis-ggz. Zij zijn meestal het eerste aanspreekpunt bij gezondheidsklachten. Door hun laagdrempelige en persoonlijke werkwijze spelen ze een belangrijke rol in het versterken van sociale verbondenheid. Zij hebben vaak langdurig contact met patiënten en cliënten waardoor ze meer zicht kunnen krijgen op hun sociale situatie. Daarnaast kunnen zij deelname aan groepsactiviteiten stimuleren en passend doorverwijzen naar verschillende initiatieven. Hun aanwezigheid in de wijk maakt deze zorgverleners uitermate geschikt om bij te dragen aan sterke sociale verbondenheid. Bovendien zijn diverse behandelingen en trajecten, zoals fysiotherapie en verloskundigenzorg (zoals bij CenteringZwangerschap), bij uitstek geschikt om in groepsverband aan te bieden en de kracht van de groep te benutten.¹²⁰

Zorg in ernstige situaties

In deze categorie gaat het onder andere om medisch specialisten in ziekenhuizen, de specialistische ggz, verpleeghuizen en revalidatiecentra. Dit zijn zorgverleners die je meestal alleen via een verwijzing bereikt, zoals internisten, cardiologen, gerieters, revalidatieartsen of psychiaters. Zij kunnen tijdens de diagnose en bij de behandeling al rekening houden met sociale verbondenheid. Veel patiënten die bij de medisch specialist terecht komen kampen met complexe of chronische aandoeningen, die zowel het verlies van bestaande sociale contacten als een sterkere behoefte tot het opdoen van nieuwe, betekenisvolle relaties tot gevolg kunnen hebben. Vanwege hun medische zeggenschap kunnen de medisch specialisten het gesprek over sociale verbondenheid agenderen en legitimeren.¹²¹

Niet alleen de medisch specialist zelf, maar ook de zorginstelling heeft een rol in het versterken van sociale verbondenheid, zoals het creëren van een aantrekkelijke plek waar naasten patiënten kunnen bezoeken. Of met leefstijlketten, die leefstijlverandering in groepsverband aanmoedigen. Hieraan doen al tientallen ziekenhuizen mee. Juist dit zijn plekken die perfect zijn om sociale verbondenheid te versterken.¹²²

Zorg door samenwerking met professionals binnen de wijkverpleging en het sociaal domein

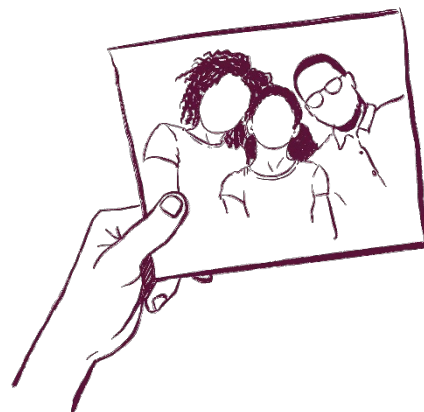
Veel gezondheidsklachten hangen samen met sociale problemen, waardoor samenwerking tussen medische professionals, wijkverpleegkundigen en het sociaal domein onmisbaar is. Huisartsen kunnen deze samenwerking bewerkstelligen, dankzij hun langdurige relatie met patiënten en hun rol als poortwachter in het zorgstelsel. Deze driehoekssamenwerking werkte de Raad eerder uit in *De basis op orde*.¹²³ Financiering en organisatie kunnen soms belemmerend werken, maar praktijkvoorbeelden tonen aan dat integrale samenwerking wel mogelijk is.¹²⁴ Huisarts Loïse Jacz organiseerde bijvoorbeeld in Den Haag groepsconsulten voor bewoners met klachten die vaak verweven zijn met niet-medische problemen.¹²⁵ Naast de huisarts sluiten ook andere professionals aan, zoals een maatschappelijk werker, fysiotherapeut en leefstijlcoach. Ervaringsdeskundigen vervullen hierin een sleutelrol. Het zorgt voor meer verbondenheid tussen inwoners en verschillende zorgverleners en het ontlast de drukke huisartsenpraktijk. Ook Krachtige Basiszorg kwam met een initiatief: een samenwerking tussen huisartsenpraktijken, professionals van de wijkverpleging, sociale wijkteams en medisch specialistische disciplines van het lokale ziekenhuis.¹²⁶ Die kijken met elkaar mee, spreken elkaar aan op verantwoordelijkheden en sturen cliënten laagdrempelig naar elkaar door. Door de medische en sociale hulpverlening beter op elkaar af te stemmen, lukt het vaak om mensen weer beter te verbinden met hun omgeving en passende hulpverlening.

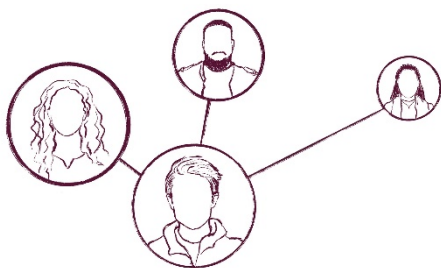
3.3 Inzetten op sociale verbondenheid, hoe ziet dat eruit?

Werken aan sociale verbondenheid: voor de ene zorgverlener is het volstrekt logisch, voor de ander blijft het wat abstract. Daarom is het goed om stil te staan bij de mogelijkheden die de RVS daaronder schaaft. Zorgverleners kunnen immers op uiteenlopende manieren in hun eigen praktijk bijdragen aan het versterken van sociale verbondenheid. Dat kan in kleine gebaren zitten of een wat grotere verandering. We lichten vier benaderingen toe, die verschillen in de vorm en mate waarin ze sociale verbondenheid een plek geven. Bijlage 1 bevat concrete voorbeelden van interventies die aansluiten bij deze benaderingen.

Oog hebben voor sociale verbondenheid

De meest toegankelijke manier is simpelweg oog hebben voor de sociale situatie van een patiënt. Wie maakt deel uit van iemands netwerk? Op wie kan hij of zij terugvallen voor praktische of emotionele steun? Of ontbreekt zo'n netwerk juist en speelt eenzaamheid een rol? Zulke signalen worden vaak al zichtbaar tijdens gewone contactmomenten, zoals een intake, huisbezoek of spreekuur.





Positioneren van bestaand netwerk

Vaak is er al een netwerk, maar moet het nog geactiveerd of in positie gebracht worden. Een manier om dat te doen is door bewust naasten, zoals familieleden en vrienden, te betrekken bij gesprekken over behandeling, herstel en dagelijkse zorg. Door ze actief onderdeel te maken van het zorgproces, wordt niet alleen de patiënt beter ondersteund, maar ook het netwerk zelf versterkt en soms zelfs ontlast. Zo groeit er een gedeelde verantwoordelijkheid en ontstaat een krachtiger, wederkerig sociaal vangnet.

Matchen aan andere netwerken

Zorgverleners kunnen ook een brugfunctie vervullen om verbondenheid te vergroten door iemand in contact te brengen met netwerken waar nog geen toegang toe is. Bijvoorbeeld een warme overdracht naar een passende voorziening of organisatie waar mensen elkaar laagdrempelig ontmoeten. Deze rol ligt nu meestal bij professionals in het sociaal domein. Nauwe samenwerking met dat domein is daarom onmisbaar: niet alleen om de patiënt verder te helpen, maar ook om dubbel werk te voorkomen. Dit laat zien waarom het voor zorgverleners belangrijk is om zichtbaar en betrokken te zijn op plekken waar zorgzame netwerken al bestaan.



Platform bieden voor nieuwe netwerken

Ook zorgmomenten en -plekken kunnen uitgroeien tot ontmoetingsplekken waar nieuwe verbindingen ontstaan. Denk aan groepsbehandelingen, lotgenotengroepen, gezamenlijke informatiesessies of woonzorgvormen waar mensen elkaar ontmoeten, ervaringen delen en zelfs blijvende relaties kunnen opbouwen. Deze plekken kunnen door zorgverleners zelf georganiseerd worden of er kan aangesloten worden bij bestaande groepen in de zorgpraktijk, het ziekenhuis of de wijk.

Er zit een zekere rangorde in deze vier benaderingen, gebaseerd op hoe sterk ze afwijken van de huidige dominante werkwijze in de medische zorg. De eerste benadering vraagt slechts om kleine aanpassingen die zorgverleners eenvoudig kunnen inpassen in de bestaande routines, zoals zien of vragen of iemand bezoek heeft ontvangen en wie de patiënt ondersteunt na ontslag. Het actief creëren van nieuwe netwerken binnen de zorg, de vierde manier, vraagt daarentegen om grotere aanpassingen.

Lichtere interventies hebben vaak al een plek binnen de zorgpraktijk, terwijl de derde en vierde benadering nog minder gebruikelijk zijn. Alle vier de benaderingen moeten echter structureel een plek krijgen in de zorg. Vooral de laatste (het actief scheppen van kansen voor nieuwe verbindingen tussen mensen) verdient extra aandacht. Daar ligt juist een grote kans om sociale verbondenheid duurzaam te versterken.

Verbondenheid is cultureel gekleurd

De manier waarop mensen verbondenheid ervaren, verschilt sterk per culturele achtergrond. De dimensie moet de zorg meewegen om sociale verbondenheid te versterken. Mustafa Bulut is geestelijk verzorger in het Elizabeth – TweeSteden Ziekenhuis en geeft scholing over interculturele zorg. Hij onderstreept het belang van oog hebben

voor verbondenheid: *“Wereldwijd beschouwen de meeste mensen zich als onderdeel van een collectief. Bij hen staat niet het ik, maar de relatie centraal. Dokters richten zich meestal uitsluitend op de individuele patiënt, maar die voelt zich vaak onderdeel van zijn familie. Dan is er sprake van gedeelde autonomie in plaats van individuele autonomie. Betrek in zulke gevallen de leiders van de familie bij de behandeling, om ervoor te zorgen dat ze je vertrouwen. Een mogelijke escalatie is zo te voorkomen.”¹²⁷*

In zorgpraktijken is soms te zien dat er te weinig oog is voor de diversiteit die (ondersteunende) sociale netwerken aan kan nemen, hierbij is regelmatig ook sprake van verkeerde aannames.¹²⁸ Zoals de Turkse man met dementie die bij de Turkse groep in de dagbesteding werd geplaatst, maar telkens naar de Nederlandse groep ging. Deze man was de Nederlandse taal dan wel verloren, door zijn verleden als eigenaar van een Rotterdamse nachtclub voelde hij zich meer thuis in de Nederlandstalige groep.¹²⁹ De invloed van transnationale sociale netwerken, zoals familie in het buitenland, op de gezondheid van migranten wordt vaak onderschat. Het betrekken van deze netwerken heeft een grote toegevoegde waarde in het zorgproces, zeker als een persoon lijdt onder eenzaamheid, rouw of stress.¹³⁰

Om sociale verbondenheid te versterken is het nodig rekening te houden met de invloed van culturele en religieuze dimensies die deze bindingen vormen. Het gaat dan om co-creëren met een groep, in plaats van voor een groep te denken.

3.4 Tussenconclusie: zorg als kansrijke broedplaats voor sociale verbondenheid

We hebben laten zien hoe zorgverleners hun rol kunnen pakken in het versterken van sociale verbondenheid. Zij kunnen aandacht besteden aan bestaande netwerken, nieuwe verbindingen mogelijk maken en samenwerken met andere domeinen. Zo doet de gezondheidszorg meer recht aan het sociale netwerk van mensen en kan zij deze in potentie versterken en uitbreiden. De zorg verschuift daarmee van een plek voor uitsluitend medische behandeling naar een platform voor het creëren en versterken van sociale verbondenheid. In de praktijk komt het versterken van sociale verbondenheid binnen zorgprocessen echter nog niet goed van de grond. In hoofdstuk vier bespreken we de belangrijkste belemmeringen hiervoor.



Centrale ruimte van het Radboud UMC Amalia Kinderziekenhuis. Bij de inrichting van het Radboud UMC is rekening gehouden met de juiste balans tussen privé ruimte en plekken waar sociale verbinding mogelijk is, zoals in speciale ontmoetings- en loungeruimtes.

Foto: ScagliolaBrakkee Fotografie

4 Conditie voor het omarmen van de sociaal verbonden mens ontbreken

Het structureel verankeren van sociale verbondenheid in de dagelijkse zorgpraktijk blijkt niet eenvoudig. Dat heeft verschillende oorzaken, die we in dit hoofdstuk bespreken. We laten zien dat deze belemmeringen niet alleen voorkomen in het zorgdomein, maar ook zichtbaar zijn in het bredere overheidsbeleid. De oplossing ligt dus niet alleen in de zorgpraktijk, maar ook in het wegnemen van overkoepelende obstakels.

4.1 Wat nodig is om sociale verbondenheid te versterken in de zorg

Zorgverleners kunnen sociale bindingen pas echt versterken als de zorgpraktijk daarvoor beter is uitgerust. De condities daarvoor zijn echter nog niet op orde. Zo zien we bijvoorbeeld dat bij hartrevalidatie momenteel minder dan 30% van de geschikte patiënten deelneemt aan een groepsprogramma, ondanks de bewezen positieve effecten.¹³¹ Vooral ouderen, vrouwen en mensen met een lagere sociaaleconomische status blijven achter. Dit heeft enerzijds te maken met praktische barrières voor patiënten (vervoersproblemen, tijdgebrek of schroom), maar ook door een gebrek aan bekendheid over bestaande groepsbehandelingen bij zorgverleners. Bovendien is er simpelweg te weinig capaciteit om iedereen die in aanmerking komt een plek aan te bieden. Ander onderzoek onder zorgverleners toont aan dat de meeste van hen het gezondheidsbelang van sociale verbindingen niet met patiënten bespreken. Belangrijke redenen zijn tijdgebrek, onvoldoende kennis of middelen, en een gebrek aan zelfvertrouwen om dit onderwerp adequaat te bespreken.¹³²

Om belemmeringen uit de praktijk op te halen hebben we meerdere groepsgesprekken met deskundigen op dit thema^A gevoerd. Uit deze gesprekken destilleerden we drie grote uitdagingen: de mate van verantwoordelijkheid, de manier waarop activiteiten worden gefinancierd en de beperkte (fysieke) ruimte om hier daadwerkelijk invulling aan te geven.

