

**PROPORTIONEEL UNIVERSALISME
IN DE PRAKTIJK**

HOE ONTWIKKEL JE EEN 'PU-STRATEGIE'?

**EEN VIJFSTAPPENPLAN VOOR
PROFESSIONALS**



'Proportioneel universalisme' (PU), een moeilijk woord voor deze filosofie: **je richten tot de volledige doelgroep, maar je methodiek of aanbod variëren en/of intensifiëren - met andere woorden er 'proportionaliteit' aan toevoegen - al naargelang de ondersteuningssnoden van bepaalde subgroepen.**

PU is een gidsend principe om onrechtvaardige gezondheidsverschillen tussen sociale groepen te verkleinen. En om te landen met een aanbod dat voor alle groepen - zeker voor zij die het meeste nood ervaren - toegankelijk is.

Maar hoe kom je nu tot een concrete 'PU-strategie'?

Met andere woorden: hoe bepaal je wie de subgroepen met het meeste ondersteuningsnood zijn? En hoe weet je hoe ver je moet gaan in het variëren en/of intensifiëren van je aanpak? In welke gevallen is het nodig om een aparte methodiek of specifiek aanbod te ontwikkelen of implementeren voor een bepaalde subgroep? Hoe kom je dat te weten?

Dit vijfstappenplan helpt je op weg!





HOE GEBRUIK JE DIT VIJFSTAPPENPLAN?

Aan de hand van deze leidraad doorloop je vijf stappen. Bij elke stap horen een aantal **vragen** die je helpen te **reflecteren** over je doelgroep. Ze zetten je aan om je te verdiepen in je doelgroep, en in de eigenheden van en verschillen en gelijkenissen tussen verschillende subgroepen. De antwoorden die je op de vragen zal formuleren, helpen je om te landen met een onderbouwde PU-strategie.

In een aantal gevallen zal je de antwoorden op de vragen al weten, in andere gevallen zal het nodig zijn om bijkomende informatie op te zoeken. Dat kan je doen door literatuur en studies te raadplegen, maar zeker en bij voorkeur ook door met je doelgroep te praten of met intermediairs die dicht bij hen staan. Bij elke stap vind je hierover **tips**.

Uiteraard zullen de tijd en middelen die je ter beschikking hebt om deze informatie op te zoeken in zekere mate bepalen hoe uitgebreid en diepgaand je antwoorden op de vragen zullen zijn. Maar laat je niet afschrikken: gewoon al stilstaan bij deze vragen, zonder ze heel uitgebreid te kunnen beantwoorden, zal ervoor zorgen dat de manier waarop je werkt naar je doelgroepen toe meer onderbouwd is. Bij elke stap is een **invultemplate** voorzien, die vrijblijvend te gebruiken is.

Succes!

STAP 1

SUBGROEPEN MET VERHOOGD RISICO BINNEN DE ALGEMENE DOELGROEP (=RISICOGROEPEN) IDENTIFICEREN

WAAROM ZET JE DEZE STAP?

Subgroepen binnen de algemene doelgroep in kaart brengen, is belangrijk **om te weten welke groepen extra aandacht verdienen** bij de ontwikkeling, implementatie en uitvoering van je methodiek.

Subgroepen die **extra aandacht** vereisen, behoren tot de **risicogroep** voor het gezondheidsthema of de thema's waar jij/je methodiek op focust.

Let op: in kaart brengen van risicogroepen wil nog niet zeggen dat je voor (elk van) deze groepen iets apart zal gaan doen (dat bepaal je later) **zie stap 5**.

WELKE VRAGEN STEL JE?

VRAAG 1: "Welke groepen binnen de algemene doelgroep (bv. 'de Vlaming', 'zwangere vrouwen' ...) lopen meer risico op:

1. het **gezondheidsprobleem** dat je wil aanpakken;
2. determinanten (**gedrag en/of omgeving**) die leiden tot het gezondheidsprobleem dat je wil aanpakken
3. **negatieve gevolgen** (psychologisch, sociaal, medisch,...) verbonden aan het gezondheidsprobleem dat je wil aanpakken;
4. het niet of minder makkelijk aan de slag gaan met de **methodiek/deelnemen aan het aanbod**

Mensen die zich op **kruispunten van maatschappelijk kwetsbare identiteiten** bevinden, zoals een laag inkomen, een onzekere tewerkstelling, lage werkintensiteit en een lage scholingsgraad, lopen bijna altijd een verhoogd risico op 1, 2, 3 en/of 4.

Mensen op deze kruispunten bevinden zich vaak in een maatschappelijk kwetsbare situatie. Vaak ervaren zij meerdere vormen van discriminatie en komen ze in hun leven cumulatief op een vaak negatieve manier in aanraking met maatschappelijke instellingen zoals onderwijs, arbeidsmarkt, huisvestingsmarkt, justitie en gezondheidszorg. Zij krijgen minder kansen binnen verschillende domeinen. Ook op het vlak van gezondheid.

