Programmalijn Versterken van praktijken van samenlevingsopbouw

KENNISDOSSIER ZORGTRANSITIE EN OPBOUWWERK

NAAR AANLEIDING VAN HET THEMASEMINAR VAN 30 JUNI 2026 EN DE EXPERTMEETING VAN 15 OKTOBER

Hogeschool van Amsterdam · 2026



KENNISDOSSIER ZORGTRANSITIE EN OPBOUWWERK

Naar aanleiding van het themaseminar van 30 juni 2026 en de expertmeeting van 15 oktober

Auteur
Jeroen Gradener (Hogeschool van Amsterdam)

Sprekers
Katinka Boot (Versa Welzijn), Sjef van der Klein (Gemeente Tilburg) en Ard Sprinkhuizen (Hogeschool Utrecht)

Gespreksleiding
Mike de Kreek (Hogeschool van Amsterdam) en Bernard Kloostra (Tinten)

Afdeling
Programmalijn Versterken van Praktijken van Samenlevingsopbouw

Datum
Oktober 2026

© 2026 Copyright Hogeschool van Amsterdam
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door print-outs, kopieën, of op welke manier dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Hogeschool van Amsterdam.

Inhoudsopgave

Samenvatting **4**
Inleiding en doel van dit document **6**
Deel 1 — Aanleiding: de zorgtransitie **8**
De drie bijdragen uit het seminar 9
Deel 2 — Spanningsvelden in de praktijk **11**
Deel 3 — Oplossingsrichtingen **13**
Deel 4 — Opdrachten **15**
Samenvattende infographic **16**
Deel 5 — Verdieping: onderzoek en internationale praktijk **17**
1 Reflexief en meervoudig partijdig werken 18
2 Van verwijzen naar samenspel 21
3 Tellen én vertellen 23
4 Intrinsieke waarde, onafhankelijke positie en sociaal kapitaal 25
5 Politiseren en positioneren 28
6 Structureel verankeren en financieren 31
7 Vakmanschap en professionalisering 33
Overzicht per handelingsrichting (infographic) 36
Casussen per handelingsrichting (infographic) 37
Deel 6 — Overkoepelende inzichten en paradoxen **38**
Deel 7 — Persoonlijke slotbeschouwing: wat het opbouwwerk toevoegt **40**
Deel 8 — Een voorzet voor een strategische agenda **46**
Verantwoording en dankwoord **52**
Bijlage A — Presentatie Katinka Boot (slides) **54**
Bijlage B — Het doeboek ‘Over de grens’ **57**
Bijlage C — Zelfscan voor organisaties en regio **58**
Bronnen **60**

Zorgtransitie en opbouwwerk in het kort

De zorgtransitie verschuift de nadruk van ziekte en zorg naar gezondheid en preventie — de ‘beweging naar de voorkant’ die met het Integraal Zorgakkoord, het Gezond en Actief Leven Akkoord en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord beleidsmatig is verankerd (Rijksoverheid, 2025). Voor het opbouwwerk ligt daar een kans én een risico: erkend worden als preventieve partner, of verschralen tot doorverwijsplek en instrument van de zorg (Van Pelt et al., 2024).

Het seminar en het onderzoek laten drie soorten spanningsvelden zien: **uitvoerend** (organische opbrengst versus de vraag om cijfers), **strategisch** (botsende werelden en een ontbrekende betaaltitel) en **professioneel-ethisch** (instrument versus intrinsieke waarde). De rode draad is **samenspel**: samen met de zorg veranderen, met behoud van een eigen, normatief gefundeerde en onafhankelijke positie.

De oplossingsrichtingen en opdrachten zijn samengebracht tot zeven handelingsrichtingen: (1) reflexief en meervoudig partijdig werken vanuit de maatschappelijke opdracht van het vak, (2) van verwijzen naar samenspel, (3) tellen én vertellen, (4) intrinsieke waarde en sociaal kapitaal, (5) politiseren en positioneren, (6) structureel verankeren en financieren, en (7) vakmanschap en professionalisering.

Steeds terugkerende systemische uitdagingen, zoals de bewijsparadox, de instrumentaliseringsvalkuil, de partnerparadox, de rechtvaardigheidsparadox en de machtsvraag, lijken terug te voeren op één onderliggende vraag: wie bepaalt wat gezondheid is? De weerbarstige praktijk van de zorgtransitie is een gedeelde uitdaging, die naast een lokaal gewortelde aanpak ook om een collectieve strategie vraagt.

Het opbouwwerk draagt al meer dan honderd jaar bij aan de kwaliteit van het samenleven en van de samenleving. Het vak cultiveerde daarbij steeds twee collectieve vermogens: solidariteit en agency. Zeggenschap over de eigen leefomstandigheden — ‘control over destiny’ — geldt inmiddels als fundamentele sociale determinant van gezondheid (Whitehead et al., 2016; Orton et al., 2019). Het welzijnswerk is de afgelopen decennia systematisch wegbezuinigd en bij zorgpartijen nauwelijks bekend. Zijn propositie moet opnieuw worden gearticuleerd. De sociale-kwaliteitstheorie (Beck et al., 1998), aangevuld met democratische kwaliteit en rechtvaardige preventie (Kölner, 2024), kan die articulatie voeden. Niet ‘preventie leidt tot minder zorggebruik’, maar: sociale kwaliteit van de samenleving, in de vorm van betrokken en mondige gemeenschappen, is de basis *voor een rechtvaardiger systeem van preventie als voorwaarde voor sociale en fysieke gezondheid*.

Tot slot volgt een mogelijke strategische agenda, vanuit onder meer de Landelijke Actieagenda de Kracht van Samenlevingsopbouw en met landelijke partners als Sociaal Werk Nederland en de BPSW. Die agenda kent twee invalshoeken. Beleidsmatig: strategisch opereren binnen de AZWA-afspraken, met een nuchtere blik op wat die (niet) opleveren — bescheiden en tijdelijke middelen, een smalle invulling van preventie en een nieuw financieel dal voor gemeenten vanaf 2028. Politiek-normatief: de zorgtransitie als project dat maatschappelijke actoren aanspreekt op hun verantwoordelijkheid voor een sociaal rechtvaardiger stelsel van preventie, met bestaanszekerheid als fundament. Op grond van de expertmeeting van 15 oktober 2026 is daaraan toegevoegd dat de vier strategische keuzes in de praktijk al vorm krijgen, waarbij het opbouwwerk zich positioneert en zijn impact benoemt. Versterking zou kunnen komen van een gezamenlijk ontwikkeld en in de praktijk geijkt meetinstrument van impact. Daarbij hoort een narratief over effectiviteit waarin de waarde van dialoog en incrementeel handelen wordt erkend. Het partnerschap van de programmalijn kan daarin als collectief ook strategisch van waarde zijn.

Vijf kernboodschappen

1. **Gemeenschap is gezondheid.** Sterke sociale relaties vergroten de overlevingskans met ongeveer 50% — vergelijkbaar met stoppen met roken (Holt-Lunstad et al., 2010). Het versterken van gemeenschappen ís gezondheidswerk.

2. **Het bewijs is echt, maar oneven.** Er is sterke theorie en veel kwalitatief bewijs, maar dun gecontroleerd effectonderzoek. Benut het bestaande bewijs richting financiers zonder te overclaimen (Van Pelt et al., 2024).

3. **Financiering is de bottleneck.** Verankeren helpt alleen met structurele middelen en een betaaltitel; benut de kansen van het AZWA, maar zonder illusies: de middelen zijn bescheiden en tijdelijk, en vanaf 2028 dreigt voor gemeenten een nieuw financieel dal (Sociaal Werk Nederland, 2025; Blankesteijn & Ter Hedde, 2025).

4. **Zeggenschap is het scharnier.** Solidariteit en agency zijn geen alternatief voor de gezondheidsagenda, maar dezelfde inzet in een ander vocabulaire. Wie daarop positioneert, verandert de opdracht: niet een tekort opvangen, maar de sociale kwaliteit van de samenleving versterken (Bhattacharyya, 2004; Whitehead et al., 2016).

5. **Preventie moet rechtvaardig zijn.** Preventie bereikt vaak vooral wie al gezond is en zijn leven op orde heeft; zonder bestaanszekerheid en zeggenschap vergroot zij gezondheidsverschillen eerder dan dat ze die verkleint. Rechtvaardigheid hoort daarom de toetssteen van de zorgtransitie te zijn (Kölner, 2024; Marmot et al., 2010).

Inleiding en doel van dit document

Dit dossier wil bijdragen aan het professioneel en strategisch kapitaal van opbouwwerkers en hun organisaties in de zorgtransitie. Professioneel, door te laten zien wat het vak in huis heeft, wat het dagelijks in de praktijk brengt en welk bewijs daarvoor bestaat; strategisch, door taal en argumenten aan te reiken voor de tafels waar over de zorgtransitie wordt besloten. Het opbouwwerk heeft daar een eigen opdracht te formuleren, vanuit zijn historische missie om solidariteit en zeggenschap van bewoners te versterken.

Tegelijk is deze transitieopgave niet uniek Nederlands. Op andere plekken in de wereld, en op mondiaal niveau zoeken organisaties, professionals en wetenschappers met bewoners naar vruchtbare praktijken voor zorgzaamheid. Vaak zijn ze er al, onder onze ogen, en dan blijkt het te gaan om sociale verbondenheid en zingeving als dragers voor gezondheid. De WHO-commissie voor sociale determinanten stelde daarnaast ook vast dat gezondheidsverschillen niet in de eerste plaats ontstaan door tekortschietende zorg, maar door de omstandigheden waarin mensen opgroeien, wonen, werken en ouder worden — en dat het aanpakken daarvan vraagt om betere dagelijkse leefomstandigheden én om een andere verdeling van macht, geld en middelen (CSDH, 2008). In het Decennium van Gezond Ouder Worden en het rapport over leeftijdsdiscriminatie werkt de WHO dat uit richting gemeenschappen die vermogens van mensen versterken in plaats van hun tekorten beheren (WHO, 2021); in de strategie voor traditionele geneeskunde gaat het over een bredere opvatting van gezondheid en over wiens kennis meetelt (WHO, 2025). Wie die drie naast elkaar legt, ziet dat het internationale debat precies die kant op beweegt waar het opbouwwerk al staat.

Dat is ook onze inzet. Sociaal werk en opbouwwerk hebben, historisch gezien, de goede papieren: vanuit hun lokale inbedding, hun manier van werken en hun manier van zich verhouden tot mensen en hun gemeenschappen. Ze zijn niet de opvang van een zorgcrisis. Ze voegen iets wezenlijks toe, waarmee die crisis daadwerkelijk een sociale ‘upgrade’ kan opleveren. Wat dat is, laten we in deel 5 zien aan de hand van onderzoek en internationale praktijk; in deel 7 beschouwen we het.

We durven voorzichtig te zeggen dat opbouwwerkers en hun organisaties verschillende wegen bewandelen in een transitieopgave waarin het klassieke zorgdiscours en een aan het sociaal werk oneigen aanvoelende bekostigingslogica maar moeilijk lijken mee te bewegen. Tegelijk is er inmiddels veel ervaring opgedaan, door beroepskrachten én door leidinggevenden. Die wijsheid delen we in dit dossier.

Bovenal willen we uitnodigen tot reflectie: wat valt er te leren van soortgelijke transitieopgaven in landen om ons heen, of juist ver weg? Dan zien we verwante worstelingen, en tegelijk praktijken waarin het sociaal werk een tussenruimte weet te scheppen — een ruimte waarin de eigen lokale inbedding, het eigen instrumentarium en het eigen mensbeeld legitimiteit verschaffen om ook dominante partijen en paradigma’s te verleiden. Deze eerste inventarisatie, met wetenschappelijke onderbouwing, bouwt voort op de oplossingsrichtingen uit het themaseminar.

Opbouw van dit dossier

Het dossier kent drie bewegingen: van wat het themaseminar opleverde, via verdieping en integratie, naar beschouwing en strategie.

Delen 1 tot en met 4 — de opbrengst van het themaseminar. Deel 1 schetst de aanleiding: de zorgtransitie, het beleidskader van IZA, GALA en AZWA, en de drie bijdragen van Katinka Boot, Sjef van der Klein en Ard Sprinkhuizen die de empirische kern van dit dossier vormen. Deel 2 ordent de spanningsvelden die opbouwwerkers ervaren: uitvoerend, strategisch en professioneel-ethisch. Deel 3 brengt de oplossingsrichtingen samen die tijdens het seminar en in de chat naar voren kwamen, en deel 4

vertaalt die naar opdrachten voor opbouwwerkers, organisaties en de sector. Een infographic vat deze delen samen.

Deel 5 — verdieping. De oplossingsrichtingen en opdrachten zijn samengebracht tot zeven handelingsrichtingen. Elke richting wordt verdiept met inspirerende (inter)nationale praktijkvoorbeelden en met inzichten uit een quick scan van wetenschappelijk onderzoek. Een reflectie op wat een opbouwwerkperspectief toevoegt en reflectievragen voor opbouwwerker en organisatie sluiten elke richting af.

Deel 6 — integratie. Hier worden de opbrengsten van het themaseminar en het literatuuronderzoek samengebracht tot overkoepelende inzichten en paradoxen. Dit deel documenteert de weerbarstige praktijk van de zorgtransitie als een gedeelde uitdaging: wat een opbouwwerker in de ene wijk ervaart, blijkt een patroon dat elders in het land en ook internationaal terugkeert. Zo'n gedeelde uitdaging vraagt naast een lokaal gewortelde aanpak mogelijk ook om een collectieve strategie.

Deel 7 — persoonlijke slotbeschouwing. In deel 7 reflecteer ik als samensteller op persoonlijke titel, vanuit een historisch perspectief op de maatschappelijke opdracht van het opbouwwerk. Vier vragen staan centraal. Hoe heeft het opbouwwerk in het verleden bijgedragen aan de kwaliteit van het samenleven en van de samenleving? Waarom werkte dat, en hoe? Waarom is dat nu nog steeds relevant? En wat betekent dat voor de manier waarop de zorgtransitie kan worden benaderd? Het doel is argumenten te bieden die de positionering van het opbouwwerk in de zorgtransitie kunnen versterken.

Deel 8 — een voorzet voor een strategische agenda. Deel 8 vertaalt het voorgaande naar een strategische agenda, vanuit de Landelijke Actieagenda de Kracht van Samenlevingsopbouw en samen met landelijke partners als Sociaal Werk Nederland en de BPSW. Het kent een beleidsmatige invalshoek — strategisch opereren binnen de afspraken van het AZWA — en een politiek-normatieve: de zorgtransitie als project dat belangrijke maatschappelijke actoren aanspreekt op hun verantwoordelijkheid voor een sociaal rechtvaardiger stelsel van preventie, met aandacht voor de bestaanszekerheid van mensen.

De verantwoording met dankwoord, drie bijlagen — waaronder een zelfscan voor organisaties en regio — en een bronnenlijst sluiten het dossier af.

Tot slot is dit kennisdossier ook een uitnodiging aan de partners: welke kennis in dit dossier is voor jullie op dit moment relevant? Aan welke kennisproducten hebben jullie behoefte binnen de eigen organisatie? Waar kan de organisatie door training of gezamenlijk leren rondom dit dossier een stap verder zetten in de zorgtransitie?

Deel 1 — Aanleiding: de zorgtransitie en wat die betekent



De zorg en ondersteuning in Nederland bevinden zich op een kritisch punt. Doordat we ouder worden, groeit de groep die zorg nodig heeft sneller dan het aantal zorgverleners; de raming voor 2033 gaat uit van een tekort van ruim 240.000 medewerkers (Rijksoverheid, 2025). De **zorgtransitie** is het antwoord op die druk: een verschuiving van ‘ziekte en zorg’ naar ‘gezondheid en preventie’, met de ambitie om de beweging ‘naar de voorkant’ te maken (Rijksoverheid, 2025).

Beleidsmatig loopt er een duidelijke lijn. Op het Integraal Zorgakkoord (2022) en het Gezond en Actief Leven Akkoord volgde in september 2025 het **Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA)**, dat de ingezette koers wil versnellen, verbreden en verdiepen (Rijksoverheid, 2025). Kern is een sterkere samenwerking tussen het medisch en het sociaal domein, met afspraken over een landelijk dekkend aanbod van basisfunctionaliteiten en een gezonde, sociale basisinfrastructuur in wijken. De lokale invulling — het ‘hoe’ — ligt bij gemeenten en hun partners, en de bijbehorende financiering wordt pas richting 2030 structureel (Sociaal Werk Nederland, 2025).

Wat betekent dit? Voor de **samenleving** verschuift de vindplaats van gezondheid: die begint niet pas bij de huisarts, maar in een veilige buurt met een sociaal netwerk (Rijksoverheid, 2025). Voor de **burger** betekent het meer eigen regie en meer ‘samen’, met als keerzijde het risico van afwenteling en overvraging. Voor de **zorg** verschuift de opgave van doorverwijzen naar samenwerken, om zwaardere instroom te voorkomen. En voor het **sociaal werk** ontstaat een kans om als preventieve partner erkend te worden — maar ook een risico: de verwachtingen zijn hooggespannen en de neiging bestaat om samenlevingsopbouw instrumenteel in te zetten om maatschappelijke vraagstukken te ‘fixen’ (Van Pelt et al., 2024; Gradener et al., 2023).

Het seminar maakte die opgave concreet. Onder leiding van Mike de Kreek, met Bernard Kloostra als co-host, stond één vraag centraal: wat is er nodig om samen met zorgprofessionals te veranderen, in plaats van als sociaal domein vooral een doorverwijsplek te worden? Het kernwoord was **samenspel** (Themaseminar Zorgtransitie en opbouwwerk, 2026).

Drie concrete bruggen tussen zorg en welzijn keerden terug. **Bewonersgestuurd werken** in Hilversum, waaraan eerst gemeenschapsversterkend werken voorafging. **Welzijn op Recept** verwijst mensen met psychosociale klachten zonder duidelijke medische oorzaak vanuit de eerstelijnszorg naar een welzijnscoach; het concept draait in ruim 175 gemeenten (Landelijk Kennisnetwerk Welzijn op Recept, z.d.). **Lang Leven Thuis Tilburg** brengt wonen, welzijn en zorg samen onder één dak, met een coach die over organisatiegrenzen heen mag kijken, zodat ouderen langer zelfstandig blijven wonen (WonenBreburg, 2026).

De drie bijdragen uit het seminar

Drie sprekers lieten zien hoe de transitie in de praktijk uitpakt. Hun bijdragen vormen de empirische kern van dit dossier.

Katinka Boot — ‘Bewoners nemen de regie’ (Versa Welzijn, Hilversum)

Katinka Boot is opbouwwerker in Hilversum Zuidwest en werkte 3,5 jaar aan community building volgens Asset-Based Community Development. Het project ontstond uit de overbelasting van de zorg: samen met het wijknetwerk investeerde zij in het versterken van de gemeenschap, zodat mensen niet te snel de stap naar de zorg maken. De opbrengst is organisch en niet te plannen — een ‘black box’ die telkens hetzelfde patroon volgt: ontmoeting → vertrouwen → netwerk → onderlinge hulp → gezondheid. Agendaloos begonnen, met uiteindelijk een zorgzame opbrengst; de effecten maakt zij zichtbaar via Positieve Gezondheid (Boot, 2026).

Sprekende voorbeelden uit de J. Huslaan: een koffiegroep die uitgroeide tot een vriendinnengroep die samen zwemt en op vakantie gaat; een buurtmobiel die ouderen vervoert; wijkkranten, samen eten en buren die elkaar praktisch verzorgen. Om impact zichtbaar te maken gebruikt zij de straatbarometer, ontwikkeld met onderzoeker Kees van Tuin: bewoners bevragen elkaar over hun straat. Dat werkt drievoudig — ontmoeting, eigenaarschap én verantwoordingsdata — en slaat een brug tussen leefwereld en systeem. Haar kernboodschap: investeren in welzijn voorkomt zorgkosten, maar ‘de gemeenschap is geen machine’; de waarde zit in het sociale weefsel, niet in euro’s. Vandaar ‘tellen én vertellen’: verhalen zijn geen zachte data, maar bewijslast van hóé verandering ontstaat (Boot, 2026).

Sjef van der Klein — ‘Van doorverwijzen naar samenwerken’ (Gemeente Tilburg)

Sjef van der Klein is beleidsmedewerker bij de gemeente Tilburg, met een ruime achtergrond in sociaal werk en opbouwwerk en medeontwikkelaar van trainingen Welzijn op Recept. Zijn verhaal draait om de vraag hóé zorg en welzijn echt samenwerken. Hij laat zien dat sociale verbondenheid de grootste voorspeller is van gezonde, gelukkige levensjaren en dat veel huisartscontacten psychosociaal van aard zijn — sociaal en medisch domein kunnen dus niet zonder elkaar. Tegelijk is die samenwerking weerbarstig: zorg en welzijn verschillen in mensbeeld, taal, opdracht, financiering, schaal en macht, en marktwerking heeft tot versnippering geleid (Van der Klein, 2026).

In Tilburg denkt hij met bewoners in flats en complexen na over ‘gezond en gelukkig ouder worden’, met sociaal makelaars als verbinding. Zijn praktische lijn: begin bij jezelf — wissel van perspectief, loop een dag mee, werk ‘meervoudig partijdig’. Verwijs niet, maar haal de zorg de wijk in en creëer samenspel tussen professionals in plaats van hokjes. Maak eerst afspraken over hoe je samenwerkt, voor je de inhoud in duikt; laat organisaties elkaar aanspreken vóór je de opgave bij bewoners legt. Zijn scherpste reflectie — de ‘olifant in de kamer’: zet opbouwwerk niet louter in als oplossing voor de zorg. Samenleven versterken mag ook een doel op zich zijn; anders raak je je bestaansrecht kwijt (Van der Klein, 2026).

Ard Sprinkhuizen — ‘Over de grens’ (Hogeschool Utrecht; met Carla Kölner)

Ard Sprinkhuizen werkt ruim 35 jaar als onderzoeker en kennisontwikkelaar in het sociaal domein. Samen met Carla Kölner voerde hij voor het ministerie van VWS een programma uit over het samenspel tussen sociaal werk, de sociale basis en de eerstelijnszorg. In plaats van ‘het zoveelste onderzoeksrapport’ leverden zij *Over de grens: een samenspel- en doeboek over de brug tussen*

welzijn en zorg op: initiatieven speels in kaart gebracht, aangevuld met werkvormen — een kleurplaat, een kwartetspel, een ganzenbord en kwetskaarten — die professionals uit zorg, welzijn en gemeente daadwerkelijk met elkaar in gesprek brengen (Kölner & Sprinkhuizen, 2025).

Zijn drie prikkels tijdens het seminar. Ten eerste: de rol van het opbouwwerk wordt vaak weggemoffeld — alsof verandering vanzelf uit gemeenschappen opborrelt, terwijl opbouwwerkers die processen aanjagen; het vak is veel te bescheiden. Ten tweede: er ligt al decennia veel impactonderzoek op tafel (Maatschappelijke Kosten-Baten Analyse, *Social Return on Investment*-studies); benut dat en wees brutaler in plaats van telkens opnieuw de bewijsdiscussie aan te gaan. Ten derde: de sociale basis wordt te vaak als ‘grabbelton’ gezien, terwijl het geen tekort aan middelen maar een verdelingsvraagstuk is — verschuif een paar procent van de tweedelijnsmiddelen naar de nulde- en eerstelijn en er is meer dan genoeg. Zijn oproep aan de sector, samen met Sociaal Werk Nederland en de BPSW: politiseer, zet druk op het systeem en breng het samen onder de aandacht (Sprinkhuizen, 2024; Themaseminar Zorgtransitie en opbouwwerk, 2026).