Verantwoordelijkheid: sociale verbondenheid verankeren in het begrip van goede zorg

In een zorgomgeving die sterk focust op medische behandeling is voor zorgverleners onduidelijk hoe en of sociale verbondenheid past in hun eigen takenpakket. Want is sociale verbondenheid wel te rijmen met het leveren van goede zorg? Gaat aandacht voor het één dan niet ten koste van aandacht voor het ander? Wat we als goede zorg bestempelen, bepaalt waar opleidingen de nadruk op leggen, waar zorgverleners op worden gewaardeerd en afgerekend en wat beroepscode en kwaliteitskaders voorschrijven.

Het denken over de kwaliteit van zorg heeft zich in de afgelopen jaren in verschillende stadia ontwikkeld. Lange tijd bepaalden artsen met een biomedische blik de definitie van goede zorg. In de jaren tachtig verschoof de focus naar *evidence-based zorg*: goede zorg was bewezen zorg. In diezelfde periode kreeg het patiëntperspectief een grotere rol. Concepten als *shared decision making* zorgden voor meer persoonlijke inspraak in de behandeling, die bijvoorbeeld beter aansloot bij persoonlijke waarden en voorkeuren. De afgelopen jaren groeit het besef dat goede zorg verder reikt dan alleen het medische domein. Steeds vaker wordt erkend dat goede zorg betekent dat een brede blik nodig is betreffende factoren die invloed hebben op gezondheid, zoals onderwijs, inkomen en huisvesting.¹³³ Het concept *positieve gezondheid* bouwt hierop voort en benadrukt gezondheid als veerkracht, eigen regie en zingeving, waarbij sociale relaties een centrale rol spelen. De verschuiving van zorg naar gezondheid vraagt daarom om meer aandacht voor sociale verbondenheid als essentiële pijler.

In de praktijk baseert een zorgverlener zijn beeld van goede zorg op meerdere bronnen: overleg binnen de beroepsgroep, werkinstructies en protocollen van de organisatie, sectorrichtlijnen en landelijke kwaliteitskaders van het Zorginstituut Nederland (ZIN). De manier waarop partijen in dit netwerk over goede zorg spreken, heeft grote invloed. Een aantal partijen in het bijzonder beïnvloeden sterk hoe zorgverleners goede zorg in praktijk brengen: opleidingen, toezichthouders en kwaliteitsinstituten.

^A Voor dit advies zijn denksessies gehouden met verschillende deskundigen. Meer informatie hierover staat op de pagina 'Totstandkoming van dit advies'.

1. Zorgverleners vormen hun beeld van goede zorg in eerste instantie tijdens hun opleiding. In sectoren waar medische behandeling centraal staat, focussen opleidingen met name op technische en medische vaardigheden. Het behandelen van de zelfstandige, individuele patiënt komt daarmee sterk op de voorgrond te staan. De relationele kant krijgt juist minder aandacht. Vaardigheden als systemisch kijken en groepsdynamica bieden handvatten om sociale verbondenheid in de praktijk te brengen, maar zijn bij medische opleidingen nog niet vanzelfsprekend. De medische sector kan gebruikmaken van de expertise uit zorgzame burgerinitiatieven en het sociaal domein, waar veel kennis is over het werken aan sociale verbondenheid.
2. Ook partijen die de zorgpraktijk sturen, zoals toezichthouders en zorginstellingen, bepalen in hoge mate wat wordt verstaan onder goede zorg. De hoge verantwoordingsdruk die deze partijen vaak veroorzaken, is lastig te combineren met meer aandacht voor relaties, groepen en netwerken. Deze druk kan leiden tot angst en onzekerheid om af te wijken van de bestaande verwachtingen, zo blijkt uit het advies *Blijk van vertrouwen*.¹³⁴ Bovendien ligt de nadruk sterk op individuele behandeling en meetbare uitkomsten per patiënt. Omdat het werken aan sociale netwerken nog geen vaste plek heeft in de verantwoordingssystematiek, ontstaat gemakkelijk de indruk dat het niet is toegestaan of niet belangrijk is om hierop in te zetten.
3. Een derde factor die bepaalt wat we onder goede zorg verstaan, zijn de kwaliteitskaders van brancheverenigingen, zoals opgenomen in het register van het Zorginstituut Nederland (ZIN). De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) verankert deze kwaliteitsstandaarden, die vervolgens door het ZIN worden bewaakt en getoetst. Daarmee beïnvloedt het ZIN wat in de praktijk als goede zorg geldt. In deze kwaliteitskaders zien we steeds meer aandacht voor de sociale omgeving van mensen, onder meer in het Kader Passende Zorg.¹³⁵ Ook het betrekken van familie en naasten en samenwerking met het preventieve veld krijgen meer legitimiteit, bijvoorbeeld in de Wet verplichte ggz.¹³⁶ Dit zijn positieve ontwikkelingen, maar de focus ligt hierbij vooral op de samenwerking met het sociaal domein en de rol van naasten. Het actief bevorderen van sociale verbondenheid tussen mensen zelf, zoals wij beschrijven in de vierde benadering in paragraaf 3.3, blijft vooralsnog onderbelicht.

De invulling van wat goede zorg is, komt dus tot stand in een dynamisch en organisch proces. Hierin spelen veel verschillende partijen een rol. Werken aan sociale verbondenheid krijgt daarin vooralsnog niet de plek die het verdient. Tegelijkertijd zien we veel kansen voor verandering. Opleidingen, zorgorganisaties, toezichthouders, brancheverenigingen en kwaliteitsbewakers zoals het ZIN kunnen het gesprek over het belang van sociale verbondenheid in de zorg positief sturen.

Financiering: inzetten op sociale verbondenheid financieel lonend maken

Meer aandacht voor sociale verbondenheid vraagt vaak om extra tijd en een andere inrichting van de zorg. Hoe wordt dit gefinancierd? Initiatiefnemers van meer sociale verbondenheid binnen de medische zorg, zoals Capri Revalidatie of CenteringZorg, hebben moeite om hun activiteiten vergoed te krijgen. Deze initiatieven passen namelijk om verschillende redenen niet binnen de bestaande financieringsstructuren van de zorgwetten waaronder ze vallen.

Het merendeel van de benoemde initiatieven wordt primair uitgevoerd binnen de zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Wet langdurige zorg (Wlz). Deze zijn vooral bedoeld om het recht op individuele behandeling te waarborgen, waardoor het financieren van sociale initiatieven met een collectief karakter lastig is. De Zvw biedt enige mogelijkheden om groepsactiviteiten te vergoeden, maar in de praktijk vraagt het verkrijgen van zo'n betaaltitel veel van initiatiefnemers. Daar is wetenschappelijke onderbouwing, lobbywerk en systeemkennis voor nodig. Efficiëntie en kostenbesparing blijven in veel subsidieaanvragen voor innovatieve praktijken de belangrijkste doelen. Dit botst met de aard van sociale relaties, die juist ruimte en tijd vragen. Zorgverzekeraars financieren regelmatig nieuwe projecten als pilot, bijvoorbeeld met transformatiegelden. Die pilots leveren positieve resultaten op, ook in kosten- en personeelsbesparing.¹³⁷ Deze projecten krijgen na afronding van de pilot-fase echter regelmatig geen structurele financiering, waardoor initiatieven niet door kunnen ontwikkelen.

Veel initiatieven bewegen zich op het snijvlak van verschillende wetten, waardoor ze ook andere zorgwetten als financieringsbron kunnen benutten. Bijvoorbeeld de Kraaipan Oase, waar mensen met een kwetsbaarheid voor psychose wonen. Omdat het om zowel zorg als ondersteuning gaat, zijn gemeentelijke wetten als de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Jeugdwet (Jw) en Wet publieke gezondheid (Wpg) beter geschikt om het programma te financieren dan de Zvw en Wlz. Sterker nog: deze drie wetten zijn bedoeld voor het aanbieden van hulp, bijvoorbeeld in de vorm van collectieve voorzieningen.^A Gemeenten kampen echter met structurele financiële

^A Hoewel ze dit in de praktijk nog vaak individueel invullen.

tekorten. Ondanks tijdelijke impulsen van het Rijk krijgen gemeenten maar moeilijk hun begroting duurzaam sluitend.¹³⁸ Bovendien is niet altijd duidelijk hoeveel van het beschikbare geld er daadwerkelijk naar collectieve voorzieningen gaan, zoals welzijnswerk, jeugdgezondheidszorg of burgerinitiatieven. Onderzoek van AEF laat zien dat er steeds meer geld gaat naar individuele maatwerkvoorzieningen, terwijl collectieve voorzieningen achterblijven.¹³⁹ Het lukt nauwelijks om deze trend te keren.

De afgelopen jaren is flink geïnvesteerd in de financiering van de samenwerking tussen zorg, sociaal domein en andere domeinen zoals wonen. Dit komt onder andere tot uiting in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA), het Integraal Zorgakkoord (IZA), het Hoofdlijnen Akkoord Ouderen (HLO) en het Nationaal Programma Leefbaarheid en Veiligheid (NPLV). Deze akkoorden zijn bedoel om schaarste in de zorg te voorkomen door hulpvragen van mensen zoveel mogelijk op de juiste plek op te vangen en te behandelen. Tegelijkertijd bieden zij kansen om sociale verbondenheid te versterken en de zorg hierbij actief te betrekken. Voorbeelden van initiatieven die hier al invulling aan geven zijn Welzijn Op Recept, de regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden (RESV) en de hechte wijkverbanden.

Toch stuiten initiatieven voor sociale verbondenheid in de praktijk op obstakels bij het aanvragen en benutten van middelen vanuit zorgakkoorden. Tijdelijke financieringen, bureaucratie en strakke prestatieafspraken sluiten vaak slecht aan bij sociale initiatieven, zoals de oprichting van voorzorgcirkels.¹⁴⁰ Ook blijkt de Autoriteit Consument en Markt (ACM) samenwerkingen tussen zorgaanbieders en andere organisaties te bemoeilijken. Formeel zijn er vaak meer mogelijkheden dan men denkt, maar in de praktijk vormen deze regels toch een belemmering.¹⁴¹ Zorgakkoorden zoals het IZA en AZWA bieden dus in potentie een mooie kans om sociale verbondenheid via de gezondheidszorg te versterken, maar het blijkt in de praktijk lastig om deze kansen daadwerkelijk te benutten.

Wie initiatieven een plek wil geven die sociale verbondenheid in de zorgpraktijk versterken, stuit vaak op aanzienlijke financiële belemmeringen. Financieringsvormen binnen de medisch-specialistische zorg sluiten meestal slecht aan bij sociale zorginitiatieven. Het sociaal domein biedt vaak wel passendere mogelijkheden, maar beschikt meestal niet over voldoende middelen. En zorgakkoorden vormen een stap in de goede richting, maar er valt nog winst te behalen om sociale zorginitiatieven een volwaardige plek in het zorglandschap te geven. Uiteindelijk gaat het om het verschuiven van middelen van de individuele zorg naar zorgtrajecten die sociale verbondenheid bevorderen.

Fysieke ruimte: plekken creëren voor groepsactiviteiten en vrijblijvende ontmoetingen

Sociale bindingen ontstaan op plekken waar mensen elkaar kunnen ontmoeten. Of het nu gaat om groepsgerichte behandelingen of een informele omgeving voor spontane ontmoetingen: hier is letterlijk ruimte voor nodig. Deze ruimte is er niet altijd in de zorgpraktijk.¹⁴² Als zorgverleners een groep mensen bij elkaar willen brengen, lopen ze snel aan tegen het feit dat er geen geschikte plek voor is. Dat heeft verschillende oorzaken.

Ook zorginstellingen hebben te maken met de krapte op de woningmarkt en kampen met een tekort aan beschikbare ruimten, gecombineerd met hoge bouw- en huurprijzen. Vooral huisartsenpraktijken en gezondheidscentra ervaren een tekort aan adequate huisvesting.¹⁴³ Deze schaarste dwingt tot harde keuzes bij de indeling van de beperkte ruimte, waarbij de nadruk gauw komt te liggen op het bieden van een veilige, toegankelijke en discrete zorg aan individuele patiënten. Zorginstellingen worden daardoor primair ingericht op persoonlijke privacy en één-op-één zorg. Hierdoor komt de behoefte van patiënten om elkaar te ontmoeten en sociale verbinding te ervaren vaak op de achtergrond te staan.

Er liggen kansen om zorgplekken anders in te richten, maar dat vraagt om een nieuwe manier van denken over de fysieke omgeving van zorg. Het RVS-advies *Ruimte maken voor ontmoeting* laat zien hoe stadsplanning kan aansluiten sociale ontmoetingen, en ook zorgplekken kunnen hieraan bijdragen.¹⁴⁴ Een voorbeeld hiervan is het ziekenhuis op Curaçao, ontworpen door architect Lyongo Juliana.¹⁴⁵ Hij hield bewust rekening met de sociale behoeften van patiënten. Zijn ontwerp biedt ruimte voor ongeveer tien bezoekers per kamer en er zijn plekken voor toevallige ontmoetingen. Een ander voorbeeld van ruimte geven aan gesprekken en herstel in het ziekenhuis, is de AYA-lounge.¹⁴⁶ Dit zijn huiskamers voor jonge mensen met kanker om te ontspannen tijdens behandeling in het ziekenhuis. Zorginstellingen kunnen daarnaast ook een rol spelen in de sociale infrastructuur van een buurt door bijvoorbeeld in het buurthuis een spreekuur te houden of door hun deuren open te zetten voor buurtbewoners. Een concreet voorbeeld hiervan is het vieren van nationale Burendag op zorglocaties.¹⁴⁷

Sociale interactie is een essentieel onderdeel van herstel en welzijn, maar wordt door zorgorganisaties nog niet altijd zo erkend. Zelfs wanneer erkenning er wel is en de wens bestaat om ontmoetingen te faciliteren, blijkt in de praktijk vaak weinig financiering beschikbaar en hebben zorginstellingen beperkte vrijheid om hun gebouwen of

ruimtes zelf in te richten, doordat bouwhandleidingen en wettelijke kaders dit nauwkeurig voorschrijven. Wil sociale verbondenheid een fysieke plek krijgen, dan is verandering op dit gebied noodzakelijk.