Wanneer je identiteiten zoals een beperkt inkomen, een lage scholingsgraad, en een onzekere tewerkstelling met elkaar combineert, dan zal je doorgaans minder kansen ervaren op een gezond leven.

Bijvoorbeeld: omdat je minder kansen hebt op een goeie woonst in een veilige, groene buurt met voldoende aanbod aan gezonde en verse voeding, omdat de kans groter is dat je blootgesteld wordt aan ongezonde stoffen in je werkomgeving, omdat je meer geldzorgen hebt die je mentale en lichamelijke stress bezorgen, omdat je een beperkt sociaal netwerk hebt om op terug te vallen, enzoverder. Vandaar ook de gekende zin: 'arm maakt ziek en ziek maakt arm'.

Mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties verdienen dus altijd extra aandacht bij het ontwikkelen en implementeren van je methode, omdat de kans zeer groot is dat zij op een bepaalde manier (1, 2, 3 en/of 4) een verhoogd risico lopen.

Let op: er zijn voor specifieke gezondheidsthema's nog specifieke groepen met een verhoogd risico. Deze groepen zijn niet (per se) maatschappelijk kwetsbaar. Daarom dringt zich nog een vraag op:

VRAAG 2: "Welke groepen (die niet per se maatschappelijk kwetsbaar zijn) lopen een verhoogd risico op jouw specifieke gezondheidsprobleem omwille van..."

...biologische of geografische factoren?"

Bijvoorbeeld: mannen lopen meer kans op hart- en vaatziekten dan vrouwen

Bijvoorbeeld: vrouwen van boven de 50 jaar lopen een verhoogd risico op borstkanker

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

... leefstijlfactoren?"

Bijvoorbeeld: mensen die lang stilzitten, lopen meer kans op rugproblemen

Bijvoorbeeld: mensen die suikerrijk eten lopen meer risico op diabetes type 2.



... (fysieke, sociale, culturele) omgevingsfactoren?”

Bijvoorbeeld: mensen met een beperkt sociaal netwerk lopen meer risico op verminderd mentaal welbevinden

Bijvoorbeeld: mensen die in buurten met veel luchtverontreiniging wonen, lopen meer kans op allerlei gezondheidsproblemen

Bijvoorbeeld: vrouwen met een hoog opleidingsniveau en veeleisende job, lopen een hoger risico op een problematisch alcoholgebruik

Bijvoorbeeld: mannen met een niet-Westerse origine vinden minder snel de weg naar (preventieve) mentale hulpverlening

Ook deze risicogroepen verdienen extra aandacht bij de ontwikkeling en implementatie van je methodiek of aanbod (in het geval zij niet zouden samenvallen met je algemene doelgroep).

Belangrijk: Mensen die én maatschappelijk kwetsbaar zijn én ook nog eens over andere risicofactoren beschikken, zullen allicht nog meer risico lopen en verdienen dus zeker bijzondere aandacht.

HOE BEANTWOORD JE DEZE VRAGEN?



Door de bril van **kruispuntdenken**. Het kruispuntdenken biedt een kader om subgroepen met een verhoogd risico te identificeren. Want het maakt je aandachtig voor mensen die verschillende risicofactoren, vb. maatschappelijk minder gewaardeerde identiteiten en andere specifieke risicofactoren, met elkaar combineren en daarom voor jouw gezondheidsthematiek bijzondere aandacht verdienen. **Deze korte gids** geeft meer uitleg over kruispuntdenken en ‘kruispuntdoen’ binnen preventie en gezondheidsbevordering.



Antwoorden op bovenstaande vragen vereisen bij voorkeur enige vorm van **vooronderzoek**. Je kan antwoorden vinden aan de hand van **wetenschappelijke literatuur, onderzoeksrapporten**, of door **experts** te raadplegen.

Vaak zal er in binnen- of buitenland al onderzoek gebeurd zijn dat inzicht geeft in welke groepen voor jouw gezondheidsthema het meeste risico lopen (naast de mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties die bijna altijd een verhoogd risico lopen) en welke mechanismen daarvan aan de basis liggen. Enkele zoekwoorden die je kan gebruiken om via wetenschappelijke databases (bv. Google Scholar) op geschikte literatuur uit te komen zijn:

- intersectionality/intersectional inequalities
- inequity/inequalities
- risk factors
- socio-demographic risk factors
- in minorities/minority groups

=> dit steeds in combinatie met je thema bv.: “AND tobacco”, “AND breast cancer prevention” ...



Meer informatie over hoe je **wetenschappelijke evidentie** opzoekt en consulteert, vind je **hier**.



Benieuwd hoe je vooronderzoek doet binnen het kader van kruispuntdenken? **Bekijk dan zeker deze korte gids.**

RESULTAAT?