Deel 2 — Spanningsvelden in de praktijk van het opbouwwerk



De praktijk van het werken met bewoners laat zich niet vangen in een simpel verhaal. Het kennisdossier *Wat werkt bij samenlevingsopbouw (Van Pelt et al., 2024)* biedt een nuttig kompas: het waarschuwt tegen hooggespannen verwachtingen en tegen het instrumenteel inzetten van gemeenschapsversterking, en wijst erop dat opbouwwerkers zich voortdurend moeten verhouden tot het micro-, meso- én macroniveau. Langs die lijn tekenen zich drie soorten spanningsvelden af.

Uitvoerend: wat je dagelijks tegenkomt

De opbrengst van opbouwwerk is organisch en niet-lineair: ze ontstaat gaandeweg en laat zich vooraf moeilijk beloven, terwijl financiers vragen om harde cijfers, voorspelbaarheid en kostenbesparing (Boot, 2026). Dat schuurt met de bewijsvraag: er is weinig kwantitatief effectonderzoek en nauwelijks onderzoek met controlegroepen; de sterkste onderbouwing komt uit kwalitatieve evaluaties (Van Pelt et al., 2024). Vandaar het pleidooi voor '**tellen én vertellen**': verhalen als bewijslast van de onderliggende mechanismen, niet als 'zachte data' (Boot, 2026). Een tweede knelpunt is bereik: vaak doet steeds dezelfde groep actieve bewoners mee, en diverse groepen bereiken kost tijd (Themaseminar Zorgtransitie en opbouwwerk, 2026).

Strategisch: organisatie en stelsel

Zorg en welzijn zijn verschillende werelden. Ze verschillen in mensbeeld, taal, opdracht, financiering, schaal en machtsverhouding, en juist die verschillen maken samenwerking weerbarstig (Van der Klein, 2026). De marktwerking heeft bovendien tot versnippering geleid; het sociaal domein mist een gezamenlijk verhaal en een gedeelde kennisbasis (Sprinkhuizen, 2024). Financieel wringt het het meest: er is geen structurele betaaltitel voor preventief welzijnswerk, terwijl het geld in de tweede lijn zit. Op het seminar werd dit geïllustreerd met de verhouding van grofweg 165 miljard euro voor de tweedelijnszorg tegenover 2,9 miljard voor de sociale basis (Themaseminar Zorgtransitie en opbouwwerk, 2026). [1]

Ook de belofte van het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) kent een spanning: de 'sociale basis' wordt smal ingevuld en vooral op de medisch-sociale samenwerking gericht, het 'hoe' ligt lokaal en het geld wordt pas richting 2030 structureel, terwijl de sociale basisinfrastructuur al lange tijd is verschraald. Tot slot is er de positioneringsvraag: onder invloed van decentralisaties en bezuinigingen zijn opbouwwerkers dichter naar de uitvoering van lokaal beleid geschoven, waardoor hun onafhankelijke positie en het emancipatoire doel van hun werk onder druk zijn komen te staan (Gradener et al., 2023).

[1] Die exacte getallen zijn niet eenduidig te verifiëren — het CBS komt voor 2024 op circa 155 miljard voor zorg én welzijn samen, en Sprinkhuizen noemt elders de zware zorg zelf 'meer dan 110 miljard' — maar de onbalans is hoe dan ook groot (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2025; Sprinkhuizen, 2024). Zie ook de Verantwoording.

Professioneel en normatief-ethisch: waartoe je er bent

Het diepste spanningsveld is normatief. Wordt opbouwwerk het ‘voorveld’ dat instrumenteel door en voor de zorg wordt ingezet, of blijft het gemeenschapsversterking als waarde op zichzelf? Sprinkhuizen stelt dat welzijn het hoofdveld zou moeten zijn, niet het voorveld (Sprinkhuizen, 2024), en Van der Klein benoemde als ‘olifant in de kamer’ dat samenleven versterken ook een doel op zich mag zijn (Van der Klein, 2026). Dezelfde intrinsieke waarde en de noodzaak van een onafhankelijke positie worden onderstreept in het kennisdossier van Movisie (Van Pelt et al., 2024). Daarnaast staan opbouwwerkers in een meervoudige loyaliteit — tussen bewoner, beleid en zorg. Die loyaliteit is niet neutraal: de maatschappelijke opdracht van het vak is normatief, gericht op solidariteit en agency, en vraagt dus om partijdigheid voor wie in de besluitvorming het minst gehoord wordt. Tot slot speelt de vraag naar bescheidenheid versus profileren: er is meer bewijs dan de sector claimt, en te veel bescheidenheid houdt onrecht in stand (Themaseminar Zorgtransitie en opbouwwerk, 2026; Gradener et al., 2023).

Deel 3 — Oplossingsrichtingen voor opbouwwerkers



Uit de bijdragen van Katinka Boot, Sjef van der Klein en Ard Sprinkhuizen en de gedachtewisseling via de chat kwamen de volgende oplossingsrichtingen voort:

Begin bij jezelf, vanuit je opdracht. Samenspel begint bij de professional: van perspectief durven wisselen en meelopen met de ander om diens logica te begrijpen (Van der Klein, 2026). ‘Meervoudig partijdig’ werken betekent daarbij niet dat je neutraal bent. Je verdiept je in alle perspectieven aan tafel en weegt ze vanuit de normatieve opdracht van het vak: het versterken van solidariteit en agency, juist van wie het minst gehoord wordt (Gradener et al., 2023).

Van verwijzen naar samenspel. Haal de zorg de wijk in — bijvoorbeeld ggz of wijkverpleging — in plaats van bewoners door te sturen, en maak eerst afspraken over hóé je samenwerkt voordat je de inhoud induikt. Welzijn op Recept kan daarbij als concrete ingang en ‘tolk’ tussen huisarts en buurt dienen (Van der Klein, 2026; Landelijk Kennisnetwerk Welzijn op Recept, z.d.).

Tellen én vertellen, en benut bestaand bewijs. Verzamel verhalen structureel als bewijslast, bijvoorbeeld met een straatbarometer waarin bewoners elkaar bevragen, en wees minder bescheiden over het beschikbare onderzoek — MKBA’s, SROI-studies en decennia aan kwalitatieve evaluaties (Boot, 2026; Van Pelt et al., 2024).

Bewaak de waarde en de positie. Houd de intrinsieke waarde van gemeenschapsversterking overeind en bewaak een onafhankelijke positie; verbind micro-, meso- en macroniveau en bouw bewust aan sociaal kapitaal — bonding, bridging én linking — om uitsluiting te overbruggen (Van Pelt et al., 2024; Gradener et al., 2023).

Politiseer gericht en gedoseerd. Agendeer kwesties, vorm coalities van onderop en zoek de samenwerking met Sociaal Werk Nederland en de BPSW, onder meer via de Landelijke Actieagenda de Kracht van Samenlevingsopbouw (Gradener et al., 2023; Sprinkhuizen, 2024).

Veranker structureel via het AZWA. Gebruik de kansen van het akkoord: draag bij aan de sociale basisinfrastructuur en de regionale werkagenda, en benut de financiële lijn die naar 2030 structureel wordt (Sociaal Werk Nederland, 2025).

Investeer in vakmanschap. Werken vanuit de sociale basis vraagt mensen die het werken met gemeenschappen ‘in de vingers’ hebben; blijf daarom investeren in opleiding en professionalisering (Sprinkhuizen, 2024; Van Pelt et al., 2024).

Deze richtingen zijn in deel 5 samengebracht tot zeven handelingsrichtingen en onderbouwd met onderzoek en internationale praktijk.

Deel 4 — Opdrachten: opbouwwerkers, organisaties, sector



Uit de zeven oplossingsrichtingen filterden zich de volgende opdrachten uit, waarmee het themaseminar afsloot.

Voor opbouwwerkers

- **Maak rol en opdracht expliciet** en werk meervoudig partijdig vanuit de normatieve opdracht van het vak — solidariteit en agency — zodat je niet ongemerkt verlengstuk van beleid of zorg wordt (Van der Klein, 2026; Gradener et al., 2023).
- **Verzamel verhalen structureel** als bewijslast, naast cijfers (Boot, 2026; Van Pelt et al., 2024).
- **Zoek verwante beroepsgroepen op**, zoals de sociaal-psychiatrie, en deel dit verhaal met hen (Gradener et al., 2023).

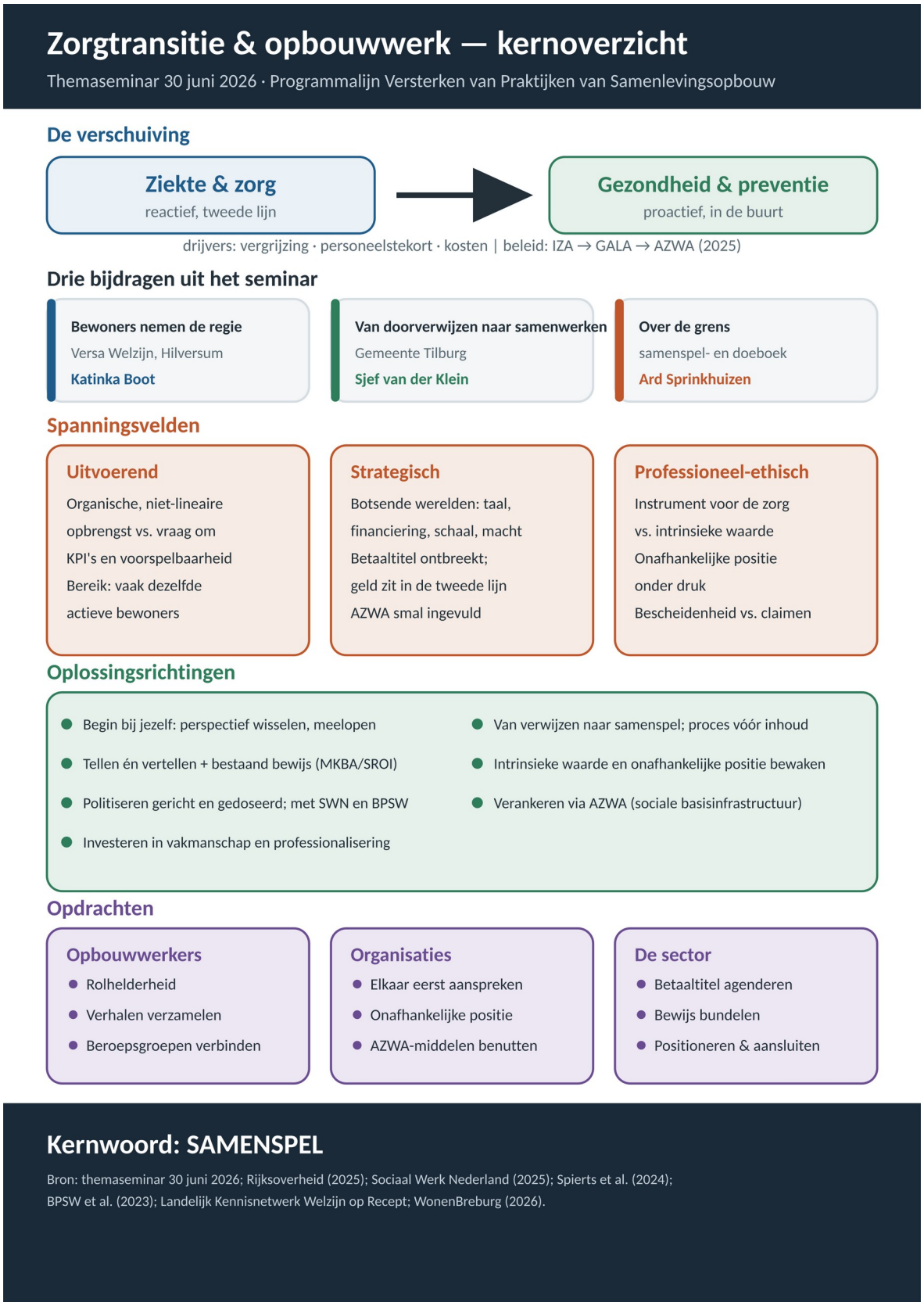
Voor organisaties

- **Spreek eerst elkaar aan** — zorg, welzijn en gemeente — vóór de opgave bij bewoners wordt gelegd, en maak procesafspraken over de samenwerking (Van der Klein, 2026).
- **Faciliteer de onafhankelijke positie** en de lange adem van opbouwwerkers, in plaats van hen naar beleidsuitvoering te schuiven (Gradener et al., 2023; Van Pelt et al., 2024).
- **Benut de AZWA-middelen** en de regionale werkagenda, en investeer in de sociale basis voordat gemeenten vanaf 2028 opnieuw in een financieel dal terechtkomen (Sociaal Werk Nederland, 2025; Blankesteijn & Ter Hedde, 2025).

Voor de sector

- **Agendeer de betaaltitel** en de structurele financiering van preventief welzijn (Sprinkhuizen, 2024; Sociaal Werk Nederland, 2025).
- **Bundel en verspreid het bewijs** en construeer één gezamenlijk verhaal (Van Pelt et al., 2024; Sprinkhuizen, 2024).
- **Positioneer samenlevingsopbouw** via het visiedocument en de landelijke actieagenda, en sluit aan bij de IZA/AZWA-tafels (Gradener et al., 2023; Sociaal Werk Nederland, 2025).

Samenvattende infographic



Deel 5 — Verdieping: Quick scan onderzoek en (inter-)nationale praktijk

De oplossingsrichtingen (deel 3) en opdrachten (deel 4) zijn hieronder samengebracht tot **zeven handelingsrichtingen**. Elke richting opent met een korte omschrijving van wat de richting behelst, een kernachtige beschrijving van drie (inter-)nationale good practices, het kerninzicht uit een quick scan van bestaand onderzoek en een korte reflectie. We geven per richting de opdracht voor de opbouwwerker, de organisatie en de sector onderscheidbaar weer. Een aantal van de genoemde voorbeelden zal onder velen bekend zijn. Een enkele toonaangevende organisatie of praktijk komt onder meer dan één richting terug — telkens vanuit een ander facet.

Twee vragen leiden deze verdieping. Wat is er bekend over wat werkt — en wat voegt een sociaalwerk- en opbouwwerkperspectief toe dat andere partijen niet leveren? Die tweede vraag loopt als een lijn door alle richtingen: bij elke handelingsrichting staat een blok dat laat zien hoe het vak de blik verbreedt, van tekort naar heelheid en van individu naar gemeenschap. Deel 7 brengt die blokken samen.

Hoofdclaim van het opbouwwerk: versterken van sociale verbondenheid en zeggenschap leidt tot een gezondere samenleving als geheel.

Voordat we verder gaan, willen we het fundament onder alle oplossingsrichtingen scherp markeren. Dat is dat het opbouwwerk niet alleen wetenschappelijk, maar ook historisch gezien een sterke propositie heeft in de zorgtransitie. Het woord ‘propositie’ is bewust gekozen: het komt uit de markttaal van de zorg. Het is namelijk een propositie die dagelijks al gerealiseerd wordt door al die opbouwwerkers die in buurten en wijken werken aan sociale verbondenheid en zeggenschap. De sociaal-epidemiologische impact van het opbouwwerk is robuust. Zo is er de bij sommigen al bekende meta-analyse van Holt-Lunstad et al. (2010). Daarin werden 148 studies gebundeld met ruim 308.000 mensen. Daaruit blijkt dat wie sterkere sociale relaties onderhoudt, een 50% grotere overlevingskans heeft. Het gezondheidseffect is vergelijkbaar met stoppen met roken en groter dan dat van obesitas of van lichamelijke inactiviteit. Dit onderbouwt de kernclaim van de zorgtransitie én van het seminar: het versterken van gemeenschappen ís gezondheidswerk.

Daarnaast blijkt zeggenschap een belangrijke gezondheidsindicator te zijn. Er is overtuigende literatuur die "control over destiny" — in het opbouwwerk bekend als agency (Bhattacharyya, 2004) — op micro-, meso- en macroniveau onderbouwt. Whitehead, Pennington, Orton en collega's (2016) synthetiseerden in een systematische review van longitudinale studies de theorie over zeggenschap over de eigen leefomstandigheden als *fundamentele* sociale determinant van gezondheid. In een latere systematische review van hoogwaardige longitudinale studies (2019) blijkt dat een lagere sociale positie samenhangt met minder controlebeleving én slechtere uitkomsten — hartziekte, angst, depressie, ervaren gezondheid — en de controlebeleving verklaart een deel van dat verband. Een indringend voorbeeld hiervan is Gonçalves (2014): participatief budgetteren dat middelen verschoof naar gezondheid en hygiëne, leidde tot significant lagere zuigelingensterfte. Dat is een overtuigende uitkomst van wat *actual control over destiny* teweeg kan brengen.

Handelingsrichting 1

Reflexief en meervoudig partijdig werken (vanuit de maatschappelijke opdracht)



Wat deze richting behelst

Deze richting gaat over de professionals zelf: dat zij weten voor wie ze werken, waartoe en met welk mandaat. Dat mandaat is meer dan de opdracht van een financier. Het opbouwwerk heeft een maatschappelijke opdracht die normatief is: het versterken van solidariteit en agency, het vermogen van mensen om samen hun eigen leefwereld vorm te geven (Bhattacharyya, 2004; Gradener et al., 2023). De mondiale definitie van sociaal werk verankert die opdracht in sociale rechtvaardigheid, mensenrechten en collectieve verantwoordelijkheid (IFSW, 2014).

Vanuit die opdracht krijgt meervoudig partijdig werken een specifieke betekenis. Het is geen neutraliteit, en ook niet ‘alle kanten belichten zonder positie te kiezen’. Het begrip is verwant aan de meerzijdige partijdigheid uit de contextuele benadering: partijdig zijn voor ieder die in een situatie belang heeft, door ieders perspectief en aanspraken serieus te nemen (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986). In het opbouwwerk betekent dat: je verdiept je in de logica van bewoners, zorg, gemeente en financier, en loopt mee om die te begrijpen. Maar je weegt die perspectieven vanuit de opdracht om solidariteit en agency te versterken. Waar belangen botsen, kies je bewust voor de stem die in de besluitvorming het minst gehoord wordt. Meervoudige partijdigheid is zo een betrokkenheid op ieder, gebonden aan een normatief kompas.

Dat vraagt van organisaties ruimte, tijd en continuïteit, zodat vakmanschap en relatie kunnen groeien in plaats van te verdwijnen in bureaucratie. Het vraagt ook een mandaat dat de opbouwwerker de ruimte geeft om die normatieve positie daadwerkelijk in te nemen, ook als dat schuurt met de wensen van een opdrachtgever.

Internationale praktijkvoorbeelden

Open Dialogue · Finland (Lapland) / Verenigd Koninkrijk

Open Dialogue als methode ontstond in de jaren tachtig in Fins Lapland als antwoord op de vraag hoe je iemand in een psychische crisis bijstaat zonder over hem of haar heen te praten. De kern is het netwerkgesprek: de persoon, familie, vrienden en professionals zitten in één ruimte, er wordt binnen 24 uur gereageerd, er zijn geen aparte overleggen achter gesloten deuren en er wordt geen diagnose van bovenaf uitgesproken. Professionals denken hardop en met elkaar waar de betrokkenen bij zijn; onzekerheid verdragen geldt als vakmanschap, niet als zwakte. Alle stemmen tellen mee zonder dat één ervan de waarheid claimt — meervoudige partijdigheid die bovendien partij kiest voor de stem die het gemakkelijkst wordt overstemd: die van de persoon in crisis zelf. Het model verspreidde zich naar 24 landen. De Britse ODDESSI-trial, de eerste grote gerandomiseerde studie, vond op de vooraf gekozen

hoofduitkomst geen verschil in tijd tot terugval ten opzichte van gebruikelijke zorg. Tegelijk lieten de ruwe cijfers wel zien dat het aandeel deelnemers met een psychiatrische opname afnam (21% tegenover 44%). De casus laat twee dingen zien: een radicaal andere rolopvatting is werkbaar binnen een groot publiek stelsel, maar harde effectclaims houden niet altijd stand (Pilling et al., 2022; National Elf Service, 2026).

Bron: *National Elf Service (2026), over de ODDESSI-trial* — https://www.nationalelfservice.net/treatment/topical/beyond-relapse-what-does-the-oddessi-trial-tell-us-about-open-dialogue/

Local Area Coordination · Australië / Verenigd Koninkrijk

Local Area Coordination, ontstaan in West-Australië (1988) en sinds 2009 in Engeland en Wales, plaatst één herkenbare coördinator in een buurt. Die werkt vanuit kracht in plaats van tekort, bouwt aan relaties en zoekt oplossingen buiten het aanbod van diensten — buren, verenigingen — vóór formele zorg. De rol is bewust rolvast, maar breed en meervoudig partijdig, met een duidelijke keuze: de coördinator staat naast de inwoner en diens eigen netwerk, niet naast het aanbod. Uit meer dan vijftien onafhankelijke evaluaties komen consistente uitkomsten: minder bezoeken aan huisarts en spoedeisende hulp, minder beroep op maatschappelijke ondersteuning, en soms voorkomen huisuitzettingen. Onderzoekers identificeerden een ‘gouden driehoek’ van luisteren, vertrouwen en tijd als werkzame mechanismen. Het bewijs is vooral op individueel niveau; effecten op gemeenschap en systeem, en de kosteneffectiviteit, vragen nog langere metingen (Community Catalysts, z.d.).

Bron: *Community Catalysts (z.d.)* — https://www.communitycatalysts.co.uk/lacnetwork/local-area-coordination/our-evidence/

Reclaiming Social Work · Verenigd Koninkrijk (Hackney)

Het ‘Hackney-model’ herontwierp de jeugd- en gezinszorg rond kleine, multidisciplinaire units: een consultant-sociaalwerker, sociaal werkers, een systeemtherapeut en administratieve ondersteuning delen samen een caseload en bespreken casussen in gezamenlijke, systemische reflectie. Zo verschuift de nadruk van bureaucratie naar reflectief vakmanschap en relatie met gezinnen. De onafhankelijke evaluatie van Forrester en collega’s — onderzoekers die naar eigen zeggen sceptisch begonnen — oordeelde positief: professionals besteedden meer tijd aan gezinnen en hadden meer vertrouwen in hun oordeel. Latere opschaling naar andere gemeenten bleek complex: uitkomsten hangen sterk af van implementatietrouw en de beschikbaarheid van ervaren consultants (Community Care, 2013).

Bron: *Community Care (2013)* — https://www.communitycare.co.uk/2013/07/16/stress-busting-hackney-model-under-threat-from-cherry-picking-councils/

Wat het onderzoek laat zien

Kerninzicht: het bewijs voor de waarde van relationeel en reflexief werken is veelbelovend, maar het bewijs is grotendeels kwalitatief of quasi-experimenteel. Trouw aan het model en leiderschap zijn doorslaggevend.