Nieuwe ziekenhuisindeling: balans tussen autonomie en verbondenheid

Recente ontwikkelingen in de inrichting van academische ziekenhuizen tonen dat autonomie niet ten koste hoeft te gaan van onze behoefte aan verbondenheid. Academische ziekenhuizen in Nederland, zoals het Radboud UMC en Erasmus MC, kiezen steeds vaker voor éénpersoonskamers in plaats van groepskamers.¹⁴⁸ Deze keuze is gebaseerd op onderzoek dat aantoonde dat patiënten beter slapen, minder kans hebben op infecties en zich meer op hun gemak voelen in een privéruimte. Daarnaast biedt het zorgprofessionals de mogelijkheid om ongestoord te werken en patiënten meer aandacht te geven.

Tegelijkertijd is er bij de overstap naar eenpersoonskamers goed nagedacht over het behoud van sociale verbinding. Voor patiënten die behoefte hebben aan contact zijn er speciale ontmoetings- en lounge-ruimtes, met een warme en informele sfeer waar zij en hun naasten elkaar prettig kunnen treffen. Bovendien hebben veel kamers grote ramen met uitzicht naar buiten of op de afdeling, kunnen familieleden vaker langskomen en is er zelfs de mogelijkheid om te blijven logeren.

4.2 Sociale verbondenheid wordt overheidsbreed verwaarloosd

Tot nu toe hebben we vooral gekeken naar de rol van de gezondheidszorg bij het versterken van sociale verbondenheid en de belemmeringen die daarbij spelen. Het is echter belangrijk om dit in een bredere context te plaatsen, want het versterken van sociale verbondenheid is niet alleen een uitdaging binnen de zorg. Ook andere beleidsterreinen kunnen dit soms belemmeren. In deze paragraaf bekijken we daarom de rol van de overheid bij het versterken van sociale verbondenheid.

De overheid raakt direct aan hoe we elkaar ontmoeten. Mensen creëren betekenisvolle relaties veelal in omgevingen waar ze dagelijks te vinden zijn, zoals op school, het werk of bij sportverenigingen. De overheid faciliteert deze ontmoetingsplekken in zekere mate via financiering en wet- en regelgeving. Zij bepaalt niet met wie mensen relaties aangaan, maar wel of er voldoende ruimte en mogelijkheden zijn waarin verbondenheid kan groeien. Dit ligt in lijn met wat wij in een eerder advies de 'actief terughoudende rol' van de overheid noemden.¹⁴⁹ Het bijzondere aan deze gelegenheden van ontmoeting is dat het vaak plekken en momenten zijn die een ander doel hebben dan het ontmoeten. We gaan naar school om te leren, naar de sportvereniging om te voetballen, naar de hobbyclub om te schilderen. Dat daar sociale netwerken ontstaan, is mooie bijvangst.¹⁵⁰ Dit zijn voorbeelden waar de overheid niet bewust stuurt op versterken van sociale verbondenheid, maar het wel voorwaarden schept om deze te vinden.

De overheid belemmert sociale verbondenheid soms ook. Regelgeving kan initiatieven gericht op verbinding onbedoeld in de weg zitten. Zo mogen zorgcoöperaties die zelfstandig huishoudelijke hulp organiseren geen btw terugvorderen over de ingekochte hulp, terwijl deze dienst vrijgesteld van btw is wanneer deze onder verantwoordelijkheid van de gemeente valt.¹⁵¹ En lokale evenementen waar mensen elkaar gemakkelijk kunnen ontmoeten, zijn lastiger te organiseren door strengere eisen rond brandveiligheid, EHBO, verkeer, *crowd control* en nooduitgangen.¹⁵² Daardoor kunnen zulke evenementen soms niet doorgaan of verdwijnen zelfs helemaal.

Een andere manier waarop het samenzijn wordt belemmerd, is doordat samenwonen minder aantrekkelijk wordt gemaakt door regels als de kostendelersnorm. Deze regel om onbedoeld gebruik van de bijstand te voorkomen, zorgt er in de praktijk voor dat mensen samenwonen, trouwen of een gezin stichten uitstellen of dat kinderen gedwongen het huis uit moeten zodra ze volwassen worden.¹⁵³ Voor mensen met een arbeidsbeperking is dit effect nog groter. Sinds de aanscherping van de Wajong zijn zij vaak levenslang afhankelijk van een bijstandsuitkering en krijgen ze daardoor te maken met dezelfde strenge regels.¹⁵⁴ Het probleem beperkt zich niet tot de bijstand: AOW-gerechtigden worden ook gekort als ze samen onder één dak wonen. Alleenstaanden krijgen met een AOW 70% van het minimumloon, terwijl dit bij samenwonenden nog maar 50% is. Het is dus voor gepensioneerden minder aantrekkelijk om samen te wonen, omdat ze dan minder AOW ontvangen.

Het woonbeleid belemmert ook het zorgen voor elkaar. Regels rondom woningdelen en bouwen op eigen grond zijn complex en ondoorzichtig. Zelfs het plaatsen van een mantelzorgwoning blijkt in de praktijk vaak lastig. Zo probeerde Ton uit Alphen aan den Rijn een woonunit op eigen terrein te plaatsen voor zijn hulpbehoevende schoonouders.¹⁵⁵ Deze oplossing zou niet alleen zijn schoonouders helpen, maar ook een woning vrijmaken in Zeeland, wat bijdraagt aan het verminderen van de woningnood. Toch kreeg hij geen toestemming van de gemeente, omdat de grond formeel een andere bestemming had. En als gemeenten wel ruimte willen maken voor woningsplitsen en mantelzorgwoningen, kan landelijke wetgeving alsnog in de weg zitten, zoals de kostendelersnorm laat zien.¹⁵⁶

Er zijn gelukkig stappen in de goede richting. Het besef groeit dat beleid soms zo ver afstaat van de relationele mens, dat het de menselijke maat uit het oog verliest. Meerdere gemeentes zijn bijvoorbeeld in opstand gekomen tegen de nationale kostendelersnorm en weigerden deze strikt toe te passen.¹⁵⁷ Mede daardoor is deze norm inmiddels afgeschaft voor jongeren tot en met 27 jaar.¹⁵⁸ Daarnaast groeit de aandacht voor het versoepelen van regels die het splitsen van woningen, het plaatsen van mantelzorgwoningen of samenwonen mogelijk maken.¹⁵⁹ Het laat zien dat het waardevol kan zijn om beleid soms terug te draaien of opnieuw te beoordelen, juist om beter aan te sluiten bij onze behoefte aan verbinding.

4.3 Sociale verbondenheid weegt niet mee in beleid

In de praktijk blijkt dat verandering wel mogelijk is, zolang er bewust aandacht aan wordt besteed. Daarbij valt op dat de nadruk op het individu soms zo ver is doorgeslagen, dat onze behoefte aan verbondenheid niet langer te negeren valt, zoals pijnlijk duidelijk werd tijdens de COVID19-pandemie. Maar ook wanneer die behoefte nog niet zo sterk onder druk staat, is aandacht voor sociale verbondenheid essentieel. Verbinding is immers een belangrijke voorwaarde voor het welbevinden van mensen.¹⁶⁰

Toch blijft dit thema in beleid vaak onderbelicht; andere, beter meetbare of juridisch vastgelegde waarden krijgen meestal voorrang. Dat zien we terug in uiteenlopende domeinen. Bijvoorbeeld, bij de regulering van evenementen weegt veiligheid zo zwaar mee dat veel lokaal georganiseerde initiatieven nauwelijks kunnen voortbestaan. En de verschillende kostendelersregels focussen op rechtmatigheid: iedereen krijgt precies waar hij of zij recht op heeft, maar er is weinig ruimte voor maatwerk. In de zorgsector worden waarden als autonomie en privacy hoog gewaardeerd, samen met effectiviteit en efficiëntie, wat steeds belangrijker wordt door de toenemende druk op het zorgstelsel en de schaarste aan personeel. In de praktijk gaat dit vaak ten koste van verbondenheid.

Toch hoeven deze waarden elkaar niet uit te sluiten. Voorbeelden van nieuwe ziekenhuisinrichtingen laten zien dat autonomie en verbondenheid hand in hand kunnen gaan. En bepaalde vormen van groepszorg kunnen zelfs bijdragen aan een efficiëntere manier van werken. Voorwaarde is wel dat hier actief op wordt gestuurd. Met bewust beleid en ontwerpkeuzes kan zowel het individuele welzijn als de sociale verbondenheid versterkt worden.

Sociale verbondenheid is een waarde van ons allemaal: het houdt ons gezond als individuen en als samenleving. Dat maakt het een publieke waarde. Zolang sociale verbondenheid geen plek krijgt in beleidsafwegingen, ondermijnt beleid sociale verbondenheid eerder dan dat het haar versterkt. Situaties waarin sociale verbondenheid wel tot bloei komt, zijn dan vooral het resultaat van toeval of onbedoelde bijvangst, in plaats van het gevolg van bewuste beleidskeuzes.

Om dit te doorbreken moet sociale verbondenheid een gelijkwaardige plaats krijgen in beleidsafwegingen. Dit betekent niet dat andere waarden zoals veiligheid, legitimiteit of efficiëntie minder belangrijk worden, maar wel dat sociale verbondenheid ook bewust wordt meegewogen. Alleen zo kan beleid bijdragen aan een samenleving waarin mensen zich niet alleen veilig en rechtvaardig behandeld voelen, maar ook verbonden met elkaar en met de gemeenschap als geheel.

4.4 Tussenconclusie: sociale verbondenheid verdient een expliciete plek in beleidsafwegingen

Verschillende factoren belemmeren het werken met sociale verbondenheid in de zorgpraktijk. Veel van deze belemmeringen zijn niet uniek voor de zorg, ook in andere domeinen zien we vergelijkbare patronen terug. Wie recht wil doen aan de mens als sociaal wezen, zal andere keuzes moeten maken in beleidsafwegingen. Dat begint met het erkennen van sociale verbondenheid als een volwaardige waarde in beleid. Het is tijd om deze basisvoorwaarde voor een gezond en menswaardig bestaan niet langer als uitzondering te behandelen, maar als uitgangspunt te nemen. In het slothoofdstuk doen we aanbevelingen om sociale verbondenheid daadwerkelijk te omarmen, te waarderen en te versterken.



Een work-out in de sociale sportschool. De Sociale Sportschool combineert een serieuze work-out met een sociaal component: sporters gaan met ouderen in een rolstoel of rollator samen op bootcamp. Zo vormt de work-out een platform voor het ontmoeten van nieuwe mensen.

Foto: Ben Nienhuis

5 Conclusie en aanbevelingen

In dit advies hebben we onderzocht hoe de gezondheidszorg de kracht van sociale verbondenheid beter kan benutten. Daarbij blijkt dat er nog enorme kansen liggen, juist in de sectoren waar medische zorgvragen centraal staan. Stel je eens voor dat er een medicijn zou bestaan dat hart- en vaatziekten helpt voorkomen, psychisch lijden vermindert én het herstel bevordert na een heupoperatie, IC-opname of kankerbehandeling. Alsof dat nog niet genoeg is, zou het bovendien goedkoop en breed beschikbaar zijn. Onvoorstelbaar toch, als de medische wereld zo'n middel nauwelijks zou voorschrijven? Toch is dat precies de situatie. Dat 'medicijn' bestaat namelijk al: sociale verbondenheid. Een gebrek aan dit medicijn, sociale isolatie, kan zelfs dodelijk zijn. Sterke sociale relaties zijn dus een belangrijke determinant van gezondheid.

Er liggen dus kansen, maar om deze te benutten zijn betere randvoorwaarden binnen de gezondheidszorg nodig. Iets wat op dit moment nog ontbreekt. Daarom doen we vier aanbevelingen om sociale verbondenheid sterker te verankeren in de zorg. De eerste aanbeveling richt zich breed op de manier waarop we sociale verbondenheid in relatie tot gezondheid bekijken. De drie daaropvolgende aanbevelingen gaan specifiek in op het verbeteren van randvoorwaarden in verschillende zorgsectoren, zodat er meer ruimte ontstaat voor het werken aan sociale verbondenheid.

Aanbeveling 1. Erken sociale verbondenheid als volwaardige gezondheidsdeterminant in beleid, opleiding en praktijk.

Om de kracht van sociale verbondenheid optimaal te benutten binnen de gezondheidszorg, is het essentieel dat we erkennen dat sociaal verbonden zijn een fundamenteel aspect van gezondheid is. Dit betekent dat we het tot een norm maken. Het onderhouden van sociale relaties en netwerken is niet alleen wenselijk, maar ook belangrijk voor lichamelijk en geestelijk welzijn. Dit vraagt om een aanpak op alle lagen van de gezondheidszorg: in beleid, opleidingen en de dagelijkse zorgpraktijk. Hierbij kan rijkelijk geput worden uit de kennis die hierover beschikbaar is in bijvoorbeeld het sociaal domein. Alleen dan kunnen we sociale verbondenheid daadwerkelijk benutten als krachtig instrument voor preventie, herstel en gezondheidsbevordering.

- Allereerst moet sociale verbondenheid sterker in **gezondheidsbeleid** worden opgenomen. Sociale verbondenheid heeft nu geen duidelijke eigenaar in de gezondheidszorg en dat maakt het kwetsbaar. De meeste aandacht komt nu vanuit tijdelijke programma's en akkoorden. Zodra de financiële ruimte afneemt, dreigt het onderwerp weer van de agenda te verdwijnen. Sociale verbondenheid verdient structurele borging, met een vaste plek in beleid, met mensen die er actief verantwoordelijkheid voor nemen en de kennis in Nederland opbouwen en verbinden aan de internationale inzichten. **Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)** kan een leidende rol vervullen in het opstarten van deze beweging, samen met andere partijen die samenwerking in en rond de zorg versterken: het ZIN, Nza, beroepsverenigingen, brancheverenigingen, zorgorganisaties, gezondheidsfondsen, kennisinstellingen, patiëntenverenigingen en natuurlijk de talloze initiatieven op dit vlak.
- Het creëren en versterken van sociale verbondenheid vraagt om structurele aandacht voor de sociaal verbonden mens in **medische opleidingen**, zowel op het gebied van theoretische kennis als praktische vaardigheden. Het gaat bijvoorbeeld om het kunnen werken met groepsdynamica, het voeren van ondersteunende en verbindende gesprekken, en het herkennen van signalen van sociale isolatie bij patiënten. **Kennisinstellingen** binnen en rond de medische zorg kunnen hier een belangrijke rol in spelen, door kennis van verschillende sociale gezondheidsinterventies op een praktisch toepasbare manier te delen met professionals. **ZonMw** kan dit proces ondersteunen door gerichte onderzoeksopdrachten uit te zetten die de impact van sociale verbondenheid op gezondheid en herstel onderzoeken. Daarnaast is het belangrijk dat beroepsverenigingen en zorgorganisaties hun professionaliseringsprogramma's aanpassen, zodat zorgprofessionals structureel de kennis en vaardigheden ontwikkelen die nodig zijn om sociale verbondenheid binnen hun dagelijkse praktijk te versterken. Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van de expertise van zorgzame burgerinitiatieven en uit het Sociaal Domein.
- Tot slot is in **de zorgpraktijk** structureel aandacht nodig voor sociale verbondenheid. Dit begint bij het besef van zorgverleners dat relaties waardevol zijn voor de gezondheid en dat het bevorderen ervan tot hun zorgtaak behoort. Dit uit zich in het actief ondersteunen van patiënten, bijvoorbeeld door bestaande netwerken zoals familie en naasten te betrekken bij consulten en behandelingen, en door patiënten in contact te brengen met nieuwe mogelijkheden tot verbinding, zoals buurtinitiatieven, lotgenotengroepen of

lokale groepsactiviteiten. Op deze manier kan de zorg direct bijdragen aan het versterken van sociale verbindingen en daarmee aan het welzijn en gezondheid van mensen.

