

Rechtvaardige Preventie

Op het snijvlak van de
publieke gezondheid en
het sociaal domein



Rechtvaardige Preventie

*Op het snijvlak van de publieke gezondheid
en het sociaal domein*

Carla Kolner

Colofon

Rechtvaardige Preventie. Op het snijvlak van de publieke gezondheid en het sociaal domein

Auteur: Carla C. H. Kolner

Omslag ontwerp: Bart Roelofs, persoonlijkproefschrift.nl

Geprint door Proefschriftspecialist | proefschriftspecialist.nl

Layout en ontwerp: Michèle Duquesnoy, persoonlijkproefschrift.nl

Redactie: Annemarie Weerman, Annemarie van den Berg

ISBN nummer: 978-94-93391-09-3

© Copyright 2024, Carla Kolner, Nederland

All rights reserved. No part of this thesis may be reproduced, stored, in a retrieval system or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission of the author or the copyright-owning journals for published chapters.

Rechtvaardige Preventie

Op het snijvlak van de publieke gezondheidszorg en het sociaal domein

With a summary in English

Equitable Prevention

At the intersection of the public health and the social domain.

Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Universiteit voor Humanistiek te Utrecht
op gezag van de Rector Magnificus,
prof. dr. J.W. van Saane
ingevolge van het besluit van het College van Promoties
in het openbaar te verdedigen
op donderdag 11 juli 2024 om 15.00 uur.

Door:
Carla Kolner
Geboren te Maastricht

Promotoren:

Prof. dr. A. W. Braam, Universiteit voor Humanistiek

Prof. dr. R. J. J. Gobbens, Tilburg University

Prof. dr. em. H. P. J. M. Kunneman, Universiteit voor Humanistiek

Beoordelingscommissie:

Prof. dr. G. B. M. Engbersen, Erasmus Universiteit Rotterdam

Prof. dr. I. A. M. van de Goor, Tilburg University

Prof. dr. T. Kampen, Universiteit voor Humanistiek

Prof. dr. C. J. W. Leget, Universiteit voor Humanistiek

Prof. dr. J. P. Wilken, Hogeschool Utrecht, Universiteit Tartu en Katholieke Universiteit Milaan

Voor Cecile († 11 mei 2018)

Inhoud

Proloog	14
1 Inleiding	18
1.1 Tien lessen over preventie uit een (persoonlijk) verleden	19
1.1.1 Preventie: een kwestie van timing	20
1.1.2 Eerst duiden dan voorkomen	21
1.1.3 Samenwerking en meervoudige belangen	22
1.1.4 Problemen voorkomen: niet bij iedereen...en met welk resultaat?	23
1.1.5 Inzetten op kansen	23
1.1.6 De burger vraagt niet om preventie	25
1.1.7 Een kwestie van moraliteit en normaliteit	25
1.1.8 Tussen zeker en onzeker handelen	26
1.1.9 Multidisciplinaire samenwerking als panacee	27
1.1.10 Preventie: belangrijk maar onduidelijk en geen prioriteit	28
1.2 Trage vragen over preventie	29
1.2.1 Preventie tussen wal en schip	29
1.2.2 Preventie in tijden van een pandemie: COVID-19	31
2 Probleemstelling, vraagstelling en doel van dit onderzoek	34
2.1 Inleiding	35
2.2 Het Nationaal Preventieakkoord 2018: drie kwesties en observaties	36
2.3 Probleem- en vraagstelling van dit onderzoek	44
2.4 Toelichting op de aanpak van de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek	45
2.5 Doel van het onderzoek, methodische keuzen en verantwoording	48
2.5.1 Methodische uitgangspunten van het onderzoek	50
2.5.2 Hoofdvormen van onderzoek	51
2.5.3 Verklaring veelgebruikte onderzoekstermen	54
2.6 Schematisch stappenplan en leeswijzer	57
3 Begripsverheldering: definities en discussies	60
3.1 Inleiding	61
3.2 Gezondheid en ziekte	61
3.3 Kwaliteit van leven, welzijn en brede welvaart	66
3.4 Preventie, incl. gezondheidsbevordering	69
3.5 Public health: publieke (openbare) gezondheidszorg	75
3.6 Sociaal werk, sociale gelijkheid en mensenrechten, sociale basis, het sociaal domein	77
3.7 Normatieve professionalisering	87
3.8 Conclusie	88

4	Theoretisch referentiekader en twee aanvullende kennisbronnen	90
4.1	Inleiding, theoretische bronnen voor dit onderzoek en leeswijzer	91
4.2	Preventie binnen de preventiewetenschap	92
4.3	Preventie binnen de sociaal werk theorie	100
4.4	De ethiek van preventie vanuit het perspectief van normatieve professionalisering	110
4.5	Kennisbronnen	114
4.6	Beschouwing: enkele observaties over theorieën aangaande preventie en over botsende logica's	116
5	De ontwikkeling van de public health in Nederland (1800-2000)	120
5.1	Inleiding	121
5.2	De ontwikkeling van het public health-model in vier fasen	122
5.2.1	De publieke hygiëne (18de en 19de eeuw)	122
5.2.2	De gezondheidsleer (19de - begin 20ste eeuw)	128
5.2.3	De (sociale) geneeskunde en public health (18de - einde 20ste eeuw)	130
5.2.4	New public health (uitdaging 21ste eeuw)	132
5.3	Wetgeving, beleid en structuur van de public health in Nederland (vanaf de 19de eeuw)	136
5.3.1	Wetgeving inzake de public health en de sociale zekerheid	136
5.3.2	De ontwikkeling van de publieke gezondheidszorgvoorzieningen	139
5.3.3	Verwetenschappelijking en professionalisering van de public health	142
5.4	Samenvatting en conclusie	143
6	De public health en het vraagstuk van 'health equity'	146
6.1	Inleiding en onderzoeksmethode	147
6.2	De ziekmakende samenleving	147
6.3	Aangrijpingspunten voor preventief collectief beleid	150
6.3.1	Wat beschouwen we als de belangrijkste problemen?	150
6.3.2	Wat weten we over de oorzaken en kunnen we die beïnvloeden?	152
6.3.3	Waar richten we ons op?	153
6.4	Health equity en het vraagstuk van de sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV) in Europa en Nederland	155
6.4.1	Internationale aspiraties WHO voor de 21ste eeuw	155
6.4.2	Nederlandse ambities voor de 21ste eeuw: de nota 2000	159
6.5	Public health beleid en het verkleinen van de 'health-gap': een weg vol hindernissen	164
6.5.1	De onbedoelde gevolgen van preventieve interventies	164
6.5.2	Staatsbemoeienis: waar ligt de grens?	165
6.5.3	Grenzen aan de individuele en professionele vrijheid	167

6.5.4	Leven in een risicomaatschappij	167
6.5.5	De complexe vraag naar verantwoording en effect	169
6.5.6	De morele dimensie	170
6.6	Samenvatting en conclusie	172
7	Veertig jaar preventiebeleid in Nederland	174
7.1	Inleiding en toelichting op de werkwijze	175
7.2	Periode 1: Het visionaire tijdperk: de SEGV op de agenda (1977-1994)	181
7.2.1	Nederlandse beleidsvoornemens	181
7.2.2	De Wet collectieve preventie volksgezondheid	184
7.2.3	Integraal gezondheidsbeleid (IGB) als antwoord	184
7.3	Periode 2: Het optimistische tijdperk: terugdringen van de SEGV-1 (1994-2010)	185
7.3.1	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV's)	186
7.3.2	Nieuwe minister, nieuwe koers: preventiebeleid gericht op verkleinen van de SEGV	187
7.3.3	Versterkte aanpak van de SEGV	191
7.4	Periode 3: Het pragmatische tijdperk: terugdringen van de SEGV-2 (2010-2019)	200
7.4.1	Landelijk gezondheidsbeleid: akkoorden, nota's en programma's	200
7.4.2	Lokaal gezondheidsbeleid: financiële impulsen voor gemeenten	205
7.5	Samenvatting en conclusie	206
8	Preventie tussen oude en nieuwe bedreigingen	210
8.1	Inleiding en leeswijzer	211
8.2	Kernbegrippen en patronen: de public health logica	212
8.3	Rise and fall of disease: merites en valkuilen van de public health	214
8.4	COVID-19	218
8.5	Reflectie op het WHO-beleid en de nooit voltooide derde revolutie	222
8.6	Conclusie en vervolg van dit onderzoek	225
9	Preventie in een normatief perspectief van een 'goed en betekenisvol leven'	230
9.1	Inleiding	231
9.2	Verschuivende problemen in 21ste eeuw	233
9.3	Buchanans kritiek op het discours van gezondheidsbevordering	235
9.4	Gezondheid, well-being, rechtvaardigheid, gelijkheid en waarden in relatie tot preventie	236
9.5	De noodzaak voor de verrijking van het discours voor preventie	240
9.5.1	Zorg voor het zelf en de ander	241
9.5.2	Community-well-being en de 'engaging-community'	247

9.5.3	Omgaan met waarderationaliteit	250
9.6	Samenvatting en conclusie: wat leren we uit het ethisch-filosofisch perspectief voor preventie?	252
10	Wikken en wegen in tijden van een pandemie (empirisch onderzoek fase A en B)	256
10.1	Inleiding: een narratief onderzoek in coronatijd	257
10.2	Opzet en verantwoording van fase A en B van het onderzoek	259
10.3	Beschrijving van enkele belangrijke onderzoeksresultaten (fase A en B)	265
10.3.1	Veiligheid en bestaanszekerheid op het spel	266
10.3.2	Sociale en mentale ontwikkeling beperkt en bedreigd	268
10.3.3	Sociale ongelijkheid uitvergroot	270
10.3.4	Sleutelfiguren op de bres voor sociale verbinding en kwaliteit van werk en zorg	272
10.3.5	Leren door te doen, te luisteren, stem te geven en onzekerheid te accepteren	274
10.3.6	Vertrouwen moet je (op)bouwen	275
10.4	Reflectie: afwegingen maken vanuit praktische wijsheid	276
10.4.1	Afwegingen ten behoeve van het goede leven: een menselijk proces	277
10.4.2	Verlangens en drijfveren	280
10.4.3	Typeringen van sleutelfiguren	282
10.5	Conclusie: de preventiologica van sleutelfiguren tijdens de pandemie	283
11	Sociale kwaliteit als motief voor preventie (fase C)	286
11.1	Inleiding	287
11.2	Opzet en verantwoording fase C van het onderzoek: vignetstudie	289
11.2.1	Kwalitatieve analyse van de transcripten	289
11.2.2	Aanleiding en duiding vignetstudie	290
11.2.3	Opzet en uitwerking vignetstudie	290
11.3	De belangrijkste begrippen van de kwalitatieve analyse	291
11.4	De theorie van sociale kwaliteit als analysekader	294
11.4.1	De theorie van sociale kwaliteit: aanleiding en achtergrond	295
11.4.2	Merites van de theorie van sociale kwaliteit en raakvlakken met andere theorie	299
11.4.3	Valkuilen en kritiek	302
11.5	Vijf vignetten ter illustratie in een notendop	302
11.6	Twee exemplarische dilemma's ontleed	319
11.7	Reflectie: het handelen van sleutelfiguren tegen de lat van de theorie van sociale kwaliteit	322

11.8	Samenvatting en conclusie: sociale kwaliteit als voedingsbodem en bron voor preventie	326
12	Rechtvaardige preventie: strijden en schakelen op meerdere niveaus (fase D)	328
12.1	Inleiding	329
12.2	Fase D: Focusgroepen	330
12.2.1	Aanleiding, vraagstelling en doel van de focusgroepen	330
12.2.2	Resultaten van de eerste analyseslag in een notendop	331
12.3	Aanvullende en verdiepende analyse (voor dit proefschrift)	333
12.3.1	Sociale kwaliteit en rechtvaardigheid onder druk	334
12.3.2	Breder kijken naar gezondheid en welzijn	337
12.3.3	Preventie in het 'voorveld' vanuit een welzijnslogica	339
12.3.4	Gezamenlijke verantwoordelijkheid door te schakelen	341
12.3.5	Cruciale sectoren voor doelgroepen openhouden	342
12.3.6	Koester de waarde van het welzijnswerk en het 'informele'	344
12.3.7	Maatwerk onder centrale regie, verbindende taal en stijlvolheid	345
12.4	Overstijgende reflectie op de notie van 'rechtvaardigheid' en de uitkomsten van de focusgroepen	348
12.4.1	Rechtvaardigheid en de rol van instituties	348
12.4.2	Rechtvaardigheid via het respecteren van mensenrechten door het sociaal werk	351
12.4.3	Van onrecht en onmacht naar mogelijkheden die rechtvaardigheid bevorderen	353
12.4.4	Botsende preventiologica's	356
12.5	Conclusie: richtingwijzers voor rechtvaardige preventie en pandemische paraatheid op basis van de focusgroepen	357
13	Nederlands sociaal beleid in een historisch perspectief van welzijn, sociale kwaliteit en rechtvaardigheid	362
13.1	Inleiding	363
13.2	De sociale staat van Nederland anno 2023 (in woorden en cijfers)	364
13.2.1	Klassensystemen en een stapeling van problemen	364
13.2.2	Adviezen voor de preventie van kansenongelijkheid	370
13.3	Preventie in het licht van het welzijnsbeleid in Nederland: een thematische terugblik	372
13.3.1	Zorg voor de allerarmsten en de ontwikkeling van 'welzijn' als beleidsterrein	373
13.3.2	Preventie door sociale zekerheid en de verzorgingsstaat	375
13.3.3	De sociale infrastructuur omwille van de sociale kwaliteit van menselijke relaties	378

13.3.4	Preventie in het welzijnsbeleid: bevorderen van participatie door te bezuinigen...	382
13.3.5	Van verzorgingsstaat naar een 'zorgzame samenleving': de Wmo 2007	384
13.3.6	Preventie en de decentralisaties: naar een 'participatiesamenleving'	385
13.3.7	Sociale wijkteams en de belofte van preventie en nabijheid	387
13.4	Conclusies en adviezen voor rechtvaardige preventie	390
14	Kansen voor preventie: de menselijke factor én maat in het sociaal domein	394
14.1	Inleiding	395
14.2	Zeven richtingwijzers voor rechtvaardige preventie	397
14.2.1	Sociale complexiteit als gegeven én basis voor collectieve krachtgerichte preventie	397
14.2.2	De preventieve waarde van nabijheid én afstand in een complementair perspectief	399
14.2.3	Betrokkenheid, respect en kritische zorgzaamheid als richtinggevende principes	400
14.2.4	Co-creatie en maatwerk: gruwel voor de public health, kans voor rechtvaardige preventie	402
14.2.5	Waardenwerk op alle niveaus!	403
14.2.6	Botsende en confronterende rechtvaardigheid	405
14.2.7	Mensen in kwetsbare posities in beeld: leren van verhalen	406
14.3	De sociale (basis)infrastructuur en preventie	407
14.4	De preventieve kracht van het sociaal werk	413
14.4.1	Preventie in het sociaal werk 'oude stijl' (vanaf 2007)	414
14.4.2	Het generieke beroepsprofiel van de sociaal werker (2022): preventie en rechtvaardigheid	417
14.5	Kansen voor verbinding tussen sociaal en gezond in de nabije toekomst	419
14.6	Conclusie: opmaat voor een paradigmashift naar rechtvaardige preventie	422
15	Beantwoording onderzoeksvragen, samenvatting en conclusie	426
15.1	Inleiding	427
15.2	Het public health preventiediscours: inzichten en ontwikkelingen (deelvragen 1 en 2)	428
15.2.1	Thematische inzichten per hoofdstuk (5 t/m 8)	428
15.2.2	Antwoord op de deelvragen 1 en 2	433
15.3	Preventie en de bijdrage aan welzijn en sociale gelijkheid: lessen en richtingwijzers (deelvragen 3 en 4)	435

15.3.1	Thematische inzichten per hoofdstuk (9 t/m 14)	436
15.3.2	Antwoord op de deelvragen 3 en 4	445
15.4	Beantwoording hoofdvraag van dit proefschrift: overwegingen en implicaties voor professionals	447
15.4.1	Een verrijking van het preventiediscours	447
15.4.2	Naar een definitie van rechtvaardige preventie	448
15.5	Discussie, reflectie en rol van de onderzoeker	449
	Epiloog	454
	Summary	462
	Literatuur	470
	Bijlagen	498
Bijlage I	Lijst met afkortingen	499
Bijlage 10.1	Leden van de expertgroep van het narratief coronaonderzoek RIVM	500
Bijlage 10.2	Stappenplan van het narratief coronaonderzoek RIVM 2020-2022	501
Bijlage 12.1	Toelichting op de werving en selectie van de deelnemers van de focusgroepen en de gebruikte analysemethode voor de verdiepende thematische analyse	502
Bijlage 12.2	Drie toekomstscenario's m.b.t. COVID-19	506
Bijlage 15.1	Definities van de begrippen gezondheid en welzijn en daaraan gerelateerde begrippen	507
	Dankwoord	510
	Over de auteur	514

Proloog

Het is typisch voor een benauwde samenleving dat ze het ondefinieerbare verdacht vindt. Het is typisch voor een open samenleving dat ze me laat zijn wie ik ben. Die samenleving heeft mij nog niet van een etiket voorzien.

*Joseph Roth (1925) in Snick, E. (2023). Beschaafden in het land van Barbaren.
Amsterdam: Uitgeverij Wereldbibliotheek.*

Het onderwerp van dit proefschrift heeft een persoonlijke geschiedenis. Als jongste dochter van een moeder die gezinsmaatschappelijk werkster en preventiewerkster was – eerst bij de Kinderbescherming in Roermond en later bij het Riagg in Sittard – werd preventie mij als het ware met de paplepel ingegoten. Aan tafel sprak mijn moeder dikwijls over haar werk. Het werk bij de Kinderbescherming was haar dierbaar, maar het viel haar ook zwaar. Ze nam de kinderen waarover ze zich zorgen maakte wel eens mee naar huis. Dan konden ze bij ons aan de keukentafel met een boterham bijkomen van ongetwijfeld bedreigende situaties waarmee ze geconfronteerd waren. Ze vertelde dat ze eens was bedreigd door een man die haar bij haar huis opwachtte, omdat ze zijn vrouw en kinderen preventief bij een blijf-van-mijn-lijfhuis had ondergebracht. Een waar staaltje secundaire preventie: voorkomen dat problemen die er al zijn erger worden of escaleren. Over de concrete gebeurtenissen liet mijn moeder overigens nooit iets los. Mijn drie zussen en ik stelden geen vragen, want ook toen was privacy een belangrijke waarde.

Preventie was de rode draad in het werk van mijn moeder. Preventief handelen om problemen te voorkomen of in dit geval om erger voor te zijn, dat deed ze gewoon, en ze was niet de enige. Professionals traden op als het nodig was, soms met gevaar voor eigen have en goed. Protocolen bestonden niet of nauwelijks. Er kwam vooral veel gezond verstand bij kijken. Toen het werk bij de gezinszorg mijn moeder te zwaar werd stapte ze over naar een veiliger werkomgeving. De laatste periode van haar werk werkte ze bij de afdeling preventie bij het RIAGG in Sittard waar ze cursussen gaf aan oud gedienden ('koempels') van de mijnen in de Westelijke en Oostelijke Mijnstreek. Het doel was de werknemers na het sluiten van de mijnen op te vangen om te voorkomen dat ze in 'geestelijke nood' terecht kwamen. Later gaf ze groepscursussen aan mensen die met 'de VUT'¹ gingen om ze beter voorbereid met pensioen te laten gaan. Maar ook gaf ze generieke voorlichting over 'ouder worden' en 'een zinvol leven na het werk' aan 65 plussers.

Toen ik begin jaren '80 koos voor een studie gezondheidswetenschappen aan de Universiteit van Maastricht, werd ik opgeleid in de ziektepreventie en het bevorderen van de gezondheid. Beide taken vormen het hart van de (openbare) publieke gezondheidszorg of 'public health'. Deze studie had toen nog maar net een wetenschappelijke status². Daarvoor was gezondheidsvoorlichting en – opvoeding (GVO) een 'vak' en een GVO'er vooral een 'doener' en 'veldwerker' die voorlichting gaf aan patiënten, groepen jonge ouders of tieners over het hoe en waarom van een gezonde levensstijl. Het betuttelende vingertje was in die tijd volop aanwezig en dat was tevens reden voor sceptici om GVO in de paternalistische hoek te plaatsen. Daar

1 VUT staat voor vervroegde uittreding; eerder met pensioen gaan.

2 Voor een goede beschrijving van de stand van zaken in die tijd zie Rouwenhorst (1981).

werd tijdens mijn studie echter flink mee afgerekend. De gezondheidswetenschap³ was een multidisciplinaire wetenschap, zo leerden we, en mensen motiveren en stimuleren tot gezond(er) gedrag vereiste een brede theoretische basis vanuit de gedragswetenschappen en gedegen gebruik van wetenschappelijke verklaringsmodellen en methodieken. Gezondheid werd opgevat in de holistische betekenis van de definitie die de WHO (World Health Organization) na de oorlog in 1946⁴ opstelde: “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (WHO, 1948). Oftewel: gezondheid is een optimale staat van fysiek, mentaal en sociaal welzijn en meer dan de afwezigheid van ziekte of gebrek. Volgens deze definitie heeft gezondheid een lichamelijke, psychische en sociale component en deze staan in het teken van een breder welzijn (*well-being*).

Gezondheid is meer dan de afwezigheid van ziekte. Deze definitie geeft ondanks de nog weinig dynamische aard ervan (*‘state of [...] well-being’*), reden om welzijn en gezondheid als onlosmakelijk aan elkaar verbonden fenomenen te beschouwen. Ze lijken synoniem aan elkaar en zijn twee zijden van eenzelfde medaille, maar hoe de verhouding precies is wordt niet helder. Voor preventie is dat een belangrijk gegeven, want waar richt zij zich precies op? Op het voorkomen van ziekten van individuen of van sociaal maatschappelijke problemen binnen een gemeenschap, op het bevorderen van gezondheid als doel op zich of op een breder welzijn, een goed leven of zelfs geluk? Of, als we het over het sociaal domein hebben, op het voorkomen van niet zelfredzaam zijn, niet zelfverantwoordelijk zijn, weinig maatschappelijk betrokken zijn of niet meedoen?

Zo is mij tijdens mijn studie Gezondheidswetenschappen het verhaal over gedragsbeïnvloeding als onderdeel van de gezondheidsbevordering en preventie verteld (zie definities in H. 3). Ik leerde dat de wereld maakbaar was. Verandering van gedrag was mogelijk, mits je geselecteerde doelgroepen op gerichte en planmatige wijze blootstelde aan *evidence-based* interventies. Interventies die in die tijd vaak top-down ontwikkeld werden, op basis van epidemiologische analyses, determinanten-onderzoek, behoefte-inventarisaties onder doelgroepen en via een stapsgewijs proces dat ‘Intervention Mapping’⁵ heet. Dat was het preventie-vocabulaire waarmee ik ben opgeleid en de enige manier en voorwaarde waarop wetenschappelijke resultaten gerealiseerd konden worden.

Een van de ontdekkingen die ik na mijn studie deed was dat deze kennis, preventievaardigheden en methoden in eerste instantie vanuit de pathologie en het medisch

3 De studie heette destijds geen ‘preventiewetenschap’, mede omdat preventie in die tijd vooral geassocieerd werd met het voorkomen van mentale problemen. Een preventiewerker werkte destijds in de GGZ of bij het CAD (Rouwenhorst, 1981, p. 27).

4 WHO oprichtingsdocument / Constitution of the World Health Organization, 1946.

5 Intervention Mapping is een protocol voor de ontwikkeling van op wetenschap gebaseerde programma’s om de gezondheid te bevorderen. Het protocol beschrijft het planningsproces van een programma in 6 stappen (Bartholomew et al., 1998).

model afkomstig waren en vooral op somatische ziekten waren gericht. Deze *body of knowledge* kon niet klakkeloos vertaald worden naar de preventie van complexe maatschappelijke en psychosociale problemen of de grote levensvragen waar veel kwetsbare doelgroepen in het sociaal domein mee worstelen, zoals armoede, hardnekkige schulden, huiselijk geweld, sociale uitsluiting, depressie en eenzaamheid. Die zaken pakte je niet even aan met een voorlichtingsavond. Ondanks dat de WHO in 1948 de somatische, psychische en sociale componenten van gezondheid en welzijn, onafscheidelijk en gebroederlijk in één definitie naast elkaar zette, viel me op dat het in de Nederlandse praktijk toch veelal gescheiden werelden waren. Het betrof domeinen die problemen van mensen op eigen wijze benaderden en voor de nodige samenwerking rond preventie meestal alleen met extra geld en inspanningen aan elkaar verbonden werden. Zo opereerde de preventieve gezondheidszorg oorspronkelijk⁶ vooral op de somatische problematiek. De welzijnssector had zeggenschap over de sociale- en psychosociale problematiek van mensen en de GGZ preventie was er ter voorkoming van de zwaardere psychische aandoeningen.⁷ Tussen de preventieve gezondheidszorg en welzijn in zat de wereld van sport- en bewegen. Dit was goed voor lichaam en geest én de sociale contacten.

Hoe dan ook: destijds zag ik vooral werkvelden met een eigen taal en *logica*⁸ en daarbinnen professionals die vaak zichtbaar worstelden met hun positie, beroepsidentiteit en bestaansrecht. Daarnaast viel mij gaandeweg steeds vaker op dat er – met name bij beleidsmakers en professionals – verschillende definities en begrippen rond preventie werden gebruikt en er bij velen (mijzelf inclusief) verwarring was over het doel en de inzet van preventie. Wat is preventie, waar is het om te doen, welke problemen willen we nu precies voorkomen: bio – psychisch, of sociaal/maatschappelijk, of allebei? Op wie of wat richten we ons (individu, groep, directe omgeving of samenleving?), hoe doen we dat, wiens belang staat daarbij centraal, wat mag het kosten en mogen we ervan verwachten? Veel vragen waar ongetwijfeld geen eenduidig antwoord op mogelijk is maar die me ook niet loslieten. Dit alles vormde de aanleiding van dit proefschrift.

6 De preventieve gezondheidszorg heeft haar oorsprong in de *sanitary movement*, de *preventive medicine* (Rose, 2008) en *social medicine* die vooral was gericht op het voorkomen en uitbannen van ziekten (Mackenbach & Van der Maas, 2008, pp. 19-23). Zie H. 5.

7 Zoals al eerder aangegeven was binnen de GGZ sinds de jaren '70 een bloeiende preventiepraktijk op gang gekomen. Alle toenmalige RIAGG'S hadden tot ver in de jaren '90 een afdeling Preventie.

8 Ik gebruik het begrip *logica* hier in dit boek in de betekenis van Freidson (2001), als een ideaal typisch model of raamwerk, met een aantal vaste algemene grondbeginselen en karakteristieken, vanuit een theoretische basis (zie voor meer informatie H. 2).

1. Inleiding

In Nederland is voor wat betreft de preventieve gezondheidszorg en het welzijnswerk, vanuit de historie sprake van twee elkaar beconcurrerende beroepsgroepen en gescheiden circuits onder eenzelfde beleidsparaplu.

Kolner in: Veldboer et al., 2023

1.1. Tien lessen over preventie uit een persoonlijk verleden

Als onderzoeker, adviseur, kenniswerker, manager en professional ben ik de afgelopen jaren veelvuldig geconfronteerd met verschillende opvattingen over gezondheid en ziekte, welzijn en daarop afgestemde werkwijzen rond preventie. Preventie was de rode draad in mijn werk.

Van 1985 tot 1996 werkte ik voor de Nederlandse Hartstichting in de preventieve gezondheidszorg, waarbij het *ziekteperspectief* leidend was. Van 1996 tot 2002 was ik directeur van de Stichting Jeugd in Beweging, waar het ging over bewegingsstimulering en jeugdparticipatie in de sport, vanuit het motto ‘een gezonde geest in een gezond lichaam’. Van 2002 tot 2016 was ik als onderzoeker en adviseur verbonden aan een onderzoeksbureau⁹ en betrokken bij diverse projecten rond preventie en kennisontwikkeling in organisaties en bij gemeenten. Zo was ik onder andere betrokken bij de preventie van ouderenmishandeling (Van Heerwaarden et al., 2005) en bij de preventie van ongewenste omgangsvormen op de werkplek (Kolner et al., 2006). Daarnaast was ik als adviseur betrokken bij stimuleringsregelingen die het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) uitzette voor gemeenten, in het kader van lokaal gezondheidsbeleid en Welzijn Nieuwe Stijl. Voor het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) was ik lange tijd onderzoeker en adviseur voor het professionaliseringstraject ‘Professionals Gezond versterkt’ (Sturkenboom & Kolner, 2010). Een paar jaar later startten we met subsidie van de Provincie Noord-Holland (2012- 2016), met een groot aantal gemeenten in Noord-Holland, een Kenniscentrum op het terrein van Wonen en zorg voor gemeenten in Noord Holland. Daarbinnen ontwikkelde we, met twaalf gemeenten in Noord-Holland, de Kenniskring Sociale Wijkteams. In dat kader organiseerden we vele ontmoetingen en deden we onderzoek om de ontwikkelingen en preventieve waarde van de wijkteams op de voet te volgen (Kolner & Sprinkhuizen, 2013; 2014).

Van 2016 tot 2019 was ik programmamanager en onderzoeker bij de Werkplaats Sociaal Domein Noord-Holland bij de Hogeschool Inholland, waar het met name ging het over het bevorderen van breed welzijn en zelfredzaamheid in relatie tot het voorkomen van sociaalpsychologische en maatschappelijke problemen van mensen. Daar zette ik met enkele oud-collega’s en associate-lector Ard Sprinkhuizen het onderzoek naar de sociale wijkteams voort (Kolner & Sprinkhuizen et al., 2018) en organiseerden we vele debatten over preventie binnen het sociaal domein. Om onze bezorgdheid en de geconstateerde verwarring en onduidelijkheid over preventie in het sociaal domein te adresseren, schreven we het *Pleidooi voor Preventie* (Kolner & Sprinkhuizen, 2018). Deze hartenkreet voor meer aandacht voor preventie in het zogeheten ‘voorveld’ in het sociaal domein

9 ‘DSP-groep’ te Amsterdam. DSP staat voor Van Dijk, Van Soomeren en Partners, maar is sinds 2019 een eigennaam.

presenteerden we op een congres (maart 2018) met de veelzeggende naam *Prioriteit voor Preventie*. Na een onverwachts afscheid van de Hogeschool Inholland belandde ik in de zomer van 2020 als projectleider en onderzoeker bij de Corona Gedragsunit (CGU) van het RIVM. De preventie en bestrijding van COVID-19, de eerste ontwrichtende pandemie sinds lange tijden, vroeg vanaf dat moment mijn volledige aandacht. De cirkel was bijna rond.

Tijdens mijn loopbaan leerde ik aan welke eisen preventie moest voldoen om effectief te zijn, maar ook al werkte je volgens ‘het boekje’, snelle successen waren zeldzaam. Preventie is een werkwoord en topsport, goed preventiewerk leveren een hele kunst. Een fascinerende kunst ook, want het betekent soms– hoe paradoxaal dit ook mag klinken – het op goede grond áfzien van preventief handelen. Hieronder werk ik een aantal geleerde lessen over preventie uit.

1.1.1. *Preventie: een kwestie van timing*

Preventie heeft veel verschillende gezichten en preventiewerk komt in vele gedaanten voor.¹⁰ Aan effectieve preventie gaan veel afwegingen vooraf en veel heeft te maken met de juiste timing en planning. Het gaat om de juiste inzet, bij de juiste doelgroep op het juiste moment en op de juiste wijze en toon. Een simpel voorbeeld maakt dat duidelijk. Zo heeft seksuele voorlichting weinig zin voor kinderen die nog op geen enkele manier belangstelling voor seksualiteit hebben (al moet je er ook niet te laat mee beginnen). Ook de persoon die de voorlichting geeft doet er toe: of de ouders de juiste personen zijn of beter een leerkracht de voorlichting kan geven hangt af van de situatie en natuurlijk van de manier waarop. Breng je het persoonlijk en geef je daarbij uitleg, duw je een puber een boekje in de hand (wat mij zelf ooit overkwam) of verwijs je naar een website of audiovisuele media? Preventie vraagt altijd om bezinning en om afwegingen en meestal om de juiste mix.

Mijn eerste werkervaring in de preventie was bij de Hartstichting en betrof de ziektepreventie. Hart- en vaatziekten (HVZ) vormden in die tijd nog volksziekte nummer één.¹¹ Voor een preventie- debutant bood de Hartstichting mij daarom een leerzame werkplek. De inzet van mijn werk was gericht op het beïnvloeden van (on)gezonde leefgewoonten bij jeugd en jongeren, met name voor zover het ging over de bekende risicofactoren voor HVZ, zoals roken, hoge bloeddruk, bewegingsarmoede en het eten van te veel verzadigde vetten.¹² Interessant gegeven was dat de stichting zoveel werk

10 Zie voor de definities van preventie H. 3.

11 Coronaire hartziekten en hartfalen staan nu op plaats 4 en 5 (dementie, longkanker en beroerten staan op plaats 1, 2 en 3). Zie <https://www.volksgezondheidenzorg.info/ranglijst/ranglijst-doodsoorzaken-op-basis-van-sterfte>

12 Onderdeel van de zogeheten BRAVO thema's: bewegen (B), (niet) roken (R), (minder) alcohol, (gezonde) voeding en veilig vrijen (V) en (meer) ontspanning (O)

maakte van voorlichting aan jongeren – terwijl het krijgen van hart- en vaatziekten een ver-van-mijn-bed-show voor deze leeftijdsgroep was. Het was een kwestie van er op tijd bij zijn, vond men, oftewel primaire preventie pur sang. Maar voor jongeren was er bepaald geen sprake van een gevoel van urgentie. Tot op de dag van vandaag blijft in het ongewisse of het nodig of effectief was de (zinvolle) aandacht voor gezonde voeding of bewegen te koppelen aan een ziekte die mensen op die leeftijd niet tot de verbeelding spreekt.

1.1.2. *Eerst duiden, dan voorkomen*

Preventie hangt in de publieke gezondheidszorg nauw samen met diagnostiek, want om welk probleem gaat het eigenlijk, hoe ontstaat het en is het te voorkomen? Het gaat daarbij over correlaties tussen relevante variabelen, oftewel het samenspel tussen bepalende determinanten, risicofactoren en beschermende factoren, en de mogelijke gevolgen daarvan op de gezondheid en het welzijn van mensen. In de publieke gezondheidszorg is de preventie-wetenschap gebaseerd op epidemiologie, de wetenschap die het verloop van ziekten bestudeert en de relatie tussen oorzaken en gevolgen blootlegt (Sloboda & Petras, 2014).

In de periode dat ik in de preventieve gezondheidszorg en in de sport werkte lag er vooral veel nadruk op de individuele leefstijlfactoren als dé boosdoener voor het ontstaan van de welvaartsziekten die, toen de belangrijkste infectieziekten waren teruggedrongen, voor de meeste ziektelast verantwoordelijk waren. Van roken, verzadigde vetzuren en te weinig bewegen was destijds onomstotelijk aangetoond dat ze de kans op HVZ vergroten. Van bewegen wist men al heel lang dat het goed was tegen overgewicht en vele daaraan gerelateerde gezondheidsskwalen, zoals diabetes mellitus en kanker. Toch waren er in die tijd, net als nu, nog veel vraagtekens. De invloed van psychosociale factoren zoals stress bijvoorbeeld, vormden eind jaren '90 voor de Hartstichting een dilemma. "Stress is een vreemde eend in de bijt" lees ik terug in het geïnitieerde onderzoek naar leefstijlfactoren voor HVZ bij jongeren, uitgevoerd door de Universiteit Maastricht, want "het is strikt genomen geen gedrag" en "bovendien is de relatie tussen stress en hart- en vaatziekten nog niet afdoende opgehelderd" (Paulussen, 1997, p. 75.) Was de complexe factor stress een veroorzaker van hart- en vaatziekten of juist een gevolg? Was het een omgevingsfactor of een karaktertrek? Wat was er eerder: de kip of het ei? En zo werd 'door gebrek aan bewijs' de aandacht voor de ongrijpbare factor stress door de Hartstichting in die tijd jarenlang op een laag pitje gezet. Achteraf blijkt de invloed van stress, ondanks zijn complexe en moeilijk te onderzoeken karakter, wel degelijk van betekenis te zijn bij het ontstaan van tal van ziekten. Met name chronische stress, bijvoorbeeld door langdurige geldzorgen,

blijkt een verband te hebben met hart- en vaatziekten (cf. Brosschot et al., 2014).¹³ Goede preventie staat en valt dus ook met de kennis die de wetenschap ons biedt en succes is bepaald niet gegarandeerd. Zeker als het complexe problemen betreft, waarbij oorzaak-gevolg relaties niet makkelijk bloot zijn te leggen. Bij preventie past daarom bescheidenheid en een lerende houding.

1.1.3. *Samenwerking en meervoudige belangen*

Preventie vraagt om samenwerking en is om die reden niet los te zien van meervoudige belangen. Het gaat daarbij dan vooral over verantwoordelijkheden (wie doet wat?), over geld (wie betaalt?) en welke prioriteiten gesteld worden (wie bepaalt?). Meer geld garandeert echter geen goede samenwerking rond preventie. In de praktijk was er eigenlijk altijd sprake van een tekort. Geld dat voor het ene probleem wordt uitgetrokken kan niet aan een ander probleem gegeven worden (zie ook Saan & De Haes, 2012a). Bij de Hartstichting – een gezondheidsfonds – was het paradoxaal genoeg juist de factor ‘geld in overvloed’¹⁴ die een negatieve invloed op de samenwerking had. Samenwerking gedijt tussen partijen die elkaar iets te bieden hebben. Gezondheidsfondsen, als de Hartstichting, hadden echter genoeg aan zichzelf. Bij de Hartstichting lagen (ziekte) preventie en fondsenwerving soms in elkaars verlengde (preventie als ‘uithangbord’) maar soms stonden ze letterlijk op gespannen voet. De Hartstichting wilde in die tijd niet te veel nadruk leggen op *stoppen met roken* want dat beïnvloedde de donaties van burgers, die wars waren van betutteling. Voor het thema roken werd – zoals een journalist in de Volkskrant beweerde - daarom een aparte stichting (Stivoro) opgericht¹⁵ zodat de inkomsten van de Hartstichting geen gevaar liepen.

Preventie had in de jaren '90 een gefragmenteerd karakter. Voor elke ziekte en voor elke leefstijlfactor werden aparte landelijke campagnes en interventies ontwikkeld, voorzien van een eigen logo. Van een holistische visie op preventie was in de praktijk weinig sprake. Dat had meer te maken met de institutionele orde en met profileringsdrang van de organisaties dan met efficiëntie of effectiviteit. De Hartstichting kon zich permitteren dure reclamebureaus en didactische advies-teams in te schakelen, om campagnes en *glossy* lespakketten te ontwikkelen, waar ik overigens zelf aan meewerkte. De gezondheidsfondsen concurreerden in die tijd dan ook volop met elkaar en met de Kruisverenigingen, Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD-en) en Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) instellingen of de Consultatiebureaus voor

13 Ongunstige effecten van chronische stress zijn onder meer vastgesteld bij financiële problemen, veeleisende familieomstandigheden, voortdurende eenzaamheid, angst en depressie. Ook studies naar specifieke stressoren, zoals relatiestress en werkstress, vonden een verband met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten.

14 De Hartstichting wist via haar jaarlijkse collecteweek veel geld op te halen voor onderzoek, preventie of voorlichting en patiëntenzorg.

15 De Stichting Volksgezondheid en Roken (Stivoro). Zie Wagendorp (2019): uit dit artikel blijkt hoezeer fondsen als de Hartstichting, KWF en het Longfonds meer met fondsenwerving bezig waren dan met preventie.

Alcohol en Drugs (CAD's), die landelijk brede uitvoeringstaken aangaande preventie hadden, maar in een minder florissante financiële positie verkeerden. Dit was niet bevorderlijk voor de samenwerking. Het Rijk stuurde in die tijd niet of nauwelijks op de samenwerking tussen de partijen. Ook voor docenten in het onderwijs was het gebrek aan samenwerking voelbaar. Saan en De Haes (2012b, p. 65) spreken over kilo's goedbedoeld toegezonden lesmateriaal die in die tijd "ongebruikt in de kast [blijven] liggen - of (door de scholen) bij het oud papier worden gezet".

1.1.4. Problemen voorkomen: niet bij iedereen...en met welk resultaat?

Een van de belangrijkste lessen die ik al vroeg leerde was dat de preventieboodschap vooral wordt opgepikt door mensen die het minder of zelfs het minst nodig hebben. Als 'ontwikkelaar van lespakketten' voor de Hartstichting verbaasde ik me erover dat er kinderen waren op de toenmalige LBO scholen (Lager Beroeps Onderwijs) die niet wisten wat een komkommer was. Het was toen al duidelijk dat het voor mensen met een lage sociaal economische status (SES), die dikwijls ook minder opleiding hadden genoten of de taal niet goed spraken, ingewikkelder was om de gezonde leefstijladviezen ter harte te nemen. Mede ook omdat zij aanzienlijk meer levensstress ervaarden, vanwege schulden of andere complexe en meervoudige problemen. Zij waren niet makkelijk te motiveren voor gedragsverandering. Normen die van bovenaf worden opgelegd werken meestal niet en helemaal niet als gezond eten duurder is dan ongezond eten. Ik vroeg me in die tijd vaak af waar de grens ligt tussen een goed advies, bemoeienis en betutteling. Ik leerde gaandeweg dat preventie meer is dan een kwestie van een epidemiologisch cijfer tot achter de komma of een theoretisch model. Preventie gaat over mensen. Mensen hebben meestal een complexe relatie met (on)gezond leven en gedrag is nu eenmaal grillig (zie ook Horstman & Houtepen, 2005). Lage SES groepen hebben daarnaast ook nog eens vaker te maken met de fnuikende invloed van een minder gezonde leefomgeving, denk aan een minder fortuinlijke jeugd, slechtere opvoedingscondities, minder ruime of fraaie behuizing, wonen aan de rand van een snelweg en een slechtere toegang tot voorzieningen.

1.1.5. Inzetten op kansen

Preventie kan in plaats van op problemen ook op kansen inzetten en heeft in die zin onder andere een bijzondere relatie met *participatie*, *meedoen* en *van betekenis zijn*. Soms lijken de termen preventie en participatie zelfs bijna uitwisselbaar; als je meedoet en betrokken bent gebeurt er al 'iets' en worden noodzakelijke veranderingen vaak al in beweging gezet. Dit was een van de belangrijkste lessen uit mijn tijd bij Jeugd in

Beweging,¹⁶ waarvoor ik tot 2002 werkte (Kolner, 2001). De stichting Jeugd in Beweging was een landelijke netwerkorganisatie, die de samenwerking tussen verantwoordelijke organisaties voor jeugdsport binnen verschillende domeinen op nationaal, regionaal en lokaal niveau moest aanwakkeren. Als netwerkorganisatie bewogen we ons als makelaar en schakelaar binnen een complex speelveld van met elkaar samenwerkende, maar ook met elkaar concurrerende organisaties. Die organisaties hadden weliswaar, op hoofdlijnen althans, inhoudelijk eenzelfde belang maar moesten deels uit dezelfde (VWS) ruif eten.

Dat Coca Cola, een bedrijf die toch mede verantwoordelijk was voor de overal ter wereld toenemende suikeropname van kinderen, in de programmacommissie zat was wel wat vreemd vond ik, maar hier werd geen bezwaar tegen gemaakt. Het programma had vooral tot doel jeugdsport en bewegen hoog op de agenda te zetten en maakte zich in het bijzonder sterk voor jongeren uit achterstandssituaties en jongeren met een beperking. Het ging in dit programma meer over participatie dan over preventie. Het *voor en door* principe was in die tijd populair. We hadden onder andere de taak de zogeheten beweegnorm¹⁷ onder de aandacht van jongeren te brengen, maar het ging er vooral om jongeren te laten zien dat sport en bewegen een hoge *fun factor* had en hen te inspireren om mee te doen en zich te bemoeien met de organisatiecultuur binnen de sport en zelf invloed uit te oefenen op het aanbod van sport en bewegen. Het ging daarbij om trapveldjes in de wijk en een andere aanpak binnen de sportvereniging, maar ook om het realiseren van een gevarieerd en stimulerend sportaanbod op school. Preventie kreeg hier een geheel andere betekenis, kleur en taal dan ziekte-preventie of zelfs gezondheidsbevordering. Jongeren werden niet verleid door de belofte van gezondheid maar wel door meer plezier in sport en bewegen. We hadden het voornamelijk over *verbinden* van de domeinen wijk, school en sport, over *jongeren een stem geven* en het gevoel van *eigenaarschap bevorderen*. Het ging er niet om wat jongeren niet mochten doen maar juist om wat goed voor ze was en vooral waar ze zelf zin in hadden.

16 De directe aanleiding voor het vijfjarige nationale programma Jeugd in Beweging ligt in het verschijnen van het rapport *Jeugd in beweging: Sport is plezier waar je gezond van wordt* (Raad voor het Jeugdbeleid, 1995). In dit rapport wordt de bezorgdheid verwoord van een groot aantal deskundigen over het sport- en beweeggedrag van de jeugd. De Raad constateert op basis van een onderzoek naar de belangrijkste knelpunten dat jongeren sportactiviteiten weliswaar leuk vinden, maar dat deze activiteiten beter moeten aansluiten bij de belevingswereld van jongeren (uit Kolner, 2001).

17 De Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) geeft een algemeen advies omtrent bewegen en gezondheid. Opvolgen van deze adviezen zal vooral gezondheidswinst opleveren die in belangrijke mate HVZ helpt voorkomen. De NNGB is in 1998 vastgesteld en werd afgeleid van internationale richtlijnen. De norm verschilt per leeftijdsgroep en is vastgesteld op minimaal 5 dagen in de week 30 minuten matig intensief bewegen. De adviezen zijn gebaseerd op het bevorderen van wandelen, fietsen, tuinieren, zwemmen, etc.

1.1.6. *De burger vraagt niet om preventie*

Dat preventie en participatie soms op gespannen voet met elkaar kunnen staan zag ik pas veel later. Onder andere als kwartiermaker lokaal gezondheidsbeleid (2004-2008) maar ook als projectleider van het project 'WMO-wijkaanpak' (2005-2009) was ik in diverse gemeenten betrokken bij participatietrajecten met burgers, die op democratische wijze hun eigen lokale (wijk)agenda mochten samenstellen. Wat me opviel was dat vooral de spreekwoordelijke 'losse stoeptegel', 'hondenpoep', gevaarlijke verkeerssituaties en andere ergernissen meer aandacht kregen dan problemen als eenzaamheid, een thema dat uit de GGD cijfers als probleem naar voren kwam.¹⁸ Deze onderwerpen haalden de top 10 lijst van prioriteiten bijna nooit. Ook 'aandacht voor de problemen van kwetsbare bewoners' of stoppen met roken, minder alcohol consumeren of afvalLEN waren meestal geen onderwerpen die door burgers zelf op de agenda werden gezet. De les was: de burger vraagt niet om preventie – vooral niet als zijn of haar eigen gedrag ter discussie staat – maar wil wel graag een 'stem' hebben en betrokken zijn bij zijn/haar eigen wijk of buurt (cf. Kolner & Van Soomeren, 2008).

1.1.7. *Een kwestie van moraliteit en normaliteit*

Ethische vraagstukken en dilemma's speelden overal. Zowel bij de planning van preventie (wat te doen, bij wie en met welk doel?), bij de financiering (wat mag het kosten in relatie tot de verwachte opbrengsten en is het de investering waard?) als bij het kiezen van interventies (welke?) en de dagelijkse praktijk en uitvoering ervan (wie, hoe?). Het was steeds nodig na te denken over de waarden en normen die met bepaalde keuzes en boodschappen werden uitgedragen en of deze overeenkwamen met de doelen en groepen die bereikt moesten worden. Bij jonge kinderen speelde bijvoorbeeld de vraag of we ze al op jonge leeftijd mochten lastig vallen met ziektepreventie (met hart- en vaatziekten als schrikbeeld). Bij lage SES groepen was de vraag of het ethisch was mensen met hoge schulden en problemen te bestoken met 'stoppen met roken' boodschappen (nog los van of het werkte).

Toch kan ik me niet herinneren dat ik destijds met collega's uitvoerig stilstond bij dergelijke ethische vraagstukken. Voor welke opdrachtgever ik ook werkte, er was een missie (zoals hart- en vaatziekten of ouderen-mishandeling voorkomen) en dat droegen we met verve uit. Ook zag ik pas achteraf hoe die missie het vraagstuk van de normaliteit raakt. Wat we als normaal en niet normaal, gewenst of ongewenst vinden, als het om ziekte en gezondheid gaat, is immers geen vaststaand gegeven en wordt sterk bepaald door de tijd.

18 Uit de cijfers van de GGD uit 2008 bleek dat 35% van de mensen in die betreffende gemeenten met eenzaamheid te maken kregen, waarvan 3 tot 5 % zeer ernstig. Dat beeld kwam overeen met de landelijke cijfers (zie Gezondheidsnota Samenwerken aan de Gezondheid van Wierden 2011-2013).

Tijdens mijn loopbaan passeerden verschillende preventie-thema's de revue. Telkens was er een nieuw probleem dat de aandacht kreeg en dat ging helaas ook ten koste van andere belangrijke problemen want er was vaak gebrek aan geld. Waar eind jaren '80 hart- en vaatziekten en andere welvaartsziekten, en begin jaren '90 AIDS sterk in de aandacht stonden, werden gaandeweg andere ziekten en problemen belangrijker en zo verschoof ook de inzet van preventie. Eind jaren '90 en het begin van dit millennium zag ik nieuwe thema's zoals overgewicht, ongewenst gedrag op de werkplek en ouderenmishandeling opkomen. Dat had dikwijls meer te maken met de context van beleid en samenleving en minder met het feit dat die problemen er voorheen niet waren. Door een probleem in de spotlight te zetten wordt het vanzelf urgenter. In de jaren daarna zag ik thema's als depressie, sociaal isolement en eenzaamheid in beeld komen. Ik zag dat er sprake was van een langzame verschuiving van somatische onderwerpen naar meer sociale en psychische issues. De samenleving veranderde, de aandacht van beleid, onderzoekprogramma's en de media verschoof mee (of ging daar aan vooraf) en zo ook de kwesties die als urgent bestempeld werden.

1.1.8. *Tussen zeker en onzeker handelen*

In de praktijk ontdekte ik het grote verschil tussen primaire en secundaire preventie en tussen universele preventie en selectieve preventie, vooral wat betreft het (on) voorspelbare en complexe karakter van bepaalde problemen.¹⁹ Primaire preventie van redelijk grijpbare fysieke problemen (denk aan tandcariës of bewegingsarmoede) verloopt grotendeels via collectieve interventies op samenlevingsniveau (zoals het verlagen van zout en suiker in voedingsproducten of het invoeren van de beweegnorm). Daar gaat vaak veel epidemiologisch onderzoek en maatschappelijke discussie aan vooraf. Ethische commissies buigen zich van te voren over de dilemma's die mogelijk een rol spelen.

Heb je het echter over secundaire preventie en vroegsignalering van minder grijpbare sociaalpsychologische problemen, dan praten we over een ander niveau en over andere vraagstukken en dilemma's. Professionals, die op straat plots geconfronteerd worden met mensen die verward gedrag vertonen – mogelijk een psychose hebben, overlast geven en een bedreiging vormen voor zichzelf en anderen – moeten vaak acuut besluiten nemen op basis van parate kennis en ervaring, zonder dat uitgebreid overleg of het raadplegen van kennisbronnen mogelijk is. Al jarenlang lezen we in de krant over uit de hand gelopen incidenten met verwarde personen die vaak voor crimineel worden aangezien, waarbij men zich achteraf afvraagt of eerder of in ieder geval anders ingrijpen niet beter was geweest. Ik leerde dat preventie en behandelen (repressie) dicht bij elkaar liggen en in elkaar over vloeien. Professionals vragen zich dikwijls af: wat is hier nu aan de hand (wat is de juiste diagnose?) en moeten we preventief ingrijpen door

19 Zie voor de definities van preventie H. 3.

te de-escaleren, of juist niet, en ‘op de handen zitten’?²⁰ Soms is het niet duidelijk wat het beste is en is er geen tijd voor een moreel beraad.

Het meest duidelijk werd mij dit tijdens de vele interviews die we, in het kader van ons zogeheten Doolhof-onderzoek (2012-2018)²¹ afnamen bij professionals die in of rond sociale wijkteams interdisciplinair samenwerkten in Noord-Holland. We hoorden dat deze professionals ‘s nachts vaak wakker lagen omdat ze niet wisten of ze in een bepaalde casus de juiste beslissing hadden genomen en vreesden voor de consequenties ervan. Dit had ook te maken met (interprofessionele) verschillen in opvattingen over diagnoses en benaderingswijzen. Zoals een van deze professionals tegen ons zei: “Je loopt met je cliënten vaak over een richeltje.” (Kolner & Sprinkhuizen, 2014, p. 21). Hiermee verwoordde ze de onzekerheid die zij als professionals ervaren en de dilemma’s rond preventief handelen zeer treffend.

1.1.9. *Multidisciplinaire samenwerking als panacee*

In de tijd dat ik werkzaam was bij de Werkplaats Sociaal Domein Noord Holland ging het veel over het belang en preventieve werking van interprofessioneel samenwerken op wijk- en buurtniveau in het sociaal domein. Ik merkte dat preventie in het sociaal domein een andere ‘taal’, doel en betekenis had dan die waarmee ik vanuit mijn opleiding Gezondheidswetenschappen vertrouwd was. De wijkteams kregen rond 2012 bij de start in Nederland een meervoudige opdracht. Dit omvatte onder andere het regelen van de toegang tot de geïndiceerde hulp en dienstverlening, en substitutie in de zin van het zo goedkoop maar effectief mogelijk inzetten van de ondersteuning op een zo laag mogelijk niveau (van 3de naar 2de naar 1ste en 0de lijn). Een van de instrumenten daartoe betrof het bevorderen van eigen kracht en activering van burgers (Van Arum & Lub, 2014). Een andere ambitie betrof de preventie van maatschappelijke en sociaalpsychologische problemen van mensen. Doel was en is de complexe problemen van mensen op verschillende levensgebieden te voorkomen.²² Het is deze preventie-ambitie die, hoe weinig expliciet uitgewerkt ook, in Nederland in tal van beleidsnotities is terug te vinden (Van Arum & Lub, 2014; Van Arum, 2015; 2016). Vooral van de interdisciplinaire samenwerking tussen welzijnsprofessionals, de GGZ, de jeugdhulpverlening en de wijkverpleging en -zorg werd veel verwacht.