**Na deze stap land je met een oplisting van subgroepen die een verhoogd risico lopen, van je risicogroepen dus. Mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties (= mensen die identiteiten zoals een beperkt inkomen, lage scho-
lingsgraad, moeilijke tewerkstelling, onzeker verblijfs-
statuut ... combineren en daardoor verschillende vormen van maatschappelijke discriminatie ervaren) maken bijna altijd deel uit van de risicogroep. Daarnaast kunnen er nog andere groepen zijn die omwille van (de combinatie van) bepaalde kenmerken een verhoogd risico lopen. Mensen die én maatschappelijk kwetsbaar zijn én ook nog eens over andere risicofactoren beschikken, zullen allicht nog meer risico lopen.**

INVULTEMPLATE BIJ STAP 1

WELKE GROEPEN LOPEN VERHOOGD RISICO?

Groep 1: mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties (= mensen die zich op het kruispunt van laag inkomen, laag opleidingsniveau, moeilijke tewerkstelling ... bevinden) en daardoor een hogere kans hebben op maatschappelijke kwetsbaarheid, lopen bijna altijd een verhoogd risico op het gezondheidsprobleem (en determinanten ervan), negatieve gevolgen ervan en/of niet deelnemen aan je aanbod/methodiek

Groep 2 Vul in: (bijvoorbeeld: vrouwen van boven de 50; mannen met niet-Westerse etniciteit. (Bijzondere aandacht voor mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties met deze risicofactoren))

Groep 3 Vul in: (bijvoorbeeld: vrouwen van boven de 50; mannen met niet-Westerse etniciteit. (Bijzondere aandacht voor mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties met deze risicofactoren))

STAP 2

VERDIEP JE IN DE VERSCHILLENDE SUBGROEPEN

WAAROM ZET JE DEZE STAP?

De verschillende subgroepen/risicogroepen beter leren kennen, is **nodig om in latere fases te bepalen welke proportionaliteiten je dient toe te voegen** aan je aanbod/methodiek om hen allen te bereiken - of misschien blijkt het toch nodig om voor één of meerdere subgroepen te voorzien in een aparte (deel)methodiek.

Het is goed om je op verschillende manieren te verdiepen in subgroepen/risicogroepen die je in stap 1 identificeerde.



Het kan nuttig zijn om te weten te komen welke risicogroepen (mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties en eventueel andere risicogroepen) welk **aandeel** van je volledige doelgroep uitmaken.



Je verdiepen in de drempels, noden en sterktes van de verschillende subgroepen, is nodig om je methodiek/aanbod daarop te kunnen **afstemmen**. Zie zeker de sterktes niet over het hoofd, want een krachtgerichte methodiek wordt vaak als meer begripvol en bruikbaar (en dus **toegankelijk**) ervaren.



Daarnaast loont het om ook meer algemeen zicht te krijgen op de **leefwereld** van de subgroepen. En dat met het oog op het ontwikkelen en implementeren van methodieken waarin de subgroepen zich kunnen **herkennen** en die voor hen écht **toegankelijk** zijn.

Let op: de verschillende subgroepen beter leren kennen, impliceert nog niet noodzakelijk dat je naar deze groepen met een aparte methodiek/apart aanbod zal komen. Dat bepaal je aan de hand van volgende stappen in het proces.

WELKE VRAGEN STEL JE?

VRAAG 1: “Welk aandeel van mijn volledige doelgroep (vb. de Vlaming) behoort tot een subgroep die een verhoogd risico loopt?”

VRAAG 2: “Welke drempels (op vlak van vaardigheden, drijfveren, contextfactoren (die vind je terug in het gedragswiel)) liggen aan de basis van het verhoogde risico dat de verschillende subgroepen lopen? Welke noden vloeien hieruit voort?”

Bijvoorbeeld: mensen die **laaggeletterd zijn en/of beperkte gezondheidsvaardigheden** hebben, zullen niet of minder goed bereikt worden met talige methodieken. Zij hebben nood aan meer visuele ondersteuning.

Bijvoorbeeld: mannen en nog meer specifiek mannen met niet-Westerse etniciteit die een maatschappelijke kwetsbaarheid ervaren, staan over het algemeen **negatiever tegenover (preventief) bezig zijn met mentaal welbevinden**. Daardoor gaan ze minder makkelijk met methodieken aan de slag die daarop gericht zijn. Sleutelfiguren uit de gemeenschap zouden kunnen meehelpen het stigma te doorbreken.

VRAAG 3: “Wat zijn de sterktes van verschillende subgroepen?”

Bijvoorbeeld: mensen die het financieel en sociaal moeilijk hebben, weten vaak door hun ervaringen creatieve oplossingen te bedenken voor problemen en zijn zeer veerkrachtig.

VRAAG 4: “Hoe ziet de leefwereld van de subgroep eruit, los van het specifieke gezondheidsprobleem waarop gefocust wordt?”