Continuïteit, relatie en professionele autonomie hangen samen met betere uitkomsten en meer werkplezier. Open Dialogue toont dat een radicaal relationele werkwijze — netwerkgesprekken zonder besluitvorming achter gesloten deuren — ook binnen een groot publiek stelsel te organiseren is. De eerste gerandomiseerde trial vond echter geen effect op de hoofduitkomst, bij gunstiger secundaire uitkomsten (Pilling et al., 2022; National Elf Service, 2026). Voor krachtgerichte, rolvaste ondersteuning tonen meer dan vijftien onafhankelijke evaluaties van Local Area Coordination consistente dalingen in individueel zorggebruik, met ‘luisteren, vertrouwen en tijd’ als werkzame mechanismen; het bewijs op gemeenschaps- en systeemniveau en de kosteneffectiviteit blijven zwak (Community Catalysts, z.d.). Reflectieve, systemische praktijk verbeterde in Hackney de kwaliteit van het werk en het vertrouwen van professionals, maar opschaling bleek gevoelig voor implementatietrouw (Community Care, 2013).

Reflectie: De meerwaarde van de sociale benadering in heelheid en rolomkering
Het dominante medische discours kijkt naar wat mensen mankeren. Maar wat als we, in de traditie van het opbouwwerk, ons afvragen wat mensen gezond houdt? (Van what's wrong naar what's strong). De 'salutogenese' van de medisch socioloog Antonovsky bijvoorbeeld draait die blik om en stelt die vraag: Hoe ben je gezond gebleven? Wat blijkt? Een systematische review van Eriksson en Lindström (2006) laat zien dat een sterk 'sense of coherence' — begrijpelijkheid, hanteerbaarheid, betekenisvolheid — samenhangt met betere ervaren en mentale gezondheid, ongeacht leeftijd, sekse of etniciteit. Al is het verband voor fysieke gezondheid minder sterk. Voor de opbouwwerker betekent dit een andere eerste vraag: niet 'wat is uw probleem?', maar 'wat maakt uw leven begrijpelijk en de moeite waard?'.

In de praktijk, tot slot, laten de Aboriginal Community Controlled Health Organisations in Australië zien wat rolomkering oplevert: *zorg die door de gemeenschap zelf wordt bestuurd, waarin gezondheid fysiek, sociaal, spiritueel en cultureel wordt opgevat*. De sector rapporteert een levenslange gezondheidsimpact die ongeveer 50% groter is dan bij reguliere diensten, vooral door betere toegang (NACCHO, z.d.). Onafhankelijke reviewers tekenen daarbij aan dat harde vergelijkende studies schaars blijven (Pearson et al., 2020).

Reflectievragen

Opbouwwerker Voor wie werk jij in dit vraagstuk, en wie heeft jou die opdracht gegeven? Waar kies je partij, en kun je die keuze verantwoorden vanuit de opdracht om solidariteit en agency te versterken?

Organisatie **Op welke manier krijgen** opbouwwerkers bij ons genoeg tijd en continuïteit om relaties op te bouwen, en waar is ruimte om eventuele verantwoordingsdruk te verlichten?

Handelingsrichting 2

Van verwijzen naar samenspel (zorg en welzijn in de wijk)



Wat deze richting behelst

Deze richting draait om de overgang van doorverwijzen naar samen optrekken met zorgprofessionals in de wijk. In het themaseminar werd het als volgt geconcretiseerd: haal de zorg naar de buurt in plaats van bewoners door te sturen. Maar maak vooral wel afspraken over hoe je samenwerkt. Vaste gezichten, gedeelde ruimtes en instrumenten als Welzijn op Recept kunnen daarbij de brug vormen tussen huisarts, welzijn en buurt.

Internationale praktijkvoorbeelden

Frome — Compassionate Communities · Verenigd Koninkrijk

In het stadje Frome (Somerset) in het Verenigd Koninkrijk combineerde een huisartsenpraktijk versterkte eerstelijnszorg met ‘compassionate communities’: getrainde connectors en vrijwilligers bouwden rond kwetsbare inwoners een netwerk van steun, gekoppeld aan persoonsgerichte zorgplannen. Niet doorverwijzen, maar samen optrekken stond centraal. Over een periode van bijna vier jaar daalden de ongeplande ziekenhuisopnames in Frome met 14%, terwijl ze in de rest van Somerset met 28,5% stegen — met lagere zorgkosten voor de hele populatie. Het model inspireerde tal van vervolgprojecten. Kanttekening: het betreft observationeel onderzoek; over causaliteit en regressie naar het gemiddelde is discussie. De kracht zit in de combinatie van medische zorg, sociaal voorschrijven en actieve gemeenschapsopbouw (Abel et al., 2018).

Bron: *Abel et al. (2018)* — https://bjgp.org/content/68/676/e803

Nuka System of Care · Verenigde Staten (Alaska)

De Southcentral Foundation in Alaska (Verenigde Staten) bouwde met en voor de Alaska Native-gemeenschap het ‘Nuka System of Care’: een relatiegedreven, ‘customer-owned’ gezondheidssysteem waarin medische, geestelijke, tandheelkundige en traditionele zorg zijn geïntegreerd rond vaste teams. Zeggenschap ligt bij de ‘customer-owners’ zelf. De uitkomsten behoren tot de meest geciteerde ter wereld: in de eerste jaren daalden spoedeisende-hulpbezoeken met circa 50%, ziekenhuisopnames met ruim 50% en verwijzingen naar specialisten met meer dan 60%, terwijl de kwaliteit tot de landelijke top ging behoren — bij een budget per hoofd onder het Amerikaanse gemiddelde. Het systeem won tweemaal de Malcolm Baldrige Quality Award en geldt internationaal als voorbeeld (NIST, z.d.).

Bron: *NIST (z.d.)* — https://www.nist.gov/baldrige/southcentral-foundation

Bromley by Bow Centre · Verenigd Koninkrijk

Het Bromley by Bow Centre in Oost-Londen — opgericht door een lokale gemeenschap in een van de meest achtergestelde wijken — verbindt een huisartsenpraktijk met een bruisend gemeenschapscentrum.

Als pionier van ‘social prescribing’ verwijzen huisartsen mensen met sociale of psychische oorzaken van klachten naar een link worker, die hen koppelt aan meer dan honderd gemeenschapsactiviteiten: van moestuinen en welzijnsadvies tot creatieve groepen. Zo wordt gezondheid bevorderd door verbinding, zingeving en het aanpakken van onderliggende oorzaken (werk, schulden, huisvesting), terwijl de huisarts zich op het medische kan richten. Het centrum leidt inmiddels link workers op voor heel Londen en ontvangt bezoekers wereldwijd. Het model verankert de brug tussen zorg en welzijn fysiek onder één dak (Davis-Hall, 2018).

Bron: *Davis-Hall (2018)* — https://bjgp.org/content/68/672/333

Wat het onderzoek laat zien
Kerninzicht: co-locatie en relatiegedreven integratie leveren reële dalingen in zorggebruik op. Alleen: het bewijs is suggestief, niet sluitend; daarom is investering in passende onderzoeksdesigns naast de praktijk nodig.

Geïntegreerde eerstelijnszorg met gemeenschapsopbouw laat de sterkste ‘harde’ signalen zien. In Frome (VK) daalden bijvoorbeeld ongeplande opnames met 14% terwijl ze in de vergelijkingsregio met 28,5% stegen (Abel et al., 2018); het Nuka-systeem (zie onder) realiseerde blijvende dalingen van circa 50% in spoedeisende hulp (NIST, z.d.). Deze studies zijn observationeel; over causaliteit en regressie naar het gemiddelde bestaat discussie. Voor sociaal voorschrijven is het beeld veelbelovend maar methodologisch zwak: veel voor- en nametingen zonder controlegroep en sterke variatie per context (National Academy for Social Prescribing, z.d.). Het werkingsmechanisme is plausibel, want een groot deel van de huisartscontacten kent psychosociale in plaats van medische oorzaken (Van der Klein, 2026).

Reflectie: Een mensbeeld van heelheid
Samenspel vraagt niet alleen om andere afspraken, maar om een ander mensbeeld. Waar het biomedische model de klacht centraal stelt, vertrekken inheemse gezondheidsopvattingen vanuit heelheid: lichaam, geest, familie, land en gemeenschap als één geheel. Het Nuka System of Care in Alaska maakte dat structureel — de gemeenschap is eigenaar (‘customer-owners’), traditionele genezing staat naast medische zorg, en de relatie is de eenheid van zorg. Juist die combinatie, niet de techniek, verklaart de forse daling in spoedzorg en verwijzingen (NIST, z.d.).

De WHO trekt die lijn wereldwijd door met de Global Traditional Medicine Strategy 2025–2034: integreer traditionele en complementaire praktijken in gezondheidssystemen, mits onderbouwd en veilig (WHO, 2025). De strategie benoemt eerlijk twee spanningen: de gangbare onderzoeksmethoden passen slecht op deze praktijken, en er is risico op toe-eigening van inheemse kennis zonder eerlijke verdeling van baten (Wong et al., 2025). Voor het opbouwwerk is de les bescheiden maar concreet: *haal andere gezondheidsopvattingen de wijk in als volwaardige kennis, niet als folklore.*

Reflectievragen

Opbouwwerker Welke zorgprofessional zou jij deze maand kunnen uitnodigen in de wijk, in plaats van naar te verwijzen?

Organisatie Op welke manier maken wij met zorgpartners eerst afspraken over hoe we samenwerken? Waar is, eventueel, ruimte voor aanscherping?

Handelingsrichting 3

Tellen én vertellen (impact zichtbaar maken)



Wat deze richting behelst

Deze richting gaat over verantwoorden op een manier die recht doet aan het werk. Omdat gemeenschapsverandering organisch en niet-lineair verloopt, volstaan indicatoren alleen niet: verhalen maken zichtbaar hóé verandering ontstaat en vormen daarmee bewijslast, geen ‘zachte data’. Tegelijk vraagt de richting om minder bescheidenheid over het bewijs dat er al ligt, en om eerlijkheid over wat nog niet hard te maken is.

Internationale praktijkvoorbeelden

The Wigan Deal · Verenigd Koninkrijk

Vanaf 2011 koos de gemeente Wigan tijdens zware bezuinigingen voor een asset-based en burgergedreven aanpak: professionals voeren open, gelijkwaardige gesprekken (‘werken mét’ in plaats van ‘doen aan’), krijgen ruimte om te innoveren, en er is een gemeenschapsfonds dat bewonersinitiatief financiert. De onafhankelijke analyse beschrijft hoe Wigan hiermee substantiële besparingen combineerde met behoud of verbetering van uitkomsten — mits diensten echt transformeren en er vooraf wordt geïnvesteerd. De studie benoemt het ook eerlijk: het is geen formele effectevaluatie en geen wondermiddel. Wigan illustreert daarmee hoe je impact van gemeenschapswerk zichtbaar maakt via een combinatie van cijfers, cultuurverandering en verhalen, zonder te doen alsof causaliteit hard bewezen is (Naylor & Wellings, 2019).

Bron: *Naylor & Wellings (2019)* — https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/reports/wigan-deal

Most Significant Change · internationaal

De Most Significant Change-techniek, ontwikkeld door Rick Davies en Jess Dart, is een dialogische, verhaalgebaseerde evaluatiemethode. In plaats van te meten tegen vooraf vastgelegde indicatoren verzamelen betrokkenen systematisch verhalen over betekenisvolle verandering, waarna groepen deelnemers gezamenlijk en transparant selecteren welke verhalen het meest significant zijn en waaróm. Zo maakt de methode waarden expliciet, vangt zij onverwachte en niet-lineaire uitkomsten en versterkt zij het lerend vermogen — precies wat opbouwwerk nodig heeft. De methode wordt wereldwijd gebruikt in ontwikkelingssamenwerking en de zorg. De auteurs benadrukken dat de techniek het beste werkt in combinatie met andere, ook kwantitatieve methoden: verhalen vullen cijfers aan, ze vervangen ze niet (Dart & Davies, 2003).

Bron: *Dart & Davies (2003)* — https://www.mande.co.uk/wp-content/uploads/2003/MSCAJEfinalB.pdf

Social prescribing — impactonderzoek · Verenigd Koninkrijk

De National Academy for Social Prescribing bundelt het groeiende bewijs over sociaal voorschrijven en zorggebruik. Voorbeelden uit de verzamelde evaluaties: in Frome daalden ongeplande opnames met 14%; in Kirklees rapporteerde men bij frequente gebruikers tot 50% minder huisartsbezoeken en 66% minder bezoeken aan de spoedeisende hulp; in andere regio's daalden die bezoeken met 15 tot 24%. De academie is tegelijk transparant over de methodologische beperkingen: veel studies zijn voor- en nametingen zonder controlegroep, en effecten variëren sterk per context en doelgroep. Als casus laat dit zien hoe een sector 'tellen én vertellen' organiseert: een landelijke kennisinfrastructuur die lokale data en verhalen samenbrengt tot een gedeelde, eerlijke bewijslast — bruikbaar richting financiers zonder te overclaimen (National Academy for Social Prescribing, z.d.).

Bron: *National Academy for Social Prescribing (z.d.)* — https://socialprescribingacademy.org.uk/media/t13fg02l/the-impact-of-social-prescribing-on-health-service-use-and-costs.pdf

Wat het onderzoek laat zien

Kerninzicht: een pluralistische evaluatie (verhalen én cijfers) past bij de aard van het werk; het uitsluitend hanteren van RCT-logica doet het onrecht — combineer methoden en vermijd overclaimen.

Complexe, emergente gemeenschapsverandering laat zich niet vangen in indicatoren alleen. Participatieve, verhaalgebaseerde methoden zoals Most Significant Change maken waarden expliciet en vangen niet-lineaire verandering; de auteurs benadrukken dat de methode kwantitatieve evaluatie aanvult, niet vervangt (Dart & Davies, 2003). Onafhankelijke evaluaties tonen de waarde van asset-based werken en zijn tegelijk transparant dat het geen formele effectstudie betreft (Naylor & Wellings, 2019). Movisie bevestigt dat er weinig kwantitatief onderzoek is. De sterkste onderbouwing komt uit gedegen kwalitatieve evaluatie (Van Pelt et al., 2024).

Reflectie: een ethiek van democratische en pluralistische kennisontwikkeling

Wie bepaalt wat telt als bewijs, bepaalt wat bestaat. De dominantie van gerandomiseerd onderzoek maakt praktijken zichtbaar die zich in cijfers laten vangen, maar houdt onzichtbaar wat betekenis, verbondenheid en heelheid heet. Verhaalgebaseerde methoden zoals *Most Significant Change* zijn hierop een antwoord (Dart & Davies, 2003), maar de scherpste kritiek komt uit inheemse hoek.

Kaupapa Māori-onderzoek — 'door Māori, met Māori, voor Māori' — verlegt niet alleen de methode maar ook het eigenaarschap van kennis: de gemeenschap bepaalt de vraag, de criteria en de duiding, met wānanga en hui als evaluatievormen (Baker, Pipi & Cassidy, 2015). Evaluaties van whānau-gerichte initiatieven laten zien dat deze aanpak uitkomsten zichtbaar maakt die in reguliere indicatoren wegvallen (Reweti, 2023). Voor het opbouwwerk is dit meer dan een methodekwestie: het is de vraag of bewoners onderwerp of mede-eigenaar van de verantwoording zijn — precies wat de straatbarometer van Katinka Boot beoogt.

> **Reflectievragen**
>
> **Opbouwwerker** Welk verhaal uit jouw praktijk laat zien hoe verandering ontstond? Wie zou dat verhaal zelf moeten vertellen?
>
> **Organisatie** Op welke manier verzamelen wij verhalen? Doen we dat net zo systematisch als cijfers — en hoe gebruiken we ze richting financiers?

Intrinsieke waarde, onafhankelijke positie en sociaal kapitaal



Wat deze richting behelst

Deze richting bewaakt waartoe het opbouwwerk er is: gemeenschapsversterking als waarde op zichzelf, niet louter als instrument om de zorg te ontlasten. Ze vraagt om een onafhankelijke positie naast bewoners, waarin eigenaarschap bij de buurt blijft en professionele of gemeentelijke agenda's dat niet overnemen. Het werk richt zich op sociaal kapitaal in drie vormen — bonding binnen groepen, bridging tussen groepen en linking naar instituties — omdat juist die relaties hulpbronnen door een buurt laten stromen.

Internationale praktijkvoorbeelden

ABCD Institute · Verenigde Staten

Het welbekende Asset-Based Community Development, ontwikkeld door John McKnight en Jody Kretzmann, keert de deficit-blik om: elke buurt — ook de armste — is vol menselijke, associatieve en institutionele hulpbronnen die eerst zichtbaar en verbonden moeten worden vóór externe hulp. Hun boek 'Building Communities from the Inside Out' (1993) lanceerde het ABCD Institute en een wereldwijde beweging. Kern is dat gemeenschappen worden gezien als mede-producenten van gezondheid en welzijn, niet als ontvangers van diensten — een expliciet normatieve keuze voor de intrinsieke waarde van gemeenschapskracht en de eigen regie van bewoners. Zo onderbouwt deze benadering de onafhankelijke positie van de opbouwwerker: aansluiten bij wat er ís, in plaats van problemen 'fixen' in opdracht van beleid (Kretzmann & McKnight, 1993; ABCD Institute, z.d.).

Bron: *ABCD Institute (z.d.)* — https://resources.depaul.edu/abcd-institute/publications/

Nurture Development · Europa

Nurture Development brengt de ABCD-benadering naar Europese buurten en instituties. De praktijk werkt met een herkenbare volgorde: identificeer de gaven van bewoners, verbind die met verenigingen en instituties, en mobiliseer ze — waarbij de gemeenschap zelf bepaalt waar het om draait. Community builders werken 'aan de snelheid van vertrouwen' en bewaken dat professionele of gemeentelijke agenda's het eigenaarschap niet overnemen. Zo blijft de intrinsieke waarde van gemeenschapsversterking overeind en wordt sociaal kapitaal versterkt: de bonding-, bridging- en linking-relaties die hulpbronnen door een buurt laten stromen. De casus illustreert hoe opbouwwerkers een onafhankelijke, faciliterende rol kunnen innemen tussen bewoners, verenigingen en instituties — een tegenwicht tegen instrumentalisering (Nurture Development, z.d.).

Bron: *Nurture Development (z.d.)* — https://www.nurturedevelopment.org/abcd-institute/

Timebanking · internationaal (VS/VK)

Timebanking, bedacht door Edgar Cahn, maakt wederkerigheid tot systeem: wie een uur helpt, verdient één tijdkrediet, ongeacht de aard van het werk, en kan dat later inwisselen voor hulp van een ander. Alle inzet is gelijkwaardig; iedereen is zowel gever als ontvanger. Als vorm van co-productie waardeert timebanking capaciteiten die de markt en het formele stelsel vaak negeren, en bouwt het horizontale, verbindende relaties — precies het sociaal kapitaal dat gemeenschappen draagt. Timebanks bestaan in tientallen landen en worden onder meer ingezet rond ouderen, jeugd en gezondheid. Quasi-experimenteel onderzoek laat zien dat timebanking vrijwilligerswerk onder ouderen stimuleert zonder ander vrijwilligerswerk te verdringen, en het wordt gekoppeld aan ‘active ageing’ (Timebanking UK, 2020).

Bron: *Timebanking UK (2020)* — https://timebanking.org/wp-content/uploads/2020/05/Improving-healthcare-through-participation.pdf

Wat het onderzoek laat zien

Kerninzicht: het asset- en waardegedreven paradigma heeft robuuste theorie en kwalitatieve steun, maar dun causaal bewijs — dit is de centrale bewijsparadox; bewaak de intrinsieke waarde en waak voor instrumentalisering.

Sociaal kapitaal — bonding, bridging en linking — is een goed onderbouwde route naar gezondheid, voortbouwend op Holt-Lunstad et al. (2010) en uitgewerkt door Van Pelt et al. (2024). Asset-Based Community Development kent een sterke theorie en overtuigende casuïstiek, maar beperkt kwantitatief en gecontroleerd bewijs (Kretzmann & McKnight, 1993; Van Pelt et al., 2024); critici wijzen op gefragmenteerde lokale strategie. Timebanking als co-productievorm heeft quasi-experimentele steun: het bevordert vrijwilligerswerk onder ouderen zonder ander vrijwilligerswerk te verdringen, met opkomend gezondheidsbewijs (Timebanking UK, 2020).

Rechtvaardigheid als toetssteen. Sociaal kapitaal is ongelijk verdeeld, en interventies die het versterken bereiken niet vanzelf wie het het hardst nodig heeft. Kölner (2024) laat zien dat veertig jaar preventiebeleid gezondheidsverschillen niet heeft verkleind: preventie bereikt vooral mensen die al over gezondheid, netwerk, opleiding en doenvermogen beschikken. De WRR wees er eerder op dat beleid het doenvermogen van burgers structureel overschat (WRR, 2017). Voor deze richting levert dat drie toetsvragen op: wie bereiken we en wie niet, bij wie komen de opbrengsten terecht, en worden verschillen kleiner of groter? Marmot spreekt van ‘proportioneel universalisme’: voorzieningen voor iedereen, met een intensiteit die meegroeit met de achterstand (Marmot et al., 2010). Bewoners zijn in die benadering niet alleen mede-uitvoerder, maar mede-eigenaar van de probleemdefinitie, de besluitvorming én de middelen.

De sociale basis als gemeenschappelijk goed. Het commons-denken van Ostrom (1990) laat zien dat gemeenschappen collectieve hulpbronnen duurzaam kunnen beheren wanneer eigenaarschap helder is, regels gezamenlijk worden gemaakt en er vertrouwen bestaat. Dat biedt een bruikbaar perspectief op bewonersinitiatieven en op de sociale basis zelf: niet als voorziening die voor bewoners wordt georganiseerd, maar als gemeenschappelijk goed dat zij mede beheren.

Vergrijzing in dit licht. Deze omkering geldt ook voor de vergrijzing zelf. Ouderen zijn in de praktijken uit dit dossier vooral producenten van zorg, niet ontvangers ervan, en vrijwillige inzet hangt samen met lagere sterfte — al is een deel daarvan selectie-effect en blijkt de motivatie doorslaggevend (Okun et al., 2013; Konrath et al., 2012). Omgekeerd is een beeld van ouderen als kwetsbare kostenpost zelf een gezondheidsrisico: leeftijdsdiscriminatie hangt in 96% van 422 studies samen met slechtere uitkomsten (WHO, 2021). Het programma Kaumātua Mana Motuhake laat de alternatieve route zien, met ouderen als dragers in plaats van doelgroep (Oetzel et al., 2024). Deel 7 werkt dit uit.

Reflectie: van ‘what’s wrong’ naar ‘what’s strong’
Hier raakt de paradigmaverschuiving de kern van dit dossier. Positieve Gezondheid en salutogenese verplaatsen het vertrekpunt van tekort naar veerkracht; inheemse modellen gaan een stap verder door het individu niet als eenheid te nemen. Whānau Ora in Aotearoa Nieuw-Zeeland stelt de whānau (uitgebreide familie) centraal, werkt vanuit aspiraties in plaats van tekorten en verankert ‘mana motuhake’: de gemeenschap definieert zelf haar vraagstukken en oplossingen (Te Puni Kōkiri, 2015). Navigators ondersteunen families bij hun eigen plan, over de kokers van zorg, onderwijs en werk heen.