Aanbeveling 2. Neem het versterken van sociale verbondenheid op in kwaliteitsstandaarden.

Sociale verbondenheid is essentieel voor gezondheid, maar krijgt nog te weinig aandacht in de definitie van goede zorg. Door het expliciet op te nemen in kwaliteitskaders en -standaarden krijgt sociale verbondenheid een richtinggevende en geïntegreerde plek in de zorgverlening. Beroepsgroepen en overheidsinstanties kunnen gezamenlijk zorgen dat het versterken van sociale relaties een vaste standaard wordt in beleid en praktijk.

- **Beroepsverenigingen en brancheorganisaties** kunnen hier in eerste instantie zelf verandering in brengen. Zij formuleren visies voor hun eigen beroepsgroep, waarin zijn uitdrukken wat zij goede zorg vinden. Hoewel we in de visiedocumenten en protocollen steeds meer erkenning zien voor sociale en maatschappelijke ontwikkelingen, blijft het diffuus wat bepaalde beroepsgroepen kunnen bijdragen. Het gaat dan met name om de sectoren waar medische vragen worden behandeld. We zien talloze werkwijzen die de bijdrage in de eigen zorgcontext concreet maken, zie bijlage 1 voor enkele concrete voorbeelden. Iedere beroepsgroep kan passende interventies opnemen in de eigen zorgpraktijken, visiedocumenten en behandelrichtlijnen.
- Het **ZIN** kan een belangrijke rol spelen door sociale verbondenheid op te nemen in kwaliteitskaders en richtlijnen, en zo richting te geven aan de definitie van goede zorg. In december 2024 is het project 'Herijking kwaliteitstaken van Zorginstituut Nederland' gestart. Hierin onderzoeken ZIN en het ministerie van VWS hoe bestaande kwaliteitskaders beter kunnen aansluiten bij veranderende omstandigheden en nieuwe inzichten. Maatschappelijke kaders spelen een belangrijke rol bij de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden. Dit biedt een goed moment om sociale verbondenheid expliciet als gezondheidsdeterminant op te nemen in de nieuwe kaders.
- Daarnaast kunnen **toezichthouders**, zoals de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), een cruciale rol spelen. Zij kunnen niet alleen bewaken of sociale verbondenheid daadwerkelijk wordt meegenomen in kwaliteitsstandaarden, maar ook controleren of dit in de dagelijkse praktijk van zorginstellingen tot uiting komt. Door hier actief op te sturen, kunnen toezichthouders de brede implementatie van sociale verbondenheid in de zorg stimuleren en ervoor zorgen dat het geen vrijblijvende ambitie blijft, maar onderdeel wordt van de standaard zorgpraktijk.

Aanbeveling 3. Verschuif middelen uit de individuele zorg naar sociaal verbonden zorg.

Hoewel we in dit advies niet uitgebreid ingaan op stelselwijzigingen, kunnen we de invloed van de financieringsystematiek niet negeren. Voor een nadere verdieping verwijzen we naar de adviezen *Met de stroom mee, Op onze gezondheid* en *Grenzeloos samenwerken?*¹⁶¹ Voor het versterken van sociale verbondenheid is een verschuiving van middelen en een vereenvoudiging van de financieringsystematiek nodig. Alleen zo kunnen interprofessionele netwerken ontstaan en groeien, waarbij verschillende gezondheidsterreinen en disciplines samenwerken aan het bevorderen van sociale verbondenheid.

- **Het ministerie van VWS** zou een groter deel van het zorgbudget moeten inzetten voor het versterken van sociale netwerken en het bevorderen van gemeenschapsvorming. Dit kan bijvoorbeeld door te investeren in alternatieve zorgvormen zoals de Kraaipan Oase, ontmoetingsplekken zoals het Odensehuis en diverse vormen van groepszorg, zoals CenteringZorg of gezamenlijke revalidatie. Structurele investeringen in sociale verbondenheid kunnen op de lange termijn zelfs de kosten van individuele zorg verlagen. Belangrijk is dat deze beweging niet afhankelijk is van tijdelijke subsidies, maar dat het financieel eenvoudiger wordt om sociaal verbonden zorgvormen blijvend te bekostigen.
- Ook andere partijen spelen hierin een rol. Zo kan de **Nza** de bekostigingssystematiek beter afstemmen op zorginterventies die (ook) bijdragen aan sociale verbondenheid. Daarnaast kunnen **zorgverzekeraars** financiële obstakels wegnemen en dit soort initiatieven actief stimuleren. Een voorbeeld hiervan is het benutten van alternatieve financieringsbronnen, zoals de 2% vrije ruimte in de begroting. Dit flexibele budget maakt het mogelijk om nieuwe initiatieven op te starten, terwijl tegelijkertijd wordt gewerkt aan structurele bekostiging.

Aanbeveling 4. Creëer plekken om te werken aan sociale verbondenheid.

In de laatste aanbeveling staat het creëren van fysieke ruimtes centraal die ontmoeting en sociale verbondenheid binnen de zorgpraktijk stimuleren. Zowel zorginstellingen als het Rijk spelen hierin een cruciale rol.

- **Zorginstellingen** kunnen hierop inspelen door bij nieuwbouw, verbouwing of uitbreiding bewust ruimtes te ontwerpen die ontmoeting en sociale interactie stimuleren. Daarnaast zouden bestaande instellingen vaker de deuren kunnen openen voor activiteiten van omwonenden, buurtgenoten en/of familieleden. Het nieuwe normaal zou moeten zijn dat publiek gefinancierde zorginstellingen openstaan voor activiteiten die de buurt en het bredere sociale netwerk versterken. Wordt besloten dat bezoekers van buitenaf niet welkom zijn, dan ligt de verantwoordelijkheid bij de instelling om deze keuze zorgvuldig te onderbouwen (*'comply or explain'*).
- **Het ministerie van VWS** kan sociale verbondenheid verder verankeren door het mee te nemen in bouwvoorschriften voor zorginstellingen en door instellingen te ondersteunen die bereid zijn sociale ontmoeting te faciliteren. Dit sluit aan bij eerdere aanbevelingen, zoals beschreven in het advies Ruimte voor Ontmoeting, en biedt een kans om ontmoeting structureel onderdeel te maken van de zorgomgeving.

Tot slot

Werken aan gezondheid betekent ook actief investeren in sociale verbondenheid. Het gaat er niet alleen om de vruchten van bestaande relaties te plukken, maar juist ook om het zaaien van nieuwe verbindingen. Dit vraagt om een tweezijdige aanpak: zowel het creëren van nieuwe kansen voor ontmoeting als het ondersteunen en versterken van bestaande relaties.

Om sociale verbondenheid echt te verankeren als gezondheidsdeterminant, is actie op systeemniveau nodig. Dat kan door het expliciet op te nemen in visiedocumenten en beroepsprofielen, onderzoek te stimuleren, groepsdynamica en ondersteunende gesprekstechnieken in onderwijscurricula te verankeren, kansrijke initiatieven structureel te faciliteren en financiering te richten op sociaal verbonden zorg. De RVS roept de Rijksoverheid op om dit te ondersteunen door sociale verbondenheid op te nemen in kwaliteitskaders van het ZIN, structurele financieringsmogelijkheden te onderzoeken en het thema de plek te geven die het verdient binnen en rondom het zorglandschap.

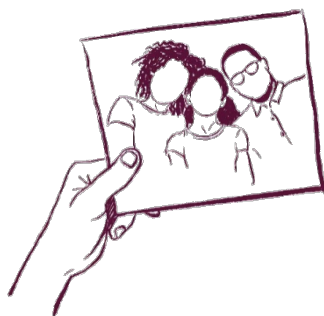
Tegelijkertijd gaat sociale verbondenheid niet alleen over beleid op afstand. Het vraagt ook om concrete actie in het dagelijks leven. Voor zorgverleners betekent dit meer dan alleen aandacht hebben voor bestaande netwerken. Het gaat ook om het creëren van nieuwe vormen van verbinding voor cliënten of patiënten: gezamenlijk revalideren, ontmoetingsplekken waar mensen elkaar steunen in vergelijkbare processen of woongemeenschappen voor gedeelde zorg en verantwoordelijkheid. Het aantal inspirerende initiatieven groeit voortdurend. Gebruik de voorbeelden in de bijlage als inspiratie en betrek wetenschappelijke of beroepsverenigingen om deze ideeën verder in de praktijk te brengen. Besteed er aandacht aan in de eigen zorgpraktijk, zodat het vanzelfsprekender wordt om sociale verbondenheid in alle facetten van de gezondheidszorg te verankeren.

Daarnaast bevat dit advies een brede oproep aan iedereen: benut de kracht van sociale verbondenheid. Relaties met anderen zijn voor de gezondheid net zo belangrijk, en vaak zelfs belangrijker, dan gezond eten, voldoende bewegen of niet roken. Zoek daarom actief de verbinding. Maak contact in de eigen buurt, sluit aan bij groepsactiviteiten en sta open voor het geven én ontvangen van hulp. Juist in kleine, alledaagse ontmoetingen ontstaan sterke netwerken. Dat versterkt niet alleen de gemeenschap, maar draagt ook direct bij aan het eigen welzijn en gezondheid.

Bijlage 1

In deze bijlage is te zien hoe sociale verbondenheid concreet vorm krijgt in de zorgpraktijk. Tijdens het traject naar dit advies kwamen we veel inspirerende voorbeelden tegen uit de praktijk. We hebben deze voorbeelden gegroepeerd in vier verschillende benaderingen. Per benadering geven we initiatieven die laten zien hoe dit in de praktijk werkt. We pretenderen niet volledig te zijn en veel initiatieven passen eigenlijk in meerdere categorieën. Ons doel is vooral om te inspireren en te laten zien wat er wél mogelijk is.

Oog hebben voor sociale verbondenheid

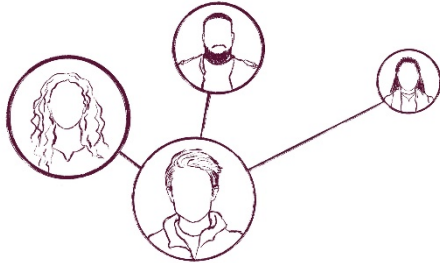


De meest toegankelijke manier is simpelweg oog hebben voor de sociale situatie van een patiënt. Wie maakt deel uit van iemands netwerk? Op wie kan hij of zij terugvallen voor praktische of emotionele steun? Of ontbreekt zo'n netwerk juist en speelt eenzaamheid een rol? Zulke signalen worden vaak al zichtbaar tijdens gewone contactmomenten, zoals een intake, huisbezoek of spreekuur.

Manieren om oog te hebben sociale verbondenheid:

- **Kennis overdragen** over het belang van sociale verbondenheid binnen het zorgteam, de organisatie of in gesprekken met patiënten / cliënten.
 - Movisie routekaart 'In gesprek over eenzaamheid'
 - Movisie wegwijzer 'Het sociale netwerk'
- **Stilstaan bij de sociale context** door bewust gesprekken te voeren over iemands thuissituatie, relaties en deelname aan het dagelijks leven.
 - Ecogram tool
 - Gesprekstool Mijn Positieve Gezondheid
 - Familie Enzo applicatie
 - De Sociale benadering
 - De Netwerkintake
- **Sociale kwetsbaarheid signaleren** door gebruik te maken van screeningsinstrumenten of observatiehulpen.
 - Signaleringskaart Eén tegen eenzaamheid
 - Richtlijn eenzaamheid onder ouderen

Positioneren van bestaand netwerk



Vaak is er al een netwerk, maar moet het nog geactiveerd of in positie gebracht worden. Een manier om dat te doen is door bewust naasten, zoals familieleden en vrienden, te betrekken bij gesprekken over behandeling, herstel en dagelijkse zorg. Door ze actief onderdeel te maken van het zorgproces, wordt niet alleen de patiënt beter ondersteund, maar ook het netwerk zelf versterkt en soms zelfs ontlast. Zo groeit er een gedeelde verantwoordelijkheid en ontstaat een krachtiger, wederkerig sociaal vangnet.

Manieren waarop je een netwerk in positie brengt:

- **Het netwerk activeren:** naasten stimuleren om op een betrokken en verbindende manier ondersteuning te bieden, en hen daarbij begeleiding of coaching te bieden waar nodig.
 - Triadekaart
 - Familiecoaches
 - Samenzorg applicatie van Hello247
- **Het netwerk betrekken in besluitvorming:** door naasten uit te nodigen voor gesprekken en mee te laten denken over de meest passende behandeling, passend bij de behoefte van de cliënt.
 - Naasten/familieparticipatie
 - Resourcegroepen-methodiek
 - NeoParent applicatie
- **Ondersteuning van mantelzorgers:** mantelzorgers krijgen hulp bij hun zorgtaken, worden waar mogelijk ontlast en krijgen informatie en begeleiding om hun draagkracht te versterken.
 - Academie voor zelfzorg
 - MantelScan van Movisie
 - Noaberhulp
 - Mantelzorgmakelaar

Matchen aan andere netwerken



Zorgverleners kunnen ook een brugfunctie vervullen om verbondenheid te vergroten door iemand in contact te brengen met netwerken waar nog geen toegang toe is. Bijvoorbeeld een warme overdracht naar een passende voorziening of organisatie waar mensen elkaar laagdrempelig ontmoeten. Deze rol ligt nu meestal bij professionals in het sociaal domein. Nauwe samenwerking met dat domein is daarom onmisbaar: niet alleen om de patiënt verder te helpen, maar ook om dubbel werk te voorkomen. Dit laat zien waarom het voor zorgverleners belangrijk is om zichtbaar en betrokken te zijn op plekken waar zorgzame netwerken al bestaan.

