

VLAAMS INSTITUUT
**GEZOND
LEVEN**

KRUISPUNTDENKEN EN KRUISPUNT*DOEN*

BINNEN ZIEKTEPREVENTIE
EN GEZONDHEIDSBEVORDERING

EEN KORTE
GIDS VOOR
PROFESSIONALS



Vlaanderen
is zorg



Het kruispuntdenken biedt een waardevol perspectief om te kijken naar diversiteit en ongelijkheid binnen heel wat maatschappelijke domeinen. Het is daarnaast ook een manier om die ongelijkheid aan te pakken. Kruispuntdenken heeft ook een grote meerwaarde voor ziektepreventie en gezondheidsbevordering omdat het de missie 'een gezond leven voor iedereen' helpt realiseren.

Om van kruispuntdenken ook naar kruispuntdoen te evolueren, stellen en beantwoorden we in deze gids drie vragen:

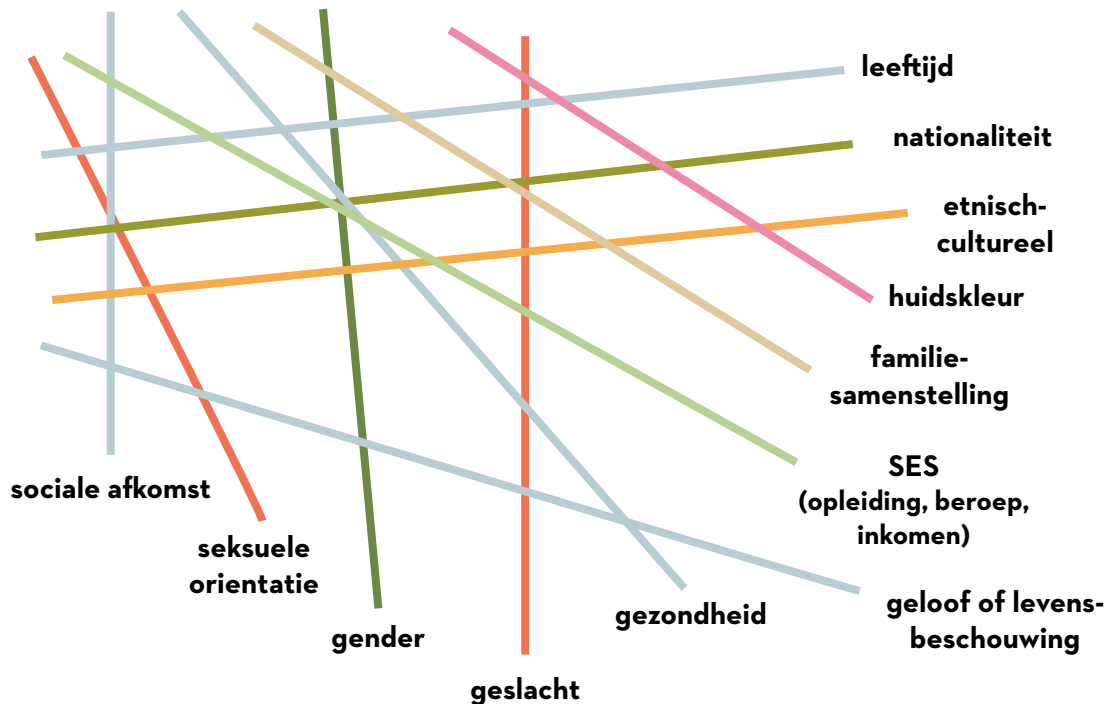
VRAAG 1:
Wat is kruispunt-
denken?

VRAAG 2:
Wat leert het kruispunt-
denken ons over gezond-
heidsongelijkheid
en risicogroepen?

VRAAG 3:
Wat impliceert
kruispuntdenken voor
de praktijk van ziekte-
preventie en gezond-
heidsbevordering?

VRAAG 1:
Wat is kruispuntdenken?

Kruispuntdenken is een manier om te kijken naar de superdiversiteit in onze samenleving. Iedereen bevindt zich op **kruispunten van diverse identiteiten**. Denk aan gender, etniciteit, seksuele oriëntatie, familiesamenstelling, huidskleur, levensbeschouwing, financiële middelen, enzoverder. Deze identiteiten zijn gelijktijdig werkzaam én beïnvloeden elkaar continu.



DE NORM: PRIVILEGE EN DISCRIMINATIE

De kruispunten waarop mensen zich bevinden, dus welke identiteiten ze met elkaar combineren, bepalen in belangrijke mate hun **positie in de maatschappij**.

Bepaalde identiteitskenmerken kunnen ervoor zorgen dat mensen, los van persoonlijke voor- of tegenspoed, **maatschappelijke privileges** ervaren. Andere kenmerken kunnen ervoor zorgen dat mensen hier nadeel van ondervinden omdat ze niet aan 'de norm' voldoen en vormen van **discriminatie en uitsluiting** ervaren.

Het al dan niet bezitten van bepaalde identiteitskenmerken heeft een belangrijke impact op onze positie en onze kansen. Dat komt omdat bepaalde kenmerken hoger worden ingeschat of meer als de **norm** worden beschouwd dan andere: man versus vrouw, wit versus gekleurd, 'autochtoon' versus 'allochtoon', hetero versus LGBTQ+, rijke middenklasse versus (kans)arm, jong versus oud ... Op hoe meer aspecten je 'afwijkt' van de norm, hoe moeilijker je het op structureel niveau hebt in de samenleving. Dit maakt dat we niet kunnen spreken over ervaringen van bijvoorbeeld 'de vrouw', of 'mensen met migratieachtergrond'. Het is de combinatie van verschillende identiteiten die voor een bepaalde (meer positieve of negatieve) ervaring zorgt.