Onderzoek naar whānau-gerichte initiatieven laat verbeteringen zien in welzijn, cultureel zelfvertrouwen en zelfbeschikking (Reweti, 2023). Twee kanttekeningen horen erbij: veel bewijs is kwalitatief en casusgebaseerd, en het model is geworteld in een specifieke cultuur en verdragsrelatie. Overnemen kan dus niet; leren wél — vooral de omkering van eigenaarschap en de collectieve eenheid van handelen.

> **Reflectievragen**
>
> **Opbouwwerker** Van wie, heb je het gevoel, is het initiatief waaraan je werkt: van de buurt, van de gemeente of van jou?
>
> **Organisatie** Welke ruimte is er om daar waar in onze opdrachten gemeenschapsversterking instrumenteel wordt, het als doel op zich te markeren?

Politiseren en positioneren (community organizing)



Wat deze richting behelst

Deze richting gaat over het opbouwen van collectieve kracht en het innemen van positie in het publieke debat. Ze vraagt om het agenderen van kwesties, het analyseren van belangen en machtsverhoudingen, en het vormen van coalities van onderop rond gedeeld belang. Politiseren betekent hier niet partijpolitiek bedrijven of de barricades opgaan, maar voorkomen dat onrecht genormaliseerd raakt — samen met bewoners, lokale, regionale en landelijke belangenbehartigers en sectororganisaties als de BPSW, Krachtproef en Sociaal Werk Nederland.

(Inter-)nationale praktijkvoorbeelden

Citizens UK · Verenigd Koninkrijk

Citizens UK is de grootste alliantie van ‘broad-based community organizing’ in het Verenigd Koninkrijk: ruim 600 lidorganisaties — scholen, geloofsgemeenschappen, vakbonden, buurtgroepen — bundelen via contributie hun kracht en betalen samen community organizers. Die trainen en verbinden leiders en helpen hen om relationele macht op te bouwen en aan tafel te komen bij besluitvormers. De bekendste overwinning is de Living Wage-campagne, die meer dan twee miljard pond extra loon opleverde en honderdduizenden mensen uit werkende armoede tilde; ruim 16.000 werkgevers accrediteerden zich. Andere resultaten: een wettelijke rentecap op leningen en het beëindigen van vreemdelingendetentie van kinderen. De casus toont hoe opbouwwerk zich politiek positioneert: niet alleen verbinden, maar georganiseerd tegenmacht opbouwen rond gedeeld belang (Citizens UK, z.d.).

Bron: *Citizens UK (z.d.)* — https://www.citizensuk.org/about-us/what-is-community-organising/

Industrial Areas Foundation · Verenigde Staten

De Industrial Areas Foundation, in 1940 opgericht door Saul Alinsky, is het oudste netwerk voor community organizing en de bakermat van de ‘broad-based’ traditie waaruit ook Citizens UK voortkomt. De organisatie bouwt ‘organisaties van organisaties’ rond geloofsgemeenschappen en civiele instituties, met als kernprincipes relationele macht, de ‘iron rule’ (doe nooit voor anderen wat ze zelf kunnen) en intensieve leiderschapsontwikkeling. Na Alinsky professionaliseerde Ed Chambers de rol van organizer, onder meer met een tiendaagse training, en herzag Ernesto Cortes het model tot duurzame, institutioneel gewortelde organisaties. Het netwerk werkt in meer dan 65 steden in de Verenigde Staten, Canada, het Verenigd Koninkrijk, Duitsland en Australië en boekte resultaten op betaalbare huisvesting, onderwijs, banen en leefbaar loon (Encyclopaedia Britannica, z.d.).

Bron: *Encyclopaedia Britannica (z.d.)* — https://www.britannica.com/topic/Industrial-Areas-Foundation

Participatief budget Porto Alegre · Brazilië

Porto Alegre voerde in 1989 het ‘orçamento participativo’ in: inwoners beslissen in wijkvergaderingen direct mee over een deel van de gemeentebegroting en de investeringsprioriteiten. Dat versterkte de stem van achtergestelde bewoners en verschoof middelen naar hun behoeften. Onderzoek laat zien dat Braziliaanse gemeenten mét participatief budget een groter deel van hun uitgaven naar gezondheid en sanitatie verplaatsten, met als gevolg een statistisch significante daling van de zuigelingensterfte. Ander onderzoek koppelt het aan sterk uitgebreide toegang tot schoon water en riolering. Het model inspireerde wereldwijd meer dan 1.500 navolgingen. De casus laat zien dat collectieve, politieke participatie niet alleen democratie versterkt, maar ook meetbaar de sociale determinanten van gezondheid verbetert (Gonçalves, 2014).

Bron: *Gonçalves (2014)* — https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0305750X13000156

Landelijke Actieagenda de Kracht van Samenlevingsopbouw · Nederland

Politiseren hoeft niet altijd de vorm van een campagne te hebben. De Actieagenda laat een tweede repertoire zien: positioneren via coalitievorming. Zij komt voort uit het strategisch opbouwwerkoverleg dat de BPSW in 2019 startte met een expliciet politieke inzet — het collectieve perspectief van het sociaal werk meer ruimte geven in het publieke debat en het opbouwwerk stevig positioneren. De coalitie bundelt beroepsvereniging (BPSW), branche (Sociaal Werk Nederland), kennisinstituut (Movisie) en het netwerk van opbouwwerkers (Krachtproef): daarmee spreekt de sector met één stem in plaats van vier (BPSW, z.d.).

Kenmerkend is de keuze van middelen. In plaats van te confronteren claimt de agenda legitimiteit langs de weg van het vakmanschap: het visiedocument *Laten we het eens over samenlevingsopbouw hebben* (2023), een landelijke leergang en minor, gedeelde leeruitkomsten, en in 2026 een geheel vernieuwd Expertiseprofiel Opbouwwerk — het eerste sinds 2010, mede mogelijk gemaakt door het ministerie van VWS (Movisie, 2026; Sociaal Werk Nederland, 2026a, 2026b). Beroepsstandaarden fungeren hier als politiek instrument: wie kan laten zien wat het vak is en wat het bijdraagt, verwerft een positie aan tafel.

Kanttekening: het effect op beleid en financiering is niet onafhankelijk geëvalueerd, en dit repertoire verschilt wezenlijk van dat van Citizens UK — het organiseert de beroepsgroep, niet de bewoners. Beide zijn nodig; ze vervangen elkaar niet.

Bron: *BPSW (z.d.); Movisie (2026)* — https://www.bpsw.nl/landelijke-actieagenda-de-kracht-van-samenlevingsopbouw/

Wat het onderzoek laat zien

Kerninzicht: collectief en politiek handelen kan de sociale determinanten van gezondheid én de verdeling van middelen meetbaar beïnvloeden; de effecten zijn het duurzaamst wanneer ze institutioneel zijn ingebed.

Community organizing kent goed gedocumenteerde, materiële resultaten: de Living Wage-campagne van Citizens UK leverde meer dan twee miljard pond extra loon op, met sterke leiderschapsontwikkeling; gecontroleerd gezondheidsbewijs is echter beperkt en vooral uitkomstdocumentatie (Citizens UK, z.d.). Participatief budgetteren biedt het hardste bewijs: quasi-experimenteel onderzoek laat zien dat Braziliaanse gemeenten met participatief budget meer naar gezondheid en sanitatie verschoven, met een significante daling van de zuigelingensterfte (Gonçalves, 2014). Effecten zijn het sterkst wanneer participatie institutioneel verankerd is.

Bestaanszekerheid als politieke kwestie. Veel gezondheidsproblemen wortelen in schulden, woononzekerheid, inkomensonzekerheid en een zwakke arbeidsmarktpositie. ‘Kiezen voor gezond is een luxe die is voorbehouden aan mensen die hun leven op orde hebben’ (Kölner, 2025). De maatschappelijke relevantie van het opbouwwerk zit daarom niet alleen in cohesie, maar ook in het versterken van het collectieve vermogen om deze vraagstukken te agenderen en te beïnvloeden.

Politiseren betekent hier: de vraag ‘voor wie werkt preventie?’ op tafel leggen en zichtbaar maken welke groepen buiten beeld blijven (Kölner, 2024; Örnek, 2026).

Reflectie: van tekort naar heelheid

Een paradigma verschuift zelden vanzelf; het verschuift wanneer machtsverhoudingen verschuiven. De ACCHO-sector in Australië ontstond in 1971 in Redfern niet uit beleid maar uit een beweging voor zelfbeschikking, als antwoord op racisme in reguliere zorg — en juist die zeggenschap blijkt de sector beter bestand te maken tegen managerialisme (Mackean et al., 2025). Dekolonisering van gezondheid is daarmee geen cultureel vernislaagje maar een machtsvraag: wie stelt de diagnose, wie beheert het budget, wiens kennis geldt?

Dat de strijd nog gaande is, blijkt uit de WHO-strategie: bij de aanname ervan waarschuwden Europese lidstaten voor onbewezen praktijken, terwijl inheemse organisaties juist bezwaar maakten tegen het privilegiëren van westerse wetenschappelijke maatstaven (Health Policy Watch, 2025). Voor opbouwwerkers is dit vertrouwd terrein: agenderen, coalities vormen en bewoners hun eigen gezondheidsdefinitie laten claimen — met het risico van polarisatie op de koop toe.

Reflectievragen

Opbouwwerker Welke kwestie in jouw wijk verdient het om geagendeerd te worden, en wie zijn je bondgenoten?

Organisatie Welke strategieën zouden onze inspanningen voor financiële en wettelijke erkenning van preventief welzijn kunnen versterken?

Handelingsrichting 6

Structureel verankeren en financieren



Wat deze richting behelst

Deze richting adresseert het hardnekkigste knelpunt: preventief welzijnswerk mist een structurele betaaltitel, terwijl het geld in de tweede lijn zit. Verankeren betekent bestaande geldstromen anders richten, afspraken vastleggen in beleid of wetgeving, en aansluiten bij de regionale werkagenda van het AZWA. Het vraagt bovendien lange adem: verankering werkt alleen als organisaties voorbij projectfinanciering durven te denken en volhouden.

Internationale praktijkvoorbeelden

Het Preston-model · Verenigd Koninkrijk

Preston koos na de crisis van 2008 en de bezuinigingen voor ‘community wealth building’: grote lokale ankerinstituties — gemeente, universiteit, woningcorporatie, politie — richtten hun inkoop bewust op de lokale economie, betaalden het leefbaar loon en investeerden in coöperaties. Het lokaal bestede deel steeg van 5,2% in 2013 naar 18,2% in 2016; de inkoop bij lokale leveranciers nam met tientallen miljoenen ponden toe en er bleven banen behouden. Belangrijk voor dit dossier: onderzoek rapporteert dat sociale en mentale-gezondheidsindicatoren in Preston sindsdien significant verbeterden. Het model laat zien hoe je de ‘voorkant’ structureel financiert door bestaande publieke geldstromen anders te richten — een concreet antwoord op het ontbreken van een betaaltitel (Centre for Public Impact, 2018).

Bron: *Centre for Public Impact (2018)* — https://centreforpublicimpact.org/resource-hub/the-preston-model-of-community-wealth-building-in-the-uk/

Well-being of Future Generations Act · Wales

Wales verankerde preventie wettelijk. De Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015 verplicht 44 publieke organisaties om zeven welzijnsdoelen na te streven via vijf werkwijzen: langetermijndenken, preventie, integratie, samenwerking en het betrekken van inwoners. Een Future Generations Commissioner houdt toezicht en vijftig nationale indicatoren meten voortgang. Zo krijgt de ‘beweging naar de voorkant’ een structureel, afdwingbaar kader dat over domeinen en kabinetsperioden heen reikt. Tegelijk is de casus leerzaam over de grens van wetgeving: een tienjaarsevaluatie concludeerde dat de wet de aandacht heeft vergroot maar nog niet de beoogde systeembrede verandering aanjaagt, en dat prioriteit voor preventie en zekerheid over financiering nodig zijn. Verankeren helpt, maar implementatie en geld blijven doorslaggevend (Welsh Government, 2015; Audit Wales, 2025).

Bron: *Welsh Government (2015); Audit Wales (2025)* — https://www.gov.wales/well-being-future-generations-act-essentials-html

Landelijke inbedding van social prescribing · Verenigd Koninkrijk (NHS)

Waar Bromley by Bow lokaal pionierde, is sociaal voorschrijven in Engeland uitgegroeid tot landelijk beleid: de NHS financiert ‘social prescribing link workers’ structureel binnen Primary Care Networks, en de National Academy for Social Prescribing fungeert als landelijke kennis- en aanjaaginfrastructuur. Zo krijgt de brug tussen huisarts en welzijn een vaste plek én bekostiging in het stelsel, in plaats van projectfinanciering. De casus is relevant omdat hij precies het knelpunt uit het seminar adresseert — de ontbrekende betaaltitel — door welzijnsinzet te koppelen aan de eerstelijnszorg en er een financieringsstroom en kwaliteitsinfrastructuur omheen te bouwen. Tegelijk blijft de discussie over voldoende, structurele middelen en over hard effectbewijs ook daar actueel, wat onderstreept dat verankeren een kwestie is van volhouden (National Academy for Social Prescribing, z.d.).

Bron: *National Academy for Social Prescribing (z.d.)* — https://socialprescribingacademy.org.uk/

Wat het onderzoek laat zien

Kerninzicht: verankering is noodzakelijk en effectvol, maar structurele bekostiging en implementatie zijn de bindende beperking — precies de spanning rond het AZWA en het financiële dal dat gemeenten vanaf 2028 wacht.

Structurele en financiële verankering kan uitkomsten verschuiven, maar implementatie en volhouden zijn de bottleneck. Community wealth building in Preston verhoogde de lokale besteding en behield banen, waarbij ook verbeterde sociale en mentale-gezondheidsindicatoren zijn gerapporteerd (Centre for Public Impact, 2018). Wettelijke verankering legt preventie en langetermijndenken vast (Welsh Government, 2015), maar een tienjaarsevaluatie concludeert dat de wet de aandacht vergrootte zonder al systeembrede verandering af te dwingen, en dringt aan op prioriteit voor preventie en zekerheid over financiering (Audit Wales, 2025). Landelijke inbedding van sociaal voorschrijven koppelt welzijnsinzet structureel aan de eerstelijn — een concreet antwoord op de ontbrekende betaaltitel (National Academy for Social Prescribing, z.d.).

Reflectie: De zorgtransitie vraagt om een systeeminterventie

Hier zit de scherpste systeemvraag: zolang geld stroomt via diagnose-behandelcombinaties, wordt betaald voor verrichtingen en niet voor gezondheid. Critici wijzen al jaren op de perverse prikkel tot productie, de administratieve last en het jaarlijkse ‘inkoopcircus’ tussen aanbieders en zorgverzekeraars, dat de status quo in stand houdt (Van den Heuvel, 2017; Zorgvisie, 2022). Alternatieven bestaan: prestatiebeloning, gebundelde betaling, shared savings en populatiebekostiging.

Internationaal is Gesundes Kinzigtal het bekendste voorbeeld: een regionale organisatie deelt met de ziekenfondsen in de besparingen die ontstaan als de bevolking gezonder wordt — winst boeken door minder zorg, niet meer. De tienjaarsevaluatie vond structurele besparingen zonder aantoonbare verslechtering van kwaliteit ten opzichte van vergelijkbare regio’s (Hildebrandt et al., 2010; Schubert et al., 2021). In Nederland experimenteerde ziekenhuis Bernhoven met populatiebekostiging: minder geleverde zorg bij gelijkblijvende toeloop. Tegelijk is nuchterheid geboden — Nederlands onderzoek naar alternatieve bekostiging vindt vooralsnog beperkte effecten op uitgaven en kwaliteit, al ervaren professionals meer ruimte (Cattel & Hendriks, 2024). Zie deel 7 voor de uitwerking.

> **Reflectievragen**
>
> **Opbouwwerker** Welke geldstroom raakt jouw werk, en wie beslist daarover?
>
> **Organisatie** Op welke manier kunnen we bij de regionale AZWA-tafel ons partnerschap versterken, en dat van leverancier loslaten?

Vakmanschap en professionalisering



Wat deze richting behelst

Deze richting stelt dat de kwaliteit van het werk staat of valt met goed toegeruste professionals. Ze vraagt om opleiding en een herkenbaar handelingsrepertoire met gedeelde taal, om structurele begeleiding via reflectie, coaching en intervisie, en om dragende structuren die praktijken verbinden. Vakmanschap is daarmee geen individuele kwestie maar een investering van organisaties en sector samen.

Internationale praktijkvoorbeelden

ABCD Institute — opleiden in asset-based werken · Verenigde Staten / internationaal

Naast een beweging is het ABCD Institute ook een opleidingsknooppunt: het traint docenten, opbouwwerkers en bewonersleiders wereldwijd in asset-based methoden — van ‘asset mapping’ tot het verbinden van verenigingen en instituties — en legt die kennis vast in een uitgebreide bibliotheek van publicaties. De onderliggende overtuiging is expliciet vakinhoudelijk: significante gemeenschapsontwikkeling ontstaat alléén als lokale mensen zichzelf en hun hulpbronnen investeren, en dat vraagt professionals die het werken met gemeenschappen echt beheersen. Voor de opbouwwerksector onderstreept deze casus dat vakmanschap geen vanzelfsprekendheid is maar wordt opgebouwd en overgedragen — en dat een herkenbaar handelingsrepertoire en gedeelde taal het beroep steviger positioneren (ABCD Institute, z.d.).

Bron: *ABCD Institute (z.d.)* — https://resources.depaul.edu/abcd-institute/

Broad-based organizer-training · Verenigde Staten / Verenigd Koninkrijk

De organizing-traditie heeft de professionalisering van het vak ver doorgevoerd. De Industrial Areas Foundation ontwikkelde een gestructureerde tiendaagse training en formele protocollen voor organizers; Citizens UK leidt via zijn Leadership Academy en organizer-opleidingen jaarlijks duizenden bewonersleiders en professionele organizers op in relationele vaardigheden: één-op-één-gesprekken, machtsanalyse, actie en onderhandelen. Het organizer-vak kent daarmee een eigen curriculum, ambachtelijke standaarden en een loopbaanpad. Voor het opbouwwerk is dit een spiegel: politiserend en verbindend werken laat zich léren en overdragen, mits er stevig in opleiding en begeleiding wordt geïnvesteerd. De casus koppelt vakmanschap direct aan slagkracht (Citizens UK, z.d.).

Bron: *Citizens UK (z.d.)* — https://www.citizensuk.org/about-us/what-is-community-organising/

Tamarack Institute · Canada

Het Tamarack Institute is een leernetwerk dat professionals en gemeenten opleidt in gemeenschapsverandering: collective impact, collaboratief leiderschap, community engagement, innovatie en evaluatie. Via cursussen, coaching en publicaties bouwt het aan het vakmanschap achter

grote initiatieven zoals Vibrant Communities en Cities Reducing Poverty. Belangrijk voor de bewijsvraag: de gedeelde fieldwide-evaluatie ‘When Collective Impact has an Impact’, over 25 initiatieven in de Verenigde Staten en Canada, laat zien dat collective impact daadwerkelijk systeem- en populatieverandering kan realiseren — mits aan condities is voldaan, zoals gedeelde meting, een ‘backbone’-organisatie en aandacht voor gelijkwaardigheid. De casus onderstreept dat niet alleen individuele opbouwwerkers, maar ook intermediaire, ondersteunende infrastructuren nodig zijn om impact te maken (Weaver, 2018).

Bron: Weaver (2018) — https://www.tamarackcommunity.ca/articles/when-collective-impact-has-an-impact-an-evaluation-of-the-practice

Programmalijn Versterken van Praktijken van Samenlevingsopbouw · Nederland

De programmalijn, waarbinnen dit dossier verschijnt, is zelf een voorbeeld van de dragende structuur die deze richting bepleit. Een consortium van zeven welzijnsorganisaties — Combiwel, ContourdeTwern, Dynamo, DOCK, Tintengroep, Wijkz, Versa Welzijn — werkt sinds 2025 samen met het lectoraat Youth Spot van de Hogeschool van Amsterdam aan vakontwikkeling, kennisontwikkeling, legitimering en positionering van het opbouwwerk vanuit de agenda van de opbouwwerkorganisaties zelf. Het is geen project met een einddatum, maar een doorlopende infrastructuur in de vorm van een Community of Practice.

De werkwijze verbindt de drie niveaus die in dit dossier terugkeren. Op praktijkniveau brengen themaseminars opbouwwerkers, onderzoekers en praktijkexperts samen — zoals onder andere over polarisatie, bestaanszekerheid, bewonersparticipatie en over de zorgtransitie. Een programmaredactie vertegenwoordigt de organisatie en de opbouwwerkers. Verslagen, kennisdossiers en trainingen brengen de kennisopbrengsten in de praktijk van het opbouwwerk. De directies van de deelnemende organisaties worden uitgenodigd tot reflectie op hoe die kennis ook kan doorwerken op strategisch en organisatieniveau. Op sectorniveau is de programmalijn partner in de landelijke Actieagenda Samenlevingsopbouw, en betrokken bij de ontwikkeling van het landelijke Expertiseprofiel Opbouwwerk, samen met de Werkplaatsen Sociaal Domein en docent-onderzoekers van NHL Stenden (Movisie, 2026), en biedt de HvA sinds 2025 een locatie voor de landelijke leergang samenlevingsopbouw.

Daarmee illustreert de programmalijn wat de evaluatie van collective impact als voorwaarde benoemt: een ‘backbone’-organisatie die partijen verbindt, kennis deelt en het lange werk volhoudt (Weaver, 2018). Kanttekening bij deze casus: zij is niet onafhankelijk geëvalueerd, en dit dossier is er zelf een product van — een positie die om terughoudendheid vraagt bij het claimen van effect.

Bron: *Movisie (2026), Expertiseprofiel Opbouwwerk* — https://www.movisie.nl/publicatie/expertiseprofiel-opbouwwerk

Beschermjassen · Nederland

Waar de internationale voorbeelden laten zien dat niet-westerse gezondheidsopvattingen een plek in het systeem kunnen krijgen, bestaat daarvoor in Nederland een uitgewerkte methodiek. Beschermjassen werd ontwikkeld door transcultureel systeemtherapeut Kitlyn Tjin A Djie, expliciet als antwoord op het lineaire, westerse en individualistische denken in de jeugdzorg. De term komt van *enveloppement* uit de Franse transculturele psychologie: mensen beschermen door hen in te bedden in hun eigen krachtbronnen. Bij ingrijpende overgangen — migratie, verlies, uithuisplaatsing — is niet losmaking maar juist omhulling met het vertrouwde wat veiligheid geeft (Tjin A Djie & Zwaan, 2023).

Voor vakmanschap is de methodiek om drie redenen leerzaam. Zij werkt met de familie en de generaties als eenheid in plaats van het individu, wat aansluit bij de collectieve mensbeelden die dit dossier bij Whānau Ora en de Aboriginal-organisaties beschrijft. Zij levert concreet instrumentarium — genogram, levenslijn, het delen van verhalen tussen generaties, en het Beschermjassenhuis waarin families en professionals samen werken. En zij begint bij de professional zelf: die brengt de eigen familie- en migratiegeschiedenis in beeld, omdat je de ‘vreemde ander’ pas kunt inbedden als je je eigen positie kent.