- Wat zijn gangbare opvattingen over maatschappelijke thema's?
- Wat zijn gangbare gebruiken en rituelen?
- Wat zijn mogelijke taboeonderwerpen?
- Welke communicatiekanalen worden vertrouwd en gebruikt?
- Binnen welke (sub)domeinen en (sub)settings zijn deze mensen het meest actief?

Let op: Je zal hier mogelijk in zekere mate gaan ‘veralgemenen’: weet dat er steeds een grote mate aan interne diversiteit binnen elke subgroep aanwezig is!



HOE BEANT- WOORD JE DEZE VRAGEN?

Antwoorden op de vragen uit deze stap vind je in wetenschappelijke literatuur, gegevensbanken en bij expertisecentra (op vlak van bv. armoede, migratie ...), maar zeker ook **via de doelgroepen zelf, én via intermediairs** die dicht bij hen staan.



Meer informatie over het verzamelen van wetenschappelijke en praktijkgerichte evidentie vind je **hier**. Wil je een enquête of interviews afnemen, of focusgroepen organiseren bij bepaalde subgroepen, maar weet je niet goed hoe eraan te beginnen? **Hier** vind je hulp!



Informatie over vooronderzoek op basis van het kruispunt-denken vind je in **deze korte gids**.

Tip: waak er zeker over dat je bij voorkeur de stem hoort van de groepen zélf die zich op kruispunten bevinden die voor een verhoogd risico zorgen.

RESULTAAT?

Na deze stap eindig je met een beschrijving van de verschillende subgroepen: wat zijn hun vaardigheden, drijfveren, waarden, normen, binnen welke (sub)settings zijn ze het meest actief, welke communicatiekanalen gebruiken en vertrouwen ze? Je kan hier mogelijke drempels, maar zeker ook krachten identificeren!

INVULTEMPLATE BIJ STAP 2

GROEPEN MET VERHOOGD RISICO	DREMPELS EN NODEN	STERKTES	BREDERE INZICHTEN M.B.T. DE LEEFWERELD VAN DE DOELGROEP
<p>Groep 1: mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties (= mensen die zich op het kruispunt van laag inkomen, laag opleidingsniveau, moeilijke tewerkstelling ... bevinden) (bijna altijd een verhoogd risico op het gezondheidsprobleem (en determinanten ervan), negatieve gevolgen ervan en/of niet deelnemen aan je aanbod/methodiek)</p>			
<p>Groep 2 (vul in): (bijvoorbeeld: vrouwen van boven de 50; mannen met niet-Westerse etniciteit) (Bijzondere aandacht voor mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties met deze risicofactoren)</p>			
<p>Groep 3 (vul in): (bijvoorbeeld: vrouwen van boven de 50; mannen met niet-Westerse etniciteit) (Bijzondere aandacht voor mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties met deze risicofactoren)</p>			

STAP 3

VERBINDENDE FACTOREN TUSSEN GROEPEN IN KAART BRENGEN

WAAROM ZET JE DEZE STAP?

Op zoek gaan naar **verbindende elementen** tussen subgroepen (tussen risicogroepen en niet-risicogroepen en tussen risicogroepen onderling) die je kan integreren in je methodiek, zorgt ervoor dat **zoveel mogelijk mensen** - overheen verschillende subgroepen - zich **aangesproken** voelen en **herkennen** in de methodiek.

WELKE VRAAG STEL JE?

“Welke gedeelde drempels en motivatoren, welke krachten, welke waarden, normen en interesses, welke bezorgdheden ... ervaren verschillende subgroepen, over leeftijd, gender, etniciteit, opleidingsniveau ... heen?”

Bijvoorbeeld: je werkt een methodiek uit rond het thema gezonde voeding, met een focus op gezonde maaltijden bereiden. Je identificeerde mensen in armoede als risicogroep, onder andere omdat ze drempels ervaren op vlak van financiën, infrastructuur, en mentale bandbreedte om gezond te koken en te eten. Zij delen met niet-risicogroepen echter wel de bezorgdheid om hun kinderen. **Zij willen allen het beste voor hun kinderen, en delen heel wat bezorgdheden en vragen** (zoals: hoe omgaan met kinderen die niet aan tafel willen komen, bijna niks lusten, wel of niet belonen met ongezonde snacks,...). Door te starten vanuit deze gedeelde bezorgdheden en vragen, werk je verbindend en laat je tegelijk de opening om met verschillende opvoedingsstijlen en opvattingen (vb. omtrent het belonen met ongezonde snacks) om te gaan. Uiteraard, wanneer (uit stap 2 of na testing) blijkt dat mensen in armoede drempels ervaren om vrijuit hun (financiële, sociale,...) bezorgdheden te delen in een ‘gemengde’ groep, dan kan dit een gegronde reden zijn om iets apart te voorzien voor deze groep.

HOE BEANTWOORD JE DEZE VRAAG?