20 Op de handen zitten’ is beleidsjargon geworden en wordt sinds de invoering van de participatiemaatschappij vaak gebruikt door beleidsmakers en professionals. Het is een gevolg van het Welzijn Nieuwe Stijl baken: gebaseerd op eigen kracht waarmee de zelfredzaamheid en zelfverantwoordelijkheid van burgers wordt versterkt en de afhankelijkheid van professionals wordt verminderd.

21 Onder de naam *Uit het Doolhof* heeft de auteur 5 jaar onderzoek gedaan naar de ontwikkelingen binnen sociale wijkteams in Noord-Holland, samen met andere onderzoekers via de Werkplaats Sociaal Domein Noord-Holland.

22 In deze formulering is vooral de definitie van secundaire preventie herkenbaar (zie definities in H. 3).

Vanwege hun multidisciplinaire samenstelling en beoogde positionering in het ‘voorveld’ van het sociaal domein,²³ was het idee vanaf het begin dat de professionals hun kennis konden bundelen en dat de teams *‘dicht bij burgers kunnen opereren, signalen op een vroeg moment kunnen opvangen en escalatie kunnen voorkomen’* (VWS, Memorie van Toelichting (MvT), Wmo 2015) opdat dure zorg op een later tijdstip niet nodig zou zijn. Preventie hing daarmee ook nauw samen met het vinden van nieuwe werkwijzen (onder andere bij het aanboren van ‘eigen kracht’ van mensen), mede in relatie tot de substitutie-opgave die de wijkteams hebben. Met de wijkteams hoopten gemeenten 25% van de kosten op zorg en hulpverlening te besparen. Dat samenwerking deze besparing niet zomaar opleverde werd duidelijk uit resultaten van het CBS onderzoek in 2019: In die gemeenten waar bijvoorbeeld wijkteams actief waren werd juist naar meer en duurdere zorg doorverwezen dan in gemeenten die geen wijkteams hadden, zo werd in een artikel van het NRC vermeld (Vriesema, 2019). Het goed interpreteren van deze cijfers bleek niet eenvoudig. Wat betekende dit? Dat de wijkteams hadden gefaald in hun opdracht, of problemen juist tijdig genoeg aan de oppervlakte brachten waardoor erger was voorkomen? Of waren het juist de verschillende ‘moederorganisaties’ in de teams, die vooral naar zichzelf doorverwezen om daarmee aan meer clientèle te komen? Het ontbrak aan goede cijfers om het effect van de wijkteams – niet alleen uitgedrukt in geld, maar bijvoorbeeld ook in termen van menselijke waardigheid – zichtbaar en concreet te maken, betoogden Schmidt en Tonkens (2019) in een reactie in het NRC.

1.1.10. Preventie: belangrijk maar onduidelijk en geen prioriteit

Wanneer we tijdens ons Doolhof onderzoek – tijdens onze vele gesprekken met ambtenaren van gemeenten – dieper doorvroegen, bleek dat preventie als een verzamelterm werd gezien voor veel verschillende activiteiten en in één adem werd genoemd met het versterken van eigen kracht, buurt- en burgerkracht en ‘sociale cohesie’. Ook woorden als sociale basis of sociale infrastructuur²⁴ vielen vaak. Het viel me op dat ‘de waarde of preventieve kracht’ van sociale interventies veelal impliciet bleef en niet of nauwelijks conceptueel of handelingsgericht werd geoperationaliseerd, terwijl hier in die tijd wel informatie over beschikbaar was (Ruijsbroek et al., VTV 2009; Savekoul et al., VTV 2010). Vooral activiteiten op het gebied van vroegsignalering waren onderdeel van het takenpakket van de wijkteams. Wij concludeerden dat preventie,

23 Met ‘aan de voorkant’ of ‘in het voorveld’ worden alle gemeentelijke voorzieningen bedoeld die zonder indicatie voor burgers toegankelijk zijn, alsmede informele hulp en vrijwillige inzet.

24 Radboud Engbersen en Ard Sprinkhuizen gaven in 1998 een definitie van de sociale basisinfrastructuur: ‘het geheel van organisaties, diensten, voorzieningen en betrekkingen die het mogelijk maken dat mensen in redelijkheid in sociale verbanden (buurten, groepen, netwerken, gezinnen) samen kunnen leven en kunnen participeren in de samenleving. Bij de sociale basis daarentegen gaat het ook om de aanwezigheid van informele netwerken, burgeractiviteiten en betekenisvolle relaties tussen burgers onderling en tussen burgers, professionals en de overheid (zie Van Pelt & Repetur, 2018).

zes jaar na de oprichting van de wijkteams, in veel gemeenten in Noord-Holland, een veelgehoorde ambitie was, maar in de ogen van veel professionals bepaald geen werkelijkheid (Kolner & Sprinkhuizen, 2018). Oude Vrielink was overigens al eerder tot deze conclusie gekomen (2014, p. 57).

Gemeenteambtenaren vonden investeren in preventie ook lastig, hoorden we, want het kostte hen geld maar leverde hen weinig profijt op. De winst werd volgens hen door de zorgverzekeraars opgestreken. Gemeenten zetten overduidelijk vraagtekens bij het eigenaarschap van de problemen. In die periode bleek hoe dan ook dat er veel verwarring was over de preventiedefinitie en -opdracht van de teams en dat binnen verschillende beroepsgroepen andere opvattingen over preventie leefden (“Is een cursus omgaan met geld ook preventie?”; “Voorlichting en advies hoort dat er ook bij?” (Kolner & Sprinkhuizen, 2018, p. 24). Preventie werd gepredikt en als oplossing voor veel problemen gezien, maar er werd maar weinig doelgerichte aandacht aan besteed. Zoals iemand het verwoordde: “Preventie....wel belangrijk, maar geen prioriteit.” (p. 24).

1.2. Trage vragen over preventie

1.2.1. *Preventie tussen wal en schip*

Wat tijdens mijn loopbaan steeds duidelijker werd, was dat de weg waarlangs de planning en uitvoering van preventie loopt, bezaaid is met hobbels en valkuilen. De centrale lessen en knelpunten die uit verschillende werkpraktijken naar boven kwamen vat ik hier samen in acht punten (zie o.a., Kolner et al., 2006, 2013, 2014, 2018; Sturkenboom & Kolner, 2010):

1. Er is dikwijls onduidelijkheid over de definitie en het doel van preventie.
2. De voor- en nadelen van preventie (zoals stigmatisering en medicalisering) als mede ethische dilemma's worden lang niet altijd goed besproken of afgewogen.
3. Vooral de economische waarde van preventie wordt benadrukt: preventie moet geld opleveren en de roep om preventie gaat vaak samen met bezuinigingen.
4. De opbrengst van preventie is niet zichtbaar en lastig bewijsbaar (vaak alleen op de korte termijn), zeker als het om complexe of moeilijk grijpbare zaken gaat, zoals mentale problemen of menselijke waardigheid.
5. De opbrengst daalt lang niet altijd bij de investeerder neer.
6. Hoe meer partijen betrokken zijn, des te complexer, stroever en kwetsbaarder is het samenwerkingsproces; zeker als de vereiste kennis en professionaliteit bij die partijen ontbreekt en taken en verantwoordelijkheden niet duidelijk zijn belegd.
7. Er is sprake van een kloof tussen landelijk beleid en de uitvoeringspraktijk, mede ten gevolge van gebrek aan regie en goede aansturing van professionals en lokale interventies.
8. Preventie heeft te lijden onder reorganisaties en bezuinigingsoperaties en heeft tal van interne en externe prikkels nodig om goed en duurzaam te worden uitgevoerd. Bereikte resultaten zakken om deze reden snel weg of worden teniet gedaan.

Preventieve projecten lopen door alle bovengenoemde punten de kans vroegtijdig te worden opgeheven alvorens ze tot hun recht zijn gekomen. In 2014 heeft ZonMw een onderzoek laten uitvoeren naar de meest hardnekkige knelpunten rond preventie in de zorg en bovenstaande punten zijn daar in terug te herkennen (Heijink & Struijs, 2015).

Bovenstaande bevindingen uit mijn opleiding en werkverleden vormden de achtergrond voor een vraag die mij steeds meer ging interesseren: wat maakt preventie in het sociaal domein nu anders dan preventie in de publieke gezondheidszorg? Het heeft er ook toe geleid dat ik in 2010 en 2011 opleidingsmodules ben gaan volgen bij het Landelijk Expertisecentrum Sociale Innovatie (LESI) en me in 2013 heb ingeschreven bij de Graduate School van de Universiteit voor Humanistiek. Ik had behoefte aan aanvullende kennis om te kunnen reflecteren op de vele ervaringen uit mijn werkbestaan binnen de preventieve gezondheidszorg en in het sociaal domein. Ik ervaarde de kennis over preventie die ik binnen mijn studie gezondheidswetenschappen had opgedaan zelf al langere tijd als ontoereikend om een antwoord te kunnen geven op de vele trage vragen die bij preventie in het sociaal domein spelen. Ook vroeg ik mij af of dit preventiediscours beleidsmakers en professionals in de praktijk wel voldoende houvast bood om te reflecteren op wat er vanuit het oogpunt van preventie zinvol en mogelijk is, zeker als het om de vaak met elkaar verstrengelde maatschappelijke, fysieke en psychosociale problemen van (kwetsbare) mensen gaat. Hoe ga je om met de ingewikkelde relatie tussen diverse problemen van mensen binnen een samenleving die zelf steeds complexer wordt en waar de kloof tussen rijk en arm steeds groter wordt? Hoe pak je een complex probleem als eenzaamheid aan, dat een enorme impact heeft op gezondheid én kwaliteit van leven, maar in diverse hoedanigheden voorkomt, bij elk mens net weer een andere achtergrond of oorzaak heeft én ook onderdeel van het menszijn is? (Kolner, 2018).

Bij het LESI en tijdens de eerste jaren dat ik colleges volgde en participeerde in werkgroepen bij de Universiteit voor Humanistiek, ging voor mij een andere wereld open en vond ik andere begrippen en taal om mijn ongemak over het soms te optimistische, positieve en oplossingsgerichte preventie- denken en doen in Nederland onder woorden te brengen. Met name de kennismaking met het discours van *Normatieve Professionalisering* (Van Ewijk & Kunneman, 2011; Kunneman, 2012, 2013, 2017) en de aandacht voor het concept 'goed werk' daarbinnen (Jacobs et al., 2008) bood me een ander kader van denken. Maar ook de literatuur over de kritische organisatietheorie en het omgaan met sociale complexiteit (Van Ewijk, 2014; Boutellier, 2011), waar met name sociaal werkers in de praktijk veel mee te maken krijgen, inspireerde me op een andere manier naar mensen en hun problemen te kijken.

Normatieve professionalisering gaat niet zozeer over het opsporen van stoornissen of het voorkomen of oplossen van problemen maar over de morele lading van goed werk oftewel '*werk dat deugt en deugd doet*'. In de normatieve professionalisering worden vraagstukken van professionals ook gekoppeld aan macht en politiek. De

normatieve professionalisering beoogt ondersteuning te bieden aan mensen, zonder pasklare antwoorden te geven. De normatieve professionalisering maakt vooral werk van voortdurende reflectie en dialoog. Dit is van belang voor alle professionals, maar vooral voor professionals die in de eigen praktijk met normatieve of trage vragen worstelen of het gevoel hebben steeds meer ‘te dweilen met de kraan open’ en twijfelen over de zinvolheid van hun werk. Zoals geen enkele theorie biedt ook de normatieve professionalisering geen definitieve antwoorden maar voorziet ze handvatten en inspiratie.

Ik vroeg mij gaandeweg steeds vaker af of de inzichten die normatieve professionalisering biedt mij konden helpen bij mijn eigen trage vragen rond preventie. Vanaf dat moment ben ik op zoek gegaan naar wat ik verder kon leren en ontdekken over preventie, met als aandachtsgebied het sociaal domein. In 2016 besloot ik mijn persoonlijke werkervaringen en bevindingen en de deels daaruit voortkomende vragen systematisch te gaan onderzoeken in de vorm van een dissertatietraject met als hoofdonderwerp preventie. Ik ging aan het werk – maar zoals dat vaker gaat bij proefschriften die op latere leeftijd worden geschreven – laat het leven en ook studeren zich niet altijd plannen. Ambitieuze projecten houden zich zelden aan een vooraf uitgestippeld pad. Naast dat er tussen 2016 en 2018 ook op privégebied het nodige was dat mijn aandacht opeiste en waardoor mijn promotiewerk stil kwam te liggen, werd ik in 2020 benaderd voor een opdracht voor het RIVM. In 2020 had COVID-19 Nederland – en de wereld – overrompeld en alle zeilen moesten worden bijgezet om meer zieken en doden door de pandemie te voorkomen.

1.2.2. Preventie in tijden van een pandemie: COVID-19

Terwijl deze inleiding en de eerste hoofdstukken van dit proefschrift al waren geschreven, ging ik aan het werk bij de Corona Gedragsunit van het RIVM. De Corona Gedragsunit werd begin 2020 in korte tijd opgezet toen helder werd dat het SARS-CoV-2 virus ofwel COVID-19, de volksgezondheid in Nederland bedreigde. Mijn opdracht was om het gezondheidsgedrag van mensen tijdens de crisis beter te begrijpen en goede (handelings)praktijken te beschrijven. Het ging hierbij om het naleven en volhouden van de coronamaatregelen die door de overheid vanaf 2020 in toenemende mate aan inwoners werden opgelegd. De maatregelen waar iedereen zich aan moest houden betroffen: je handen ‘stuk wassen’, 1,5 meter afstand houden, drukte vermijden en (pas later dat jaar) in de openbare ruimte een mondkapje dragen, je laten testen bij klachten of na een buitenlandse reis in een ‘oranje’ gebied, in quarantaine gaan en je laten vaccineren. Het interesseerde de Gedragsunit hoe mensen in verschillende situaties met de maatregelen omgaan: hoe maatregelen werden nageleefd, wat daarbij kwam kijken en welke oplossingen mensen toepasten om de maatregelen vol te houden.

Naast regulier kwantitatief onderzoek dat vanaf april 2020, via een zes-wekelijks vragenlijst werd uitgerold (de eerste ronde werd beantwoord door 90.000 mensen), werd door de Corona Gedragsunit vanaf het begin ook kwalitatief onderzoek gedaan,

door focusgroepen te organiseren met een klein deel van dat cohort ($N = 50$). Dat onderzoek bood inzicht, voor zover het ging om de naleving van de gedragsmaatregelen en het draagvlak daarvoor.²⁵ Vanuit de Corona Gedragsunit kreeg ik de vraag of ik 'best practice' of '*goede-voorbeelden-uit-de-praktijk*' wilde ophalen. Ik kreeg de mogelijkheid om met een onderzoeksteam gedrag rond de Coronamaatregelen in verschillende contexten te onderzoeken en te duiden (voor meer informatie over het onderzoek zie H. 10 t/m 12).

Toen ik per augustus 2020 aantrad werkten bij de Corona Gedragsunit ongeveer 30 mensen onder begeleiding van een onafhankelijke wetenschappelijk adviesraad (WAR). In de periode dat ik daar werkte werd me duidelijk waar het public health-model, waar ik tijdens mijn studie mee was 'opgegroeid', zijn oorsprong had en wat de belangrijkste kenmerken daarvan waren. Het COVID-19 preventiemodel²⁶ was leidend in de benaderingswijze en samengesteld uit de meest recente gedragswetenschappelijke inzichten (Kok et al., 2016; cf. RIVM, 2020a). Ik zag de uitvoering van het public health-model in de puurste en meest oorspronkelijke vorm waarvoor het was bedoeld: vanuit de dwingende logica van een te bestrijden infectieziekte, die de wereld in haar greep houdt, zorgsystemen uit balans brengt en in één jaar tijd in Nederland leidde tot bijna een miljoen besmettingen en een oversterfte van meer dan 15.000 personen.²⁷ Het was een eer en leerzaam om een bijdrage te mogen leveren aan deze missie.

Als ik alles wat ik in die bijzonder spannende periode 2020-2022 rondom de preventie van corona heb geleerd, in één les moet samenvatten dan is het de bevestiging van het feit dat fysieke, sociale en psychische aspecten van gezondheid binnen een breder perspectief van welzijn en kwaliteit van leven in de hedendaagse samenleving op een bijzondere complexe wijze met elkaar verstrengeld zijn en niet los van elkaar gezien kunnen worden. De biomedische wijze waarop de preventie van het coronavirus in eerste instantie is aangevlogen heeft grote maatschappelijke impact gehad op het welzijn en de kwaliteit van leven van veel mensen en heeft veel reacties opgeroepen. Voor het denken over preventie heeft dat – ook in tijden van een pandemie – mijns inziens consequenties. Want hoe we preventie zien en aanvliegen, hoe wij problemen rond gezondheid en welzijn benoemen en aanpakken en de prioriteiten die we daarmee bewust of onbewust stellen, doet er veel toe. Vooral dit 'denken over preventie en de taal die we eraan geven' is het onderwerp van dit onderzoek. Het sociaal domein is één van de contexten waar ik me in dit boek – naast de public health – in het bijzonder op richt. Dit is namelijk de plek waar mensen met complexe en verstrengelde sociale, fysieke en psychische problemen ondersteuning en hulp vragen en ontvangen.

25 <http://rimv.nl/gedragsonderzoek.nl>

26 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Basisdocument preventiegedrag en welzijn. Available from: <https://www.rivm.nl/documenten/basisdocument-preventiegedrag-welzijn>

27 Wereldwijd heeft de ziekte in waarschijnlijk ruim 18 miljoen doden gekost zie: <https://www.nu.nl/coronavirus/6188800/aantal-coronadoden-wereldwijd-mogelijk-drie-keer-groter-dan-gedacht.html>

Nu preventie – mede door corona – meer dan ooit in de schijnwerpers staat is het nodig het ‘denken en de taal over preventie’ aan te scherpen, met name in het licht van de vele complexe problemen van mensen die een kwetsbare gezondheid hebben en bij wie kwaliteit van leven onder druk staat. Met mijn boek beoog ik daaraan bij te dragen.

2. Probleemstelling, vraagstelling en doel van dit onderzoek

Wie rijker en beter opgeleid is, leeft gemiddeld langer en in betere gezondheid. Het is niet vreemd dat dit verschil vaak in termen van onrechtvaardigheid wordt besproken en dat onderzoekers, professionals in de gezondheidszorg en beleidsmakers zich sterk maken om het verschil terug te dringen.

WRR policy brief. Broeders et al., 2018, p. 7

2.1. Inleiding

In dit hoofdstuk introduceer ik de probleemstelling, hoofdvraagstelling en het doel van dit onderzoek en belicht ik het stappenplan om deze hoofdvraag aan de hand van enkele deelvragen te beantwoorden.

2

Preventie stond ook voor het uitbreken van de coronapandemie volop in de schijnwerpers. Daar waren meerdere redenen voor. De zorgkosten toonden al jaren een stijgende lijn. Voor een groot deel ging het om vermijdbare kosten van vermijdbare problemen. In Nederland – toch een van de rijkste landen ter wereld met een zeer geavanceerd zorgsysteem – staan de zorgvoorzieningen zagezegd al jaren onder druk. Over de oorzaken en de oplossingsrichtingen leven verschillende opvattingen (De Rijk, 2016, 2018). Demografische ontwikkelingen worden dikwijls aangewezen als hoofdoorzaak, zoals de vergrijzing en daarbinnen het toenemend aantal mensen dat te maken krijgt met co-morbiditeit: zoals dementie, chronische ziekten, ouderdomskwalen en psychische problemen (Volksgezondheid Toekomst Verkenning, 2018; Quak et al., 2016). Toch blijkt uit onderzoek van het RIVM dat de vergrijzing niet de hoofdoorzaak is (Kommer et al., 2010, cf. De Rijk, 2018). Naast demografische ontwikkelingen spelen ook andere – met elkaar samenhangende - factoren een rol, zoals de invoering van de marktwerking, het sluiten van de verzorgingshuizen en factoren die bijvoorbeeld gevolgen hebben voor de mantelzorg (De Rijk, 2018). Volgens De Rijk zit de stijging van de zorgkosten meer in de *cure* (medische zorg) dan in de *care* (maatschappelijke ondersteuning) terwijl er in de care meer wordt bezuinigd (ibid., pp. 220- 221). Er is al lange tijd sprake van een tekort aan goed geschoold personeel in de (thuis)zorg en in het onderwijs, maar ook zijn er grenzen aan de belasting van mantelzorgers en de inzet van vrijwilligers in de (thuis)zorg en in het sociaal domein (Scholten et al., 2011). De oorzaken van de gezondheidsproblemen van mensen overstijgen het zorgdomein en dat maakt preventie ingewikkeld. Denk bijvoorbeeld aan de indringende effecten van de globalisering, zoals klimaatproblemen, toenemende migratie en de groeiende kloof tussen arm en rijk. Het gaat om problemen die niet zomaar ‘oplosbaar’ zijn en de gevolgen voor de gezondheid en het welzijn van mensen van al deze ontwikkelingen zijn niet te overzien.

Wat inmiddels pijnlijk duidelijk is geworden, is dat het pleidooi voor meer preventie, gekoppeld aan het grote beroep op de eigen verantwoordelijkheid van burgers in combinatie met de afbouw van de verzorgingsstaat, voor nieuwe vormen van uitsluiting zorgt. Preventiemaatregelen hebben niet bij iedereen in gelijke mate effect, zo stelt de Wetenschappelijk Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) in 2018. Er is sprake van een groeiende tweedeling in de samenleving en die bevinding beperkt zich niet tot Nederland (Marmot, 2017). Aan de ene kant zien we een toenemend aantal mensen, vooral met lage sociaal economische status (SES), dat niet in gelijke mate mee profiteert van de welvaart, dat met meervoudige, vaak chronische en mentale problemen

kampt, niet mee kan doen in de samenleving, vaak in achtergestelde wijken woont en buitenspel komt te staan (Van Os, 2020; Leidelmeijer et al., 2019, 2020; Tonkens & Wilde, 2013). Aan de andere kant zien we de gezondheids- en wellness-industrie die – mede als gevolg van de marktwerking – is opgebouwd. Hier ‘shoppen’ burgers op de gezondheidsmarkt. Via internet en social media laten zij zich informeren over de laatste nieuwtjes. Ook kunnen zij zich relatief dure sport- of lifestyle coaches of een mindfulness cursus in het buitenland veroorloven. Gezondheid verkoopt, er valt aan te verdienen. Een 70-jarige is vandaag de dag een ‘actieve volwassene’ (Milner, 2017) of ‘Young Elderly Person’ (YEP, Timmer & Kanne, 2019) die er alles aan doet om een zo lang mogelijk vitaal en betekenisvol leven te leiden vanuit een perspectief om misschien wel 100 jaar of ouder te worden (indien gewenst...).

2.2. Het Nationaal Preventieakkoord 2018: drie kwesties en observaties

In november 2018, meer dan een jaar vóór corona uitbrak, lanceerde staatssecretaris Paul Blokhuis (ChristenUnie) het Nationaal Preventieakkoord (NPA’18). In de toekomst wil hij preventie samen met veel andere partijen op de kaart zetten voor een gezonder Nederland.

Tekstvak 2.1

Preventieakkoord 2018

Citaat uit het NPA’18: Een gezonder Nederland...

.....dát is wat we willen bereiken. Met kinderen die een goede start maken en daar hun leven lang profijt van hebben. Met actieve volwassenen, die fit hun pensioen in gaan. En met ouderen die veel gezonde levensjaren hebben en zo lang mogelijk meedoen in de samenleving. Dát is de ambitie van dit Nationaal Preventieakkoord. Een ambitie die we met z’n allen waar gaan maken. De tijd is er rijp voor. Het draagvlak voor preventie is groot. Maar wat zijn precies de ambities? Hoe zou anno 2040 een gezonder Nederland eruitzien? In 2040 zetten we veel meer in op preventie en minder op zorg. Mensen, jong en oud, worden gestimuleerd om gezonde keuzes te maken. Preventie staat op het netvlies van zorgprofessionals. Een gezonde leefstijl staat voorop. En mensen worden niet ziek(er) door stress van opeengestapelde problemen of depressieve klachten. De zorg is zodanig ingericht dat de inzet van preventie en samenwerking in de zorg en met partijen daarbuiten wordt bevorderd.

Bron: VWS, NPA’18

Er zijn een aantal interessante opmerkingen te maken over bovengenoemd citaat.

- Gezondheid staat centraal en lijkt een doel op zich dat elke Nederlander onderschrijft.
- Er wordt groot draagvlak gesuggereerd voor preventieve inzet op gezonde kinderen en meer gezonde levensjaren voor volwassenen.
- De nadruk ligt op het stimuleren van een gezonde leefstijl en op het individu die gezonde keuzes moet maken.
- Er wordt verwezen naar stress, ten gevolge van een opeenstapeling van problemen of depressie, als veroorzaker of gevolg van ziekten.
- De inrichting/organisatie van de (gezondheids)zorg staat centraal: preventie wordt zowel afgezet tegen zorg maar desondanks gekoppeld aan ‘zorg’ professionals en de ambities worden vooral in gezondheidsjargon uitgedrukt. ‘Meedoen in de samenleving’, één van de doelen van het sociaal domein, wordt gekoppeld aan gezondheid.

Bovenstaand citaat verheldert waar momenteel vanuit het Rijk en de dominante spelers (zoals gemeenten, zorginstellingen, zorgverzekeraars, GGD-en) de aandacht ligt als het over preventie in het algemeen gaat en wat daarbij de inzet is. Bij de inhoud en inzet van het preventieakkoord belicht ik een aantal kwesties, die te maken hebben met (1) het doel en (2) de doelgroepen van preventie en (3) de partijen die relevant zijn bij de uitvoering daarvan. Bij deze kwesties plaats ik een aantal observaties. Hierbij betrek ik naast het Preventie-akkoord het WRR advies *Van verschil naar potentieel* (Broeders et al., 2018). Beide documenten gaan over het preventiebeleid in Nederland. Het WRR rapport neemt het preventiebeleid, dat tot doel had de sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV) te verkleinen, van de laatste 35 jaar onder de loep en pleit voor een realistisch perspectief op de aanpak van deze verschillen. Het Preventieakkoord 2018 vertolkt de ambities van de Rijksoverheid op het terrein van preventie tot maar liefst 2040.²⁸ In het kader van dit proefschrift over preventie is het is interessant beide publicaties tegen het licht te houden en stil te staan bij de implicaties ervan. Genoemde documenten heb ik kritisch doorgenomen en op inhoud en ambities geanalyseerd. Onderstaand geef ik allereerst het advies van de WRR beknopt weer en daarna belicht ik de drie genoemde kwesties en observaties. Deze observaties zijn tevens richtingwijzers voor de probleemstelling die ik op grond daarvan uitwerk.

28 Het NPA'19 is opgetekend in een publieksversie van 20 pagina's en een uitgebreide versie van 79 pagina's. Ik citeer vooral uit het laatste document, zo niet dan zet ik er bij dat het om de publieksversie gaat.

WRR advies 2018: Van verschil naar potentieel (beknopte weergave)

De preventieve leefstijlaanpak, zoals deze de afgelopen decennia vanuit de Rijksoverheid en de publieke gezondheidszorg is uitgerold, is historisch verklaarbaar. Deze is sterk geënt op de somatische infectie- en welvaartsziekten en gericht op het terugdringen van de sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV: zie voor meer info over de gezondheidsverschillen <https://www.vzinfo.nl/gezondheidsverschillen>). Deze aanpak is succesvol geweest, echter niet bij iedereen in dezelfde mate, zo stelt de WRR:

Over de hele linie is de levensverwachting van Nederlanders fors toegenomen. Maar ondanks dat mooie resultaat, is er bij onderzoekers, gezondheidszorgprofessionals en beleidsmakers toch sprake van teleurstelling. Na decennia van inspanningen is het verschil tussen lagere en hogere SES-groepen namelijk nog altijd even groot, of neemt het zelfs toe. (Broeders et al., 2018, p. 1)

Algemene preventie is een *positive sum game* stelt de WRR, waarmee wordt bedoeld dat wie probeert de onderste aan de ladder een paar procent te laten stijgen in gezondheid, zal merken dat degene die bovenaan de ladder staan ook evenzo stijgen op de ladder en misschien nog wel meer. Gezondheid is geen 'overdraagbaar goed' stellen de onderzoekers en niet als geld zomaar te herverdelen. Gezondheidsverschillen tussen bijvoorbeeld hoog en laag opgeleiden lijken haast niet op te lossen en onwrikbaar, zo wordt geconcludeerd.

De WRR erkent dat er meerdere (ook subjectievere) gezondheidsdefinities in omloop zijn en constateert een verschil in hoe mensen zelf gezondheid definiëren ('goed in je vel', 'dingen doen die je belangrijk vindt') en hoe experts hier naar kijken. Op basis van haar bevindingen stelt de WRR een paradigma-verschuiving voor. Deze verschuiving stelt niet langer de 'gezondheidsverschillen' centraal maar legt de focus op het 'gezondheids-potentieel' van mensen. Ook wordt meer ingezet op het gelijk benutten van kansen voor gezondheidsverbetering (*equity*) dan op het realiseren van gelijke uitkomsten bij alle Nederlanders (*equality*). De begrippen *levensverwachting* (deze indicator geeft aan hoe oud mensen worden) en *gezonde levensverwachting* (deze indicator geeft aan hoeveel jaren mensen kunnen doorbrengen in goede gezondheid, inclusief een aantal – niet nader genoemde- indicatoren voor kwaliteit van leven) worden hierbij als maatgevend beschouwd. Waar gezondheidsverschillen duiden op het verschil in levensverwachting en gezonde levensverwachting tussen hoog en laag opgeleiden, wordt *gezondheidswinst* geoperationaliseerd als: het extra aantal jaren levensverwachting, respectievelijk het extra aantal jaren gezonde levensverwachting dat in een bepaalde periode wordt gerealiseerd.

Om iets aan de achterstand in gezondheid van risicogroepen te doen – of beter gezegd de gezondheidswinst te maximaliseren – pleit de WRR voor meer *proportioneel universeel preventie-beleid*, waarmee wordt bedoeld op extra inzet qua intensiteit en schaal voor de groepen met de grootste achterstand. Kern van dit beleid is dat maatwerk wordt gecombineerd met universeel beleid. Uitgangspunt van preventief handelen en onderzoek is het boeken van gezondheidswinst voor iedereen en het voorkomen van gezondheidsverlies, waar mogelijk met extra aandacht voor de mensen met de meeste achterstand zoals lage sociaal economische status (SES) groepen en mensen met een migratieachtergrond (p. 17). De inzet is daarbij nog hoofdzakelijk gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl en dus op het gedrag van burgers, met prioriteit voor het terugdringen van roken, excessief alcoholgebruik en overgewicht (p. 36). Hierbij wordt onder andere sterk ingezet op *evidence based* leefstijlinterventies, effectief ondersteund door passende omgevingsmaatregelen die gezonde keuzes aantrekkelijk maken. De WRR stelt nadrukkelijk dat ook inzet nodig is op het effectief beïnvloeden van maatschappelijke determinanten, zoals werkeloosheid en armoede. Het zijn immers deze factoren die een causale relatie met leefstijl hebben, de psychische gezondheid aantasten en vaak verantwoordelijk zijn voor een stapeling van problemen (p. 30-33). Kortom: via proportioneel universalisme worden alle zeilen bijgezet om gezond gedrag te bevorderen bij iedereen, maar bij risicogroepen in het bijzonder.

Volgens de WRR wordt de potentie van proportioneel universeel beleid breed onderschreven, zowel in termen van gezondheidswinst als van *rechtvaardigheid*, al is nog veel onduidelijk over de mogelijke werking ervan. Ook loopt men bij de realisatie ervan tegen tal van knelpunten aan (p. 29). Omdat er vaak weinig bewijs van beleidsmaatregelen is – in de praktijk blijken effecten van beleid immers moeilijk hard te maken – wordt ook naar de *plausibiliteit* van effecten van maatregelen gekeken en dus naar de mate waarin het aannemelijk is dat een beleidsmaatregel of interventie effect zal sorteren (p. 28). Om dit proportioneel universalisme zo effectief mogelijk in te zetten pleit de WRR onder andere voor een betere verbinding tussen het medisch en het sociaal domein, voor een samenhangende aanpak tussen alle maatregelen en interventies en voor een inbedding van interventies binnen sociale structuren en de lokale en culturele context.

Een ander urgent pleidooi dat de WRR aan het einde in haar advies geeft (zie p. 38) krijgt minder prominent uitwerking. Dit betreft méér aandacht voor de preventie van psychische problemen van mensen als nieuwe en urgente prioriteit, mede “omdat stemmings- en angststoornissen verantwoordelijk zijn voor een grote ziektelast met dito kosten, vooral onder jongeren en bij mensen met een lagere sociaaleconomische status”. Maar, zo stelt de WRR bijna op de valreep “Dit type aandoeningen is natuurlijk minder concreet dan roken, overmatig alcoholgebruik of voedings- en beweeggedrag, en je kunt hier ook minder makkelijk spreken van een ‘leefstijl’ waarop geïntervenieerd moet worden”.

Bron: Broeders et al., (2018).

a. Eerste kwestie en observatie: wat is het doel van preventie?

De eerste kwestie gaat over het doel van preventie in het preventieakkoord 2018. Waar gaat het om? Welke problemen staan daar centraal? Wat opvalt in het Nationaal Preventieakkoord (NPA'18) is de dominante insteek op gezondheid en gedrag ('gezondheid is een keuze') met een grote rol voor de eigen verantwoordelijkheid voor de burger om de leefstijl zo nodig aan te passen. Het gaat hierbij om het *wat* en *hoe* en welk discours hierbij dominant is. Het Preventieakkoord licht de prioriteiten toe en onthult de strategie voor de komende jaren met 2040 als blik op de horizon en gezonde leefstijl als norm. Het zijn de zogenoemde risicofactoren voor somatische ziekten die de gezondheid bedreigen (roken, alcohol en overgewicht), de welvaartziekten zoals hart- en vaatziekten, kanker, obesitas en diabetes, die aansluiten bij het public health-discours, die in navolging van het WRR advies prioriteit krijgen (zie NPA'18, uitgebreide versie, p. 4). Deze op de gezondheid en op het medisch discours geënte strategie is er een van verleiden, gebieden en verbieden met een integrale aanpak als 'sleutel' en evidence based gecombineerde leefstijl interventies (GLI) als middel. Oftewel de Rijksoverheid stuurt met meerdere partijen top down aan op een combinatie van zachte en harde maatregelen, voor beïnvloeding, *nudging* ('duwtje in de goede richting', zie Thaler & Sunstein, 2008) en restricties.

Het valt mij op dat gezondheid en gezond gedrag hier vooral doel op zich zijn, terwijl de WRR toch opmerkt dat gezondheid vooral ook "voorwaarde is voor andere dingen die mensen belangrijk vinden" (Broeders et al., 2018, p. 14). Met andere woorden: er ontbreekt een brede op 'waarden' en breed welzijn gerichte benadering (*well being*). Wat mij in het verlengde hiervan opvalt is dat psychosociale of mentale problemen (zoals angsten en stemmingsstoornissen)²⁹ en sociale problemen van mensen (zoals armoede en ernstige vormen van eenzaamheid), in het NPA'18 geen prioriteit krijgen. Deze thema's sluiten meer aan bij het welzijnsdiscours en staan weliswaar op de agenda van de overheid,³⁰ maar hebben geen prominente plek in het NPA'18. Dat valt om meerdere redenen op. Ten eerste valt de afwezigheid van deze thema's op omdat psychosociale problemen de laatste jaren toenemen en voor veel 'ziektelast', kosten en ongemak voor mensen zelf zorgen. De WRR vraagt hier daarom terecht aandacht voor (Broeders et al., 2018, p. 98). Ten tweede zou aandacht voor psychosociale of mentale problemen nodig zijn omdat deze met gezond gedrag samenhangen (denk aan de relatie tussen stress, voedingsgedrag en genotmiddelen gebruik) en in het dagelijks leven van mensen vaak verwickeld zijn met bijvoorbeeld de sociale en fysieke leefomstandigheden (denk aan de sociale cohesie, huisvesting en de leefbaarheid van de omgeving). Dit vraagt om extra aandacht van gemeenten. Een derde reden voor meer aandacht voor deze thema's is dat sociaal en mentaal welbevinden, die onderling ook

29 Zie WRR rapport Van Verschil naar Potentieel, Broeders et al., 2018, p. 14

30 De overheid is in 2018 het actieprogramma Eén tegen eenzaamheid gestart, dat minstens nog tot 2025 doorloopt.

nauw aan elkaar gerelateerd zijn, al sinds 1948 onder de WHO definitie van gezondheid vallen (zie H. 1) en daarmee ook problemen en aandachtsgebieden zijn van de publieke gezondheidszorg (public health, zie ook H. 3, 4 en 9).³¹

We zien dan ook dat deze complexe thema's in opdracht van gemeenten momenteel worden opgepakt door GGD-en, vaak in samenwerking met andere zorgpartijen, zoals huisartsen en de GGZ, waarmee ze ook binnen de 'public health' en op gezondheid- en gedrag gericht preventieparadigma een plek krijgen. Volgens de WRR echter gaat het hier om minder concrete problemen, waarbij minder makkelijk gesproken kan worden van *leefstijl of individueel gedrag*.

b. Tweede observatie en vraag: op wie is de preventieboodschap gericht?

De tweede kwestie betreft de doelgroepen waar op wordt ingestoken en de morele positie die daarbij wordt ingenomen met aandacht voor de waarden 'gelijkheid en rechtvaardigheid'. Het gaat hierbij om vragen zoals: om wie gaat het, waartoe en in wiens belang? Gaat het om alle burgers of alleen de kwetsbaren en hoe definiëren we die? En in het verlengde daarvan (zie de eerste observatie): welke uitkomsten willen we bij die specifieke groepen realiseren en wat verwachten we van deze doelgroepen en waar achten we ze toe in staat? Wanneer zijn we tevreden, wie bepaalt dat en wat betekent dat voor de schaarse verdeling van middelen? Mijn observatie daarbij is dat het NPA'18 inzet op alle burgers in Nederland en tevens flinke ambities heeft ook kwetsbare burgers, zoals lage SES groepen, migranten en mensen met beperkingen, te bereiken met de 'gezonde leefstijl' boodschap (NPA'18, uitgebreide rapportage, p.4). Het NPA'18 doet dit vanuit het oogpunt van de 'gezondheidswinst', want juist bij die groepen valt de meeste winst te realiseren.³² Echter, zo vraag ik mij af – willen en kunnen deze groepen dat zelf ook en wat is daarvoor nodig? Kwetsbare groepen effectief bereiken met de 'gezond gedrag' boodschap, dat is toch precies waar het volgens de WRR de afgelopen decennia aan heeft geschort. Wat gaan we dan nu precies anders doen?

Bovenal wil het NPA'18 kinderen bereiken en wel zo vroeg mogelijk in de levensloop, om zodoende een goede basis te leggen voor gezond gedrag in de toekomst. Om daarnaast recht te doen aan een goede verdeling van aandacht en middelen, om zodoende gelijke kansen op vooruitgang te realiseren, zoekt de WRR naar een andere inzet gekoppeld aan een ander waarderingskader voor preventie. Het gaat dan om een kader waarin termen als 'gezondheidswinst' en 'gezondheidsverlies' centraal staan en waarmee het beleid, volgens het principe van 'proportioneel universalisme' gemonitord

31 In dit proefschrift wordt vanwege de kortere omschrijving en omdat de term is ingeburgerd dikwijls de term 'public health' gebruikt waar de (openbare) publieke gezondheidszorg wordt bedoeld.

32 Zie NPA'19 p. 4: *"Door in dit akkoord te kiezen voor preventie op de thema's roken, overgewicht en problematisch drinken, hebben we een direct aangrijpingspunt om de mensen met een structureel laag inkomen en een lage opleiding beter te bereiken. Dit sluit aan bij de door de WRR voorgestelde speerpunten om zoveel mogelijk gezondheidswinst te realiseren (WRR policy brief 'Van verschil naar potentieel' 27 augustus 2018)".*

kan worden. Hiertoe werkt zij een aantal morele posities uit.³³ Het is vooralsnog de vraag op welke wijze een waarderingskader wordt ontwikkeld dat houvast geeft, werkbaar is en een realistisch perspectief biedt voor de groepen in kwestie.

c. Derde observatie en vraag: wie is verantwoordelijk en wie voert uit?

De derde kwestie die ik wil adresseren gaat over de partijen die bij de uitvoering van het preventieakkoord betrokken zijn en de verantwoordelijkheden die zij hierin hebben. Mijn observatie daarbij haakt direct aan op bovenstaande punten: het WRR advies én het NPA'18 benadrukken primair de rol van de overheid (nationaal en lokaal). De WRR noemt de nationale overheid en in het bijzonder het Ministerie van VWS 'de hoeder' van de gezondheid van burgers. Vooral dit ministerie heeft een zeer sterke rol, zo wordt gesteld (WRR, p. 38): "Om het gezondheidspotentieel maximaal te benutten, is het nodig om landelijke prioriteiten te stellen die vervolgens in lokale variëteit worden uitgewerkt. De keuze om het 'aan het veld over te laten' heeft als gevolg dat er duizend bloemen bloeien." Dat dit laatste niet gewenst is mag duidelijk zijn. Daarnaast worden het medisch domein (bv. de huisarts en zorginstellingen) en de (preventieve of publieke) gezondheidszorg genoemd bij preventie. Ook de rol van het bedrijfsleven krijgt een expliciete plek als verantwoordelijke partij (zie ook WRR rapport, p. 28 en 39), want die heeft mede de taak om gezond gedrag tot een makkelijke keuze te maken. Dit kan onder andere tot stand gebracht worden door publiek-private samenwerking. Onder de private partijen worden ook de zorgverzekeraars genoemd. Voor hen is een belangrijke rol weggelegd om samen met gemeenten preventie hoog op de agenda te zetten. Helaas valt de daadwerkelijke uitvoering van deze rol tegen, stelt de WRR (p. 39).

Wat opvalt is dat er niet of nauwelijks verwezen wordt naar de rol en specifieke bijdrage van sociale professionals en mogelijk andere belangrijke sleutelfiguren in het sociaal domein. In het bijzonder denk ik aan sociaal werkers: zij hebben dagelijks met kwetsbare burgers contact en hebben een preventieve rol in de zin van het voorkomen van 'erger' als het gaat om maatschappelijke, psychosociale/mentale (aan breed welzijn gerelateerde) problemen en het versterken van zelfregie en zelfrealisatie van mensen. Met name 'sociale' professionals hebben een zware taak in het bieden van hulp aan 'mensen in de knel' en staan daarbij dikwijls voor ethische dilemma's (Le Sage, 2022). Daarnaast kan hierbij worden gedacht aan actieve burgers en bijvoorbeeld informele leiders die in wijken en dorpen kunnen bijdragen aan preventie (denk aan de imam van een moskee of aan vrijwilligers).

Wie de publiekversie van het preventieakkoord leest komt het woord 'sociale professional' of 'welzijnswerk' niet één keer tegen. Er wordt geen enkele verwijzing gemaakt in de richting van de expliciete rol van het sociaal werk daarbinnen of van

33 Het gaat hier over het egalitarisme, het suffiëntarianisme en het prioritarianisme (Broeders et al., 2018, p. 16).

bijvoorbeeld sociale wijkteams. De rol van collectieve preventie op gemeenschapsniveau blijft hierbij onderbelicht. In het uitgebreide NPA'18 advies wordt welzijnswerk enkele malen in instrumentele zin genoemd, namelijk voor wat betreft de mate waarin dit werk kan bijdragen aan het bereiken van de gezondheidsdoelen (p. 38). Net als de ziekenhuizen, GGZ instellingen, het speeltuinwerk en de sportverenigingen krijgen zij in het akkoord vooral een taak in de gezondheidsbevordering en ziektepreventie toebedeeld: in het creëren van sportaanbod, het rookvrij maken van de omgeving en het voorkomen van overgewicht.³⁴

Mijns inziens ontbreekt het erkennen van de eigen rol, inzet en discours van het sociaal werk bij de primaire preventie van psychosociale problemen in dit voor preventie zo belangrijke document. In het WRR rapport wordt de noodzaak voor samenwerking tussen het medisch en het sociaal domein weliswaar genoemd, maar dit wordt niet verder uitgewerkt. In het NPA'18 krijgt de lokale overheid evenwel de opdracht zich te richten op 'de samenhang tussen de thema's en de achterliggende oorzaken van roken, problematisch alcoholgebruik en overgewicht. Hierbij kan worden gedacht aan sociaaleconomische gezondheidsverschillen, armoede, eenzaamheid en stress' (NPA'18, p. 16). Het zijn die complexe problemen waar met name sociale professionals mee geconfronteerd worden en die vooral de kwetsbaren in het sociaal domein parten spelen. Gemeenten krijgen hiermee ontegenzeggelijk de grootste uitdaging op het bord. Het is het Rijk en uitvoerende partijen zoals de GGD-en en woningcorporaties, door tal van factoren decennia lang niet gelukt de sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) te verkleinen of de samenhang tussen de thema's te verduidelijken en uit te werken. Het is ook hier waar de laatste jaren, dankzij bezuinigingen, de grootste klappen zijn gevallen (Putters, 2019; Leidelmeijer et al., 2019; Lub, 2013, zie H. 13).

34 In de afspraken van het uitgebreide NPA'19 (p. 47) is te lezen dat inzet is om het actief sportaanbod te verdubbelen onder het aantal leden van de branchevereniging van het sociaal werk (van tweehonderd naar vierhonderd).

2.3. Probleem- en vraagstelling van dit onderzoek

Aanloop tot de probleemstelling:

- Uit het hier geanalyseerde WRR advies van 2018 blijkt dat de groepen die het meest baat kunnen hebben bij preventie de laatste 35 jaar het minst hebben geprofiteerd van het dominante, op individuen en gezonde leefstijl gerichte, preventiebeleid. Dat heeft mede te maken met vele op elkaar inwerkende factoren oftewel (maatschappelijke) ‘determinanten’ van (on)gezondheid – zoals werkloosheid, armoede en stress – en een stapeling van problemen die daarvan een gevolg is. Het is om deze reden dat de WRR pleit voor een verschuiving in het doel van en waarderingskader voor preventie: van gezondheidsverschil naar gezondheids-potentieel, met gezondheidswinst als maatstaf.
- In het Preventie-akkoord 2019 wordt opnieuw stevig ingezet op leefstijl én aanpassing van de omgeving om een gezonde leefstijl makkelijk te maken. Lokale uitvoeringsorganisaties, zoals gemeenten en GGD- en, krijgen de opdracht iets te doen aan die sociale economische gezondheidsverschillen en het beïnvloeden van de oorzakelijke factoren. Een betere verbinding tussen het medisch en sociaal domein wordt daarbij wenselijk geacht. Welzijnsvoorzieningen en sociale professionals lijken vooral instrumenteel aan public health doelen te worden ingezet.
- De problemen waar professionals in het sociaal domein mee te maken hebben zijn dikwijls complex en hardnekkig vanwege de verstrengeling van maatschappelijke, fysieke, sociale en mentale factoren. Deze problemen zijn verbonden met het verlies van (een gezonde) levensverwachting én kwaliteit van leven en leiden tot een toenemend beroep op de beschikbare voorzieningen binnen welzijn en de gezondheidszorg.

Probleemstelling

Individueel en groepen van wie de gezondheid kwetsbaar is en bij wie kwaliteit van leven het meest onder druk staat, hebben de laatste 35 jaar het minst geprofiteerd van het dominante preventiebeleid in Nederland.

Hoofdvraagstelling

Hoe kan het preventiediscours – op het snijvlak van de publieke gezondheid en het sociaal domein – zodanig worden verrijkt dat het preventiebeleid en de daarmee verbonden praktijken meer ten goede komen aan mensen bij wie de gezondheid kwetsbaar is en bij wie de kwaliteit van leven onder druk staat?³⁵

35 Zie voor de duiding van het begrip discours zie paragraaf 2.5.3. van dit hoofdstuk

De hoofdvraagstelling werk ik uit in vier (onderzoeks)deelvragen:³⁶

1. *Hoe is het public health preventiediscours en -beleid in Nederland vanuit de historie (internationaal, nationaal) te begrijpen?*
2. *Welke ontwikkelingen, dominante discussies en wetgeving hebben bijgedragen aan het public health preventiebeleid gericht op het verkleinen van de gezondheidsverschillen?*
3. *Welke lessen kunnen worden geleerd en welke kernbegrippen lichten op uit een ethische, empirische en inhoudelijke analyse van het preventiediscours en -beleid met het oog op sociale gelijkheid en het welzijn van mensen?*
4. *Welke richtingwijzers zijn hieraan te ontlelen voor het preventiebeleid in de toekomst op het snijvlak van de public health en het sociaal domein?*

Hieronder wordt de vragen verder uitgewerkt. Ook worden de methoden en uitgangspunten van dit onderzoek beschreven. In de laatste paragraaf volgt een uitleg van de gebruikte begrippen in deze hoofdvraagstelling en deelvragen. Daarna volgt een stappenplan en een schematische weergave daarvan.

2.4. Toelichting op de aanpak van de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek

Ter introductie en onderliggend aan de beantwoording van de hoofdvraag en alle deelvragen start ik met een weergave van de definities van de belangrijkste gebruikte begrippen in dit proefschrift, de discussies die in de loop van de tijd over deze begrippen zijn gevoerd en de theoretische kennisbronnen die ik in dit proefschrift gebruik:

- In hoofdstuk 3 geef ik de definities weer van belangrijke begrippen en concepten die in dit onderzoek centraal staan. Ik laat zien dat veel van die begrippen in de tijd voortdurend ter discussie staan en aan verandering onderhevig zijn.
- In hoofdstuk 4 ga ik dieper in op de theorie van 1) de preventiewetenschap, 2) de sociaal werk theorie en 3) de ethiek van preventie in het licht van de normatieve professionalisering.

In de hoofdstukken die daarna volgen behandel ik deelvragen 1 t/m 4 van dit onderzoek. Hieronder licht ik de stappen en hoofdstukken in relatie tot de deelvragen nader toe.

36 Zie voetnoot 30 voor wat betreft de Engelse term public health in de deelvragen 1, 2 en 4.

Ad 1. Aanpak van de onderzoeks(deel)vragen 1 en 2:

1: *Hoe is het public health preventiediscours en -beleid in Nederland vanuit de historie (internationaal, nationaal) te begrijpen?*

2: *Welke ontwikkelingen, dominante discussies en wetgeving hebben bijgedragen aan het public health preventiebeleid gericht op het verkleinen van de gezondheidsverschillen?*

Toelichting op aanpak en hoofdstukken:

In de hoofdstukken 5 tot en met 7 zet ik de schijnwerpers op het public health preventie discours- en beleid zoals we dat vanuit de WHO in West Europa en vooral Nederland kennen. Vanaf eind van de vorige eeuw was dit beleid voor een groot deel gericht op het verlagen van de sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV). In hoofdstuk 8 reflecteer ik via een aantal auteurs op de verdiensten van de public health in het algemeen en kijk ik vooruit naar de volgende hoofdstukken.

- In hoofdstuk 5 richt ik me vanuit historisch perspectief op het public health-discours en de totstandkoming daarvan in Nederland en West Europese landen. Ik belicht wat de belangrijkste principes, basiskenmerken en uitgangspunten van preventie binnen het public health discours zijn (oftewel: hoe ziet het preventiediscours eruit, waar is het op gericht en welke logica zit erachter?)
- In hoofdstuk 6 verdiep ik me in de relatie van de public health met de sociaal economische determinanten van ziekte en gezondheid, met het oog op het doel van 'health equity' of het verlagen van de SEGV. In dit hoofdstuk staan de ambities van de WHO als richtinggevend instituut in Europa en in Nederland centraal. Hoe kunnen we ambities vanuit het verleden begrijpen? Welke kernbegrippen en concepten worden toegevoegd aan preventie vanuit het oogpunt van health equity?
- In hoofdstuk 7 presenteer ik in vogelvlucht en aan de hand van een tijdlijn welke belangrijke gebeurtenissen, ontwikkelingen en beleidsprocessen de laatste 40 jaar bepalend zijn geweest voor het public health preventiebeleid in Nederland. Ik kijk hier wederom vooral naar het beleid dat was gericht op het verkleinen van de gezondheidsverschillen (verlagen van de SEGV).
- In hoofdstuk 8 sta ik aan de hand van literatuur stil bij de verworvenheden en de grenzen van de public health preventie. Aan het einde hoofdstuk 8 introduceer ik het begrip rechtvaardige preventie als leidend groundbegrip voor het vervolg van mijn onderzoek. Dit is tevens de opmaat voor het beantwoorden van de deelvragen 3 en 4 van dit proefschrift.

Ad 2: Doel en aanpak van de onderzoeks(deel)vragen 3 en 4.

3: Welke lessen kunnen worden geleerd en kernbegrippen lichten op uit een ethische, empirische en inhoudelijke analyse van het preventiediscours en -beleid met het oog op sociale gelijkheid en het welzijn van mensen?

4: Welke richtingwijzers zijn hieraan te ontleen voor het preventiebeleid in de toekomst op het snijvlak van de public health en het sociaal domein?

Toelichting op aanpak en hoofdstukken:

In de hoofdstukken 9 tot en met 14 benader ik preventie vanuit verschillende invalshoeken (oftewel zoeklichten) en analyseer ik het discours en verschillende praktijken uitgaande van welzijn (well-being), sociale kwaliteit en kansengelijkheid.