Daarmee raakt Beschermjassen ook handelingsrichting 1: reflexiviteit is hier geen houding maar een oefening. Wie de eigen positie kent, kan meervoudig partijdig werken zonder de normatieve opdracht uit het oog te verliezen.

De methodiek wordt overgedragen via trainingen, opleidingen en intervisie in zorg, onderwijs en welzijn, is toegepast in de opvanglocaties van het COA, en verscheen in 2021 ook in het Engels. Kanttekening: er is geen onafhankelijk effectonderzoek beschikbaar, en de auteurs schrijven zelf dat hun boek geen blauwdruk biedt en sterk verweven is met het persoonlijke verhaal van de grondlegger. De waarde ligt dan ook in het handelingsrepertoire en de reflectie die het losmaakt, niet in bewezen uitkomsten.

Bron: *Bureau Beschermjassen; Tjin A Djie & Zwaan (2023)* — https://www.beschermjassen.nl/

Wat het onderzoek laat zien
Kerninzicht: investering in vakmanschap en ondersteunende infrastructuur is een randvoorwaarde; een groot deel van de variatie in resultaten is te verklaren uit de kwaliteit en toerusting van de professionals.

Getrainde professionals én ondersteunende, intermediaire structuren zijn voorwaarden voor impact. De fieldwide-evaluatie ‘When Collective Impact has an Impact’ laat zien dat collective impact systeem- en populatieverandering kan realiseren, mits aan condities is voldaan: gedeelde meting, een ‘backbone’-organisatie en aandacht voor gelijkwaardigheid (Weaver, 2018). Sprinkhuizen (2024) stelt dat het sociaal domein een gedeelde kennisbasis en gemeenschappelijke strategie mist; investeren in professionalisering en één gezamenlijk verhaal is daarmee een voorwaarde, geen luxe (zie ook Van Pelt et al., 2024).

Reflectie: Dekolonisering van de zorg vraagt het vakmanschap van de opbouwwerker
Een ander paradigma vraagt openheid naar een ander soort professionaliteit. Cultureel veilige zorg vraagt niet alleen om de open blik van opbouwwerkers die respect hebben voor andere gezondheidsopvattingen, maar ook een uitnodigende houding naar mensen uit de gemeenschap zelf in het team. We hebben ervaring met de bijdrage van ervaringsdeskundigheid in de praktijk van het sociaal werk. In die ruimte past wat de ACCHO-sector doet: structureel investeren in een eigen inheemse beroepsgroep en het herinvesteren van alle inkomsten in lokale strategieën in plaats van winst (NACCHO, z.d.).

Ook Whānau Ora leidt navigators op die tussen leefwereld en systeem bewegen en tegelijk gezaghebbend zijn binnen hun eigen gemeenschap (Te Puni Kōkiri, 2015). Voor Nederlandse opbouwwerkorganisaties betekent dit tweeërlei: scholing in salutogeen en cultureel sensitief werken, én streven naar een personeelsbestand dat de wijk weerspiegelt. De WHO waarschuwt daarbij voor de valkuil van oppervlakkige inlijving: zonder zeggenschap en eerlijke verdeling van baten wordt andere kennis alsnog toegeëigend (Wong et al., 2025).

Reflectievragen
Opbouwwerker **In welke mate voel je je toegerust voor je opdrachten**? Wat wil je scherper krijgen?
Organisatie Weerspiegelt ons team de wijk, en investeren wij structureel in reflectie en scholing?

Overzicht per handelingsrichting



Casussen per handelingsrichting

Het onderstaande overzicht brengt alle in deel 5 beschreven casussen bij elkaar: per handelingsrichting de naam en herkomst, enkele kernwoorden en in één zin wat de casus laat zien.

Casussen per handelingsrichting

Naam · land — kernwoorden — wat de casus laat zien

1 Reflexief & meervoudig partijdig werken

Open Dialogue	FI/VK	netwerkgesprek, geen hiërarchie	Andere rolopvatting kan in een groot stelsel
Local Area Coordination	AU/VK	één coördinator, kracht i.p.v. tekort	Luisteren, vertrouwen en tijd verlagen zorggebruik
Reclaiming Social Work	VK	kleine units, systemische reflectie	Reflectie versterkt vakmanschap; opschalen kwetsbaar

2 Van verwijzen naar samenspel

Frome — Compassionate Comm.	VK	connectors, zorgplannen	14% minder ongeplande opnames dan elders
Nuka System of Care	VS (Alaska)	customer-owned, vaste teams	Eigenaarschap halveert spoedzorg
Bromley by Bow Centre	VK	huisarts + buurtcentrum onder één dak	Sociaal voorschrijven pakt oorzaken aan

3 Tellen én vertellen

The Wigan Deal	VK	asset-based, gemeenschapsfonds	Besparen én uitkomsten behouden
Most Significant Change	int.	verhalen selecteren met betrokkenen	Vangt niet-lineaire verandering; vult cijfers aan
Social prescribing — impact	VK	landelijke kennisinfrastructuur	Bewijs bundelen zonder te overclaimen

4 Intrinsieke waarde & sociaal kapitaal

ABCD Institute	VS	asset mapping, deficit-blik omkeren	Gemeenschap als mede-producent
Nurture Development	Europa	snelheid van vertrouwen	Eigenaarschap blijft bij bewoners
Timebanking	int. (VS/VK)	wederkerigheid, tijdkrediet	Co-productie bouwt sociaal kapitaal

5 Politiseren & positioneren

Citizens UK	VK	600 lidorganisaties, Living Wage	Tegenmacht levert materiële winst
Industrial Areas Foundation	VS	relationele macht, 'iron rule'	Organiseren is een vak met standaarden
Participatief budget	Brazilië	bewoners beslissen over begroting	Zeggenschap verlaagt zuigelingensterfte
Landelijke Actieagenda	NL	coalitie BPSW, SWN, Movisie	Beroepsstandaarden als politiek middel

6 Structureel verankeren & financieren

Preston-model	VK	ankerinstituties, lokale inkoop	Geldstromen anders richten werkt
Future Generations Act	Wales	preventie wettelijk verankerd	Wet vergroot aandacht, dwingt niets af
Social prescribing (NHS)	VK	link workers structureel bekostigd	Antwoord op de ontbrekende betaaltitel

7 Vakmanschap & professionalisering

ABCD Institute — opleiden	VS/int.	training, asset mapping	Vakmanschap wordt overgedragen
Organizer-training IAF/Citizens	VS/VK	curriculum, loopbaanpad	Politiserend werken laat zich leren
Tamarack Institute	Canada	collective impact, backbone	Dragende structuren zijn voorwaarde
Programmalijn (HvA/consortium)	NL	consortium + lectoraat, CoP	Backbone in de Nederlandse praktijk
Beschermjassen	NL	genogram, familie als eenheid	Cultureel sensitief werken begint bij jezelf

Deel 6 — Overkoepelende inzichten, paradoxen en spanningsvelden

In dit deel brengen we de opbrengsten van het themaseminar (delen 1 tot en met 4) en van het literatuur- en praktijkonderzoek (deel 5) samen. Wat opvalt, is dat de worstelingen die opbouwwerkers in hun eigen wijk ervaren geen lokale eigenaardigheden zijn. Ze keren terug in andere regio's, in andere landen en in het onderzoek. Dat maakt de weerbarstige praktijk van de zorgtransitie tot een gedeelde uitdaging. Het gaat niet om professionals of organisaties die het 'nog niet goed genoeg' doen, maar om patronen die voortkomen uit de manier waarop stelsels, geldstromen en kennisregimes zijn ingericht. Een gedeelde uitdaging vraagt naast een lokaal gewortelde aanpak mogelijk ook om een collectieve strategie.

Inzichten en paradoxen

De bewijsparadox. De richtingen delen een terugkerend patroon: sterke theorie en veel kwalitatief bewijs, maar een dunne kwantitatieve, gecontroleerde basis (Van Pelt et al., 2024). Dat is deels inherent aan het object — emergente, niet-lineaire verandering laat zich moeilijk causaal toeschrijven (Naylor & Wellings, 2019).

Contextafhankelijkheid. 'Wat werkt' varieert sterk per context; werkzame mechanismen — relatie, vertrouwen, tijd, eigenaarschap — zijn overdraagbaar, kant-en-klare recepten niet (Van Pelt et al., 2024; Community Catalysts, z.d.).

De instrumentaliseringsvalkuil. Juist omdat de zorgtransitie om bewijs vraagt, dreigt het gevaar dat gemeenschapsversterking louter middel wordt. Meerdere bronnen bepleiten het benutten van bestaand bewijs én het bewaken van de intrinsieke waarde en onafhankelijke positie (Gradener et al., 2023; Sprinkhuizen, 2024).

De partnerparadox. De zorgtransitie vraagt om domeinoverstijgende samenwerking, maar samenwerking is niet automatisch gelijkwaardig. Eén domein kan de probleemdefinitie, indicatoren en het tempo bepalen, terwijl het andere vooral wordt gevraagd om mee te bewegen. Voor het opbouwwerk is daarom de vraag niet alleen óf het aan tafel zit, maar of het invloed heeft op de probleemdefinitie, prioritering, werkwijze én middelen. "Partner, niet leverancier" is daarmee een governancevraag. In de praktijk klinkt bovendien het signaal dat welzijnsorganisaties aan regionale tafels soms vooral worden ervaren als vragers om financiering, niet als partners met een eigen inbreng. Partnerschap moet dus niet alleen worden geëist, maar ook worden waargemaakt en georganiseerd.

De machtsvraag onder de inhoud. Wie formuleert het probleem? Wie bepaalt de oplossing? Wie beheert het budget? Wie profiteert van de opbrengsten? En wie bepaalt welke kennis als bewijs telt? De lijn uit deel 7 — wie het budget beheert, bepaalt mede wat als gezondheid telt — verdient daarmee een centrale plek in de analyse. De zorgtransitie is niet alleen een organisatievraagstuk, maar ook een democratisch en rechtvaardigheidsvraagstuk: een herschikking van invloed, geld en zeggenschap (CSDH, 2008; Kölner, 2024).

Financiering en duurzaamheid. De hardste, meest terugkerende beperking is niet het bewijs maar de bekostiging: zonder structurele middelen en een betaaltitel verschraalt de sociale basis (Audit Wales, 2025; Sociaal Werk Nederland, 2025). In de huidige AZWA-fase is die spanning scherper geworden: de middelen zijn bescheiden en grotendeels tijdelijk, en gemeenten zien vanaf 2028 opnieuw een structureel financieel gat tegemoet (Blankesteijn & Ter Hedde, 2025).

De rechtvaardigheidsparadox. Preventie die vooral wie al sterk staat bereikt, vergroot gezondheidsverschillen in plaats van ze te verkleinen (Kölner, 2024; Marmot et al., 2010). De zorgtransitie kan dus slagen op gemiddelden en tegelijk falen voor wie het meest kwetsbaar is. Een gezondere

samenleving als geheel — de hoofdclaim van dit dossier — vraagt daarom om rechtvaardigheid als toetssteen.

Onderliggende vraag: wie bepaalt wat gezondheid is?

De belangrijkste paradoxen — de bewijsparadox, de instrumentaliseringsvalkuil, de partnerparadox en de machtsvraag — zijn uiteindelijk terug te voeren op de vraag: *wie bepaalt wat gezondheid is*? De gezondheidslogica en de welzijnslogica geven daarop verschillende antwoorden. De gezondheidslogica vertrekt vaak vanuit meetbaarheid, risico's en individueel gedrag; de welzijnslogica vanuit relaties, omstandigheden, gemeenschappen en rechtvaardigheid (Kölner, 2025). Wie de definitie bepaalt, bepaalt ook wat als bewijs telt, welke uitkomsten worden bekostigd en wie als partner of als leverancier aan tafel zit. Zo gezien gaat dit dossier niet alleen over de zorgtransitie, maar over de vraag hoe gezondheid in een samenleving ontstaat, en over de samenlevingstransitie die daarvoor nodig is (Örnek, 2026).

Van lokale worsteling naar collectieve strategie

Dat heeft een praktische consequentie. Waar de paradoxen in het stelsel wortelen, zijn ze niet door een opbouwwerker, organisatie of gemeente op te lossen. Lokaal gewortelde praktijken blijven de basis: daar ontstaan vertrouwen, verhalen en bewijs. Maar om de probleemdefinitie, de indicatoren en de geldstromen te beïnvloeden, is een collectieve strategie nodig: tussen organisaties in een regio, en landelijk via de beroepsvereniging, de branche en de kennisinstituten. De delen 7 en 8 werken dat uit, het eerste vanuit de historische opdracht van het vak, het tweede als voorzet voor een strategische agenda.

Deel 7 — Persoonlijke slotbeschouwing: wat het opbouwwerk toevoegt aan de kwaliteit van de samenleving. Door: Jeroen Gradener

We kunnen het opbouwwerk op twee manieren in de zorgtransitie positioneren. Allereerst als een *efficiencyoperatie*: het water staat de zorg aan de lippen, er is nood aan dezelfde zorg die toeneemt, alleen goedkoper georganiseerd. Het sociaal domein is een goedkoop voorportaal. Of we positioneren het als een ‘upgrade’ van de kwaliteit van samenleven en van de samenleving. Dat laatste vraagt om een andere invulling van wat gezondheid ís, wie het definieert en wie het beheert en hoe het geld stroomt. In die tweede lezing is het opbouwwerk geen sluitpost maar een *sociale vernieuwingsstrategie* op het vlak van gezondheid — en in deze slotbeschouwing verken ik wat het toevoegt.

Ik doe dat vanuit een historisch perspectief en met vier vragen. Hoe heeft het opbouwwerk in het verleden bijgedragen aan de kwaliteit van het samenleven en van de samenleving? Waarom werkte dat, en hoe? Waarom is dat nu nog steeds relevant? En wat betekent dat voor de manier waarop de zorgtransitie kan worden benaderd? Mijn doel is argumenten aan te reiken die de positionering van het opbouwwerk in de zorgtransitie kunnen versterken, zonder de ongemakkelijke vraag te ontlopen waarom die positie vandaag zo zwak is.

Hoe het opbouwwerk bijdroeg aan de kwaliteit van het samenleven

Het opbouwwerk heeft in Nederland een geschiedenis van ruim een eeuw. Het wortelt in het buurthuiswerk en de settlements van het begin van de twintigste eeuw, waar mensen elkaar leerden kennen en samen hun leefomstandigheden verbeterden. In de wederopbouw en de verzorgingsstaat werd het een erkende professie die bewoners hielp zich te organiseren rond wonen, voorzieningen en emancipatie. In de stadsvernieuwing van de jaren zeventig en tachtig organiseerden opbouwwerkers bewoners om mee te beslissen over hun eigen wijk: ‘bouwen voor de buurt’. Daarna volgden de verzakelijking, de sociale vernieuwing, het grotestedenbeleid, de Wmo en de decentralisaties, waarin het vak steeds opnieuw moest schakelen tussen de logica van bewoners en die van overheden (Gradener & Spierts, 2025).

Waarom werkte dat? Kenmerkend in al die perioden is het cultiveren van twee collectieve vermogens: solidariteit en agency, waarbij agency staat voor het vermogen van mensen om hun eigen wereld te ordenen (Bhattacharyya, 2004; Sennett, 2012). Die twee vormen tot op vandaag de gemene deler van uiteenlopende tradities in community development (Kaulingfreks & Matthijsen, 2024). Het werkte omdat het vak aansloot bij wat mensen zelf belangrijk vonden, omdat het dicht bij het dagelijks leven aanwezig was, en omdat het individuele zorgen verbond met collectieve kwesties en die kwesties vervolgens agendeerde bij wie erover besliste. Hoe het werkte, laat zich samenvatten in een eenvoudige beweging: van ontmoeting naar vertrouwen, van vertrouwen naar gezamenlijk handelen, en van gezamenlijk handelen naar invloed. Het is hetzelfde patroon dat Katinka Boot in het seminar beschreef (Boot, 2026).

Waarom dat nu nog relevant is, en waarom dat toch niet vanzelf spreekt

Het ligt voor de hand te concluderen dat het opbouwwerk voor de zorgtransitie geen nieuwe propositie hoeft te bedenken. Het werkt al meer dan een eeuw zo. Die conclusie is te gemakkelijk. Als het opbouwwerk zo’n belangrijke bijdrage levert aan een gezondere samenleving, is de vraag gerechtvaardigd waarom we nu een zorgtransitie nodig hebben. Het eerlijke antwoord is dat de inzet van het vak in veel gemeenten is wegbezuinigd, dat het welzijnswerk de afgelopen decennia is gemarginaliseerd, en dat zorgorganisaties en zorgverzekeraars deze inzet nauwelijks kennen. Sociaal werk wordt aan veel tafels niet altijd vanzelfsprekend als serieuze gesprekspartner gezien. Alleen het

besef dat de oplopende zorgvraag wel eens een symptoom zou kunnen zijn van een verschraalde sociale basis, vraagt echt om boter bij de vis: forse investeringen en continuïteit.

Ook al kan de kern van de propositie overeind blijven, zij vraagt om herarticulatie binnen nieuwe sociale urgenties: in een taal die zorgpartijen begrijpen, met bewijs dat zij serieus nemen, en vanuit een positie die het vak zelf inneemt in plaats van krijgt toegewezen. Dat het vak zich onder druk overeind kan houden, is geen theorie maar geschiedenis. In de jaren negentig — het decennium van verzakelijking, managementlagen en bedrijfsmatig werken — overleefde het opbouwwerk de neoliberale omvorming van de verzorgingsstaat door te blijven schakelen tussen de logica van bewoners en die van een overheid die in projecten en kwantificeerbare targets denkt (Gradener & Spierts, 2025). Diezelfde twee logica's botsen nu opnieuw, in de bekostiging van de zorgtransitie. De overlevingskunst van toen is geen nostalgie, maar het repertoire waarmee het vak zich vandaag kan verhouden tot een financieringslogica die het niet zelf heeft bedacht.

Zeggenschap als scharnier: solidariteit en agency

Wetenschappelijk is de propositie inmiddels stevig onderbouwd. Whitehead en collega's (2016) identificeerden bijvoorbeeld 'control over destiny' — zeggenschap over de eigen levensomstandigheden en leefomgeving, als fundamentele sociale determinant van gezondheid, zowel op micro (persoonlijk), meso (gemeenschap) als macro (maatschappelijk): precies het register waarin het opbouwwerk zich samen met bewoners beweegt (Van Pelt et al., 2024).

Het belang van dit register is dwingend. Een systematische review van hoogwaardige longitudinale studies laat zien dat een lagere sociale positie samengaat met minder controlebeleving én meer hartziekte, angst en depressie. De mate waarin die controle beleefd wordt, verklaart een deel van dat verband (Orton et al., 2019). Het betreft weliswaar maar zes studies, maar de richting van het bewijs is consistent met het pleidooi van een WHO-commissie voor sociale determinanten. Gezondheidsverschillen vragen niet alleen om betere leefomstandigheden, maar ook om een andere verdeling van macht, geld en middelen (CSDH, 2008).

In deze studies zit dus een claim die het opbouwwerk aan de gesprekstafels zeker mag maken. Het blijkt namelijk dat er twee zeggenschapsroutes zijn naar een betere gezondheid: *ervaren* zeggenschap, ofwel het gevoel greep te hebben op het leven, en *daadwerkelijke* zeggenschap. Over die eerste route is sterk bewijs; de tweede route is minder systematisch onderzocht. Wel haalden we al eerder het onderzoek aan waarbij Braziliaanse gemeenten met participatief budgetteren middelen verschoven naar gezondheid en sanitatie. Dat leidde tot een significante daling van de zuigelingensterfte (Gonçalves, 2014). (Mogelijk ligt hier ook een punt voor een onderzoeksagenda, waarmee de sector zich als kennispartner kan positioneren in plaats van als uitvoerder).

Kortom. Solidariteit en agency zijn geen alternatief voor de gezondheidsagenda; het zijn dezelfde determinanten, benoemd in het vocabulaire van het sociaal werk. Agency *is* control over destiny. Wie die historisch sterke kaart inzet — onderbouwd met bewijs dat varieert van plausibel tot causaal — verandert de opdracht van de zorgtransitie. Niet langer een tekort opvangen, maar twee voorwaardelijke factoren van sociale kwaliteit versterken: cohesie en empowerment. Gezondheidswinst is daarvan het gevolg, niet het doel. Zo wordt de zorgtransitie een upgrade van het samenleven én van de samenleving.

Van gezondheid naar rechtvaardigheid. Ik wil nog een stap verder gaan. De redenering 'meer zeggenschap leidt tot betere gezondheid' klopt, maar is te smal. Rechtvaardigere maatschappelijke verhoudingen leiden tot meer gezondheid; gezondheid is dan het resultaat van rechtvaardigheid, bestaanszekerheid en sociale omstandigheden (Kölner, 2024; Marmot et al., 2010). Dat levert een andere redeneerketen op dan de gangbare: niet *preventie → minder zorggebruik*, maar *sociale kwaliteit → rechtvaardige preventie → gezondheid*. De capabilitybenadering van Sen en Nussbaum geeft daarbij de toetsvraag: zijn mensen daadwerkelijk in staat het leven te leiden dat zij waardevol vinden? Dat is iets anders dan de vraag of zij toegang hebben tot voorzieningen (Sen, 1999; Nussbaum, 2011).

Sociale kwaliteit als kader

Hiertoe kan een begrip bruikbaar zijn op de plekken waar wordt overlegd en besloten: de sociale-kwaliteitstheorie van Beck, Van der Maesen en Walker. Sociale kwaliteit is volgens hen de mate waarin mensen kunnen deelnemen aan het sociale, economische en culturele leven van hun gemeenschap, onder condities die hun welzijn en ontplooiing bevorderen. De theorie onderscheidt vier voorwaardelijke factoren: **sociaal-economische zekerheid** (beschikking over middelen), **sociale cohesie** (gedeelde normen en solidariteit), **sociale inclusie** (toegang tot instituties en relaties) en **sociale empowerment** (de mate waarin structuren het handelingsvermogen van mensen vergroten) (Beck et al., 1998; Van der Maesen & Walker, 2012).

Het kader is hier om drie redenen behulpzaam. Ten eerste is het ooit expliciet ontwikkeld als antwoord op een tekort in het denken over sociale determinanten. Dat sociale determinantenmodel benoemt wel dat ‘het sociale’ ertoe doet, maar mist een theorie over wat het sociale is en hoe het werkt. Sociale kwaliteit brengt dat in kaart (Ward et al., 2011). Voor het opbouwwerk kan het de uitvoering onder de gezondheidsagenda expliciteren. Ten tweede kan het laten zien dat die bijdrage breder is dan gezondheidswinst alleen. Een flat, een portiek, een straat of een buurt met meer cohesie, sociale inclusie en zeggenschap is niet alleen een goedkopere buurt op de zorgbegroting, de mensen leven er gewoonweg beter. Ten derde: de theorie van sociale kwaliteit is een van de overkoepelende theoretische benaderingen in de opleiding van toekomstige sociaal werkers (Landelijk Opleidingsdocument Social Work, 2025), het geeft dus ook taal aan de sociaal werkers in de zorgtransitie.