EEN VOORBEELD

De Belgische wet op gezinshereniging (mei 2011) heeft een andere impact op vrouwen dan op mannen met migratieachtergrond. Volgens deze wet moet je een bepaalde inkomensgrens hebben voor je familieleden kan laten overkomen. Dit is voor veel vrouwen moeilijker omwille van verschillende redenen: ze werken meer halftijds, maken minder snel carrière omwille van het glazen plafond, verdienen minder omwille van de loonkloof, hebben vaak dubbele dagtaken, enzoverder. Je merkt dus dat de effecten van de wet zich situeren op een kruising van maatschappelijk minder gewaardeerde identiteiten en bijhorende discriminaties. (Voorbeeld uit **'Intersectioneel denken. Handleiding voor professionals die intersectionaliteit of kruispuntdenken in de eigen organisatie willen toepassen'** (Ella VZW).

Antropoloog Jan Van den Broek verwoordt de meerwaarde van kruispuntdenken alvast mooi in een artikel op sociaal.net:

“Intersectionele analyses leggen de wetmatigheden van onderdrukking bloot die ervoor zorgen dat het in onze samenleving voor Jan gemakkelijker is dan voor Bilal en Tine. En voor Tine gemakkelijker dan Fatima. Voor Fatima zonder hoofddoek is het gemakkelijker dan voor Yasmina met hoofddoek. Het is gemakkelijker voor Jan die heteroseksueel of cisgender is dan voor Tom die homoseksueel of transgender is. En Tom zal in het algemeen toch minder en andere drempels ervaren dan iemand met Congolese roots die ook homoseksueel is”

MAATSCHAPPELIJKE KWETSBAARHEID

Mensen die zich op kruispunten van meerdere identiteiten bevinden waarmee ze 'afwijken van de norm', komen vaker **negatief in aanraking met de maatschappelijke structuren en systemen**. Ze kennen vaak een moeilijke onderwijsloopbaan met één of meerdere bis-ervaringen en moeilijke contacten met leerkrachten, ze vinden een pak moeilijker werk, ze ervaren interacties met instellingen zoals de RVA als eerder negatief, ze komen meer in contact met gespecialiseerde hulpverlening, waarmee ze dikwijls weinig binding ervaren, nemen minder vaak deel aan georganiseerde vrijetijdsinitiatieven en ervaren die als weinig toegankelijk, enzoverder. Deze mensen bevinden zich in een **maatschappelijk kwetsbare situatie**. In deze **factsheet** kom je meer te weten over maatschappelijke kwetsbaarheid.

VERSCHILLEN ÉN GELIJKENISSEN

Er bestaan dus niet alleen verschillen tussen mensen, maar ook **sociale ongelijkheid**. Tegelijkertijd leert het kruispuntdenken ons dat er ook altijd overeenkomsten zijn. Personen met een andere huidskleur, etniciteit, sociaaleconomische positie, ... kunnen elkaar bijvoorbeeld vinden in eenzelfde gezinssituatie en/of seksuele oriëntatie. Kortom, het kruispuntdenken maakt ons alert voor **zowel verschillen als gelijkenissen** tussen mensen.



VRAAG 2:

**Wat leert kruispuntdenken ons
over gezondheidsongelijkheid en
risicogroepen?**

Gezondheidsongelijkheid refereert aan de systematische verschillen in gezondheidsstatus tussen socio-economische groepen. Deze verschillen zijn sociaal geproduceerd, en daarom vermijdbaar en onrechtvaardig. Groepen die sociaaleconomisch minder of het minst geprivilegieerd zijn, lopen systematisch meer risico op gezondheidsproblemen doorheen hun hele leven.

Via het kruispuntdenken kunnen we het probleem van gezondheidsongelijkheid beter begrijpen. Via 2 inzichten leren we meer over welke groepen – op welke identiteitskruispunten – meer gezondheidsrisico's lopen dan andere groepen en waarom. We weten dan welke de risicogroepen zijn waar we volgens het principe van proportioneel universalisme bijzondere aandacht aan besteden.



Mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties hebben minder kansen binnen verschillende levensdomeinen (werk, huisvesting, onderwijs,...), inclusief op vlak van gezondheid. Wanneer je identiteiten zoals een beperkt inkomen, een lage scholingsgraad, een onzekere tewerkstelling en een migratieachtergrond met elkaar combineert, zal je doorgaans minder kansen ervaren op een gezond leven.

We weten bijvoorbeeld dat mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties meer lijden aan aandoeningen zoals diabetes, obesitas en depressie. Ze verliezen ook systematisch meer gezonde levensjaren door die aandoeningen. Bovendien ervaren deze mensen hun eigen gezondheid als minder goed in vergelijking met andere sociale groepen.