- In hoofdstuk 9 onderzoek ik het normatief-ethische discours dat in het teken staat van het bevorderen van een 'goed leven' voor mensen. Dit doe ik allereerst aan de hand van het kritische betoog van David Buchanan (2000) die als filosoof op het Public health paradigma reflecteert en de bronnen voor 'well-being' doordenkt op basis van een onderzoek in achterstandswijken in Boston USA. In mijn reflectie op zijn betoog leg ik zijn inzichten en kernbegrippen naast enkele (voor preventie relevante) inzichten uit de ethiek en het levenskunst-discours (zoals van Nussbaum, Taylor, Dohmen, Foucault en Ricoeur). Ik vraag mij daarbij af of en hoe het vocabulaire vanuit dit ethisch filosofisch perspectief kan bijdragen aan een preventiediscours dat recht doet aan mensen bij wie de gezondheid kwetsbaar is en de kwaliteit van leven onder druk staat.
- In hoofdstuk 10 (empirisch onderzoek fase A en B) belicht ik een empirisch (narratief) onderzoek dat ik bij de Corona Gedragsunit van het RIVM heb uitgevoerd in de periode 2020-2022 toen de coronapandemie de gezondheid van veel mensen bedreigde en de kwaliteit van leven van veel mensen aantastte. Op basis van de analyse van 65 diepte-interviews met sleutelfiguren uit het maatschappelijk middenveld, en de 32 'narratieven' (die in co-creatie zijn ontwikkeld), wordt inzicht geboden in het handelen van belangrijke sleutelfiguren in de samenleving tijdens de pandemie en geef ik enkele typeringen van dit handelen.
- In hoofdstuk 11 (empirisch onderzoek fase C) bouw ik voort op de resultaten van hoofdstuk 10 en analyseer ik enkele narratieven diepgaand door het opstellen van vijf vignetten welke ik nader beschouw met behulp van de theorie van sociale kwaliteit. Ik licht deze theorie eerst toe, presenteer de vignetten en zoom vervolgens in op enkele dilemma's die zich in twee vignetten onvouwen. Op basis hiervan benoem ik enkele basiskennmerken die het preventieve handelen van de sleutelfiguren karakteriseren.

- In hoofdstuk 12 (empirisch onderzoek fase D) wordt verslag gedaan van de resultaten van vijf focusgroepgesprekken die in februari 2022 samen met onderzoekers van het RIVM zijn uitgevoerd. Het doel van de focusgroepen was om met de respondenten uit verschillende sectoren en contexten vooruit te kijken naar toekomstig coronabeleid op basis van drie scenario's. Voor deze gesprekken zijn 23 sleutelfiguren geïnterviewd uit het maatschappelijk middenveld. Het gaat in het bijzonder om sectoren die met kwetsbare groepen te maken hadden. Ik sluit dit hoofdstuk af met een reflectie op de data waarbij ik enkele *condities* formuleer voor toekomstig coronabeleid.
- In hoofdstuk 13 bouw ik voort op de hoofdstukken 9 tot en met 12 en belicht ik de opgave van rechtvaardige preventie in het sociaal domein. Ik zoek op twee manieren naar richtingwijzers zoals bedoeld in deelvraag 4 van dit proefschrift. Ten eerste start ik dit hoofdstuk met een grove schets van de huidige sociale staat van Nederland. Ten tweede onderzoek ik op hoofdlijnen het gevoerde welzijnsbeleid in Nederland en eindig ik met een aantal lessen uit deze analyse.
- In hoofdstuk 14 belicht ik de mogelijke opgave van en kansen voor rechtvaardige preventie in het sociaal domein. Ik formuleer hier eerst zeven richtingwijzers voor sociale professionals om rechtvaardige preventie in de praktijk vorm en inhoud te geven. Vervolgens onderzoek ik enkele kansen en risico's voor preventie die gelegen zijn in binnen de sociale basisinfrastructuur en het sociaal werk als beroepsgroep en discipline.
- In hoofdstuk 15 vat ik de belangrijkste inzichten uit voorgaande hoofdstukken samen en beantwoord ik eerst de vier deelvragen en vervolgens mijn hoofdonderzoeksvraag. Ik sluit dit proefschrift af met een voorstel voor een definitie voor rechtvaardige preventie in het sociaal domein, een discussie en een nabeschuiving op de opbrengst van dit proefschrift.

In alle genoemde hoofdstukken start ik met een verantwoording van de aanpak, de thema's, de belangrijkste methode van onderzoek en de keuze en afbakening van gebruikte literatuur. In de conclusies van en beschouwing op alle hoofdstukken vat ik vooral die kernbegrippen, inzichten en richtingwijzers samen die van belang zijn of in het oog springen voor het preventiediscours en de logica die hierin oplicht. Ook stel ik hier vragen voor het vervolg. Voor de lezer die snel inzicht wil krijgen in de opbrengst van dit proefschrift zijn deze conclusies alsook hoofdstuk 15 aan te raden.

2.5. Doel van het onderzoek, methodische keuzen en verantwoording

Dit onderzoek heeft zich in een tijdsspanne van vijf jaren voltrokken: van het najaar van 2018 tot het voorjaar van 2023. Mede door de komst van COVID-19 in het vroege voorjaar van 2020 zijn in de aanpak en invulling van het onderzoek in de loop van deze tijd gaandeweg veranderingen doorgevoerd. De proloog en persoonlijke inleiding en

de eerste inhoudelijke hoofdstukken over de public health (H. 5 t/m 7) zijn grotendeels al in 2019 geschreven, vóór de uitbraak van de COVID-19 pandemie, en daarna nog aangescherpt. De overige hoofdstukken zijn van latere datum. De COVID-19 pandemie heeft tussentijds tot bezinning op de aanpak en invulling van dit proefschrift geleid. Omdat ik volkomen onverwachts de kans kreeg om een kwalitatief (narratief) onderzoek voor de Corona Gedragsunit (CGU) van het RIVM op te zetten en uit te voeren, en daarvoor ook menskracht ter beschikking werd gesteld, is in goed overleg met de promotoren besloten dit onderzoek als empirisch deel te gebruiken binnen dit proefschrift. Vooral omdat dit empirisch onderzoek heel goed aansloot bij de thesis over preventie en het stof tot nadenken gaf. Dit proefschrift laat aldus in haar opbouw en uitwerking veel zien van de enerverende tijd en (politieke) context waarin het is geschreven. De turbulente ontwikkelingen rond corona hebben ook invloed gehad op de theoretische achtergrond en modellen die in verschillende hoofdstukken als raamwerk en denkkader zijn gebruikt.

Doel van het onderzoek

In dit onderzoek zoek ik een antwoord op de vraag hoe het komt dat het huidige public health preventiebeleid vaak tekort schiet bij groepen die in feite het meest baat zouden hebben bij preventie en wat er nodig is om het preventiebeleid in Nederland te verbeteren. Ik wil in deze zoektocht vooral het denken rond preventie en de taal en het discours dat we daarbij ('gewoon zijn' te) gebruiken onderzoeken, uitdagen en verrijken.

Aan de basis van dit onderzoek ligt een fascinatie van de onderzoeker met het onderwerp preventie, met name daar waar het meervoudige en gestapelde problemen van kwetsbare mensen betreft. Preventie van complexe problemen van kwetsbare groepen houdt veel beleidsmakers en professionals bezig. Aandacht voor mensen met meervoudige en complexe problemen is meer dan wenselijk. Het thema preventie vraagt echter om precies dezelfde reden ook om een verrijking en verdieping. Dit heeft onder andere te maken met het feit dat opvattingen over preventie, aanpakken en wijzen van onderzoek soms sterk in hun eigen kokers vast lijken te liggen en er ook dikwijls sprake is van te hoog gespannen verwachtingen. Mogelijk en hopelijk kan dit onderzoek en proefschrift preventiewerkers die in - of op het snijvlak van - de publieke gezondheidszorg en het sociaal domein aan preventie werken ondersteunen bij hun dikwijls ingewikkelde opdracht.

Opgeleid als preventiewetenschapper, vanuit de optiek van gezondheidsbevordering binnen de public health (met gezondheid als centraal begrip), heb ik in de loop der jaren kennis gemaakt met andere opvattingen en zienswijzen, of 'logica's' rond preventie (zie § 2.5.3 voor een nadere uitleg van dit begrip), zoals die van het sociaal werk (met sociaal welzijn en kwaliteit van leven als centrale begrippen), de ethiek van preventie, en het discours van normatieve professionalisering (met 'goed leven' als centraal begrip). In dit proefschrift wil ik deze zienswijzen bij elkaar brengen en met elkaar confronteren, in de hoop dat dit nieuwe inzichten oplevert in het denken over preventie en aanleiding

zal geven tot discussie met name daar waar het gaat om problemen van kwetsbare mensen of gemarginaliseerde groepen in onze samenleving. Vooral zij hebben hopelijk (direct of indirect) iets aan dit boek.

In onderstaande paragraaf wordt op hoofdlijnen verduidelijkt welke uitgangspunten bij dit onderzoek centraal staan en welke onderzoeksmethoden zijn gebruikt bij de uitwerking van de stappen die hierboven deels al uit de doeken zijn gedaan. Ik beschrijf in deze paragraaf alleen de meest gebruikte vormen van onderzoek op hoofdlijnen. Per hoofdstuk wordt namelijk in detail uitleg gegeven van de gekozen stappen en gebruikte methoden en bronnen van onderzoek. In elk hoofdstuk is voor een andere werkwijze gekozen. Ik besluit met een grafische verheldering van het stappenplan.

2.5.1. *Methodische uitgangspunten van het onderzoek*

De volgende methodische uitgangspunten staan bij dit onderzoek centraal:

- *Mixed methods*: in dit onderzoek wisselen meerdere vormen van onderzoek elkaar af. Het gaat vooral om respectievelijk: literatuuronderzoek, beleidsanalyses (soms vanuit een historisch perspectief), conceptuele en inhoudelijke tekst- en discoursanalyses en om een empirisch kwalitatief onderzoek dat door middel van diepte-interviews en focusgroepen is uitgevoerd. In dit onderzoek wordt geen kwantitatief onderzoek uitgevoerd, er wordt echter wel gebruik gemaakt van inzichten uit kwantitatief onderzoek van derden. Op deze wijze wil ik bevorderen dat ‘meerdere kleuren het pallet sieren’ en voorkomen dat het zo veelzijdige concept van preventie op een eenzijdig manier wordt belicht en geïnterpreteerd.
- *Iteratief*: zoals hierboven al duidelijk wordt krijgen zowel theorie (wetenschap), beleid als praktijk een plek in dit onderzoek. Ik beweeg me in dit onderzoek als het ware tussen deze verschillende perspectieven, verschillende vormen en bronnen van kennis en stel daarbij als onderzoeker kritische vragen. Dit doe ik vanuit het standpunt en de ervaring dat theoretische inzichten nooit in zijn geheel naar beleid worden vertaald en in de praktijk ambities en beleidsdoelen vaak heel anders uitpakken dan bedoeld. Op deze wijze wordt van voor naar achteren in dit proefschrift aan voortschrijdend inzicht gewerkt.

- *Interdisciplinair*: de preventiewetenschap is gebaseerd op de kennis afkomstig van verschillende bronnen: denk aan meerdere wetenschappelijke disciplines en theorieën en verschillende discoursen en paradigma's die daarbinnen oplichten, zoals het public health discours, het ethisch discours, het sociaal werk discours of de medische wetenschap. Al zijn deze disciplines deels overlappend toch wordt soms een andere invulling aan preventie gegeven. Niet altijd wordt dezelfde manier over mensen, hun problemen en mogelijke oplossingen gedacht. Hier openbaren zich verschillende preventiologica's welke ik tracht te belichten (zie § 2.5.3). Om deze reden confronteer ik in dit onderzoek inzichten over preventie vanuit meerdere theoretische lenzen met elkaar. Dit heet ook wel theoretische triangulatie en dit komt de interne validiteit van het onderzoek ten goede (Patton, 2002, p. 247; Maso en Smaling, 2004, p. 69).

2.5.2. Hoofdvormen van onderzoek

Dit onderzoek is zowel analytisch (theorie en beleid), kwalitatief-empirisch als kritisch beschouwend van aard. Ik licht deze verschillende benaderingen hieronder eerst beknopt toe en licht daarna enkele gebruikte onderzoeksbegrippen nader toe:

- *Onderzoek van theorie en beleid: tekstuele en conceptuele analyse*
Een methode die veel wordt gebruikt in dit proefschrift is de inhouds- en discoursanalyse op basis van literatuur- en beleidsonderzoek (zie Patton, 2002, p. 250). Hieronder wordt in het algemeen verstaan de analyse en beschrijving van bestaand discours zoals deze verschijnt in diverse bronnen, zoals theoretische publicaties en (lijvige) overzichtswerken op een bepaald onderwerp (zoals van de inhoud of oorsprong van de public health). Het gaat bij een discoursanalyse om het blootleggen van een bepaald fenomeen, model of paradigma en de logica van denken die er achter schuil gaat (zie ook paragraaf 2.5.3 van dit hoofdstuk). Hiertoe wordt de inhoud van teksten, van taal en gehanteerde kernbegrippen grondig doorgenomen en met elkaar vergeleken (Payne, 2014).
- *Brononderzoek: aanpak en uitvoering*
Qua bronnen raadpleeg ik in dit proefschrift wetenschappelijke publicaties, beleidsdocumenten en -notities, boeken, encyclopedieën, wetgeving, projectbeschrijvingen en onderzoeksrapportages. De bronnen zelf heb ik voornamelijk via de 'sneeuwbalmethode' opgespoord (Van Veen & Westerkamp, p. 2008 p. 37). Dit betekent dat er geen sprake is van een systematische literatuurstudie al heb ik op deelonderwerpen soms ook een web-search gedaan via databanken als Google-Scholar, Scopus, Pubmed e.d.. Door goed te kijken naar de bronnen van toonaangevende onderzoeken en publicaties heb ik mijn weg gezocht in het brede aanbod van publicaties (waaronder

wetenschappelijke artikelen maar ook grijze literatuur) over preventie. Publicaties en onderzoeken van nationale en internationale toonaangevende instituten (zoals de WHO en de WRR) en de nationale overheid hadden daarbij in het bijzonder mijn belangstelling. Daarbij zorgde ik er wel voor te putten uit een grote diversiteit aan bronnen binnen verschillende wetenschapsgebieden, uit zowel het verleden als het heden. De sneeuwbalmethode heeft immers in het algemeen als nadeel dat vooral oudere literatuur wordt gevonden (zie Van Veen & Westerkamp, 2009, p. 37). Dat heb ik getracht te voorkomen door vooral voor de laatste hoofdstukken ook recente literatuur in beschouwing te nemen.

De analyse van documenten heb ik verricht aan de hand van een set attenderende begrippen die met preventie te maken hebben. In hoofdstuk 3 wordt een toelichting gegeven op belangrijke begrippen die hiervoor het vertrekpunt zijn. Gaandeweg dit onderzoek zal ik deze lijst uitbreiden. Ik onderzoek hier vooral vragen van het *hoe* en *wat* type, waar een beschrijvend antwoord op mogelijk is, zoals: hoe is de ontwikkeling van het preventiebeleid binnen de public health te begrijpen vanaf de 18^{de} eeuw? Hoe wordt er binnen een bepaalde groep wetenschappers gedacht over preventie en welke taal hoort daar bij? Wat zijn de hoofdkenmerken van het public health discours, welk mensbeeld zit daarachter? Wat moet precies voorkomen worden en welke handelingspraktijken passen daarbij?

- *Empirisch onderzoek: analyse van narratief onderzoek*

In het *empirisch* deel beschrijf ik de opzet en de resultaten van het narratief onderzoek dat is uitgevoerd bij de Corona Gedragsunit van het RIVM in de coronajaren 2020 tot en met 2022. De keuze voor een kwalitatieve onderzoeksmethode is gemaakt omdat de coronapandemie een ongekende complexe impact had op het dagelijks leven van mensen. Deze unieke situatie noodzaakte tot het kiezen van een onderzoeksmethode die de persoonlijke en sociale ‘alledaagse’ werkelijkheid zo goed als mogelijk was kon benaderen (Maso & Smaling, 2004, pp. 9-11). Maso & Smaling zeggen hierover: “het gaat vooral om alledaagse betekenisgeving en om alledaagse betekenisrelaties tussen verschijnselen, zoals die gedragen worden door het gewone taalgebruik (p. 10). De resultaten ervan beschouw ik op hun waarde in het licht van de vraagstelling van dit onderzoek (in het bijzonder de deelvragen 3 en 4). Dit onderzoek is in vier fasen uitgevoerd:

Fase A: Narratief onderzoek (analyse A)

Het betreft hier de ontwikkeling en uitvoering van narratief onderzoek, door het afnemen van 65 semigestructureerd diepte-interviews (oktober 2020 – december 2021) met 95 respondenten die in 32 contexten binnen acht maatschappelijke sectoren (sport, zorg, onderwijs etc.) actief waren. Als resultaat van deze fase zijn 32 narratieven in co-

creatie met de respondenten opgesteld en geanalyseerd. Deze narratieven zijn met kernboodschappen en verdiepende informatie, op de website van het RIVM geplaatst.

Fase B: Eerste thematische analyse (analyse B)

Op alle verhalen en 50 getranscribeerde interviews is een handmatige inductieve analyse ('quickscan') uitgevoerd. Deze analyse was gericht op het gebruik van 'taal', sleutelbegrippen en prominente thema's en het daarbij zoeken naar de gemeenschappelijke patronen (Patton, 2002, p. 452). Op basis hiervan zijn eerste geleerde lessen geformuleerd voor het preventiebeleid van de nationale overheid en voor (publieks-)communicatie. Op basis van de uitkomsten van deze analyse is een internationaal artikel geschreven voor het biomedisch digitaal tijdschrift *Eurosurveillance* (Kolner et al., 2022a).

Fase C: Tweede thematische en verdiepende analyse (analyse C)

Met behulp van MAXQDA, een kwalitatief data-analyse programma, is een 'diepte-scan' uitgevoerd van de transcripten die aan de basis lagen van vijf van de 32 narratieven. Op basis hiervan zijn vijf zogeheten vignetten opgesteld die zijn geanalyseerd én getoetst aan theorie van sociale kwaliteit (Beck et al., 2001).

Fase D: Focusgroepen (analyse D)

Van 31 januari tot 4 februari 2022 zijn vijf online focusgroepen gehouden met 23 representanten van het maatschappelijk middenveld. De focusgroepgesprekken hadden tot doel de resultaten uit fase A en B van dit onderzoek te valideren, te verdiepen en te verrijken. Alle focusgroep-gesprekken zijn (woordelijk) getranscribeerd en met behulp van MAXQDA, (axiaal) gecodeerd en geanalyseerd.

Alle onderzoeksmethoden en de resultaten van het onderzoek worden in de hoofdstukken 10, 11 en 12 verder toegelicht. Op basis hiervan zijn definitieve *lessons learned* opgesteld voor public health beleid voor de toekomst (Kolner et al., 2022b).

- *Kritisch beschouwend onderzoek*

De kritisch beschouwende vorm van onderzoek is gericht op het bij elkaar brengen en met elkaar confronteren van verschillende soorten informatie en het op basis daarvan leggen van verbanden, vergelijken van discoursen en theorieën, verkennen van nieuwe perspectieven en het reflecteren op andere denkrichtingen en handelingspraktijken rond preventie. Het gaat dan om meer verkennende vragen die om reflectie en verrijking vragen, omdat ze door bestaande theorieën niet beantwoord worden. Het gaat hierbij om vragen als: welke logica's voor preventie zijn te onderscheiden? Wat zijn de mogelijke consequenties voor professionals die met verschillende logica's rond preventie samenwerken? Welke complexiteiten lichten daarbij op? Hoe kunnen

we binnen de context van complexe problemen van kwetsbare mensen anders kijken naar preventie en wat betekent dat?

2.5.3. *Verklaring veelgebruikte onderzoekstermen*

Preventie als vakgebied: theorie, beleid en praktijk

In de professionele wereld is preventie een verzamelterm voor een vakgebied, met een doel en aanpak waarbij – voor de ontwikkeling en uitvoering ervan – gebruik gemaakt wordt van verschillende inzichten en interventies vanuit een gedegen theoretische basis. Hier wordt ook beleidskennis en ervaringskennis aan toegevoegd. In deze studie onderzoek ik daarom zowel theorieën en beleid als praktijken rond preventie. Deze vormen verschillende bronnen van kennis. Malcolm Payne definieert een theorie als “a generalized set of ideas that describes and explains our knowledge of the world around us in an organized way.” (Payne, 2014, p. 5). Payne differentieert een theorie nadrukkelijk van kennis. Een theorie stimuleert en ordent het denken over iets en is daarmee een voedingsbodem voor kennis, terwijl kennis een beschrijving van de werkelijkheid is. Een theorie is ook anders dan een praktijk of praktisch handelen; denken over iets en iets doen zijn twee verschillende dingen. Praktisch handelen op zichzelf levert een eigen bron van kennis op. Beleid staat tussen theorie en praktijk als een verbindende schakel, maar wel een met een eigen dynamiek en werkelijkheid. Beleid is nooit zomaar de vertaling van theorie of een weerslag van praktijken, omdat het onderhevig is aan politieke motivatie en beïnvloeding.

Preventie als wetenschap, paradigma, discours en logica

Preventie is geen theorie die op zichzelf staat maar een (multidisciplinaire) wetenschap (Sloboda & Petras, 2014). Een wetenschap is meer dan een theorie, eerder een verzameling van theorieën, die samen een wetenschappelijke discipline vormen. In hoofdstuk 4 wordt hier dieper op in gegaan. Indien een groep wetenschappers zich committeert aan onderliggende waarden, overtuigingen en vooronderstellingen en het daarbij behorende wereldbeeld wordt overgenomen, is er sprake van een paradigma en bijbehorende ‘disciplinaire matrix’, stelde Kuhn in 1962 vast (Kuhn, 2013). Een paradigma biedt een gemeenschappelijk denkkader en bepaalt de blik waarmee men naar de werkelijkheid kijkt en deze observeert. Ook geeft het aan waar de problemen liggen en hoe oplossingen eruit zien. Door de komst van een paradigma is men het eens over de grondslagen van een discipline. Deze worden in de wetenschappelijke gemeenschap niet meer ter discussie gesteld.³⁷ Dat is iets anders dan dat de blik op de werkelijkheid objectief zou zijn, stelt Kuhn. Zolang er onvoldoende afwijkingen gevonden worden spreekt Kuhn over ‘normal science’ (p. 16). Kuhn stelt ook dat mensen

37 Kuhn (1962) definieert een wetenschappelijk paradigma als: “tacit agreements about not questioning the validity of the choices of ontologies used in the various scientific disciplines. This situation has been labelled by Kuhn as a period of ‘normal science’” (cf. Giampietro, 2022, p. 4).

die vanuit verschillende paradigma's redeneren onvermijdelijk communicatieproblemen zullen hebben: "zij vinden andere feiten, problemen en oplossingen relevant en praten hierdoor langs elkaar heen" (p. 19). Het onderling vergelijken van paradigma's is volgen hem ook ingewikkeld omdat een neutraal objectief ijkpunt ontbreekt: "de kenbare wereld is een wereld, zoals die zich binnen het kader van een bepaald paradigma aan ons voordoet" (p. 20).

Wat in een wetenschappelijk paradigma en de daartoe verzamelde theorieën, beleid en praktijken kan oplichten is een *discours* en een *logica*. In een discours zit eigenlijk alles besloten wat een groep wetenschappers of professionals binnen een discipline of vakgebied voor waarheid houdt en aan elkaar bindt: praten over het vak, erover schrijven, de taal en vocabulaire die wordt gebruikt waardoor men elkaar 'verstaat' en gezamenlijk praktisch handelen mogelijk wordt (Payne, p. 20). In een discoursanalyse kunnen kernbegrippen, concepten, waarden en vocabulaire (de 'cultuur van spreken') worden onthult en geanalyseerd, maar ook kunnen machtswerkingen en weerstand zichtbaar worden. In het discoursanalyse wordt niet alleen helder wat wel aan bod komt maar ook dat wat buiten beeld blijft, wat wel en niet gezegd wordt (Foucault in Ritzer & Stepnisky, 2014).

Volgens Van den Berg is het uitgangspunt van een discoursanalyse dat taal "een eigen werkelijkheid vormt en benaderd moet worden als sociaal gedrag" (p. 31). Dit betekent dat taalgebruik vooral wordt opgevat wordt als "constructie van een werkelijkheid en niet als een weerspiegeling of expressie daarvan." Een eerste implicatie van een discoursanalyse is daarmee dat het onderzoek is naar "de manier waarop meningen en werkelijkheden discursief – dat wil zeggen in taal – geconstrueerd worden". Een tweede implicatie daarvan is dat taalgedrag, niet alleen wordt opgevat als "de uitdrukking van intenties en bedoelingen van de taalgebruiker. Taalhandelingen produceren 'betekenissen' – dus een werkelijkheid – waarvan de gebruikers zich lang niet altijd bewust zijn, aldus Van den Berg (ibid., p. 32). Een derde implicatie is dat "taalhandelingen - net als sociale handelingen – bedoeld of onbedoeld verstrekkende gevolgen kunnen hebben" (ibid.).

Het begrip logica behoeft ook enige toelichting. Formeel betekent het begrip 'logica' in de filosofie: 'de studie van de wetten van het denken of van de juiste argumentatie' ('a theory of reasoning'). De logica bestudeert woorden en zinsconstructies om te ontdekken wat de geldigheid van deze argumentatie is. Gamut (1991) koppelt logica niet alleen aan redeneren of argumentatie ('reasoning') maar ook aan betekenisgeving ('meaning'). Niet alleen het denken maar vooral het gebruik van 'taal' is relevant om uit te drukken wat betekenis heeft (cf. Van den Berg). Taal is een onvermijdelijk middel om betekenissen te geven aan ervaringen en deze te delen, al schiet taal ook altijd tekort om precieze kennis van de werkelijkheid te krijgen. Deze observatie deelde Aristoteles al, stellen Drosterij & Van Geffen (2023). Het interpreteren van taal (en begrijpen van betekenissen) is daarmee ook altijd een constructie en afhankelijk van context en

cultuur. Ook definities zijn vaak te algemeen en gaan voorbij aan de bijzondere aard van de werkelijkheid (“beschrijf maar eens een mens”, *ibid.*, p. 497). Van belang is vooral ook de dynamische aard van taal te zien, taal verandert voortdurend. Het is een hermeneutische opdracht de betekenis ervan bloot te leggen binnen de context van tijd, cultuur en bijvoorbeeld levensbeschouwing.

In de filosofie en sociale wetenschap zien we soortgelijke en daarvan afgeleide betekenissen van logica. Freidson bijvoorbeeld legt het begrip *logica* naar Weber uit als een *ideaal-type* (*‘ideal-type’*) als een theoretische basis (binnen een bepaald paradigma) die focus en richting geeft aan het redeneren en aan het professioneel handelen (Freidson, 2004, p. 5). Het woord ideaal-type geeft aan dat het uit een aantal kenmerken en criteria bestaat die kunnen worden beschreven maar nooit geheel de werkelijkheid weerspiegelen (*ibid.*, p. 5). Door de kenmerken te beschrijven en vast te leggen (als het ware statisch) is er altijd sprake van een reductie van de complexe werkelijkheid. Evenwel biedt een dergelijke reductie de mogelijkheid de gehanteerde logica als vergelijkend model te bediscussiëren. De manier waarop Freidson logica als model en expliciet beschouwt wijkt overigens af van de wijze waarop de filosoof Cornelis ‘logica’ omschrijft. Volgens Cornelis is een logica juist vaak impliciet en verborgen, want het wordt door betrokkenen als ‘gewoon’ beschouwd. En “wat gewoon is wordt niet opgemerkt” (Cornelis, 1998, p. 3).

Zoeken naar preventiologica’s als lens in dit proefschrift

De preventiewetenschap claimt in principe een multidisciplinaire wetenschap te zijn. In die verschillende wetenschapsgebieden kan echter op verschillende manieren over preventie worden gedacht, oftewel er kunnen verschillende logica’s van denken en doen in besloten liggen. Waar het mij om gaat is dat ik logica’s voor preventie nader probeer te duiden door discoursen (met kernbegrippen, taal en vocabulaire, grondbeginselen) over preventie te analyseren en met elkaar te vergelijken. Ik hanteer in dit proefschrift vanaf nu vooral de termen discours (vocabulaire) en logica. Ik analyseer het discours om de preventiologica (denken, taal en argumenteren) nader aan het licht te brengen en om mede daarmee het achterliggende paradigma of denkraam te ontrafelen. Ik volg daarbij Van den Berg en Cornelis in die zin dat ik denk dat preventiewerkers zich vaak niet van hun taal en logica bewust zijn omdat deze hen binnen het eigen wetenschapsgebied ‘gewoon’ is (want door opleiding en ervaring aangeleerd). Ik volg echter ook Freidson door te trachten de logica’s naar boven te halen en in hun grondbeginselen en kernbegrippen te beschrijven om daarmee vergelijking mogelijk te maken. Het zijn wat mij betreft niet direct ‘ideaal-typen’ in de zin van ‘optimaal’ omdat elk type merites maar ook beperkingen heeft. Het kritisch benaderen van de logica’s kan als het ware als een lens worden beschouwd waarmee ik de verschillende discoursen analyseer.

Samengevat werk ik in mijn onderzoek stap voor stap toe naar het (voor zover mogelijk) blootleggen van de ‘preventiologica’ binnen enerzijds het public health domein en anderzijds het sociaal domein. Hieronder versta ik een aantal kernbegrippen en

basiskennissen van een domein dat zich met preventie bezig houdt en dat de visie, kennis en handelen van dat domein over preventie in hoge mate stuurt. Het gaat dan om zaken als het gehanteerde begrippenkader, het achterliggende mensbeeld, welke waarden voorop staan, hoe men naar problemen en mogelijke oplossingen kijkt, wat het doel is van het handelen en welke vorm van interventies daarbij voor de hand liggen en op wie men zich richt, wat men als voornaamste kennisbron ziet en wat men binnen dat discours als werkzaam of succesvol beschouwt. Ik besteed tevens aandacht aan wie de belangrijkste spelers zijn en welke logica in dat handelen verschijnt. Het gaat hierbij uitdrukkelijk ook over de verbinding tussen wetenschap, beleid en praktijk. Deze kernbegrippen en waarden zal ik per discours onderzoeken.

In de laatste paragraaf van elk hoofdstuk reflecteer ik hierop. In de conclusies van de hoofdstukken vat ik mijn belangrijkste inzichten samen. In het slothoofdstuk komt alles samen.

2.6. Schematisch stappenplan en leeswijzer

In hoofdstuk 3 licht ik de aard en oorsprong van veel gebruikte inhoudelijke begrippen toe en belicht ik ook relevante discussies daarover. In hoofdstuk 4 wordt dieper ingegaan op de gebruikte theoretische denkkaders en kennisbronnen. In de hoofdstukken 5 tot en met 8 wordt preventie door de lens van de public health beschouwd aan de hand van de deelvragen 1 en 2. In hoofdstuk 8 blik ik kort terug op de opbrengst van deze zoektocht en sta ik stil bij de verworvenheden van de public health als opmaat voor het vervolg van het onderzoek. In de hoofdstukken 9 tot en met 14 worden verschillende andere discourses en logica's voor preventie tegen het licht gehouden en onderzocht ter beantwoording van deelvragen 3 en 4. In hoofdstuk 15 reflecteer ik op alle opbrengsten van dit onderzoek en beantwoord ik de onderzoeksvragen. Ik sluit dit boek af met een discussie op de methoden van dit onderzoek en een nabeschuiving.

Op de volgende pagina volgt een schematische weergave van de gemaakte stappen in dit proefschrift.³⁸

38 In de loop van de onderzoeksperiode zijn door de auteur ook enkele presentaties gehouden en artikelen gepubliceerd. Doel hiervan was om inzichten die tijdens het onderzoek naar buiten kwamen tussentijds naar buiten te brengen en zo reacties uit te lokken en ook feedback te krijgen. Een opsomming van de presentaties en publicaties is te vinden in de literatuurlijst.

Chapter 2

Introductie: hoofdstukken 1-4

Inleiding, probleemstelling, hoofdvraagstelling en deelvragen, begripsdefiniëring, ontwerp van het onderzoek en theoretische inkadering

Deelvragen 1 en 2: hoofdstukken 5-8

Algemene verkenning van de public health (geschiedenis, beleid en praktijk over veertig jaar)

Deelvragen 3 en 4: hoofdstukken 9-14

Zoeklichten ter verdieping op en verrijking van preventie vanuit de ethiek/filosofie, de COVID-19 pandemie en het sociaal werk

Conclusie: hoofdstuk 15 en epiloog

Beantwoording hoofdvraagstelling en deelvragen, discussie en reflectie op het onderzoek, en nabeschuiving

3. Begripsverheldering: definities en discussies

Social Justice is the ethical and moral imperative to understand why certain population subgroups have a disproportionate burden of disease, disability, and death, and to design and implement prevention programs and systems and policy changes to address the root causes of inequities.

Society for Prevention Research, 2011

3.1. Inleiding

In dit hoofdstuk licht ik enkele definities toe van begrippen die rond preventie veel gebruikt worden en in dit proefschrift centraal staan. Daarbij ga ik ook in op hoe de begrippen zich ontwikkelen in het kader van relevante nationale of internationale discussies. Ik ontleen de begrippen in dit hoofdstuk primair aan de hoofdinvalshoeken in dit proefschrift die gerelateerd zijn aan preventie, aan rechtvaardigheid én aan kwetsbare groepen, binnen de volgende domeinen: de *publieke gezondheid*, inclusief *gezondheidsbevordering*, het *sociaal werk* en de *ethiek* (met de *normatieve professionalisering daarbinnen als ethisch perspectief op het handelen van professionals*).

De werkvelden voor publieke gezondheid en sociaal werk tonen verschil. De studie van publieke gezondheid staat namelijk vooral in academische belangstelling terwijl sociaal werk is vooral ingekaderd binnen de toegepaste wetenschappen. De werkvelden hebben als doel de gezondheid respectievelijk kwaliteit van leven en welzijn van mensen te bevorderen en problemen in een vroeg stadium te voorkomen. Echter, ondanks overlap tussen de gebieden bestaan er ook aanzienlijke verschillen in doelen, benadering en onderliggende visies en mensbeelden. In beide werkvelden worstelen professionals in de praktijk met complexe uitvoeringsvraagstukken en met de ethische vragen rond rechtvaardigheid en sociale gelijkheid. Dat is waarom de normatieve professionalisering hier tevens een plek krijgt.

Omdat de hoeveelheid publicaties en discussies over de in dit hoofdstuk gepresenteerde begrippen overvloedig is, heb ik scherpe keuzes moeten maken. Ik beperk me wat betreft de internationale literatuur vooral tot WHO definities en discussies, enkele toonaangevende denkers en onderzoekers en internationaal erkende beroepsorganisaties, zoals de Internationale Federatie Social Work (IFSW). Op nationaal niveau kies ik vooral voor bijdragen van Nederlandse beroepsverenigingen en landelijke onderzoeksbureaus, kennisinstituten en enkele hogescholen en universiteiten.

Achtereenvolgens komen de volgende begrippen aan de orde:

- Gezondheid en ziekte – sociaal economische gezondheidsverschillen, health equity
- Kwaliteit van leven en welzijn
- Preventie (algemeen), gezondheidsbevordering en -bescherming
- Publieke gezondheid en publieke gezondheidszorg
- Sociaal werk, sociale basis, sociale complexiteit, sociaal domein
- Normatieve professionalisering.

3.2. Gezondheid en ziekte

In de literatuur over gezondheid wordt dikwijls een onderscheid gemaakt tussen *objectieve* kenmerken van gezondheid (aantoonbare aan- of afwezigheid van ziekte)

en de *subjectieve* beleving van de toestand waarin men verkeert. De alom bekende en in de inleiding genoemde WHO-definitie van gezondheid uit het oprichtingsdocument uit 1948 luidt: “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”³⁹ In deze definitie wordt gezondheid gelijkgeschakeld met *well-being* en zijn de objectieve en subjectieve elementen verenigd (zie ook H. 9). Zowel de somatische, sociale als de mentale aspecten van gezondheid worden in de definitie benadrukt en bij elkaar gezet. Vanaf dat moment is gezondheid een *mensenrecht* en méér dan afwezigheid van ziekte. Gezondheid is ook in deze definitie een ‘optimale toestand’ (*‘state of complete’*), al wordt vanaf dat moment een meer *holistische* dan *atomistische* visie op gezondheid voorgestaan. Tot op heden heeft dat echter niet geleid tot een alom erkend en onderschreven concept van gezondheid en welzijn (Blaxter, 2010; Lewis, 2013; Green et al., 2015).

Dat pogingen om tot een breed erkende definitie te komen vaak stranden hangt samen met het feit dat definities altijd afhankelijk zijn van de context (tijd, plaats en cultuur) (Blaxter, 2010; Nettleton, 2013; Dubos, 1993). Gezondheid is een ‘sociaal construct’, stelt Blaxter (2010, p. 29): “The social body influences the way in which the physical body is perceived and experienced” en “Health becomes what people in interaction define as health”. Hiermee geeft Blaxter aan dat de definitie van gezondheid een uitkomst is van een discours en afspraken tussen mensen. Tegenover gezondheid staat ziekte. Ziekte is lang opgevat als ‘fysieke of mentale verstoringen in de gezondheid’ of in de volksmond ‘dat wat de dokter behandelt’ (p. 11). Echter, wat de arts wel en niet behandelt is ook tijdgebonden en cultureel bepaald, stelt Baxter (*‘Zijn verkoudheid is mijn griep’*).

Op de hierboven genoemde WHO definitie van gezondheid kwam de afgelopen decennia uit verschillende hoeken veel kritiek. Kernpunten hiervan zijn dat volgens deze definitie iedereen als ziek bestempeld kan worden, dat de definitie te weinig dynamisch is, utopische kenmerken heeft en moeilijk meetbaar is (Antonovsky, 1979; Sarraci, 1997; Bircher, 2005). Sarraci verklaarde in zijn reflectie op de WHO definitie dat gezondheid in de zin van *‘a state of total well-being’* meer met geluk dan met gezondheid van doen heeft. Hij waarschuwt niet alleen voor het medicaliserend effect van een dergelijk brede definitie (en macht voor medici en politici), maar ook voor een inefficiënte inzet van middelen, wat ten koste gaat van de mensen die deze echt nodig hebben.

Ondanks de aanhoudende kritiek op de oude definitie heeft de WHO zich tot op heden niet aan een nieuwe definitie van gezondheid gewaagd. Wel heeft de definitie van de WHO – mede door de kritiek – anderen geïnspireerd om met een nieuwe definitie te komen. Op internationaal niveau is die discussie lange tijd gedomineerd door twee opposanten die een jarenlange polemiek met elkaar voerden, te weten de filosoof

39 Gezondheid is een toestand van volledig fysiek, mentaal en sociaal welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekte.

Christopher Boorse (1997; 2014), die de naturalistische stroming verdedigde en terug wilde naar de objectieve reductionistische definitie van gezondheid (*'Health is normal functional ability'*), en filosoof en ethicus Lennart Nordenfelt (1986, 2003), die een meer normatieve of waarden-geladen definitie aanhing (*'Health is the ability to achieve vital goals'*). In navolging van die discussie benadrukken sommige auteurs vooral het belang van het 'biologisch kapitaal' voor gezondheid, terwijl anderen het vooral hebben over het 'sociaal kapitaal' van mensen, dat nodig is voor het omgaan met tal van uitdagingen van het leven. Bircher (2013), in navolging van Boorse en de bioloog Schad (1998), spreekt bijvoorbeeld, over de biologische potentie van mensen (erfelijke eigenschappen, fysieke kenmerken, die mensen vanaf de geboorte meekrijgen) oftewel *'the biological lottery'*. Daarnaast benoemt hij ook de persoonlijke potentie (waaronder tal van vaardigheden), sociaal kapitaal (sociale verbanden en steun, cf. Bourdieu, 1989; Putnam, 2000) en 'life events', die gaandeweg het leven verzameld of ontwikkeld worden: de *'social lottery'*.⁴⁰ Beide aspecten zijn volgens Bircher van belang, waarmee hij de patstelling tussen de naturalisten en normativisten wilde doorbreken. De positieve dan wel negatieve invloed op beide potenties bepaalt hoe mensen omgaan met ziekte of tegenslag en hoe ze hun actieve of vitale doelen in het dagelijks leven kunnen realiseren (cf. Nordenfelt, 2003). Het is die dynamische balans die bepaalt of er al dan niet sprake is van gezondheid.⁴¹ Preventie heeft dan vooral het doel om die balans te herstellen.

In de sliptestream van Nordenfelt en Bircher hebben ook veel andere definities van gezondheid het belang van de menselijke potentie benadrukt, gekoppeld aan de wens om een 'goed leven' te leiden. Niet ziekten en beperkingen maar potenties, competenties en de krachten van mensen staan daarbij centraal. Het gaat daarbij meer om breed welzijn dan om gezondheid als doel op zich.

Martha Nussbaum sluit daarbij aan met de *capability approach*, die ze met de econoom Amartya Sen uitwerkte (Nussbaum & Sen, 1993; Nussbaum 2000; 2006; 2018). Capabilities zijn antwoorden op de vraag: "Wat kan deze persoon doen en zijn"? Capabilities verwijzen volgens Nussbaum (2018) naar meer dan vaardigheden alleen. De term verwijst ook naar de vrijheden of kansen die voortkomen uit een combinatie van persoonlijke vaardigheden en de sociale, economische en politieke omstandigheden. Gezondheid is binnen Nussbaums concept, naast bijvoorbeeld 'gevoelens', 'sociale banden' en 'spel', één van de capabilities die universele waarde hebben en staan voor de basale menselijke vermogens om een (vol)waardig leven te leiden. Het gaat daarbij over rechtvaardigheid en sociale gelijkheid, over kansen krijgen als individu en

40 De termen biological en social lottery zijn ontleend aan Engelhard jr., 1984 (zie Bircher, 2005, p. 337).

41 De voorgestelde definitie van gezondheid is volgens Bircher (2005): "Health is a dynamic state of wellbeing characterized by a physical, mental and social potential, which satisfies the demands of a life commensurate with age, culture, and personal responsibility. If the potential is insufficient to satisfy these demands the state is disease."

vrijheid van keuze (Nussbaum, 2018, pp. 57-59). Nussbaum staat met haar benadering een normatieve en holistische visie op gezondheid voor waarin ruime aandacht bestaat voor mensenrechten en menselijke waardigheid. Overigens maakt Nussbaum onderscheid tussen de begrippen *capability* en *functionality* (2000, p. 87). Nussbaum: “Where adult citizens are concerned, capability, not functioning, is the appropriate political goal”. Functionaliteit impliceert namelijk dat mensen ‘van nut zijn’ voor de samenleving. Terwijl capabilities universeel zijn en voor alle mensen in alle culturen en omstandigheden gelden, kan het woord functionality een politieke lading krijgen. Hierbij dreigt het risico dat mensen (in bepaalde culturen) tegen hun wil in een bepaalde richting geduwd worden (ibid., p. 87).

Gezondheid in Nederland: positieve gezondheid

De ontevredenheid met de WHO definitie voor gezondheid heeft ook in Nederland geleid tot aanpassing ervan. Dat zien we onder andere al terug in het rapport *Keuzen in de zorg* van de commissie Dunning uit 1991, waarin gezondheid – niet geheel onomstreden – wordt omschreven als ‘het vermogen tot normaal functioneren in de samenleving’ (Roscam-Abbing, 1991). Op de woorden ‘normaal’ en ‘functioneren’ kwam kritiek, want ook deze staan bloot aan een context-specifieke, politieke en instrumentele invulling. Machteld Huber, huisarts van beroep, lanceerde op basis van haar promotieonderzoek in 2011 de term ‘*positieve gezondheid*’.⁴² Gezondheid is in haar optiek niet langer een ‘optimale toestand’ maar iets dat je kan leren, oftewel: “Health as the ability to adapt and to self manage, in the face of social, physical and emotional challenges.” (Huber et al., 2013; 2016a; 2016b, p. 2). Dit concept beschrijft gezondheid niet als een stabiel eindpunt of doel op zich maar stelt functioneren, veerkracht en zelfregie centraal (cf. Huber et al., 2011; 2013; 2016b). Naast de dimensies als lichaamsfuncties en mentale functies en beleving benoemt ze nog een aantal andere dimensies, namelijk de spirituele dimensie (waaronder zingeving), kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijk participeren en dagelijks functioneren (Huber et al., 2016b).⁴³ Met toevoeging van het begrip ‘self management’ benadrukt Huber de eigen verantwoordelijkheid van burgers om dat vermogen tot aanpassing in eigen hand te nemen.

Op internationaal niveau en binnen Nederland is de definitie van Huber – vanwege de bredere blik op gezondheid – naast bejubeld ook bekritiseerd. Punt van kritiek is onder andere dat het begrip gezondheid dermate wordt uitgebreid dat deze opschuift in de richting van welzijn en geluk (Lewis, 2013). De scheidslijnen tussen belangrijke concepten met een eigen betekenis en lading, zoals tussen gezondheid, welzijn en zingeving vervaagt, stelt ook Jacobs (2020). Het concept zaait verwarring tussen

42 Het begrip heeft verwantschap met het begrip positieve psychologie van Martin Seligman (Seligman, 2013).

43 Genoemde zes dimensies zijn in 32 subcategorieën (en in een zogeheten ‘spinnenweb’-model) uitgewerkt. Zie website <http://www.ipositivehealth.com/> en zie ook ZON-mw verslag positieve gezondheid en leefstijlinterventies (Pdf)

gezondheid (toestand) en gedrag (coping) (Van der Stel, 2016) en overlapt daarnaast met andere internationaal erkende concepten zoals *empowerment* en *veerkracht* (Van der Staa et al., 2017; zie paragraaf 3.6 en ook H. 4). Door de nadruk te leggen op het aanpassingsvermogen van mensen en individuele verantwoordelijkheid, verworden ziekte en gezondheid tot een prestatie, stellen de critici: *'je bent gezond als je goed met je kanker omgaat'*. Hierin schuilt het risico dat wordt weggekeken van zorg voor de kwetsbaarheid of het lijden van mensen of het aanpakken van ziekmakende omstandigheden (Jacobs, 2020). Het concept positieve gezondheid zou dan ook beter passen bij hoog opgeleiden dan bij laag opgeleiden (cf. Van der Staa et al., 2017; Arnoldus & Van der Staa, 2017).

Sociaal economische gezondheidsverschillen en health equity

Aan het einde van vorige eeuw heeft de WHO de gezondheidsverschillen op de agenda gezet (WHO, 2013; Marmot, 2017). Mackenbach⁴⁴ (1994) definieert sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) als “de systematische verschillen in gezondheid tussen mensen met een hogere en lagere relatieve positie in de sociale stratificatie”⁴⁵ (Mackenbach, 1994). Gezondheidsverschillen zijn een gevolg van de ongelijke verdeling van de welvaart. Het begrip is gerelateerd aan het Engelse begrip *'health equity'*. *Health equity* is door de WHO (2008a) gedefinieerd als:

The absence of unfair, avoidable or remediable differences among groups of people, whether those groups are defined socially, economically, demographically, or geographically or by other dimensions of inequality (e.g. sex, gender, ethnicity, disability, or sexual orientation). Health is a fundamental human right. Health equity is achieved when everyone can attain their full potential for health and well-being. (par. 1)

Deze definitie impliceert het voorkomen en terugdringen van vermijdbare gezondheidsverschillen en koppelt het aan het realiseren van ieders volledige potentieel voor gezondheid en welzijn. Er is veel internationaal onderzoek dat de relatie van (lage) sociaaleconomische status (SES) en ras met gezondheid en gezondheidsgedrag heeft aangetoond (WHO, 1999; Baum et al., 1999; Jackson et al., 2010). Vooral chronische of toxische stress (samenhangend met bijv. armoede, werkeloosheid, sociale problemen, criminaliteit of slechte behuizing) heeft veel invloed op de gezondheid en aan gezondheid gerelateerd gedrag, zoals ongezond eten, roken, overmatig alcoholgebruik en drugsgebruik. Ook hangt stress samen met slaapstoornissen, hart- en vaatziekten, sociale isolatie, depressie en agressie (Kaplan et al., 2013). Stress

44 Mackenbach is een Nederlandse epidemioloog en kenner van de public health geschiedenis. Hij was hoogleraar Medische en Maatschappelijke Determinanten van de Volksgezondheid aan de Erasmus Universiteit Rotterdam en verbonden aan de Nederlandse School of Public Health in Utrecht.

45 In het begrip 'stratificatie' wordt tot uitdrukking gebracht dat de samenleving een gelaagde structuur heeft en bestaat uit lagen (strata), met de meest geprivilegieerde laag boven en de minst begunstigde laag onder (Mackenbach, 1994)

kan ook besmettelijk zijn, immers: als een familielid zonder werk raakt of ziek wordt levert dit niet alleen individuele stress op maar kan dit de stress van de hele familie vergroten. Stress vermindert als het ware het zelfregulerend vermogen en heeft invloed op de zelfwaardering (*self-steem*) van mensen (ibid.). Ongezond gedrag kan een coping mechanisme zijn en een therapeutisch effect hebben, denk hierbij aan etnische groepen die een 'lawine' van stress ervaren (Kaplan et al., 2013; cf. Jackson et al., 2010; Dallman et al., 2005). Vooral overeten, roken, alcohol en drugsgebruik kunnen een kalmerende, verdovende en troostende werking hebben.⁴⁶

In Nederland zijn sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) al lange tijd een speciaal aandachtspunt in het gezondheidsbeleid (zie H. 6). Met de term SEGV wordt aangegeven dat mensen met een laag opleidingsniveau en inkomen een achterstand hebben als het om gezondheid en welzijn gaat. Uit CBS cijfers blijkt dat alle Nederlanders de afgelopen decennia zowel in objectieve als subjectieve zin gezonder zijn geworden en dat de levensverwachting en de gezonde levensverwachting (algemene maten om de gezondheidstoestand van mensen vast te stellen) zijn toegenomen. De gezondheidsverschillen tussen hoog en laag opgeleiden zijn echter niet afgenomen en gemiddeld zelfs toegenomen (Broeders et al., 2018). Veranderingen in de populatie van de samenleving is hier mede debet aan.

3.3. Kwaliteit van leven, welzijn en brede welvaart

Kwaliteit van leven en welzijn worden – in de wetenschap – dikwijls als synoniem gebruikt (Boelhouwer, 2016). Dit doet het onderscheid tussen deze begrippen geen recht. De sociale wetenschapper Pigou (1929) muntte het begrip 'kwaliteit van leven' voor het eerst in een discussie aangaande de relatie tussen welzijn en economie. Economische maatstaven bleken te kort te schieten om het welzijn van bewoners in een land te meten. In landen met een hoog welvaartsniveau is het niveau van welzijn niet per definitie gradueel beter (cf. Walker & Van der Maesen in Glatzer et al., 2004; Diener & Seligman, 2004). Er is wel een relatie tussen welvaart en welzijn, maar ergens houdt dit verband op: meer welvaart maakt dus niet per definitie gelukkiger.

De laatste decennia zijn op nationaal en internationaal niveau diverse definities en interpretaties van kwaliteit van leven in omloop gebracht en hebben vele publicaties over *quality of life* het levenslicht gezien (zie Boelhouwer, 2016, pp. 11-14; WHO, 1997). Wat op hoofdlijnen opvalt is dat het concept 'kwaliteit van leven' net als het concept gezondheid steeds breder invulling krijgt en inmiddels praktisch alle aspecten en domeinen van het leven omvat. Kwaliteit van leven is tevens een begrip dat op verschillende niveaus betrekking kan hebben: van het individu, van een gemeenschap,

46 Zie ook het artikel in het NRC "Zo veel migranten met obesitas, dat kun je niet blijven negeren" van 7 januari 2024 van J. en R. Koelewijn.

een stad, een regio en zelfs van een land. Ook zijn de begrippen ‘kwaliteit van werk’ en ‘kwaliteit van zorg’ inmiddels gangbaar. Kwaliteit van leven heeft ook betrekking op zowel objectieve als subjectieve factoren en wordt als maatstaf gebruikt in veel wetenschappelijke disciplines, zoals de economie, psychologie en bij thema’s als gezondheid, leefbaarheid, klimaat en duurzaamheid.

Welzijn

De definitie of operationalisatie van het concept kwaliteit van leven herbergt de concepten welzijn (*well-being*) en levensomstandigheden (*living conditions*). Welzijn is een veelomvattend begrip. Welzijn wordt dikwijls louter gezien als subjectief welzijn in de zin van een mentale gesteldheid; geluk en tevredenheid zijn dan kernbegrippen. Dat gevoel verwijst naar de affectieve component. Daarnaast is er de evaluatieve component (Hortulanus et al., 1997): hierbij wordt gerefereerd aan verschillende meetbare behoeften van mensen, een aantal door het individu gehanteerde maatstaven in de zin van of men bereikt heeft wat men wilde en of het leven voldoet aan de verwachtingen. Vooral het meetbaar (willen) maken van de meer subjectieve factoren van kwaliteit van leven is een hoofdbreker (WHO, 1997; Kahneman & Krueger, 2006; Boelhouwer, 2016).

Welzijn wordt niet alleen met geluk geassocieerd (Veenhoven, 1987), maar vaak ook met rechtvaardigheid (Jordan, 2007) en met autonomie (Schuyt, 1991; Hortulanus et al., 1997). Factoren als zingeving, sociaal psychologische weerbaarheid, gezondheid, eigenwaarde, zelfbepaling, sociale contacten, persoonlijke interesses, maatschappelijke positie en leefomstandigheden (wonen, werk) en sociaal leefklimaat worden ook met welzijn in verband gebracht. Hier valt de overlap op met het concept ‘positieve gezondheid’, met dit verschil dat gezondheid als element of factor binnen het brede welzijnsbegrip wordt opgevat. Op internationaal niveau is er kritiek op het opknippen van welzijn in ‘delen’ (fysiek, mentaal, spiritueel etc.) en op het opvatten van welzijn als een louter subjectieve of mentale gesteldheid. Het concept mist daarmee haar betekenis in ontologische zin (zie onder andere Sarvimäki, 2009). Die ontologische betekenis spreekt onder ander uit de definitie van Stalpers (zie citaat Schuyt, 1991 in Hortulanus, 1997, p. 67): “Welzijn is de fundamentele instemming met het bestaan, (...) de uiteindelijke bevestiging van alles wat we meemaken of meegemaakt hebben.” Welzijn wordt hier opgevat als een uitkomst van een afweging van alle elementen in hun onderlinge verhouding en context. Dit wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk 9.