Ik stel voor het kader op één punt aan te vullen, met **democratische kwaliteit**: niet alleen kunnen deelnemen, maar ook kunnen meebeslissen over de probleemdefinitie, de aanpak en de middelen. Empowerment raakt daar al aan, maar het dossier laat zien hoe vaak de vraag naar invloed, eigenaarschap en zeggenschap terugkeert: in participatief budgetteren, in community organizing, in de inheemse modellen en in het pleidooi voor rechtvaardige preventie. Sociale kwaliteit is bovendien verwant aan brede welvaart, dat gezondheid, bestaanszekerheid, sociale relaties, leefomgeving en participatie samen neemt en via de Monitor Brede Welvaart een vaste plek in het publieke debat heeft (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2026). Wie de bijdrage van het opbouwwerk in die taal uitdrukt, stapt uit de tegenstelling tussen zorg en welzijn en stelt de vraag welke publieke waarde samen wordt gecreëerd (Moore, 1995).

Interessant is dat deze vier factoren van sociale kwaliteit resoneren met voor het opbouwwerk kenmerkende praktijken. Hieronder schetsen we enkele onderdelen van een mogelijke werkagenda. De verschuiving van pathogenese naar salutogenese die vooral cohesie en inclusie raakt; het benutten van niet-westerse kennis en zeggenschap raakt aan empowerment; het bekostigingsregime raakt aan sociaal-economische zekerheid; en de herwaardering van ouderen raakt aan alle vier de bouwstenen van sociale kwaliteit van het samenleven.

Van pathogenese naar salutogenese

We benoemden het al: het dominante westerse gezondheidsdiscours is ‘pathogeen’. De medische wetenschap vraagt waarom mensen ziek worden en wat er aan hen ontbreekt. De socioloog Antonovsky (1987) stelde daar de *salutogenese* tegenover — wat houdt mensen gezond, ook onder druk? Zijn kernbegrip, het ‘sense of coherence’, blijkt in systematisch reviewonderzoek samen te hangen met betere ervaren en mentale gezondheid, al is het verband met fysieke gezondheid zwakker dan hij voorspelde (Eriksson & Lindström, 2006). In Nederland is deze omslag herkenbaar in Positieve Gezondheid, het model dat Katinka Boot in het themaseminar aanhaalde om opbrengsten zichtbaar te maken (Boot, 2026). Voor het opbouwwerk is de winst dubbel. Inhoudelijke winst is dat gemeenschapsversterking geen ‘zachte’ randvoorwaarde is, maar mensen ondersteunt om ‘op verhaal te komen’: betekenis, grip en begrip vergroot — bronnen van gezondheid zelf. Strategisch is de winst dat het een taal geeft die recht doet aan het opbouwwerk te midden van de tekortenlogica van indicaties en diagnoses, zonder het belang van zorg te diskwalificeren.

Niet-westerse kennis en praktijken: heelheid en zeggenschap

We verkenden in deel 5 wat het benutten van inheemse gezondheidsmodellen kan bieden, zeker waar opbouwwerkers werken in cultureel heterogene buurten. Het is meer dan *couleur locale*. Veel opbouwwerkers zullen patronen herkennen waar we de Whānau Ora praktijk verkenden, die vertrekt vanuit de uitgebreide familie in plaats van het individu. Het werkt vanuit aspiraties en verankert zelfbeschikking (Te Puni Kōkiri, 2015; Reweti, 2023). De Aboriginal Community Controlled Health Organisations combineren holistische zorg met gemeenschapsbestuur en pakken expliciet de sociale determinanten aan (Pearson et al., 2020). Het Nuka System of Care maakte de gemeenschap juridisch eigenaar van het zorgsysteem (NIST, z.d.). Wat deze praktijken delen is niet een exotische methode, maar een verschoven *eigenaarschap*: de gemeenschap definieert gezondheid, bestuurt de voorziening en beheert het geld. De WHO erkent de waarde van dat eigenaarschap in haar Global Traditional Medicine Strategy 2025–2034 en kiest voor *onderbouwde integratie in gezondheidssystemen* (WHO, 2025). Belangrijke kanttekeningen zijn wel op hun plaats: gangbare onderzoeksmethoden doen niet altijd recht aan deze praktijken, wat overdraagbaarheid bemoeilijkt (Wong et al., 2025). Ten tweede is er het risico van culturele toe-eigening: het overnemen van kennis zonder erkenning van zeggenschap of eerlijke verdeling van de baten. Inheemse organisaties waren hier terecht heel kritisch op (Health Policy Watch, 2025). Het aanhalen van deze voorbeelden is geen pleidooi voor het overnemen van wat gemeenschappen op andere plekken van de wereld doen. Het nodigt uit tot een perspectief, en erkent de waarde van praktijken die beginnen bij de gezondheidsopvattingen die in de buurt al leven, en mensen er zeggenschap over geven.

Wat betekent dit concreet in een Nederlandse wijk? Niet dat we Whānau Ora of het Nuka-model importeren. Wel dat we de drie werkzame principes herkennen en toepassen. Ten eerste: neem de gemeenschap, niet het individu, als eenheid van handelen — precies wat Beschermjassen doet door met families en generaties te werken en de professional de eigen migratie- en familiegeschiedenis te laten onderzoeken (Tjin A Djie & Zwaan, 2023). Ten tweede: erken de gezondheidsopvattingen die in de buurt al leven als kennis, niet als achterstand; ervaringsdeskundigheid heeft die weg in het sociaal werk al gebaand. Ten derde, en dat is de moeilijkste: geef er ook zeggenschap bij. Een sleutelpersoon uitnodigen is iets anders dan meebeslissen over de agenda en het budget. Het verschil tussen inspiratie en toe-eigening zit precies daar.

Het bekostigingsregime doorbreken: voorbij de DBC en de inkooprelatie

Een van de hardnekkigste drempels in de zorgtransitie lijkt de bekostigingslogica. Zolang zorg wordt afgerekend per diagnose-behandelcombinatie, betaalt het stelsel voor *verrichtingen* en niet voor gezondheid. John McKnight zei al in de jaren tachtig dat we het woord zorg in gezondheidszorg het beste kunnen vervangen door management. Met — cynisch gedacht — als gevolg dat elke euro die het opbouwwerk bespaart een euro omzetverlies is voor de zorg. Deze productieprikkels met hun administratieve last en de jaarlijkse contracteerdrama's houden de status quo in stand. Zorgverzekeraars moeten betalen voor geleverde zorg terwijl elk vernieuwend project apart gefinancierd moet worden (Van den Heuvel, 2017; Zorgvisie, 2022). Dit is de systeemdrempel uit het seminar: het ontbreken van een betaaltitel voor preventief welzijn is geen omissie, maar een logisch gevolg van hoe het stelsel is ontworpen.

We portretteerden in dit kennisdossier vier alternatieven: prestatiebeloning, gebundelde betaling, shared savings en populatiebekostiging (Cattel & Hendriks, 2024). Drie routes lijken kansrijk voor het opbouwwerk:

'Shared savings' aangaan met een regionale partij. Gesundes Kinzigtal laat zien hoe het kan: een regionale organisatie deelt met de ziekenfondsen in de besparingen die ontstaan als de bevolking gezonder wordt. De tienjaarsevaluatie vond blijvende besparingen zonder aantoonbaar kwaliteitsverlies ten opzichte van vergelijkbare regio's (Hildebrandt et al., 2010; Schubert et al., 2021). Dat keert de prikkel om: gezondheidswinst wordt lonend.

Populatiebekostiging in de regio. Ziekenhuis Bernhoven werkte met een vast regiobudget; de hoeveelheid geleverde zorg nam af zonder dat de toeloop wegliep (Van den Heuvel, 2017). De AZWA-werkagenda en regiobeelden bieden hiervoor een aanknopingspunt. Hiervoor is het van belang dat het sociaal domein aan tafel zit als partner, niet als leverancier.

Zeggenschap als bekostigingsvraag. De Nuka-praktijk en de ACCHO-sector laten zien dat de scherpste doorbraak niet in de rekenformule zit, maar in het *eigenaarschap*. Wie het budget beheert, bepaalt wat gezondheid is. Herinvestering in de gemeenschap in plaats van winstafdracht is daarbij het kenmerkende verschil (NACCHO, z.d.; NIST, z.d.).

Nuchterheid is wel op zijn plaats, zolang de bekostiging onderdeel van een chronische bezuinigingsopdracht is, en de zorgverzekeringsmaatschappijen de financiële kraan bedienen. Vooralsnog laat Nederlands onderzoek naar alternatieve bekostiging ook slechts beperkte effecten zien op uitgaven en kwaliteit. Maar wat professionals wél rapporteren is meer ruimte om het werk naar eigen inzicht in te richten, en het onderzoek staat nog aan het begin (Cattel & Hendriks, 2024). De les is dus niet dat één model de oplossing is, maar dat de bekostigingsvraag een politieke is en dus geagendeerd moet worden — precies de handelingsrichtingen 5 en 6.

Vergrijzing herzien: ouderen als bron van gemeenschapswijsheid

Last but not least. Dit dossier opent met vergrijzing als tekortenverhaal. Het is de kapstok waaraan de zorgtransitie hangt: meer mensen die zorg nodig hebben, en te weinig handen. Vergrijzing koppelt ouder worden aan een last voor de samenleving. Ook al klopt dit verhaal als we binnen de huidige zorgsystematiek denken, het is onderdeel van een vorm van sociale stigmatisering die we ‘ageism’ noemen, en het is bovendien maar een deel van het verhaal. Het is vaak het opbouwwerk dat het andere deel van het verhaal vertelt. Wie de salutogene blik serieus neemt, moet ook de vergrijzing zelf durven kantelen: van een financieel en operationeel gezondheidsprobleem naar bron van gemeenschapswijsheid. We zijn ouderdom als aftakeling gaan beschouwen naarmate de medische technologie onze levens kon verlengen. In dit dossier komen ouderen juist in beeld als *producenten* van zorg in plaats van als *ontvangers* van zorg. De koffiegroep die uitgroeide tot een vriendinnengroep, de buurtmobiel, de buren die elkaar praktisch verzorgen (Boot, 2026).

En er is meer bewijs. Een meta-analyse van veertien studies onder 55-plussers vond dat vrijwilligerswerk samenhangt met 47% lagere sterfte; na correctie voor gezondheid en andere factoren blijft daar 24% van over (Okun et al., 2013). (Het verschil tussen beide cijfers is een ‘selectie-effect’: gezondere mensen doen nu eenmaal eerder vrijwilligerswerk.) Ander, quasi-experimenteel onderzoek waarin partners binnen hetzelfde huishouden worden vergeleken, maakt echter een direct effect plausibel (O’Reilly et al., 2017). Motivatie is belangrijk: wie zich inzet voor een ander heeft een lager sterfterisico, en wie het vooral voor zichzelf doet heeft dat niet (Konrath et al., 2012). Het gaat dus niet om wat je bijdraagt, maar vanuit welke *intentie*.

De keerzijde ervan — de impact van ageism — is even goed onderbouwd. Het WHO-rapport over leeftijdsdiscriminatie bundelt 422 studies uit 45 landen: in 96% van de gevallen hangt ageism samen met slechtere uitkomsten, en het effect is het sterkst wanneer ouderen de stereotypen over zichzelf hebben geïnternaliseerd (WHO, 2021). Een beeld van ouderen als kwetsbare kostenpost is daarmee dus niet neutraal: *het maakt letterlijk ziek.* Intergenerationeel contact behoort volgens hetzelfde rapport tot de meest effectieve tegenmaatregelen, en dat is bij uitstek het domein van het opbouwwerk.

Wat een verschoven blik oplevert, laat het programma *Kaumātua Mana Motuhake* in Aotearoa Nieuw-Zeeland zien. Daar begeleiden ouderen elkaar volgens het tuakana-teina-model (‘oudere broer, jongere broer’): kaumātua met ervaring ondersteunen leeftijdsgenoten bij levensovergangen en de weg naar voorzieningen. Van de 113 deelnemers rondden er 86 het programma af; de metingen lieten verbeteringen zien in ervaren gezondheid, tevredenheid met het leven en praktische zaken als rondkomen

en huisvesting, en de kosteneffectiviteit bleef onder de gangbare drempel. Opvallend is dat ook de begeleiders zelf wonnen: meer zingeving en sterkere culturele identiteit (Oetzel et al., 2024). De ouderen zijn hier niet *de doelgroep* van een interventie, maar de *dragers* ervan.

Belangrijk zijn wel de volgende twee kanttekeningen. Ook ‘de wijze oudere’ kan een rolverwachting zijn, en niet iedereen wil of voelt zich geroepen die bron van gemeenschapswijsheid te zijn. Wie ziek, uitgeput, arm of eenzaam is, vraagt om liefde en toewijding, niet nog een opdracht. En ten tweede moeten we waken voor de zoveelste afwenteling van een collectieve opgave op de schouders van mensen die daar niet om hebben gevraagd. ‘Ze hebben elkaar toch’ is de instrumentaliseringsval in een menslievend jasje. De inheemse modellen laten zien wat het verschil maakt: daar hoort bij de status van ouderen ook *zeggenschap over besluiten en middelen*. Neem je de waardering over zonder de zeggenschap, dan hou je goedkoop sentiment over, een toe-eigening in eigen land, waarvoor we hierboven al waarschuwden.

Wat dit betekent voor de benadering van de zorgtransitie

Wat betekent dit voor de manier waarop de zorgtransitie kan worden benaderd? Ik zie vier consequenties. Ten eerste: benader de zorgtransitie niet als efficiencyoperatie, maar als samenlevingstransitie. Gezondheid ontstaat in buurten, gezinnen, scholen en werkplekken; de vraag is niet alleen hoe we de zorg overeind houden, maar hoe we een samenleving bouwen waarin minder mensen zorg nodig hebben (Örnek, 2026). Ten tweede: maak de omslag van pathogenese naar salutogenese, naar gezondheid in de taal van heelheid en bronnen. Dat is geen semantische truc; het bepaalt waar gezondheid gevonden wordt. Ten derde: erken de gezondheidsopvattingen die in de wijk leven als kennis, en geef de mensen om wie het gaat zeggenschap, over de agenda én over de middelen. Ten vierde: toets de transitie op rechtvaardigheid. Bereikt zij wie het meest kwetsbaar is, versterkt zij bestaanszekerheid, en worden verschillen kleiner?

Voor het opbouwwerk zelf ligt hier een uitnodiging tot zelfbewustzijn. Het vak maakt al decennialang mensen tot lot- en deelgenoten in hun eigen leefomgeving, met oog voor de bredere maatschappelijke context. Die gezondheidswinst is nooit ergens (in)gecalculeerd, maar de mechanismen erachter zijn goed onderbouwd. Tegelijk vraagt de marginalisering van de afgelopen decennia om meer dan zelfvertrouwen: om een herkenbaar verhaal, gebundeld bewijs en een collectieve positie. De rekensom die nu aan het sociaal domein wordt opgelegd, geldt net zo goed voor zorgfinanciers en -aanbieders, alleen op een ongelijk speelveld. Wat politiek mogelijk is, hangt mede af van de vraag of de sector de bewijzen bundelt en uitdraagt, en of hij daarvoor bondgenoten vindt. Deel 8 doet daarvoor een voorzet.

Deel 8 — Een voorzet voor een strategische agenda

Tijdens de afronding van dit dossier verschoof de actualiteit. De regionale AZWA-werkagenda's kregen vorm en zijn inmiddels zo goed als gereed. Gemeenten stellen ze op met de preferente zorgverzekeraar, in samenspraak met zorg- en welzijnspartijen, en leggen daarin doelen, prioriteiten, inzet, planning, financiering en rolverdeling vast (Sociaal Werk Nederland, 2026c). Daarmee verschuift de strategische vraag van overtuigen naar onderhandelen en organiseren. Tegelijk werd in gesprekken met betrokkenen duidelijk dat een strategie die zich alleen op het AZWA richt, tekortschiet.

Dit deel geeft daarom een voorzet voor een strategische agenda vanuit de Landelijke Actieagenda de Kracht van Samenlevingsopbouw, samen met landelijke partners als Sociaal Werk Nederland en de BPSW. Het kent twee invalshoeken die elkaar nodig hebben. De eerste is beleidsmatig: hoe opereert het opbouwwerk strategisch binnen de afspraken van het AZWA? De tweede is politiek-normatief: de zorgtransitie als project dat belangrijke maatschappelijke actoren aanspreekt op hun verantwoordelijkheid voor een sociaal rechtvaardiger stelsel van preventie, met aandacht voor de bestaanszekerheid van mensen. De voorzet is bedoeld als gespreksstof voor de programmalijn, de actieagenda en de regionale tafels, en is tijdens de expertmeeting van 15 oktober 2026 getoetst. Wat daar werd besproken, is in dit deel verwerkt.

Het afronden van dit dossier viel samen met gesprekken met stafmedewerkers, leidinggevenden, directie en beleidsadviseurs binnen het opbouwwerk en de zorgtransitie. Daaruit kwam eerst een begripsmatige scherpte naar voren. De zorgtransitie is in de deelnemende organisaties geen aanstaande beleidsverandering, maar dagelijkse praktijk: het is de omslag van zorg naar sociale gezondheid, en daaraan wordt invulling gegeven langs de drie lijnen die dit dossier onderscheidt — de uitvoerende, de strategische en de professioneel-normatieve (deel 2). Die omslag is iets anders dan het verplaatsen van de toegangspoort voor de zorg naar de buurt. Wie de transitie zo opvat, verplaatst alleen de vindplaats van het probleem en laat de logica waarin dat probleem wordt gedefinieerd ongemoeid. Sociale gezondheid vraagt een andere vraagstelling: niet wie zorg nodig heeft, maar welke omstandigheden mensen in staat stellen gezond te leven.

Invalshoek 1 — Strategisch opereren binnen het AZWA

Een nuchtere inschatting

De verwachtingen van het AZWA lijken hooggespannen, volgens sommige betrokkenen mogelijk ook wat overspannen. Gemeenten krijgen bescheiden en grotendeels tijdelijke middelen om basisfunctionaliteiten te realiseren: een eerste set van acht vanaf 2027 en een uitbreiding tot vijfentwintig in 2029. Of er vanaf 2030 structurele financiering volgt, hangt af van de bewijslast die tot 2028 wordt verzameld; het kabinet neemt daarover in 2029 een besluit (Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 2026). Per basisfunctionaliteit gaat het in veel gemeenten om bescheiden bedragen per jaar. Bovendien zijn de landelijke handreikingen vooral gericht op geïndiceerde preventie met effect op de Zorgverzekeringswet, zoals valpreventie, mantelzorgondersteuning en sociaal verwijzen (Sociaal Werk Nederland, 2026d, 2026e). Van investeren in de sociale basis als zodanig is nauwelijks sprake. Daar komt bij dat gemeenten na de tijdelijke verlichting van 2026 vanaf 2028 opnieuw een structureel financieel gat tegemoet zien (Blankesteijn & Ter Hedde, 2025).

Dat maakt het AZWA niet onbelangrijk. Het betekent dat het opbouwwerk er strategisch en zonder illusies mee omgaat: benutten wat er is, zichtbaar maken wat ontbreekt, en voorkomen dat de sociale basis in de uitwerking verschraalt tot een verzameling zorggerelateerde interventies.

Vier strategische keuzes

De zeven handelingsrichtingen uit deel 5 laten zich voor de regionale tafel ordenen in vier strategische keuzes.

1. Welke rol nemen wij in? Van verwijzen naar samenspel. Opbouwwerk is geen doorgeefluik naar zorg, maar een gelijkwaardige partner die de leefwereld, de gemeenschap en de sociale basis inbrengt. De vraag aan de regio is: welke rol krijgt het sociaal domein in het ontwerp van de oplossing, en niet alleen in de uitvoering ervan?

2. Waar staan wij voor? Sociale kwaliteit en rechtvaardigheid. De bijdrage van het opbouwwerk is breder dan het reduceren van zorggebruik. Cohesie, inclusie, sociaal-economische zekerheid en empowerment zijn waarden op zichzelf en tegelijk voorwaarden voor gezondheid. Dat voorkomt dat de sociale basis uitsluitend wordt beoordeeld als goedkoop voorveld van de zorg.

3. Welke positie nemen wij in? Positioneren en politiseren. De regionale tafel is ook een machts- en verdelingsvraagstuk: wie bepaalt de agenda, de uitkomsten die tellen, de indicatoren en de inzet van middelen? De opbouwwerksector sluit daarom niet alleen aan, maar formuleert gezamenlijk een positie — meervoudig partijdig, vanuit de normatieve opdracht van het vak — en vormt waar nodig coalities met bewoners en andere partijen.

4. Hoe maken wij dit structureel mogelijk? Verankeren en financieren. De centrale vraag verschuift van ‘kunnen we hiervoor subsidie krijgen?’ naar ‘welke structurele geldstroom past bij deze publieke functie?’. De AZWA-middelen bieden ruimte, maar vragen regionale keuzes. Daarnaast ontstaat vanaf 2027 een experimentele bekostiging voor regionale eerstelijnssamenwerkingsverbanden en hechte wijkverbanden via de Zvw (Nederlandse Zorgautoriteit, 2026). Het is zaak de verschillende geldstromen in samenhang te bekijken.

Op deze vier vragen zijn antwoorden

In de expertmeeting bleken deze vier vragen geen open vragen te zijn. Er zijn antwoorden op gevonden, en opbouwwerkorganisaties opereren er op dit moment vanuit. Dat is strategisch van belang: wie aan de regionale tafel aanschuift, komt niet met een zoekvraag maar met een positie. Drie van die antwoorden zijn in de bijeenkomst expliciet benoemd. Het antwoord op de vierde vraag — hoe dit structureel mogelijk wordt gemaakt — loopt door de rest van dit deel heen, omdat het zich daar dagelijks laat onderhandelen.

Waar staan wij voor: de mensen aan wie de huidige preventie-inspanningen voorbijgaan

De bestaande preventie-infrastructuur bereikt vooral wie zich laat bereiken: mensen die een uitnodiging lezen, een afspraak nakomen en een aanbod weten te vinden. Opbouwwerk werkt bij uitstek met de groep die buiten dat bereik valt. Dat is geen restcategorie, maar precies de groep waarin de gezondheidsverschillen zich concentreren. Daarmee is het ook geen aanvullende doelgroep naast de preventieagenda, maar de reden waarom die agenda haar doelen niet haalt (Kölner, 2024).

Waar staan wij voor: de bewoners in moeilijke omstandigheden

Niet ‘kwetsbare mensen’ als eigenschap van personen, maar mensen in omstandigheden die hun gezondheid ondermijnen: onzeker inkomen, slechte huisvesting, schulden, onveiligheid, isolement. Die formulering verplaatst het vraagstuk van het individu naar de omstandigheid, en daarmee naar iets wat veranderbaar is en waarover besluiten worden genomen. Het sluit aan op wat de sociaal-epidemiologie al decennia laat zien: de omstandigheden waarin mensen leven verklaren meer van hun gezondheid dan hun gedrag (CSDH, 2008; Marmot et al., 2010).