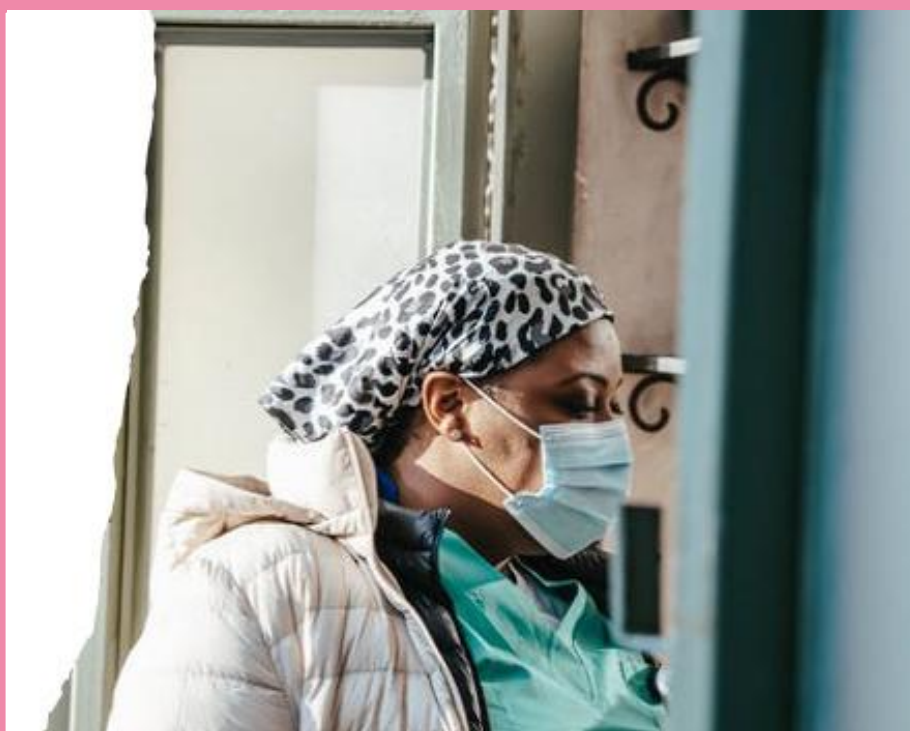


INZICHT 1

Mensen die zich op kruispunten van maatschappelijk minder gewaardeerde identiteiten bevinden (zoals beperkt inkomen, laag en/of praktisch-georiënteerd opleidingsniveau, onzekere tewerkstelling, lage werkintensiteit, onzeker verblijfsstatuur,...) lopen een verhoogd gezondheidsrisico **over verschillende gezondheidsthema's** (voeding, mentaal welbevinden, roken,...) heen. Hun gezondheid is over het algemeen minder goed.



MAAK KENNIS MET NADIA. ZIJ ONDERVINDT EEN MAATSCHAPPELIJKE KWETSBAARHEID DIE EEN IMPACT HEEFT OP HAAR GEZONDHEID.

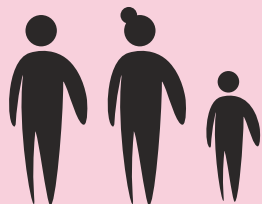


Nadia is deeltijds verpleegkundige en werkt in wisselende ochtend-avond shift. Haar partner werkt als magazijnier na een lange periode van werkloosheid. Nadia houdt van haar job, maar die bezorgt haar ook veel stress. Door de wisselende shift heeft ze vaak last van slaapproblemen. Soms krijgt ze ook kwetsende opmerkingen van collega's of patiënten over het feit dat ze een hoofddoek draagt, alsof dat haar een minder goede verpleegster zou maken. Nadia kon vorig jaar met haar partner een huis kopen, maar dat was enkel haalbaar omdat de woonst in een minder goede buurt gelegen is. Ze hebben veel last van nachtlawaai, en er zijn weinig parken in de buurt. Er is veel autoverkeer, en fietsen voelt niet veilig aan. In het huis zijn ook veel vochtproblemen, waardoor Nadia soms last heeft van ademhalingsproblemen. Nadia stoort zich aan het feit dat er in hun buurt geen supermarkt is, maar wel op elke hoek van de straat een winkeltje waar ze sigaretten verkopen. Haar partner rookt, maar Nadia wil graag dat hij stopt. Misschien zou dat al iets minder moeilijk zijn als er in de buurt niet zo veel verleidingen waren.



SOCIALE DETERMINANTEN VAN GEZONDHEID- (SONGELIJKHEID)

De invloeden die Nadia ondervindt noemen we ook wel **sociale determinanten van gezondheid**. Ze verwijzen naar **de omstandigheden waarin mensen geboren worden, opgroeien, leven, werken en ouder worden**. Deze determinanten zijn ongelijk verdeeld onder de bevolking. Mensen die op verschillende identiteitsassen afwijken van de maatschappelijke 'norm', worden vaak op systematische manier **negatief getroffen** door deze sociale determinanten, zoals het verhaal van Nadia illustreert. Dat is geen toeval, want deze mensen worden niet enkel getroffen door gezondheidsongelijkheid, maar onderliggend ook door sociale ongelijkheid. Die sociale ongelijkheid verwijst naar het feit dat zaken die belangrijk worden geacht in een samenleving ongelijk verdeeld zijn, in het nadeel van mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties. Denk aan inkomen, kennis, sociale status, de 'macht' om invloed uit te oefenen op hoe de samenleving wordt georganiseerd, enzoverder. Het is dus deze sociale ongelijkheid tussen groepen die structureel aan de basis ligt van gezondheidsongelijkheid. Het is **'the cause of the causes'**.

**WIE?**

weinig
scholing

onzekere
verblijfstatus

beperkt
inkomen

lage
werkintensiteit

onzekere
tewerkstelling

...

ERVAART WAT?

IN WELKE OMGEVING



weinig
sociale steun

stress en
conflict

uitsluiting en
discriminatie

criminaliteit en
onveiligheid in de
buurt

weinig groenruimte
in de buurt

slechte huisvesting

ontoegankelijk
aanbod ((preventie-
ve) zorg, vrije tijd,
maatschappelijke
dienstverlening,...))