Kwaliteit van leven volgens de WHO

Kwaliteit van leven wordt door de WHO opgevat als ‘een perceptie van een individu ten aanzien van zijn/haar positie in het leven, binnen de context van de cultuur en de waardensystemen waarin hij/zij leeft en in relatie tot zijn/haar doelen, verwachtingen, standaarden en interesses’ (WHOQOL Group, 1997). De WHO ziet kwaliteit van leven als een breed concept dat op een complexe manier tot stand komt in relatie tot iemands gezondheid (fysiek, psychisch en sociaal), de mate van autonomie, persoonlijke

overtuigingen, en iemands relatie tot en waardering van tal van saillante kenmerken van de omgeving (zoals wonen, financiën, relaties).⁴⁷ Gezondheid is één van de dimensies van kwaliteit van leven (zie ook Tengland, 2008). De perceptie op de verschillende dimensies van kwaliteit van leven hangt samen met tal van sociodemografische factoren (sexe, leeftijd, huwelijkse staat, opleiding, inkomen etc.). Bij elke doelgroep kunnen andere dimensies prevaleren. De WHO heeft dan ook voor bepaalde subgroepen aparte indexen ontwikkeld, zoals de WHOQOL-OLD (Gobbens et al., 2016; 2019). Ook andere onderzoekers hebben hier pogingen toe gedaan (zie Gillespie, 2008).

Kwaliteit van leven, welzijn en brede welvaart in Nederland

In Nederland worden de begrippen kwaliteit van leven en welzijn sinds eind vorige eeuw als maatstaf gebruikt in de jaarlijkse monitorrondes die onder diverse namen (zoals de Welzijns-index; sociale index; De Staat van Nederland) door verschillende planbureaus (CBS, CPB, SCP, PBL)⁴⁸ in opdracht van opeenvolgende kabinetten zijn uitgevoerd. In deze welzijnsmonitors worden naast de objectieve steeds vaker ook subjectieve factoren meegewogen die de levensconditie van mensen duiden. In het rapport *Het brede welvaartsbegrip van het SCP* blikt het SCP terug op de historische ontwikkelingen rond het begrip kwaliteit van leven (Boelhouwer, 2016). In deze publicatie wordt ook de relatie tussen het begrip 'kwaliteit van leven' en het begrip 'brede welvaart' uiteengezet.

Brede welvaart

Het begrip 'brede welvaart' verwijst volgens Boelhouwer naar een bredere invalshoek om naar de ontwikkelingen binnen een samenleving te kijken. Er is geen vastomlijnde formele definitie van brede welvaart, maar drie nationale planbureaus omschrijven het begrip in 2017 als 'alles wat mensen van waarde vinden' (PBL, SCP, CPB 2017). Ook klimaat en duurzaamheid komen daarbij in het vizier. Verder telt de mate waarin verwacht kan worden dat volgende generaties profijt kunnen hebben van bepaalde ontwikkelingen. Het kijken naar sociale, culturele en ecologische indicatoren - naast de economische - sluit aan bij een wereldwijde beweging waarin welzijn van de mens in zijn omgeving vanuit een overstijgend perspectief centraal staat (Boelhouwer, 2016; CBS, 2023).

47 De WHOQOL is in diverse instrumenten (vragenlijsten) onderverdeeld. De WHOQOL-BREF is een korte generieke vragenlijst bestaande uit 24 items, verdeeld over vier domeinen van kwaliteit van leven: lichamelijke gezondheid (4 items), psychische gezondheid (6 items), sociale relaties (3 items) en omgeving (8 items). De WHOQOL-OLD voor ouderen omvat vragen (4 items per domein) op de domeinen zintuigelijk functioneren, autonomie, activiteiten van het verleden, heden en toekomst, dood en doodgaan, intimiteit (Gobbens et al., 2016; 2019).

48 Respectievelijk: Centraal Bureau voor de Statistiek, Centraal planbureau, Sociaal Cultureel Planbureau en het Planbureau voor de Leefomgeving.

Brede welvaart kan vooral gezien worden als containerbegrip: het brengt een aantal begrippen en concepten samen die volgens het SCP voortkomen uit onderzoek dat in het verleden is gedaan onder drie onderzoekslijnen: *Leefsituatie en kwaliteit van leven in Nederland*; *Sociale cohesie: in- en uitsluiting in de Nederlandse samenleving* en *Veranderende verzorgingsstaat*. Hieronder valt ook de leefsituatie-index die als tegenhanger van het BNP wordt gezien (SCP, 2016, 2017). De huidige brede welvaart in Nederland wordt beschreven aan de hand van acht thema's: subjectief welzijn, materiële welvaart, gezondheid, arbeid en vrije tijd, wonen, samenleving, veiligheid en milieu (CBS, 2023). Een belangrijk uitgangspunt bij brede welvaart is dat het hier niet gaat om de investering op onderdelen maar om de samenhang tussen determinanten, op de levenskansen en risico's enerzijds en de uitkomsten anderzijds. Vooral het perspectief van de burger is leidend. Inzicht in brede welvaart levert informatie op over cumulatie van achterstanden en geeft aanknopingspunten voor verbetering.

3.4. Preventie en gezondheidsbevordering

Het woord *preventie* zegt op zichzelf niet veel. Het woord stamt uit het Latijn en betekent in strikte zin (zie De Dikke Van Dale, 13^{de} uitgave 1999) 'het voorkomen' of 'verhoeden'. De Dikke van Dale legt de relatie met gezondheid: "(med.) het voorkomen, het opsporen, het vroegtijdig onderkennen en bestrijden van ziekten, resp. het voorkomen van invaliditeit." *Preventief* wordt geduid als 'stekkend tot vermindering van iets dat ongewenst is'. In deze beschrijving valt op dat de verwijzing naar zowel 'vroegsignalering' maar ook het 'onderkennen en bestrijden' van ziekten en het beperken of verminderen van de nare gevolgen daarvan (invaliditeit) als onderdelen van preventie worden beschouwd. Bloom en Gullotta (2014) omschrijven de wortels van het begrip preventie in de Amerikaanse *Encyclopedia of Primary Prevention and Health Promotion* als volgt:

The word prevention is derived from the Latin, meaning "to come before." It evolved from a core European definition by at least the fifteenth century (Oxford English Dictionary, 1971) with several meanings: "to anticipate", "to take precautions against [a danger or evil] and hence to evade that danger" and "to avoid by timely action". (p. 3)

In de Engelse taal is er volgens de auteurs een positieve betekenis gekoppeld aan het woord preventie in de vertaling van de woorden 'to outdo, surpass, excell, to hasten to bring about'. Een soortgelijke positieve betekenis ligt besloten in het woord *promote* wat staat voor 'to move forward' of 'to advance' (Bron: Oxford English Dictionaire, 1971 uit Bloom & Gullotta, 2014, p. 3).⁴⁹

49 Dat positieve is ook te vinden in de historische vertaling van het Latijnse *provenire of provenio* ('a coming forth') dat 'vooruitkomen' betekent, maar ook gebruikt wordt in de positieve betekenis van 'vermeerderen' ('to increase')

“To prevent’ literally means ‘to keep something from happening”, zo opent het gezaghebbende Institute of Medicine (IOM) rapport van Mrazek en Haggerty uit 1994 (p. 19). In een meta-analyse naar de preventie van mentale stoornissen werd door genoemde auteurs een poging gewaagd om te komen tot nieuwe definities van preventie. Tot dan toe gebruikte definities leidden immers tot verwarring. Om preventie succesvol te laten zijn is kennis over oorzaak en gevolg relaties nodig, zo stellen de redacteurs van dit lijvige rapport. Bloom en Gullotta (2014) spreken over ‘een evolutie in definities van preventie’ die steeds veranderen omdat ze vanuit een ander perspectief worden aangevlogen, verschillende doelen en doelgroepen bedienen en andere oorzaken centraal stellen.

Van belang voor het perspectief op en aangrijpingspunt voor preventie is volgens de auteurs hoe er naar oorzaken van ziekte of onwelzijn wordt gekeken: zijn het de genen, het brein of externe oorzaken zoals virussen en bacteriën (medisch of ziektegedreven perspectief)? Licht het vooral aan het gedrag van mensen zelf of de ongezonde omgeving (leefstijl of public health perspectief) of aan sociale factoren die ziekmakend zijn zoals armoede (sociaal economisch en politiek perspectief)?

Bloom en Gullotta onderscheiden zeven perspectieven voor preventie (zie Tekstkader 3.1). Belangrijk verschil is volgens Bloom en Gullotta dat sommige definities en perspectieven alleen uitgaan van wetenschappelijk bewezen ‘afzonderlijke factoren’ waarvan de bijdrage zo precies mogelijk kan worden ingeschat (medisch en public health-model), terwijl dat bijvoorbeeld niet mogelijk is bij de ‘social experience’ en ‘kracht-georiënteerde’ definitie of perspectief. Hierbij wordt uitgegaan van een op elkaar inwerken van factoren die samen het risico vormen of voor bescherming zorgen. Bloom en Gullotta schrijven hierover het volgende:

This is not so much a failing, as it is the setting of the agenda for the future: To identify how and to what degree each factor is in fact active or activated in given situations, so as to know what preventive, protective, or promotive actions might be planned to help participants help themselves. (Bloom et al., 2014, p. 8)

De kracht en ontwikkeling van de preventie-definitie voor de toekomst is het besef dat alle factoren tezamen een rol spelen. In het bijzonder pleiten de auteurs voor meer aandacht voor het sociale-ervaringsperspectief en het configurale model (Bloom & Gullotta, 2014).⁵⁰

50 Zie Gullotta & Bloom, Foundation topics in primary prevention and health promotion, p. 9, 2014.

Tekstvak 3.1

*Perspectieven op preventie***Zeven perspectieven op preventie:**

1. *Ziektegedreven perspectief* (medisch model): gericht op het voorkomen en terugdringen van ziekten bij individuen;
2. *Psychiatrisch ziekteperspectief* (mentaal/medisch model): gericht op het voorkomen van mentale stoornissen van individuen;
3. *Public health perspectief* (medisch model); gericht op het terugdringen van risico's op ziekte bij populaties;
4. *Doelgroepen 'at risk' perspectief* (public health als mentaal/medisch model); gericht op het voorkomen van vermijdbare fysieke en mentale stoornissen bij hoog-risico groepen;
5. *Kracht-georiënteerd perspectief* (sociaal/mentaal model): gericht op het vergroten van welzijn door het versterken van gezonde coping mechanismen en het vergroten van hulpbronnen in de directe omgeving bij populaties;
6. *'Sociale-ervaringsperspectief'* (sociaal/mentaal model): gericht op het voorkomen van psychosociale problemen. Dit perspectief gaat uit van het leren van en het reconstrueren van ervaringen gecombineerd met het verlagen van sociale stress en het beïnvloeden van intrapsychische factoren als zelfvertrouwen, coping mechanismen en sociale ondersteuning;
7. *Configuraal perspectief* (samengesteld model): dit perspectief brengt primaire preventie in nauw verband met behandeling (treatment), rehabilitatie en zelfs palliatieve zorg. Deze laatste is de enige definitie waarbij ruimte is voor het besef dat mensen ziek worden en dood gaan.

Bron: Bloom & Gullotta (2014, pp. 1-8).

Meest gebruikte indeling

Hieronder worden nog enkele veel gebruikte indelingen van preventie belicht, waaronder a) naar type maatregel en doel, b) naar fase in het ziekteproces en c) naar doelgroepen.

a) Naar type maatregel

Preventie omvat gezondheidsbevordering, ziektepreventie en gezondheidsbescherming, al is de insteek bij deze drie type maatregelen net anders (zie Tabel 3.1). Volgens de definitie van de WHO (1986, Ottawa Charter) staat *gezondheidsbevordering* (*health promotion*) voor een proces. Het gaat hierbij om het proces dat 'mensen en gemeenschappen zelf in staat stelt invloed uit te oefenen op de determinanten van gezondheid, waarmee ze hun gezondheid kunnen bevorderen en waardoor mensen in staat zijn een actief en productief leven te leiden en kwaliteit van leven te ervaren'.⁵¹ Dit

51 "Health Promotion is the process enabling individuals and communities to increase control over their determinants of health, thereby improving their health and enabling an active and productive life, that is, a good quality of life." (WHO, Ottawa charter, 1986).

wordt ook wel ‘grip’ hebben op de eigen gezondheid genoemd. *Ziektepreventie* verwijst naar specifieke acties en maatregelen gericht op het voorkomen van een specifieke ziekte of vroege opsporing ervan. *Gezondheidsbescherming* staat voor het elimineren van risicofactoren in de omgeving. Vaak is de overheid hier een belangrijke actor, bijvoorbeeld door het zorgen voor een goede luchtkwaliteit of door het verplichten van de autogordel. *Gezondheidsbevordering* en *ziektepreventie* liggen in elkaars verlengde, overlappen elkaar soms. Echter, inspanningen gericht op ‘het voorkomen van iets onaangenaams’ hoeven op zichzelf niet te betekenen dat gezond gedrag wordt bevorderd.

Tabel 3.1

Preventie naar Type Maatregel

<i>Ziektepreventie</i>	<i>Gezondheidsbevordering</i>	<i>Gezondheidsbescherming</i>
Acties en maatregelen gericht op het voorkomen van een specifieke ziekte of vroege opsporing ervan.	Acties en maatregelen gericht op het bevorderen van gezondheid door gezond gedrag.	Acties en maatregelen gericht op het beschermen van de hele bevolking tegen gezondheidsbedreigingen.
(to prevent: <i>illness, ill-health, disease, danger, evil</i>)	(to promote: <i>health, wellbeing, behavior</i>)	(to protect: <i>threats</i>)

Volgens een door het RIVM en het College voor Zorgverzekeringen (CVZ, 2007) gehanteerde definitie is het algemene doel van preventie “te zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen. Ook heeft preventie tot doel ziekten en complicaties van ziekten te voorkomen of in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen” (naar Meijer & Hamberg-van Reenen, 2011b, geciteerd in Heijink & Struijs, 2015, p. 13). Hier is het medisch en public health-model leidend en zijn ook de hierboven genoemde elementen van preventie te herkennen (zie ook Mackenbach 2008). Saan en De Haes (2005, p. 26) benadrukten in hun definitie van gezondheidsbevordering vooral het proces waarin ze een beweging voorstaan in de richting van ‘sociale verandering’: “Gezondheidsbevordering organiseert sociale veranderingen die leiden tot meer en betere gezondheid”. Hiermee wordt een brug geslagen naar het onderliggende sociale weefsel. De auteurs stellen dat: “uit ervaring en onderzoek bleek, dat voorlichting pas goed werkt in een omgeving waar sociale steun en de juiste keuzemogelijkheden beschikbaar zijn”.

b) *Naar fase in het ziekteproces*

Op internationaal niveau is lange tijd een ‘definitie-kwestie’ gevoerd over het gebruik en de formulering van de begrippen *primaire, secondaire en tertiaire* preventie. Essentieel is het eerder genoemde perspectief (medisch/public health, mentaal of sociaal) dat wordt genomen en het soort problemen dat wordt geadresseerd. Indien oorzaak

en gevolg van problemen duidelijk zijn en er aldus sprake is van voorspelbare en te voorkomen problemen omvat primaire preventie volgens Bloom en Gullotta (2014) alle activiteiten: “to protect existing states of health or healthy functioning and to promote desired goals for a population of people in three possible contexts: *universally*, as a basic utility for everyone’s benefit, *selectively*, for groups at risk and *with potential*, indicated for groups at very high risk.” Zij sluiten hierbij aan bij de door Mrazek en Haggerty (1994) voorgestelde definities die zijn geordend naar doelgroepen (zie het tekstkader hieronder bij c).

Laatstgenoemde auteurs stelden op basis van hun analyse van preventie van mentale problemen voor de termen *primaire*, *secundair* en *tertiair* niet meer te gebruiken, mede omdat er in de wetenschap onenigheid is over de afbakening en gebruikswaarde. Anders dan bij lichamelijke problemen is er bij mentale problemen vaak minder sprake van eenduidige oorzaak-gevolgrelaties. Tertiaire preventie wordt door hen uitgesloten als vorm van preventie en gezien als behandeling (Mrazek & Haggerty, 1994). In Nederland worden de begrippen nog wel gebruikt.

Mackenbach (2008, p. 192) formuleert de fasen van preventie als volgt:

- *Primaire preventie*: het voorkomen van nieuwe gevallen van een ziekte en dus gericht op het wegnemen of verminderen van oorzaken van die aandoening.
- *Secundaire preventie*: het in een zo’n vroeg mogelijk stadium ontdekken van een aandoening, zodat vroege behandeling mogelijk is. Deze definitie omvat daarmee vroegsignalering of vroegtijdige opsporing. Hier gaat het dus om populaties die al te maken hebben met te detecteren symptomen (die al dan niet bewust ervaren worden) zonder dat mensen ziek zijn.
- *Tertiaire preventie*: het voorkomen of beperken van de gevolgen van een reeds gediagnosticeerde aandoening. Ook het voorkomen van terugval wordt tot de tertiaire preventie gerekend. Hier is sprake van een overlap met curatie (zie Sturmans, 1982).

Vroegsignalering vindt vroeg in het proces plaats en bestrijkt meerdere vormen van preventie en wordt door de WHO omschreven als: ‘*het (vroeg)tijdig vaststellen of diagnosticeren van een stoornis in een vroeg ontwikkelingsstadium, als er nog een grote kans op genezing is. Hierop volgt het tijdig ingrijpen op een verstoord – of dreigend verstoord – ontwikkelingsproces*’. Het tijdig signaleren van signalen of problemen is daarmee een onlosmakelijk onderdeel van ziektepreventie, secundaire preventie en gaat daar aan vooraf.

c) *Naar doelgroepen*

De indeling opgesteld door het CVZ (2007) sluit het beste aan bij de indeling in doelgroepen en het denken in risicofactoren van Mrazek en Haggerty (1994), en bestaat uit vier categorieën (zie Tekstvak 3.2):

Definities preventie ingedeeld naar doelgroepen

- *Universele preventie*: bevordert en beschermt actief de gezondheid van de gezonde bevolking. Deze vorm van preventie is op hele populaties gericht en kan zonder tussenkomst van professionals worden uitgevoerd (denk aan zoutreductie in het eten, het dragen van een autogordel via de wet, etc.).
- *Selectieve preventie*: bevordert de gezondheid van specifieke groepen met een verhoogd gezondheidsrisico zónder dat er sprake is van symptomen. Dit impliceert ook het opsporen van ziekten en het toeleiden naar de zorg.
- *Geïndiceerde preventie*: voorkomt ziekte of verdere gezondheidsproblemen bij individuen die nog geen (gediagnosticeerde) ziekte hebben, maar wel risicofactoren en symptomen.
- *Zorg-gerelateerde preventie*: voorkomt complicaties, beperkingen, of een lagere kwaliteit van leven of sterfte bij individuen met een gediagnosticeerde aandoening of gezondheidsprobleem.

Originele bron voor de eerste drie categorieën: Gorden (1978) uit Mrazek & Haggerty (1994, p. 20).

De laatste definitie valt samen met de definitie van tertiaire preventie, volgens Mrazek en Haggerty geen preventie in de ware zins des woords. Deze wordt in de praktijk echter nog veel gebruikt bijvoorbeeld bij verslaafden (terugvalpreventie) en in de psychiatrie (herstelpsychiatrie).

Integratief model

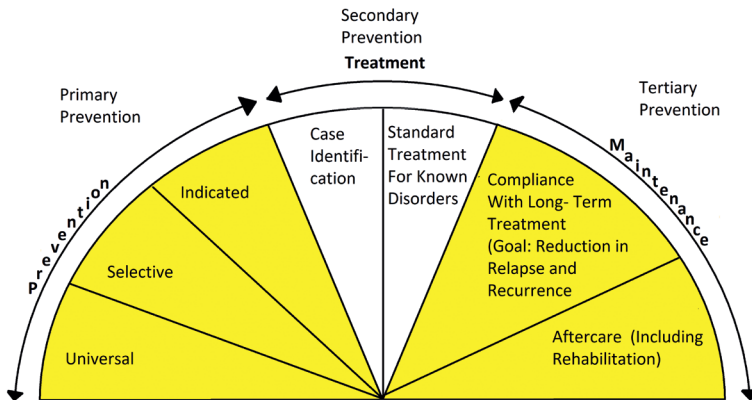
Een geïntegreerd preventiemodel vind je onder andere bij Woody (2006). Het *Continuüm of Care Model* van Woody (Figuur 3.1) geeft de complexiteit van het goed afbakenen en definiëren van preventie weer en laat zien hoe preventie en behandeling in elkaar overvloeien. Woody presenteert hier een multidisciplinair of 'blended' preventiemodel dat zorg en (public health) preventie aan elkaar verbindt. Primaire preventie overlapt met universele, selectieve en geïndiceerde preventie (zie Tekstvak 3.2). Secundaire preventie overlapt met zorg-gerelateerde preventie en met 'behandeling' omdat er dan al sprake is van symptomen. Tertiaire preventie, welke is gericht op het verminderen van terugval of het verlichten of zelfs voorkomen van complicaties (of invaliditeit) van een reeds gediagnosticeerd probleem, wordt in de zorg ook wel herstel of rehabilitatie genoemd.

Woody (2006) acht dit model ook geschikt voor het sociaal werk en voor het voorkomen van mentale of sociale problemen, zoals kindermishandeling. Ook biedt het ruimte voor het verbeteren van het sociaal functioneren van individuen, families en gemeenschappen. Gezondheid wordt door haar dan ook zeer breed ingestoken (p. 50): "Health includes life satisfaction, appropriate achievement of developmental milestones (such as developing social skills, completing school), the attainment of

normative adult social functioning (establishment of a family, community engagement, career attainment, financial security).”

Figuur 3.1

Continuüm of Care Model



Bron: Figuur overgenomen uit Woody, 2006, p. 47. Aangepast door Woody op basis van een rapport van het IOM (Nirzkin & Smith, 2004).

3.5. Public health: publieke (openbare) gezondheidszorg

Internationaal niveau

In het Engels luidt de officiële definitie van de *public health*: “the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through organized efforts of society” (naar Acheson, 1988 in Mackenbach, 2008, p. 17; Noord, 2016). Daarmee wordt de publieke of openbare gezondheidszorg opgevat als het geheel van overheidsinspanningen met als doel het verbeteren van de gezondheid van individuen en de bevolking als geheel. Een oudere Amerikaanse definitie van public health verduidelijkt, volgens Mackenbach, de oorsprong van het werkgebied nog beter:

Public Health is the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting physical health and efficiency through organized community efforts for the sanitation of the environment, the control of community infections, the education of the individual in principles of personal hygiene, the organization of medical and nursing services for the early diagnosis and preventive treatment of disease, and the development of the social machinery which will ensure to every individual in the community a standard of living adequate for the maintenance of health. (Mackenbach, 2008, pp. 17-18 naar Winslow, 1920)

Deze definitie laat zien hoe de publieke gezondheidszorg oorspronkelijk was gericht op het voorkomen en indammen van de infectieziekten en een collectieve grondslag had (zie ook H. 5). Karakteristiek daarbij is de wetenschappelijke benadering en efficiënt georganiseerde actie ('art' = kunde) op samenlevings-niveau. Het gaat hier ook om de verzekering dat alle mensen een levensstandaard wordt gegund om de gezondheid op peil te houden. De publieke gezondheidszorg richt zich dus op mens én gedrag, op omgeving én samenleving.

Een belangrijke discussie op internationaal niveau gaat over de mate waarin de public health vooral op het elimineren van risicofactoren op individueel niveau blijft gericht, in plaats van dat zij de meer vernieuwende richting en visie van het sociaal krachtmodel volgt. De laatste insteek is meer gericht op het bevorderen van de krachten van mensen, (sub)groepen en de samenleving als geheel. Het gaat hier vooral om het oppakken van oorzaken op samenlevingsniveau en op het verhogen van sociale rechtvaardigheid en gelijkheid (cf. Hancock, 2011 en H. 4 en H.5).

Publieke gezondheid in Nederland

De *Wet Publieke Gezondheid* (WPG) omschrijft de publieke gezondheidszorg in 2008⁵² als: "De gezondheid beschermende en -bevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten".

Kenmerkend van de publieke gezondheidszorg is dat deze veelal plaatsvindt zonder dat er een individuele hulpvraag aan ten grondslag ligt en dat het beleid tot stand komt onder de verantwoordelijkheid van het openbaar bestuur.

Jambroes en collega's (2013) stellen na een vergelijkende internationale studie in een aantal landen voor deze definitie te wijzigen in: "De publieke gezondheidszorg richt zich op het bevorderen van volksgezondheid en van gelijke kansen op gezondheid (equity), en zet collectieve maatregelen in om deze doelen te bereiken." De auteurs benadrukken dat in de Nederlandse definitie binnen de WPG te weinig nadruk wordt gelegd op de collectieve grondslag van de public health en van de belangrijke onderliggende waarden van sociale gelijkheid en rechtvaardigheid. Vooral de oriëntatie van de publieke gezondheidszorg op het verkleinen van de sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV) mag in de definitie niet ontbreken, aldus de auteurs.

De openbare of publieke gezondheidszorg omvat, in ieder geval in Nederland en veel andere landen van de Westerse wereld, momenteel een scala aan activiteiten. Naast de bestrijding van infectieziekten behoren ook bevolkingsonderzoeken en maatregelen om ongezond gedrag te ontmoedigen ertoe. Er bestaat naast een smalle

52 Dit komt bijna overeen met de definitie van het Platform Openbare Gezondheidszorg in 2000: 'openbare gezondheidszorg bevat die delen van de gezondheidszorg en het openbaar bestuur die zich doelbewust richten op de ziektepreventie en de bescherming en de bevordering van de volksgezondheid'. Uit: TK, Brief van de minister van VWS Els Borst over de openbare gezondheidszorg, Den Haag 17 maart 2000.

definitie (die puur de overheidstaken rond de public health omvat) inmiddels ook een ruimere visie op de openbare gezondheidszorg, die middels integraal beleid en de gehele gezondheidszorg includeert en bijvoorbeeld ook het welzijnswerk en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) als onderdeel ervan ziet (zie Van Noord, 2016).⁵³ De uitvoering van de publieke gezondheidszorg vindt deels binnen andere sectoren van de gezondheidszorg plaats, maar ook buiten de zorg.

3.6. Sociaal werk, sociale gelijkheid en mensenrechten, sociale basis en het sociaal domein

Hieronder wordt een aantal begrippen verhelderd en worden enkele discussies aangestipt, die speciaal rond preventie in het sociaal werk en het sociaal domein van belang zijn. Ik geef eerst een definitie van *sociaal werk* en ga vervolgens dieper in op een aantal begrippen en kwesties die regelmatig terugkeren als het over preventie gaat, namelijk *sociale complexiteit en kwetsbaarheid*, de kwestie van *mensenrechten als sociale constructie* binnen het sociaal werk, de begrippen *empowerment en veerkracht* en de relatie tot het *sociaal, cultureel en economisch kapitaal*, de mate waarin en de wijze waarop het sociaal werk een *politiserende functie* heeft en tot slot de begrippen *sociaal domein* en de *sociale basis(infrastructuur)*.

Sociaal werk

In een beknopte overzichtspublicatie over sociaal werk, brengen Holland en Scourfield (2015) een korte definitie van het sociaal werk in herinnering: “social work is a community-based response to social need” (p. 2). Hoewel deze definitie erg breed is volgens de auteurs en het woord preventie er niet in voorkomt, geeft onderstaande toevoeging goed aan dat sociaal werkers zich op *community* niveau bezig houden met sociaal leed als gevolg van sociale ongelijkheid die met name kwetsbare groepen raakt: “the victims of poverty, illness, addiction and abuse (as well as abusers)”. Sociaal werkers opereren in de ruimte tussen de staat, de armen en gemarginaliseerden (ibid., p. 2). Ook de ‘community-based response’ spreekt boekdelen. Al gaat het bij sociaal werk vaak ook om individuele hulp, er is altijd aandacht voor de bredere sociale omgeving, voor het welzijn van individu én samenleving.

53 In dit proefschrift maak ik steeds een onderscheid tussen de publieke gezondheidszorg (de smalle definitie) en het welzijnswerk en de Wmo (en andere decentralisatiewetten zoals de Participatiewet en de wet op de Jeugdzorg).

De internationaal erkende definitie van de Internationale Federatie Social Work (IFSW) luidt:

Sociaal werk is een op de praktijk gebaseerd beroep dat sociale verandering en ontwikkeling, sociale cohesie, empowerment en bevrijding van mensen bevordert. Daarnaast is sociaal werk een academische discipline die sociaal werk onderzoekt en bijdraagt aan inzichten in en wijzen van werken voor sociaal werk. Principes van sociale rechtvaardigheid, mensenrechten, collectieve verantwoordelijkheid en respect voor diversiteit staan centraal in sociaal werk. Ondersteund door theorieën over sociaal werk, sociale wetenschappen, geesteswetenschappen en plaatselijke - en culturele ervaringskennis, betreft sociaal werk mensen en structuren bij het aanpakken van uitdagingen in het leven en het bevorderen van het welzijn. (uit: BPSW, 2022, p. 14)

Deze definitie wordt tegenwoordig vaak ingekort tot: “Sociaal werk bevordert het sociaal functioneren van (kwetsbare) mensen, groepen en gemeenschappen in complexe omgevingen en in wisselwerking met die omgevingen.” (uit het meest recente Beroepsprofiel van de sociaal werker, BPSW, 2022, p. 15). De kern van het werk is “het begeleiden van mensen, groepen en gemeenschappen in sociaal functioneren, en aandacht voor maatschappelijke structuren die dat mogelijk of onmogelijk maken.” (ibid., p. 2)

De veelzijdigheid van het sociaal werk toont zich in haar vele verschijningsvormen, methoden en overeenkomstige functienamen, zoals het sociaal maatschappelijk werk, het opbouwwerk, jeugd- en jongerenwerk, ‘*streetcorner*’ werk, ouderenwerk, sociaal raadsliedenwerk, sociaal pedagogische hulpverlening, cliëntondersteuning en meer (Spierts et al., 2017; Bool, 2013). Naast veelzijdig is het sociaal werk echter ook versnipperd. Dat heeft nadelen, bijvoorbeeld voor de aansturing en de identiteit van het werk (Scholte, 2018; Le Sage 2022). De laatste jaren is er daarom veel aandacht voor de brede basis van het sociaal werk en de generalistische werkwijze (Sprinkhuizen & Scholte, 2017). Deze aandacht en beweging heeft in 2022 geresulteerd in een breed beroepsprofiel van de sociaal werker (BPSW, 2022)⁵⁴. De ‘brede basis’ van het sociaal werk heeft betrekking op de veelheid aan methodische werkwijze, posities en professionele rollen en functies. Die werkwijzen, posities en rollen worden geplaatst op twee dimensies: van *individueel* naar *collectief* enerzijds en van *hulpverlening en ondersteuning* naar *activering en participatie* anderzijds (zie Figuur 3.2). Generalistisch werken wordt hier opgevat als ‘een dynamische invulling van de brede basis van het sociaal werk’ en ‘het vermogen van de professionals om zich, afhankelijk van wat hij of zij tegenkomt in de praktijk, tussen de kwadranten te bewegen’ (p. 100).

54 Zie ook het advies voor de hogere agogische beroepen van de Sectorraad Hoger Sociaal Agogisch Onderwijs: Vele takken, één stam

Sociale gelijkheid

Sociaal werk wordt ook vaak in verband gebracht met waarden als sociale gelijkheid, sociale gelijkwaardigheid ('social equity' en 'social equality'). Waar het dan meestal om gaat is dat sociaal en publiek beleid (en politieke keuzes) bijdragen aan sociale rechtvaardigheid en dat mensen als 'gelijken' worden behandeld. Op de website van de National Academy of Public Administration⁵⁵ wordt social equity als volgt gedefinieerd:

the fair, just and equitable management of all institutions serving the public directly or by contract; and the fair and equitable distribution of public services, and implementation of public policy; and the commitment to promote fairness, justice and equity in the formation of public policy.

Figuur 3.2

Kwadrant generalistisch werken



Bron: figuur overgenomen uit Scholte & Sprinkhuizen, 2017 in Spierts et al., 2017.

Handelen vanuit sociale gelijkheid en sociale gelijkwaardigheid in het sociaal werk betekent dat respect voor de mensenrechten leidraad zijn bij het handelen. Voor sociale professionals betekent dit dat zij zich bewust zijn van situaties waar bijvoorbeeld discriminatie op basis van verschillen tussen mensen (op basis van geslacht, gender of afkomst) een rol speelt. Zij handelen dusdanig dat de gelijkheid wordt gediend en negatieve gevolgen van discriminatie zo goed als mogelijk is worden voorkomen. Reynaert en coauteurs (2023) benadrukken dat waarden als sociale gelijkheid, net als bijvoorbeeld 'vrijheid' of 'solidariteit' in verschillende contexten anders worden ingevuld. Het handelen volgens deze waarden vraagt dus altijd om discussie en dialoog.

55 Zie <https://unitedwaynca.org/blog/what-is-social-equity/>

Dat neemt niet weg dat het respecteren van de mensenrechten een grondrecht is (zie het volgende punt).

Mensenrechten als sociale constructie

Nachtergaele (2018) beschrijft hoe het sociaal werk in de loop van de jaren een paradigmashift heeft ondergaan. Waar het sociaal werk vroeger gericht was op het voorkomen, herstellen of compenseren van de sociale tekortkomingen van mensen (volgens het medisch model, zie H. 4) werd het later gericht op het versterken van de kansen, mogelijkheden en kracht van mensen (sociaal model). Vanaf de erkenning van de mensenrechten in de Universele Verklaring voor de Rechten van Mens (1948) werden overheden verantwoordelijk om “mogelijkheden en voorwaarden te creëren die toelaten dat elke burger een menswaardig bestaan kan uitbouwen” (Nachtergaele, 2018, p. 21). Niet alleen immateriële doelen als emancipatie en participatie kwamen in beeld, maar ook inzet op het realiseren van voldoende materiele bestaansvoorwaarden (zoals een dak boven je hoofd, verbetering van de fysieke omgeving) ter ondersteuning van de menselijke vermogens. In plaats van een ‘gunst’ dankbaar in ontvangst te nemen konden mensen vanaf die tijd aanspraak maken op hun rechten. De mensenrechten fungeren in het sociaal werk daarna als ijkpunten voor professioneel handelen.

Het Sociaal Werk, haar werkwijze en interventies, ontwikkelden zich vanaf die tijd binnen een sociaal model (zie H. 4), met inachtneming van de menselijke waardigheid, sociale gelijkheid en sociale rechtvaardigheid als centrale waarden. De paternalistische visie die lange tijd het sociaal werk had gekleurd verdween volgens Nachtergaele (2018) na verloop van tijd naar de achtergrond. Benadrukt wordt dat in het sociaal werk momenteel sprake is van een hybride mix waarbij ‘oude’ en ‘nieuwe’ opvattingen (een kruising van het gunst-denken en mensenrechten-denken) elkaar afwisselen en waar een aanbod gestuurde praktijk door een vraaggerichte praktijk is vervangen. Het recht op zelfbeschikking en mede-actorschap van de gebruiker staat daarbij centraal.

Sociale kwetsbaarheid en sociale complexiteit

Het sociaal werk werkt met en voor mensen die om een of andere reden (tijdelijk) sociaal kwetsbaar zijn. Volgens Van Ewijk, emeritus hoogleraar Grondslagen van Maatschappelijk Werk bij de Universiteit van Humanistiek, verwijst sociale kwetsbaarheid in den brede naar een verstoorde interactie tussen het individu en zijn (complexe) omgeving (Van Ewijk, 2014). Het gaat volgens Van Ewijk om mensen die “geblokkeerd raken in hun ontwikkeling [...], verward raken in hun eigen leven en [hun leven] geen richting kunnen geven” (p. 12).

Aan de basis van sociale kwetsbaarheid liggen in de meeste gevallen het onvermogen tot *zelfverwerkelijking*, een *verstoorde sociale inbedding* en een gebrek aan *zelfwerkzaamheid*. Dit laatste beschrijft Van Ewijk als het “vermogen om je zelf ter hand te nemen en in te grijpen in de wereld om je heen”. Zelfwerkzaamheid onderscheidt hij nadrukkelijk van *zelfredzaamheid* dat overigens ook in het sociaal domein gebruikt

wordt.⁵⁶ Zelfwerkzaamheid verwijst volgens Van Ewijk naar een diepere laag dan zelfredzaamheid. Waar zelfredzaamheid verwijst naar de mate waarop mensen in het dagelijks leven kunnen functioneren, verwijst zelfwerkzaamheid naar “het vermogen het eigen leven vorm te geven” (p. 125). *Sociaal vermogen* definieert hij dan ook als “het vermogen om zichzelf te positioneren, te profileren en te verbinden in wisselende gezelschappen” (p. 13). Mensen die sociaal kwetsbaar zijn balanceren in het leven op het randje en kunnen zich vaak ‘net niet’ of ‘net wel’ staande houden (Van Ewijk, 2014, p. 12).

Van Ewijk (2014) stelt dat sociale kwetsbaarheid te maken heeft met de steeds complexer wordende samenleving. De samenleving is veranderd van *plaatsgevend* naar *plaatszoekend*: mensen moeten voor zichzelf een plek verwerven, zowel op de arbeidsmarkt als in het brede sociaal domein, waar ook wonen en vrije tijd onder vallen (p. 19). Naar Edgar Morin (2008) spreekt Van Ewijk (p. 138) over sociale complexiteit als “een geheel van patronen, delen en chaotische situaties”. Echter: “chaotische, veelvormige problematische situaties moeten vertaald worden naar te managen problemen” (p. 130), zo stelt hij naar Donald Schön (1983; 2013). In dit kader introduceert Van Ewijk twee belangrijke begrippen, namelijk *adaptatie* en *accommodatie*. Adaptatie omschrijft hij als “het vermogen zich snel en makkelijk aan te passen.” (p. 21). Echter, stelt Van Ewijk, de keerzijde daarvan is oppervlakkigheid. Mensen moeten er dan ook voor waken “geen speelbal van aanpassingen te worden”, in een samenleving die telkens weer een beroep doet op dat vermogen. Daarom introduceert hij ‘accommodatie’ als een belangrijk tegenbegrip. Onder accommodatie verstaat hij “het vermogen om waarden, opvattingen en gedragingen ook te laten beklijven, in te bedden of nog een slag verder, te belichamen.” (ibid.). Mensen hebben vaak hulp en ondersteuning van professionals of belangrijke anderen in hun leven nodig bij dit proces van aanpassing en accommodatie. Het is daarbij van belang dat mensen daarbij “een eigen stevigheid en koers ontwikkelen” (ibid.).

Empowerment als centraal begrip: doel en proces

Empowerment is al sinds jaren een – vanuit de ontwikkelingssamenwerking afkomstig – praktijk-theoretisch concept binnen de sociale psychologie en in het sociaal werk. De term vindt overigens ook buiten het sociaal werk en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) gehoor, zoals bij de public health of in de verpleging. Empowerment wordt door Van Regenmortel⁵⁷ gedefinieerd als: “een proces van versterking, waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving en dit via het verwerven van controle, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie” (Van Regenmortel, 2010, p. 23). Deze definitie raakt de

56 Zelfredzaamheid slaat letterlijk op ‘jezelf kunnen redden’ in het dagelijks leven zonder hulp en ondersteuning van anderen. In het sociaal domein is de term ‘samen-redzaam’ nu in zwang.

57 Sinds 2008 lector ‘Empowerment en maatschappelijk kwetsbare groepen’ aan de Fontys Hogeschool te Eindhoven.

definitie van Tengland (2008) en vult deze aan. Tengland omschrijft ‘empowerment’ als een *doel* en een *proces* en stelt bij dat laatste de professionele relatie centraal:

Empowerment as a goal is to have control over the determinants of one’s quality of life, and empowerment as a process is to create a professional relation where the client or community takes control over the change process, determining both the goals of this process and the means to use. (p.77)

Volgens zowel Tengland als Van Regenmortel is ‘empowerment’ een verbindend kader dat zich leent voor verschillende kwetsbare groepen, verschillende contexten, werkvelden en sectoren. Als gelaagd concept ontstijgt empowerment het individuele niveau en vraagt het om doorvertaling op onder meer het groeps- en buurtniveau, op organisatieniveau, op diverse (politieke) beleidsniveaus en op het niveau van de brede samenleving (Van Regenmortel, 2010; Tengland, 2008). Het gaat volgens Van Regenmortel niet alleen om krachten van mensen, maar ook om beschikbare hulp- en steunbronnen uit de omgeving en de vaardigheden om deze te verwezenlijken of te kunnen hanteren. Hierbij valt de gelijkenis met de *capability benadering* van Nussbaum op. Participatie van mensen is een kernelement van empowerment; geen doel op zichzelf, maar een proces om meer greep te krijgen op de eigen omstandigheden. Empowerment gaat ook over het aanspreken van ‘de macht’ en over politiserend handelen van professionals en de burger in het politieke domein. Volgens de onderzoeker Boumans is empowerment het proces van toenemende kracht én toenemende *macht* (Boumans, 2012).

Het doel en het proces van empowerment impliceert dat met een ‘bepaalde bril’ naar kwetsbare groepen wordt gekeken, stelt Van Regenmortel (2010). Hier staat het vertrouwen in hun (veer)kracht (zie volgend punt) en mogelijkheden en het reflecteren en anticiperen op hun behoeften centraal. In relatie tot empowerment definieert Tengland (2008) ook andere begrippen als: autonomie, zelfvertrouwen (‘self-confidence’), zelfwaardering (‘self-esteem’) en zelfeffectiviteit (‘self-efficacy’).⁵⁸ Deze begrippen kom je zowel in de public health als binnen het sociaal werk vaak tegen. Deze begrippen hebben een sterke relatie met mentale gezondheid. De invulling en waarde ervan is echter sterk afhankelijk van de socioculturele context en de daar geldende waarden (Green et al., 2015). Zo definieert Tengland (2008) autonomie als “Autonomy will here mean to have (the second order) ability to reflect critically on and to choose what preferences, desires and wishes to hold and to pursue” (p. 84). Zelfwaardering wordt gezien als:

58 Zelf-effectiviteit is een veel gehanteerde vertaling van self-efficacy. Toch komen in dit boek ook andere vertalingen voor, zoals zelfwerkzaamheid (zie Van Ewijk). Van Ewijk spreekt ook over zelfverwerkelijking (‘self-realisation’, zie ook H. 4 en 11, par. 11.4.2).

An attitude towards one's own holistic self, i.e., how one values oneself as an individual. Self-confidence has to do with a belief about one's general capacity to handle situations and tasks in life (ibid.), while self-efficacy has to do with an individual's beliefs about her own capacity to handle specific situations or tasks in life. (p. 87)

Veerkracht

Het hierboven genoemde begrip *veerkracht* wordt vaak in verband gebracht met empowerment, mede in relatie tot kwetsbare individuen, groepen en gemeenschappen. Veerkracht wordt in de literatuur vaak gezien als een systemische of individuele eigenschap. Het begrip slaat letterlijk op 'weer opveren' en verwijst oorspronkelijk naar het herstel van een (eco)systeem naar dezelfde staat nadat het evenwicht is verstoord (Holling, 1973 in Folke, 2016). Tegenwoordig wordt niet alleen herstel van evenwicht maar ook (sociale of psychologische) verandering als onderdeel van veerkracht gezien, waarmee meer nadruk wordt gelegd op het aanpassings- en transformatievermogen van zowel mensen als van gemeenschappen en de omgeving (ibid.). Het idee dat veerkracht aanpassingsvermogen en het vermogen tot verandering of transformatie (social change) integreert vormt de kern van 'resilience thinking' of veerkracht-denken. De focus ligt dan niet op het herstel van stabiliteit, maar op flexibiliteit en de omgang of reactie op complexiteit en onzekerheid, dat wil zeggen: "true uncertainty and the unexpected, the unknown unknowns" (Folke, 2016, pp. 4-11; Folke, et al., 2010; Folke 2016; cf. Kaulingfreks et al., 2021, p. 15). Veel discussies in de theorie over veerkracht gaan over of het een genetische component heeft en een persoonlijkheidskenmerk is of dat het vooral te maken heeft met positieve en beschermende factoren in de sociale en fysieke omgeving. Earvolino-Ramirez (2007, in Kaulingfreks et al., 2021) benoemen vijf (individuele) factoren als de 'defining characteristics' omdat deze in een groot aantal onderzoeken terug te vinden waren. Dit zijn: 1. High expectancy/self-determination, 2. Positive relationships/social support, 3. Flexibility, 4. Sense of humor en 5. Self-esteem/self-efficacy (p. 11). Uit deze analyse blijkt dat zowel kenmerken van de persoon in kwestie als van de directe omgeving veerkracht te beïnvloeden.

Andere auteurs koppelen veerkracht ook aan de 'sociaalecologische' en 'duurzame' ontwikkeling op mondiaal niveau en aan 'ecologische rechtvaardigheid', waarbij het om "een rechtvaardige verdeling van de toegang tot [in principe gelimiteerde] hulpgoederen gaat, een verdeling van wat de aarde reëel te bieden heeft." (Peeters, 2010, pp. 23, 24). Volgens Peeters is het nodig te investeren in 'veerkrachtige' gemeenschappen en netwerken' om "de strijd te kunnen aangaan voor een meer rechtvaardige en leefbare wereld" (ibid. p. 15). Hij doelt daarbij vooral op de snel veranderende wereld, waar de ecologische crisis en de groeiende kloof tussen rijk en arm tot veel problemen leidt en veel mensen zorgen baart. Het sociaal werk heeft volgens Peeters een belangrijke politieke opdracht ter bescherming van het welzijn van de meest kwetsbare groepen.

Sociaal, cultureel en economisch kapitaal

Dicht bij het doel en de invulling van empowerment liggen ook begrippen als sociaal, cultureel en economische kapitaal (Bourdieu, 1984, 1989; cf. Putnam, 2000). Sociaal kapitaal wordt gezien als het totaal aan hulpmiddelen dat beschikbaar is voor (individuele) personen in een gemeenschap om de sociale organisatie vorm te geven. Belangrijke elementen van sociaal kapitaal zijn sociale relaties, groepslidmaatschap, formele en informele sociale netwerken, gedeelde normen, vertrouwen, wederkerigheid en inzet voor de gemeenschap. Deze hulpmiddelen vinden hun voedingsbodem in bijvoorbeeld gemeenschapsactiviteiten, sociale steun en participatie. Cultureel kapitaal gaat meer over normen en waarden, gewoonten en gebruiken (denk aan manieren van converseren, eten, kleden en wonen) die bij een bepaalde laag van de bevolking ('volksklasse') horen.

Putnam bracht in 2000 onderscheid aan tussen twee soorten sociaal kapitaal, namelijk *bonding* (verbindend) en *bridging* (overbruggend) sociaal kapitaal. Waar verbindend sociaal kapitaal mensen helpt om wederkerigheid en solidariteit in een gemeenschap te bevorderen (en mensen kansen biedt binnen de gemeenschap) zorgt overbruggend sociaal kapitaal (te onderscheiden in horizontaal en verticaal overbruggend sociaal kapitaal)⁵⁹ ervoor dat mensen zich kunnen ontwikkelen en kunnen doorgroeien en daarmee hun eigen (sociale) groep of klasse kunnen overstijgen. Vooral zwakke verbindingen met veel mensen kunnen de 'brug' naar helpende netwerken versterken, zo constateerde Granovetter al in 1983. Empowerment zou dan ook het doel hebben niet alleen dit (sociaal) kapitaal van mensen te versterken, maar ook ervoor te zorgen dat mensen dit kapitaal kunnen gebruiken of aanwenden voor hun eigen ontwikkeling en welzijn. Voor het dagelijks leven betekent dit dat zij meer keuzemogelijkheden hebben en niet alleen de 'keuze van de noodzaak'.⁶⁰

Politisierend sociaal werk

Heeft het sociaal werk daadwerkelijk de taak om zich bezig te houden met sociale verandering ('social change') in de zin van achterstandsbestrijding of (sterker nog) om *de barricaden op te gaan* om onrecht aan te pakken? Over deze vraag zijn de meningen verdeeld. Sommigen, zoals Van Ewijk, vinden dat sociale professionals wel degelijk kritisch moeten zijn, maar vooral de focus moeten leggen op het activeren en inbedden van mensen die in de samenleving 'dolend, vastgelopen, genegeerd, mishandeld of

59 Door andere auteurs is later een onderscheid gemaakt tussen horizontaal overbruggend kapitaal (bridging capital) en verticaal overbruggend kapitaal (linking capital). Bij horizontaal overbruggend kapitaal overbruggen mensen de scheidslijnen tussen groepen op min of meer hetzelfde niveau, terwijl ze bij verticaal overbruggend kapitaal ook makkelijk toegang hebben tot gezagsdragers en mensen met macht die toegang geven tot noodzakelijke hulpgoederen: "linking ties help residents access key public goods from elected officials and instill trust in government" (Aldrich, 2014, p. 3). Zie ook de theorie van Granovetter "The strength of weak ties" (1983) waar ik in H. 14 op terug kom.

60 Zie ook de tekst over Bourdieu van Annie Ernaux in Edouard Lois, 2018 en zie Louis, 2022. Louis doet in deze publicatie verslag van de enorme inspanningen die hij heeft getoond om zijn afkomst uit een arbeidersmilieu uit Noord-Frankrijk te verbloemen en overstijgen.

ontspoord zijn' (Van Ewijk, 2010, 2013, 2016). Daarbij zal in acht genomen moeten worden dat niet alleen mensen zich moeten aanpassen aan de samenleving, maar ook andersom. Er dient sprake te zijn van een goede wisselwerking tussen het individu en de omgeving. Immers, de schuld van problemen eenzijdig bij cliënten leggen werkt *victim blaming* in de hand. Andersom kan er echter ook sprake zijn van slachtofferschap als alle schuld steeds bij de omgeving wordt gelegd als een vorm van *system blaming* (zie ook Spierts, 2017, p. 38). Anderen daarentegen vinden dat sociaal werkers onrecht, zoals armoede en ongeletterdheid, wel degelijk aan de kaak moesten stellen. Scholte (2018) bijvoorbeeld heeft het daarbij over 'sociale actie nieuwe stijl' en over 'structuraliseren' waarbij structurele oorzaken op het niveau van de samenleving worden aangepakt. (zie ook H. 4). Dit kan op een radicale manier ('de barricaden op') maar ook met behulp van dialoog. De Brabander en collega's (2021) hebben het over een 'gevoelde noodzaak' tot sociaal 'weerwerk' vanwege de vaak beperkende omstandigheden waarin sociaal werkers hun werk moeten doen. Het sociaal werk zou anders gereduceerd zijn tot het uitvoeren van het overheidsbeleid.

Sociaal domein

Het sociaal domein verwijst naar een beleidsterrein van gemeenten en de nationale overheid waar sociaal beleid ontwikkeld en uitgevoerd wordt. In 2016 hanteert het SCP twee definities voor het sociaal domein, een enge en een ruime. Zie de duiding en afbakening van ruime en enge definitie van het sociaal domein in Tabel 3.2 (SCP, 2016, p. 24). In 2020 geeft het SCP aan een brede definitie te prefereren vanwege de noodzaak te 'ontschotten' (SCP, 2020). Dit proefschrift volgt de brede definitie, maar met deze kanttekening dat de publieke gezondheidszorg als 'apart' van het sociaal domein wordt beschouwd. Dit is nodig om een – voor dit proefschrift - noodzakelijk onderscheid te kunnen maken in de preventieve opdracht in beide domeinen.

Tabel 3.2

Afbakening van het sociaal domein

	Onderwijs	Inkomen	Zorg
Ruime definitie	Handhaving leerplicht vroegtijdig schoolverlaten leerlingenvervoer voorschoolse educatie onderwijsachterstand	Schuldhelpverlening	Publieke gezondheidszorg jeugdgezondheidszorg (WPG)
Enge definitie	Jeugdwet	Participatiewet	WMO
algemeen	Preventief jeugdbeleid	Arbeidsparticipatie	Algemene voorzieningen
individueel	Jeugdhulp vrijwillig kader jeugdhulp gedwongen kader	Bijstand re-integratie voorzieningen	Voorzieningen op maat

Tabel overgenomen uit: SCP, Overall rapportage Sociaal Domein 2015, 2016, p. 24.

Sociale basis

In het sociaal domein zijn tal van diensten en voorzieningen aanwezig om mensen te ondersteunen en te helpen bij de opgaven van het dagelijks leven. Als het goed is hebben mensen die diensten of hulpbronnen tijdelijk nodig om daarna weer versterkt verder te kunnen (Memorie van Toelichting WMO, VWS 2014). Verharen (2019, p. 1) omschrijft dit als de *sociale basis*, die ze de volgende definitie meegeeft: “het geheel aan informele en formele diensten, voorzieningen en relaties in de leefomgeving van mensen die er aan bijdragen dat mensen tot hun recht komen en kunnen floreren.” Volgens Engbersen & Sprinkhuizen (2022) bestaat er geen gezaghebbende definitie van de *sociale basis* maar verwijst het begrip in haar oorsprong naar de sociale infrastructuur (cf. Van Pelt & Repetur, 2018). Het Verwey-Jonker Instituut beaamt dit. Gemeenten kunnen een eigen invulling aan de sociale basis geven en doen dit ook, zo constateerden zij. Wel onderscheidt het Verwey-Jonker Instituut drie kerncomponenten in de sociale basis (Britt et al., 2022, p. 7; cf. Deuten & Kwakernaak, 2023):

1. de persoonlijke basis; de inwoner en diens eigen netwerk;
2. de gemeenschappelijke basis: Inwoners maken deel uit van gemeenschappen. (levensbeschouwelijk of anderszins): van formele netwerken (zoals verenigingen, clubs) en informele verbanden (zonder formele status);
3. de institutionele basis: collectieve / vrij-toegankelijke voorzieningen, vrijwilligerssteunpunten, mantelzorg-ondersteuning (e.d.) en betaalde krachten (sociaal werkers zoals opbouwwerkers, jeugd- en jongerenwerk). Onder de institutionele basis worden ook fysieke plekken (zoals parken en pleinen) en gebouwen gerekend.

De focus ligt bij de sociale basis meestal iets meer bij de mensen dan bij de (harde) infrastructuur. Dat heeft onder andere te maken met het feit dat de centrale instituties van de verzorgingsstaat, zoals het sociaal beleid, de sociale zekerheid, het onderwijs en de arbeidsmarkt niet meer adequaat functioneren, stellen Engbersen en Sprinkhuizen. Het begrip sociale basis suggereert *nabijheid* en gaat over de directe leefomgeving van mensen en datgene wat mensen nodig hebben in het dagelijks leven om te kunnen functioneren. Zelf pleiten Engbersen & Sprinkhuizen voor een definitie van de sociale basis “als infrastructureel fundament voor het sociaal functioneren van wijken, buurten en dorpen.” (p. 16, zie ook H. 14). Het gaat in deze benadering om “het geheel aan vrij toegankelijke activiteiten en voorzieningen, zowel formeel als informeel” (ibid.).