Vormen van matches aan nieuwe netwerken:

- **Sleutelfiguren in de wijk of stad:** personen of organisaties die mensen verbinden en in contact brengen met andere mensen en initiatieven in de wijk.
 - Buurtverbinders
 - Dorpsondersteuners
 - Krachtenbinders
 - Bezoekvrouwen- en mannen
- **Zorgzame gemeenschap nabij / in de wijk:** initiatieven waar mensen in de directe woonomgeving naar elkaar omkijken en ondersteunen.
 - Stadsdorpen
 - Buurt- en zorgcoöperaties
 - Voorzorgcirkels
 - Buurtcirkels
 - Lief & Leedstraten
- **Sleutelfiguren in het sociaal domein:** professionals of vrijwilligers die mensen de weg kunnen wijzen naar passende ondersteuning.
 - Welzijn op Recept
 - Welzijnswerkers / opbouwwerkers via brede welzijnsorganisaties
 - Netwerkcoaches
 - Sociaal makelaars
- **Overige sociale initiatieven (zoals vrijwilligerswerk):** verwijzen naar plekken waar iemand mee kan doen, nieuwe mensen ontmoet en van betekenis kan zijn voor anderen.
 - Luistergroepen
 - Sociale Sportschool
 - Maatschappelijke Diensttijd
 - De buurtcamping

Platform bieden voor nieuwe netwerken



Ook zorgmomenten en -plekken kunnen uitgroeien tot ontmoetingsplekken waar nieuwe verbindingen ontstaan. Denk aan groepsbehandelingen, lotgenotengroepen, gezamenlijke informatiesessies of woonzorgvormen waar mensen elkaar ontmoeten, ervaringen delen en zelfs blijvende relaties kunnen opbouwen. Deze plekken kunnen door zorgverleners zelf georganiseerd worden of er kan aangesloten worden bij bestaande groepen in de zorgpraktijk, het ziekenhuis of de wijk.

Manieren waarop je aan nieuwe bindingen kan bouwen binnen de zorgcontext:

- **Gezamenlijke voorlichtingsbijeenkomsten** of themasessies waar groepen mensen bij elkaar samenkomen met een soortgelijke hulpvraag onder begeleiding van een zorgverlener.
 - CenteringZorg (Zwangerschap, Diabetes, Ouderschap)
 - Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI)
 - JoinUs
 - KOPP/KOV groepen
- **Behandelvormen of interventies die in groepsverband worden aangeboden.**
 - Capri Hartrevalidatie
 - Gezond en Gelukkig Den Haag groepsconsulten bij de huisarts
 - Valpreventie
 - Revalideren is leren
 - Enik Recovery College
- **Lotgenotencontact:** gestructureerde of informele live of digitale momenten waarin mensen met soortgelijke ervaringen elkaar ontmoeten en ondersteunen.
 - Alzheimer café
 - Ipsa inloophuizen
 - Odense Huizen
 - Buddyhuizen
 - DiabetesPlus
 - Je leefstijl als Medicijn online support groepen
- **Laagdrempelig contact:** zorglocaties én zorgmomenten waar mensen elkaar kunnen ontmoeten. Denk aan een open inloop, koffieochtend of 'derde plek' in het gebouw.
 - Apotheek Pillen en Praten
 - Aya lounge in ziekenhuizen
 - Kraaipan Oase
 - Woon-zorgplek Hart van Vathorst
 - Seniorenwooncomplex Nieuw-Benedictus

Samenvatting

Verbondenheid versterkt gezondheid, maar staat onder druk

Sociale verbondenheid speelt een cruciale rol in ons mentale en fysieke welzijn. Mensen die zich meer verbonden voelen met anderen, zijn gezonder, gelukkiger en leven langer. Bovendien heeft sociale verbondenheid op verschillende manieren invloed op onze gezondheid: het kan gezondheidsproblemen voorkomen, bestaande zorgvragen verlichten en steun bieden tijdens zorg- of ondersteuningstrajecten.

Toch zien we een zorgwekkende trend: de onderlinge verbondenheid neemt af. We hebben minder vaak contact met elkaar en zijn daar minder tevreden over. Bovendien groeit het aantal mensen dat zich eenzaam voelt. Naar verwachting zal die ontwikkeling in de toekomst alleen maar verder toenemen. Sociale verbondenheid als gezondheidsdeterminant krijgt te weinig erkenning. Mensen zijn zich niet bewust van de invloed die verbonden zijn met anderen heeft op gezondheid.

In onze samenleving ontstaan steeds meer initiatieven om sociale verbondenheid te versterken, om naar elkaar om te zien en voor elkaar te zorgen. Verschillende partijen bouwen samen aan een stevige sociale basis, ook de overheid draagt daaraan bij. De RVS benadrukt het grote belang hiervan. Toch zien we dat de nadruk vaak ligt op het mobiliseren van naasten en familie om meer zorg op zich te nemen. Daarmee lijkt het vooral een manier om gemeentelijke kosten te besparen en de zorg te ontlasten, in plaats van een oprechte inspanning om mensen werkelijk dichter bij elkaar te brengen.

De zorgsector kan de kracht van verbondenheid meer recht doen

Gezonde sociale relaties kunnen gezondheidsproblemen voorkomen, bestaande zorgvragen verlichten en steun bieden tijdens zorg- of ondersteuningstrajecten. Dat levert de zorg veel op. Tegelijkertijd ziet de Raad meer mogelijkheden binnen de gezondheidszorg om actief bij te dragen aan het versterken en aanleggen van relaties. Die kansen liggen met name op de plekken waar medische behandeling centraal staat. Denk aan ziekenhuizen, de specialistische ggz en revalidatiecentra.

De potentie van deze plekken om sociale verbondenheid te versterken is groot, juist omdat zorg draait om het geven en ontvangen van hulp, een proces dat van nature wederkerig is. Bovendien zijn het sectoren waar men een potentieel grote impact kan maken: bijna iedereen komt er op een bepaald moment in hun leven mee in aanraking. Bovendien bieden veel gezondheidsvragen waarmee mensen in de zorg terecht komen, een uitstekende basis om mensen beter met elkaar te verbinden.

We zien vier manieren waarop er binnen de gezondheidszorg sterker ingezet kan worden op de kracht van sociale verbondenheid. Vooral de laatste twee manieren zijn van grote toegevoegde waarde, omdat deze niet alleen gebruik maken van bestaande netwerken, maar juist investeren in het ontstaan van nieuwe relaties.

- Oog hebben voor sociale verbondenheid;
- Positioneren van bestaand netwerk;
- Matchen aan andere netwerken;
- Het bieden van een platform voor nieuwe netwerken.

Er zijn al tal van interventies die hierop inspelen en mooie resultaten laten zien. Een overzicht daarvan is te vinden in bijlage 1. Tegelijkertijd zijn dit vooralsnog uitzonderingen en is het nog lang niet de standaard in de manier van (be)handelen.

Wat moet daarvoor veranderen?

Om zorgverleners werkelijk de ruimte te geven sociale verbondenheid te versterken, zijn betere condities in de zorgpraktijk nodig. Die ontbreken op dit moment. We zien drie belangrijke belemmeringen:

1. De huidige kwaliteitsopvatting van goede zorg laat weinig ruimte voor sociale verbondenheid;
2. Het financieringsstelsel is niet toegerust op interventies die sociale verbinding versterken;

3. Het ontbreekt aan fysieke plekken voor ontmoeting en contact.

Naast de obstakels in de context van de gezondheidszorg werken ook andere beleidsterreinen de sociaal verbonden mens regelmatig tegen. Regels rond wonen, bijstand en evenementen maken samenwonen, mantelzorg en lokale ontmoetingen vaak complex of minder aantrekkelijk. Terwijl juist deze situaties goed zijn voor sociale verbondenheid. Omdat verbondenheid zelden expliciet wordt meegenomen als publieke waarde in beleidsafwegingen, ontstaat sociale verbinding hooguit als bijvangst in plaats van het resultaat van bewuste keuzes.

Onze aanbevelingen

- Werken aan gezondheid, betekent actief investeren in sociale verbondenheid. Dat begint het met **het opnemen van sociale verbondenheid als volwaardige gezondheidsdeterminant in praktijk, beleid en opleiding**. Dit kan door sociale verbondenheid als waarde mee te laten wegen in beleidsafwegingen en door het eigenaarschap voor dit onderwerp duidelijk te beleggen.
- **Sociale verbondenheid zou onderdeel moeten uitmaken van de definitie van goede zorg**. Dit kan door het onder andere een plek te geven in kwaliteitsstandaarden en -kaders en erop toe te zien dat dit op een goede manier in praktijk wordt gebracht.
- **Willen we werken aan sociale verbondenheid in de zorg dan zullen we gelden moeten verschuiven van individuele zorg naar sociaal verbonden zorg**. Binnen de medische zorg bestaan financieringsvormen die vaak niet aansluiten bij sociaal verbonden initiatieven. Het sociaal domein biedt inhoudelijk wel mogelijkheden, maar beschikt vaak over onvoldoende middelen. De structurele financiering die nu vooral naar individuele zorg gaat, zou in de toekomst meer gericht moeten worden op zorgtrajecten die sociale verbondenheid bevorderen.
- Tot slot is van belang om ook **in de fysieke omgeving van zorginstellingen ruimte te maken voor ontmoeting en verbinding**, bijvoorbeeld door dit expliciet op te nemen in bouwrichtlijnen en dit vanuit het Rijk te stimuleren.

Totstandkoming van het advies

Proces van totstandkoming advies

De commissie die dit advies heeft voorbereid bestaat uit Pieter Hilhorst (raadslid tot september 2025), Marleen Kraaij-Dirkzwager (raadslid tot september 2025), Marleen van Bergeijk (sociaal ontwerper), Dajana Perkić (adviseur) en Sophie Albers (adviseur). In de slotfase van het advies zijn Floortje Scheepers (raadslid) en Pieter Barnhoorn (raadslid) aangesloten, zij nemen het vervolgtraject op zich.

Voor de totstandkoming van dit advies maakten we gebruik van sociaal ontwerp om de betekenis en waarde van sociale verbondenheid in en voor de zorg zichtbaar te maken en te versterken. In het voorjaar van 2025 organiseerden we drie denksessies waarin uiteenlopende stakeholders samenkwamen, zoals zorgverleners, zorgverzekeraars, beleidsmedewerkers, betrokkenen bij maatschappelijke initiatieven en opleiders van zorgprofessionals. Tijdens deze sessies onderzochten we hoe de zorg zo kan worden heringericht dat de focus verschuift van de mens als individu naar de mens als sociaal verbonden wezen. Het doel was om gezamenlijk te verkennen wat nodig is om deze verandering in gang te zetten. In de loop van 2026 presenteren we een sociaal ontwerpproduct ter ondersteuning van de boodschap van dit advies.

Daarnaast hebben we individueel gesproken met een brede groep mensen. Hun inbreng is van grote waarde geweest voor de totstandkoming van dit advies. Hieronder geven we een overzicht van de personen met wie we in gesprek zijn gegaan. De RVS adviseert onafhankelijk; gesprekspartners hebben zich niet gecommitteerd aan het advies.

Geraadpleegde personen

Naam	Organisatie
Latifa Abidi	Afdeling Gezondheidsbevordering Universiteit Maastricht
Hans Alderliesten	Movisie
David Baden	SEH Diakonessenhuis
Janny Bakker-Klein	Movisie
Krijn van Beek	Policy Design Studio
Heleen van den Berg	Ministerie van VWS directie DMO
Mariska de Bont	V&VN
Jane Ayu Nurlyta	VGZ
Chi Lueng Chiu	Chivo Kenniscentrum
Laura Commandeur	Arts en Leefstijl
Roger Damoiseaux	Huisartsopleiding UMC Utrecht
Kevin de Decker	UWV
Saliha El Habri	Zilveren Kruis
Karin Hamers	Post hbo opleidingen Hogeschool Utrecht
Meike van Halm-Walters	V&VN
Andrea Steger	V&VN
Paulien van Hessen	Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra

Mirjam Heijnders	Welzijn op Recept
Thersa Hilde-olde Scheper	Nederlandse Zorgautoriteit
Annemieke van der Horst	Noaber Foundation
Sofieke Jansen	Stichting Delen geeft meer
Marcel Kerkhoven	Huisarts MGZ, Nederland Zorgt voor Elkaar
Anja Koorstra	Publieke gezondheid NSPOH
Willemijn Krol	Nederland Zorgt voor Elkaar
Willeke Krijgsheld	LOC Waardevolle Zorg
Annemiek van der Kraan	Stichting Centering Nederland
Stijn van Kreijl	Butterfly Effect
Pieterbas Lalleman	Lectoraat Persoonsgerichtheid in een ouder wordende samenleving Fontys Hogeschool
Najla van Veen-Mirzakhyl	Van Zorg naar Gewoon Leven
Colette de Vries	Precies! Sterk Ouder Worden
Bart Overbeeke	De Kraaipan Oase Woongemeenschap
Pien Naber	Strategisch adviseur Zorg & Welzijn
Jurriaan Penders	Arts
Nicolette Piekaar	Platform Sociaal Domein
Machteld Ploeg	Gezond Gooi
Randy Poelman	Ministerie van VWS directie Curatieve Zorg
Berdine Preuter	Noaber Foundation
Christiaan Pouwels	Ministerie van VWS directie DMO
Marlies Rijnders	TNO
Sonja Robben	Brancheorganisatie IPSO
Carin Rots	Stichting Delen geeft meer
Lex Staal	Sociaal Werk NL
Bert van Putten	Huiskamer van Heeteren
Tyrha Valkhoff	V&VN
Goof van Westing	Vereniging Zelfregie en Herstel
Mirjam Wakelkamp	Ministerie van VWS Eén tegen eenzaamheid
Hans Witteveen	Zilveren Kruis
Ilona Zuurmond	Arts en Leefstijl