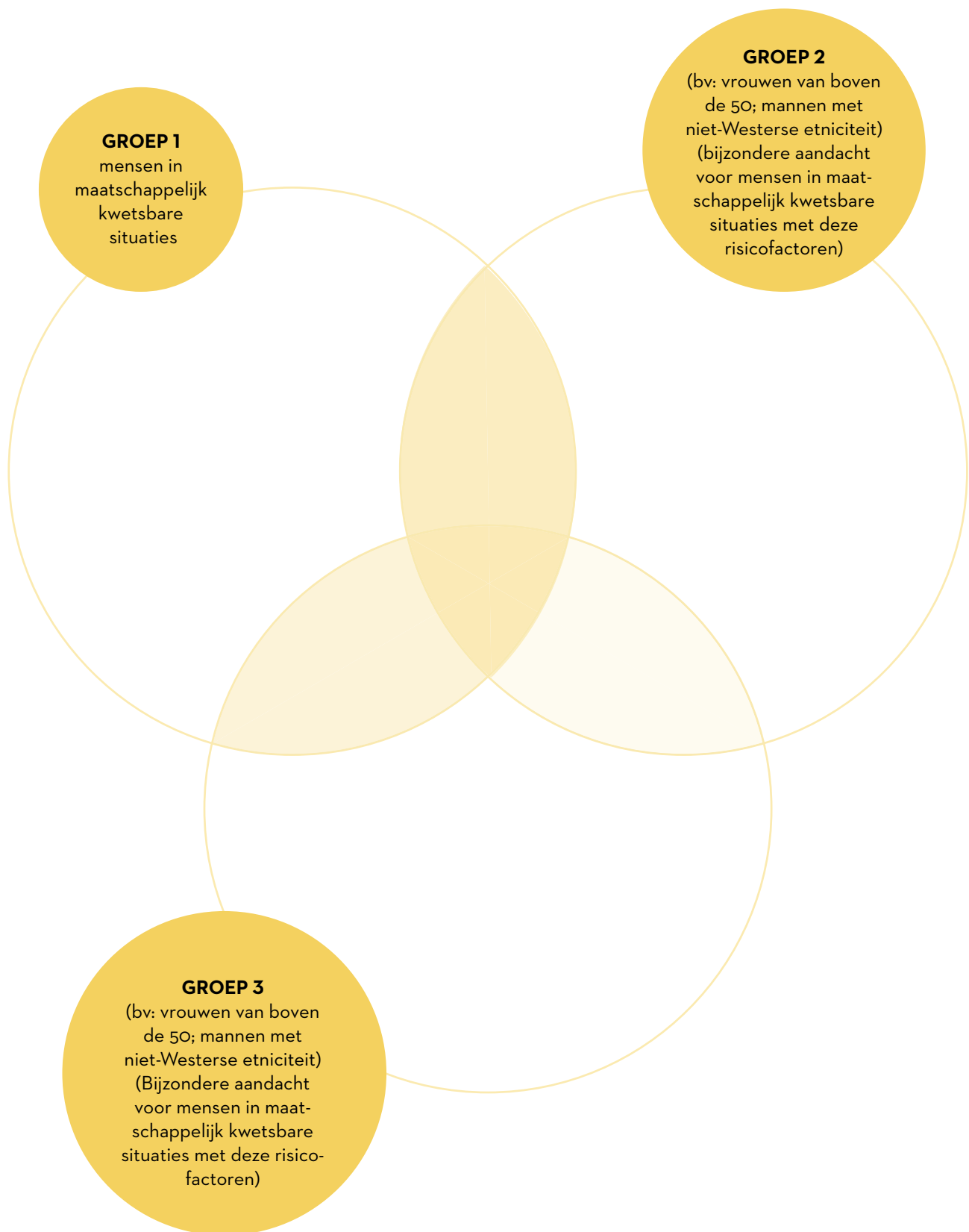
Bekijk je ingevulde templates en informatie uit stap 1 en 2. Ga na waar gemeenschappelijkheden zijn.

RESULTAAT?

Na deze stap krijg je een overzicht van verbindende factoren over subgroepen heen. Dit zal je helpen om methodieken te ontwikkelen en te implementeren waar verschillende subgroepen zich in herkennen en in thuis voelen.

INVULTEMPLATE BIJ STAP 3

(VERBINDENDE FACTOREN IN DE GEMEENSCHAPPELIJKE/OVERLAPPENDE DELEN)



STAP 4

EIGENHEDEN VAN EN VERSCHILLEN TUSSEN GROEPEN IN KAART BRENGEN

WAAROM ZET JE DEZE STAP?

Eigenheden van en verschillen tussen subgroepen (tussen risicogroepen en niet-risicogroepen en tussen risicogroepen onderling) in kaart brengen is nodig om later de **overeenkomsten, eigenheden en verschillen tegenover elkaar af te wegen**. Zo zal je jouw PU strategie uiteindelijk kunnen bepalen.

Vaak zal blijken dat je aan eigenheden van subgroepen tegemoet kan komen in éénzelfde basismethodiek, mits het toevoegen van een aantal proportionaliteiten. Meer fundamentele verschillen tussen groepen kunnen ertoe leiden dat je wel iets apart zal moeten doen voor één of meerdere subgroepen. Meer hierover in stap 5.