Ook het ministerie van VWS ziet inmiddels het belang van de sociale basis wat ze definieert als ‘een combinatie van burgerinitiatieven, vrijwilligersorganisaties, ondersteuning aan mantelzorgers professionele organisaties en ondersteuning van kwetsbare doelgroepen.’ (VWS, 2022, p. 6). De preventieve sociale basis is inmiddels aangrijpingspunt voor sociaal beleid blijkt uit deze frase uit de kamerbrief van het ministerie van VWS over de toekomst van de Wmo (2022, p. 6).

De sociale basisvoorzieningen raken aan alle aspecten van het dagelijkse leven: ontmoeting, onderwijs, opvoeding, werk, gezondheid, wonen, bewegen, cultuur en veiligheid. Daarmee heeft de sociale basis een intrinsieke waarde op zichzelf. Daarnaast heeft een sterke sociale basis ook nog eens een preventieve werking. Er zit ook een (meer) fysiek aspect aan dit aanbod. Denk aan sportfaciliteiten in de wijk, een speeltuin of voldoende bankjes om samen plaats te nemen.

3.7. Normatieve professionalisering

In het licht van preventie met het oog op het bevorderen van een ‘goed leven’ van mensen mag in dit hoofdstuk aandacht voor de betekenis van *normatieve professionalisering* niet ontbreken. In het voorwoord van het boek *Praktijken van normatieve professionalisering* (Van Ewijk & Kunneman, 2013) wordt het concept globaal omschreven als: “een reflexieve, onderzoekende en lerende, omgang met verschillende vormen van normativiteit – persoonlijk, relationeel, epistemologisch, organisatorisch en moreel-politiek – die in alle vormen van professioneel handelen werkzaam zijn.” In de bundel *Goed Werk* wordt normatieve professionalisering, citerend uit het Onderzoeksprogramma van de Universiteit voor Humanistiek 2005-2010, door Jacobs en coauteurs in 2008 (p. 12) omschreven als:

De bewustwording van het krachtenveld van verschillende normen (maatschappelijk-organisatorische, professionele en persoonlijke) [...] waarin de professional zich bevindt en het zoeken naar de juiste rechtvaardigingsgrond voor het professionele handelen, die per situatie kan verschillen en om een afweging (vooraf, tijdens en achteraf) vraagt.

De normatieve professionalisering vindt haar oorsprong in kritische humanistische tradities, waarin veel aandacht is voor reflectief handelen, ethiek en maatschappelijke betrokkenheid (Jacobs, 2008; Van Ewijk & Kunneman, 2013). Volgens Kunneman, een van de grondleggers van de normatieve professionalisering, draait de theorie en praktijk van de normatieve professionalisering om twee kerninzichten: 1) het idee dat al het professionele handelen door – gelaagde – normen wordt bepaald. Deze normen hangen samen met het beroep, de organisatie waarvoor je werkt en de maatschappelijke positie van een organisatie en 2) dat in al het professioneel handelen de eigen persoon en de eigen normativiteit van de professional resoneert (Robbesom, 2017, p. 21).

Normatieve professionalisering verwijst naar het proces van het erkennen van de normen en naar de manier waarop professionals zich, via werkende leerprocessen, verhouden tot de morele en ethische kwesties en waarden die - tijdens de uitvoering van het werk in een complexe en snel veranderende omgeving - op het spel staan. Dit proces vraagt om voortdurende (zelf)reflectie en dialoog maar soms ook om 'waardig strijden' (zie verder H. 4 & 14). Professioneel handelen roept namelijk altijd ('trage') vragen op, zoals: handel ik nu in overeenkomst met de normen van mijn professie, die van mijzelf en die van de cliënt of patiënt in kwestie? (cf. Smaling in Jacobs, 2008). Of in Kunnemans woorden: deugt het werk dat ik doe? En voor wie dan? '*Goed werk*' betekent werk dat 'deugt en deugd doet' en vraagt vooral om aandacht voor de relationele aspecten van het werk dat is gericht op het bevorderen van een 'goed leven', met en voor anderen in een rechtvaardige samenleving met rechtvaardige instituties (Kunneman, 2013; 2017; Robbesom, 2017; Jacobs, 2009, zie ook H. 12).

3.8. Conclusie

In dit hoofdstuk valt op dat het begrippenarsenaal rond preventie in de publieke gezondheidzorg en het sociaal werk enerzijds verschilt en anderzijds veel overlap vertoont. De verschillen zijn subtiel en zitten in het gebruikte vocabulaire, in doelen of wat voorop staat (gezondheid, welzijn of kwaliteit van leven) in het werk, de aangrijpingspunten voor verandering en in methoden van werken. In de definities rond preventie in de public health staat het ziekteperspectief bij gezondheid en het voorkomen van vermijdbare (gezondheid)problemen bij individuen en populaties centraal. In de definities van het sociaal werk valt op dat er niet alleen naar de problemen van mensen wordt gekeken. Het gaat ook of zelfs eerder om het bevorderen van de kracht van individuen, groepen en gemeenschappen. Het benutten van kansen en mogelijkheden en het versterken van de verbindende vermogens van gemeenschappen zijn het primair aangrijpingspunt voor preventie.

Veel begrippen en definities verwijzen soms terloops en soms direct naar wenselijke eigenschappen en vermogens van individuen. Wel is een ontwikkeling zichtbaar dat er meer naar eigenschappen van groepen en gemeenschappen en de samenleving als geheel wordt gekeken. Niet alleen individuen maar ook groepen en gemeenschappen

worden geacht veerkrachtig en flexibel te zijn, zelfredzaam ('samen-redzaam') of zelfwerkzaam te zijn en over aanpassingsvermogen te beschikken. Ondanks subtiele taalverschillen gaan achter de begrippen vaak andere werelden schuil. Het verschil tussen *zelfredzaam* (jezelf redden in het dagelijks leven) en *zelfwerkzaam* zijn (vorm kunnen geven aan je leven, greep hebben op je levensomstandigheden) is bijvoorbeeld groot.

Naast de verschillen in begrippen, definities en aangrijpingspunten vallen ook de raakvlakken en overeenkomsten op. Zeker nu begrippen als gezondheid, welzijn, kwaliteit van leven en brede welvaart de afgelopen decennia sterk zijn verbreed en naar elkaar zijn toegegroeid. De termen 'capability', 'ability', 'self-efficacy', 'zelfwerkzaamheid' 'empowerment' en 'veerkracht' gaan in wezen allen over invloed hebben op de determinanten van gezondheid, welzijn en kwaliteit van leven en het krijgen van grip op of (of heroveren van) controle op het eigen leven en het handelingen daarbinnen. Kijk je scherp naar de definities dan verwijst 'empowerment' (zie Tengel en Van Regenmortel) naar bijna hetzelfde doel en proces als dat gezondheidsbevordering beoogt ('grip krijgen op de determinanten van welzijn en gezondheid'). Naast 'gezondheid', 'grip' of 'controle' als een toestand gaat het hierbij vooral om het proces, waarbij inherent wordt erkent dat optimale gezondheid of volledige controle niet mogelijk is. Dit geldt zonder meer voor de levens van kwetsbare mensen of in tijden van crisis wanneer onzekerheid en chaos troef zijn.

De normatieve professionalisering heeft aanvullend betrekking op het uitvoeringsproces bij preventie en biedt dan ook een verdiepend perspectief indien er sprake is van een hoge mate van onzekerheid en 'complexiteit' in de levensomstandigheden van mensen. Normatieve professionalisering verwijst naar de reflectieve houding van professionals die nodig is om 'goed werk' te leveren en naar het (leer)proces om samen met cliënten en kwetsbare personen binnen gemeenschappen te werken aan een goed leven in een rechtvaardige samenleving.

Bovengenoemde definities en terminologie over en rond preventie vormen de lijst 'attenderende begrippen' waarmee ik dit onderzoek voortzet. In de komende hoofdstukken krijgen de begrippen nadere invulling en betekenis binnen specifieke contexten en discoursen. Ook komen er nog een aantal begrippen bij. In hoofdstuk 4 wordt allereerst aandacht besteedt aan de theorie achter preventie als het om gezondheid, welzijn en het leven van een 'goed leven' gaat. In bijlage 15.1 wordt een aantal van deze begrippen op een rijtje gezet en met elkaar vergeleken. Het besef en het erkennen van de overlap en de raakvlakken tussen de begrippen is één van de bevindingen van dit proefschrift en draagt bij aan het beantwoorden van de deelvragen en hoofdvraagstelling.

4. Theoretisch referentiekader en kennisbronnen

What is 'true' for a tick is not necessarily 'true' for a horse.

Giampietro, 2012, p. 69

4.1. Inleiding, theoretische bronnen voor dit onderzoek en leeswijzer

Preventie is bepaald geen onontgonnen gebied. In hoofdstuk 3 heb ik verschillende definities behandeld van veel gebruikte begrippen in dit onderzoek en heb ik aandacht gegeven aan enkele relevante discussies die rond de invulling van preventie door verschillende gezondheids- en sociale wetenschappers (public health en sociaal werk) zijn gevoerd. Uit die discussies blijkt dat er sprake is van overlap tussen begrippen en dat het veel uitmaakt vanuit welk perspectief je naar bepaalde ontwikkelingen en begrippen kijkt. In dit hoofdstuk bouw ik voort op de inhoud van hoofdstuk 3 en laat ik op hoofdlijnen zien welke theoretische kennisbronnen en modellen zijn gebruikt voor de beantwoording van de hoofdvraag en deelvragen van dit onderzoek.

Theoretische bronnen voor dit onderzoek

Om mijn hoofdvraag en deelvragen te beantwoorden benader ik preventie vanuit drie invalshoeken. De eerste twee zijn inhoudelijk (praktijk-)theoretische kennisbronnen. De laatste is van ethische (normatieve) en filosofische aard. De doelen liggen bij alle invalshoeken dicht bij elkaar maar zijn net anders.

1. De *preventiewetenschap* is het overkoepelend vertrekpunt of theoretisch referentiekader voor de beantwoording van de deelvragen 1 en 2 en vormt de basis waar ik vervolgens twee andere theoretische invalshoeken voor preventie tegen afzet. Primair doel van de preventiewetenschap is het *bevorderen van de gezondheid* van mensen en het voorkomen van gezondheidsproblemen of ziekte.
2. De *sociaal werk theorie* vormt een aanvullende kennisbron ter beantwoording van de deelvragen 3 en 4 waar in het bijzonder preventie van problemen bij kwetsbare doelgroepen centraal staat. De sociaal werk theorie biedt de mogelijkheid om preventie te onderzoeken vanuit het doel van sociale verandering (*social change*) ter *bevordering van het welzijn en kwaliteit van leven* van mensen, met inachtneming van de condities die daarvoor binnen de samenleving worden geschapen.

3. De *ethiek van preventie in het licht van de normatieve professionalisering* wordt als aanvullende kennisbron ter beantwoording van de deelvragen 3 en 4 ingezet. De ethiek, als onderdeel van de filosofie, kan een handvat bieden daar waar de vele dilemma's, die tijdens het preventiewerk veelvuldig opdoemen, en die het werk uitdagend maken. Naast een algemene introductie op de ethiek van preventie werk ik dit gezichtspunt onder andere uit vanuit een analyse van het '*goed werk*' discours tegen de achtergrond van normatieve professionalisering. Dit discours is gericht op het *bevorderen van een goed leven* voor alle mensen in een breed en ecologisch perspectief.

In dit proefschrift worden bovengenoemde theoretische kennisbronnen simultaan gebruikt. In elk hoofdstuk zal worden aangegeven welke theorie centraal staat.

Leeswijzer en begeleidend schema

In paragraaf 4.2 behandel ik relevante theorie over preventie vanuit de preventiewetenschap en belicht ik veelvoorkomende denkwijzen en modellen daarbij. In paragraaf 4.3 belicht ik belangrijke noties aangaande preventie vanuit de Sociaal Werk theorie. Ook stip ik enkele raakvlakken aan tussen de public health en het sociaal werk. In paragraaf 4.4 ga ik dieper in op enkele ethische principes die centraal staan bij preventie. Hierbij ga ik tevens in op raakvlakken tussen preventie en de normatieve professionalisering. In paragraaf 4.5 belicht ik de verschillende kennisbronnen die in genoemde theorie en binnen werkvelden en in domeinen worden gebruikt.

4.2. Preventie binnen de preventiewetenschap

De preventiewetenschap is de wetenschap die zich bezighoudt met gezondheidsbevordering en ziektepreventie volgens het public health-model. Deze biedt veel inzichten voor professionals werkzaam binnen de gezondheidszorg en public health maar ook voor professionals van andere beroepsgroepen die met gedragsverandering bezig zijn, zoals in het sociaal werk of de milieusector. De preventiewetenschap⁶¹ wordt door Sloboda en Petras in hun omvangrijke overzichtswerk *Defining Prevention Science* (2014) omschreven als een jonge inter- of multidisciplinaire wetenschap "that tests theory-based hypotheses towards enhancing or defining the process that makes individuals engagement in healthy and non-risky behaviors more likely" (p. xiii, naar Biglan, 2011). De preventiewetenschap brengt onder andere kennis en inzichten over preventie (gezondheidbeschermende en – bedreigende factoren) samen vanuit veel verschillende disciplines en bronnen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de epidemiologie, psychologie, geneeskunde, sociologie, sociaal werk, communicatiewetenschap en voorlichtingskunde, economie, gezondheidskunde, biostatistiek, geografie, antropologie, politieke wetenschappen, filosofie en ethiek, neurowetenschappen en genetica.

61 In Nederland is de term Gezondheidswetenschap meer gangbaar.

De kern van de preventiewetenschap

De epidemiologie is de 'hoeksteen' van de preventiewetenschap, zo stellen Sloboda en Petras (2014). Het voorkomen van ziekten en ongezondheid door het opsporen van bepalende risico- en beschermende factoren is het doel van deze kwantificerende wetenschap: "Traditionally, epidemiology has been defined as the study of the distribution and determinants of health; its aim is to prevent and reduce, survey, and control health disorders" (p. 2). In de preventie-wetenschap staat ziektepreventie centraal, in de zin van het voorkomen van (vermijdbare) verstoringen (ziekte) in de (vooral fysieke) gezondheid. Het woord *epidemie* staat voor een opvallende toename in het optreden van een ziekte binnen een bepaald tijdvak (cf. Sturmans, 1982). Infectieziekten stonden centraal bij de ontwikkeling van het vak. Belangrijke inzet van de epidemiologie is het onderzoek naar het *natuurlijk verloop* of de 'carrière' van het ontstaan van ziekte of gezondheid en het blootleggen van bepalende factoren, die bijdragen aan het ontstaan, de progressie of escalatie of het beëindigen ervan. Om deze reden is de epidemiologie ooit ook de '*intelligence service*', de inlichtingendienst van de gezondheidszorg genoemd (Morris, 1964 in Sturmans, 1982).

Het '*host – environment – agents*' model staat centraal in de epidemiologie (Cordova et al., 2014 in Sloboda & Petras, 2014). Hierbij wordt gezocht naar de relatie of verband tussen tal van kenmerken van het individu (*host*) zoals gebeurtenissen gedurende de levensloop, kenmerken van omgeving (*environment*) en de directe veroorzaker (*agents*) van een verstoring of ziekte, zoals aan bacterie of een virus. Bij het individu spelen zowel genetische als conditionele factoren en gedragingen een rol. Bij de omgeving kan zowel gedacht worden aan de nabije sociale omgeving (familie, vrienden, school, werk) als aan de invloeden van bredere leefomgeving (gemeente, geografische en sociaal economische factoren, politiek). Bij de 'veroorzakende' factoren kan aan een bacterie maar ook aan een externe factor gedacht worden (auto-ongeluk of luchtvervuiling) die de ziekte of verstoring veroorzaken.

Biomedisch model

De preventiewetenschap heeft zich de afgelopen jaren sterk ontwikkeld (Sloboda & Petras, 2014; Galotta & Bloom, 2014; Green & Tones, 2015). Het *biomedisch model* (zie Tekstvak 4.1) ligt aan de basis van de preventiewetenschap en is nog steeds herkenbaar in de public health, al volstaat dit model al lang niet meer als enig kader om de problemen en ziekten van mensen te begrijpen of te voorkomen.

Chapter 4

Tekstvak 4.1

Het biomedisch model

Het biomedisch model

Het *biomedisch model* is volgens sociologe Nettleton (2013) gestoeld op vijf assumpties, namelijk:

1. *Het dualisme*:⁶² het feit dat lichaam en geest als gescheiden worden gezien en behandeld. Dit wordt ook wel lichaam-geest dualisme genoemd. Het was Descartes (wiskundige, filosoof en mede grondlegger van het rationalisme) die in 1644 het kosmisch dualisme uitwerkte in zijn *Principia philosophiae* vanuit de overtuiging dat lichaam en geest verschillende substanties zijn en als zodanig ook behandeld moesten worden.⁶³
2. *De mens als machine*:⁶⁴ het lichaam van de mens wordt metaforisch opgevat als een *machine* die uit onderdelen bestaat, die uit elkaar gehaald kunnen worden en afzonderlijk kunnen worden bestudeerd. Nog steeds is deze metafoor populair (Van der Haak, 2013).
3. *Technische zienswijze en oplossingsgerichtheid*: de arts wordt gezien als een 'technicus' die in staat is (uiteindelijk) de meeste problemen van mensen, gekoppeld aan bepaalde organen en weefsels, op te lossen door ze afzonderlijk van elkaar aan te pakken. Nog steeds kun je veel technisch taalgebruik en handelwijzen terugvinden in de geneeskunde (denk aan 'reparatie van de hartklep').
4. *Reductionisme*: het medisch denken is reductionistisch van aard in die zin dat verklarings-modellen van ziekten sterk gefocust zijn op biologische oorzaken, terwijl sociale en psychologische factoren worden veronachtzaamd of zelfs uitgesloten. Pas als iets niet somatisch verklaarbaar is 'zal het wel psychisch zijn'.
5. *Het monocausaal denken*: het geloof dat in de 19de eeuw sterk was dat elke ziekte veroorzaakt werd door één factor of agens (*germ theory*) zoals een virus of bacterie.

Bron: Nettleton (2013, p. 2)

Van mono- naar multicausaal denken

In 1977 publiceerde George Engel een pleidooi voor een 'nieuw medisch model' dat hij het 'biopsychosociaal' model doopte. Immers, niet alleen biologische of neurologische oorzaken, maar ook psychosociale en gedragsmatige factoren liggen dikwijls ten grondslag aan het ontstaan, ervaren of genezen van somatische ziekten, zo betoogde Engel. Zijn stelling was dat ook sociale factoren, de patiënt zelf, zijn leefomgeving en het gezondheidszorgsysteem een rol moeten spelen in de manier waarop we naar

62 Dualisme betekent het uitgaan van het bestaan van twee tegenover of naast elkaar bestaande, tot niets anders meer te herleiden grondbeginselen.

63 Overigens heeft dit lange tijd tot de misvatting geleid dat Descartes geen relatie tussen de twee zag. Nadere studie van zijn werk *De passies van de ziel* (1649) heeft echter aangetoond dat Descartes het lichaam gebruikte om geestelijke processen te duiden en ook dat passies een functie hebben, omdat ze mensen helpen verstandige beslissingen te nemen (zie Tijhaar, 2022).

64 Naar het boek van Julien Offray: *L'Homme – Machine* (1747).

ziekte en gezondheid kijken. Artsen zullen bij het oplossen van problemen van mensen dan ook met andere professionals en disciplines moeten samenwerken, stelde Engel (idem). Het zogeheten multicausaal model en het daaraan gekoppelde transdisciplinaire denken hebben de laatste decennia voor belangrijke aanvullingen op het medisch model gezorgd, al is het denken en handelen vanuit het biomedisch model nog niet verdwenen.

Het multicausaal model gaat uit van de gedachte dat er altijd sprake is van een samenspel van op elkaar inwerkende factoren die maken dat er sprake is van ziekte of gezondheid. Of een factor *oorzaak* dan wel *gevolg* is, is soms lastig te bepalen en kan meestal alleen met degelijk statistisch onderzoek worden aangetoond. Vaak is er sprake van een correlatie tussen twee factoren zonder dat het oorzakelijk verband kan worden vastgesteld. Zoals ik in hoofdstuk 3 al beschreef speelt dit vooral bij mentale problemen een rol. Het multicausaal model is hoe dan ook een forse uitdaging voor epidemiologen, artsen en bijvoorbeeld psychiaters daar waar het gaat om bio-psycho-sociale multiproblematiek. Recente inzichten uit de neurowetenschappen bijvoorbeeld hebben meer licht geworpen op de relatie tussen lichaam, geest en gedrag, maar lang niet altijd staat de causaliteit van de relatie tussen neuro-psychische condities, gedrag en lichamelijke problemen vast. Uit onderzoek blijkt wel dat emoties een grotere rol spelen bij het nemen van rationele beslissingen dan altijd is gedacht (cf. Damasio, 2019). Emoties dragen volgens onderzoek van Damasio⁶⁵ juist bij aan het vermogen van mensen om redelijk te denken: *‘zeker waar het gaat om persoonlijke en sociale kwesties die een risico of conflict in zich dragen’.... ‘al is het duidelijk dat heftige emoties tot irrationele beslissingen kunnen leiden’* (p. 52). Ook recente inzichten over de invloed van trauma’s op de lichamelijke en mentale gesteldheid zijn van groot belang voor preventie en werpen een ander licht op bijvoorbeeld verslavingsgedrag of suicide (Van der Kolk, 2018). Met de wetenschap van meervoudige oorzaken van ziekten en verstoringen wordt preventie er niet gemakkelijker op. Immers, wat het juiste aangrijpingspunt voor preventie is kan soms niet eenduidig worden bepaald.

Visie op kwetsbaarheid

Vanuit het standpunt van de preventiewetenschap is er bij kwetsbaarheid sprake van een verstoorde ontwikkeling die adequate besluitvorming ten aanzien van de gezondheid in stress- of risicovolle situaties belemmert: “vulnerability may be the result of failure to achieve appropriate developmental benchmarks that impede healthy-decisionmaking in stressful or risky situations.” (Sloboda & Petras, 2014, p. 251).⁶⁶ Die besluitvorming gaat overwegend over menselijk gedrag, maar ook over de condities en omgevingsfactoren (vanuit micro-, meso-, en macroniveau) die dit gedrag beïnvloeden.

65 Hoogleraar neurowetenschapper die de betekenis, aard en rol van het menselijk bewustzijn onderzoekt

66 Vilans omschrijft kwetsbaarheid in 2014 als een proces waarbij het functioneren achteruit gaat en de zorgbehoefte toeneemt

Mensen kunnen in alle levensfasen kwetsbaar zijn, stellen Petras en Sloboda, en het is volgens hen goed te beseffen dat mensen altijd ingebed zijn in proximale en distale ecologische domeinen (familie, gezin, school, community, etc.). Harmonie, balans en welvaart zijn veronderstelde uitgangspunten voor gezondheid en stress en risicovolle situaties belemmeringen daarvan. Het succes van preventieve activiteiten wordt door mensen zelf en omgevingsfactoren beïnvloed. Preventie van problemen van (kwetsbare) individuen wordt vanuit het licht van *human agency* oftewel 'keuzevrijheid' benaderd. Mensen worden door tal van factoren beïnvloed, maar hebben competenties en skills (kennis en vaardigheden) en interacteren met de omgeving. Ze kiezen voor gedrag op basis van hun motivaties, intenties, cognitieve afwegingen en besef van *self-efficacy* (zelfeffectiviteit). De gedachte dat gezondheid een keuze is, is op deze aanname gestoeld.

Aangrijpingspunten voor verandering

Centraal aangrijpingspunt voor de preventiewetenschap is het beïnvloeden van individueel menselijk gedrag (en de besluitvorming daartoe) vanuit een integrale en planmatige aanpak en vanuit inzet van kennis uit de gedragspsychologie. De vraag hoe tal van beïnvloedende factoren op elkaar inwerken is reden geweest voor de ontwikkeling van integrale en conceptuele gedragsmodellen waarin deze relaties worden weergegeven. De *self-efficacy* theorie van Bandura (1986, 1977), het *health action model* (Tones, 1979, 1981), de *theory of planned behavior* (Fishbein & Ajzen, 1991), het *health belief model* van Hochbaum (1958) en later verder uitgewerkt door Rosenstock (1966, 1974), de *protection motivation theory* van Rogers (1975) en het transtheoretisch model van Prochaska en Diclemente (1983; 1984) zijn veelgebruikte gedragsmodellen in de gezondheidsbevordering (uit Green et al., 2015, pp. 118-145). Deze modellen gaan in de regel uit van de calculerende rationele mens (*homo economicus*) als agent, die weliswaar door tal van factoren van gezond gedrag wordt afgehouden en uit evenwicht wordt gebracht maar (stap voor stap) gemotiveerd en 'empowered' kan worden om de balans te herstellen.

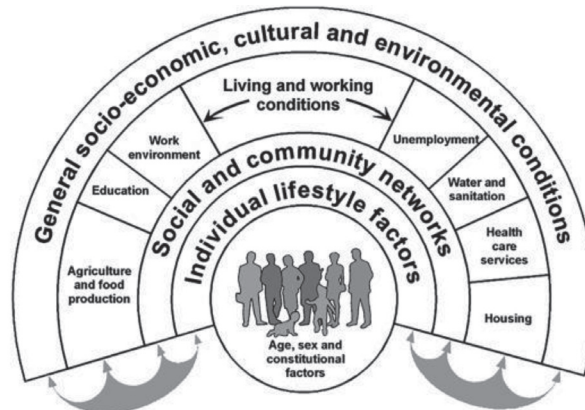
Empowerment als centraal concept (zie H. 3) verwijst ook naar risico-perceptie, naar de vaardigheid en kennis om risico's juist in te schatten, de behoefte om 'in controle' te zijn, maar ook naar de identiteit en intentie van een persoon om risico's al dan niet te vermijden. Dit proces van afwegen kan worden beïnvloed via gerichte interventies oftewel door de omgeving te veranderen, alsook door het inzetten van de juiste voorlichtings- en communicatie-strategieën, die veelal inzetten op kennis (*knowledge*), houding (*attitude*), overtuigingen (*beliefs*), waarden (*values*) en motivatie (Green et al., 2015). Met name overtuigingen en waarden van individuen en de beïnvloeding daarvan vanuit de directe sociale economische omgeving, cultuur en de (sociale) instituties in de samenleving (ook wel het normatieve systeem genoemd) is van groot belang bij gedragsverandering (zie ook Ritzer & Stepnisky, 2014, p. 403).

Een model dat veel wordt gebruikt in de public health en zicht geeft op de niet-medische factoren (*root causes*) die gedrag beïnvloeden is het sociale determinanten-

model van Dahlgren en Whitehead (2007, zie Figuur 4.1.). Dit model heeft veel overeenkomsten met het model van de ecologische systeemtheorie van Uri Bronfenbrenner (1979). Zijn theorie is een van de meest gebruikte verklaringsmodellen over hoe de sociale omgeving van invloed is op de ontwikkeling van mensen. (Figuur 4.2). Dergelijke modellen verhelderen dat vele factoren op verschillende niveaus menselijk gedrag beïnvloeden. Hoe die beïnvloeding in zijn werk gaat en wat de wisselwerking tussen factoren is, is sterk afhankelijk van de context waarin gedrag plaatsvindt. Kennis alleen is niet genoeg om gedrag te veranderen. Dit is de reden waarom preventie ook altijd inherent politiek is. Het gaat om het realiseren van een optimale balans van factoren waardoor gezond gedrag mogelijk en makkelijker gemaakt wordt. Dit vraagt om multidisciplinaire inspanningen en om hulpbronnen.

Figuur 4.1

Sociale determinantenmodel

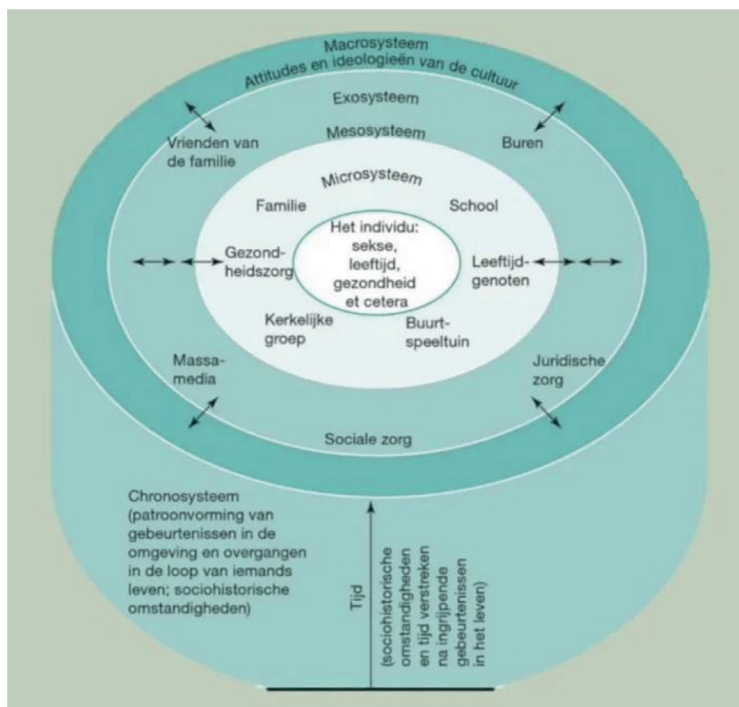


Source: adapted from Dahlgren and Whitehead, 1991

Bron: Dahlgren & Whitehead, 2007.

Figuur 4.2

Het model van de ecologische systeemtheorie

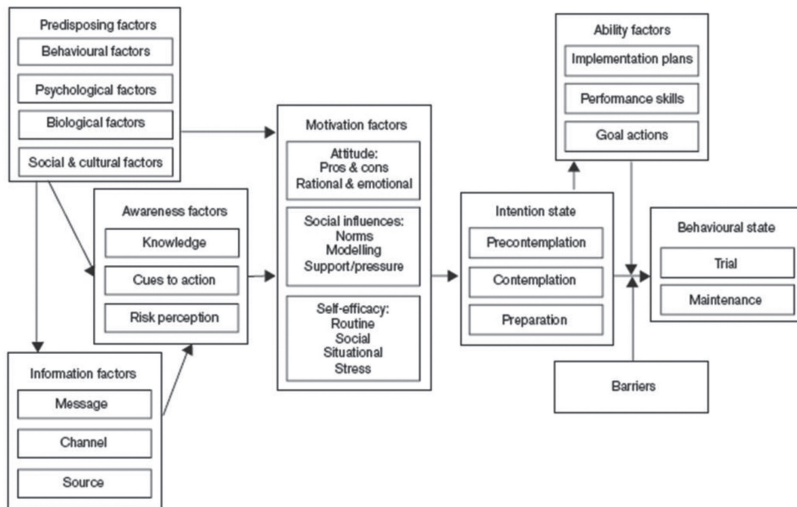


Bron: Bronfenbrenner, 1979: https://www.youtube.com/watch?v=o7HAVwN0w0Q&ab_channel=Eenmeesterinleren

Een ander model dat in Nederland vaak gebruikt wordt is het *integrated change model* van De Vries (e.a. 1988, zie Figuur 4.3). In dit model zijn de inzichten van verschillende reeds genoemde gedragsmodellen geïntegreerd.⁶⁷ Dit model gaat uit van bewust gedrag en verklaart de stappen van motivatie en gedragsverandering. Uitgangspunt hier bij is dat gedrag het resultaat is van de intenties en vaardigheden van een persoon. Intenties kunnen variëren van het niet overwegen van gedragsverandering tot nadenken over het gedrag om het gedrag zeer snel te veranderen.

67 In dit model zijn de inzichten van 5 oudere gedragstheorieën geïntegreerd. het transtheoretisch model (Prochaska & Di Clemente, 1977), het ASE-model (Ajzen, 1985), de goal setting theory (Locke and Latham, 1968), het health belief Model (Hochbaum, 1958) en de social cognitive theory van Bandura (1986).

Figuur 4.3

Het integrated change model

Bron: De Vries, 2004

Bewust of onbewust?

Een psychologische stroming die haaks staat op bovengenoemde gedragsmodellen maar toch ook aansluit bij het (bio)medische model is het behaviorisme. Hierbij wordt juist uitgegaan van gedrag dat tot stand komt volgens associatiemechanismen, zonder tussenkomst van interne mentale gebeurtenissen (bewustzijn en introspectie spelen geen rol). Gedrag komt tot stand op basis van de consequenties ervan (Baldwin & Baldwin, 1986, p. 6 in: Ritzer & Stepnisky, 2014: 403) en kan volgens deze stroming simpel gestuurd worden door straffen en belonen, net zoals bij dieren (cf. Bem, 1997). In de kritiek op het behaviorisme als ‘objectieve (natuur-) wetenschap’ wordt vooral ingegaan op het belang van inzicht en retrospectie bij de totstandkoming van gedrag. Dit zijn belangrijke eigenschappen waarin mensen juist van dieren verschillen. Het risico bestaat dat het behaviorisme menselijk gedrag van zingeving en betekenisgeving berooft. Dit kan leiden tot het ‘objectiveren’ of ‘dehumaniseren’ van mensen. Mensen worden niet als ‘subject’ maar als ‘object’ gezien (zie § 9.3).

De laatste jaren is de inzet van *nudging* (het juiste ‘duwtje in de rug’ geven) populair, alhoewel ook niet geheel onomstreden (RMO, 2014). In de aard van nudging zijn duidelijk trekken van het behaviorisme te herkennen, omdat het bewustzijn hierbij een ondergeschikte rol speelt. Thaler en Sunstein (2018) omschrijven deze vorm van ‘softe’ gedragsmanipulatie volgens het principe van *libertair paternalisme*. Door het geven van de juiste stimuli kan het gedrag van mensen door zogenaamde keuzearchitecten (beleidsmakers van de overheid of de particuliere sector) op een gerechtvaardigde en voorspelbare wijze de juiste richting in worden gestuurd, zonder de keuzevrijheid

daadwerkelijk in te perken en zonder welke vorm van dwang dan ook. Denk aan het meer in zicht brengen van de trap dan de lift in een overheidsgebouw, waardoor mensen eerder de trap nemen.

Het uitgangspunt van deze strategie ligt volgens Thaler en Sunstein (2018) in de – inmiddels door veel onderzoek bevestigde – opvatting, dat mensen slecht zijn in het nemen van beslissingen die goed voor hen zijn en dat menselijke voorspellingen gebrekkig en bevooroordeeld zijn. Een zekere mate van *paternalisme* is verantwoord om – via het ontwerp van keuze-architectuur – mensen te helpen de juiste keuzes te maken uit de grote hoeveelheid opties dat ze dagelijks hebben, aldus Thaler en Sunstein (pp. 18-20). De auteurs erkennen overigens ook de risico's bij nudging. Het inzetten van keuzearchitectuur is volgens hen niet vrij van machtsmisbruik en corruptie, indien de bedoelingen van de 'architecten' (denk aan het bedrijfsleven) minder nobel zijn of als er eigenbelang in het spel is. De overheid heeft hier meestal weinig vat op.

4.3. Preventie binnen de sociaal werk theorie

De sociaal werk theorie is enorm uitgebreid en gestoeld op het gedachtegoed van 'sociale denkers' als Habermas, Giddens, Bourdieu, Foucault en Butler (Payne, 2013, p. 13). De kern van dit gedachtegoed is dat rationeel handelen van mensen is ingebed in 'het sociale'. Het individu (ik) verbindt zich te allen tijde met de ander (wij). Menselijk handelen of gedrag krijgt alleen betekenis binnen de context van de beleefde sociale of relationele alledaagse werkelijkheid. Deze sociale werkelijkheid ontvouwt zich in het alledaagse leven, in het zorgen voor elkaar, in de relaties tussen mensen onderling, in de samenleving als geheel en in de omgang met andersdenkenden. Relaties tussen mensen onderling, worden echter sterk beïnvloed door maatschappelijke sociale (machts-)structuren, de wil van bijvoorbeeld overheden tot controle en beheersing (die soms menselijke vrijheden aantast), door het bedrijfsleven en door de politiek. Deze onderwerpen zijn dan ook al lange tijd onderwerp van studie (zie verder H. 9). Bourdieu (1984) bijvoorbeeld spreekt in zijn boek *Distinction*⁶⁸ over de overheersers en overheersten en over onderscheidende levensstijlen en geïnternaliseerde gewoonten en routines (*habitus*) tussen de bevoorrechte en bezittende klasse en de arbeidersklasse of het proletariaat. Niet alleen menselijk handelen maar ook taal, smaak, kleding, gebruiken, communicatie, autonomie en macht zijn terugkerende onderwerpen in het meer sociologische leefstijldiscours (zie Ritzer & Stepnisky, 2014). Bourdieu ziet het sociale leven "als een strijd om het gekende en erkende (...) bestaan" (zie De Lagasnerie in Louis, 2018, p. 79). Bourdieus kritische sociologie verzet zich tegen het

68 In dit boek geeft Bourdieu een wetenschappelijke onderbouwing voor het 'onderscheid' in de leefwijzen van mensen naargelang ze in economisch en/of cultureel opzicht tot de heersende sociale klasse, de middenklasse of de volksklasse behoren. Het boek beschrijft en belichaamt als het ware een 'verdeelde sociale wereld' gekoppeld aan maatschappelijke klassen. Zie ook het boek 'Veranderen: methode' van Eduard Louis (2022) waar hij uit de doeken doet hoe het proces van verandering van de lagere naar de hogere klasse verloopt.

positivistische mensbeeld en wereldbeeld. In plaats van ‘harmonie’ of ‘wederzijdse erkenning’ in de relaties tussen mensen staan in zijn wereldbeeld conflicten en machts- en krachtsverhoudingen, verhoudingen van overheersing en uitbuiting centraal: “wie ‘erkenning’ zegt (of nastreeft), zegt ook ‘uitsluiting’ ” (ibid., p. 81). In hoofdstuk 9 kom ik hier op terug.

Zoals in hoofdstuk 3 al aan bod kwam gaat sociaal werk altijd over ‘mensen in hun omgeving’ (*‘person-in-environment’*) en ligt de focus op het helpen van kwetsbare of gemarginaliseerde groepen met sociaal maatschappelijke problemen (Holland & Scourfield, 2015, p. 13). Verandering in leefstijl kan daar onderdeel van uitmaken, maar is zelden doel op zich.

Sociale constructie theorie

Sociaal werk impliceert werken vanuit probleemfiguraties als ‘sociale constructies’ die altijd afhankelijk zijn van tijd, plaats en maatschappelijk politieke context. De *social construction theory* komt van Berger en Luckman (1971, hier geciteerd in Payne, p. 18) die stellen: “What we call reality is social knowledge that has been agreed between people because having a shared view about how things work between people helps us to live an ordered life.” In elke samenleving bestaat een gedeelde vooronderstelling over wat ‘normaal’ of geaccepteerd gedrag is in een gegeven context en wat niet. Die vooronderstellingen zijn ingebed in kennis en in taal, maar ook in gedeelde en geïnternaliseerde waarden en normen die in de loop van de tijd geïnstitutionaliseerd zijn. Vrouwenrechten of vrouwenemancipatie bijvoorbeeld zijn in Westerse landen een vaststaand onderwerp van sociaal werk, maar in Oosterse landen niet of veel minder. Sociaal werk is daarmee inherent politiek, niet alleen omdat de politiek bepaalt welke problemen en doelgroepen wel of geen aandacht (en geld) krijgen, maar ook omdat sociaal werkers vaker werken in opdracht van de overheid of in dienst zijn van de gezondheidszorg (Holland & Scourfield, 2015, p. 18, zie ook H. 14).

De kern van de sociaal werk theorie

Volgens Payne gaat de sociaal werk theorie in wezen over drie dingen: 1) wat sociaal werk is en inhoudt, 2) hoe je het uitvoert en dus over de praktijk van het sociaal werk en 3) over de wereld van de cliënt (en dus ook over de relatie tussen de sociaal werker en cliënten en diens percepties over de sociale realiteit waarin de cliënt leeft). Uit de klassieke definitie van *social work* door de Internationale Federatie Social Work (IFSW, zie H. 3) blijkt dat sociaal werk praktijkgericht is en gericht is op drie doelen: 1) empowerment, 2) sociale verandering (*social change*) en 3) probleemoplossing (*problemsolving*). Hierbij kan onderscheid worden gemaakt tussen activiteiten en interventies op individueel, gemeenschaps- of samenlevingsniveau, oftewel *social casework*, *groupwork* and *community development* (zie Payne, 2014; Holland & Scourfield, 2015; Scholte, 2018).

Achter deze benaderingen en conceptualisaties gaat theorie schuil die voor preventie van belang is.

- Individueel niveau: deels gaat het hier om theorieën die inzicht bieden in individuele veranderingsprocessen door interventies. Hierbij worden individuen binnen de context van verschillende sociale verbanden of ecosystemen gezien, zoals de familie (zie Payne, 2014).⁶⁹
- Gemeenschapsniveau: deels ligt het aangrijpingspunt voor verandering op groeps- of gemeenschapsniveau. Het gaat in dat geval over theorie achter sociale of collectieve aanpakken zoals de in de jaren '60 uit Engeland en Amerika afkomstige en ontwikkelde '*community development*'. De laatste jaren ligt de focus hierbij op het van binnenuit bevorderen van '*sociale ontwikkeling*' (denk aan doelen als sociale cohesie, educatie, participatie, aanpak van armoede, inclusie of het bevorderen van sociaal, cultureel en economische kapitaal) in wijken en buurten.
- Samenlevingsniveau: daarnaast gaat hierbij ook om meer maatschappijkritische theoretische stromingen zoals de '*kritische theorie*' gericht op het *niveau van de samenleving*. De kritische theorie zet zich onder andere af tegen vrijheid berovende praktijken en gebruikt onder meer het begrip 'vervreemding' (*alienation*) voor een kritische maatschappijanalyse. Vervreemding (zie ook H. 9) kan het gevolg zijn van instrumentele mensvisies ('de mens als object'), zoals deze binnen de moderne samenleving gehanteerd worden, in het bijzonder door formele instituties en de bureaucratieën (cf. Kampen, 2021). Als voorbeeld kan bijvoorbeeld de schuldenaanpak gezien worden. Want wie is eigenlijk schuldig aan het feit dat steeds meer mensen schulden hebben (de mens of het systeem?). Vaak worden door aanhangers van de kritische theorie radicale hervormingen in de samenleving voorgesteld (Bronner, 2017). In dit kader benoem ik hier ook de ('normatieve') '*social choice theory*' van Amartya Sen (2017). Sen benadert in zijn werk sociaal welzijn vanuit de ethiek. Hij vraagt zich af hoe de samenleving als geheel en op collectief niveau (inclusief politieke besluiten, publieke voorzieningen en sociaaleconomische- en fysieke omstandigheden daarbinnen) het best tegemoet kan komen aan de uiteenlopende waarden, belangen en voorkeuren van een diverse groep inwoners. Oftewel: welke politieke keuzes bevorderen sociale rechtvaardigheid en eerlijkheid (*fairness*) en voorkomen bijvoorbeeld dat bepaalde groepen in armoede leven of van voorzieningen worden uitgesloten?⁷⁰

69 Denk hierbij aan de *sociale leertheorie* (Bandura, 1977), de *cognitieve gedragstherapie* (oorspronkelijk ontwikkeld door Thomas, 1968, 1971 en Fisher & Gochros (1975), de *krachtbenadering* (onder andere ontleend aan de theorie van positieve psychologie van Seligman, 1998) of de *systeemtheorie* (Ludwig von Bertalanffy, 1974).

70 Zie H. 3 waar wordt verwezen naar de *capability-approach* die Sen samen met Martha Nussbaum uitwerkte.

Het sociaal werk gaat overigens niet alleen over problemen oplossen. Bij zeer complexe problemen gaat het ook om het aanpassen van de verwachtingen of het ontwikkelen van een realistisch toekomstperspectief met acceptatie van de problemen die er zijn en soms niet oplosbaar zijn (Van Ewijk, 2013; Scholte, 2018; Baart, 2006). Het sociaal werk buigt zich vooral over hele concrete en vaak ook materiele zaken (denk aan een bed vinden voor een dakloze jongere). De insteek daarbij is vaak heel praktisch. Deze wijze van benadering is anders maar heeft wel raakvlakken met het geestelijk of diaconaal (sociaal) werk of geestelijke verzorging. Geestelijk verzorgers bieden begeleiding bij indringende en existentiële levensvragen en zingeving of bij de acceptatie van onoverkomelijke problemen, zoals chronische of ernstige ziekte of de (soms wenselijk geachte) dood (Jacobs, 2020). Theorie richt zich hier in het bijzonder op ‘existentiële zingeving’. Jacobs definieert dit als ‘het proces waarin de mens zich tot de wereld verhoudt’.⁷¹ Rosa’s resonantietheorie bijvoorbeeld biedt perspectief bij het omgaan met existentiële vragen die kunnen voortkomen uit ‘vervreemding’ of gemis aan het ‘in-de-wereld-zijn’ (cf. Rosa, 2016, 2019; zie ook H. 9 en 14). In al deze theorieën is het vraagstuk van ‘agency’ actueel. Want om wiens handelen gaat het en wat staat daarbij centraal?

Het woord ‘practice based’ in de definitie van het sociaal werk (zie H. 3) impliceert een onderscheid tussen formele en informele theorieën. Formele theorieën zijn opgeschreven en vormen uitgangspunt van discussie en debat in de universitaire gemeenschap, terwijl informele theorieën bredere ideeën kunnen omvatten die leven in de samenleving en die door ervaringen van sociaal werkers vanuit concrete praktijken worden ingebracht (Payne, 2014). Sociaal werkers werken met beide soorten theorieën in nauwe interactie met de concrete ervaringen en praktische vragen binnen hun ‘eigen wereld’ (*‘the real world’*), hun persoonlijke én professionele waarden en normen.

Kennisbronnen voor sociaal werkers

De sociaal werk theorie biedt tal van kennisbronnen voor sociaal werkers en maakt daarbij gebruik van diverse wetenschappelijke domeinen. Gedacht kan worden aan: kennis uit sociologie, de gedrags- en ontwikkelingspsychologie, kennis uit het public health domein (zie volgende punt), de ethiek, kennis over wijkgericht werken (*community development*) en specifieke kennis over sociale netwerken (de sociale netwerktheorie), maar bijvoorbeeld ook aan de antropologie, pedagogiek, bestuurskunde en in Nederland ook de normatieve professionalisering. Bij de antropologie bijvoorbeeld kan verwezen worden naar kennis over de integratie van migranten en inheemse volken in de westerse samenleving (Holland & Scourfield, 2015). Daarnaast is ook de dagelijkse praktijk en werken vanuit ervaringen van professionals en burgers een belangrijke kennisbron. Het gaat dan ook om minder bewuste en niet geformuleerde vormen van kennis, zoals

71 Het gaat hier volgens Jacobs zowel om de beweging naar binnen richting de dieper liggende aspiraties en ultieme waarden, ook wel aangeduid met termen als de ziel of het hart, als om de beweging naar buiten van het contact maken met en de zorg voor deze wereld (p.27).

bijvoorbeeld *'tacit knowledge'* (ook wel *'belichaamde'* of *'impliciete kennis'* genoemd, zie Polanyi, 1966), maar ook om technische kennis en ambachtswerk of vakkennis (Sennet, 2012) of ervaringskennis van cliënten. Vaak is er sprake van een mix. Werken vanuit *'empowerment'* in het sociaal werk bijvoorbeeld (zie H. 3 voor definitie van empowerment) vraagt volgens Van Regenmortel (2010) juist om het combineren en inzetten van verschillende soorten kennis. Scholte en Sprinkhuizen spreken van vijf gelaagde kennisbronnen, namelijk die van de cliënt of gebruiker, de professional, de organisatie, beleid en bestuur en tot slot van kenniscentra en onderzoeksinstellingen (Scholte & Sprinkhuizen, 2012, naar Pawson et al., 2003).

Preventie binnen het sociaal werk

Volgens Holland en Scourfield (2015) heeft het sociaal werk veel overlap met de public health, al zijn er ook veel verschillen. Het sociaal werk richt zich op het welzijn van mensen, opereert vanuit nabijheid en ziet de mens in zijn omgeving, terwijl de public health ziekten wil voorkomen en zich op populaties richt. Het sociaal werk opereert vanuit het sociaal model, waar de public health van oudsher vanuit het medisch model werkt (zie paragraaf 4.2 van dit hoofdstuk). Maatschappelijk werkers medicaliseren niet, therapeutiseren niet maar socialiseren, zegt Van Ewijk: 'zij helpen mensen in hun problemen zich staande te houden door zoveel mogelijk gebruik te maken van de sociale krachten om hen heen en de kracht in hen zelf' (2014, p. 25). Beide werksoorten en modellen zijn (op internationaal niveau) echter de laatste decennia in theorie en praktijk naar elkaar toe gegroeid. Hieronder worden eerst de uitgangspunten van het sociaal model, ontleend aan Van Ewijk (2014) en Holland en Scourfield (2015) als tegenhanger van het medisch model, beschreven. Daarna wordt dieper ingegaan op de relatie tussen sociaal werk en de public health aangaande preventie en op enkele ontwikkelingen dienaangaande.

Tekstvak 4.2
Sociaal model

Het sociaal model

Het sociaal model kenmerkt zich door:

- *Holistisch mensbeeld*: lichamelijke, sociale en mentale aspecten van gezondheid en welzijn van mensen moeten in relatie tot elkaar worden gezien. Menselijk gedrag krijgt betekenis in context en de fysieke en sociaal maatschappelijke omgeving.
- *Sociale kijk op problemen*: sociaal maatschappelijke problemen (zoals armoede) en andere symptomen van onwelzijn hebben sociale en politieke oorzaken, zoals sociale ongelijkheid, en vragen dus ook om sociale (politieke) oplossingen. Sociaal disfunctioneren (zoals bij mensen met fysieke of mentale beperkingen) wordt bijvoorbeeld vergroot door het taboe dat op deze problemen rust en door een samenleving die mensen ook uitsluit.
- *Participatie en activering bij het vinden van oplossingen*: mensen met problemen maken zelf deel uit van het zoeken naar oorzaken en het vinden van oplossingen. Hieronder ligt de waarde van de *erkenning* van elke mens als beoordelaar van de eigen situatie en als belangrijke actor bij de probleemoplossing of het verbeteren van kwaliteit van leven.
- *Complexiteit*: toenemende complexiteit wordt erkend als verklaring voor toenemende sociale kwetsbaarheid. Deze erkenning helpt ook in het vinden van maatwerkoplossingen. Problemen worden niet opgeknipt maar in samenhang gezien.
- *Meervoudige causaliteit*: wat oorzaak of gevolg is, is vaak lastig uit elkaar te houden. Vaak is er sprake van een opeenstapeling van problemen waarbij oorzaken en gevolgen op elkaar inwerken via zogeheten 'feedback loops'.

Bron: Van Ewijk (2014) en Holland & Scourfield (2015)

Preventie wordt niet altijd als expliciet doel van het sociaal werk genoemd. Sommige doelen, interventies en activiteiten van sociaal werkers zijn expliciet preventief want gericht op 'erger voorkomen' of 'het terugdringen van de gevolgen' van bijvoorbeeld traumatische ervaringen. Andere doelen zijn gericht op het bevorderen van positieve individuele en collectieve verandering, bijvoorbeeld in de zin van het verbeteren van levenscondities. Toch wordt de stempel preventie er lang niet altijd expliciet opgezet. Het sociaal werk is daarmee vooral inherent preventief van aard. Het woord preventie komt als doel ook niet expliciet voor in de definitie van het Sociaal Werk in Nederland (zie H. 3) en het ontbreekt ook vaak in titels van overzichtspublicaties, onderzoeksartikelen over en beroepsprofielen van het sociaal werk (zie ook H. 14). Al in 2006 merkt Woody op dat ook in de USA sociaal werkers hun preventieve rol niet waar maken, vooral omdat ze preventie niet expliciet conceptualiseren. Sociaal werkers tonen volgens de auteurs te weinig initiatief op dit gebied, hoewel de wortels van het sociaal werk overduidelijk in die van de preventie liggen. Woody ziet een gebrek aan aandacht voor de preventie-

wetenschap in het curriculum van sociaal werk opleidingen als voornaamste oorzaak daarvan (Woody, 2006 in Daley, 2006, cf. McCave & Rishel, 2011).

Veel preventieve interventies in het sociaal werk hebben gedragsverandering en een gezonde leefstijl als subdoel, zoals bijvoorbeeld bij *mobility mentoring*, een uit de USA afkomstige integrale methode om schulden aan te pakken en mensen te helpen economisch zelfredzaam te worden. Deze methode is een voorbeeld van het integreren van kennis uit verschillende wetenschaps-domeinen, zoals de psychologie, hersenwetenschap en sociologie, om problemen (zoals chronische stress, schulden, slechte huisvesting en ongezonde voeding) in samenhang te zien en zo vroeg mogelijk aan te pakken, mede om erger te voorkomen (Jungman & Wesdorp, 2017). Individuele problemen aanpakken betekent in dit geval ook dat een transformatie nodig is in de systemische omgeving. Ook de ABCD-methode⁷² is een voorbeeld van een integratief model waarbij vooral participatie van bewoners zelf centraal staat (Movisie, 2010a; cf. Welling et al., 2000).

Holland en Scourfield (2015) merken op dat niet alleen het sociaal werk gebruik maakt van preventieve interventies uit de public health, maar dat ook omgekeerd de public health een beweging richting het sociaal werk maakt. Dit mag blijken uit het meer recent omhelzen van een *sociaalecologische* visie op gezondheid binnen de public health. Het gevolg hiervan is dat inmiddels meer kritisch wordt gekeken naar de sociaal economische omstandigheden waarin mensen leven en de sociaal economische gezondheidsverschillen, mede als gevolg van de kloof tussen ‘arm en rijk’ en tussen ‘hoog en laag opgeleiden’. De auteurs merken daarbij op dat de public health “de kleren van het sociaal werk steelt” (ibid., p. 13). Uit hun woordkeuze blijkt sprake van overlap maar ook van spanning en concurrentie tussen de twee domeinen. Hier kom ik in H. 14 verder op terug.