**MET WELKE
IMPACT OP
DE GEZONDHEID?**

doorheen hele
leven meer risico's
op fysieke en
mentale gezond-
heidsproblemen

**WAAROM?**

sociale ongelijkheid en dus ongelijke verdeling van
macht, sociale status, geld, en bijhorende kansen.

Sociale ongelijkheid = 'cause of the causes'



INZICHT 2

Naast mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties, zijn er ook **andere groepen** die voor **specifieke gezondheidsthema's** een **verhoogd risico** kunnen lopen. Zij beschikken over één of meerdere identiteitskenmerken die voor dat bepaalde gezondheidsthema **risicofactoren** vormen.

RISICOFACTOREN KUNNEN VAN BIOLOGISCHE, GEOGRAFISCHE, SOCIALE EN CULTURELE AARD ZIJN

Bijvoorbeeld: Vrouwen van boven de 50 lopen meer kans op borstkanker dan jongere vrouwen.

Bijvoorbeeld: Mensen met een Surinaams-Hindoestaanse, Turkse, en Marokkaanse afkomst hebben meer aanleg voor diabetes.

Bijvoorbeeld: Hoogopgeleide vrouwen met een veeleisende job lopen meer risico op een problematische alcoholconsumptie.

Bijvoorbeeld: Mannen vinden minder makkelijk de weg naar (preventieve) mentale hulpverlening.



De risicogroep vanuit kruispuntdenken bekeken

Nemen we inzichten 1 en 2 samen, dan weten we dat voor een bepaald gezondheidsprobleem mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties bijna altijd deel uitmaken van 'de risicogroep'. Dit is **de groep van mensen met een verhoogd risico op een gezondheidsprobleem (en de determinanten ervan), negatieve gevolgen van dit gezondheidsprobleem, en/of op niet-deelname aan preventieve programma's gericht op het gezondheidsthema**. Naast mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties kunnen er nog andere groepen zijn die, omwille van (de cumulatie van) bepaalde biologische, geografische, culturele en/of sociale identiteitskenmerken, deel uitmaken van de risicogroep. Wanneer mensen kenmerken van maatschappelijke kwetsbaarheid combineren met andere risicofactoren (vb. leeftijd, gender, woonplaats,...) zal dit vaak de kans op gezondheidsproblemen nog verhogen.



INZICHT 1



INZICHT 2



Onderstaande voorbeelden laten zien hoe **4 hypothetische personen** deel uitmaken van de risicogroep voor een bepaald gezondheidsprobleem omdat ze zich op bepaalde kruispunten bevinden. Kruispunten waar biologische, geografische, sociale en culturele risicofactoren en/of identiteitskenmerken van maatschappelijke kwetsbaarheid elkaar vinden.



Uiteraard staan verschillende soorten risicofactoren met elkaar in interactie. Deze interactie-effecten zijn specifiek voor elk gezondheidsthema en laten we hier verder buiten beschouwing.



Lisette is een vrouw van 62 jaar en heeft gezien haar leeftijd een verhoogd risico op borstkanker. Ze combineert deze biologische risicofactor met een beperkt inkomen en een onzekere tewerkstelling, wat haar kans op de ziekte en de laattijdige detectie ervan mogelijk nog vergroot. Hoe dan? Lisette woont in een omgeving die niet bevorderlijk is voor de gezondheid omwille van vocht in huis en luchtverontreiniging in de buurt. Ze heeft omwille van stress en zorgen een beperkte mentale bandbreedte om met een gezonde leefstijl bezig te zijn, en ze ervaart het preventieve aanbod rond borstkanker (de campagnes, de screening,...) als weinig toegankelijk.



Eva (42) heeft als vrouw met een hoog opleidingsniveau een verhoogd risico om een 'gevaarlijke drinker' te zijn. Zij bevindt zich vaker in sociale situaties waar de limieten en sociale normen van alcoholgebruik hoger liggen.



Axelle (40) daarentegen, een vrouw met een lager opleidingsniveau en een verhoogde maatschappelijke kwetsbaarheid, heeft minder risico op een problematisch alcoholgebruik dan Eva, maar zij zal wel sneller de negatieve gezondheidseffecten van alcohol voelen. Ook het aanbod van hulpverlening zal voor haar mogelijk als minder toegankelijk worden ervaren.



Bachir (56) loopt een verhoogt risico op mentale problemen en een laattijdige hulpverlening hiervoor. Hij heeft zich een aantal opvattingen eigen gemaakt over wat het betekent om een man te zijn: bezig zijn met mentaal welzijn, zelfzorg,... horen daar niet bij. Deze opvattingen leven zeker ook bij vele mensen uit de Marokkaanse gemeenschap waar hij deel van uitmaakt. ook bij hulpverleners kan deze opvatting leven en een drempel vormen om het gesprek over mentaal welzijn met mensen uit deze groep aan te gaan.

