

Column

Corona treft ons allemaal, maar niet in gelijke mate. Hoe pakken we de onderliggende ongelijkheid aan?

Guido Walraven

We zitten middenin de tweede golf van corona en dat is moeilijker dan we gehoopt en gedacht hadden. De onzekerheden die de pandemie met zich meebrengt zijn groot en het is vaak moeilijk om daarmee om te gaan.

Bij het uitbreken van de pandemie werd gezegd: 'Corona treft ons allemaal'. Maar al snel werd duidelijk dat sommige groepen een hogere kans hebben om getroffen te worden en dat de gevolgen niet voor iedereen even zwaar zijn. Zo wordt iemand die oud en ziekelijk is eerder getroffen. En zo kan iemand met een vaste redelijk betaalde kantoorbaan en een ruim huis makkelijker thuiswerken en schoolgaande kinderen rust en steun bieden dan iemand met een slecht betaald flexibel contract die in een klein huis woont. Dergelijke sociaaleconomische gezondheidsverschillen zijn al bekend: ook in Nederland leven mensen met een hoog inkomen en hoog opleidingsniveau langer (en langer in goede gezondheid) dan mensen met een laag inkomen en laag opleidingsniveau. Maar die verschillen zijn door de coronacrisis verscherpt in beeld gekomen en bovendien lijken ze door die crisis groter te worden. Welke aanpak helpt bij het verkleinen van dergelijke verschillen? En wat betekent dat voor (de werkteams van) onze werkplaats?

Verbreding van de aanpak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen

Om gezondheidsverschillen te verkleinen is de laatste decennia al veel geprobeerd. Het nationale beleid kende vooral drie vooronderstellingen: het helpt wanneer je je richt op individuen, werkt vanuit een zorgperspectief. Meer informatie zou leiden tot verandering in individueel gedrag en leefstijl. Ondanks de inspanningen van de laatste decennia is het niet gelukt om de gezondheidsverschillen te verkleinen. Daarom stelt de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) (2020) deze maand de terechte vraag: concentreert het beleid zich wel op de juiste zaken? Legt men niet te veel nadruk op individu en leefstijl, moeten we niet (ook) naar achterliggende oorzaken kijken, die veelal niet individueel te beïnvloeden zijn? En moeten we bij de aanpak niet veel meer verbinding zoeken met welzijn, wonen, leefomgeving en onderwijs?

De RVS wijst complexe ongelijkheden aan als achterliggende oorzaken van gezondheidsverschillen. Ongelijkheid in onderwijs, sociale zekerheid, leefomgeving, sociale relaties, arbeidsmarkt en gezondheid staan niet op zichzelf, maar ze beïnvloeden elkaar. Verschillen zijn daarnaast vaak een gevolg van een opeenstapeling van problemen

gedurende de levensloop. Gezondheidsverschillen zijn dus breder dan alleen veroorzaakt door sociaaleconomische factoren. Om tot een werkzame aanpak te kunnen komen is daarom verbreding nodig naar wat 'complexe ongelijkheid' wordt genoemd.

“Zoals we in het welzijnswerk geleerd hebben om te kijken naar de vraag achter de vraag, moeten we in relatie tot gezondheidsverschillen kijken naar de oorzaken achter de oorzaken”, aldus de RVS.

Het bevorderen van het eigen gezond gedrag is goed, maar het is zeker niet voldoende als je gezondheidsverschillen in de kern wilt aanpakken. De vraag is dan: wat kan de samenleving doen om de complexe ongelijkheid achter gezondheidsverschillen te doorbreken? Om antwoorden te vinden op die vraag kijkt de RVS ter inspiratie naar voorbeelden uit de negentiende en begin twintigste eeuw die een doorbraak betekenden voor gezondheid: stadshygiëne, sociale wetgeving en onderwijs. Potentiële doorbraken worden op dit moment gezien op deels dezelfde terreinen: bestaanszekerheid, mentale veerkracht van de samenleving en onderwijs als motor.