Van Ewijk (2014) laat zien dat in het sociaal werk, dat in principe uitgaat van een holistisch mensbeeld, de laatste decennia sprake is van overspecialisatie door het opknippen van problemen, die elk door een andere (sociaal werk) specialist moeten worden opgelost. Dit opknippen past bij het medisch model en gaat ten koste van de holistische visie vanuit het sociaal model dat zij voorstaat. Door onder andere de versterking van de brede basis van het sociaal werk probeert men deze versnippering tegen te gaan (Spierts et al., 2017; 2023; Scholte, 2018; Scholte et al., 2012).

Vroegsignalering (zie H. 3) is ook een doel van het sociaal werk, gericht op het vroegtijdig opsporen van sociaal maatschappelijke problemen en tevens preventief van aard (Holland & Scourfield, 2015; Scholte et al, 2007). Naast de evidente voordelen van vroege opsporing, spelen een aantal dilemma’s rond vroegsignalering en preventie

72 De asset based community development methode (de ABCD methode) is een methode die er naar streeft om de focus van de wijkaanpak om te buigen naar het ontdekken van aanwezige kwaliteiten en vaardigheden van de wijkbewoners in vooral zwakke wijken (Movisie, 2010).

binnen het sociaal werk, zoals stigmatisering ('labeling') van problemen en de vaak onbedoelde én onvoorziene gevolgen van preventieve interventies, bijvoorbeeld bij het uithuisplaatsen van kinderen. Daarnaast kunnen taboes vroegsignalering bemoeilijken, denk aan huiselijk geweld en kindermishandeling. Bij dergelijke complexe problemen en soms nodige maar ook zware interventies (zoals uithuisplaatsing), worden mensen en professionals hard geconfronteerd met hun eigen maar vaak ook maatschappelijke onmacht. De complexiteit van de problematiek en de gevolgen van interventies voor alle betrokkenen bemoeilijken preventie (Steketee, 2017).

Visie op kwetsbaarheid

In hoofdstuk 3 is aangegeven dat kwetsbaarheid door Van Ewijk (2014) primair wordt gezien als een verstoorde interactie tussen het individu en zijn (complexe) omgeving. Sociale kwetsbaarheid uit zich dan ook vaak in een verminderde mate van participatie aan de samenleving. Het gaat dan bijvoorbeeld om een samenleving waarin chaos en onvoorspelbaarheid troef zijn, alles met alles samenhangt, er meerdere perspectieven bestaan op de beleefde werkelijkheid en waarin veel mensen in toenemende mate moeite hebben zich een goede plek te verwerven (Van Ewijk, 2013; Kunneman, 2017). Werd de plaats van mensen vroeger grotendeels bepaald door de familie en woonplaats, tegenwoordig gaat het er vooral om dat mensen op 'eigen kracht, inspanning en vermogen' hun talenten optimaal benutten en hun positie realiseren. Dit betekent vooral dat intellectuele, communicatieve en sociale vaardigheden in hoge mate van invloed zijn om ergens 'te komen' en 'bij te horen'. Het ideaal van het leven in een meritocratie waar ieder mens kansen heeft, maar ook verantwoordelijk is voor zijn eigen succes, heeft ook een keerzijde. In een kapitalistische individualistische wereld waar marktwerking troef is zijn er naast (enkele) winnaars veel verliezers.

Van Ewijk (2014) constateert dat veel problemen van mensen te maken hebben met de snelle veranderingen in de samenleving en in de wereld (cf. Peeters, 2010). Ook de eerdergenoemde Duitse socioloog Hartmut Rosa constateert dit. Hij ziet 'vervreemding' onder andere als een resultaat van de 'versnelling' van het moderne leven (Rosa, 2016). Rosa heeft het over technologische versnelling, over de versnelling van maatschappelijke veranderingen en de versnelling van het levenstempo waardoor mensen uit balans raken of achter blijven. Er zullen altijd kwetsbare mensen in een samenleving zijn, maar de uitsluitingsgronden veranderen (cf. Van Yperen, 2022; Putters, 2019; Scholte, 2018). Vaak betreft het mensen die in hun (sociaal) gedrag buiten de norm vallen alsook om mensen die om welke reden dan 'niet bij machte zijn' of het

tempo niet bijbenen en achterblijven. Hier duikt empowerment-theorie op maar ook theorieën rond veerkracht (resilience) passen hierbij (cf. Folke, 2016,⁷³ zie H. 3).

Om mensen controle of 'grip' op hun (kwaliteit van) leven terug te geven of te ondersteunen bij een noodzakelijk transformatieproces is het hoe dan ook essentieel dat zicht wordt gekregen op beschikbare steun- en hulpbronnen om de krachten, mogelijkheden en vaardigheden van deze groepen (en hun gemeenschappen) te verbeteren (cf. Van Regenmortel, 2010, zie WRR, 2023; H. 3, 9, 13 en 14). Grip hebben op het persoonlijk leven en op de omgeving vereist immers ook zaken of goederen, zoals voldoende financiële middelen, sociale hulpbronnen en rechten, en een voorspelbare en navigeerbare omgeving (WRR, 2023).

Omgaan met complexiteit en meervoudige circulaire causaliteit door reflexiviteit

In het sociaal werk worden professionals vaak met complexe problemen geconfronteerd waarbij oorzaak en gevolg lastig te ontrafelen zijn. Volgens de eco-en duurzaamheidsbioloog Giampietro kenmerkt complexiteit (o.a. in de cybernetica) zich door de onmogelijkheid om een complex object in simpele termen te vatten, zonder relevante informatie te verliezen, iets wat vooral een risico is bij kwantitatieve data (Giampietro, 2012). Juist de onvoorspelbaarheid van en onzekerheden in het leven van mensen die in complexe situaties verkeren maken het handelen van professionals vanuit vaste protocollen haast onmogelijk. 'Complexiteit is [dan ook] een geheel van patronen, acties, personen en gebeurtenissen met veel chaos, waarin interveniërend handelen het uiterste vraagt van de 'stuurmanskunst'⁷⁴ van de sociaal werker', stelt Van Ewijk (ibid., zie ook H. 3). Complexiteit is ook hét kenmerk van de meeste gevallen waar sociaal werkers zich mee bezig houden', stelt Van Ewijk (2014, p. 91). Van Regenmortel (2010) spreekt van *meervoudige circulaire causaliteit*. Problemen van mensen – op micro-, meso-, en macroniveau – grijpen diep op elkaar in en beïnvloeden elkaar in een complex samenspel. Enkelvoudige oplossingen werken dan meestal niet.

Zoals in hoofdstuk 3 al aan de orde kwam moet complexiteit wel 'gemanaged' worden. Er is echter geen theorie die professionals volledig kan voorbereiden op of toerusten voor alle mogelijke complexiteiten die zich in een situatie kunnen voordoen. Volgens Kunneman (2013) vragen dit soort problemen om 'kritisch complexiteitsdenken' waarbij minder in theorieën en wetmatigheden wordt gedacht maar eerder over 'modelleringen', waarbij ook aandacht wordt gegeven aan de beperkingen van 'wetenschappelijke kennis' en professioneel handelen en aan de noodzaak van een

73 Veerkracht houdt onder andere verband met begrippen of thema's als kwetsbaarheid en zelfredzaamheid, aanpassings- en veranderingsvermogen, de verhouding tussen draagkracht en draaglast. In het domein van zorg en welzijn zien twee benaderingen of perspectieven op veerkracht: een sociaalecologisch en een psychologisch perspectief. Naast een systemische betekenis heeft veerkracht ook een normatieve betekenis. Over veerkracht beschikken wordt als een positieve eigenschap gezien (zie Kaulingfreks et al., 2022)

74 Wikipedia: cybernetica komt van het van Griekse Kybernetes wat stuurman betekent. Het is de wetenschap die zich bezig houdt met de besturing van biologische en mechanische systemen met behulp van terugkoppeling (feedback in feedbackloops).

continu ‘proces van kennisvergaring’. Het gaat om een proces waarbij de mensen om wie het gaat zelf betrokken worden en waarbij de rol van maatschappelijke machtsverhoudingen expliciet wordt verdisconteerd (Kunneman, 2013, p. 414, cf. Morin, 2008). Volgens Giampietro (2022) vragen dit soort problemen ook om een ‘andere wetenschap’⁷⁵ die ‘reflexiviteit’ waarborgen in een democratisch proces. Niet alleen wetenschappers zelf of politici maar ook mensen van ‘buiten’ moeten betrokken worden bij het beoordelen van de kwaliteit van het handelen van professionals in onzekere situaties, de pre-analytische keuzes die daarbij worden gemaakt, het ‘dominante verhaal’ dat daarbij wordt verteld en de waarheidsclaims die eronder liggen. Giampietro: “What is ‘true’ for a tick is not necessarily ‘true’ for a horse” (Giampietro, 2012, p. 69). Niet ‘het weten’ maar ‘het niet-weten’ of ‘onzeker weten’ stelt professionals bij relationele complexe problemen voor grote uitdagingen en noodzaakt ook dat zij naast wetenschappelijke kennis ook creativiteit en morele kennisbronnen aanboren, stelt Kunneman. Beslissingen moeten immers worden genomen zonder dat alle feiten gekend kunnen worden. Ook is het van belang daarbij te beseffen dat de professional altijd zichzelf mee in het spel brengt. Zijn of haar persoonlijkheid, eigen waarden, normen, opleiding en ervaring maken, net als die van cliënten, onderdeel uit van het proces en de mogelijke oplossingsrichting die wordt gekozen.

Er is naast reflectiviteit ook een aantal methodische richtlijnen en handelingsperspectieven te geven voor complexe situaties. Scholte (2018) heeft het daarbij bijvoorbeeld over ‘invoegen’ en ‘structuraliseren’ (en mengvormen daarvan) die beide bij preventie van problemen kunnen worden toegepast. De kwestie is hier volgens Scholte: het aanpassen van het systeem aan de mens én het aanpassen van de mens aan het systeem (p. 25). Bij invoegen gaat het er om structurele problematiek zodanig te vertalen naar het niveau van het individu, dat mensen minder last ervaren van structurele kwesties die hun levens compliceren (denk bijvoorbeeld aan het bijbrengen van bureaucratische vaardigheden bij laaggeletterden). Bij structuraliseren wordt juist gestreefd naar aanpassingen op het niveau van beleid en ‘het politieke’. Bijvoorbeeld daar waar onrechtvaardigheid in het geding is, of complexiteit van beleid, regelgeving of uitvoeringspraktijken levens van mensen ontregelen (p. 25). Sociaal werkers (ook collectief, bijvoorbeeld via de beroepsvereniging of branche) proberen dan te interveniëren op het niveau van de samenleving.

75 Giampietro (2022) noemt dit post-normal science (PNS) naar Funtowicz en Ravetz (1990, 1993, 1994; Funtowicz et al. 1998)

4.4. De ethiek van preventie vanuit het perspectief van normatieve professionalisering

De ethiek is een belangrijke morele kennisbron voor preventie. De ethiek ligt daarnaast ook ten grondslag aan de normatieve professionalisering. Dit verdiepend perspectief richt zich op de vele normatieve en ‘trage vragen’ en dilemma’s die rond preventie in de public health en het sociaal domein spelen en op het bord van professionals liggen. Het gaat dan vooral om sociale professionals die tussen theorie en praktijk, in de public health en het sociaal domein (of op het snijvlak van beide domeinen), binnen (vaak beperkende) beleidskaders van gemeenten en instellingen werken en daarbij met complexe problemen van kwetsbare mensen worden geconfronteerd (zie ook H. 13). Zowel de public health als het sociaal werk zijn normatieve werkvelden, omdat beiden ingrijpen in het menselijk handelen en daarmee ook dat menselijk handelen ‘beoordelen’ en richting geven (cf. Van Ewijk, 2014, p. 90). In beide werkvelden wordt daarbij vaak gehandeld vanuit waarden als sociale gelijkheid, rechtvaardigheid, mensenrechten, respect en menselijke waardigheid. De vraag die vanuit de normatieve professionalisering op scherp wordt gesteld is steeds of deze waarden ook daadwerkelijk het praktische handelen van professionals bepalen en hoe dat is te bevorderen.

Ik start met een korte inleiding over de ethiek van preventie en eindig deze paragraaf met enkele opmerkingen over de normatieve professionalisering.

De ethiek van preventie

Bij ethiek gaat het altijd om het zoeken naar de juiste moraal. Ethiek wordt door de Dikke Van Dale (1999) omschreven als “een praktische wijsbegeerte die handelt over de zedelijke begrippen en gedragingen, over wat goed en kwaad is”. Bij de ethiek van de preventie gaat het dan om het zoeken of vinden van overeenstemming van wat *goed preventiewerk* is. Dit hangt samen met de positie van de preventiewerker, het beroep dat deze uitoefent en van de organisatie waarin men werkt. Ethische dilemma’s zijn er bij preventie te over, denk aan vragen die spelen bij de inzet van genetisch testen in het geval van erfelijke aandoeningen, het gebruik van internet/technologie bij preventie of het stigmatiseren van mensen door problemen te benoemen of te ‘etiketteren’.

Zoals uit de inleiding blijkt gaat preventie, of het (vroeg)signaleren, agenderen en adresseren van problemen, altijd gepaard met besluiten en handelingen van professionals en dit brengt soms lastige afwegingen met zich mee. Het gaat hier vaak over *bewuste afwegingen* in dagelijkse handelingen in de directe relatie tussen professional, burger of cliënt of bijvoorbeeld in een multidisciplinair wijkteam of casusoverleg waar zorgvuldig belangen en visie tegen elkaar kunnen worden afgezet. Maar ook in onderzoek (denk aan actie-onderzoek) of bij implementatie-activiteiten in wijken en buurten speelt ethiek een rol. Onderzoekers en preventie-experts komen bijvoorbeeld in hun werk in aanraking met doelgroepen met een geheel ander normen- en waardenstelsel dan waarmee ze zelf vertrouwd zijn. Van belang is bijvoorbeeld dat

professionele waarden die van burgers niet domineren (cf. Banks 2003, in Payne, p. 229). Naast bewuste afwegingen gaat het vaak om het zichtbaar maken van *onbewuste reacties en gedragingen*, zoals bijvoorbeeld vooroordelen die bij professionals maar ook bij burgers aanwezig zijn en goede preventie kunnen belemmeren. Bij professionals zijn de eisen en richtlijnen voor het werk meestal opgenomen in of onderdeel van een beroepscode of in een kwaliteitsstandaard (zie H. 14).

Beroepscodes en kwaliteitsstandaarden

Zowel op internationaal als op nationaal niveau zijn de laatste decennia kwaliteitsstandaarden ontwikkeld voor public health preventiewerk, in de zin van effectieve preventie en onderzoek, voor zover het over ziektepreventie en gezondheidsbevordering gaat. Op internationaal niveau worden in de *Standards of knowledge for the science of prevention* (Juni, 2011)⁷⁶ richtlijnen uitgewerkt voor preventie waar beleidsmakers, public health en sociaal werk professionals en onderzoekers zich bij de uitvoering van hun werk aan moeten houden. Deze richtlijnen zijn gebaseerd op interdisciplinaire theoretische kennis en inzichten, maar stoelen ook op ethische grondbeginselen (Society for Prevention Research, 2011, zie Tekstvak 4.3).

Het dienen van (sociale) rechtvaardigheid en het respecteren van de mensenrechten zodat preventie(onderzoek) ten goede komt van kwetsbare mensen en groepen zijn belangrijke uitgangspunten voor preventie. In onderstaand tekstkader worden enkele relevante richtlijnen van de preventiewetenschap belicht. Het gaat om punt 6 (ethische praktijken/verantwoording) en punt 12 (het bestrijden van sociale ongelijkheid door dit bij de wortels aan te pakken, tevens citaat aan het begin van H. 3). Ook begrippen als integriteit, respect en verantwoordelijkheid komen aan de orde.

Ook het Sociaal Werk in Nederland heeft een beroepscode (BPSW, 2021). Dit is een ethische richtlijn die professionals helpt bij de vraag: 'wanneer doe ik het goede'? Oftewel: de code formuleert wat binnen de beroepsgroep aanvaard wordt als de leidende beginselen van 'goed werk' (Canon Beroepsverenigingen Sociaal werk).

In een beroepscode staat het fundament van de beroepsethiek van een beroepsgroep beschreven. Het gaat om waarden, beginselen en normen die het handelen van de professional inspireren en richting geven. Een beroepscode ondersteunt professionals in hun dagelijkse werk, en bevordert de ethische bekwaamheid en het vermogen om zorgvuldige en doordachte besluiten te nemen. (BPSW, 2021, p. 5)

76 Een uitgave van de Society for Prevention Research, 1991-2011 zie ook: <http://www.preventionresearch.org/>

Standards of knowledge for the science of prevention

- 6: *'Ethical practices guide all aspects of prevention research and associated practices and processes. These include:*
 - *Beneficence and non-maleficence:* Prevention researchers seek to benefit vulnerable populations and to avoid causing harm.
 - *Fidelity and responsibility:* Prevention researchers establish relationships of trust with the targeted population, the population setting and the larger social context.
 - *Integrity:* Prevention researchers promote accuracy, honesty, and truthfulness in the science, teaching, and the practice of prevention science.
 - *Justice:* Prevention researchers recognize that fairness and justice entitle all persons to benefit from the contributions of prevention science. In addition, prevention researchers assure that all persons are treated equitably and are provided quality services in the conduct of their research.
 - *Respect for people's rights and dignity:* Prevention researchers respect the dignity and worth of all people, and the rights of individuals to privacy, confidentiality, and self-determination.'
- 12: *'Social Justice.* Social Justice is related to the Human Rights Movement and the 'Health as a Right' Movement. Social Justice is the ethical and moral imperative to understand why certain population subgroups have a disproportionate burden of disease, disability, and death, and to design and implement prevention programs and systems and policy changes to address the root causes of inequities.'

Bron: Society for Prevention Research (2011, pp. 5-6).

Goed werk leveren gaat niet alleen om handelen volgens theoretische kennis, maar ook volgens ethische codes en principes. In de beroepscode voor het Sociaal Werk wordt gesproken over 'ethische bekwaamheid' Dit gaat over professionele competenties en persoonlijke kwaliteiten en normen van professionals (zie verder H. 14). Door het hebben van een beroepscode of kwaliteitsstandaard (vaak gekoppeld aan een beroepsprofiel waarin de doelen en taken van de professional worden verhelderd) wordt het makkelijker het handelen van professionals te toetsen en cliënten of burgers in het algemeen een beeld te geven wat zij van een professional binnen een bepaald beroep mogen verwachten. De beroepscode is een richtlijn en richtlijnen kunnen door opleiding en ervaring geïnternaliseerd worden, maar vangen niet alle dilemma's af. Ethische dilemma's zijn er niet voor niets en deze refereren naar tal van complexiteiten inzake doelgroepen, situaties en contexten waarin het werk wordt uitgevoerd en waarbij de afwegingen en uiteindelijk keuzes de uitvoering en effectiviteit kunnen beïnvloeden. In bovenstaande formuleringen zien we ook de koppeling tussen de beroepscode en de normatieve professionalisering.

Normatieve professionalisering

De normatieve professionalisering verwijst niet naar één specifieke theorie in het bijzonder maar naar een verdiepende ethische en reflexieve houding in de dagelijkse praktijk van het werk van professionals. Volgens Kunneman (Robbesom, 2017) ligt het startpunt van de normatieve professionalisering bij de ‘trage vragen’ die binnen praktijken opkomen; vragen waarop het antwoord via wetenschappelijke weg of technologie soms niet makkelijk of helemaal niet te vinden is. Het gaat om ‘werk dat deugt en deugd doet’ (zie H. 3) en waar existentiële, normatieve maar ook praktische levensvragen ruimte krijgen. Deze vragen kunnen bijvoorbeeld gaan over de betekenis of juist de beperkingen van het werk voor mensen, over zingeving of over de complexiteit van menselijke relaties (tussen professionals of met cliënten) en het omgaan met macht daarbinnen. Ook andere bronnen dan de puur natuur- of sociaalwetenschappelijke, zoals de geesteswetenschappen (ethiek, filosofie, humanistiek, theologie), kunnen voor mensen houvast en inspiratie gevende bronnen zijn om antwoord op dergelijke vragen te vinden of om een leerproces rond dergelijke vragen op te starten, stelt Kunneman (ibid., pp. 83-90).

De normatieve professionalisering vraagt aandacht voor samenwerking tussen professionals en met cliënten of burgers, in een complexe en snel veranderende omgeving (zie H.3). Deze samenwerking staat dikwijls onder druk omdat de professionele logica van professionals bij het goed agenderen en uitvoeren van hun werk (omwille van het werk zelf), dikwijls botst met die van de ‘bureaucratie’ en ‘markt’ (Freidson, 2001). Ook tussen de public health en het sociaal werk is sprake van botsende logica’s. Ondanks de overeenkomsten tussen de werkvelden verschillen de uitgangspunten in het medisch model van het sociaal model. Dit kan tot onbegrip en wrijving leiden bij de samenwerking. Professionals werken binnen verschillende context-gerelateerde kaders en staan bloot aan verschillende belangen en spanningsvelden. Vaak zijn deze spanningen een gevolg van het werken binnen bepaalde machtsstructuren waar moeilijk aan te ontsnappen valt (Robbesom, 2017).

Waar de normatieve professionalisering vanaf het begin vooral ‘de mens’ centraal stelde vanuit een humanistische grondslag, is dat referentiekader de laatste jaren verbreed naar onze omgang met het klimaat, natuur en diersoorten. Het inzicht groeide gaandeweg dat mensen met hun ‘dikke ik leefwijze’ en consumptiepatroon de natuur, het klimaat en andere levensvormen schade toebrengen en zelfs vernietigen (Kunneman, 2005). Kunneman vraagt daarom aandacht voor de wijze waarop de mens als soort zich op constructieve wijze kan verbinden met deze andere levensvormen (Robbesom, 2017, p. 24). Tevens pleit hij voor een leefwijze waarbij het bevredigen van de eigen behoeften of het appél op individuele vrijheid niet meer leidend is maar

in een breder perspectief wordt geplaatst: een nieuw perspectief dat zingevend is en mogelijk een hoger doel dient (Taylor, 2016, p. 249).⁷⁷

Goed werk

Goed werk is binnen de normatieve professionalisering een dominant concept en verwijst aldus expliciet naar de vraag wat 'goed handelen' is van een professional in een gegeven situatie en binnen een gegeven context (Jacobs, 2008, p. 12). Hierbij wordt verwezen naar het maken van morele afwegingen bij het omgaan met vele dilemma's die deze professionals bij de dagelijkse uitvoering van hun werk tegenkomen. Het gaat om het bevorderen van de kwaliteit van het werk (bijvoorbeeld zorg verlenen) en het daarbij omgaan met en hanteren van meerdere invalshoeken, visies of 'spiegels' en kennisbronnen tegelijkertijd om te komen tot evenwichtige en doordachte besluiten, onder andere via een open dialoog (Jacobs, *ibid.*, p. 13, zie H. 10-12).

Normatieve professionaliteit vraagt om meerdere eigenschappen en specifieke competenties van professionals, zoals een kritisch bewustzijn, het erkennen en kunnen uithouden van complexiteit en onzekerheid, alsmede het kunnen omgaan met conflict en het daarbij begrenzen van jezelf en anderen (cf. Bolscher, 2020). Deze eigenschappen vragen om een reflexieve houding en met anderen in dialoog gaan. Maar soms ook – als de sociale rechtvaardigheid in het geding is – op de barricaden staan of het voeren van 'sociale actie' (Scholte, 2018). Kunneman (2013, p.23) heeft het – verwijzend naar het proefschrift van Jan van Ewijk (2013) – over 'waardig strijden', oftewel een 'waardige strijd die professionals moeten voeren wanneer ze in aanraking komen met 'botsende logica's'.

4.5. Kennisbronnen

In dit hoofdstuk zijn meerdere theorieën belicht die bij preventie een rol spelen en als kennisbron fungeren. Wil preventie haar multidisciplinaire karakter trouw zijn en blijven dan zal zij ook andere theorieën en kennisbronnen moeten omarmen of op zijn minst gaan ontdekken en erkennen. Theorieën zijn van belang voor professionals en voor een deel leidend voor hun handelen. Andersom zijn inzichten en ervaringen van cliënten en professionals in praktijken van belang voor de theorievorming. Dit verandert een continu leerproces en 'double-' en 'triple-loop learning'⁷⁸ waarin

77 zie ook H. 9 voor meer aandacht voor dit perspectief maar ook zie bijvoorbeeld ook het pleidooi voor 'eco-sociaal werk' van De Brabander et al., 2022).

78 Double en triple-loop learning zijn begrippen uit de complexiteitstheorie en veronderstellen een continue en reflectief proces van leren. Double loop learning vereist gebruik maken van verschillende kennisbronnen die met elkaar worden geconfronteerd. Van Der Laan noemde dat ooit 'leren van gevallen' (zie Van Ewijk, 2014, p. 133). Triple loop learning vraagt om reflectief vragen stellen en diepe nieuwsgierigheid naar wat gaande is of op het spel staat. Het daagt vooroordelen uit en tart blinde vlekken een gaat naar het hart van de zaak, de motivatie, drijfveren en beweegredenen van mensen. Zie <https://www.listeningpartnership.com/insight/discover-the-power-of-single-double-and-triple-loop-learning/>

reflectie op het eigen handelen en dat van anderen een belangrijk uitgangspunt is, waarbij assumpties diepgaand onderzocht worden en steeds nieuwe wegen verkend worden. Wat in dit hoofdstuk duidelijk wordt is dat er verschillende kennisbronnen bestaan waaruit professionals kunnen putten. Dit is vooral van belang voor professionals die in de (preventie)praktijk met heel verschillende situaties, mensen en problemen geconfronteerd worden. Van belang is het vinden van een goede balans tussen verschillende kennisbronnen. Een speciale uitdaging voor professionals in de moderne tijd is de vraag hoe zich te verhouden in de dagelijkse praktijk tussen al die – zich telkens ontwikkelende – kennisbronnen. Want hoe zijn deze vormen van kennis te controleren en te organiseren (cf. Freidson, 2001)?

Kunneman (2017) onderscheidt in zijn werk drie modi van kennis die niet alleen onderscheidend zijn maar ook met elkaar zijn verweven. Voor de eerste twee modi verwijst hij naar Gibbons en Noworny. De derde kennismodus voegde hij zelf toe. Zie onderstaand Tekstvak 4.4.

Tekstvak 4.4

Kennismodi

Drie kennismodi

Modus 1 kennis staat voor het positivistische (academische) wetenschapsmodel, waarbij gezocht wordt naar universeel geldende kennis of 'waarheidsclaims' die via hypothesen getoetst worden op validiteit. De ontwikkelingen van deze vorm van kennis vindt vaak binnen wetenschapsdisciplines plaats volgens vooraf bepaalde wetenschappelijke standaarden en domineert sinds lange tijd het wetenschappelijke debat.

Modus 2 kennis staat voor kennis met een meer pragmatische inslag, onder andere van belang voor het vinden van adequate oplossingen voor praktische vragen die op het niveau van de samenleving spelen. Veel praktische vragen in de samenleving (bv. Hoe ga je om met stijgend water in Nederland) los je alleen op via een multidisciplinaire aanpak. Vaak zijn het bedrijfsleven en maatschappelijke stakeholders (die ook belangen hebben en mee financieren) betrokken bij deze vorm van onderzoek. Deze betrokkenheid van verschillende partijen impliceert ook een verschil in waarheidsclaims of interpretaties van de waarheid.

Modus 3 kennis staat voor kennis die nodig is voor het aanvliegen van vragen die een moreel maatgevend karakter hebben van waarden en de onderliggende zingevingskaders met het oog op context-gebonden vragen en problemen die in modus twee in het geding zijn.

Bron: Kunneman (2017).

Achter dit anders kijken naar kennis schuilt ook een andere kijk op onderzoek doen. Vooral kwalitatief (narratief) onderzoek en participerend actie-onderzoek, waar sprake is van 'co-creatie', zijn geschikt om te zoeken naar vragen op het niveau van modi 2 en 3. Hier kom ik in de rest van dit boek nog op terug (zie onder andere vanaf H. 9).

4.6. Beschouwing: enkele observaties over theorieën aangaande preventie en over botsende logica's

In dit hoofdstuk zijn verschillende theorieën en bijbehorende logica's van denken en handelen over preventie aan de orde geweest. Deze theorieën overlappen elkaar soms en maken zelfs onderdeel van elkaar uit maar er zijn ook verschillen die opvallen in de denk- en handelingswijzen die eronder schuil gaan. Denk aan het verschil tussen de positivistische logica die uitgaat van (overeengekomen) objectieve feiten en voorspelbaarheid (met bijbehorende waarheidsclaims). Of denk aan de meer praktische sociale logica waar toepasbaarheid in de praktijk centraal staat (maar men ook rekenschap moet geven van context, complexiteit en verschil in interpretatie). En tot slot aan de ethische of normatieve logica waar waarden en normen en betekenisgeving centraal staan. Het gaat in de normatieve professionalisering en ethiek om pluriforme 'waarheden' die nooit geclaimd kunnen worden. Kunneman (2017) spreekt in dit opzicht overigens niet graag van logica's maar – naar Gibbons en Nowotny – liever van drie modi in soorten kennisbronnen, die elkaar overigens niet uitsluiten en vooral in combinatie met elkaar meerwaarde hebben.

Hieronder licht ik een aantal belangrijke verschillen tussen de 'preventielogica's' en het benutten van kennisbronnen (theorie), voor zover die van belang zijn voor preventie, nog iets dieper toe:

- Het *eerste punt* is dat in verschillende werkvelden anders naar kwetsbaarheid wordt gekeken. De gezondheidsbevordering (public health domein) beschouwt kwetsbaarheid primair als '*gebrekkige besluitvorming*' van mensen die keuzevrijheid hebben als het om hun eigen gedrag gaat. Het sociaal werk (sociaal domein) ziet kwetsbaarheid enerzijds als '*gebrekkige interactie en participatie*' van mensen die zijn vastgelopen in het leven waar complexiteit troef is. Anderzijds ziet zij kwetsbaarheid als een gevolg van een gebrekkig functionerende en vaak onrechtvaardige samenleving die groepen mensen benadeelt. Vanuit de ethiek en normatieve professionalisering kan kwetsbaarheid onder andere gezien worden als een tekortschietend moreel besef (niet meer weten wat goed of kwaad is) en gebrek aan reflectie op het eigen handelen en de gevolgen daarvan. Dit tekortschietend moreel besef betreft niet alleen individuen maar ook het handelen van vertegenwoordigers van instituties. Gebrek aan moreel besef bedreigt ook niet alleen de gezondheid of het welzijn van individuen of groepen mensen: het welzijn van het ecosysteem als geheel staat op het spel.

- Het *tweede punt* waar ik bij stil wil staan betreft de andere kijk op *oorzaak-gevolgrelaties* en *maakbaarheid* en de betekenis hiervan voor preventie. De public health moet het hebben van eenduidige oorzaak-gevolg relaties en voorspelbaarheid wil preventie effectief kunnen zijn. In het sociaal werk en binnen de normatieve professionalisering start preventie (van erger) vaak daar waar de meervoudige complexiteit, onvoorspelbaarheid en onzekerheid zijn intrede doet en problemen zich niet direct laten oplossen. Door acceptatie en het doordenken van de consequenties daarvan op het professioneel handelen kan enerzijds voorkomen worden dat problemen die er al zijn verergeren en kan anderzijds worden bevorderd dat kansen voor het bevorderen van het potentieel van mensen, gemeenschappen en de samenleving worden benut.
- Mijn derde *punt* dat uit de voorgaande punten voortvloeit betreft het niveau en aangrijpingspunt van preventief handelen. Binnen de public health richt preventie zich primair op gedragsverandering van individuen (microniveau) of populaties (mesoniveau) bij wie de besluitvorming correctie nodig heeft en op het veranderen van de (leef)omgeving, zodat gezond gedrag makkelijk gedrag wordt. Hierbij wordt veel geput uit de epidemiologie en de gedragswetenschap (modus 1 kennis). In het sociaal werk wordt juist aandacht besteed aan het verbeteren van het sociaal functioneren van mensen en (relationele) veranderingen in persoonlijke en sociale omgeving, de gemeenschap of de samenleving (macroniveau), die mogelijk niet alle mensen gelijke kansen biedt en tot vele praktische en existentiële vragen leidt. Hierbij wordt vooral gebruik gemaakt van modus 2 en 3 kennis. Dit laat onverlet dat in het sociaal werk wordt geëxperimenteerd met het ‘evidence based’ gronden van methodieken, hoe lastig dat soms ook is. De ethiek en normatieve professionalisering hebben meerwaarde voor beide vormen van preventie omdat zij (trage) vragen stellen over de ‘juistheid’ van het eigen, professioneel of politiek handelen en aanstuurt op (gemeenschappelijke) reflectie op die vragen. Hier gaat het om het aanboren van morele kennisbronnen of het inzetten van modus 3 kennis.

De ethiek en de normatieve professionalisering reiken aan professionals in beide werkvelden als het ware handvatten aan om ‘goed (preventie)werk’ te verrichten. Integer professioneel handelen en het hebben van een reflectieve mindset zijn daarbij belangrijke richtlijnen of vereisten. De vraag is in hoeverre de preventiewetenschap, met de ‘papieren’ beloften van de beroepscodes en de uitgebreide kwaliteitsstandaarden voor preventie in de public health en het sociaal werk én de verdiepende inzichten van de normatieve professionalisering, professionals voldoende hulpbronnen en handvatten biedt in de weerbarstige preventiepraktijk of dat er meer nodig is. Hier ga ik in de volgende hoofdstukken van dit proefschrift verder dieper op in.

Deelvragen 1 en 2: Het public health discours en beleid

De volgende hoofdstukken 5 t/m 8 zijn gericht op de beantwoording van de deelvragen 1 en 2.

1. *Hoe is het public health preventiediscours en – beleid in Nederland vanuit de historie (internationaal, nationaal) te begrijpen?*
2. *Welke ontwikkelingen, dominante discussies en wetgeving hebben bijgedragen aan het public health preventiebeleid gericht op het verkleinen van de gezondheidsverschillen?*

Introductie: hoofdstukken 1-4

Inleiding, probleemstelling, hoofdvraagstelling en deelvragen, begripsdefiniëring, ontwerp van het onderzoek en theoretische inkadering

Deelvragen 1 en 2: hoofdstukken 5-8

Algemene verkenning van de public health (geschiedenis, beleid en praktijk over veertig jaar)

Deelvragen 3 en 4: hoofdstukken 9-14

Zoeklichten ter verdieping op en verrijking van preventie vanuit de ethiek/filosofie, de COVID-19 pandemie en het sociaal werk

Conclusie: hoofdstuk 15 en epiloog

Beantwoording hoofdvraagstelling en deelvragen, discussie en reflectie op het onderzoek, en nabeschuiving

5. De ontwikkeling van de Public Health in Nederland (1800-2000)

*To ward off disease or recover health men as a rule find it
easier to depend on healers,
than to attempt the difficult task of living wisely.*

Dubos, 1959

5.1. Inleiding

De public health in Nederland kent een lange geschiedenis die nauw is verbonden met de ontwikkelingen in andere Angelsaksische landen. Het doel van dit hoofdstuk is te begrijpen waar het dominante preventiediscours in Nederland vandaan komt. Wat is het vocabulaire, welke begrippen staan centraal en waar is het op gericht geweest?

Opbouw hoofdstukken 5, 6 en 7

De hoofdstukken 5, 6 en 7 zijn aan elkaar verbonden. In hoofdstuk 5 richt ik me meer in het algemeen op de achtergrond en ontwikkeling van de belangrijkste kenmerken van de public health vanaf de 18de eeuw. De stijl van dit hoofdstuk is beschrijvend van aard. Ik richt mijn zoeklicht op de visies die vanaf de 18de eeuw onderliggend waren bij pogingen de gezondheidstoestand van individu en samenleving te verbeteren en de personen en instanties die hierbij betrokken waren. Ik vraag me daarbij af hoe deze visies veranderden in de tijd binnen de zich evoluerende politieke en economische context in Nederland en Europa en tot welke ontwikkelingen dit aanleiding gaf. In het tweede deel van dit hoofdstuk trek ik deze beknopte beschouwing door naar de ontwikkeling van enkele belangrijke kenmerken van de public health in Nederland. In hoofdstuk 6 bouw ik voort op de inhoud van dit hoofdstuk en verdiep ik me in de relatie tussen de public health en 'health equity'. In hoofdstuk 7 ga ik dieper in op het public health beleid in Nederland van 1975 tot 2000.

Werkwijze

Gezien de grote hoeveelheid publicaties over dit onderwerp beperk ik mij in dit hoofdstuk tot een klein aantal overzichtsartikelen en publicaties over de geschiedenis van de public health in Europa en Nederland. Voor de beschrijving van relevante mijlpalen in de geschiedenis van de public health in Nederland en Europa heb ik enkele artikelen van Mackenbach⁷⁹ als basis genomen. Mackenbach – die lange tijd als hoogleraar Public Health en Epidemiologie aan de Erasmusuniversiteit was verbonden – kan als specialist op dit onderwerp in Nederland worden beschouwd. Deze artikelen en zijn in 2020 gepubliceerde overzicht *A History of Population Health. Rise and fall of disease in Europe* verschaften me een goed beeld van de kenmerken en verworvenheden van de public health in Europa. Uitgaande van mijn vraagstelling heb ik via een sneeuwbalmethode (zie H. 2) andere Nederlandstalige publicaties als bron⁸⁰ gebruikt. Denk aan het indrukwekkende werk van Houwaart (*Hygiënist in Nederland*), het werk van Mooij (*De strijd tegen de infectieziekten*), Israëls en Mooij (*Honderd jaar GGD Amsterdam*) maar ook de kritische artikelen van Saan en De Haes (*50 jaar GVO en gezondheidsbevordering*), Van Doldron (*Over het realiteitsgehalte van*

⁷⁹ Zie voetnoot 41.

⁸⁰ Zie voor de volledige referenties de literatuurlijst.

een (gemeentelijk) preventief volksgezondheidsbeleid) en de dissertatie van Huige (*Van Kruiswerk tot Thuiszorg*).

Om beter te begrijpen welke lessen te leren zijn van de uitbraak van de infectieziekten, die in het verleden in Europa en de USA verantwoordelijk waren voor grote ziektelast en sterfte, heb ik recente publicaties over de uitbraak van pandemieën bestudeerd. Onder andere het boek van Honigsbaum (*The Pandemic Century*) en van Henderson (*Florence Under Siege. Surviving Plague in an Early Modern City*). Daarnaast verwijs ik naar enkele internationale en klassieke publicaties en naslagwerken van Dubos (*A mirage of health*), Rose (*A Strategy of Preventive Medicine*) en Rosen (*History of Public Health*) en enkele WHO referenties die inzage geven in het public health beleid in Europa.

5.2. De ontwikkeling van het public health-model in vier fasen

De ontwikkeling van de publieke gezondheid in Nederland kan volgens Mackenbach (2009; 2022) in een aantal perioden ingedeeld worden: 1) de publieke hygiëne (18de en 19de eeuw), 2) de gezondheidsleer (eerste decennia van de 20ste eeuw), 3) de sociale geneeskunde (midden van de 20ste eeuw tot ongeveer 1990) en 4) de (*new*) *public health* naar Angelsaksisch model (eind 20ste- begin 21ste eeuw). De ontwikkelingen in Nederland waren voor een groot deel geïnspireerd op de ontwikkelingen in de omringende landen, zoals in Frankrijk, Duitsland en Engeland, waar Nederland iets bij achter liep. Hieronder worden belangrijke ontwikkelingen in genoemde perioden toegelicht met de focus op Nederland. Waar relevant krijgen ook andere Europese landen aandacht.

5.2.1. De publieke hygiëne (18de en 19de eeuw)

Besmettelijke ziekten jagen sinds de oudheid mensen vrees aan en de eerste preventieve maatregelen zijn dan ook al sindsdien herkenbaar. In het Oude Testament staan al verwijzingen naar het isoleren van melaatsen. Vanaf de Middeleeuwen nam het aantal infectieziekten snel toe en wegens gebrek aan kennis en medicijnen kostten deze steeds meer mensenlevens. De pest was in de 14de eeuw verantwoordelijk voor de sterfte van meer dan een kwart van de Europese bevolking (Mooij, 2007; Honigsbaum, 2019; Henderson, 2019). Deze ziekte stak in Europa opnieuw de kop op medio 17de eeuw en was onder andere meegenomen en snel verspreid door rondtrekkende soldaten en handelaren. De pest heeft daarna in verschillende uitbraken miljoenen slachtoffers geëist, allereerst en vooral in Italië, maar later ook in Engeland en andere landen van Europa. Niet alleen de pest, maar ook andere infectieziekten joegen veel mensen schrik aan. In de 17de en 18de eeuw was de kindersterfte als gevolg van infectieziekten, zoals roodvonk, tyfus, dysenterie, difterie, enorm. Anekdotisch is de beschrijving van 't Hart in 2018 over het leven van de componist Bach (1685 – 1750): 10 van zijn 20 kinderen stierven op jonge leeftijd, een aantal daarvan stierf aan de geheimzinnige 'hete koorts'

als gevolg van een besmettelijke ziekte. In die tijd was het vaak niet duidelijk welke ziekte het betrof en effectieve medicatie ontbrak ('t Hart, 2018). In de 19de eeuw stuwden onder andere de mazelen en cholera de sterftcijfers omhoog. Bekend uit die tijd is het verhaal van John Snow die in 1854 de relatie legde tussen een besmette waterput en de verwoestende uitbraak van cholera in de wijk Soho in Londen (Mackenbach, 2009b).⁸¹

De eerste collectieve maatregelen van de publieke gezondheid, zoals vroege identificatie van de zieken, het snel in isolatie brengen en het opleggen van gedwongen quarantaine, stammen van voor de Middeleeuwen. Vooral Italië liep hierbij voorop. Van het sluiten van de grenzen (*cordon sanitaire*) en inrichten van isolatiehuizen (*Lazaretto's*) zijn beschrijvingen bekend vanaf 1350 (Henderson, 2019). De collectieve aanpak die, met name in de 'pest-jaren' in de 17de eeuw onder andere door Italiaanse armenartsen werd ontwikkeld ter preventie en bestrijding van deze zeer besmettelijke ziekte, leverde een eerste sjabloon voor de publieke gezondheidszorg op (ibid., p. 2; Mackenbach, 2009b). Onder andere de vorming van gezondheidsraden in steden en districten maar ook sanitaire maatregelen en het 'reinigen van armenwijken' bleek effectief te zijn. In deze tijd werd de eerste relatie gelegd tussen infectieziekten, de (ziekmakende) omgeving en armoede (Henderson, 2019; p. 59). Op dit sjabloon bouwden de hygiënisten vele decennia later voort bij de uitbraak van de cholera (Houwaart, 1991, p. 118). Evenwel duurde het tot de tweede helft van de 19de eeuw voordat in alle Europese landen sprake was van structurele aandacht voor de publieke gezondheidszorg.

Einde 18de eeuw - eerste helft 19de eeuw: Europa

De werkwijze van de publieke hygiëne kreeg in de loop van de 18de en 19de eeuw vorm dankzij belangrijke voorlopers van de hygiënisten in (West-)Europa. In Frankrijk waren dit onder andere Jean-Noël Hallé (1754-1822), Alexandre Parent-Duchâtelet (1790-1836) en Louis-René Villermé (1782-1863). In Duitsland waren dit naast Johann Peter Frank (1745-1821) ook Max von Pettenkofer (1818-1901) en Rudolf Virchow (1821-1902). In Engeland was Edwin Chadwick (1800-1890) een bekende '*sanitary reformer*' en in Italië Alfonso Corradi (1833-1892).

Volgens Mackenbach (2009b) moet voor de meer structurele aanpak van public health aan het begin van de 19de eeuw vooral naar Frankrijk worden gekeken: "In die tijd begon men in te zien dat er zo iets was als een hygiëne van de publieke ruimte, waarvoor men ook in een niet-autoritaire staatsvorm gezamenlijk verantwoordelijkheid kon nemen." (p. 217). In Parijs werden al in 1631 de eerste decreten uitgevaardigd voor het bouwen van pesthuizen en de oprichting van gezondheidsraden, al gebeurde dit nog niet op grote schaal (Henderson, 2019). Het was de Franse arts-filosoof en naturalist Virey (1775-1846) die in zijn *L'Hygiène Philosophique* (1820) schreef dat de mens in principe in staat was – met zijn '*natuurlijke instincten*' – zich aan te passen aan de bronnen en gevaren van zijn omgeving ('*net als wilde beesten*') maar zijn instinct om gezond te leven

81 Snow staat sindsdien te boek als de 'founder of epidemiology'.

was kwijtgeraakt. Het was aan de wetenschap om de mens mogelijk weer meer wijsheid bij te brengen (Dubos, 1993, p. 19). Aan het begin van de 19de eeuw werd onder andere in Frankrijk gestart met empirisch onderzoek om de rol van omgevingsdeterminanten te onderzoeken (Mackenbach, 2009b).

De arts Villermé legde in 1828, als een van de eersten, middels een gedocumenteerd onderzoek naar de ziekte- en sterftcijfers onder textiel fabrieksarbeiders en in enkele wijken in Parijs, het verband tussen ziekte en armoede. Chadwick benutte dit onderzoek om in Engeland zijn eigen pleidooi voor public health maatregelen kracht bij te zetten (Rosen, 1993). In Duitsland was het staatsingrijpen zeer dominant. Daar was men einde 18de eeuw – mede dankzij de ijverige inspanningen van de Duitse arts Frank – onder de invloed van de paternalistische ‘*Medischen Polizei*’.⁸² Deze ‘*Polizei*’ dwong gezond gedrag in de openbare ruimten op autoritaire wijze af met strenge regels. Frank was ervan overtuigd dat niet alleen fysieke factoren maar ook de sociale omgeving, armoede en excessief theaterbezoek de mens ziek maakten (Dubos, 1993). Medio 19de eeuw waren in Engeland en Wales de *sanitary reformers* mede verantwoordelijk voor de invoering van de eerste *Public Health Act* (1848, in 1875 volgde de tweede versie). Vanaf dat moment was daar voor het eerst sprake van een systematische aandacht voor de publieke gezondheid (Mackenbach, 2009b; Rosen, 1993, zie Tekstvak 5.1).

Tekstvak 5.1

Kenmerken publieke hygiëne

De belangrijkste basiskenmerken van de publieke hygiëne

Systematisch: met behulp van systematisch onderzoek, in het bijzonder kwantitatieve analyses van ziekte- en sterftcijfers, worden de oorzaken van ziekten opgespoord.

Meerdere oorzaken in de omgeving: deze oorzaken worden vooral gezocht in ongunstige omgevingsfactoren, van fysieke en sociaaleconomische aard.

Proactief: deze oorzaken worden proactief aangepakt door middel van maatregelen gericht op bescherming van de hele bevolking. Hierbij staan vooral het informeren van de bevolking, vroege opsporing van nieuwe gevallen, quarantaine en hygiënemaatregelen maar ook het snel afvoeren en (destijds) buiten de stad begraven van de overledenen centraal.

Collectief: deze maatregelen worden gezien als een collectieve verantwoordelijkheid, die ingrijpen van de overheid, in het bijzonder de gemeente, vereist, die daarvoor moet kunnen beschikken over de benodigde juridische en financiële bevoegdheden.

Bron: Mackenbach (2009b, p. 5).

82 In Nederland nam men deze term over voor een afdeling op het Ministerie van Binnenlandse zaken aan het einde van de 19de eeuw (zie Houwaart, p. 226)

Tweede helft 19de eeuw: de hygiënisten in Nederland

In de Angelsaksische landen was de term maar ook het concept ‘public health’ (als wetenschap) eerder in gebruik dan in Nederland. Ons land kende in de 19de eeuw de *openbare hygiëne* en *gezondheidsleer*. De *sociale geneeskunde* stamt als wetenschappelijke tak van de geneeskunde uit de eeuw daarna (Mackenbach, 2003; 2009b; 2012). Echter, beide disciplines – zowel de public health en de sociale geneeskunde – zijn geworteld in de steeds sterker wordende beweging van de sanitaire hervormers (de ‘hygiënisten’) van de 19de eeuw. Net als in de Angelsaksische landen waren de hygiënisten in Nederland veelal sociaal bewogen artsen die de aandacht vestigden op de erbarmelijke omstandigheden waarin mensen leefden, die als oorzaak van vele besmettelijke ziekten onder vooral de armen werden gezien (Mackenbach, 2009a; Rosen, 1993). Bekende hygiënisten in Nederland waren onder andere: Jan Pieter Heije (1809-1876), Samuel Sarphati (1813-1866), Levi Ali Cohen (1817-1889), Jacobus Penn (1821-1890), Abraham H. Israëls (1822-1883) en Rudolf H. Saltet (1853-1927) (zie Houwaart, 1991, p. 326 voor een overzicht).

De eerste tekenen van de hygiënisten-beweging in Nederland dateren van voor het jaar 1850 (Mackenbach, 2003, 2009; Houwaart, 1991). Ten gevolge van de snel opkomende verstedelijking en industrialisaties verslechterde de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking, met name in de steden, en daalde de levensverwachting. Een groep bevlogen artsen trok zich het lot van vooral veel arme mensen aan die niet bij machte waren zelf in opstand te komen voor betere leef- en arbeidsomstandigheden. De artsen waren vooral misnoegd over het uitblijven van een sterk geneeskundig staatsbestuur. Zij vonden dat de staat meer verantwoordelijkheid moest nemen.

In 1849 werd de Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst (NMG) opgericht (Houwaart, 1991) met aanvankelijk als voornaamste doel geneeskundigen in plaatselijke afdelingen te organiseren onder aansturing van een landelijk bestuur. Het idee was dat zodoende de kwaliteit van de geneeskunde op brede schaal kon worden bevorderd. De oprichting van de NMG markeerde een lange strijd van geneeskundigen om geneeskunde als volwaardige wetenschap te erkennen en te onderscheiden. Deze strijd was ook nodig om kwakzalvers en onbevoegde heelmeeesters van de geneeskunde uit te sluiten. De openbare hygiëne was vanuit het oogpunt van de ‘praeventie’ van begin af aan een van de aandachtspunten van de NMG. De onuitputtelijke bemoeienissen van de arts-hygiënisten leidde in 1865 tot de vier Geneeskundige wetten van Thorbecke⁸³ en tot de oprichting van het Geneeskundig Staatstoezicht. Beide gebeurtenissen hadden een belangrijke invloed op de organisatie van de openbare hygiëne in Nederland. De verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid werd bij de lagere overheid gelegd, maar de staat organiseerde

83 De Wet inzake het geneeskundig staatstoezicht, De Wet inzake de voorwaarden tot verkrijging der bevoegdheid van de geneeskundige, apotheker, hulpapotheker, leerling-apotheker en vroedvrouw; de Wet inzake de uitoefening der geneeskunst en de Wet inzake de uitoefening der arts-enij-bereidkunst.

het toezicht. Helaas maakte deze wetten geen einde aan de strijd tussen de voor- en tegenstanders van staatsinvloed.

Uit het uitgebreide geschiedkundige onderzoek van Houwaart (1991) naar de hygiënisten-beweging blijkt dat de Nederlandse hygiënisten de ontwikkelingen in de omringende landen op de voet volgden en daarvan overnamen van wat zij dachten dat paste bij de Nederlands volksaard en het staatsbestel. Zo waren de wetten van Thorbecke wel geïnspireerd door maar niet gemodelleerd naar de invoering van de *Public Health Act* (1848) in Engeland. Thorbecke vond dat model niet passen bij het staatsbestel in Nederland. De *Public Health Act* gaf vooral de centrale staat veel macht om in te grijpen (in Engeland bestond geen stelsel van goed werkende gemeentebesturen). In Nederland werd een dergelijke macht voor de staat niet wenselijk gevonden. Thorbecke wilde met zijn wetgeving de bevoegdheden en de autonomie van de lagere overheid behouden en versterken. Toch vond hij enige invloed door toezicht van de staat wel wenselijk, zeker als het 'belang van het geheel' in het geding was.

Het relaas van Houwaart geeft de indruk van een zeer dynamische en productieve tijd en van enorme inspanningen en pleitbezorging van de hygiënisten (we zouden het nu lobby noemen) voor de publieke zaak. Deze pleitbezorging was vooral gericht op sanitaire maatregelen en de ontwikkeling van tal van voorzieningen binnen de gezondheidszorg om epidemieën tegen te gaan en de kindersterfte terug te dringen. Vooral de bestaande sociale ongelijkheid in gezondheid baarde de hygiënisten zorgen en dit had volgens hen politieke implicaties. Onder invloed van toenemende kennis en hernieuwde waarden, mede als gevolg van de Verlichting en aandacht voor de rede als tegenhanger van het geloof, kon men vroegtijdige sterfte aan ziekten niet langer accepteren. Veel ziekten waren immers met eenvoudige voorzorgsmaatregelen te voorkomen. Dat men politieke actie noodzakelijk vond had overigens niet alleen te maken met menslievendheid of empathie, maar vooral met de economische kosten. Elke zieke of dode arbeider kostte immers geld. Daarnaast speelde lijfsbehoud een rol, ziekten troffen ook de goede middenklasse en de elite, zij het in mindere mate.

Het rationele betoog gericht op het voorkomen van ziekten en het verbeteren van de leefcondities van de 'armen' was echter niet voor iedereen vanzelfsprekend. Hoewel men de noodzaak van strenge maatregelen (onder centrale regie) gaandeweg inzag, druisten deze ook in tegen nieuwe liberale waarden van vrije handel en lokale autonomie in een tijd van opkomend kapitalisme. Artsen, handelaren en lokale gezaghebbers lieten zich niet graag de wet voorschrijven. Rosen (1993) heeft het hier over een lastige paradox die in die tijd de public health in Engeland maar ook in andere Europese landen flinke discussie opleverde.⁸⁴ Veelzeggend is zijn betoog over de doctrine van de filosofische noodzaak (*the doctrine of philosophical necessity*) van Joseph Priestly in Engeland. Deze doctrine gaat gepaard met een sterk geloof in de natuurlijke orde van de maatschappij. Elke poging om de sociale orde of sociale processen te beïnvloeden

84 Zie voor de beschrijving van een soortgelijke strijd in Nederland Houwaart, 1991, pp. 115-117.

werd als tegennatuurlijk beschouwd. Armoede en luiheid zouden alleen te lijf kunnen worden gegaan door rede en noodzaak en niet door steun aan de armen (Rosen, 1993, pp. 109-126). Deze doctrine was ook Nederland niet onbekend (zie paragraaf 5.2.2.).