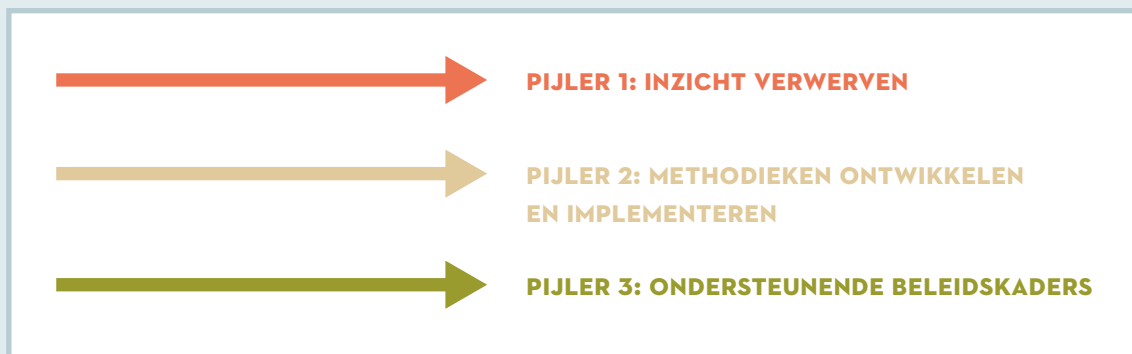


In een aantal gevallen kunnen factoren die indicatief zijn voor maatschappelijke kwetsbaarheid het risico op een bepaald gezondheidsprobleem of ongezond gedrag net verkleinen. Denk bijvoorbeeld aan het feit dat religie kan beschermen tegen overmatig alcoholgebruik.

VRAAG 3:

**Wat impliceert kruispuntdenken
voor de praktijk van ziektepreventie
en gezondheidsbevordering?**

Kruispuntdenken beperkt zich niet tot bewustzijn, maar impliceert **actie en engagement**. Hoe zetten we het kruispuntdenken dan om in de praktijk van ziektepreventie en gezondheidsbevordering? Met andere woorden: hoe evolueren we van kruispuntdenken naar kruispunt~~den~~doen? Je leest hier hoe het kruispuntdenken zich vertaalt in 3 actiepijlers.



➡ **PIJLER 1: INZICHT VERWERVEN**

Ten eerste is het nodig om te weten te komen **welke kruispunten** voor jouw gezondheidsthema's nu net voor een verhoogd risico zorgen, waarom en op welke manier.

Om een antwoord te vinden op die vragen, kan je een literatuuronderzoek doen en/of een (kleinschalig) (voor)onderzoek voeren.

Met een kruispuntdenken-bril aan (voor)onderzoek doen om groepen met een verhoogd risico in kaart te brengen, heeft verschillende voordelen:

- ▶ je kan beter rekening houden met verschillen tussen en binnen groepen
- ▶ je gaat het risico op stigmatiserend onderzoek en werken tegen
- ▶ je maakt mogelijk een 'blinde vlek' zichtbaar door specifieke kwetsbaarheden en aandachtspunten bloot te leggen (vb. mensen die zich op kruispunten van maatschappelijk minder gewaardeerde identiteiten én andere risicofactoren voor jouw gezondheidsprobleem bevinden).

Een kruispunt-sensitief (voor)onderzoek is dus de basis om meer impact te creëren bij de groepen die het meeste risico lopen..

Je kan op verschillende manieren aan (voor)onderzoek doen:

1. BESTAANDE INFORMATIEBRONNEN OPZOEKEN/RAADPLEGEN		
LITERATUUR-STUDIE	Individuele studies	bv. via Google Scholar , Pub Med , ...
	Overzichtsstudies (review, systematische review of meta-analyse)	bv. via Health Evidence , Epistemonikos, Cochrane Library , The Community Guide , ...
	TIP: denk na over de juiste kernwoorden bij je zoekopdracht. Zoek je hulp bij het raadplegen van wetenschappelijke literatuur? Dat kan hier .	bv. inequality/difference in; intersectionality, intersectional inequalities/stigma; socio-demographic risk factors of; in minorities/ minority groups
INTERACTIEVE DASHBOARDS	Belgische data	bv. Equality Data Unia , IMA-atlas , HISIA , StatBel , Statistiek Vlaanderen , Geopunt , ...
	Internationale data	bv. WHO , ECHI Data Tool , Eurostat, ...
2. ZELF MENSEN BEVRAGEN EN DATA ANALYSEREN		
KWALITATIEF	TIP: doe een laagdrempelig methodisch onderzoek om je beter te kunnen inleven in de doelgroep	bv. via diepte-interview, focusgroep, participatief traject, photo voice (niet-talige methode), (n)etnografisch onderzoek,...
KWANTITATIEF	TIP: zorg voor een voldoende grote steekproef met verschillende identiteitskenmerken	bv. via vragenlijst/survey, registratie, klinische vignetten, ...
	AANDACHTSPUNT: inclusie van mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties in kwantitatieve bevragingen. Lees er hier een interessant artikel over.	

TIP: Ben je op zoek naar informatie, tips en voorbeelden voor het opmaken van meetinstrumenten (vb. vragenlijst, focusgroepprotocol,...), neem **hier** dan een kijkje.

TIP: Een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek is vaak ideaal

TIP: Denk eens verder dan de ‘usual suspects’ zoals een survey of focusgroep. Een screening van interacties op social media (ook wel ‘online social listening’ genoemd) bijvoorbeeld, kan met beperkte middelen interessante inzichten opleveren over opvattingen, drempels, krachten,... van bepaalde groepen.

TIP: Ook zonder uitgebreid (wetenschappelijk) onderzoek kan je heel wat waardevolle inzichten verzamelen. Er zijn verschillende manieren om op een laagdrempelige manier toch methodisch aan de slag te gaan om antwoorden op belangrijke vragen te verzamelen. Kijk zeker eens in de inspiratiegids **‘Werken aan gezondheid met mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties’, onder werkwijze 1: ‘de doelgroep leren kennen via laagdrempelig methodisch onderzoek’**.