Bronnenlijst

- ¹ Holt-Lunstad, J., Robles, T. F., & Sbarra, D. A. (2017). Advancing social connection as a public health priority in the United States. *The American psychologist*, 72(6), 517–530.
- ² Vandaag Inside.. (2024, August 15). Hoe Sifan Hassan met behulp van vrienden en familie op drie(!) afstanden een medaille wil veroveren. Geraadpleegd op 22 september 2025 van <https://www.vandaaginside.nl/sport/olympische-spelen/artikelen/hoe-sifanhassanmet-behulp-van-vrienden-en-familie-op-drie-afstanden-eeen-med>
- ³ Van Weele, E. & J. Kaperkovitz-Oosterloo. (2025). *Behoeften en steun bij omgaan met kanker*. Almere: Vestalia, Kasperkovitz, IPSO
- ⁴ Longkanker Nederland. (2025). Miriam: "Zonder lotgenoten en naasten is het echt een living hell". Geraadpleegd op 18 juli, van <https://www.longkankernederland.nl/ervaringsverhalen/miriam-zonder-lotgenoten-en-naasten-is-het-echt-eeen-living-hell>
- ⁵ Vrijwilligerswerk.nl. (z.d.). Vrijwilligerswerk en zingeving: een perfecte match. Geraadpleegd op 21 juli 2025, van <https://www.vrijwilligerswerk.nl/bibliotheek+samen+ouder+worden/bibliotheek+sow+documenten/handlerdownloadfiles.ashx?idnv=2930218>; de Boer, A. H., Oudijk, D., Broese van Groenou, M. I., & Timmermans, J. M. (2012). Positieve ervaringen door mantelzorg: constructie van een schaal. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 43, 243–254.
- ⁶ DoeMeeMetMDT. (z.j.). *Danique (22) uit Roermond bij een MDT*. Geraadpleegd op 21 juli 2025, van <https://www.doemeemetmdt.nl/ervaringen/danique-22-uit-roermond-bij-eeen-mdt>
- ⁷ Taylor, C. (2002). *Malaise van de moderniteit*. Kampen: Ten Have.
- ⁸ Umberson, D., Montez, J.K. (2010). Social relationships and health: a flashpoint for health policy. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(Suppl), 54–S66.
- ⁹ Holt-Lunstad, J., Robles, T. F., & Sbarra, D. A. (2017). Advancing social connection as a public health priority in the United States. *The American psychologist*, 72(6), 517–530.
- ¹⁰ Staatscommissie Demografische Ontwikkelingen 2050. (2024). *Gematigde groei*. Den Haag: SDO. Geraadpleegd op: <https://www.staatscommissie2050.nl/binaries/staatscommissie2050/documenten/rapporten/2024/03/12/rapport-staatscommissie-demografische-ontwikkelingen-2050-tweede-druk/SDO-2050.pdf>
- ¹¹ Losee, J. E., Webster, G. D., & McCarty, C. (2022). Social network connections and increased preparation intentions for a disaster. *Journal of Environmental Psychology*. 79. ; Aldrich, Daniel P., (2010). Fixing Recovery: Social Capital in Post-Crisis Resilience. *Department of Political Science Faculty Publications*. Paper 3.
- ¹² Centraal Bureau voor de Statistiek. (2025). *Sociale contacten en maatschappelijke participatie*. Den Haag: CBS
- ¹³ Centraal Bureau voor de Statistiek. (2024, 31 juli). Tevredenheid met sociale leven nog niet op niveau van voor corona. Geraadpleegd op 5 december 2025 van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2024/31/tevredeheid-met-sociale-leven-nog-niet-op-niveau-van-voor-corona>
- ¹⁴ Keesmaat, J., Ivakic, I., Strengers, K., & Van der Kogel, M. (2025). *Staat van Gezinnen 2025: Op zoek naar verbinding in een tijd van onduidelijke onzekerheid*. Bussum: Stichting Voor Werkende Ouders.
- ¹⁵ Smid, H., Neeling, N. (2025). *Advies Wetenschappelijke adviescommissie Eenzaamheidsbeleid*. Den Haag: WAE.
- ¹⁶ Centraal Bureau voor de Statistiek. (2023, 21 december). Lang niet iedereen met weinig sociaal contact voelt zich ook eenzaam. Geraadpleegd op 30 oktober 2025 van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2023/51/lang-niet-iedereen-met-weinig-sociaal-contact-voelt-zich-ook-eeenzaam>.
- ¹⁷ VZinfo.nl (2025). *Eenzaamheid*. <https://www.vzinfo.nl/eeenzaamheid/leeftijd-en-geslacht>, Bilthoven: RIVM.
- ¹⁸ Van der Kooij, A., Van de Lustgraaf, M., & Rensen, P. (2023, 23 maart). *Aanpak eenzaamheid onder mensen met een verstandelijke beperking*. Utrecht: Movisie.
- ¹⁹ VZinfo.nl (2025). *Eenzaamheid*. <https://www.vzinfo.nl/eeenzaamheid/leeftijd-en-geslacht>, Bilthoven: RIVM.
- ²⁰ Den Broeder, L., Hilderink, H., Polder, J., Staatsen, B., Dekker, L., Janssen-van Eijndt, T., van der Lucht, F., Spijkerman, A., van Bakel, M., Deuning, C., Kupper, N., & Couwenbergh, C. (2024). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024: Kiezen voor een gezonde toekomst*. Bilthoven: RIVM.
- ²¹ Lodder, G., van Scheppingen, M. A., De Caluwé, E., & Reitz, A. (2020). *Eindrapport: Eenzaamheid voorkomen in een periode van social distancing (COVID-19)*. Tilburg: Tilburg University.
- ²² Bekkers, R., Schuyt, T., & Job, S. (2024). *Burgercollectieven in Nederland: een conceptuele en empirische verkenning*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.
- ²³ Movisie. (2020, 14 december). Explosieve groei van zorgzame gemeenschappen. Utrecht; Movisie. Geraadpleegd op 18 juli 2025, van <https://www.movisie.nl/artikel/explosieve-groei-zorgzame-gemeenschappen/>; Van Dam, J. (2025). Impuls Zorgzame Gemeenschappen helpt mensen verbinden. Geraadpleegd op 18 juli 2025, van <https://www.socialevraagstukken.nl/impuls-zorgzame-gemeenschappen-helpt-mensen-verbinden/>
- ²⁴ World Health Organization. (2025, 15 januari). *Mental health and social connection*. Genève: WHO.
- ²⁵ Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2025). Eén tegen eenzaamheid. Geraadpleegd op 17 september 2025 van <https://www.eentegeneenzaamheid.nl/>; Welzijn op Recept. (2025) Landelijke kennisnetwerk Welzijn op Recept. Geraadpleegd op 17 september 2025 van www.welzijnoprecept.nl; Stichting Sociale Sportschool. (2022). Homepage Sociale Sportschool. Geraadpleegd op 17 september 2025 van www.socialesportschool.nl
- ²⁶ World Health Organization. (2025). From loneliness to social connection: Charting a path to healthier societies. Genève: WHO

- ²⁷ Smid, H., Neeling, N. (2025). *Advies Wetenschappelijke adviescommissie Eenzaamheidsbeleid*. Den Haag: WAE.
- ²⁸ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2021, 1 juli). *Impactvolle determinanten van gezondheid*. Bilthoven: RIVM.
- ²⁹ Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2021). The Dahlgren–Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health*, 199, 20-24.
- ³⁰ Cohen Rodrigues, T., Lammers, K., Gijsbers, L. (2023). *Sociale gezondheid: Resultaten kwantitatief onderzoek*. Amsterdam: Motivaction.
- ³¹ Proctor, A., Holt-Lunstad, J. (2025). Blind spots in health perception: the underestimated role of social connection for health outcomes. *BMC Public Health*, 25, 572.
- ³² Holt-Lunstad, J., Proctor A., Perissinotto, C., Cheng, A., Cudjoe, T., Kotwal, A., Morley, T. (2025). Healthcare providers' perceived importance and barriers to addressing social connection in medical settings. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1545,132-144.
- ³³ Slagboom, B. (2025, 29 mei). *Zorginstellingen doen steeds vaker beroep op familie van cliënten*. Geraadpleegd op 18 juli 2025 van <https://nos.nl/artikel/2569138>; Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2022). *Anders Leven en Zorgen*. Den Haag: RVS.
- ³⁴ Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2022). *Anders Leven en Zorgen*. Den Haag: RVS.; Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2023). *De basis op orde*. Den Haag: RVS.
- ³⁵ Britt, A., Kwakernaak, M. Werfhorst, K. (2024). *De sociale basis en de houdbaarheid van de Wmo*. Utrecht: Verwey Jonker.
- ³⁶ Zorginstituut Nederland. (2024). *Generiek Kompas 'Samen werken aan kwaliteit van bestaan'*. Diemen: Zorginstituut.
- ³⁷ Dove, E., Kelly S., Lucivero F., Machirori M., Dheensa S. & B. Prainsack. (2017). Beyond individualism: Is there a place for relational autonomy in clinical practice and research? *Clinical Ethics*. 12. 150 – 165.
- ³⁸ Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2023). *De basis op orde*. Den Haag: RVS.; Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2023). *Kinderen uit de knel*. Den Haag: RVS.; Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2023). *Op onze gezondheid*. Den Haag: RVS.; Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2022). *Grenzeloos samenwerken*. Den Haag: RVS.; Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2025). *Het Rimpel-effect*. Den Haag: RVS.; Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2022). *Anders Leven en Zorgen*. Den Haag: RVS.; Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2023). *Met de stroom mee*. Den Haag: RVS.
- ³⁹ Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2023). *Met de stroom mee*. Den Haag: RVS.
- ⁴⁰ Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497–529; Holt-Lunstad, J. (2018). Why social relationships are important for physical health: A systems approach to understanding and modifying risk and protection. *Annual Review of Psychology*, 69, 437-458.; Maskell, J. (2020). *The community cure: Transforming health outcomes together*. New York: Lioncrest Publishing; O'Rourke, H. M., & Sidani, S. (2017). Definition, determinants, and outcomes of social connectedness for older adults: A scoping review. *Journal of Gerontological Nursing*, 43, 43-52.
- ⁴¹ Granovetter, M. S. (1973). The strength of weak ties. *American Journal of Sociology*. 78, 1360 – 1380. ; Van der Lans, J. (2012, 20 april; bijgewerkt 24 juli 2017). *Liever zwakke banden dan een sterk netwerk*. Geraadpleegd op 18 juli 2025 van <https://www.socialevraagstukken.nl/liever-zwakke-banden-dan-een-sterk-netwerk/>
- ⁴² O'Rourke, H. M., & Sidani, S. (2017). Definition, determinants, and outcomes of social connectedness for older adults: A scoping review. *Journal of Gerontological Nursing*. 43, 43-52.
- ⁴³ Office of the Surgeon General. (2023, December). *Our epidemic of loneliness and isolation: The U.S. Surgeon General's advisory on the healing effects of social connection and community*. Washington (DC): US Department of Health and Human Services.
- ⁴⁴ Steiner, R., Sheremenko, G., Lesesne, C., Dittus, P., Sieving, R. & K. Ethier. (2019). Adolescent Connectedness and Adult Health Outcomes. *Pediatrics*, 144.
- ⁴⁵ White, C., Green, R., Ferguson, S., Anderson, S., Howe, C., Sun, J., & Buys, N. (2019). The influence of social support and social integration factors on return to work outcomes for individuals with work-related injuries: a systematic review. *Journal of occupational rehabilitation*, 29, 636 – 659.
- ⁴⁶ Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2023). *Op onze gezondheid*. Den Haag: RVS.; Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2021). *Een eerlijke kans op gezond leven*. Den Haag: RVS.; Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2024). *Van overleven naar bloeien*. Den Haag: RVS.
- ⁴⁷ Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2021). *Een eerlijke kans op een gezond leven*. Den Haag: RVS.
- ⁴⁸ Poortinga W. (2012). Community resilience and health: The role of bonding, bridging, and linking aspects of social capital. *Health & Place*, 18, 286 – 295.
- ⁴⁹ Kolner, C., Pijpers, K., Enneking, G., Murugesu, L., & Engbersen, G. (2024). *Rapportage sociale infrastructuur: De vijf functies van sociale infrastructuur tijdens een pandemie*. Rotterdam: Erasmus School of Social and Behavioural Sciences / PDPC Erasmus Universiteit Rotterdam.
- ⁵⁰ Eijkern, L. van, Downes, R., & Veenstra, R. (2018). *Slachtofferschap van huiselijk geweld: Prevalentieonderzoek naar de omvang, aard, relaties en gevolgen van slachtoffer- en plegerschap*. Den Haag: WODC/ Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- ⁵¹ Ferwerda, H., & Van Ham, T. (2010). *Problematische jeugdgroepen in Nederland: Omvang, aard en politieproces beschreven*. Arnhem: Bureau Beke.
- ⁵² Winsemius, A., Ballering, C., Scheffel, R., & Schoorl, R. (2016). *Wat werkt bij sociaal en gezond? Over de bijdrage van sociale factoren aan gezondheid*. Utrecht: Movisie.