Voor de gewenste nieuwe en brede aanpak worden drie punten genoemd. Ten eerste duurzaamheid en continuïteit – lange termijnvisie, doelen en financiering, naast bestuurlijk doorzettingsvermogen. Ten tweede aanvullend beleid gericht op het collectief en de samenleving als geheel, op samenwerking van overheid, economie en civil society – ‘it takes a society to fight complex inequality’. En ten derde aanvullende interventies die minder gericht zijn op het terugdringen van gezondheidsverschillen als doel op zichzelf, maar met bredere ambities (gericht op complexe ongelijkheid) – die maatregelen kunnen indirect positieve effecten op gezondheidsverschillen hebben zoals de voorbeelden uit het verleden laten zien.

De complexe ongelijkheid wordt door de RVS ook ‘de sociale kwestie van onze tijd’ genoemd. Sociaal werkers zijn zeker sinds de professionalisering van hun vak in de negentiende eeuw bezig geweest om de sociale kwestie van hun tijd aan te pakken. Daarbij werd vaak op verschillende niveaus tegelijk ingestoken: individu, gemeenschap en samenleving. Denk aan individuele hulpverlening, opbouwwerk en samenlevingsopbouw. Deze drie niveaus worden ook bij een krachtige methodiek als empowerment onderscheiden (zie Van Regenmortel). Daarnaast gaat sociaal werk over het geven van een stem aan mensen in kwetsbare situaties, het agenderen van problemen en breder om politiserend sociaal werk (een dimensie waar de RVS niet op ingaat). Ten slotte heeft de huidige internationale definitie van sociaal werk ook expliciet aandacht voor het aanpakken van sociale ongelijkheden. Allemaal aanwijzingen dat het perspectief van de RVS goed past bij het werk van sociaal professionals. Als ik het goed overzie veel beter dan bij veel professionals in de gezondheidszorg, waar het betoog van de RVS vooral op is gericht.

Wat betekent die verbreding voor onze Werkplaats?

Wat betreft de drie niveaus (van individu, gemeenschap en samenleving) denk ik dat het

advies van de RVS een goede aanleiding is om met elkaar na te gaan in hoeverre we daar zoveel aandacht aan geven, passend bij het thema van elk werkteam: armoede en schulden, sociaal-gezond en multiproblematiek. Daarbij is ook de stem van belang van werkteamleden die actief zijn als vrijwilliger en/of die ervaring hebben met de problematiek in de praktijk, want juist de verbinding van verschillende kennisbronnen maakt onze werkteams krachtig. Als het gaat om een integrale aanpak en interprofessionele samenwerking dan zien we dat de samenstelling van onze werkteams maakt dat wij op de punten integraal en interprofessioneel van betekenis kunnen zijn.

Met integraal/interprofessioneel en de drie niveaus hebben we twee van de drie (twijfelachtige) vooronderstellingen van het bestaande beleid besproken en die valkuilen vermeden. Hoe staat het met de derde, de overtuiging dat meer informatie en kennis zou leiden tot verandering van gedrag en leefstijl? Zeker vanuit hogescholen weten we hoe belangrijk het trainen van competenties zijn, die immers niet alleen bestaan uit kennis, maar ook uit vaardigheden en attitudes, plus volgens velen ook uit gedrag. Ook weten we dat we rekening moeten houden met het leervermogen en doenvermogen van mensen en moeten we nagaan hoe we dat op maat kunnen vergroten. Bijvoorbeeld door empowerment of door de capability benadering die de RVS noemt (en die zich richt op vermogens van mensen, bijvoorbeeld om keuzes te maken en die te realiseren). Laten we dit punt in de werkteams bespreken met alle partners, juist om ieders rol bij gedragsverandering te kunnen benutten.

Over de oorzaken achter de oorzaken, waar het concept van 'complexe ongelijkheid' aandacht voor vraagt, hebben we het binnen onze Werkplaats volgens mij nog nauwelijks gehad. Ik ben ervan overtuigd dat het de moeite loont om de discussie daarover wel aan te gaan, juist in deze tijden, waarin verschillen of ongelijkheden worden verscherpt en vaak ook verdiept.

Guido Walraven is lector Dynamiek van de Stad bij hogeschool Inholland en medetrekker van de Werkplaats Sociaal Domein Zuid-Holland Zuid