Elk van bovenstaande manieren is geschikt om bepaalde vragen te beantwoorden die je zullen helpen om methodieken te ontwikkelen en te implementeren op maat van groepen met een verhoogd risico (mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties en andere risicogroepen). **In onderstaande tabel lees je welke manieren geschikt zijn voor het beantwoorden van welke vragen.**

SOORT STUDIE	GESCHIKT VOOR HET BEANTWOORDEN VAN VOLGENDE VRAGEN:
LITERATUURSTUDIE	Welke groepen (op welke kruispunten) lopen een verhoogd risico? (vb. verhoogd risico op gezondheidsprobleem en/of op negatieve gevolgen ervan, verhoogd risico tot niet-deelname aan preventief aanbod,...)
BESTAANDE DATABANKEN	Welk aandeel van mijn doelgroep combineert identiteitskenmerken die indicatief zijn voor een verhoogd risico m.b.t. het gezondheidsthema?
EIGEN KWANTITATIEF ONDERZOEK BIJ DE EINDDOELGROEP EN/OF INTERMEDIAIRS AANDACHTSPUNT: inclusie van mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties in kwantitatieve bevestigingen. Lees er hier een interessant artikel over.	Welk aandeel van mijn doelgroep combineert identiteitskenmerken die indicatief zijn voor een verhoogd risico m.b.t. het gezondheidsthema? Welke opvattingen, drempels, noden,... ervaren deze groepen?
EIGEN KWALITATIEF ONDERZOEK MET DE EINDDOELGROEP EN/OF INTERMEDIAIRS	Hoe kunnen we de drempels, krachten, noden, ervaringen,... van groepen met een verhoogd risico beter begrijpen?

TIP: Bijna altijd lopen mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties een verhoogd risico. Inzicht verwerven in deze groep – in hun drempels en hun krachten – is dus hoe dan ook belangrijk om later methodieken te kunnen ontwikkelen en implementeren die voor hen toegankelijk zijn. Bekijk alvast [deze factsheet](#) over kenmerken en risicofactoren van maatschappelijke kwetsbaarheid.

TIP: Plan je een bevraging (vb. interviews) bij je einddoelgroep, waak er dan zeker over dat je de stem hoort van die mensen die zich op de kruispunten bevinden die voor jouw gezondheidsthema(s) voor een verhoogde kwetsbaarheid zorgen. Denk bijvoorbeeld aan mensen die maatschappelijk minder gewaardeerde identiteiten combineren met andere risicofactoren (vb. gender, leeftijd, etniciteit,...).

Je vooronderzoek helpt je ook in kaart te brengen welke de verschillen en overeenkomsten (op vlak van noden, drempels, krachten,...) zijn tussen en binnen verschillende subgroepen: mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties, andere risicogroepen en niet-risicogroepen. Op basis van die verschillen en overeenkomsten, bepaal je je **'PU strategie'**. Je bepaalt in welke mate het mogelijk is met eenzelfde aanbod alle groepen te bereiken en welke 'proportionaliteiten' je dient toe te voegen om alle subgroepen/risicogroepen te bereiken. Ondersteuning voor het bepalen van je PU strategie vind je in [dit vijfstappenplan](#).



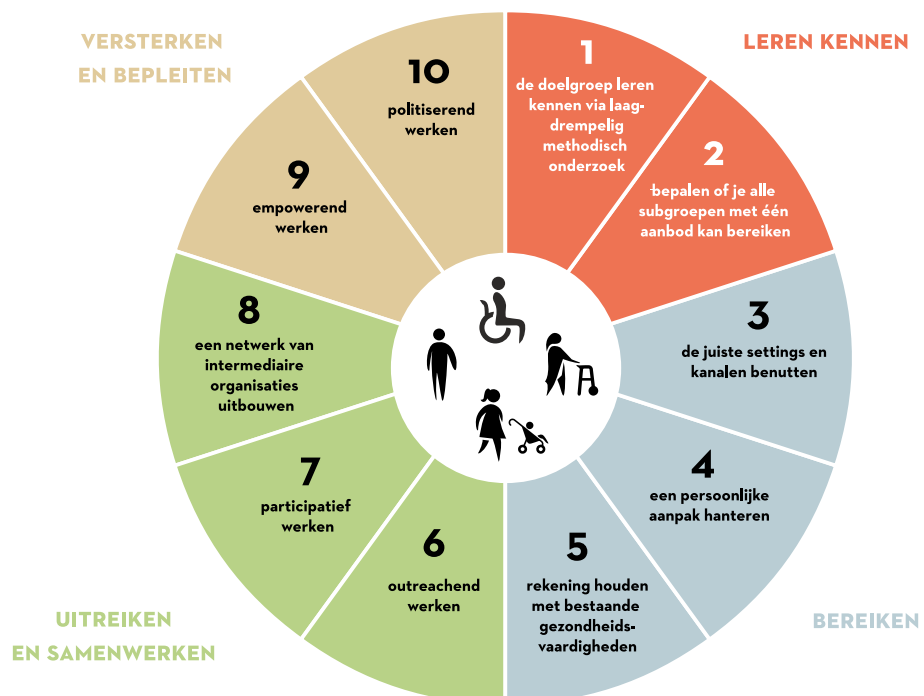


PIJLER 2: METHODIEKEN ONTWIKKELEN EN IMPLEMENTEREN

Je PU strategie laat je toe om methodieken te ontwikkelen en te implementeren die bijzondere aandacht hebben voor mensen op kruispunten die bijdragen tot een verhoogd risico voor jouw gezondheidsthema('s). **Dit zijn sowieso mensen op het kruispunt van maatschappelijk minder gewaardeerde identiteiten, maar ook andere risicogroepen, én zeker mensen die maatschappelijk minder gewaardeerde identiteiten combineren met andere risicofactoren.**

In de inspiratiegids 'werken aan gezondheid met mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties' vind je 10 werkwijzen terug die je toelaten je PU strategie in de praktijk om te zetten bij het ontwikkelen en implementeren van methodieken. Daarin krijg je bijvoorbeeld meer informatie over de meerwaarde van participatief en outreachend werken met en naar groepen die zich op kruispunten van identiteiten bevinden die voor jouw thema voor een verhoogd risico zorgen. Je leest er ook meer over het belang van politiserend werken.