Houwaart geeft inzicht in de ‘botsende idealen’ en grote belangenstrijd tussen verschillende religieuze, professionele en politieke groeperingen (de overheid, de adel, artsen en de burgerij) binnen het sterk verzuilde Nederland en binnen de context van een zich vormende staat, die aan het einde van de 19de eeuw al een tijdje in crisis verkeerde. Aandacht vragen voor de publieke zaak ging, in die tijd, bepaald niet zonder slag of stoot en er was dan ook sprake van een langzaam proces met vele patstellingen tussen voor- en tegenstanders van voorgestelde maatregelen, zoals het oprichten van gezondheidscommissies in de grote steden (Houwaart, 1991). Van belang in het betoog van Houwaart is de context van het denken waarin dergelijke zorgen over de gezondheid van de mens liever aan moreel verval gekoppeld werden dan aan slechte leefomstandigheden, waar in principe en vaak redelijk eenvoudig iets aan gedaan kon worden. Infectieziekten, zoals cholera, pokken en tyfus, werden in die jaren door velen – vooral door de liberalen – gezien als een gevolg van het losbandige zedeloze leven en zich niet aan de leefregels houdende onaangepaste individuen (zie ook Israëls & Mooij, 2001). Henderson (2019) heeft het over vijandschap (‘hostility’) die de armen ten deel viel. De armen werden als oorzaak gezien van deze gruwelijke ziekten, die dikwijls resulteerden in een zeer onplezierige dood.

Tot aan de invoering van de Gemeentewet in 1852 en de Geneeskundige wet in 1865 is bovenstaande visie van invloed geweest op het feit dat de staat in die jaren lange tijd weinig deed om het lot van haar onderdanen te verbeteren. Ondanks dat afspraken op papier werden vastgelegd was er lang sprake van een laissez-faire houding, die ook in de omringende landen het beeld bepaalde. De armenzorg bleef daarom nog lang een zaak voor de kerken en voor enkele actieve lokale besturen en van particulieren (notabelen) die zich het lot van de armen (‘paupers’) aantrokken. Geneeskundigen waren zeker tot medio 19de eeuw vooral bezig met de ergste nood te lenigen en de ‘arme’ te helpen zijn levenswandel te verbeteren maar ook om hen deugd en plichtsgevoel bij te brengen (Houwaart, 1991; cf. Israëls & Mooij, 2001). In de 19de eeuw lag de nadruk dan ook voornamelijk op het individu, die ziekte en rampspoed vooral aan zichzelf te danken had, en minder op verandering van de samenleving als geheel. Daarin verschilde Nederland van andere landen zoals Engeland en Frankrijk, waar grote hervormingen op samenlevingsniveau – mede dankszij het werk van de hygiënisten – al veel eerder aan de orde waren. In Nederland bleef het tot ongeveer 1870 bij kleine veranderingen en enkele noodmaatregelen. Volgens Houwaarts analyse was het thema ‘volksgezondheid’ niet in trek bij de burgerij en de lokale besturen. Politici en private ondernemers in Nederland handelden en investeerden in de regel pas liever als de nood echt aan de man was.

In 1896 werd het Nederlands Congres voor Openbare Gezondheidsregeling opgericht.⁸⁵ Een deel van de openbare gezondheidszorg was vanaf dat moment gericht op het verbeteren van de arbeids- en leefomstandigheden van mensen. Uiteindelijk legde de toegenomen (wetenschappelijke) kennis over infectieziekten en epidemieën en de mogelijkheden deze te bestrijden en te voorkomen de basis onder de openbare hygiëne (zie Van Noord, 2016). Lange tijd bleef de kennis echter beperkt tot een groep bevoegen artsen. Pas bij de invoering van de eerste Gezondheidswet in 1901 lukte het de hygiënisten om een aantal belangrijke hervormingen in de gezondheidszorg in heel Nederland tot stand te brengen (Mackenbach, 2009b; cf. Huisman & Oosterhuis, 2014).

5.2.2. De gezondheidsleer (19de eeuw - begin 20ste eeuw)

In de 19de eeuw berustten de denkbbeelden van de gezondheid van de mens en de geneeskunde op een *humanistisch gezondheidsmodel*. Waar eerst religieuze opvattingen overheersten (ziekte als de straf van God) ontwikkelde dit humanistische gezondheidsmodel zich en kreeg het de betekenis van een rationele ordening van terreinen “waar de mens vrij is om te kiezen hoe hij het ‘goede leven’ in het algemeen en zijn gezondheid in het bijzonder kan nastreven” (Houwaart, 1991, p. 50). Deze opvatting berustte op drie kernvoorwaarden voor de gezondheid waaronder 1) lichamelijke (aangeboren) functies en componenten waar de mens geen invloed op kan uitoefenen, 2) de juiste beheersing van lichaamsfuncties waar de mens wel invloed op kan uitoefenen en 3) het creëren van optimale omstandigheden van het leefmilieu. Bij de laatste kernvoorwaarde was de veronderstelling dat de mens weliswaar niet alle leefcondities in de hand heeft (denk aan natuurrampen) maar wel in staat is de omgeving zo in te richten dat deze zo optimaal mogelijk de gezondheid ten goede komt.

Met name de kernvoorwaarden ‘beheersing van de lichaamsfuncties’ en het ‘creëren van optimale omstandigheden van het leefmilieu’ vormden de basis van de (rationele) *gezondheidsleer* en positivistische denkwijze met een grote rol voor de wetenschap die ook nu nog de public health kenmerkt. Vooral de ‘juiste beheersing van de lichaamsfuncties’ krijgt een steeds belangrijker rol in het normen- en waardenstelsel van de 19de eeuw. Houwaart (1991, p. 50): “Staan matigheid, kuisheid, zelfbeheersing, redelijkheid en werkzaamheid voor gezondheid, het tegendeel van deze gedragingen staan voor ziekte: onmatigheid, onkuisheid, controleverlies, dwaasheid, morsigheid en werkeloosheid.”

Gezondheid werd in de 19de eeuw als een belangrijke voorwaarde voor individueel geluk en succes gezien en gekoppeld aan waarden en deugden, zoals nijverheid en rechtschapenheid en participatie in de samenleving. Dit hing ook samen met de toenemende invloed van de al in 1784 opgerichte Maatschappij tot Nut van ‘t Algemeen, stelt Houwaart (1991). Het doel van deze maatschappij was voorlichting aan het ‘volk’

85 Deze instantie organiseert nog steeds jaarlijks (met andere instanties) een congres over de openbare gezondheidszorg.

(de volksklasse wiens cultuur ‘gekenmerkt werd door bandeloosheid, ongebondenheid en tomeloosheid’). Dit betrof niet alleen kennisoverdracht over gezondheid maar ook over de goede zeden en *deugden als wederzijds respect, rechtvaardigheid, vriendelijkheid en tolerantie*. Dat zou het ‘welvaren’ van het hele land ten goede komen. Aan de basis van dit beschavingsideaal lag echter de opvatting dat de maatschappelijke orde in stand gehouden diende te worden: “de Nutsidealen mochten niet leiden tot standswisseling” (ibid., p. 52).

Professionalisering

Doordat steeds meer op schrift werd gesteld groeide het aantal publicaties en groeide de gezondheidsleerbeweging in Nederland, en andere Europese landen, gaandeweg uit tot een beroepsgroep of ‘professie’ en (veel later) tot een wetenschappelijk vakgebied. Met name tijdens de uitbraak van epidemieën werd door geneeskundigen tal van pamfletten en brochures onder het volk verspreid met een herhaling van de leefregels. Deze waren vaak streng van toon en gericht tot de volksklasse (Houwaart, 1991). In 1828 gaf de arts J.J. Pennink *De gezondheidsleer voor het volk* uit (door Pennink grotendeels uit het Duits vertaald) waarin hij de bevolking aanzet tot “matigheid, kuisheid, zelfbeheersing, redelijkheid en werkzaamheid voor de gezondheid” (ibid., p. 50). In 1872 brengt L.A. Cohen in Nederland het *Handboek der openbare gezondheidsregeling en der geneeskundige politie* uit en in 1913 volgde het boek *Voordrachten over de Gezondheidsleer* van R. H. Saltet. Dit laatste boek was jarenlang verplichte stof voor elke arts in opleiding. Vanaf die tijd groeide de belangstelling voor het onderwerp en ontstonden de eerste etiologische verklaringsmodellen voor endemische en epidemische ziekten. Ook groeide de belangstelling voor de uitvoering van kwantitatief onderzoek. Vooral medisch topografisch onderzoek op stadsniveau nam na enige aarzeling in rap tempo toe (zie ook paragraaf 5.2.1), waardoor kennis over de oorsprong en verspreiding van ziekten in toenemende mate verrijkt werd. Dit onderzoek vestigde de aandacht op opmerkelijke verschillen qua voorkomen van ziekte en sterfte tussen de arme en rijke wijken. Zo ontstond toenemende aandacht voor het monitoren van de gezondheidssituatie en voor de sociaal economische gezondheidsverschillen (zie Tekstvak 5.2).

Tekstvak 5.2

Kindersterfte in Amsterdam

Anekdote van de stad Amsterdam

Uit de eerste studies van Abraham Israëls bleek dat de kindersterfte in goede buurten van Amsterdam veel lager was dan in de arme buurten.

In 1851 overleefde 22 procent van de kinderen in Amsterdam het eerste levensjaar jaar niet.

In enkele slechte buurten bedroeg het sterftcijfer in de periode 1854-1859 zelfs 35 procent, terwijl dit cijfer in vier goede buurten tussen de 18 en 20 procent lag.

Opvallend was dat onder de arme Joodse bevolking het sterftcijfer juist laag lag. Dit werd onder andere verklaard door te wijzen op het feit dat Joodse vrouwen vaker borstvoeding gaven. Maar ook de gunstige ligging van de Joodse buurt en onderrapportage speelden een rol.

Een toenemend aantal artsen realiseerde zich in die tijd al dat er enorme verschillen waren tussen de gezondheid en sterfterisico's tussen de hogere en lagere klassen van de stedelijke bevolking. Zij pleitten voor meer topografisch en statistisch onderzoek onder de bevolking.

Bron: Ekamper en Van Poppel (2014, p. 1).

Preventie was er in de 19de eeuw wel, maar eigenlijk vooral in de vorm van volkswijsheid. Het duurde tot aan het einde van de 19de eeuw voordat overheden structureel aan preventie gingen doen. Het eerste doel daarbij was het terugdringen van de kindersterfte, want dat raakte iedereen.

5.2.3. De (sociale) geneeskunde en public health (18de - einde 20ste eeuw)

De geneeskunde en de public health zijn vanuit het verleden sterk met elkaar verbonden. Tijdens de Verlichting groeide het geloof in de wetenschap en de kracht van de geneeskunde om uiteindelijk alle ziekten te overwinnen en uiteindelijk ook te voorkomen. Het geloof in de rede en het daaruit voortkomende idee van maakbaarheid van het leven en de gezondheid nam daarna snel toe. Dubos (1993) schrijft in 1959 over de zoektocht sinds de opkomst van de geneeskunde naar preventieve of curatieve maatregelen met de grootste impact op de gezondheid, waardoor ziekten en zelfs verval in de ouderdom konden worden tegen gegaan. Het geloof in één enkele oorzaak van ziekte en in één doeltreffende remedie (de *germ theory*, zie ook H. 4) maakte dat vooral effectieve medische oplossingen zoals de antibiotica (curatief) en later vaccins (preventief) als *magic bullets* werden beschouwd (ibid.). Nadat Robert Koch⁸⁶ in Duitsland en Louis Pasteur⁸⁷ in Frankrijk rond 1880 de basis hadden gelegd voor

86 Ontdekker van de Tuberculose bacil.

87 Uitvinder van een vaccin tegen hondsdolheid en bekend vanwege zijn techniek van pasteuriseren waarmee bacteriën worden gedood.

de medische microbiologie kwam de medische wetenschap tot volle bloei. Vanaf dat moment vond een uitbreiding plaats van vakgebieden gerelateerd aan de public health, zoals de sociale geneeskunde en de epidemiologie, de virologie en de immunologie (Mooij, 2007). Dit versterkte het denken over lineaire ‘oorzaak-gevolg’ relaties en in mogelijkheden tot beïnvloeding van de gezondheid.

Sociale geneeskunde in Nederland

De aandacht voor de publieke hygiëne is in Nederland lange tijd een onderdeel of tak van de medische opleiding gebleven. Gaandeweg werd duidelijk dat vooral sociale en technische maatregelen, zoals het zuiveren van het drinkwater en het aanleggen van rioleringen en andere sanitaire maatregelen, die het meest effectief waren in de strijd tegen de infectieziekten – en niet zozeer of alleen de vaccins of de antibiotica. De publieke hygiëne werd mede door deze inzichten een aandachtsgebied van de sociale wetenschappen. Van 1920 tot 1950 werd deze kennis ondergebracht in de sociale geneeskunde, een specialisme binnen de geneeskunde dat vanaf 1959 door de KNMG⁸⁸ wordt erkend (Mackenbach, 2003, pp. 451- 452). De sociale geneeskunde kende medio de 20ste eeuw (net voor en na de Tweede Wereldoorlog) een belangrijke bloeitijd en leidde tot verschillende vertakkingen, zoals de school- en jeugdgezondheidszorg, de arbeids- en bedrijfsgezondheidszorg, de verzekeringsgeneeskunde en de algemene gezondheidszorg. In die periode worden vooral veel vaccinatieprogramma's ontwikkeld.

Volgens Mackenbach (2003) is vooral het element ziektepreventie (preventieve geneeskunde) door de sociale geneeskunde tot volle bloei gekomen. De andere twee pijlers van de public health, te weten gezondheidsbescherming en -bevordering, lagen buiten het gezichtsveld van dit wetenschapsgebied. Naarmate de welvaartsziekten de infectieziekten van hun plek verdrongen werd duidelijk dat vooral gedragsverandering het passende antwoord bood op de preventie van deze ziekten. Het besef groeide dat vele andere disciplines, zoals gedragswetenschappers, (sociaal-)psychologen, sociale wetenschappers, voorlichters en politici, nodig waren voor verbeteren van het gezondheidsgedrag en de gezondheidssituatie van de bevolking.

Het heeft nog lang geduurd voordat ook andere beroepsgroepen zich met de openbare gezondheid gingen bezighouden, stelt Mackenbach (2003). Pas na 1980 namen de gezondheids- en sociale wetenschappen stap voor stap belangrijke onderdelen van de sociale geneeskunde over.⁸⁹ De invloed van de geneeskunde aangaande preventie is evenwel nog goed zichtbaar. Nog steeds zien we verschillen in benadering tussen de aan de voorspellende geneeskunde of 'leefstijl'geneeskunde' gekoppelde public health en het sociaal model van de public health dat de WHO sinds 1986 voorstaat. Bij de eerste wordt preventie vanuit het medisch model ingestoken en is preventie voornamelijk

88 Koninklijke Maatschappij Maatschappelijke Gezondheidszorg.

89 Na 2000 heeft de sociale geneeskunde weer een opleving meegemaakt op een aantal universiteiten in Nederland (zie voor een overzicht Mackenbach, 2003, p. 450-458 en Mackenbach, 2009).

gericht op risico-detectie en prognose. Bij de tweede wordt voornamelijk ingestoken op kansen voor gezondheid. Dit wordt verder uitgediept in de volgende paragraaf (zie ook H. 4).

5.2.4. *New public health (uitdaging 21ste eeuw)*

Tijden en samenlevingen veranderen; zo ook ziektepatronen en doodsoorzaken. Deze veranderen op hun beurt weer de manier waarop we naar preventie kijken. Ilona Kickbusch⁹⁰ blikt in een artikel uit 2003 terug op de bijdrage van de WHO aan de ontwikkeling van een ‘new public health’-model waar ze zelf aan bijdroeg. Ze beschrijft drie *revoluties* die de afgelopen decennia plaatsvonden in het denken over preventie en gezondheidsbevordering binnen de WHO:

1. De eerste revolutie gaat over de sanitaire condities ten behoeve van het terugdringen van de infectieziekten, met vooral veel aandacht voor de ‘agent’ (bacterie of virus).
2. De tweede revolutie zet in op individuele leefstijlfactoren ten behoeve van het voorkomen van de welvaartsziekten. Dit betekende een omslag van denken van de ‘agent’ naar de ‘host’ (leefstijl-gedrag).
3. De derde revolutie erkent dat gezondheid geen doel op zich is, maar een belangrijke sleutel of hulpbron is voor het bevorderen van de kwaliteit van leven en welzijn van mensen.

De eerste twee revoluties gaan over het terugdringen van ‘type’ ziekten. De derde daarentegen is gericht op het bevorderen van kansen voor gezondheid in het licht van welzijn in de 21ste eeuw. Deze revolutie valt samen met de ‘new public health’-periode (vanaf 1980) en deze vestigt de aandacht op een omslag in het denken over preventie. Het is de derde revolutie – ook wel ‘sociaal model van gezondheid’ genoemd – die vanaf dat moment een ander tijdperk van gezondheidsbevordering inluidde, in ieder geval op papier (Kickbusch, 2003).

Salutogenese

Voor de ontwikkeling van de nieuwe visie op de public health leunde de WHO – die daarin het voortouw nam – sterk op het werk en de overtuigingen van de hygiënist en belangrijke voorlopers daarbinnen. Het *salutogenese* model van Aaron Antonovsky (zie Tekstvak 5.3) inspireerde de WHO tot het Ottawa Charter in 1986. Deze declaratie stond in het teken van *health promotion* en *health equity* (zie H. 3 voor definities) en plaatste gezondheid als ‘bron’ voor kwaliteit van het dagelijks leven binnen de sociaal economische en politieke context van de samenleving. De declaratie maakte het new

90 Kickbusch (PhD) was werkzaam bij de WHO van 1981 tot 1998 en verantwoordelijk voor de Global Health Promotion Program. Toen zij dit artikel schreef was ze werkzaam bij de Division of Global Health, Department of Epidemiology and Public Health, Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut.

public health-model bekend in vele landen van de wereld.⁹¹ De kern van het Charter wordt treffend verwoord door Kickbusch in het *Handboek voor Salutogenese* (Mittelmark et al., 2017): “The clarion call of the Charter clearly was to start from health, to think in systems, to empower people and to address the determinants of health”. Het new public health-model leunde sterk op het determinantenmodel van de Canadese Minister van Gezondheid Marc Lalonde uit 1974 (p. 5)⁹² (“Good health is the bedrock on which social progress is built”) en op het idee van collectieve leefstijlen die diep in context geworteld zijn (“collective lifestyles deeply rooted in context”, Frohlich & Potvin, 2001 in Kickbusch, 2003, p. 384). Dit sluit aan bij het salutogenese model van Antonovsky. Vanaf dat moment zouden de determinanten van gezondheid in samenhang en binnen hun context moeten worden aangepakt (zie ook Van Doldron, 2000).

Het salutogenese model en het Sense of Coherence model hebben ter inspiratie gediend voor tal van andere concepten zoals positieve psychologie en positieve gezondheid en zijn conceptueel gelieerd aan begrippen als empowerment en veerkracht. Toch was Antonovsky geen voorstander van het gebruik van de term ‘positieve gezondheid’ omdat het de weg vrijmaakt voor dominantie van het medisch model denken. In zijn woorden “it opens up for ‘medical imperialism’” (Antonovsky, 1979, p. 53).

Tekstvak 5.3

Het salutogenese model

‘What are the origins of health?’

Het salutogenese model als tegenhanger van de pathogenese – Aaron Antonovsky

Antonovsky (1979, 1996) was een medisch socioloog die zijn concept van ‘salutogenese’ in 1972 ontwikkelde als tegenhanger van het pathologisch of medisch gedreven gezondheidsmodel voor preventie. Met salutogenese pleitte hij voor een nieuw (preventie) paradigma waarbij het werken aan gezondheids-bevorderende omstandigheden en factoren voor de gehele bevolking de plaats inneemt van het denken over ziektepreventie en risicofactoren gericht op personen met een hoog risicoprofiel (pathogenese). Gezonde mensen leven langer, maar ook langer in afhankelijkheid. Met andere woorden: gewonnen levensjaren zijn op de lange termijn dure levensjaren. Het was in zijn optiek misleidend om gezondheidswinst in geld uit te drukken. Ieder mens bevindt zich volgens Antonovsky ergens op een (‘disease-ease’) continuüm tussen ziekte aan de ene kant en welzijn aan de andere kant van het spectrum. Volledige gezondheid bestaat niet en gezondheid is slechts één dimensie van een breder welzijn.

91 Naast Antonovsky hebben ook vele andere denkers invloed op het Charter gehad, denk aan Ivan Illich (iatrogenese), Michel Foucault (disciplineren), Gregory Bateson (cybernetica) en Margaret Mead (antropologie). Zie Kickbusch in het *Handboek voor salutogenese* (2017).

92 Lalonde onderscheidde vijf factoren die van invloed zijn op gezondheid: 1) biologische factoren van het individu; 2) fysieke omgeving; 3) sociale omgeving; 4) leefstijl en gedrag; 5) gezondheidszorg en de toegankelijkheid en kwaliteit daarvan.

Antonovsky (1993) pleitte voor een andere benadering van gezondheid die minder in 'statistieken' of 'geld' wordt uitgedrukt maar waarbij gezondheid in een brede context van andere 'waarden' (spel, liefde, betekenis, een goed leven) en welzijn wordt geplaatst. Gezondheid is een multidimensionaal concept en een dynamisch proces dat voortdurend onder druk staat in een leven dat wordt gekenmerkt door complexiteit, chaos en conflict.

Het vanuit de *systeemtheorie* ontwikkelde concept *Sense of Coherence* (SOC) dat aan de basis ligt van salutogenese staat voor drie kernbegrippen, namelijk *comprehensible* (begrijpelijk, samenhangend), *manageable* (hanteerbaar, beheersbaar) en *meaningful* (betekenisvol, zinvol). De gezondheidsstatus en kwaliteit van leven van een persoon zal volgens Antonovsky hoger zijn als deze samenhang tussen lichaam en geest ervaart en met stressvolle omstandigheden om kan gaan. Essentieel is dat mensen zelf de nodige hulpbronnen kunnen aanboren, zoals interne (cognitieve, psychologische, spirituele en emotionele), externe (materiële, interpersoonlijke, macro-sociaaleconomische) of culturele hulpbronnen. Deze werden *specific resistance resources* (SRR) genoemd. Op deze wijze kunnen mensen zelf invloed kunnen uitoefenen op hun gezondheid en welzijn en het leven als zinvol ervaren. Hij ontwikkelde zijn model na een uitgebreid onderzoek onder vrouwen in Israël waarvan 29% een goede gezondheid ervaarde nadat ze de Holocaust hadden overleefd. Hij vroeg zich af hoe dat kon en wat wij daarvan kunnen leren. Antonovski verklaarde het tijdens een lezing in 1993 als volgt: "The technical word for this is autopoiesis, defined as the reorganization of a living system after a trauma." Hij ging daarna op zoek naar de hulpbronnen die deze vrouwen hadden om hun gezondheid te hervinden. Hij zocht niet langer naar de oorzaken van ziekte, maar verlegde zijn aandacht naar de oorzaken en bronnen van gezondheid.

Met zijn salutogenese model zette Antonovsky als een van de eersten de deur open voor een breder sociaal denkraam voor preventie, waarin het dagelijks leven en perspectief van mensen zelf centraal staat. Het dagelijks omgaan met chaos en stress, het inzetten van coping-mechanismen en hulpbronnen zijn hoekstenen van het Sense of Coherence-model, dat volgens Antonovsky zowel op individuen als op groepen en de hele samenleving van toepassing is. Het gaat altijd om mensen als actieve participanten in een voortdurende interactie met hun omgeving (Antonovsky, in Eriksson, 2017). De sleutel is volgens Antonovsky in de samenleving gelegen en in mensen die elkaar respecteren, naar elkaar omkijken en om elkaar geven (Antonovsky, 1993; Eriksson, 2017).

Bronnen: Antonovsky (1993); Erikson (2017).

De derde revolutie: wat maakt mensen gezond?

Het new public health-model luidde een beweging in, weg van het ziekte-preventiemodel en van de dominante focus op individuele risico- en leefstijlfactoren. De cruciale vraag is volgens Kickbusch (2003): wat maakt mensen gezond? Het model plaveide de weg naar een denken over gezondheid als belangrijke variabele voor kwaliteit van leven (welzijn) en over de rol van sociaaleconomische en fysieke omgevingsfactoren binnen hun brede en sociale en politieke context. Gezondheid staat centraal, maar cruciaal is het denken in kansen voor gezondheid en welzijn voor iedereen. Het concept van sociale gelijkheid en gelijkheid in gezondheid (health-equity) was een belangrijk onderdeel van

de onderliggende new public health-strategie en daartoe was het nodig burgers te mobiliseren om betekenisvol en actief te zijn en te werken aan een gezonde samenleving (Kickbusch, 2008). Het is daarom nodig dat mensen zelfvertrouwen hebben, zich als mens waardevol voelen en beschikken over sociaal kapitaal (Kickbusch, 2003, p. 386). Om dit te bewerkstelligen is een integrale blik nodig, die verder rijkt dan de officiële taken van de publieke gezondheidszorg. Volgens de WHO was vooral de toenemende sociale ongelijkheid in de wereld verantwoordelijk voor de grote gezondheidsverschillen tussen mensen (zie ook Marmot, 2005; WHO, 2013). Dit was voor de WHO reden om vanaf eind jaren '80 van de vorige eeuw verder te bouwen aan een *Health for all by the year 2000* (1986), tot het starten van de beweging *Health for all - in all policies* (2000-2006) en in 2005 tot het oprichten van de *Commission on Social Determinants of Health* (zie verder H. 6).

Kickbusch stelt aan het einde van haar artikel in 2003 teleurgesteld vast dat in de meeste Westerse landen de nadruk nog steeds ligt op het medisch model voor preventie.⁹³ In die landen gaat nog steeds onevenredig veel geld naar de medische zorg terwijl de aandacht aan de determinanten van gezondheid tekort schiet. Uit haar analyse blijkt dat voortdurende strijd en inspanning nodig is om public health in het kader van well-being en health-equity op de agenda van de politieke besluitvorming te krijgen en houden. Ze vindt dat in de 21ste eeuw binnen de publieke gezondheidszorg prioriteit gegeven moet worden aan het bouwen aan een gezonde wereld: “building healthy communities and healthy workplaces, strengthening the wide range of social networks for health, and increasing people’s capabilities to lead healthy lives.” (p. 387).⁹⁴ Verder pleit ze voor een vergaande integratie van het publieke gezondheidszorg- en het welzijnsbeleid, waarbij gezondheid in het teken staat van kwaliteit van leven en breed welzijn. Kickbusch constateert echter in Westerse landen veel weerstand en onwil tot het nemen van politieke verantwoordelijkheid voor preventie en het daartoe beïnvloeden van sociale determinanten (zoals armoede). Als reden hiervoor geeft ze onder andere aan dat investeringen en uitgaven in de medische zorg de voornaamste focus blijven en de noodzakelijke veranderingen belemmeren (p. 387): “Health for All, health promotion, and population health have all contributed to a reorientation in thinking and strategy, yet the focus of health policy remains medical care expenditures rather than investment in health determinants”.

In Nederland liet men zich eind vorige eeuw enerzijds door de WHO inspireren en werd het new public health-model (althans op papier) goed ontvangen. De Nota 2000 was sterk geënt op dit gedachtegoed (Ministerie van WVC, 1986). Niettemin nam het uitvoeringsproces en de ontwikkeling van de public health een heel eigen koers (Saan & De Haes, 2005, 2012; Van Doldron, 2000). In hoofdstuk 6 en 7 wordt hier dieper op

93 Zie ook het voorwoord van Kickbusch in het Handboek voor Salutogenese (Mittelmark, 2017) en The final report ‘Health challenges of the 21st century’ (Kickbusch et al, 2008)

94 Hancock vult deze prioriteiten (bij een terugblik op het Ottawa Charter in 2011) onder andere aan door vrede en een gezond ecosysteem aan deze lijst toe te voegen.

ingegaan. Voor hier volstaat te concluderen dat vooral de eerste twee revoluties binnen de preventie (gericht op het voorkomen van de infectie- en welvaartsziekten) een zware stempel hebben gedrukt op het preventiemodel in Nederland. Deze revoluties (zie ook H. 8) hebben in belangrijke mate de basis gelegd voor een positivistisch en op epidemiologische leest geschoeid public health-model. Dat model richt zich op ziektepreventie en legt de focus gezond gedrag (risicoreductie) en de omgeving ('host' en 'environment').

5.3. Wetgeving, beleid en structuur van de public health in Nederland (vanaf de 19de eeuw)

Deze paragraaf behandelt drie belangrijke randvoorwaarden en instrumenten, zonder welke geen ontwikkeling van de public health mogelijk zou zijn geweest: 1) de ontwikkeling van de wetgeving op het terrein van de publieke gezondheidszorg, 2) de ontwikkeling van de publieke gezondheidszorgvoorzieningen en 3) de verwetenschappelijking van preventie.

5.3.1. *Wetgeving inzake de public health en de sociale zekerheid*

De hygiënisten vonden in de 19de eeuw dat volksgezondheid een sociaal (mensen) recht was en dat alle mensen gelijkwaardig waren. Burgers moesten kunnen rekenen op een gelijkwaardige behandeling en dus op gelijke toegang tot de gezondheidszorg (Houwaart, 1991). Om dit te bereiken vonden zij dat de overheid een wettelijk stelsel in het leven moest roepen. Door strenge wetgeving kon de aanwezigheid van pathogene omgevingsfactoren worden teruggedrongen, zodat iedere burger zich in een 'gezonde omgeving' aan de 'gemeenschappelijke levenstaak' kon wijden. Zodoende konden gemeenten tot een actiever gezondheidsbeleid worden aangezet (begraafplaatsen, drinkwater, stadsvuilverwijdering, huisvesting, openbare gebouwen, etc.). Daarnaast verlangden zij een uitbreiding van het werkkerrein van het Geneeskundig Staatstoezicht naar het fabrieks- en schoolwezen, de kinderbewaarplaatsen, de volkshuisvesting en de verkoop van levensmiddelen. De hygiënisten zagen het liefst dat de overheid burgers via wetgeving kon dwingen zich te laten vaccineren en zich aan besmettingsreglementen te houden. Ook moest er geld komen voor vaccinatiebureaus en ontsmettingsinrichtingen. Nadat de Armenwet (1854) en de Schoolwet (1857) na veel strijd eindelijk waren ingevoerd was het volgens de hygiënisten nu tijd voor aanvullende wetgeving op het gebied van de geneeskunde en de publieke gezondheidszorg.

Ondanks dat de gevraagde wetgeving door liberale partijen lange tijd stelselmatig van de hand werd gewezen,⁹⁵ wierp de volhardende houding van de hygiënisten bij de totstandkoming van sociale en gezondheidswetten uiteindelijk vruchten af (Houwaart, 1991). Via de Wet op het Geneeskundig Staatstoezicht in 1865,⁹⁶ de eerste Epidemiewet in 1872 (zie Tekstvak 5.4) en de Gezondheidswet in 1901 werden de eerste bepalingen voor preventie ingevoerd. Deze bepalingen regelden het ingrijpen van de staat, de bemoeienis van provincies en van gemeenten bij de preventie – via de bestrijding van besmettelijke ziekten en het verbeteren van de openbare hygiëne – van bovenaf. Volgens Houwaart blijkt dat wetgeving in geen geval betekende dat er sprake was van goede uitvoering en controle daarop. Van echte preventie was al helemaal geen sprake (zie tekstkader). Zoals eerder gemeld botste de wetgeving en dus staatsbemoeienis met liberale opvattingen en dominante waarden als vrijheid en autonomie. De weerstand tegen bemoeienis, betutteling en paternalistisch optreden van de overheid zat er in Nederland al vroeg in (ibid., p. 324).

Tekstvak 5.4

Epidemiewet

De epidemiewet van 1872

De officiële naam van de epidemiewet was de Wet Houdende Voorzieningen tegen Besmettelijke Ziekten. Deze wet was overigens meer een rampenwet dan een preventiewet: maatregelen werden pas genomen na uitbraak van een epidemie en er was geen sprake van preventieve maatregelen zoals het verbeteren van het leefmilieu om deze ziekten voor te zijn (Houwaart, 1991). Deze wet legde artsen een meldingsplicht op voor een groot aantal besmettelijke ziekten, waaronder cholera, tyfus, pokken, mazelen, roodvonk, difterie en dysenterie. Ook werden gemeentebesturen verplicht tot de inrichting van voorzieningen voor lijders aan deze ziekten. De wet schreef als het ware voor hoe gemeentebesturen bij dreigende epidemieën moesten optreden. Het was daarmee de eerste wet die gemeenten opdroeg actie te ondernemen tegen infectieziekten. Zo werd een besmettingsdienst verplicht gesteld die zich bezig hield met het ontsmetten van woningen en het ontratten van schepen. De uitvoering van deze wet werd bij de politie neergelegd. Pas in 1896 werd de uitvoering van deze wet overgedragen aan de Gezondheidsdiensten, die sinds 1893 in Amsterdam en in de jaren daarna ook in andere gemeenten in Nederland werden opgericht.

Bron: Israëls en Mooij (2001, pp. 22-26).

-
- 95 De meest liberale woordvoerders zagen wetgeving als uitingen van ongewenst 'etatisme' of staatsbemoeienis en inperking van de autonomie en vrijheid van burgers. Ze waren er niet van overtuigd dat het algemeen belang in gevaar kwam als niet snel een drinkwaterleiding werd aangelegd of als de fabriekshygiëne niet werd verbeterd. Overheidsingrijpen was in de ogen van de liberalen pas geoorloofd wanneer de volksgezondheid concreet werd bedreigd.
- 96 De wet van Thorbecke die onder toezicht van Thorbecke zelf, en zeven geneeskundig inspecteurs die de zeven provinciën aanstuurden, werd uitgevoerd (Houwaart, 1991, p. 242).

Sociale zekerheid

De wetgeving gericht op het bieden van sociale zekerheid ontstond eind 19de eeuw en kreeg begin 20ste eeuw gestaag vervolg. Deze wetgeving was in eerste instantie gericht op het terugdringen en reguleren van de kinderarbeid (het Kinderwetje van Van Houten werd in 1874 ingevoerd), het verbeteren van de arbeidsomstandigheden van werknemers, het verbeteren van de arbeidsverhoudingen en het compenseren van inkomensderving door ongevallen en blijvende invaliditeit (de Ongevallenwet in 1901 en de Invaliditeitswet voor werknemers in 1913). De Ziektewet van 1930 gaf werknemers eerst recht op uitkering voor een half jaar, hetgeen later verlengd werd tot een jaar. Pas in 1941 werd het Ziekenfondsbesluit ingevoerd (in oorlogstijd overgenomen uit Duitsland). Deze wet verplichtte niet alleen werknemers maar alle burgers tot het betalen van premie. Bij ziekte bood de wet een verzekering tegen medische kosten. Door de bezetting van Nederland door Duitsland kwam er alleen weinig van de uitvoering terecht. Na de Tweede Wereldoorlog voerde de regering versneld wetten in ter bescherming en verzekering voor iedereen die door werkloosheid of arbeidsongeschiktheid met inkomensderving te maken kreeg of met gezondheidsproblemen te kampen had. Tussen de jaren '50 en '70 van de vorige eeuw werden tal van (sociale verzekerings-)wetten ingevoerd, zoals de Algemene Ouderdomswet (AOW in 1959 – de wet van Drees), de Weduwen- en Wezenwet (1959) en de Bijstandswet (1963).

In de loop van de 20ste eeuw kwam, met de ontwikkeling en uitbreiding van de verzorgingsstaat, langzaam een uitgebreid stelsel van sociale verzekering tot stand dat een inkomensvangnet bood voor mensen met gezondheidsproblemen (zie Mackenbach, 2003, p. 452). Denk hierbij aan: de (hernieuwde) Ziekenfondswet (1965/66), de Wet Arbeidsongeschiktheid (WAO, 1968) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ in 1967). Het ging hierbij om een combinatie van wetten en maatregelen binnen het sociaal beleid en het (preventief) gezondheidsbeleid. Voor elke wet vonden uitgebreide debatten plaats. Het ging over het vinden van het juiste evenwicht: tussen *verzorgen en verzekeren, verheffen en verbinden*, stelt ook de WRR in 2006 (p.111). Met elke wet nam overigens niet alleen de sociale zekerheid toe maar ook de bureaucratie en administratie voor de doelmatige en efficiënte uitvoering ervan (Van Doldron, 2000; zie ook H. 13).

Meer taken naar gemeenten

Middels de wetten van Thorbecke kregen gemeenten in 1865 de verantwoordelijkheid en bevoegdheden op het terrein van de volksgezondheid. Hierachter school de gedachte dat burgers via de gemeenteraad hun belangen zelf beter kunnen behartigen dan via de provincie of de staat. Uit het betoog van Houwaart (1991, p. 144) is echter op te maken dat de uitvoering daarvan ook daarna nog jarenlang onder druk stond. Het zou uiteindelijk nog meer dan 100 jaar duren (tot 1982) voordat de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) met een belangrijke rol voor de lagere overheid, van kracht wordt. Gemeenten krijgen dan de taak de eerste lijn te reguleren en een basisgezondheidsdienst in te stellen (Van Dolron, 2000). Ook deze

wet werd echter door het ontbreken van draagkracht en verzet vanuit de medische sector in 1987 weer ingetrokken. In 1989 werd de vernieuwde Wet op de Collectieve Preventie Volksgezondheid (de WCPV) ingevoerd. Met deze laatste wet draagt de staat daadwerkelijk belangrijke publieke taken voor de gezondheid aan gemeenten over.

5.3.2. De ontwikkeling van de publieke gezondheidszorgvoorzieningen

De ontwikkeling van de preventieve gezondheidszorg en instituties in Nederland, die belangrijk waren voor de bestendiging en de uitvoering van de public health, moet ook tegen de achtergrond van de strijd van de hygiënisten worden gezien. Zoals beschreven werd slechts langzaam vooruitgang geboekt en ging het proces gepaard met veel ups-and-downs en teleurstellingen. Na de instelling van de Geneeskundige wetten in 1865 waren de hygiënisten en de liberalen het nog lang niet met elkaar eens over hoe de volksgezondheid moest worden ingericht. Een goede stok achter de deur was de druk van vakbonden en arbeidersbewegingen, die zich sterk maakten voor het recht op gezondheidszorg en sociale voorzieningen. In Nederland verliep het proces door de achterlopende industrialisatie trager maar niet heel anders dan bijvoorbeeld in Engeland (cf. Rosen, 1993, p. 128).

Het ontstaan van de geneeskundige en gezondheidsdiensten

Pas aan het einde van de 19de eeuw gingen de eerste gemeentelijke gezondheids- en geneeskundige diensten de armenzorg gericht aanpakken. Amsterdam beet in 1893 de spits af en daarna volgden Den Haag in 1912 en Rotterdam in 1919 (Mackenbach, 2008). Het ging toen alleen nog maar over de grote steden en de zorg voor de meest kwetsbaren en armen. Op het platteland bleef de organisatie van de openbare gezondheidszorg tot lang daarna uit. De geneeskundige dienst was belast met curatieve taken en de gezondheidsdienst met preventie, onder andere met de bestrijding van infectieziekten. Beide diensten bestonden lange tijd onafhankelijk van elkaar. Tussen 1901 (oprichting) en 1920 groeiden de diensten steeds meer naar elkaar toe totdat ze in 1923 werden samengevoegd tot de GG&GD. De aandacht binnen de GG&GD verschoof daarna, mede onder de invloed van Heijermans in Amsterdam, langzaam van curatie naar preventie, – al leert nadere beschouwing volgens Houwaart dat dit ook betrekkelijk was (Houwaart, 1991, p. 152). Ondanks de gedrevenheid en de voorbeeldfunctie van de stad Amsterdam was pas rond 1950 sprake van landelijk breed uitgerolde preventieve programma's. Deze programma's waren vooral gericht op kinderen (vooral ontluizen, algemene hygiëne en vroegsignalering van besmettelijke ziekten), zwangeren (de promotie van borstvoeding stond daarbij hoog op de agenda), pasgeborenen (antenale en perinatale zorg) en werknemers (vooral arbeidsomstandigheden en vroegsignalering en controle van TBC). Volgens Mackenbach (2008) werden omstreeks die tijd de verschillen zichtbaar tussen primaire preventie (collectieve aanpak), secundaire preventie (waaronder vroege opsporing van ziekten) en tertiaire preventie in combinatie met curatie (behandeling van geslachtsziekten en het voorkomen van herhaling en/of de gevolgen ervan).

De jaren 1950-2000

Vanaf 1950 heeft de publieke gezondheidszorg in Nederland zich gestaag verder ontwikkeld. Belangrijke organisaties en bijzonderheden geef ik hieronder in hoofdlijnen weer:

- De doorontwikkeling van de aanvankelijk sterk verzuilde Kruisverenigingen, die zich na 1945 van een verzameling van particuliere, charitatieve en vrijwillige instellingen ontwikkelden tot professionele organisaties en veel nadruk legden op moeder- en kindzorg en curatie. Daarnaast trokken ze veel preventieve taken naar zich toe. Uit onderzoek blijkt dat er sprake was van een “permanent zoeken naar een evenwicht tussen curatie en preventie” (Huige, 2011, p. 12). Eind jaren '80 verloren de Kruisverenigingen – mede door toedoen van de Haagse politiek en tegen hun zin – hun preventieve oriëntatie. Zij droegen hun preventieve taken, inclusief de jeugdgezondheidszorg (met uitzondering van de 0-4 jarigen) geheel aan de GG&GD-en over. Zij verlegden hun focus naar de zorg voor chronisch zieken en gingen na verloop van tijd op in de ‘thuiszorg’ (p. 51).
- Het ontstaan van een landelijk dekkend netwerk van diensten voor de openbare gezondheid – eerst GG&GD, nu GGD genoemd – sinds 1989 (Mackenbach, 2003, p. 452). Dit werd rond de invoering van de WCPV in 1989 in gang gezet en bezegeld met het Landelijk Contract Openbare Gezondheidszorg tussen de verschillende Ministeries en de Vereniging Nederlandse gemeenten én een Fonds Openbare Gezondheidszorg, dat ‘innovaties moet bevorderen’ (Mackenbach, 2003, p. 452). De GGD voert gemeentelijke taken uit op het terrein van de gezondheidszorg en adviseert het bestuur van gemeenten over zaken rond gezondheid, zorg en preventie.⁹⁷ Het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen werd een hoofdtaak voor de diensten (Israëls, 1991). De GGD-financiering kwam vanaf dat moment uit het gemeentefonds.
- Uitbreiding van de jeugdgezondheidszorg met preventieve functies zoals consultatiebureaus, opvoedkundige diensten⁹⁸ en de schoolbegeleidingsdiensten bij de GGD (na 1980): hier gingen curatie en preventie lange tijd hand in hand. Door talrijke bezuinigingen kwam de uitvoering ervan echter lang onder druk te staan (Israëls, 1991, p. 187).

97 Zie H. 7 voor een toelichting op het proces van samenwerking tussen de GGD-en en de lokale en landelijke overheid.

98 Te onderscheiden van de medisch opvoedkundige bureau (MOB). Het eerste MOB werd in 1928 opgericht te Amsterdam. Tot 1989 opereerden de MOB's in grote steden zelfstandig. Later werden ze met de Sociaal Psychiatrische diensten bij de RIAGG's ondergebracht.

- Het ontstaan van preventieve activiteiten en preventieafdelingen binnen de verslavingszorg (destijds Consultatiebureaus voor alcohol en drugs) en de geestelijke gezondheidszorg ('geestelijke hygiëne'). Een landelijk dekkend netwerk van RIAGG's ontstaat in 1970 door samenvoeging van de sociaal psychiatrische diensten, de sociaal pedagogische diensten (medisch opvoedkundige bureaus), bureaus voor levens- en gezinsvragen en instituten voor multidisciplinaire psychotherapie. Vanaf medio jaren '80 dragen de GGD-en alle psychiatrische taken – waaronder de 'rijdende psychiater' en het psychiatrisch spreekuur – over aan de RIAGG's (Israëls & Mooij, 2001).
- Het ontstaan van tal van landelijke op preventie gerichte categorale⁹⁹ organisaties, fondsen en kennisinstituten, zoals het Voorlichtingsbureau voor de Voeding (1941), de Kankerbestrijding (1949), de Hartstichting (1964), de Stichting Volksgezondheid en Roken (1974) en het Nijmeegse Hoogveldinstituut (1949). Dit laatste instituut hield zich vooral bezig met onderzoek naar het opgroeien van jeugdigen en gezondheidsvoorlichting en opvoeding (GVO) en ging later op in het Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen (ITS). Verder kunnen genoemd worden: het Trimbosinstituut (1996) als fusie, koepel en kenniscentrum voor de geestelijke gezondheid en verslavingszorg en het Landelijk Dienstencentrum GVO (1980) dat in 1995 wordt omgezet in het Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ). De zelfstandige organisaties, zoals de Kankerbestrijding en de Hartstichting maar bijvoorbeeld ook de Nierstichting en het Astmafonds, zijn afhankelijk van giften en donaties van de bevolking en worden de categorale gezondheidsfondsen genoemd. Preventie is daar een neventaak.

Uit de geschiedschrijving valt op dat er op de achtergrond lange tijd een identiteits- en belangenstrijd heft gewoed tussen de verschillende bloedgroepen als het over preventie gaat: tussen de functies GGZ, verslavingspreventie en GVO én tussen de gezondheidsfondsen en door de overheid gefinancierde instellingen (Saan & De Haes, 2012; Huige, 2011). Ook is er sprake van concurrentie tussen de doelen gezondheid en welzijn en tussen overheids- en particuliere organisaties, zoals de Kruisverenigingen. Ook de scheiding die in de loop van de tijd plaats vindt tussen de functies curatie en preventie komt de functie preventie niet ten goede. Preventie legt het af tegen curatie, verdwijnt als vanzelfsprekend aandachtspunt uit het reguliere werk, wordt bij aparte functionarissen belegd en uit verschillende potjes betaald (Huige, 2011; cf. Van Dolron, 2000). Verschillende factoren liggen hieraan ten grondslag, zoals de ontzuiling maar ook de voortdurende bezuinigingen in combinatie met het in toenemende mate 'vermarkten' van publieke diensten (cf. Tjeenk Willink, 2023). Deze factoren hebben bij elkaar genomen het gevolg dat de beroepsgroepen die zich met preventie bezig houden verzwakt raken en hebben er mede toe bijgedragen dat het werkgebied van de openbare gezondheidszorg nooit duidelijk is afgebakend (zie ook Van Noord, 2016).

99 Corresponderend met bepaalde doelgroepen zoals naar een groep van aandoeningen.

Tot slot moet worden opgemerkt dat – zoals de geschiedenis al leerde – het invoeren van wetten, het delegeren van verantwoordelijkheden naar de lokale overheden en zelfs een landelijk dekkend netwerk van GGD-en niet inhielden dat deze taken ook met verve werden vervuld (zie H. 7).

5.3.3. *Verwetenschappelijking en professionalisering van de public health*

De verwetenschappelijking van de gezondheidsleer en gezondheidsvoorlichting (GVO) zette in de tweede helft van de 20ste eeuw gestaag door. In 1980 startte de eerste universitaire opleiding voor GVO (onder de naam Sociale Gezondheidskunde) in Maastricht. Later raakte de naam Gezondheidswetenschappen in zwang (Mackenbach, 2003). Sinds 1990 maakt de wetenschappelijke public health in Nederland een bloeiperiode door. Voor de public health is deze ontwikkeling productief geweest, want het resulteerde in een toenemend aantal proefschriften binnen het vakgebied, namelijk van 24 proefschriften tussen 1989-1989 naar 268 in de periode 2000-2007 (Mackenbach, 2009, op basis van cijfers van Van der Duim-Rogers, 1995).

Met de verwetenschappelijking neemt ook de professionalisering van de public health toe. Instituten die deze ontwikkelingen landelijk ondersteunden waren onder andere:

- De Nederlandse beroepsvereniging voor GVO (NVGVO, later omgedoopt tot de Nederlandse vereniging voor Preventie en GVO): opgericht eind jaren '70 en opgeheven in 2011. De inzet van de NVPG was gericht op het verbeteren van de kwaliteit van GVO en preventie door professionalisering van de beroepsgroep en de verwetenschappelijking van preventie en GVO/Gezondheidsbevordering.
- De Netherlands School of Public & Occupational Health (NSPOH) in 1992; deze school is opgericht om de post-initiële opleiding te verzorgen van public health professionals: onder andere voor professionals uit de jeugdgezondheidszorg en algemene gezondheidszorg alsook voor sociaal geneeskundigen, professionals uit de arbeidsgezondheidszorg en de verzekeringsgeneeskunde.
- NWO en het Praeventiefonds genoemd, later ZON respectievelijk ZonMw, die landelijke onderzoeksprogramma's uitvoerden en de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling en de Raad voor de Volksgezondheid (later gefuseerd in de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving).

Vanaf de vorige eeuw treden de gedragswetenschappen meer op de voorgrond bij preventie. In Nederland rekent men hiertoe vooral de communicatiewetenschap, (ontwikkelings)psychologie, pedagogiek en criminologie. De inzet van de gedragswetenschappen bij preventie is vooral gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl.

5.4. Samenvatting en conclusie

In de 18de en 19de is de basis gelegd voor preventie binnen de public health en de ontwikkeling van publieke gezondheidsvoorzieningen. Voor de totstandkoming van het dominante 'preventie paradigma' zijn revolutionaire ontdekkingen en ontwikkelingen in de bestrijding van de infectieziekten (de pest, cholera, tyfus, dysenterie) bepalend geweest. Denk aan de ontdekking van slechte sanitaire condities als oorsprong van veel infectieziekten en aan ontwikkelingen in de (medische) wetenschap, zoals van vaccins en antibiotica. Vooral ziektepreventie kwam in deze periode tot bloei. Deze benadering houdt ook later stand als de welvaartsziekten (als gevolg van ongezonde leefgewoonten) de infectieziekten grotendeels verdrongen hebben. Aan de basis ervan ligt een sterk geloof in de maakbaarheid van gezondheid. Men vertrouwde erop dat alle ziekten met de technologische vooruitgang, de nieuw verworven medische en wetenschappelijke kennis én met een groot verantwoordelijkheidsgevoel van de burger, die de eigen hygiëne en leefstijl aanpast, op den duur overwonnen zouden kunnen worden. Het denken in 'één oorzaak, één oplossing' (*germ theory*) is daarbij lange tijd leidend geweest.

De (arts)hygiënist in de 18de en 19de eeuw, die preventie een warm hart toedroegen, signaleerden al vroeg dat veel ziekten met armoede en slechte leefomstandigheden te maken hadden. De gezondheidsverschillen tussen de rijke en arme buurten viel toen al op en de kennis daarover groeide. Ziekte was niet alleen een individuele aangelegenheid en de publieke gezondheid was per definitie een politieke kwestie. Ondanks de snel toenemende kennis en onvermoeibare inzet van deze voorvechters van de openbare hygiëne en de publieke zaak, moest het belang van preventie keer op keer bevochten worden. Deels met succes, wat we kunnen aflezen aan de totstandkoming van beschermende wetgeving in de loop van de 19de en 20ste eeuw, de gestaag groeiende infrastructuur van de public health en de verwetenschappelijking van preventie. Dit moest de gezondheid van alle mensen ten goede komen. In deze periode blijven er echter hardnekkige spanningsvelden zichtbaar rond preventie:

- *Preventie concurreert lange tijd met curatie.* Het medisch, op risicoreductie en ziektepreventie gerichte model blijft lange tijd dominant ten opzichte van het sociale model, dat meer is gericht op het aanboren van het aanpakken de bronnen van sociale ongelijkheid.
- *Preventie raakt aan economische belangen en schuurt met daaraan gekoppelde waarden zoals vrijheid en autonomie.* Vooral ondernemers maar ook artsen laten zich niet graag de wet voorschrijven. Het voortdurende verzet tegen staatsbemoeienis blijkt uiteindelijk een cruciale factor en contrapunt voor preventie. Dit belemmert een snelle ontwikkeling van publieke voorzieningen.
- *Preventie staat soms haaks op hardnekkige overtuigingen en sentimenten.* De gedachte overheerst bijvoorbeeld dat te veel steun aan kwetsbaren onwenselijk is, want die steun zou hen maar afhankelijk en lui maken. Ook mag volgens dergelijke visies niet worden getornd aan de heersende rangen en standen.

- *Preventie moet wedijveren met andere politieke ambities* in een samenleving, die meer en meer in de greep raakt van het opkomend industrieel kapitalisme. De landelijke overheid ziet daarbij een steeds kleinere rol voor zichzelf en delegeert veel taken van zich af naar lagere overheden vanuit de gedachte dat deze meer nabij burgers zijn en samen met GGD-en beter beleid kunnen maken. Het Rijk verliest hierdoor echter ook sturingsmogelijkheden voor preventie en wordt afhankelijk van lokale prioriteiten en luimen. Preventie heeft helaas vaak geen urgentie bij gemeenten. De vaste overtuiging is dat mensen zelf verantwoordelijk zijn voor hun gezondheid.

De hier achterliggende hoofdzakelijk medische oriëntatie op ziektepreventie blijft tot in de 21ste eeuw dominant, en overleeft nieuwe visies en vergaande ambities. Denk aan de paradigmashift van pathogenese naar salutogenese, van gezondheid als doel op zichzelf naar het benutten van kansen voor welzijn en kwaliteit van leven voor iedereen. De WHO verkondigde deze ambities via het Ottawa charter in 1986 over de 'new public health' met luid tromgeroffel (*de zogeheten derde revolutie*). Het komt er op neer dat in de 18de, 19de en 20ste eeuw er steeds meer kennis is over de sociaal economische determinanten van veel ziekten. Het blijft echter politiek lastig er naar te handelen. In het volgende hoofdstuk wordt hier meer aandacht aan besteed.

6. De public health en het vraagstuk van 'health equity'

This toxic combination of bad policies, economics, and politics is, in large measure, responsible for the fact that a majority of people in the world do not enjoy the good health that is biologically possible. Daily living conditions, themselves the result of these structural drivers, together constitute the social determinants of health.