- ⁵³ Umberson, D., Montez, J. (2010). Social relationships and health: a flashpoint for health policy. *Journal of Health and Social Behavior*, 51, 54 – 66.
- ⁵⁴ Granovetter, M.. (1973). The strength of weak ties. *American journal of sociology*, 78, 1360-1380.
- ⁵⁵ Duyvendak, J. W. (2004). De individualisering van de samenleving en de toekomst van de sociologie. *Sociologie*, 51, 495 – 506.
- ⁵⁶ Granovetter, M.. (1973). The strength of weak ties. *American journal of sociology*, 78, 1360-1380.; Van Oudenhoven, K. (2025). *Wat ons verbindt – Bouwstenen van een veerkrachtige samenleving*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- ⁵⁷ Sandstrom, G., & Dunn, E. (2014). Social interactions and well-being: The surprising power of weak ties. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 40, 910 – 922.; Cornwell, B., & Laumann, E. (2015). The health benefits of network growth: New evidence from a national survey of older adults. *Social Science & Medicine*, 125, 94 – 106.
- ⁵⁸ Dunbar, R., Launay, J., Wlodarski, R., Robertson, C., Pearce, E., Carney, J., & MacCarron, P.. (2017). Functional benefits of (modest) alcohol consumption. *Adaptive Human Behavior and Physiology*, 3, 118 – 133.
- ⁵⁹ World Health Organization. (2025). *From loneliness to social connection: Charting a path to healthier societies*. Genève: WHO.; Office of the Surgeon General. (2023, December). *Our epidemic of loneliness and isolation: The U.S. Surgeon General's advisory on the healing effects of social connection and community*. Washington (DC): US Department of Health and Human Services.
- ⁶⁰ Pharos. (2022). Alles wat je moet weten over gezondheidsverschillen. Geraadpleegd op 6 november 2025 van <https://www.pharos.nl/weekvandegezondheidsverschillen/alles-wat-je-moet-weten-over-gezondheidsverschillen/>
- ⁶¹ Willems, R., & Huijink, W. (2025). *Sociale en Culturele Ontwikkelingen 2025*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- ⁶² JoinUs. (2025). Homepage JoinUs. Geraadpleegd op 6 november 2025 van <https://join-us.nu/>
- ⁶³ Nederlands Jeugdinstituut. (2018). Databank Effectieve jeugdinterventies: Interventie JOIN us. Geraadpleegd op 6 november 2025 van <https://www.nji.nl/interventies/join-us>; Movisie. (2021). Interventiebeschrijving: Join Us Movisie: Utrecht. Geraadpleegd op 6 november 2025 van www.movisie.nl/databank-erkende-sociale-interventies/interventies?fulltext=join+us
- ⁶⁴ Van Gerwe, J., & Weijs, A. (2021). *Interventiebeschrijving Join Us-programma: Eenzaamheidspreventie voor jongeren*. Utrecht: Stichting Join Us & Movisie.
- ⁶⁵ Goorts, I., Venderbos, J., Allwood, E., Ashraf-Bashir, T., & Talla, J. (2022). *Seksueel en gendergerelateerd geweld bespreekbaar maken bij vluchtelingvrouwen*. Utrecht: Pharos
- ⁶⁶ Bloemen, E., de Haan, A., van Beek, L. (2021). *Gids: Preventieve interventies voor het versterken van de psychische gezondheid en veerkracht van vluchtelingen*. Utrecht: ARQ/Pharos.
- ⁶⁷ Maas, J. (2022). Een vrouw op de vlucht kan niet schreeuwen. Geraadpleegd op 29 september 2025 van <https://www.zonmw.nl/nl/artikel/een-vrouw-op-de-vlucht-kan-niet-schreeuwen#:~:text=Op%20de%20vlucht%20zijn%20maakt,De%20meeste%20vrouwen%20zijn.>
- ⁶⁸ HaGani, N., Surkalim, D. L., Clare, P. J., Merom, D., Smith, B. J., & Ding, D. (2023). Health care utilization following interventions to improve social well-being: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 6, 2321019.
- ⁶⁹ Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2022). *Anders Leven en Zorgen*. Den Haag: RVS. Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2020). *De derde levensfase: het geschenk van de eeuw*. Den Haag: RVS.
- ⁷⁰ De Juiste Zorg op de Juiste Plek. (z.d.). Krachtige basiszorg: De vraag achter de vraag oplossen. Gevonden op 29 september van <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/praktijkvoorbeelden/krachtige-basiszorg-de-vraag-achter-de-vraag-oplossen/>; Smiesing, J., & Sinnema, H. (2015). *Methodedeschrijving Welzijn op recept*. Utrecht: Movisie.; Kleijne, I., & Zeeuw van der Laan, S. (2025, 20 maart). *'Het heeft geen zin om als dokter op je medische eilandje te blijven zitten'*. Gevonden op 29 september 2025 van <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/het-heeft-geen-zin-om-als-dokter-op-je-medische-eilandje-te-blijven-zitten>
- ⁷¹ Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen. (z.d.). Patiënt huisarts vergeet eigen sociale netwerk. Geraadpleegd op 18 juli 2025 van <https://nvppo.nl/nieuws/patient-huisarts-vergeet-eigen-sociale-netwerk/>
- ⁷² LPO. (2025). Homepage Landelijk Platform Odensehuizen. Geraadpleegd op 6 november 2025 van <https://www.odensehuizen.nl/>
- ⁷³ Gemeente Papendrecht. (2021, 4 februari). *RIB: Odensehuis onderzoek ombuigingen subsidies*. Papendrecht: Gemeenteraad Papendrecht.
- ⁷⁴ Anderliesten, H. (2024, 6 augustus). *Het geheim achter het succes van Odensehuis Papendrecht*. Utrecht: Movisie.
- ⁷⁵ Landelijk kennisnetwerk Welzijn op recept. (2025). Homepage Welzijn op Recept. Geraadpleegd op 6 november van <https://welzijnoprecept.nl/>
- ⁷⁶ Movisie. (2023, 1 juni). Interventie: Welzijn op Recept. Gevonden op 6 november 2025 van <https://www.movisie.nl/interventie/welzijn-recept#:~:text=Welzijn%20op%20Recept%20is%20een,naar%20wensen%2C%20behoefte%20en%20mogelijkheden.>
- ⁷⁷ Zorginstituut Nederland. (2023). *Factsheet passende zorgpraktijk Welzijn op Recept*. Diemen: Zorginstituut.; Proscop (2023, 15 mei) Welzijn op Recept: ervaringen pilot in gemeente Emmen. Geraadpleegd op 24 september 2025 van <https://proscop.nl/actueel/welzijn-op-recept-ervaringen-pilot-in-gemeente-emmen/>
- ⁷⁸ VGZ. (2025). Welzijn op recept: betere zorg voor mensen met psychische en sociale klachten. Geraadpleegd op 24 september 2025 van <https://www.cooperatievgz.nl/cooperatie-vgz/over-ons/dossiers/regionale-samenwerking/zorgsoortoverstijgende-samenwerking/welzijn-op-recept-betere-zorg-voor-mensen-met-psychische-en-sociale-klachten>
- ⁷⁹ Welzijn Vught. (2025). Verhaal deelnemer Welzijn op Recept. Geraadpleegd op 24 september 2025 van <https://welzijnvught.nl/nieuws/verhaal-deelnemer-welzijn-op-recept/>
- ⁸⁰ Nederland Zorgt Voor Elkaar. (2024). Voorzorgcirkels. Geraadpleegd op 6 november 2025 van https://www.nlzve.nl/kennisbank_themas/voorzorgcirkels_kennisbank/default.aspx

- ⁸¹ Gielissen, M., van Dam, K., van der Poel, A., van Tolborg, C., Sijpkens, G. (2023). *Meten en Monitoren: Voorzorgcirkels in Deventer*. Arnhem: Academy Het Dorp.
- ⁸² SamenBuurten. (2023, 27 juli). Voorzorgcirkels in Almere: Een Buurtinitiatief voor Betrokkenheid en Zorg. Geraadpleegd op 18 juli 2025 van <https://www.samenbuurten.nu/nieuws/20230727-voorzorgcirkels-in-almere-een-buurtinitiatief-voor-betrokkenheid-en-zorg?>; Movisie. (2024). Samen werken aan een betrokken buurt. Geraadpleegd op 24 september 2025 van <https://digitalepublicaties.movisie.nl/nl/werkplaatsen-sociaal-domein-2024/voorzorgcirkels-almere-muziekwijk>
- ⁸³ Huisman, C. (2025). *Thuiswonende ouderen spreken af elkaar te helpen: de 'voorzorgcirkel' heeft de toekomst*. Amsterdam: de Volkskrant.
- ⁸⁴ Bjørlykhaug, K., Karlsson, B., Hesook, S., Kleppe, L. (2022). Social support and recovery from mental health problems: a scoping review. *Nordic Social Work Research* 12, 666-697.; Elloker, T., Rhoda, A. (2018). The relationship between social support and participation in stroke: A systematic review. *African Journal of Disability*, 7, 357.
- ⁸⁵ Egmoose, C., Poulsen, C., Hjorthøj, C., Skriver Mundy, S., Hellström, L., Nielsen, M., Korksbek, L., Rasmussen, K., Eplow, L. (2023). The Effectiveness of Peer Support in Personal and Clinical Recovery: Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatric Services* 74. 847-858.; Schotanus, B. A. (2025). *De kracht van peersupport bij leefstijlverandering*. Coalitie Leefstijl in de Zorg.
- ⁸⁶ Jans, S., Westra, X., Crone, M., Van den Akker – Van Marle, M. E., & Rijnders, M. (2023). *Long-term cost savings with Centering-based group antenatal care*. Utrecht: TNO.
- ⁸⁷ Beekman, R. (2013). *De meerwaarde van lotgenotencontact bij patiëntenverenigingen binnen het veld van de zorg*. Arnhem: ZorgBelang.; Invol. (2021). Meerwaarde lotgenotencontact enorm. Geraadpleegd op 24 september 2025 van <https://www.invol.nl/kennisbank/meerwaarde-lotgenotencontact>
- ⁸⁸ Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2023). *De basis op orde*. Den Haag: RVS.; Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2023). *Kinderen uit de knel*. Den Haag: RVS.
- ⁸⁹ Capri Hartrevalidatie. (2025). Homepage Capri. Geraadpleegd op 6 november 2025 van <https://caprihr.nl/>
- ⁹⁰ Haga Ziekenhuis. (2023, 19 juni). Hartrevalidatie: 'Het mentale herstel is net zo belangrijk als het lichamelijke' Geraadpleegd op 24 september 2025 van <https://www.hagaziekenhuis.nl/nieuws-agenda/hartrevalidatie-mentaal-herstel-net-zo-belangrijk-als-lichamelij/>
- ⁹¹ IPSO. (2025). Homepage Brancheorganisatie IPSO. Geraadpleegd op 6 november 2025 van <https://ipso.nl/>
- ⁹² Belgraver, V., Broekhuizen, J., Roest - Boers, N. (2018). *Effectonderzoek De maatschappelijke waarde van IPSO inloophuizen*. Amsterdam: KWF Kankerbestrijding, Sinzer.
- ⁹³ IPSO. (2025). 'Bij je dierbaren durf je niet al je zorgen te stallen' Geraadpleegd op 24 september 2025 van <https://ipso.nl/verhalen/ellyeeken/>
- ⁹⁴ Kraaipan Oase. (2023). Homepage De Kraaipan Oase. Geraadpleegd op 6 november 2025 van <https://www.kraaipanoase.nl/>
- ⁹⁵ Wight, M. (2024). Community als kracht: het succes van woonvoorziening de Kraaipan. Geraadpleegd op 24 september 2025 van Het succes van woonvoorziening de Kraaipan Oase- Morgens Conclusion
- ⁹⁶ Kraaipan Oase. (2025). Interview Manja Kramp. Geraadpleegd op 24 september 2025 van <https://www.morgens.nl/actueel/succes-woonvoorziening-de-kraaipan-oase-voor-mensen-met-psychotische-kwetsbaarheid/>
- ⁹⁷ CenteringZorg. (2025). Pagina CenteringZwangerschap. Geraadpleegd op 6 november 2025 van <https://centeringzorg.nl/centeringpregnancy/>
- ⁹⁸ Van Herwaarden, E. (2023). CenteringZwangerschap leidt tot betere gezondheidsuitkomsten. Geraadpleegd op 24 septemebr 2025 van <https://www.kennispoort-verloskunde.nl/interviews/centeringzwangerschap-leidt-tot-betere-gezondheidsuitkomsten/>
- ⁹⁹ Kennispoort verloskunde. (2024). Moeders meer tevreden met groepszorg dan met standaardzorg. Geraadpleegd van 24 september 2025 van <https://www.kennispoort-verloskunde.nl/onderzoek-in-t-kort/moeders-meer-tevreden-met-groepszorg-dan-met-standaardzorg/>
- ¹⁰⁰ Mami Verloskundigen. (2025). Ervaringen van zwangeren. Geraadpleegd op 25 september 2025 van https://www.vkmami.nl/zwanger_zijn/centering_pregnancy_/ervaringen_van_zwangeren/#:~:text=Landelijk%20kan%20je%20hier%20ervaringen,zal%20blijven%20houden%20met%20groepsleden.
- ¹⁰¹ Blijleven, W., De Koning, F., Sarwary, S., Feijten, P. (2023). *Mensbeelden achter beleid: Lessen over de rol van mensbeelden bij het LLO-beleid en de covid-vaccinatiestrategie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- ¹⁰² Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2025). *Op de rem!* Den Haag: RVS
- ¹⁰³ Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2023). *Met de stroom mee*. Den Haag: RVS.
- ¹⁰⁴ Sociaal Cultureel Planbureau. (2025) *Sociaal denken en doen. Hoe sociale factoren gedrag beïnvloeden en waarom dat belangrijk is voor beleid*. Kennisnotitie. Den Haag: SCP.
- ¹⁰⁵ Bredewold, F. (2025). *Wie de zorg wil verbeteren, moet realistisch naar relaties durven kijken*. Amsterdam: De Correspondent.
- ¹⁰⁶ Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2022). *Anders Leven en Zorgen*. Den Haag: RVS
- ¹⁰⁷ Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2017). *Recept voor maatschappelijk probleem*. Den Haag: RVS.; Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2025). *Iedereen bijna ziek*. Den Haag: RVS.
- ¹⁰⁸ Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2025). *Op de rem!* Den Haag: RVS
- ¹⁰⁹ Centraal Bureau voor de Statistiek. (2024). *Gezondheid leefstijl, zorggebruik, en – aanbod, doodsoorzaken; kerncijfers*. Den Haag: CBS.; Volksgezondheid en Zorg. (2025, 7 juli). Ziekenhuiszorg | Gebruik. Geraadpleegd op 24 september 2025 van <https://www.vzinfo.nl/ziekenhuiszorg/gebruik>; Nederlandse Zorgautoriteit. (2024). Kerncijfers ggz. Geraadpleegd 24 september 2025 van <https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/kerncijfers-geestelijke-gezondheidszorg-ggz>