PROPORTIONEEL UNIVERSALISTISCH WERKEN AAN GEZONDHEIDSONGELIJKHEID VOLGENS DE PU-TAART

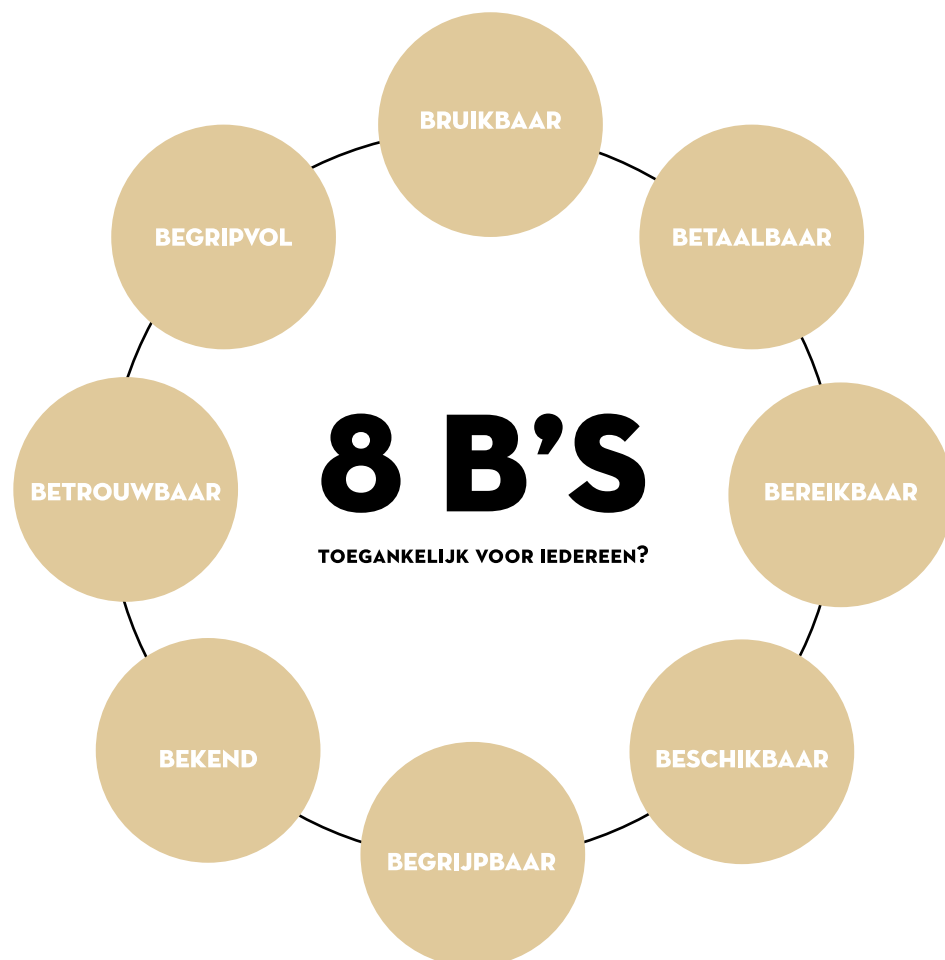


Hou je het kruispuntdenken goed in het achterhoofd wanneer je deze werkwijzen in de praktijk omzet, dat vaak je erover dat je ze in het bijzonder inzet om proportioneel meer aandacht te besteden aan de mensen op kruispunten die hen voor jouw gezondheidsthema('s) het meest kwetsbaar maken. Let wel: deze kwetsbaarheid neemt niet weg dat deze mensen over heel wat krachten beschikken waarop je in je methodiek kan inspelen.

BIJVOORBEELD: je wil in je methodiek rond mentaal welbevinden extra aandacht hebben voor mensen die zich op kruispunten bevinden van identiteiten die voor een verhoogd risico zorgen. Dit impliceert een verhoogd risico op een verminderd mentaal welbevinden, maar eveneens op de weg niet vinden naar het preventieve aanbod rond het thema. Je leest je in en komt tot de conclusie dat, zoals verwacht, mensen in een maatschappelijk kwetsbare situaties een verhoogd risico lopen, maar ook mannen en in het bijzonder mannen met niet-Westerse etniciteit. Je wil participatief met deze groepen aan de slag om een methodiek te ontwikkelen die aansluit bij hun drempels en krachten. Je spant je extra in om zeker mannen te includeren die én een niet-Westerse etniciteit hebben én zich op een kruispunt van maatschappelijk minder gewaardeerde identiteiten bevinden. Je gaat op zoek naar de deelsettings (vb. binnen vrije tijd, werk,...) en communicatiekanalen waar(langs) je deze mensen kan bereiken, reikt uit naar organisaties die met hen werken, en overweegt om samen te werken met sleutelfiguren waarin deze groepen zich kunnen herkennen.