Welke rol nemen wij in: die van sociaal-politieke analyse

Opbouwwerkorganisaties brengen in kaart in welke context bewoners in kwetsbare wijken moeten overleven, en vertolken die positie daar waar over hen wordt besloten. De vraag die daaronder ligt is

eenvoudig en ongemakkelijk: wie neemt het voor hen op? Zolang daarop geen ander antwoord bestaat, is de analyserende en agenderende rol van het opbouwwerk geen toevoeging aan het werk maar de kern ervan. Het verbindt de handelingsrichting ‘politiseren en positioneren’ (deel 5) rechtstreeks met de rolkeuze aan de regionale tafel.

Drie randvoorwaarden

Reflexief vakmanschap. Professionals moeten hun mandaat, hun meervoudige partijdigheid en hun onafhankelijke positie kunnen hanteren vanuit de normatieve opdracht van het vak. Tijd, continuïteit, intervisie en professionele ruimte zijn geen luxe, maar infrastructuur voor kwaliteit.

Tellen én vertellen. Regionale afspraken vragen om een leer- en verantwoordingspraktijk waarin cijfers, verhalen, bewonerskennis en sociaal-epidemiologisch bewijs samenkomen. Niet alles hoeft in één indicator te passen; wel moet zichtbaar zijn welke verandering wordt nagestreefd, voor wie en via welk mechanisme.

Collectief leren en organiseren. Een individuele organisatie kan de systeemlogica niet alleen veranderen. Organisaties hebben een gezamenlijke infrastructuur nodig: een gedeeld verhaal, gezamenlijke data en kennis, sectorale vertegenwoordiging en een lerend netwerk dat ervaringen uit de regio’s terugbrengt naar de landelijke agenda.

Impact: de domeinen zijn wél te benoemen

De discussie over impact is veelvormig. Ze gaat over indicatoren, over methodiek, over de vraag of effecten toerekenbaar zijn, en niet zelden over de vraag of meten op zichzelf wel past bij dit werk. Die veelvormigheid heeft iets verlammends. In de expertmeeting werd daarom een onderscheid gemaakt dat de discussie hanteerbaar maakt: hoe moeilijk het meten ook is, de domeinen waarin opbouwwerk impact genereert zijn wél te benoemen. Gezondheidsbeleving, sociale verbondenheid, zeggenschap over de eigen levensomstandigheden, veiligheidsgevoel, deelname aan de samenleving en het bereiken van groepen die anders buiten beeld blijven: dat zijn geen vage gebieden, en ze laten zich benoemen voordat er een meetlat is.

Daaruit volgde een voorstel. Ontwikkel een meetinstrument dat op die domeinen is gebouwd, bijvoorbeeld op basis van de vijf hoofdindicatoren uit de bestaande overzichten van meetinstrumenten voor sociaal werk. Werk dat instrument uit en ijk het vervolgens in de praktijk: leg het naast wat opbouwwerkers in hun wijken daadwerkelijk zien gebeuren, en stel het op grond daarvan bij. Laat het daarna via het partnerschap landelijk resoneren, zodat niet elke organisatie en elke regio opnieuw haar eigen verantwoordingstaal moet uitvinden.

De winst van die route is niet alleen methodisch. Een gedeeld instrument verandert de onderhandelingspositie. Zolang elke organisatie haar eigen cijfers meebrengt, blijft de bewijslast een individuele last en blijft de vergelijking tussen regio’s een kwestie van toeval. Een geijkt en gedragen instrument maakt van die last een sectorale standaard. In de verdeling van middelen is een standaard geen administratief detail, maar een machtsmiddel: wie de maat bepaalt, bepaalt mede wat als opbrengst telt.

Een ander narratief over effectiviteit

Daarbij hoort een bijstelling van het verhaal over effectiviteit zelf. Het gangbare narratief is lineair: een interventie leidt tot een uitkomst, en die uitkomst is aan de interventie toe te rekenen. Opbouwwerk werkt niet zo. Het werkt interactief en incrementeel: in kleine stappen, in wisselwerking met wat bewoners zelf doen, met uitkomsten die zich vaak pas achteraf als uitkomst laten herkennen (deel 2; Van Pelt et al., 2024).

Dat is geen vrijbrief voor onmeetbaarheid, maar een andere theorie van verandering. Wie interactief en incrementeel werkt, investeert niet in een losse interventie maar in de context en de omgeving waarin

mensen leven: in ontmoetingsplekken die blijven bestaan, in relaties die projectgrenzen overleven, in verbanden waarin bewoners iets van elkaar kunnen verwachten. De effectvraag verschuift daarmee van ‘wat heeft deze activiteit opgeleverd?’ naar ‘is de omgeving zo veranderd dat gezond leven er waarschijnlijker is geworden?’ Die herformulering is ook bekostigingstechnisch van belang: een context vraagt doorlopende investering, geen projectmatige impuls.

De partnerparadox aan de regionale tafel

Het AZWA vraagt nadrukkelijk om samenwerking tussen medisch en sociaal domein. Tegelijk kan die samenwerking ongelijk worden georganiseerd: het ene domein bepaalt de opgave, de indicatoren en het tempo, het andere wordt vooral gevraagd mee te bewegen. Uit de regio’s klinkt bovendien het signaal dat welzijnsorganisaties soms vooral worden ervaren als vragers om financiering, niet als partners met een eigen inbreng. ‘Partner, niet leverancier’ is daarom niet alleen een eis aan anderen, maar ook een opdracht aan de sector zelf: kom aan tafel met een analyse, een aanbod en de bereidheid tot gezamenlijke verantwoordelijkheid, niet alleen met een begroting. Een organisatie is pas werkelijk partner wanneer zij invloed heeft op de probleemdefinitie, de prioritering, de werkwijze én de inzet van middelen.

Strategische vragen voor de regionale tafel

Wanneer we de inzichten uit dit dossier verbinden met de opgaven aan de regionale AZWA-tafel, komen de volgende vragen op:

- Welke maatschappelijke en gezondheidsvraagstukken wil onze regio oplossen, en wie heeft die vraag geformuleerd?
- Welke rol krijgt de sociale basis bij het bepalen van de regionale gezondheidsagenda?
- Welke functies vragen om professionele inzet en welke om gemeenschapsopbouw als infrastructuur?
- Wie bereiken we met de basisfunctionaliteiten, wie niet, en worden gezondheidsverschillen kleiner of groter?
- Welke partij investeert, welke partij profiteert van mogelijke besparingen, en hoe wordt dat verschil geadresseerd?
- Welke geldstromen raken deze opgave: gemeentelijke middelen, SPUK AZWA, Zvw-bekostiging, Wmo, regionale contractering of andere bronnen?
- Wie beslist over prioriteiten en middelen, en welke invloed hebben bewoners en netwerkpartners daarop?
- Welke afspraken maken we over leren, monitoring en bijsturing, zonder de sociale basis te reduceren tot een productie-indicator?
- Hoe borgen we dat gemeenschapsversterking onderdeel blijft van de sociale basisinfrastructuur, ook wanneer zorggebruik niet aantoonbaar daalt?
- Wat is nodig om na 2029 niet opnieuw in projectfinanciering terug te vallen?

Invalshoek 2 — De zorgtransitie als politiek-normatief project

De tweede invalshoek gaat een stap verder. Zij neemt de zorgtransitie niet als gegeven beleidskader, maar als politiek-normatief project: een keuze over wat voor samenleving we willen zijn. Dan gaat het niet alleen om de vraag hoe het opbouwwerk een plek verwerft in de uitvoering van het AZWA, maar om de vraag hoe belangrijke maatschappelijke actoren — Rijk, gemeenten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, woningcorporaties, werkgevers en onderwijs — worden aangesproken op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid voor een sociaal rechtvaardiger stelsel van preventie.

Rechtvaardige preventie als richtinggevend kader

Het proefschrift van Carla Kölner biedt daarvoor een kader. Veertig jaar preventiebeleid vanuit de publieke gezondheidszorg heeft gezondheidsverschillen niet verkleind, maar eerder vergroot. Preventie richt zich te veel op individuele leefstijl, bereikt vooral mensen die al gezond zijn, en is in Nederland gesplitst in twee werelden: de publieke gezondheid met haar leefstijlbeïnvloeding en het sociaal domein met zijn aandacht voor sociale ongelijkheid (Kölner, 2024, 2025). Rechtvaardige preventie verschuift de vraag van ‘werkt preventie?’ naar ‘voor wie werkt preventie, en worden verschillen kleiner of groter?’. Zij verbindt de twee

werelden, en maakt het sociaal werk — met zijn gemeenschapskracht, vertrouwensrelaties en onzichtbare handreikingen — tot een onmisbare speler (Kölner, 2025).

Het kader sluit aan bij bredere denklijnen. De WRR liet zien dat beleid het doenvermogen van burgers structureel overschat, waardoor ‘meer eigen regie’ ongemerkt nieuwe ongelijkheid kan opleveren (WRR, 2017). Marmot toonde dat gezondheidsverschillen sociaal worden geproduceerd en een sociale gradiënt volgen, en bepleitte proportioneel universalisme (Marmot et al., 2010). En de WHO-commissie voor sociale determinanten concludeerde al eerder dat het verkleinen van gezondheidsverschillen vraagt om een andere verdeling van macht, geld en middelen (CSDH, 2008).

Bestaanszekerheid als fundament

Wie rechtvaardige preventie serieus neemt, komt uit bij bestaanszekerheid. Schulden, woononzekerheid, inkomensonzekerheid en een zwakke arbeidsmarktpositie liggen onder veel gezondheidsproblemen. Sociaal Werk Nederland formuleert het scherp: veel van wat uiteindelijk als zorgvraag eindigt, begint helemaal niet als zorgvraag, maar bij schulden, eenzaamheid, bestaansonzekerheid en jongeren die zonder perspectief opgroeien (Örnek, 2026). Een preventiestrategie die dat negeert, blijft dweilen met de kraan open. Voor het opbouwwerk betekent dit dat de agenda niet alleen over sociale verbondenheid gaat, maar ook over het collectief agenderen en beïnvloeden van de voorwaarden voor een bestaanszeker leven.

Van zorgtransitie naar samenlevingstransitie

Vanuit deze invalshoek is de zorgtransitie uiteindelijk een samenlevingstransitie. ‘De toekomst van de zorg wordt bepaald door wat we met de samenleving doen’ (Örnek, 2026). Dat vraagt om een ander vocabulaire. Geld voor wegen, bruggen en dijken heet investering, geld voor het versterken van de samenleving heet subsidie; die taal kan anders, door de sociale basis te benaderen als publieke waarde die samen wordt gecreëerd (Moore, 1995; Örnek, 2026). Het vraagt ook om een herijking van sociale kwaliteit als gedeeld kader voor zorg, welzijn en overheid, verbonden met het debat over brede welvaart (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2026).

Naar een gezamenlijke agenda: zes agendapunten

Beide invalshoeken komen samen in een agenda die de programmalijn kan inbrengen in de Landelijke Actieagenda de Kracht van Samenlevingsopbouw, en die samen met Sociaal Werk Nederland, de BPSW, Movisie en Krachtproef verder kan worden uitgewerkt.

- **Herframen.** Ontwikkel met de landelijke partners één gedeeld verhaal: het opbouwwerk draagt bij aan sociale kwaliteit, bestaanszekerheid, democratische invloed en rechtvaardigheid, en gezondheid volgt daaruit.
- **Partners ‘medeplichtig’ maken.** Maak een samenvattende versie van dit dossier voor zorgpartners, VWS, zorgverzekeraars en gemeenten, neem hun inbreng daarin mee en betrek hen bij een nieuwe actieagenda. Vooral de hoofdclaim — sterkere sociale verbondenheid en zeggenschap leiden tot een gezondere samenleving — is voor hen van belang.
- **Rechtvaardigheid als toets.** Bepleit dat regionale werkagenda’s en monitors niet alleen zorggebruik volgen, maar ook bereik, de verdeling van opbrengsten en de ontwikkeling van gezondheidsverschillen.
- **Bestaanszekerheid agenderen.** Verbind de preventieagenda expliciet met armoede, schulden en wonen, en bouw coalities met partijen die daarop invloed hebben.
- **Collectief organiseren.** Bundel bewijs, data en verhalen uit de regio’s in een lerend netwerk, en breng die via de actieagenda naar de landelijke tafels, in aanloop naar het kabinetsbesluit over structurele financiering in 2029.
- **Een onderzoeksagenda.** Positioneer de sector als kennispartner, met onderzoek naar daadwerkelijke zeggenschap als route naar gezondheid en naar wat rechtvaardige preventie in de wijk vraagt.

De programmalijn als strategisch instrument

De programmalijn zelf kwam in de expertmeeting in beeld, niet alleen als kennisinfrastructuur maar als strategisch instrument. De programmalijn Versterken van Praktijken van Samenlevingsopbouw verbindt welzijnsorganisaties met de Hogeschool van Amsterdam en kan daardoor iets wat een enkele organisatie niet kan: experimenten en kennisproducten organiseren met landelijke spreiding. Wat in één wijk wordt uitgeprobeerd, kan in meerdere regio's worden herhaald, vergeleken en teruggebracht naar de landelijke agenda. Daarmee is de programmalijn ook de plek waar het hiervoor genoemde meetinstrument kan worden ontwikkeld en geijkt.

Een van de activiteiten die daarbinnen past, is het verder versterken van de businesscase van het welzijn. Niet als boekhoudkundige exercitie, maar als onderbouwd antwoord op de vraag wie investeert, wie profiteert en hoe dat verschil wordt geadresseerd. Dat sluit aan op een eerdere bijeenkomst met Pieter Hilhorst en de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving, die hiermee een follow-up krijgt. Daarbij hoort het zoeken van de verbinding met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Gemeenten zijn in de AZWA-uitwerking de partij via wie de middelen voor de sociale en gezonde basisinfrastructuur lopen; een businesscase die daar niet landt, blijft een argument zonder adres.

Een bijdrage aan positionering

Met dit dossier willen we de teneur van het gesprek kantelen. Niet 'geef het opbouwwerk een plek in de zorgtransitie', maar: hoe kan de zorgtransitie zo worden ingericht dat sociale kwaliteit, gemeenschapskracht en rechtvaardigheid mededragers worden van de agenda en de investeringen? Het antwoord ligt niet in één regio of bij één organisatie. Het vraagt een lokaal gewortelde praktijk én een collectieve strategie, en bondgenoten die de opdracht delen.

Verantwoording en dankwoord

Doel en status van dit dossier

Dit kennisdossier verdiept het themaseminar *Zorgtransitie en opbouwwerk* van 30 juni 2026 en is bedoeld voor opbouwwerkers, hun organisaties en beleidspartners. Het is geen systematische review, maar een gerichte synthese: de opbrengst van het seminar is verbonden met openbare beleidsdocumenten, Nederlandse kennisdossiers en internationaal onderzoek en praktijk.

De delen 1 tot en met 6 en deel 8 zijn opgesteld namens de programmalijn. Deel 7 is een slotbeschouwing op persoonlijke titel van de samensteller: het verbindt de bevindingen tot één argument en neemt daarin een positie in. Dat onderscheid is bewust gemaakt en in de kop van dat deel vermeld.

Werkwijze en bronnen

De empirische kern bestaat uit de documenten van de bijeenkomst: het programma, het draaiboek, de presentatie van Katinka Boot, het transcript van de bijeenkomst en het chatverslag van de deelnemers. De samenvattingen van de drie bijdragen in deel 1 zijn op deze bronnen gebaseerd. Aanvullend is openbaar materiaal geraadpleegd over het AZWA, Welzijn op Recept, Lang Leven Thuis, het Movisie-kennisdossier *Wat werkt bij samenlevingsopbouw* en het visiedocument *Laten we het eens over samenlevingsopbouw hebben*. Voor deel 5 zijn per handelingsrichting internationale praktijken en onderzoek gezocht bij gezaghebbende bronnen: peer-reviewed tijdschriften, onafhankelijke evaluaties, kennisinstituten en overheidspublicaties. Elke case is beschreven in maximaal 200 woorden, met bron en link.

In een eerste quick scan is gebruik gemaakt van de AI-prompt*: 1. Drie-vijf praktijkvoorbeelden in de (inter)nationale context verzamelen en als cases beschrijven (max 200 woorden met bron en link). 2. Een apart kennisdossier maken van wetenschappelijk onderzoek naar oplossingsrichtingen en opdrachten. Wat zijn de key insights. Max 10 pagina's. Met bronvermelding en link*

Keuzes en beperkingen

- **Consolidatie tot zeven richtingen.** De oplossingsrichtingen en opdrachten uit het seminar overlappen elkaar. Ze zijn daarom samengebracht tot zeven handelingsrichtingen; per richting blijft de opdracht voor opbouwwerker, organisatie en sector herkenbaar.
- **Ongelijke bewijskracht.** De bewijskracht verschilt sterk per richting. Waar mogelijk zijn effectmaten opgenomen; waar het bewijs zwak of observationeel is, is dat expliciet benoemd. Dit dossier claimt geen causaliteit waar die niet is aangetoond.
- **De verhouding 165 miljard / 2,9 miljard.** Deze op het seminar genoemde verhouding is niet eenduidig te verifiëren. Het CBS komt voor 2024 op circa 155 miljard euro voor zorg én welzijn samen (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2025), en Sprinkhuizen (2024) noemt elders de zware zorg zelf 'meer dan 110 miljard'. De verhouding is in dit dossier daarom opgenomen als illustratieve claim uit het seminar, met deze kanttekening.
- **Terugkerende organisaties.** Enkele toonaangevende organisaties komen onder meer dan één handelingsrichting terug, telkens vanuit een ander facet.
- **Belangenpositie.** De samensteller is medeauteur van het geciteerde visiedocument (Gradener et al., 2023); dat is bij de betreffende verwijzingen zichtbaar gemaakt.
- **Actualiteit van het AZWA.** De beschrijving van het AZWA in deel 8 geeft de stand van zaken in september 2026 weer. (Lokale) werkagenda's, handreikingen en financiële kaders zijn nog in beweging; cijfers over aantallen basisfunctionaliteiten en middelen zijn gebaseerd op openbare bronnen en op signalen uit de regio's.

- **Verwerking van feedback.** Een eerdere versie is voorgelegd aan landelijke en regionale partners. Hun reacties zijn verwerkt in vooral de delen 5 tot en met 8; de verantwoordelijkheid voor de tekst blijft bij de samensteller.

Dankwoord

Dit dossier is tot stand gekomen dankzij de bijdragen van velen. Ik dank Katinka Boot (opbouwwerker, Versa Welzijn), Sjef van der Klein (beleidsmedewerker, gemeente Tilburg) en Ard Sprinkhuizen (onderzoeker en kennisontwikkelaar, Hogeschool Utrecht) voor hun inspirerende bijdragen aan het themaseminar, en Mike de Kreek (gespreksleider, Hogeschool van Amsterdam) en Bernard Kloostra (co-voorzitter, Tinten) voor de gespreksleiding. Dank ook aan alle opbouwwerkers die bij het themaseminar aanwezig waren en met hun vragen, ervaringen en reacties hebben bijgedragen.

Voor hun kritische en opbouwende reacties op eerdere versies dank ik Jeanet de Jong (BPSW), Iris Horn (coördinerend IZA-strateeg Hart van Brabant) en Edwin Luttik en zijn collega's van Sociaal Werk Nederland. Hun reacties hebben vooral de delen 6, 7 en 8 scherper gemaakt.

Zo kon dit werkdossier een levend geheel worden: een bewijs dat de zorgtransitie geen technisch-bestuurlijke operatie is, maar een opdracht vanuit gedeelde bezieling.

Tekst en vormgeving

De kleurkaders, de samenvattende infographic en het overzicht per handelingsrichting zijn voor deze uitgave ontworpen op basis van de inhoud van het dossier. De verwijzingen volgen de APA-stijl. Bij de samenstelling, eindredactie en verwijzingen is gebruik gemaakt van Claude.ai.

Bijlage A — Presentatie Katinka Boot

De presentatie *Bewoners nemen de regie* (Versa Welzijn, Hilversum) zoals gegeven tijdens het themaseminar van 30 juni 2026. De veertien slides zijn hieronder opgenomen, zes per pagina. De inhoudelijke samenvatting staat in deel 1 (Boot, 2026).



Slide 1



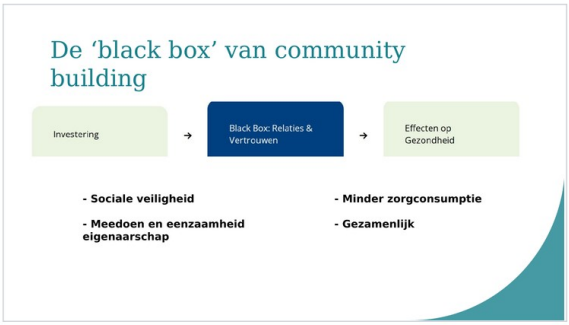
Slide 2



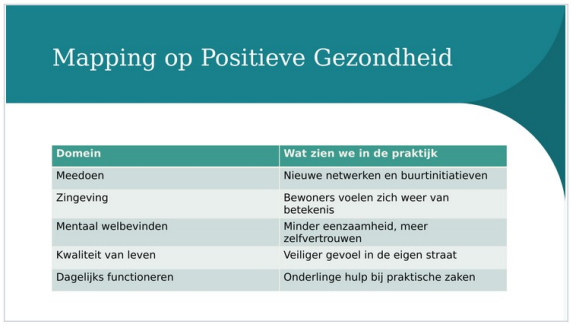
Slide 3



Slide 4



Slide 5



Slide 6



Slide 7



Slide 8



Slide 9



Slide 10



Slide 11



Slide 12



Slide 13



Slide 14

De bijdrage van Sjef van der Klein is tijdens het seminar mondeling gepresenteerd; van deze presentatie is geen slidebestand beschikbaar. Zijn verhaal is samengevat in deel 1 (Van der Klein, 2026).

Bijlage B — Het doeboek ‘Over de grens’

Ard Sprinkhuizen bracht tijdens het seminar het doeboek in dat hij met Carla Kölner maakte in opdracht van het ministerie van VWS. Het is bewust géén onderzoeksrapport, maar een werkboek dat professionals uit zorg, welzijn en gemeente met elkaar in gesprek brengt over hun samenspel (Kölner & Sprinkhuizen, 2025).

Over de grens Een samenspel- en doeboek over de brug tussen welzijn en zorg

Wat het is. Een verzameling initiatieven waarin sociaal werk, de sociale basis en de eerstelijnszorg samen optrekken, speels in kaart gebracht en aangevuld met werkvormen. De opdracht kwam voort uit een programma van het ministerie van VWS over het samenspel tussen welzijn en zorg; de auteurs kozen bewust voor een doeboek in plaats van ‘het zoveelste rapport’, omdat de kennis vooral in gesprek en samenwerking landt.

De werkvormen. Een kleurplaat om het eigen samenwerkingslandschap te tekenen; een kwartetspel om de rollen en logica’s van zorg, welzijn en gemeente te leren kennen; een ganzenbord dat de hobbels in samenwerking naspeelt; en kwetskaarten met vragen die het gesprek op scherp zetten. De vormen zijn bruikbaar in teamoverleg, wijknetwerken en expertmeetings.

Waarom relevant voor dit dossier. Het doeboek is de praktische tegenhanger van de handelingsrichting ‘van verwijzen naar samenspel’ (deel 5): het maakt de procesafspraken die Van der Klein bepleit concreet bespreekbaar, en het onderstreept Sprinkhuizens oproep om het opbouwwerk zichtbaarder en minder bescheiden te positioneren.