- ¹¹⁰ Zorginstituut Nederland. (2022). *Kader Passende Zorg*. Den Haag: Zorginstituut Nederland.
- ¹¹¹ Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2022). *Anders Leven en Zorgen*. Den Haag: RVS.
- ¹¹² RTL. (2024, 14 augustus). Ziekenhuizen vragen naasten patiënt vaker om hulp bij zorg: 'Kan niet anders'. Geraadpleegd op 24 september 2025 van <https://www.rtl.nl/nieuws/binnenland/artikel/5465882/ziekenhuis-mantelzorg-hulp-naaste-patient-wassen-aankleden>
- ¹¹³ Idem.
- ¹¹⁴ Verwey-Jonker Instituut. (maart 2024). *Kernboodschap en position paper Sociale Basis*. Geraadpleegd van https://www.verwey-jonker.nl/wp-content/uploads/2024/03/322500_Kernboodschap_en_position_paper_Sociale_Basis_2.pdf
- ¹¹⁵ Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2023). *Kinderen uit de knel*. Den Haag: RVS.
- ¹¹⁶ KNMG. (2021). De rollen van de arts in 2040. Geraadpleegd op 24 september 2025 van <https://knmg.maglr.com/knmg-rol-van-de-arts-in-2040/de-rollen-van-de-arts-in-2040>
- ¹¹⁷ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2024). *Visie eerstelijnszorg 2030*. Den Haag: VWS
- ¹¹⁸ Zorginstituut Nederland. (2024). *Generiek kompas 'Samen werken aan kwaliteit van bestaan'*. Diemen: Zorginstituut Nederland; Zorgstandaard Dementie. (2025, 11 juni). Versterken en ondersteunen van het sociale netwerk. Geraadpleegd op 24 september 2025 van <https://www.zorgstandaarddementie.nl/thema-s/versterken-van-het-sociale-netwerk>; Van Wieringen, M. (2024). *Dit zijn wij: verzorgenden IG*. Utrecht: V&VN.
- ¹¹⁹ Federatie Medisch Specialisten. (2025). *Medisch specialist 2035: bevlogen, betrokken en verbindend*. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten.
- ¹²⁰ Zorginstituut Nederland. (z.d.). Valpreventie (Zvw). Geraadpleegd op 11 november 2025 van <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/valpreventie-zvw>; Zorginstituut Nederland. (z.d.). Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) (Zvw). Geraadpleegd op 11 november 2025 van <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/gecombineerde-leefstijlinterventie-gli-zvw>
- ¹²¹ Van Eerden, S., & Steegers, E. (2024). In het ziekenhuis is te weinig oog voor sociale factoren. Geraadpleegd op 11 november 2025 van <https://www.zorgvisie.nl/blog/opinie-in-het-ziekenhuis-is-te-weinig-oog-voor-sociale-factoren/>
- ¹²² Amphia. (2025, 14 juni). Het Leefstijlloket: een gezonde leefstijl voor patiënten. Geraadpleegd op 24 september 2025 van <https://www.amphia.nl/nieuws/het-leefstijlloket-een-gezonde-leefstijl-voor-patienten>; Coalitie Leefstijl en Zorg. (2024, 30 mei). Hoe organiseer ik een leefstijl(zorg)loket voor patiënten in of vanuit het ziekenhuis? Geraadpleegd op 24 september van <https://leefstijlcoalitie.nl/nieuws/nieuw-handreiking-leefstijlzorgloket-vanuit-het-ziekenhuis/>
- ¹²³ Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2023). *De basis op orde*. Den Haag: RVS.
- ¹²⁴ Wieringa, S., Bussemaker, J., Numans, M. (2025, 27 mei). Meer tijd voor de patiënt begint buiten de spreekkamer. Geraadpleegd op 24 september 2025 van <https://www.henw.org/artikelen/meer-tijd-voor-de-patient-begint-buiten-de-spreekkamer>
- ¹²⁵ Gezond en Gelukkig Den Haag. (23 maart 2023). Van groepsgericht naar zorg op maat: 'Het groepsconsult vormt de brug van medisch naar sociaal domein'. Gevonden op 16 december 2025 van <https://gezondengelukkigdenhaag.nl/inspiratie/van-groepsgericht-naar-zorg-op-maat-de-dokter-kan-actief-sturen-naar-de-nulde-lijn/>
- ¹²⁶ Overvecht gezond. (z.d.). Wat is krachtige basiszorg? Gevonden op 16 december 2025 van <https://toolkitkrachtigebasiszorg.nl/wat-is-krachtige-basiszorg/>
- ¹²⁷ Van Hintum, M. (2023). Medisch specialist, ontwikkel je interculturele competenties. *Magazine Medisch Specialist*. Juni, 26-27.
- ¹²⁸ Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2022). *Passende zorg is inclusieve zorg*. Den Haag: RVS.
- ¹²⁹ Van der Woude, A. (2021, 7 juli). 'Stereotiepe benadering van migrantenouderen doet geen recht aan diversiteit in de praktijk' Geraadpleegd op 24 september van <https://www.movisie.nl/artikel/stereotype-benadering-migrantenouderen-doet-geen-recht-aan-diversiteit-praktijk>
- ¹³⁰ Roosen, I., Salway, S., Osei-Kwasi, H.A. (2021). Transnational social networks, health, and care: a systematic narrative literature review. *International Journal Equity Health*, 20, 138.
- ¹³¹ Chronisch ZorgNet. (z.d.). Wetenschappelijke onderbouwing hartrevalidatie. Geraadpleegd op 18 juli 2025 van <https://www.chronischzorgnet.nl/informatie/wetenschappelijke-onderbouwing-hartrevalidatie/>
- ¹³² Holt-Lunstad, J., Proctor, A. S., Perissinotto, C., Cheng, A., Cudjoe, T. K., Kotwal, A. A., & Morley, T. (2025). Healthcare providers' perceived importance and barriers to addressing social connection in medical settings. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1545(1), 132-144.
- ¹³³ Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.(2023). *Kwaliteitsdenken in de zorg: verleden, heden en toekomst*. Den Haag: RVS.; Stronks, C. (2007) *Maatschappij als medicijn*. Amsterdam: UvA.; Wade, D, Halligan, P. (2017).The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*. 31, 995-1004.
- ¹³⁴ Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2019) *Blijf van vertrouwen*. Den Haag: RVS
- ¹³⁵ Zorginstituut Nederland. (2022). *Kader Passende Zorg*. Den Haag: Zorginstituut Nederland.
- ¹³⁶ Akwa GGZ. (2021, 7 september). Vernieuwde kwaliteitsstandaard voor betrekken van Naasten. Geraadpleegd op 24 september 2025 van <https://akwaggz.nl/vernieuwde-kwaliteitsstandaard-voor-betrekken-naasten/>
- ¹³⁷ Jans, S., Westra, X., Crone, M., van den Akker-van Marle, E., Rijnders, M. (2023). Long-term cost savings with Centering-based group antenatal care. *Midwifery*. 2023, 11.
- ¹³⁸ Vos, S. (2025, 23 april) 'Ravijnjaar niet gedempt, maar opgeschoven.' Geraadpleegd op 24 september 2025 van <https://www.binnenlandsbestuur.nl/financien/gemeente-en-provinciefonds/ravijnjaar-niet-gedempt-maar-opgeschoven>

- ¹³⁹ Jorna, F., Neuvel, S., Niessen, I., De Nooijer, A., Nijboer, A., & Verwijmeren, L. (2024, 20 juni). *Rapport Preventieve ouderengezondheidszorg: Artikel 5a Wet publieke gezondheid en de relatie tot de preventieve ouderengezondheidszorg*. Utrecht: AEF.
- ¹⁴⁰ Peeters, P.H. (2025, 18 augustus), 'We hebben het echt moeilijk gehad met de IZA-opgave' Geraadpleegd op 24 september 2025 van <https://www.zorgvisie.nl/we-hebben-het-echt-moeilijk-gehad-met-de-iza-opgave/>
- ¹⁴¹ Zorgakkoorden.nl. (2023, 11 december). Mag niet van ACM? Er mag meer dan je denkt! Geraadpleegd op 24 september 2025 van <https://www.zorgakkoorden.nl/actueel/nieuws/mag-niet-van-acm-er-mag-meer-dan-je-denkt/>
- ¹⁴² CenteringZorg. (2025, 3 juli). Centering levert zoveel meer op dan het kost. Geraadpleegd op 24 september 2025 van <https://centeringzorg.nl/2025/07/03/centering-levert-zoveel-meer-op-dan-het-kost/>
- ¹⁴³ Van Schaaik, A., Vis, E., Flinterman, L., Batenburg, R. (2023). *Huisvestigingsproblemen in de huisartsenpraktijk*. Utrecht: Nivel.; Werkgroep Huisvesting Huisartsen. (2023). *Handreiking Huisvesting huisartsen en gezondheidscentra*. Den Haag: VWS
- ¹⁴⁴ Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2022). *Ruimte maken voor ontmoeting*. Den Haag: RVS.
- ¹⁴⁵ Heath, E. (2022, 18 maart). Lyongo Juliana: "Architecten moeten met het gemiddelde en de extremen werken". Geraadpleegd op 24 september 2025 van <https://www.dearchitect.nl/266295/lyongo-juliana-architecten-moeten-met-het-gemiddelde-en-de-extremen-werken>
- ¹⁴⁶ AYA Zorgnetwerk. (2025) AYA-lounge geopend in Erasmus MC. Geraadpleegd op 17 decemeber 2025 van <https://ayazorgnetwerk.nl/nieuws/aya-lounge-geopend-in-erasmus-mc/>
- ¹⁴⁷ Bouwen aan de zorg. (2025, 16 september). Zorgorganisaties openen hun deuren tijdens Burendag op 27 september a.s. Geraadpleegd op 24 september 2025 van <https://bouwenaandezorg.eu/algemeen/zorgorganisaties-openen-hun-deuren-tijdens-burendag-op-27-september-a-s/>
- ¹⁴⁸ De Koning, A. (2018, 12 mei). Eenpersoonskamers in Erasmus MC: slaap is het beste medicijn. Geraadpleegd op 24 september 2025 van <https://www.ad.nl/rotterdam/eenpersoonskamers-in-erasmus-mc-slaap-is-het-beste-medicijn~afc0246d/>; De Gelderlander. (2016, 29 december). Radboud krijgt vleugel met eenpersoonskamers. Geraadpleegd op 24 september 2025 van <https://www.ad.nl/nijmegen/radboud-krijgt-vleugel-met-eenpersoonskamers~a5ffe31f/>; Goossen Te Pas. (2014, 2 juli). Verpleegafdeling met eenpersoonskamers in nieuw ziekenhuis 'klaar'. Geraadpleegd op 24 september 2025 van <https://www.goossentepas.nl/nl/nieuws/verpleegafdeling-met-eenpersoonskamers-nieuw-ziekenhuis-klaar>
- ¹⁴⁹ Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2023). *Kinderen uit de knel*. Den Haag: RVS.; Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2025). *Doen of laten*. Den Haag: RVS.
- ¹⁵⁰ Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. (2005). *Niet langer met de ruggen tegen elkaar*. Den Haag: RMO.
- ¹⁵¹ Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2025). *Het Rimpel-effect*. Den Haag: RVS.
- ¹⁵² Bies, P. (2025, 13 april). Evenementen in de knel door strenge regelgeving: 'Je kunt maar beter zorgen dat jou niets te verwijten valt'. Geraadpleegd op 25 september 2025 van <https://www.bd.nl/eindhoven/evenementen-in-de-knel-door-strenge-regelgeving-je-kunt-maar-beter-zorgen-dat-jou-niets-te-verwijten-valt~aaf00773/>
- ¹⁵³ Blom, M., Huberts, S., Zwanepol, M., Gielen, M., Westhoff, E., Athmer, J., Kalisvaart, I., & Oosterom, W. (2020). *Belemmeringen woonruimte delen: Belemmeringen voor bijstandsgerechtigden om woonruimte te delen*. Utrecht: Significant.
- ¹⁵⁴ Nieto Solis, S. (2025, 26 januari). Het UWV als waarzegger: waarom veel jongeren met een beperking geen uitkering meer krijgen. Geraadpleegd op 18 juli 2025 van <https://pointer.kro-ncrv.nl/uwv-waarzegger-veel-jongeren-beperking-geen-uitkering-meer>
- ¹⁵⁵ l'Ami, D. (2025, 17 maart). Ton wil dolgraag mantelzorgwoning bouwen voor zijn schoonouders, maar de gemeente ligt dwars. Geraadpleegd op 25 september 2025 van <https://www.ad.nl/alphen-aan-den-rijn/ton-wil-dolgraag-mantelzorgwoning-bouwen-voor-zijn-schoonouders-maar-de-gemeente-ligt-dwars~a05ddb9b/>
- ¹⁵⁶ Van Duin, U. (2024). Woud van regels, nekt oplossingen voor woningnood: 'De hele procedure heeft zeker vier jaar geduurd'. Geraadpleegd op 25 september 2025 van <https://www.ad.nl/woerden/woud-van-regels-nekt-oplossingen-voor-woningnood-de-hele-procedure-heeft-zeker-vier-jaar-geduurd~ad5d4e58/>
- ¹⁵⁷ Van Prooijen, E. (2022, 9 maart). *Rotterdam stopt met 'kostendelersnorm' om te voorkomen dat mensen gekort worden op hun uitkering*. Geraadpleegd op 25 september 2025 van <https://eenvandaag.avrotros.nl/artikelen/rotterdam-stopt-met-kostendelersnorm-om-te-voorkomen-dat-mensen-gekort-worden-op-hun-uitkering-132427>
- ¹⁵⁸ Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. (z.d.). *Wat is de kostendelersnorm in de bijstand?* Geraadpleegd op 18 juli 2025 van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/bijstand/vraag-en-antwoord/wat-is-de-kostendelersnorm-in-de-bijstand>
- ¹⁵⁹ Dirks, F., Sietsma, M., Wassenberg, F., Van Tol, A., & Van der Veer, J. (2025). *Woningdelen en woningsplitsen mogelijk én gemakkelijker maken: Handvatten voor gemeenten*. Geraadpleegd 25 september 2025 van <https://www.platform31.nl/artikelen/woningdelen-en-woningsplitsen-mogelijk-en-gemakkelijker-maken/>
- ¹⁶⁰ Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2025). *Het rimpel-effect*. Den Haag: RVS.
- ¹⁶¹ Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2023). *Met de stroom mee*. Den Haag: RVS.; Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2023). *Op onze gezondheid*. Den Haag: RVS.; Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2022). *Grenzeeloos samenwerken*. Den Haag: RVS.