WELKE VRAGEN STEL JE?

VRAAG 1: “Wat zijn de eigenheden van de verschillende subgroepen (zaken die ze niet met elkaar delen, maar waarin ze ook niet lijnrecht tegenover elkaar staan)?”

Bijvoorbeeld: Binnen bepaalde gemeenschappen leeft er (over het algemeen) een sterke voorkeur voor mondelinge communicatie met een sterk narratieve insteek

VRAAG 2: “Welke drempels en motivatoren, welke waarden, normen en interesses, welke bezorgdheden ... zijn sterk verschillend voor de verschillende subgroepen?”

Bijvoorbeeld: Mannen met niet-Westerse etnisch-culturele achtergrond kunnen er andere opvattingen omtrent seksualiteit op nahouden dan mannen met Westerse etnisch-culturele achtergrond.

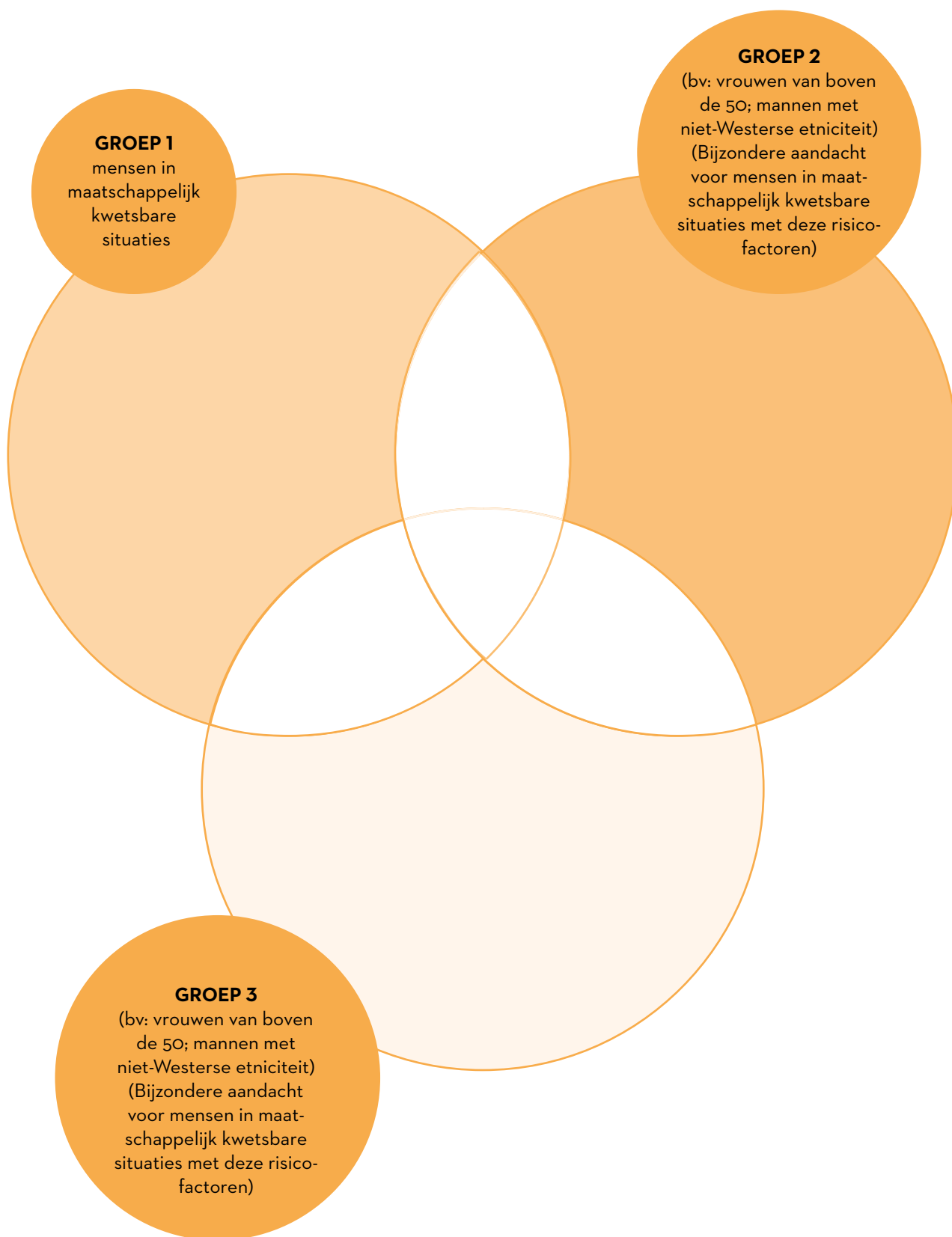
HOE BEANT- WOORD JE DEZE VRAAG?