Bijlage C — Zelfscan voor organisaties en regio

Deze zelfscan maakt de zeven handelingsrichtingen bespreekbaar in een team-, directie- of regionaal overleg. Loop de stellingen langs en scoor per stelling: 1 = dit herkennen we niet, 2 = incidenteel, 3 = structureel geregeld. De scores zijn geen oordeel; het gesprek over de verschillen erin is de opbrengst. De scan kent twee niveaus: A/B = professional en organisatie, en C = regionaal systeem. Bespreek per richting één vraag: wat is de eerstvolgende stap die wij zelf kunnen zetten — en wat moeten we met partners organiseren?

1 Reflexief en meervoudig partijdig werken

1 2 3 Onze opbouwwerkers kunnen benoemen voor wie zij werken, met welk mandaat en vanuit welke normatieve opdracht (solidariteit en agency).

1 2 3 Wij bieden continuïteit: relaties worden niet doorbroken door projectgrenzen.

1 2 3 Reflectie op de eigen rol is belegd in intervisie of werkbegeleiding.

2 Van verwijzen naar samenspel

1 2 3 Wij hebben met zorgpartners afspraken over hóé we samenwerken, niet alleen over wát.

1 2 3 Zorgprofessionals zijn fysiek aanwezig in de wijk of in onze voorzieningen.

1 2 3 Bewoners worden niet doorverwezen zonder dat iemand meeloopt.

3 Tellen én vertellen

1 2 3 Wij verzamelen verhalen even systematisch als cijfers.

1 2 3 Bewoners zijn mede-eigenaar van hoe hun buurt wordt verantwoord.

1 2 3 Wij gebruiken bestaand onderzoek actief richting financiers.

4 Intrinsieke waarde en sociaal kapitaal

1 2 3 Gemeenschapsversterking is in onze opdrachten een doel, niet alleen een middel.

1 2 3 Het eigenaarschap van initiatieven ligt aantoonbaar bij bewoners.

1 2 3 Wij werken bewust aan bridging en linking, niet alleen aan bonding.

5 Politiseren en positioneren

1 2 3 Wij agenderen kwesties die we in de wijk tegenkomen ook buiten de wijk.

1 2 3 Wij analyseren wie invloed heeft op de vraagstukken waaraan we werken.

1 2 3 Wij zijn aangesloten bij sectorcoalities rond samenlevingsopbouw.

6 Structureel verankeren en financieren

1 2 3 Wij weten welke geldstromen ons werk raken en wie daarover beslist.

1 2 3 Wij zitten aan de regionale tafel als partner, niet als leverancier.

1 2 3 Ons werk is niet volledig afhankelijk van projectfinanciering.

7 Vakmanschap en professionalisering

1 2 3 Nieuwe collega's krijgen scholing in het opbouwwerkrepertoire.

1 2 3 Ons team weerspiegelt de samenstelling van de wijk.

1 2 3 Wij nemen deel aan een lerend netwerk buiten de eigen organisatie.

Regionale AZWA-scan

De bestaande zelfscan kijkt vooral naar de professionele en organisatorische kant. Voor de huidige AZWA-fase is een derde niveau nodig: de regionale systeemconditie. Gebruik ook hier 1 = niet herkenbaar, 2 = incidenteel, 3 = structureel geregeld. De vraag is niet alleen of wij het kunnen, maar of de regio het mogelijk maakt.

1. 1 2 3 Wij zijn als sociale partner betrokken bij de formulering van de regionale gezondheids- en welzijnsopgaven.

2. 1 2 3 De sociale basis heeft aantoonbare invloed op regionale prioriteiten, en niet alleen op de uitvoering ervan.

3. 1 2 3 Sociaalwerkorganisaties hebben invloed op prioriteiten én op de inzet van AZWA-middelen.

4. 1 2 3 De rol- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen gemeente, zorgverzekeraar, zorg, welzijn en andere partners is expliciet vastgelegd.

5. 1 2 3 Er zijn afspraken over wie investeert in preventie en gemeenschapskracht en hoe eventuele opbrengsten/besparingen worden verdeeld.

6. 1 2 3 Bewoners hebben een herkenbare rol in regionale agendering, besluitvorming of toetsing van de aanpak.

7. 1 2 3 De regio financiert niet alleen interventies, maar ook de sociale infrastructuur die gemeenschapskracht mogelijk maakt.

8. 1 2 3 De regionale monitor combineert cijfers met verhalen, bewonerskennis en duiding van werkzame mechanismen.

9. 1 2 3 Er zijn afspraken over continuïteit na afloop van tijdelijke AZWA-middelen en over de periode vanaf 2030.

Bronnen

ABCD Institute. (z.d.). *Asset-Based Community Development Institute*. DePaul University. https://resources.depaul.edu/abcd-institute/

Abel, J., Kingston, H., Scally, A., Hartnoll, J., Hannam, G., Thomson-Moore, A., & Kellehear, A. (2018). Reducing emergency hospital admissions: A population health complex intervention of an enhanced model of primary care and compassionate communities. *British Journal of General Practice, 68*(676), e803–e810. https://doi.org/10.3399/bjgp18X699437

Audit Wales. (2025, 29 april). *Ten years on: The Well-being of Future Generations Act has increased prominence but is not driving the system-wide change that was intended*. https://www.audit.wales/news/ten-years-well-being-future-generations-act-has-increased-prominence-not-driving-system-wide

Baker, M., Pipi, K., & Cassidy, T. (2015). Kaupapa Māori action research in a Whānau Ora collective: An exemplar of Māori evaluative practice and the findings. *Evaluation Matters—He Take Tō Te Aromatawai, 1*, 113–136. https://doi.org/10.18296/em.0006

Beck, W., van der Maesen, L., & Walker, A. (Eds.). (1998). *The social quality of Europe*. Kluwer Law International.

Bhattacharyya, J. (2004). Theorizing community development. *Journal of the Community Development Society, 34*(2), 5–34. https://doi.org/10.1080/15575330409490110

Blankesteijn, M., & Ter Hedde, M. (2025, 3 november). Het ravijnjaar 2026 is gedempt, maar 2028 komt eraan. *Binnenlands Bestuur*. https://www.binnenlandsbestuur.nl/bestuur-en-organisatie/kokxdevoogd/het-ravijnjaar-2026-is-gedempt-maar-2028-komt-eraan

Boot, K. (2026, 30 juni). Bewoners nemen de regie [Presentatie]. Themaseminar Zorgtransitie en opbouwwerk, Programmalijn Versterken van Praktijken van Samenlevingsopbouw.

Boszormenyi-Nagy, I., & Krasner, B. R. (1986). *Between give and take: A clinical guide to contextual therapy*. Brunner/Mazel.

BPSW. (z.d.). *Landelijke Actieagenda de Kracht van Samenlevingsopbouw*. https://www.bpsw.nl/landelijke-actieagenda-de-kracht-van-samenlevingsopbouw/

Cattel, D., & Hendriks, C. (2024, 17 juli). Waar blijft de passende bekostiging? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 168*. https://www.ntvg.nl/artikelen/waar-blijft-de-passende-bekostiging

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2025, 8 oktober). *Uitgaven gezondheids- en welzijnszorg stegen met 8,9 procent in 2024*. https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2025/41/uitgaven-gezondheids-en-welzijnszorg-stegen-met-8-9-procent-in-2024

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2026). *Monitor Brede Welvaart en de Sustainable Development Goals 2026*. https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/monitor-brede-welvaart-en-de-sustainable-development-goals

Centre for Public Impact. (2018, 15 november). *The Preston model of community wealth building in the UK*. https://centreforpublicimpact.org/resource-hub/the-preston-model-of-community-wealth-building-in-the-uk/

Citizens UK. (z.d.). *What is community organising?* https://www.citizensuk.org/about-us/what-is-community-organising/

Commission on Social Determinants of Health [CSDH]. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1

Community Care. (2013, 16 juli). *Stress-busting Hackney model under threat from cherry-picking councils*. https://www.communitycare.co.uk/2013/07/16/stress-busting-hackney-model-under-threat-from-cherry-picking-councils/

Community Catalysts. (z.d.). *Local Area Coordination: Our evidence*. https://www.communitycatalysts.co.uk/lacnetwork/local-area-coordination/our-evidence/

Dart, J., & Davies, R. (2003). A dialogical, story-based evaluation tool: The Most Significant Change technique. *American Journal of Evaluation, 24*(2), 137–155. https://doi.org/10.1177/109821400302400202

Davis-Hall, M. (2018). The Bromley by Bow Centre: Harnessing the power of community. *British Journal of General Practice, 68*(672), 333. https://doi.org/10.3399/bjgp18X697733

Encyclopaedia Britannica. (z.d.). *Industrial Areas Foundation*. https://www.britannica.com/topic/Industrial-Areas-Foundation

Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health, 60*(5), 376–381. https://doi.org/10.1136/jech.2005.041616

Gonçalves, S. (2014). The effects of participatory budgeting on municipal expenditures and infant mortality in Brazil. *World Development, 53*, 94–110. https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2013.01.009

Gradener, J., & Spierts, M. (2025). De overlevingskunst van het opbouwwerk in de jaren 90. *CR Magazine, 2*, *Tijd voor actie?* Crafting Resilience. https://www.craftingresilience.nl/images/documents/2-Het-omarmen-van-publike-kwesties-CR2.pdf

Gradener, J., Hofman, J., Ikink, J., & de Jong, J. (2023). *Laten we het eens over samenlevingsopbouw hebben. Het is tijd: Visiedocument Samenlevingsopbouw*. Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk. https://www.bpsw.nl/actueel/nieuws/item/visiedocument-zet-belang-samenlevingsopbouw-op-de-kaart/

Health Policy Watch. (2025). *WHO's big push to integrate traditional medicine into global healthcare framework*. https://healthpolicy-watch.news/whos-big-push-to-integrate-traditional-medicine-into-global-healthcare-framework/

Hildebrandt, H., Hermann, C., Knittel, R., Richter-Reichhelm, M., Siegel, A., & Witzenrath, W. (2010). Gesundes Kinzigtal integrated care: Improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract. *International Journal of Integrated Care, 10*. https://doi.org/10.5334/ijic.527

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine, 7*(7), e1000316. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316

International Federation of Social Workers [IFSW]. (2014). *Global definition of social work*. https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/

Kaulingfreks, F. N. A., & Matthijsen, K. (2024). *Gemene delers: Theoretische verkenning van community development* [Working paper]. University of Amsterdam.

Kölner, C. (2024). *Rechtvaardige preventie: Op het snijvlak van de publieke gezondheidszorg en het sociaal domein* [Proefschrift, Universiteit voor Humanistiek]. https://research.uvh.nl/en/publications/rechtvaardige-preventie-op-het-snijvlak-van-de-publieke-gezondhei/

Kölner, C. (2025, 20 januari). Preventie moet rechtvaardiger worden [Interview]. *Sociaal Werk Nederland*. https://sociaalwerknederland.nl/actueel/carla-kolner-preventie-moet-rechtvaardiger-worden

Kölner, C., & Sprinkhuizen, A. (2025). *Over de grens: Een samenspel- en doeboek over de brug tussen welzijn en zorg*. Hogeschool Utrecht, Kenniscentrum Sociale Innovatie.

Konrath, S., Fuhrel-Forbis, A., Lou, A., & Brown, S. (2012). Motives for volunteering are associated with mortality risk in older adults. *Health Psychology, 31*(1), 87–96. https://doi.org/10.1037/a0025226

Kretzmann, J. P., & McKnight, J. L. (1993). *Building communities from the inside out: A path toward finding and mobilizing a community's assets*. ACTA Publications.

Landelijk Kennisnetwerk Welzijn op Recept. (z.d.). *Welzijn op Recept*. https://welzijnoprecept.nl/

Landelijk Opleidingsdocument Social Work. (2025). Landelijk opleidingsdocument sociaal werk. Vereniging Hogescholen.

Mackean, T., Fisher, M., Friel, S., & Baum, F. (2025). Leading the way: The contribution of Aboriginal community controlled health organisations to community health in Australia. Australian Journal of Primary Health, 31, PY24223. https://doi.org/10.1071/PY24223

Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., Grady, M., & Geddes, I. (2010). *Fair society, healthy lives: The Marmot Review*. The Marmot Review.

McKnight, J. (1977). Professionalized service and disabling help. In I. Illich, I. K. Zola, J. McKnight, J. Caplan & H. Shaiken, Disabling professions (pp. 69–91). Marion Boyars.

Moore, M. H. (1995). *Creating public value: Strategic management in government*. Harvard University Press.

Movisie. (2026). Expertiseprofiel Opbouwwerk. Landelijke Actieagenda de Kracht van Samenlevingsopbouw. https://www.movisie.nl/publicatie/expertiseprofiel-opbouwwerk

National Aboriginal Community Controlled Health Organisation [NACCHO]. (z.d.). *Key facts: Why ACCHS are needed*. https://www.naccho.org.au/app/uploads/2021/09/Key-facts-1-why-ACCHS-are-needed-FINAL.pdf

National Academy for Social Prescribing. (z.d.). *The impact of social prescribing on health service use and costs*. https://socialprescribingacademy.org.uk/media/t13fg02l/the-impact-of-social-prescribing-on-health-service-use-and-costs.pdf

National Elf Service. (2026). *Beyond relapse: What does the ODDESSI trial tell us about Open Dialogue?* https://www.nationalelfservice.net/treatment/topical/beyond-relapse-what-does-the-oddessi-trial-tell-us-about-open-dialogue/

National Institute of Standards and Technology [NIST]. (z.d.). *Southcentral Foundation: Baldrige Award recipient profile*. https://www.nist.gov/baldrige/southcentral-foundation

Naylor, C., & Wellings, D. (2019). *A citizen-led approach to health and care: Lessons from the Wigan Deal*. The King's Fund. https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/reports/wigan-deal

Nederlandse Zorgautoriteit. (2026, 3 februari). Bekostiging versterkt regionale samenwerking in de eerstelijnszorg. https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2026/02/03/bekostiging-versterkt-regionale-samenwerking-in-de-eerstelijnszorg

Nederlandse Zorgautoriteit. (z.d.). Nieuwe bekostiging voor samenwerkingsverbanden in de eerstelijn. https://www.nza.nl/onderwerpen/r/regionale-samenwerking/t/nieuwe-bekostiging-voor-samenwerkingsverbanden-in-de-eerstelijn

Nurture Development. (z.d.). *ABCD Institute*. https://www.nurturedevelopment.org/abcd-institute/

Nussbaum, M. C. (2011). *Creating capabilities: The human development approach*. Belknap Press.

Oetzel, J. G., Simpson, M., Meha, P., Cameron, M. P., Zhang, Y., Nock, S., Reddy, R., Adams, H., Akapita, N., Akariri, N., Anderson, J., Clark, M., Ngaia, K., & Hokowhitu, B. (2024). Tuakana-teina peer education programme to help Māori elders enhance wellbeing and social connectedness. *BMC Geriatrics, 24*, 114. https://doi.org/10.1186/s12877-024-04703-0

Okun, M. A., Yeung, E. W., & Brown, S. (2013). Volunteering by older adults and risk of mortality: A meta-analysis. *Psychology and Aging, 28*(2), 564–577. https://doi.org/10.1037/a0031519

O'Reilly, D., Rosato, M., Moriarty, J., & Leavey, G. (2017). Volunteering and mortality risk: A partner-controlled quasi-experimental design. *International Journal of Epidemiology, 46*(4), 1295–1302. https://doi.org/10.1093/ije/dyx037

Örnek, C. (2026). *Nederland heeft geen zorgcrisis, Nederland heeft een samenlevingscrisis* [Essay]. Sociaal Werk Nederland. https://sociaalwerknederland.nl/wp-content/uploads/2026/09/Nederland-heeft-geen-zorgcrisis-0926-Cevdet-Ornek.pdf

Orton, L. C., Pennington, A., Nayak, S., Sowden, A., Petticrew, M., White, M., & Whitehead, M. (2019). What is the evidence that differences in 'control over destiny' lead to socioeconomic inequalities in health? A theory-led systematic review of high-quality longitudinal studies on pathways in the living environment. *Journal of Epidemiology and Community Health, 73*(10), 929–934. https://doi.org/10.1136/jech-2019-212565

Ostrom, E. (1990). *Governing the commons: The evolution of institutions for collective action*. Cambridge University Press.

Pearson, O., Schwartzkopff, K., Dawson, A., Hagger, C., Karagi, A., Davy, C., Brown, A., & Braunack-Mayer, A. (2020). Aboriginal community controlled health organisations address health equity through action on the social determinants of health. *BMC Public Health, 20*, 1859. https://doi.org/10.1186/s12889-020-09943-4

Pilling, S., Clarke, K., Parker, G., James, K., Landau, S., Weaver, T., Razzaque, R., & Craig, T. (2022). Open Dialogue compared to treatment as usual for adults experiencing a mental health crisis: Protocol for the ODDESSI multi-site cluster randomised controlled trial. *Contemporary Clinical Trials, 113*, 106664. https://doi.org/10.1016/j.cct.2021.106664

Reweti, A. (2023). Understanding how whānau-centred initiatives can improve Māori health in Aotearoa New Zealand. *Health Promotion International, 38*(4), daad070. https://doi.org/10.1093/heapro/daad070

Rijksoverheid. (2025, 8 september). *Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA)*. https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2025/09/08/aanvullend-zorg--en-welzijnsakkoord-ondertekend

Schubert, I., Stelzer, D., Siegel, A., Köster, I., Mehl, C., Ihle, P., Günster, C., Dröge, P., Klöss, A., Farin-Glattacker, E., Graf, E., & Geraedts, M. (2021). Ten-year evaluation of the population-based integrated health care system “Gesundes Kinzigtal.” *Deutsches Ärzteblatt International, 118*(27–28), 465–472. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0163

Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford University Press.

Sennett, R. (2012). Together: The rituals, pleasures and politics of cooperation. Yale University Press.

Sociaal Werk Nederland. (2025). *Dossier Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA)*. https://sociaalwerknederland.nl/dossier/aanvullend-zorg-en-welzijnsakkoord-azwa

Sociaal Werk Nederland. (2026a, 15 januari). *Nieuw expertiseprofiel Opbouwwerk verschenen*. https://sociaalwerknederland.nl/actueel/nieuw-expertiseprofiel-opbouwwerk-verschenen

Sociaal Werk Nederland. (2026b, 7 april). *Nieuwe leeruitkomsten: Belangrijke versterking voor basis opbouwwerkers*. https://sociaalwerknederland.nl/actueel/nieuwe-leeruitkomsten-belangrijke-versterking-voor-basis-opbouwwerkers

Sociaal Werk Nederland. (2026c, 23 april). Meer duidelijkheid over financiële middelen AZWA. https://sociaalwerknederland.nl/actueel/meer-duidelijkheid-over-financiele-middelen-azwa

Sociaal Werk Nederland. (2026d, 1 juni). Eerste handreikingen basisfunctionaliteiten AZWA beschikbaar. https://sociaalwerknederland.nl/actueel/eerste-handreikingen-basisfunctionaliteiten-azwa

Sociaal Werk Nederland. (2026e, 15 juli). Nieuwe AZWA-handreikingen: inloopvoorzieningen, mantelzorgondersteuning en logeerzorg. https://sociaalwerknederland.nl/actueel/nieuwe-azwa-handreikingen-inloopvoorzieningen-mantelzorgondersteuning-en-logeerzorg

Sprinkhuizen, A. (2024). ‘Digitaal werken is schijnnabijheid’. *Sociale Vraagstukken*. https://www.socialevraagstukken.nl/interview/ard-sprinkhuizen-digitaal-werken-is-schijnnabijheid/

Te Puni Kōkiri. (2015). *Understanding whānau-centred approaches: Analysis of Phase One Whānau Ora research and monitoring results*. New Zealand Government.

Themaseminar Zorgtransitie en opbouwwerk. (2026, 30 juni). *Programma, draaiboek, transcript en chatverslag* [Ongepubliceerde documenten]. Programmalijn Versterken van Praktijken van Samenlevingsopbouw.

Timebanking UK. (2020). *Improving healthcare through participation*. https://timebanking.org/wp-content/uploads/2020/05/Improving-healthcare-through-participation.pdf

Tjin A Djie, K., & Zwaan, I. (2023). *Beschermjassen: Transculturele hulp aan families* (6e herziene druk). Van Gorcum.

Van den Heuvel, J. (2017, 20 oktober). Vervang dbc's door populatiebekostiging. *Medisch Contact*. https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/vervang-dbcs-door-populatiebekostiging

Van der Klein, S. (2026, 30 juni). *Van doorverwijzen naar samenwerken* [Presentatie]. Themaseminar Zorgtransitie en opbouwwerk, Programmalijn Versterken van Praktijken van Samenlevingsopbouw.

Van der Maesen, L. J. G., & Walker, A. (Eds.). (2012). *Social quality: From theory to indicators*. Palgrave Macmillan.

Van Pelt, M., Rensen, P., & Spierts, M. (2024). *Wat werkt bij samenlevingsopbouw*. Movisie.

Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (2026). *Q&A webinars AZWA*. https://vng.nl/sites/default/files/2026-06/q-a-webinars-azwa.pdf

Ward, P. R., Meyer, S. B., Verity, F., Gill, T. K., & Luong, T. C. N. (2011). Complex problems require complex solutions: The utility of social quality theory for addressing the social determinants of health. *BMC Public Health, 11*, 630. https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-630

Weaver, L. (2018, 11 april). *When collective impact has an impact: An evaluation of the practice*. Tamarack Institute. https://www.tamarackcommunity.ca/articles/when-collective-impact-has-an-impact-an-evaluation-of-the-practice

Welsh Government. (2015). *Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015: The essentials*. https://www.gov.wales/well-being-future-generations-act-essentials-html

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR]. (2017). *Weten is nog geen doen: Een realistisch perspectief op redzaamheid* (WRR-rapport 97). WRR.

Whitehead, M., Pennington, A., Orton, L., Nayak, S., Petticrew, M., Sowden, A., & White, M. (2016). How could differences in 'control over destiny' lead to socio-economic inequalities in health? A synthesis of theories and pathways in the living environment. *Health & Place, 39*, 51–61. https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2016.02.002

WonenBreburg. (2026, 1 februari). *Lang Leven Thuis Tilburg: Waar wonen, welzijn en zorg samenkomen onder één dak*. https://www.wonenbreburg.nl/over-ons/publicaties/nieuws/lang-leven-thuis-tilburg-waar-wonen-welzijn-en-zorg-samenkomen-onder-een-dak

Wong, Y. M. A., Ahn, S., Bana, A., Dua, P. K., Eggers, R., Kuruvilla, S., Li, Y., Liu, Q., Shen, Y., & Kim, S. (2025). Policy implications of WHO's Global traditional medicine strategy 2025–2034. *Bulletin of the World Health Organization, 103*(11), 715–721. https://doi.org/10.2471/BLT.25.293414

World Health Organization [WHO]. (2021). *Global report on ageism*. https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240016866

World Health Organization [WHO]. (2025). *Global traditional medicine strategy 2025–2034*. https://doi.org/10.2471/9789240113176

Zorgvisie. (2022, 3 maart). *Populatiebekostiging kan een eind maken aan inkoopcircus*. https://www.zorgvisie.nl/blog/populatiebekostiging-kan-een-eind-maken-aan-inkoopcircus/