Pas je de werkwijzen toe vanuit het kruispuntdenken, dan optimaliseer je de kans dat je methodiek of aanbod toegankelijk is voor iedereen, zeker ook voor groepen die zich op kruispunten van identiteiten bevinden die een verhoogd risico met zich meebrengen. De **8 B's van toegankelijkheid** helpen je te waken over de toegankelijkheid van je aanbod en bij te sturen waar nodig. Belangrijk daarbij is dat je de 8 B's niet voor je doelgroepen invult; de input van de doelgroepen zelf of intermediairs die er dicht bij staan zal nodig zijn om hun perspectief op een toegankelijk aanbod écht mee te hebben.





PIJLER 3: ONDERSTEUNENDE BELEIDSKADERS

Wanneer je kruispuntdenken verankert in het beleid van je organisatie, creëer je als organisatie een ondersteunend kader om je werking vanuit kruispuntdenken vorm te geven. **Beleidskaders** spelen daarbij een belangrijke rol.

Als organisatie kan je ervoor kiezen om het kruispuntdenken te integreren in de **inhoudelijke beleidskaders- en documenten**. Bijvoorbeeld:

- ▶ Bijzondere aandacht voor mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties en risicogroepen expliciteren in **visie- en missieteksten**. Deze aandacht is vanuit het kruispuntdenken te vertalen in:
 - ▶ **doelstellingen, indicatoren, prioriteiten, vrijgemaakte middelen die beschreven staan in beleidsplannen, jaarplannen,...** (vb. partnerschappen met organisaties die werken naar groepen op kwetsbare kruispunten, tijd en middelen om te investeren in participatieve en outreachende trajecten)
 - ▶ de **communicatievisie** en het communicatieplan, waarbij **diversiteitscommunicatie** als principe het beste aansluit bij het kruispuntdenken. Diversiteitscommunicatie impliceert communiceren naar de volledige doelgroep vanuit erkenning van de diversiteit van de doelgroep. Het vertrekt vanuit het idee van communiceren via gedeelde waarden, interesses, thematieken waarin iedereen zich kan herkennen en die mensen verbinden. Wanneer verschillen tussen groepen (voor jouw gezondheidsthema) fundamenteel zijn, kan gerichte communicatie uiteraard nodig zijn. Meer lezen over diversiteitscommunicatie doe je **[hier](#)** en **[hier](#)**.



Als organisatie kan je ervoor kiezen je **HR- en aanwervingsbeleid** vorm te geven aan de hand van het kruispuntdenken. Dit houdt bijvoorbeeld in dat je investeert in het deskundiger maken van medewerkers omtrent kruispuntdenken (via vorming, uitwisselingsdagen, inleefdagen,...). Maar ook dat je erover waakt dat iedereen – ook mensen die zich op kruispunten van maatschappelijk minder gewaardeerde identiteiten bevinden – zich:

- ▶ **welkom en ondersteund voelt om te solliciteren bij jouw organisatie.** Je denkt als organisatie na over hoe je je **vacatures** formuleert en hoe je duidelijk maakt dat je diversiteit omarmt. Je denkt ook na over welk **profiel** je zoekt. Je kan bijvoorbeeld actiever op zoek gaan naar werknemers die een weerspiegeling zijn van de maatschappij. Op die manier kan je de referentiekaders in het denken rond gezondheid, maar ook rond andere thema's (zoals bijvoorbeeld gender) binnen de organisatie uitbreiden. Vanuit deze overweging denk je na over de **kanalen** die je benut om je vacature te verspreiden (Kif Kif, 11.11.11, Levl,...)
- ▶ **goed voelt en kan floreren** op de werkvloer. Je denkt als organisatie na of jullie **infrastructuur**, maar ook **extralegale voordelen**, zoals glijtijden, thuiswerk, vrije opname van vakantiedagen, voor iedereen toegankelijk zijn. Misschien is het nodig om aan bepaalde aspecten van je beleid proportionaliteiten toe te voegen (iets extra doen, of iets anders invullen) opdat een bepaald voordeel ook voor die groep (bijvoorbeeld alleenstaande ouders) toegankelijk zou zijn. Je bekijkt ook het verlot gekoppeld aan feestdagen die tot nu toe vooral christelijk van origine zijn. Je denkt tot slot na over jullie **organisatiecultuur**: hou je ook in het 'informele' (vb. teamdagen) rekening met 'de ander' zonder die te stereotyperen (vb. iemand die niet zo sportief is op een teamdag laten wandelen, is misschien weinig creatief en voelt mogelijk kwetsend aan)?



Bekijk de andere
ondersteunende tools
rond gezondheids-
ongelijkheid en
proportioneel
universalisme **hier**

KRUISPUNTDENKEN EN KRUISPUNTDOEN BINNEN ZIEKTEPREVENTIE EN GEZONDHEIDSBEVORERING

Een korte gids voor professionals

Deze publicatie is een realisatie van het Vlaams Instituut Gezond Leven met steun van de Vlaamse overheid.

VERANTWOORDELIJKE UITGEVER

Vlaams Instituut Gezond Leven vzw
Linda De Boeck
Gustave Schildknechtstraat 9
1020 Brussel

© 2022, Vlaams Instituut Gezond Leven vzw, All rights reserved

Niets uit deze uitgave mag verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor educatieve, pedagogische en sociale doeleinden die geen commercieel oogmerk hebben, mag al het materiaal vrij gebruikt worden mits correcte bronvermelding van deze publicatie.

www.gezondleven.be

VLAAMS INSTITUUT
**GEZOND
LEVEN**



Vlaanderen
is zorg