Heb je stappen 1 en 2 doorlopen, dan beschik je normaal over genoeg informatie om factoren te bepalen waarbij de subgroepen van elkaar verschillen.

RESULTAAT?

Na deze stap krijg je een overzicht van eigenheden van en verschillen tussen groepen. Dit helpt je om methodieken te ontwikkelen en te implementeren die tegemoet komen aan eigenheden van groepen en die verschillen tussen groepen (die mogelijk niet in één methodiek te overbruggen vallen) respecteren.

INVULTEMPLATE BIJ STAP 4



STAP 5

PU-STRATEGIE BEPALEN DOOR OVEREENKOMSTEN, EIGENHEDEN EN VERSCHILLEN TEGENOVER ELKAAR AF TE WEGEN

WAAROM ZET JE DEZE STAP?

Je **weegt af** of de overeenkomsten tussen subgroepen (tussen risicogroepen en niet-risicogroepen en tussen risicogroepen onderling) **fundamenteler** zijn dan de verschillen of omgekeerd, en of je in één aanbod aan eigenheden van verschillende groepen kan tegemoet komen. Hierdoor kan je **weloverwogen beslissingen** maken omtrent de mate waarin je welke proportionaliteiten dient toe te voegen aan je universele aanpak, dan wel of het toch nodig is om categoriaal naar één of meerdere subgroepen te werken. Dat is je PU-strategie!



Door uit te gaan van **overeenkomsten**, zorg je voor een methodiek/aanpak die verbindend is en vermijd je dat je onnodig stigmatiserend kan overkomen.



Oog hebben voor **eigenheden** van bepaalde subgroepen (specifieke noden, krachten, drempels,...), maakt dat je je afvraagt welke acties of welk aanbod tegemoet komen aan deze eigenheden maar tegelijk ook welkom of aanvaardbaar zijn voor andere subgroepen. Oog hebben voor diezelfde eigenheden maakt dat je bijna altijd bepaalde variaties of extra's - proportionaliteiten dus - zal toevoegen om ten volle aan de eigenheden van een bepaalde subgroep tegemoet te komen.



Door alert te zijn voor mogelijke **tegenstrijdigheden** tussen groepen die niet in één methodiek geïntegreerd kunnen worden, hou je de optie open voor een mogelijk categoriaal aanbod: een aparte (deel)methodiek naar een bepaalde subgroep.

Let op: voor deze stap bestaat geen 'metrisch systeem'. Het gaat om kennis van en inzicht in je doelgroep (opgedaan via de vorige stappen) en je thema die je combineert om afwegingen te maken. Je beoogt dat de methodiek/het aanbod voor alle subgroepen toegankelijk en effectief is. Daarnaast zijn er ook economische afwegingen. Mogelijk is het niet haalbaar om alle eventuele aparte acties voor bepaalde subgroepen te realiseren. Jij gaat, samen met je collega's, op zoek naar een evenwichtige afweging waar je nadien beargumenteerd kan weergeven waarom bepaald beslissingen genomen werden.

WELKE VRAGEN STEL JE?

Op basis van de afweging van overeenkomsten, eigenheden en verschillen:

VRAAG 1: “Met welke aspecten van het aanbod bereiken we alle groepen en welke zijn voor al deze groepen toegankelijk omdat ze inspelen op verbindende factoren of omdat ze inspelen op specifieke noden van bepaalde subgroepen die een gemeenschappelijk (universeel) aanbod niet in de weg staan?”

Bijvoorbeeld: gedeelde bezorgdheden zoals ‘hoe ga ik om met kinderen die niet aan tafel willen komen’, ‘is het wel of geen goed idee om mijn kind te belonen met een ongezonde snack’,... maken het mogelijk om infosessies en workshops te geven die voor alle subgroepen toegankelijk zijn.

Bijvoorbeeld: een fotoverhaal om de vaccinatie- of screeningsprocedure uit te leggen komt tegemoet aan de specifieke noden van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, mensen die laaggeletterd zijn, of mensen met een meer narratieve cultuur, maar zijn ook voor andere groepen geschikt en staan dus een universele aanpak niet in de weg.

VRAAG 2: “Welke extra of andere acties moeten we doen om bepaalde subgroepen te bereiken met een toegankelijk aanbod?”

Bijvoorbeeld: extra inzetten op werken via ervaringsdeskundigen/sleutelfiguren uit de gemeenschap en een wijkgerichte aanpak hantieren om mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties toe te leiden naar je aanbod

Belangrijk: extra of andere acties zitten vaak op het niveau van kanalen of vorm. Inhoudelijk is er dan een basisaanbod waarin je tegemoet komt aan verbindende factoren tussen groepen én aan eigenheden van bepaalde subgroepen, maar je zal extra's of lichtjes andere zaken moeten doen op vlak van communicatiekanalen die je inzet om je aanbod tot bij de doelgroep te brengen en/of aan de vorm waarin je je aanbod 'verpakt'. Denk aan inzetten op een meer persoonlijke communicatie, samenwerken met sleutelfiguren uit de gemeenschap of ervaringsdeskundigen, enzoverder.



VRAAG 3: “Voor welke subgroepen lijkt het niet mogelijk om hen te verbinden met andere (alle of enkele) subgroepen? Kan voor hen een apart (deel)aanbod ontwikkeld worden?”

Bijvoorbeeld: een aparte workshop voor vrouwen omdat mensen uit de doelgroep zich zeer ongemakkelijk voelen om hier in gemende groep en/of met mannen over te praten

Bijvoorbeeld: een aparte campagne naar vrouwen uit de LBGTQA+ gemeenschap over baarmoederhalskankerscreening omdat zij specifieke drempels ervaren waar andere groepen zich niet in herkennen

Bijvoorbeeld: aparte materialen rond seksuele gezondheid ontwikkelen met minder expliciete afbeeldingen om meer aan te sluiten bij opvattingen omtrent seksualiteit van mensen uit bepaalde culturele gemeenschappen (die dan weer moeilijker aansluiting vinden bij de leefwereld van andere subgroepen)

HOE BEANT- WOORD JE DEZE VRAGEN?

Heb je de vorige stappen doorlopen, dan beschik je al over heel wat cruciale informatie.

Tip: om na te gaan of je aanbod écht toegankelijk is voor de verschillende subgroepen, kan je de checklist '**8 B's van een toegankelijk preventief aanbod gebruiken**'. Wanneer je (ook in functie van de vorige stappen) gesprekken voert met je doelgroep, kan je bij hen afdtoetsen wat voor hen een toegankelijk aanbod met betrekking tot jouw gezondheidsthema zou zijn.

Let op: of je aanpak nu gelijk is voor alle subgroepen, of je werkt met extra of andere acties voor één of meerdere subgroepen, de doelgroepen van je interventie zullen zich altijd laten kenmerken door interne diversiteit. Als je je richt tot 'de Vlaming' zal die diversiteit heel sterk zijn: qua demografische kenmerken, sociaaleconomische kenmerken, leefwereld, seksuele geaardheid, etniciteit ... Maar ook als je je richt tot, bijvoorbeeld, de Marokkaanse gemeenschap, dan is die doelgroep nog steeds heel divers (naar leeftijd, gezinssituatie, sociaaleconomische kenmerken, seksuele geaardheid ...). Daarom: hoe universeel (naar alle groepen samen) of categoriaal (apart naar een bepaalde subgroep) je ook te werk gaat, pas altijd het diversiteits- of inclusieprincipe toe. Dit wil zeggen dat je erover waakt dat je methodiek de interne diversiteit die elke groep kenmerkt, aanspreekt en ook laat zien. Bijvoorbeeld: recepten uit verschillende culturen includeren, niet uitgaan van één visie op over opvoeding, verhalen en beelden van mensen in diverse leefomstandigheden en in diverse gezinssamenstellingen brengen, inclusieve taal hanteren, enzoverder.

RESULTAAT?

Na deze stap krijg je een overzicht van wat je gemeenschappelijk kan doen voor de verschillende subgroepen, wat je extra kan doen naar bepaalde subgroepen toe, en voor welke subgroepen een aparte (categoriale) aanpak nodig is. Je bent geland met een doordachte 'PU-strategie'!

INVULTEMPLATE BIJ STAP 5

SUBGROEP	GEMEENSCHAPPELIJKE ACTIES	VARIATIES/ TOEVOEGINGEN BINNEN GEMEENSCHAPPELIJKE ACTIES	APARTE ACTIES
<p>Groep 1: mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties</p>			
<p>Groep 2: (bijvoorbeeld: vrouwen van boven de 50; mannen met niet-Westerse etniciteit) (Bijzondere aandacht voor mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties met deze risicofactoren)</p>			
<p>Groep 3: (bijvoorbeeld: vrouwen van boven de 50; mannen met niet-Westerse etniciteit) (Bijzondere aandacht voor mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties met deze risicofactoren)</p>			



EN NU?

Om je PU-strategie in de praktijk om te zetten, zal je gebruik maken van verschillende werkwijzen. Je komt meer over deze werkwijzen te weten in de **inspiratiegids rond proportioneel universalisme**.

Je vindt in deze gids ook heel wat inspirerende voorbeelden terug. Soms zitten deze werkwijzen geïntegreerd in een universeel aanbod (vb. wanneer je participatief werkt naar alle subgroepen), en soms zullen deze werkwijzen als proportionaliteiten worden toegevoegd aan je aanbod (vb. wanneer je extra outreachend werkt om mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties toe te leiden naar je aanbod).

Succes!

PROPORTIONEEL UNIVERSALISME IN DE PRAKTIJK

Hoe ontwikkel je een 'PU-strategie'?

Deze publicatie is een realisatie van het Vlaams Instituut Gezond Leven vzw 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