Sir Michel Marmot, 2008

6.1. Inleiding en onderzoeksmethode

Dit is het tweede hoofdstuk ter beantwoording van de eerste twee deelvragen. De focus in dit hoofdstuk ligt op deelvraag 2. Dit betekent dat ik me in het bijzonder focus op de relatie tussen de public health en health equity (zie voor de definitie H. 3), oftewel het verkleinen van de sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV). Ik buig me in dit hoofdstuk over vragen zoals: wat zegt de theorie over sociale determinanten in relatie tot de gezondheid en welzijn van mensen? Hoe is de kwestie van de SEGV en health equity de afgelopen decennia in en buiten Nederland aangevlogen? Waarom is het zo moeilijk de SEGV te verlagen en welke aspecten spelen daarbij een rol? Ook deze vragen benader ik eerst vanuit de geschiedenis, als een vervolg op wat in de vorige hoofdstukken al aan de orde is gekomen. Ik leg de nadruk op ontdekkingen en inzichten uit de 20ste eeuw. In het bijzonder ga ik dieper in op de ambities en aangrijpingspunten voor het beïnvloeden van 'determinanten' op samenlevingsniveau. Achterliggend is de centrale vraag: wat kunnen we van het verleden leren?

Werkwijze/methode

De methode van het onderzoek voor dit hoofdstuk is literatuuronderzoek. Ik trek in dit hoofdstuk het verleden als het ware door naar het heden en bouw daarbij voort op hoofdstuk 5. Ik begin het hoofdstuk met twee belangrijke denkers voor preventie en health equity, die leefden in respectievelijk de 19de en de 20ste eeuw, namelijk: Rudolf Virchow en Geoffrey Rose. Rose doordacht in zijn boek *The strategy of preventive medicine* de inzichten van Virchow (en andere hygiënisten) over de politieke dimensie en aard van preventie. Ook hier wezen WHO declaraties en publicaties mij de weg naar relevante internationale bronnen (uit de 20ste en 21ste eeuw) aangaande health equity. Voor het onderwerp eenzaamheid verwijs ik onder andere naar bronnen uit een eerdere publicatie van mijn hand in het tijdschrift *Waardenwerk* (Kolner, 2018). Voor de paragraaf over de ambities van de Nederlandse overheid aangaande preventie zijn publicaties en nota's van de landelijke overheid, onderzoek van kennisinstellingen, universiteiten en hogescholen leidend geweest. Onder andere de Nota 2000 verschaftte veel informatie over het denken over preventie aan het einde van de vorige eeuw.

6.2. De ziekmakende samenleving

Ziekmakende samenlevingen en sociale ongelijkheid

Aan de basis van de public health ligt de overtuiging van de hygiënisten dat ziekte en gezondheid van mensen een resultante zijn van het succes en falen van de samenleving als geheel (Mackenbach, 2009a, p. 181). Van de hygiënist en patholoog/antropoloog en politicus Rudolf Virchow (1821-1902) is de meest geciteerde zin binnen de public health afkomstig: "Medicine is a social science, and politics nothing but medicine at a larger scale" (Mackenbach, 2009, p. 181). Virchow ontdekte in Polen (oud Pruisen) dat een tyfus epidemie mede gerelateerd was aan sociale en hygiënische factoren (cf. Lange,

2022). Virchow was er van overtuigd dat *sociale ongelijkheid* de basisoorzaak van ziekte was en preventie de taak had de levenscondities (vooral behuizing, voeding en hygiëne) van mensen te verbeteren. Epidemieën en pandemieën waren volgens hem dan ook ‘waarschuwingstekens’ waar politici de huidige staat van de samenleving aan konden aflezen. De enige manier om de gezondheid van de bevolking te verbeteren en ziekte te voorkomen moest langs de weg lopen van de verandering van de samenleving als geheel en dus via politieke beïnvloeding. Virchow was overigens nog van mening dat artsen – die in zijn ogen de meeste kennis hadden over de menselijke conditie en de samenleving – de beste staatslieden en politici zijn. Virchow zag dokters als de advocaten van de armen (ibid: p, 182). Zelf droeg hij dit standpunt in zijn leven met verve uit.¹⁰⁰

Zoeken naar ‘the cause of the cause’

De epidemioloog Geoffrey Rose (1926-1993) onderbouwde het inzicht van Virchow verder en werkte het in de 20ste eeuw uit. In zijn bekendste werk *The strategy of preventive medicine* (oorspronkelijk uit 1992) ontvouwt hij zijn visie omtrent de mogelijkheden en beste strategieën voor preventie (Rose, 1992). Hierbij putte hij naast Virchow inspiratie uit de ideeën van de Franse socioloog Emile Durkheim (1858-1917). Durkheim toonde in zijn klassieke werk *Le Suicide* (1897) aan dat het gedrag van individuen moet worden verklaard uit de samenleving waarvan zij deel uitmaken. Hij toonde aan dat zelfmoordcijfers in landen door de jaren maar geringe variatie vertonen, terwijl er tussen landen grote verschillen zijn (zie ook Mackenbach, 2009, p. 182).¹⁰¹ Dit betekende dat er sprake was van een verband tussen zelfmoord en de (gezondheids) toestand van het land in kwestie. Er is dus niet alleen sprake van zieke individuen maar ook van ‘zieke’ populaties, steden en samenlevingen, aldus Rose (Rose, ibid., p. 21). Zie Tekstvak 6.1.

100 Als Virchow vond dat de politiek te weinig actie ondernam en te onverschillig was over het lot van haar onderdanen ging hij mee de barricade op. Bijvoorbeeld bij de Berlijnse opstand gericht op de noodzakelijke hervorming van de sanitaire en publieke voorzieningen.

101 Zie Mackenbachs *The History of Public Health, Rise and Fall of Disease in Europe* (2020) voor een nadere beschouwing op de relatie tussen zelfmoordcijfers en de incidentie van mentale stoornissen van mensen in een land (p. 266-271). Vele factoren spelen een rol.

Tekstvak 6.1

Preventie volgens Geoffrey Rose

De belangrijkste ontdekkingen van Rose

- Voor het vinden van de juiste preventiestrategie moet altijd eerst naar de onderliggende oorzaken of determinanten van een ziekte of verstoring van de gezondheid worden gezocht ('*search for the cause of the cause*').
- Er is altijd een verband tussen de ziekte van individuen en de groep waar zij deel van uitmaken. Dit betekent dat de problemen van een individu altijd in de sociale context van die groep of samenleving moeten worden bestudeerd.
- De meeste ziektegevallen op populatieniveau komen niet voort uit de relatief kleinere groep met de hoogste risico's, maar juist uit de grotere groep waar de risicofactoren in veel lichtere mate voorkomen.

Bron: Rose (1992, heruitgave 2008).

6

Preventieparadox

In tegenstelling tot bij de geneeskunde waar problemen individueel behandeld worden, moet preventie, wil deze effectief zijn, op groepen gericht zijn, stelt Rose (1992, 2008). En dan niet op de relatief kleine groep of op individuen met het hoogste risico, maar juist op de in aantal grotere populaties die juist een lager risico lopen. Dit is wat we de klassieke preventieparadox noemen: Public health preventie vraagt om een *collectieve of groepsgewijze* aanpak, bij voorkeur vooral gericht op groepen met een relatief laag risico (zie ook Gunning-Schepers, 1998). Voor de preventie van overmatige alcoholconsumptie bijvoorbeeld vraagt dit geen focus op de stevigste drinkers maar juist interventies bij de grote groep matige drinkers, bijvoorbeeld door alcohol duurder te maken. Dit vraagt om een bestudering en aanpak van de belangrijkste determinanten van ziekten en problemen binnen de context van de samenleving van die groep.

De bevindingen van Rose waren in de jaren '90 van de vorige eeuw verstrekkend voor de ontwikkeling van de primaire preventie binnen de context van de public health. Rose was er – net als Virchow – van overtuigd dat sociale en economische determinanten aan de basis liggen van ziekten en verstoringen. Dat was ook veelbetekend voor de oplossingen, getuige zijn citaat aan het einde van zijn boek: "The primary determinants of disease are mainly economic and social, and therefore its remedies must also be economic and social" (Rose, 2008, p. 161). Deze conclusie heeft volgens Rose in veel landen weinig erkenning gekregen en nog minder navolging. Belangrijke reden hiervoor is volgens hem dat sociale ongelijkheid c.q. het aanpakken van sociale en economische factoren voor gezondheid grotendeels in sectoren buiten de gezondheidszorg moet plaatsvinden. De geschiedenis leert echter dat politici zich niet altijd iets van de volksgezondheid aantrekken, zeker als de urgentie ervan ontbreekt en er andere belangen op het spel staan. De waarde van 'gezondheid' of preventie botst altijd met

andere waarden en belangen. Heel vaak gaat het hier om economische belangen en de daarmee gepaard gaande ongelijke verdeling van hulpbronnen. Zie ook hoofdstuk 7, 13 en 14.

6.3. Aangrijpingspunten voor preventief collectief beleid

Bij het beïnvloeden van samenlevingen (en systemen) om ziekten tegen te gaan komen een aantal vragen in beeld: 1) Aan welke gezondheidsproblemen wordt prioriteit gegeven door de overheid? 2) Op welk niveau (internationaal, nationaal, regionaal of lokaal) en in welke mate kunnen oorzakelijke factoren of determinanten voor ziekmakende (onderdelen van de) samenleving effectief beïnvloed worden? En 3) Wat is dan het aangrijpingspunt voor preventie? Bovengenoemde vragen raken aan tal van vraagstukken die in de vorige hoofdstukken al aandacht hebben gekregen, zoals:

- de contextgebondenheid en waardengeladenheid van de probleemdefinitie (wie of wat bepaalt dat iets en voor wie iets een probleem is, zodat overheidsbeïnvloeding gerechtvaardigd is?);
- de complexiteit van oorzaak-gevolg relaties (is er voldoende bewijs voor de oorzaken?);
- de beïnvloedbaarheid van determinanten in een bepaald tijdsbestek (waar richten we ons op?);
- de effectiviteit van onze inspanningen (weten we wat werkt?);
- het budget dat ter beschikking staat (kosten-batenanalyse: wat hebben we er voor over?);
- het politieke klimaat (welke wind waait er in een land en welk effect heeft dat op de besluitvorming?).

Bovengenoemde vraagstukken hebben invloed op afwegingen over de determinanten die het beste aangrijpingspunt zijn om verschil te maken. In de volgende drie sub-paragrafen wordt aan de hand van een aantal voorbeelden toegelicht hoe bovengenoemde punten met elkaar samenhangen.

6.3.1. *Wat beschouwen we als de belangrijkste problemen?*

Eerder is gesteld dat wat binnen een samenleving door verschillende partijen als een probleem of ziekte beschouwd wordt sterk door tijd en context wordt bepaald. Uiteraard dient er altijd een empirische grondslag te zijn om problemen of ziekten aan te pakken, maar dan nog kan een zekere maatschappelijke of politieke context bepaalde problemen benadrukken of veronachtzamen. Dit wordt duidelijk aan de hand van een voorbeeld rond het thema 'eenzaamheid', dat ik hieronder uitwerk.

Door de eeuwen heen is eenzaamheid een bekend fenomeen en een menselijke conditie (Svendson, 2017). Het fenomeen groeide in Nederland echter uit tot een probleem dat bestreden moest worden toen het bevorderen van de maatschappelijke

participatie van mensen door de overheid als kerndoel werd geformuleerd. Eenzaamheid botst als sociaal en maatschappelijk probleem met de basisprincipes waar de transitie en transformatie van onze verzorgingsstaat op rust en roept een gevoel van ongemak en onbehagen op (Kolner, 2018).¹⁰² Een centraal doel daarvan is participatie van alle burgers: 'meedoen'. Om dit te kunnen is zelfredzaamheid nodig (zie Machielse, 2016).¹⁰³

Het voorkomen en bestrijden van eenzaamheid staat de laatste jaren dan ook hoog op de agenda van de overheid. Niet alleen omdat het probleem zichtbaar is geworden en de kwaliteit van leven aantast, maar mogelijk ook omdat onderzoek aantoonde dat eenzaamheid de samenleving 'geld kost'. Eenzaamheid hangt namelijk samen met tal van gezondheidsproblemen en risicofactoren, zoals hoge bloeddruk, aantasting van het immuunsysteem en de aanwezigheid van stress-gerelateerde hormonen, een slecht voedingspatroon en een verstoord slaapritme.¹⁰⁴ Mensen met een minder goede gezondheid zijn vaker eenzaam. Bovendien hebben eenzame mensen vaak een minder gezonde leefstijl en zijn ze kwetsbaarder dan niet eenzame mensen (cf. Korporaal et al., 2008; Gobbens, 2012).

Overheden hebben met deze feiten en achtergrond redenen gevonden de menselijke conditie eenzaamheid te problematiseren, te individualiseren en te medicaliseren, stelt de Duitse neuroloog Spitzer (2019). Op dit moment kijken we dan ook anders naar eenzaamheid dan pakweg 100 jaar geleden; toen was het een onvermijdelijke bij de mens behorende conditie, nu is het een 'oplosbaar' probleem en doel van preventie geworden (zie ook Jorna, 2012; Jorna & Voois, 2014). Maar wat is oorzaak en wat is gevolg en waar ligt het aangrijpingspunt voor de preventie van eenzaamheid? Bij het individu of bij de samenleving als geheel? Is eenzaamheid een individueel probleem of een probleem op het niveau van de (individualistische) samenleving? Onderlinge relaties tussen mensen zijn in de hedendaagse samenleving "meer instrumenteel en functioneel" geworden, stelt Machielse (2023, p. 28). Door de technologische ontwikkelingen en toegenomen communicatiemogelijkheden, kunnen sociale relaties over grote afstanden onderhouden worden stelt Machielse. Dit heeft ook verandering van dat contact tot gevolg, immers: "We zijn niet meer vanzelfsprekend opgenomen in ondersteunende netwerken waarin we ons veilig en vertrouwd voelen, en worden, meer dan voorheen, beoordeeld op wat we bereiken of presteren in maatschappelijk opzicht." (ibid.).

102 Met transitie wordt de overdracht van taken naar gemeenten bedoeld, via instelling van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, de Jeugdwet en de Participatiewet. Met de transformatie worden de beoogde veranderingen bedoeld in de geest van deze wetgeving; onder andere op het feit dat mensen eerst zelf en in eigen kring naar oplossingen moeten zoeken alvorens een beroep te doen op voorzieningen.

103 Met zelfredzaamheid wordt bedoeld dat mensen 'in staat zijn tot het uitvoeren van de noodzakelijke algemene dagelijkse levensverrichtingen en het voeren van een gestructureerd huishouden' (Min. Van VWS, WMO wettekst 2015).

104 Denk ook aan angststoornissen, een laag zelfbeeld, suicide, overmatige alcoholconsumptie, gebruik van kalmeringsmiddelen, versnelling van het verouderingsproces en depressie (Svendsen, 2017; Korporaal et al., 2008; Cacioppo, 2006).

Eenzaamheid kenmerkt zich door een hoge mate van complexiteit en ongrijpbaarheid. Bij elk uniek mens liggen oorzaak en gevolg net weer even anders. De blik op het probleem (micro-, meso- of macroniveau) bepaalt in hoge mate hoe het probleem wordt aangepakt. Dit voorbeeld leert dat het ook niet eenvoudig is om over 'de' determinanten van eenzaamheid te spreken. Effectmetingen geven weinig hard bewijs over het succes van collectieve aanpakken ter preventie van eenzaamheid van individuele personen (Svenson, 2017; Jorna & Voois 2014; Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007).

6.3.2. *Wat weten we over de oorzaken en kunnen we die beïnvloeden?*

Dat oorzaak-gevolg relaties lang niet altijd helder of eenduidig zijn mag duidelijk zijn. Dit is zowel het geval bij infectieziekten, welvaartsziekten (kanker), maar zeker ook bij veel problemen van psychosociale aard waarbij het vaak gaat om een complex samenspel van factoren (Van Os, 2018). Dit vraagt om bezinning. Deze bezinning is zelfs nodig bij de zeer concrete infectieziekten, stelt Honigsbaum (2019) in zijn boek *The Pandemic Century*. Oorzaak en gevolg zijn vaak minder voor de hand liggend dan wordt gedacht. Volgens hem zoeken epidemiologen bij ziekten naar oorzaak-gevolg relaties maar staren ze zich blind op positivistisch denken waardoor ze dikwijls '*the bigger picture*' missen (ibid., p. 8). Zijn studie naar de oorsprong en ontwikkeling van pandemieën in de 20ste eeuw,¹⁰⁵ die een jaar eerder uitkwam voordat de SARS-CoV-2 (COVID-19) pandemie de wereld teisterde, laat zien dat ook pandemie door een virus (als boosdoener) vaak een '*cause of the cause*' heeft. Vaak zijn de 'microbes' die infectieziekten veroorzaken, een symptoom van iets anders, stelt Honigsbaum.

Honigsbaum (2019) laat zien hoe virologen en bacteriologen zich in de geschiedenis vaak vergisten in de werkelijke oorzaken van infectieziekten en aan tunnelvisie leden.¹⁰⁶ Om de complexe interactie van microben met ons immuunsysteem te begrijpen is nog veel onderzoek nodig, stelt hij. Waarom infectieziekten op een bepaald moment toeslaan of zich verder ontwikkelen, waarom de een er beter tegen bestand is dan de ander, is veelal nog een raadsel. Infectieziekten hebben hoe dan ook altijd een bredere maatschappelijke en sociale oorzaak. Zijn conclusie is dat onze kennis van het ontstaan, de mutaties en de verspreiding van pathogene factoren (virussen) nog steeds zeer beperkt is. Honigsbaum gaat nog een stap verder door te verwijzen naar het feit dat infectieziekten niet toevalligerwijs vaak volgen op ingrijpende verstoringen van het

105 De Spaanse griep, de pest, de parkieten koorts, de 'philly killer', legionella, aids, SARS, Ebola, Zika.

106 Bijv. bij de Spaanse griep bleef men lange tijd in de veronderstelling dat een bacterie (*B-influenza*) de oorsprong was. Het was Pfeiffer, een opvolger van de Duitse medicus, hoogleraar Hygiëne en nobelprijswinnaar Robert Koch (1843- 1910), de ontdekker van de bacterie die Tuberculose veroorzaakte, die deze 'waarheid' claimde. Ondanks dat zijn stelling niet beantwoordde aan de 4 postulaten van Koch en een virus de boosdoener was, werd zijn hypothese jarenlang niet tegengesproken (Honigsbaum, 2019, p. 36/37).

natuurlijke evenwicht (door oorlog of een natuurramp) en de veranderende relatie tussen mensen en dieren:

For instance, the Ebola virus may be one of the deadliest pathogens known to humankind, but it is only when tropical rain forests are degraded by clear cutting, dislodging from their roots the bats in which the virus is presumed to reside between epidemics, or when people hunt chimpanzees infected with the virus and butcher them for the table, that Ebola risks spilling over into humans. (p. 8)

Het is de mens zelf die de belangrijkste oorzaak is van infectieziekten, stelt Honigsbaum. In de eerste plaats niet omdat hij zijn handen niet goed wast maar veeleer omdat hij bossen kapt, nertsen op-hokt en apen en vleermuizen eet. Dit heeft belangrijke consequenties voor de effectieve preventie van infectieziekten. Honigsbaum laat zien hoe misvattingen en het uitblijven van politiek handelen het aanpakken van infectieziekten bemoeilijkt. Zowel bij de uitbraken van aids en Ebola lieten organisaties als de WHO en nationale politici het lang na om alarm te slaan en passende maatregelen te nemen. Beide ziekten werden respectievelijk toegeschreven aan armoede (Ebola) en zedeloos gedrag van homoseksuelen (aids) en werden om die reden lang genegeerd. De gedachte was dat ze geen bedreiging zouden vormen voor de gezondheid van 'rijke(re) of "rechtschapen" mensen' in het Westen. Deze reactie zagen we al in de 18de en 19de eeuw maar was ook in de 20ste eeuw (bijv. bij de ziekte aids) zichtbaar en bleek desastreus voor de aanpak.

6.3.3. Waar richten we ons op?

Bovenstaande roept de vraag op waar je op moet inzetten als je effect wil sorteren: op het beïnvloeden van de *proximale (nabije) factoren* (direct van invloed op risicofactoren voor ziekte, denk aan minder zout in voedsel tegen hoge bloeddruk) of de *distale (verder weg liggende) factoren*? Moeten chronische stress, hoge bloeddruk of roken als gevolg daarvan met medicijnen en verlaging van het zoutgebruik worden aangepakt of is het beter de onderliggende armoede en deprivatie aan te pakken, het onderwijs te verbeteren of via diplomatie te voorkomen dat er oorlog uitbreekt? Oorlog is volgens Rose altijd de grootste bedreiging voor de gezondheid geweest (Rose, 2008, p. 157). Niet alleen omdat tijdens een oorlog veel mensen sneuvelen maar ook omdat daarna het 'klimaat' gunstig is voor de uitbraak van infectieziekten (Honigsbaum, 2019). Een voorbeeld hiervan is de uitbraak van de Spaanse griep die na de Eerste Wereldoorlog uitbrak en miljoenen levens kostte. De beste besluiten om gezond gedrag te bevorderen worden niet door de beleidsafdeling van Volksgezondheid genomen, stelt ook Rose, maar door de departementen die de werkloosheid aanpakken, de sociale veiligheid garanderen en voor goed onderwijs en de bestaanszekerheid zorgen (Rose, 2008, p.133).

Hoe meer ‘upstream’¹⁰⁷ (verder weg) de oorzaken worden gezocht, des te meer heb je de ‘*cause of the cause*’ te pakken maar des te minder direct en sterk is de bewijslast (evidence) en des te moeilijker is het om draagvlak te krijgen voor preventieve interventies waarvan het effect zich vaak pas op de lange termijn laat zien (Rose, 2008, pp. 132-133). Ingrijpen in een causale relatie die verder weg ligt (met meerdere factoren die een rol spelen) is op de korte termijn minder effectief dan ingrijpen in oorzaken die dichter bij het ontstaan van de ziekte liggen, aldus Rose. Ook kunnen ‘onderweg’ tal van versturende en vertragende factoren optreden. Dit verklaart dominante aandacht voor ‘het proximale’ (zoals hoog cholesterol medisch aanpakken), maar dat is iets anders dan het probleem bij de wortels aanpakken (cf. Mackenbach, 2009a, p. 183). Daar komt bij, stelt Rose, dat het vooral sociaal gedepriveerden zijn die de gevolgen van de diepliggende oorzaken, zoals armoede, het meest voelen. Dit kan tot uitstel of afzien van politiek handelen leiden. Het is soms makkelijker de schuld bij de gedepriveerden zelf te leggen (Rose, 2008, p. 133).

In navolging van Virchow, Rose en Honigsbaum kan gesteld worden dat het aanpakken van de armoede en inkomensongelijkheid op de lange termijn mogelijk meer gezondheid en ongetwijfeld meer welzijn voor velen oplevert. Tevens is duidelijk dat dit veel ingewikkelder is, omdat het meer beleidsterreinen (en belangen) raakt en meer tijd, energie, geld en strijd kost.¹⁰⁸ Het raakt het hele politieke en socio-economische bestel, niet alleen in Nederland maar in alle landen van de wereld. De kloof tussen arm en rijk aanpakken vraagt andere oplossingsstrategieën met bemoeienis van beleidsbepalers wereldwijd. Het vraagt om het aanpakken van meerdere factoren tegelijkertijd maar ook om een herbezinning op de doelen van preventie. Een lokale aanpak van klimaatproblemen (en armoede als gevolg daarvan) bijvoorbeeld heeft alleen zin als ook op nationaal en internationaal niveau systemen worden aangepakt die de ongelijkheid vergroten. Dit vraagt om het aanpakken van de spelers en partijen (op alle niveaus) en vooral die partijen die het meeste garen spinnen bij deze ongelijkheid. Het ontwikkelen van een vaccin is daarbij vergeleken een peulenschil geeft ook Rose toe want: ‘[...] *policy decisions are guided by pragmatism, not ethics*’ (Rose, *ibid.*, p. 141).

In de volgende paragrafen worden de ambities van de WHO en de Nederlandse overheid belicht, aangaande het terugdringen van de sociaal economische gezondheidsverschillen, het bevorderen van gelijkheid in gezondheid (health equity) en sociale rechtvaardigheid (social justice). De blik wordt wederom verlegd naar het verleden, naar de periode vanaf eind jaren ’80 van de vorige eeuw.

107 Upstream en downstream oorzaken, zie Antonovsky (1996). Het refereert naar de metafoor van mensen die in het water vallen. Ga je ze (downstream) uit het water vissen of ga je (upstream) kijken waarom ze in het water vallen en leer je ze zwemmen?

108 zie ook het WHO manifest *Health in all politics* uit 2006

6.4. Health equity en het vraagstuk van de sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV) in Europa en Nederland

6.4.1. Internationale aspiraties WHO voor de 21ste eeuw

Health for all

De WHO is altijd een belangrijke inspirator geweest als het gaat om de aandacht voor en aanpak van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen in Europa en de rest van de wereld. Eind jaren '80 en in de jaren '90 is door de WHO veel werk gemaakt van het agenderen van de SEGV met het oog op het realiseren van health equity. Tussen 1981 en 2019 bracht de WHO een groot aantal declaraties uit met ongeveer dezelfde boodschap: lidstaten van de WHO werden wereldwijd opgeroepen om health equity op de politieke agenda te zetten en de sociale determinanten van gezondheid te agenderen. Vooral de *Health for all by the year 2000* (1977), de *Alma Ata declaratie* (1978), *The Global Strategy* (1981), *Health for all targets* (1985) het *Ottowa charter* (1986,) en het *Health in All Policies* (1999) waren bekende documenten en bouwden op elkaar voort (zie H. 5 en 6 en Tekstvak 6.2 voor een overzicht van een aantal WHO declaraties aangaande 'health equity').

Tekstvak 6.2

WHO-declaraties en -publicaties 1981-2019 (deze lijst is niet uitputtend)

Belangrijke WHO-declaraties en -publicaties vanaf 1981-2019

WHO (1977). Health for all by the year 2000, Copenhagen: WHO Regional Office Europe.

WHO (1978). Alma Alta declaration. Alma-Ata, USSR, 6-12, September 1978.

WHO (1981). Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Geneva: WHO.

WHO (1985). Targets for health for all: targets in support of the European regional strategy for health for all. Copenhagen ISBN 928901047.

WHO (1986). Ottawa charter. Geneva: World Health Organization.

WHO (1997). The Jakarta Declaration: leading health promotion into the 21st century. Geneva, WHO.

WHO (1998). Health for all in the 21 century. Copenhagen: WHO.

WHO (1999). Health21. The health for all policy framework for the WHO European Region. Denmark.

WHO (2001a). Basic documents. 43rd ed. Geneva, World Health Organization:1.

WHO (2001b). The world health report 2001: Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization.

WHO (2002a). Prevention and promotion in mental health. Mental health: evidence and research. Geneva, Department of Mental Health and Substance Dependence.

WHO (2002b). Prevention of psychoactive substance use: A selected review of what works in the area of prevention. Geneva, World Health Organization.

WHO (2002c). The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life style. Geneva, World Health Organization.

WHO (2004a). Global status report: Alcohol policy. Geneva, WHO.

WHO (2003). Social Determinants of Health. The Solid Facts. 2nd edition, edited bij R, Wilkinson and M. Marmot. Denmark/Copenhagen: WHO.

WHO (2004b). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report. Geneva, WHO.

WHO (2004c). WHO CHOICE Cost effectiveness analyses. Geneva, World Health Organization.

WHO (2004d). The world health report 2004: Changing history. Geneva, World Health Organization.

WHO (2005). The Bangkok Charter for Health Promotion in a globalised world. Copenhagen: WHO.

WHO (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the commission on social determinants of health. Geneva: WHO.

WHO (2019). Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report. Copenhagen: WHO.

Uit een analyse van het document ('Alma Ata') van de WHO in 1978 blijkt dat het begrip 'sociale determinanten' voor gezondheid nog niet wordt gebezigd. De nadruk ligt hier nog sterk op het op orde brengen van (toegang tot) de eerstelijns gezondheidszorg. Wel wordt vaak verwezen naar de doorwerking van de slechte sociaaleconomische omstandigheden op het leven en de gezondheid van mensen en opgeroepen iets aan de ongelijkheid in gezondheid te doen. Het zijn de omstandigheden die niet

alleen tussen maar ook binnen landen verantwoordelijk zijn voor de grote sociaal economische gezondheidsverschillen, stelt de WHO. In de latere declaraties worden de sociaaleconomische omstandigheden als primair uitgangspunt voor toekomstig beleid genomen en wordt het pleidooi sterker om gezondheid in alle politieke beleidsterreinen te integreren (*Health in All Policies*). Vooral een wereldwijde aanpak van de extreme armoede, waarin in die tijd al meer dan 1 miljard mensen leven maar bijvoorbeeld ook door wereldvrede, kan de levensverwachting en het aantal gezonde levensjaren en kwaliteit van leven van alle mensen sterk verbeteren: *'het gaat om slechte voedings- en leefomstandigheden en om de wanhoop die alle energie van mensen opslokt en de weerstand aantast'* (WHO, 1981). Ook gaat het om de aanpak van aan armoede gerelateerde ongeletterdheid. Het gaat niet de goede kant uit, stelt de WHO in 1981 (p. 19).

In 2005 stelt de WHO 'The Commission on Social Determinants of Health' in. Onder leiding van Sir Michel Marmot formuleert deze commissie de onderbouwde ambities en aanbevelingen (zie Tekstvak 6.3) voor de wereldwijde aanpak van het bevorderen van health equity in de 21ste eeuw. In 2008 brengt de commissie een 'Final Report' uit onder de veelzeggende en ambitieuze titel *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Het Final Report oogt als een politiek handboek voor regeringsleiders en leest als een noodkreet, getuige dit citaat:

Poor and unequal living conditions are, in their turn, the consequence of deeper structural conditions that together fashion the way societies are organized – poor social policies and programs, unfair economic arrangements, and bad politics. These 'structural drivers' operate within countries under the authority of governments, but also, increasingly over the last century and a half, between countries under the effects of globalization. This toxic combination of bad policies, economics, and politics is, in large measure, responsible for the fact that a majority of people in the world do not enjoy the good health that is biologically possible. Daily living conditions, themselves the result of these structural drivers, together constitute the social determinants of health. (p. 26)

Chapter 6

Tekstvak 6.3

Aanbevelingen voor health equity

De belangrijkste drie aanbevelingen van de WHO om health equity te bereiken

- Verbeter de condities van het dagelijks leven van mensen – de omstandigheden waarin mensen worden geboren, opgroeien, leven, werken en ouder worden.
- Pak de ongelijkmatige verdeling van macht, geld en hulpbronnen aan – het gaat hier om de structurele factoren achter de hierboven genoemde condities van het dagelijks leven – zowel op wereldniveau als nationaal en lokaal.
- Meet en begrijp de problemen, evalueer activiteiten, versterk en verspreid de kennisbasis, ontwikkel een ‘werkmacht’ die erop is getraind de sociale determinanten van gezondheid aan te pakken en het publieke bewustzijn hieromtrent te vergroten.

Bron: Final Report WHO (2008).

Met de boodschap health equity en ‘social justice’ (*‘a matter of life and death’*) spreekt de WHO overigens niet alleen de ontwikkelingslanden aan. Ook de rijkere landen hebben nog veel werk te doen, stelt de WHO. De structurele ‘drijvers’ van de levenscondities van mensen zijn (zie figuur 6.1):

- de aard en mate van de sociale gelaagdheid in de samenleving (*socioeconomic context*);
- vooroordelen, normen en waarden in de samenleving (*culture*);
- economisch en sociaal beleid zowel globaal als nationaal (*socioeconomic & health policy*);
- beleidsprocessen op globaal, nationaal en lokaal niveau (*governance*).

Health targets

De WHO werkt in 1984 op Europees niveau alvast 38 ‘*health-targets*’ uit voor de Europese lidstaten, waaronder Nederland (WHO, 1985). Deze targets hebben betrekking op alle domeinen van het menselijk leven: op het verkleinen van de gezondheidsverschillen, op het verbeteren van leefwijzen en omgevingsfactoren (denk aan gezonde voeding en beweging, positieve seksuele relaties, meditatie om stress te reduceren, het verbeteren van de arbeidsomstandigheden, het bevorderen van sociale netwerken en sociale steun in het kader van de reductie van eenzaamheid), educatie, zorg voor het klimaat, onderzoek en ondersteuning voor de gezondheids(zorg)ontwikkeling. Betrokkenheid van burgers bij het opstellen en uitwerken van lokale plannen is daarbij een vereiste.

Health in All Policies (HiAP)

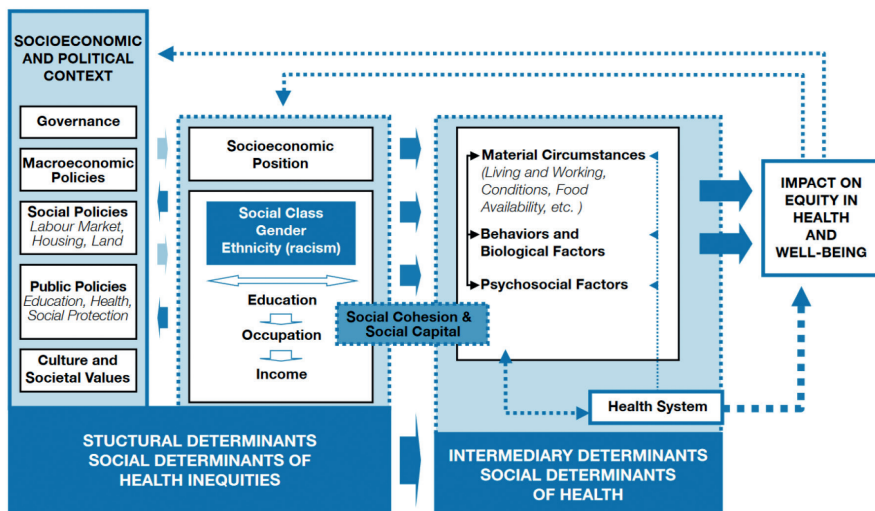
Het 30-jaar durende pleidooi van de WHO en het werk ter onderbouwing dat ermee gepaard ging is indrukwekkend. De boodschap is duidelijk: alle landen ter wereld

moeten gelijkheid in gezondheid en sociale rechtvaardigheid serieus nemen zodat de sociaaleconomische gezondheidsverschillen worden verkleind. Hiervoor is het nodig dat gezondheid in alle relevante beleidsterreinen als doel wordt opgenomen en de 'root causes of ill-health' worden aangepakt (WHO, 2003). Gezondheid is een uitkomst van een *rechtvaardig sociaal beleid*, stelt voorzitter Marmot van de commissie van de sociale determinanten van gezondheid. Vooral sociaal (economisch) beleid is cruciaal, stelt hij indachtig de woorden van Virchow, want: "If the major determinants of health are social, so must be the remedies" (Marmot, 2005, p. 1103; Wilkinson & Marmot (2013). De WHO spreekt in 2008 van de noodzaak de gezondheidskloof te dichten (*close the gap*). In 2019 stelt de WHO echter vast dat alhoewel de levensverwachting in veel Europese landen is toegenomen de kloof hardnekkiger is dan verwacht: "Progress to reduce health inequities has not been as fast as expected." (WHO, 2019).

6

Figuur 6.1

Commission on Social Determinants of Health Conceptual Framework.



Bron: Final Report WHO and the Commission on Social determinants, WHO, 2010, p. 6.

6.4.2. Nederlandse ambities voor de 21ste eeuw: de Nota 2000

De 'health-targets' zoals geformuleerd door de WHO hebben in Nederland als inspiratiebron voor de Nota 2000 gefungeerd (zie Nota 2000, Ministerie van WVC, 1986, p. 4, 309, 327). De inhoud en het ontstaan ervan wordt hier op hoofdlijnen besproken omdat zij icoon is van haar tijd (Lieber, 2011). De Nota luidt een heroriëntatie in op het gezondheidsbeleid in Nederland voor de 21ste eeuw en geeft veel prijs van het denken over preventie en gezondheid(sdeterminanten), op zowel internationaal als nationaal

niveau (p. 4). Over de Nota 2000 is ook lang nadien nog vaak geschreven in nationale vaktijdschriften (Van Doldron, 2000; Vaandrager & Koelen, 2011; Lieber 2011). De Nota start met de vraag 'Wat moet het doel van gezondheidsbeleid zijn?': een zo'n lang mogelijk leven (kwantitatief) of meer jaren in goede gezondheid (kwalitatief)? Het is dit spanningsveld dat door de nota heen zichtbaar wordt.

Nota 2000

De Nota 2000 moet in de context worden gezien van een land dat in een financiële crisis verkeert. Als de Nota 2000 in 1986 verschijnt¹⁰⁹ bedraagt het aantal arbeidsongeschikten ruim 600.000 personen (10 % van de beroepsbevolking) en zit ongeveer 16% van de beroepsbevolking zit zonder werk.¹¹⁰ De werkeloosheid zal volgens de prognoses in de Nota tot 2000 verder oplopen, al zijn er voor het eerst sinds jaren tekenen van economisch herstel (p. 18). Belangrijk uitgangspunt van de nota is het fenomeen van de 'afnemende meeropbrengst' als het om investeringen in de gezondheidszorg gaat: "een sterke toename van de reële uitgaven in de gezondheidszorg heeft niet geleid tot een overeenkomstige verbetering in de sterfte- of mortaliteitscijfers" (p. 8). Dit fenomeen leidt vooralsnog niet tot meer investeren in preventie.

Er wordt gereflecteerd op de relatieve plaats die de collectieve preventie inneemt in het totaal van uitgaven voor de gezondheidszorg: "In 1979 vormde de post collectieve preventie 2,6 % van de totale uitgaven in de gezondheidszorg. In 1984 bedroeg die 2,3 %." (Ministerie van WVC, 1986, p. 374). De oorzaken kunnen velerlei zijn, zo wordt gesteld. Zo hebben '*andere sectoren meer achterban die op de bres staat*'. Ook speelt mee dat preventie niet uitgaat van een zorgbehoefte, mensen zich niet bewust zijn van problemen, preventie pas op de lange termijn effect heeft en de effecten ook nog eens weinig zichtbaar zijn: "Preventie heeft {namelijk} ook vaak als resultaat dat er iets niet gebeurt" (ibid.). Toch lijkt er sprake van een kentering: veel ziekten en gezondheidsproblemen zijn immers vermijdbaar en preventie komt bovenaan de agenda van het toekomstig gezondheidsbeleid te staan.

De Nota biedt een belangrijk overzicht van de demografische samenstelling en de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking. De welvaartsziekten lijken de plek van de infectieziekten te hebben overgenomen, al mogen deze zeker niet als uitgebannen worden beschouwd. Het is de ziekte aids die veel mensen angst aanjaagt (ibid., pp. 19-21). Er is volgens de laatste stand van zaken sprake van een stijging van het aantal mensen dat ziek wordt of sterft ten gevolge van de welvaartsziekten (met name hart en vaatziekten, kanker, overgewicht). Er wordt een toenemend aantal echtscheidingen voorspeld en ook de verstedelijking, migratie en vergrijzing zullen hun tol eisen. Naar het eerder genoemde model van Lalonde (zie H. 5) volgt een uitgebreide opsomming van de determinanten (oorzakelijke factoren) van gezondheid:

109 Joop van der Reijden (CDA) is begin 1986 nog staatsecretaris voor Volksgezondheid (onder Lubbers I). Dick Dees (VVD) neemt het dat jaar van hem over (Lubbers II).

110 Het gaat om omstreeks 800.000 mensen (Nota 2000, p.18). Er zijn in 1984 ook 600.000 arbeidsongeschikten (p. 46).

de biologische, de maatschappelijke omgeving (inclusief arbeid en werkgelegenheid, educatie, recreatie en gezin), fysieke factoren (milieu en wonen) en leefwijzen. Gezondheid wordt gedefinieerd als:¹¹¹

Een situatie van evenwicht dat wordt bepaald door de omstandigheden waarin mensen verkeren en het vermogen dat zij zelf bezitten, of zich met hulp van anderen kunnen verwerven, om zich te verweren tegen verstoringen. Deze verstoringen kunnen hun oorsprong zowel in het lichaam hebben (endogeen) als daarbuiten (exogeen). (Nota 2000, p. 12)

Gezondheid is betrekkelijk en veronderstelt een voortdurend proces, zo stelt de nota en vooral het aanpassingsvermogen van mensen speelt een belangrijke rol: "indien de huidige ontwikkelingen zich in dezelfde richting en in een versneld tempo blijven voortzetten, dan mag worden aangenomen dat in de volgende eeuw hogere eisen worden gesteld aan het aanpassingsvermogen van mensen dan thans het geval is." (ibid., p. 13). Op deze wijze werpt de nota een vooruitziende blik op de uitdagingen die de mens in de 21ste eeuw te wachten staat.

Het kabinet geeft in de Nota 2000 blijk van het besef dat gezondheid en gezondheidsgedrag niet voor iedereen vanzelfsprekend zijn en dat ieder mens om gezond te willen zijn en te kunnen leven 'mogelijkheden' nodig heeft.¹¹² Verschillen in de gezondheidstoestand tussen mensen ('van buurt tot buurt, van regio tot regio') zullen, bij ongewijzigd beleid, 'onvermijdelijk' zijn (p. 19). Iets verder staat 'armoede door gebrek aan werk kan de gezondheid aantasten'. Dat met name mensen uit de 'lage sociale klasse' gemiddeld ongezonder leven (met name op het gebied van voeding en roken) wordt gezien als een gevolg van een tekort aan mogelijkheden (lees: hulpbronnen). Het gaat daarbij met name om een combinatie van negatief op elkaar inwerkende factoren van sociaal economische aard en sociaal-culturele aard, zoals stress, ploegendienst, weinig keuzevrijheid en andere klasse-gebonden gewoonten, die niet gecompenseerd worden (p. 82). 'Kwaliteit van leven' wordt in de nota (p. 81) als uitkomst gezien van een precair balanceren tussen enerzijds belastende factoren en stressoren waar mensen mee te maken krijgen (zoals 'life events' of geestdodende arbeid) en anderzijds de mogelijkheden die de persoon zelf heeft of die de omgeving biedt om de belasting het hoofd te bieden (zingeving, ondersteuning en informatie). Niet gezond zijn of je ongezond voelen is één van die stressoren. Wat opvalt is dat de termen 'gezondheid' en 'kwaliteit van leven' bijna als synoniemen worden gebruikt. Ook de overeenkomst met de definitie van 'veerkracht' zoals besproken in hoofdstuk 3 valt op.

111 Hier valt een gelijkenis op met het concept positieve gezondheid dat momenteel in Nederland gangbaar is (Huber, 2011).

112 Antonovsky noemde dat hulpbronnen of 'specific resistance resources' (SRR), zie ook H. 5.

De Nota 2000 kondigt aan haar gezondheidsbeleid in de toekomst te richten op meer ‘gezondheidswinst’ door middel van gezondheid bevorderende maatregelen (leefstijlbeïnvloeding), alsook op het voorkomen van omstandigheden die een negatieve invloed hebben op de gezondheidstoestand en kwaliteit van leven (p. 626). Met het gezondheidsbeleid richt de Nota zich op de hele bevolking maar vooral op hoog risicogroepen, zoals kinderen/jeugd, kwetsbare ouderen, chronisch zieken en lage Sociaal Economische Status (SES) groepen. Wat opvalt is dat de leefwijze benadering, die de Nota 2000 voor ogen heeft, niet alleen een epidemiologisch model maar ook een emancipatoir, liberaal en cognitief model voorstaat (p. 373). Dit model benadrukt dat mensen gestimuleerd worden zelf bewuste keuzes te maken in relatie tot hun gezondheid, inclusief ziekte of handicap. Keuzevrijheid (‘autonomie’) wordt in de nota van groot belang geacht. Daarbij staat centraal dat het bij gezondheidsbeleid en preventie steeds om een combinatie gaat van individuele en maatschappelijke factoren: “een eenzijdige poging tot gedragsbeïnvloeding is zowel om theoretische als praktische redenen onjuist (*blaming the victim*)” vermeldt de nota (p. 80).

Er worden twee richtingen uitgewerkt voor de preventiestrategie : een educatieve (voorlichting) en een medische benadering (denk aan bevolkingsonderzoek, p. 373). Zelfzorg (‘greep op je eigen bestaan’) wordt als startpunt gezien voor preventie. Facetbeleid¹¹³ maakt onderdeel uit van de aanpak, waarmee de overheid een multisectoriële benadering bepleit, immers: ‘gezondheid moet in alle beleidsterreinen en domeinen een belangrijk punt van aandacht zijn’ en interventies gericht op gedrag dienen te worden uitgebreid tot ‘alle gedrag in relatie tot gezondheid’. Hier zien we het ‘Health in All Policies’ (HiAP) adagium van de WHO terug. Evenwel wordt ‘het gezondheidsbeleid dat interdepartementaal vorm krijgt’ min of meer vooruit- of weggeschoven naar de toekomst omdat het ‘uitsluitend tot de competentie van andere departementen behoort.’ (ibid., p. 372). Facetbeleid vergt daarom ‘bezinning’ (p. 614) en voor een aanpak van de armoede of ongeletterdheid bijvoorbeeld is in de nota zelf dan ook (nog) geen plek ingeruimd.

Een verschuivend mensbeeld

Bij het te ontwikkelen preventiebeleid in Nederland lijkt het achterliggende mensbeeld een wisselende rol te spelen. Waartoe acht je mensen wel en niet zelf in staat en waar moet de overheid bijspringen? Waar in 1966 nog sprake was van dat de overheid de verantwoordelijkheid van mensen overneemt ‘wanneer hij redelijkerwijs geacht moet worden zelf niets te kunnen doen’ wordt deze visie in de aanloop van de Nota 2000 flink aangepast en in de context van democratisering geplaatst. Daarmee wordt bedoeld dat de eigen verantwoordelijkheid van burgers vanaf begin jaren ’90 steeds meer nadruk krijgt. Mensen hebben naast rechten (mondigheid, zelfstandigheid, zelf beslissen) ook

113 Met facetbeleid wordt letterlijk bedoeld: een gerichte samenwerking met de overige departementen, waarbij de bewindspersoon voor volksgezondheid een actieve maar niet dominerende rol speelt (p. 15).

plichten (gezond gedrag en een verantwoord gebruik van voorzieningen). Naast de eigen verantwoordelijkheid wordt ook de verantwoordelijkheid voor elkaar (mantelzorg) benadrukt, want: "professionele zorg dient niet eerder te worden ingeschakeld dan nodig en verantwoord is" (p. 14). Hier lijkt de toenemende druk op de financiële middelen in die tijd zijn doorwerking te hebben gehad. De (paradoxe) behoefte aan meer overheidssturing om mensen zelf aan het 'werk' te zetten om hun gezondheid te bevorderen groeit vanaf die tijd. In 1983 wordt deze visie, net wat eerder dan de Nota 2000, in de *Nota Volksgezondheidsbeleid bij beperktheid van middelen* uitgewerkt (ibid.). De ambitie in de Nota 2000 is helder: 'mensen moeten in staat worden geacht om verantwoordelijkheid te dragen voor het eigen en elkaars welzijn en gezondheid'. Hiertoe is het stimuleren van zelfstandigheid (zelfzorg) een politieke keuze en een voorwaarde. De onderlinge solidariteit is essentieel:

[...] het beleid moet erop gericht zijn om tegen te gaan dat, meer dan uit een oogpunt van effectieve en doelmatige zorgverlening noodzakelijk is, eigen activiteiten worden vervangen en dat het dragen van eigen verantwoordelijkheid wordt belemmerd door het zorgsysteem. Het is een uitdrukking van een politieke keuze die wel wordt omschreven als die voor een 'zorgzame samenleving'. (p. 15)

Ook in de jaren daarna blijft de eigen verantwoordelijkheid en zelfzorg van de mens centraal staan. De paradox tussen enerzijds het belang van autonomie en anderzijds 'verantwoordelijk gedrag en zelfzorg' wordt steeds meer voelbaar. Eigen verantwoordelijkheid wordt – afhankelijk van de tijdgeest en de beschikbaarheid van middelen – telkens in een passend perspectief geplaatst. In de 'zorgzame samenleving' gaat het over democratisering, rechten en plichten, het voorkomen van afhankelijkheid en medicalisering en – vanwege een gebrek aan middelen – over matigheid ten aanzien van het gebruik van overheidsdiensten. Oftewel: de mens is autonoom maar dient zich wel verantwoordelijk te gedragen en solidair te zijn (lees: voor zichzelf en anderen zorg te dragen).

Ondanks de uitgebreide en door de WHO geïnspireerde visie die in het rapport naar voren komt wordt het weinig concreet in de Nota 2000. De nota kondigt vooral veel voornemens aan - in de vorm van het formuleren van strenge doelen in vervolgnota's, studiedagen en meer determinanten – en effectiviteitsonderzoek (vooral als het gaat om leefstijlbeïnvloeding) en scenariostudies. Er wordt onderzoek aangekondigd naar mogelijke wijzigingen van het financieringsstelsel in het kader van de 'doelmatigheid' van het aanbod, waaronder naar de mogelijkheid van een "verbetering van de mogelijkheden tot marktordering" (p. 655).

De Nota 2000 (1986) leidde in 1989 onder andere tot nieuwe wetgeving, namelijk de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) die gemeenten meer bevoegdheden geeft en lokaal integraal gezondheidsbeleid (IGB) mogelijk maakt. Ook leidt de nota tot de oprichting van een commissie SEGV in 1989 die zich gaat buigen over de aard en aanpak van de gezondheidsverschillen in Nederland. In hoofdstuk 7 wordt hier dieper op ingegaan. In de volgende paragraaf belicht ik nog enkele knelpunten die

spelen bij tal van keuzen binnen de public health om via een collectieve aanpak de gezondheidsverschillen te verkleinen.

6.5. Public health beleid en het verkleinen van de ‘health-gap’: een weg vol hindernissen

Vanuit ziektepreventie en gezondheidsbevordering staat de vraag centraal hoe de verschillen in gezondheid op populatie-, samenlevings- of systeemniveau kunnen worden aangepakt en wat dit zou moeten behelzen. Bij de beïnvloeding van systemen spelen verschillende kwesties, die hieronder in afzonderlijke paragrafen kort worden aangestipt:¹¹⁴

- *onbedoelde gevolgen van preventieve interventies;*
- *grenzen aan staatsbemoeienis;*
- *grenzen aan de individuele en professionele vrijheid;*
- *leven in een risicomaatschappij;*
- *de complexe vraag naar verantwoording en effect;*
- *de morele dimensie van preventie.*

6.5.1. Onbedoelde gevolgen van preventieve interventies

Verschillen in gezondheid en ziekte als gevolg van populatiebeïnvloeding zijn een uitkomst van het functioneren van het systeem als geheel en niet louter een gevolg van het gedrag van individuen stelt Mackenbach (2009), de lessen van Virchow, Durkheim en Rose in acht nemend. Collectieve preventie gaat niet uit van een vraag van individuele burgers naar preventie of een zorgbehoefte bij mensen (Nota 2000, Ministerie van WVC, 1986, p. 374). Het effect van de preventie van ziekten op samenlevingsniveau is groter dan (het voorkomen van de) opgetelde ziektegevallen alleen (Mackenbach, 2009). Het voorkomen van een ziekte op middelbare leeftijd heeft meestal tot gevolg dat een andere ziekte op latere leeftijd ervoor in de plaats komt. Denk bijvoorbeeld aan het feit dat minder mensen sterven aan hart- en vaatziekten, maar daardoor meer mensen op latere leeftijd met dementie te maken krijgen. Deze ziekte heeft een enorme impact op de kwaliteit van leven van patiënten en hun naasten en brengt hoge zorgkosten met zich mee (Mackenbach, 2020).

Daarnaast is er sprake van ‘emergentie’ bij systeeminterventies; veel interventies hebben onverwachte en onbedoelde effecten. Je kunt de werking van een complex systeem dan ook niet begrijpen door alleen de verschillende onderdelen te kennen of te onderzoeken (cf. Morin, 2008). In systemen acteren individuen en interventies met elkaar en worden de uitkomsten door tal van onafhankelijke factoren beïnvloed (Mackenbach, 2009, 2020). Deze factoren werken op elkaar in via positieve en

114 Sommige van deze punten gaan over health equity maar hebben ook een bredere impact.

negatieve (balancerende en versterkende) 'feedbackloops' (een gesloten keten van causale reacties) (cf. Meadows, 2008, p. 54). De uitkomsten van interventies gericht op het veranderen van gedrag van individuen, groepen of systemen zijn daarom niet nauwkeurig te voorspellen. Goede intenties kunnen tot foute uitkomsten leiden, maar ook andersom (zie ook Mackenbach, 2020). Politici hebben daarnaast rekening te houden met vertraging. Het verhogen van de suikertaks en het anders inrichten van de supermarkt zal niet op korte termijn leiden tot minder mensen met obesitas. Aangezien de staat systeem-verantwoordelijke is ontkomt de public health niet aan politieke beïnvloeding, al zijn de gevolgen vaak ongewis. Het toekennen of schrappen van interventies of voorzieningen voor de ene groep kan grote gevolgen hebben voor een andere groep (RMO, 2004; zie ook Janssens, 2018 en Tekstvak 6.4).

Tekstvak 6.4

RMO over het primaire doel van de verzorgingsstaat en 'fouten' bij gebruik voorzieningen

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling over de verzorgingsstaat in Nederland

In 2004 waarschuwden de toenmalige Raad Maatschappelijke Ontwikkeling voor de gevolgen van de verschraving van de verzorgingsstaat: *"niet zijn onbetaalbaarheid, maar zijn onvermogen om tegemoet te komen aan zijn meest primaire doelstelling: opkomen voor de meest kwetsbare burgers"* was volgens de Raad het probleem (RMO, 2004, p. 10-12).

De RMO heeft het in 2004 over fouten van de eerste, tweede en derde soort bij het realiseren (en afbreken) van basisvoorzieningen die de burger beschermen of compenseren bij tegenslag of ziekte:

1. *Fout van de eerste soort*: mensen voor wie de voorzieningen zijn bedoeld worden niet bereikt met de voorzieningen.
2. *Fout van de tweede soort*: bij uitbreiding van de voorzieningen profiteren er mensen van die de voorzieningen eigenlijk niet nodig hebben.
3. *Fout van de derde soort*: om overmatig gebruik van voorzieningen te voorkomen wordt een generieke korting toegepast waardoor de voorzieningen weer verdwijnen voor de mensen die ze echt nodig hebben.

Bron: RMO (2004).

6.5.2. Staatsbemoedenis: waar ligt de grens?

Staatsingrijpen met het doel gezondheidsproblemen te voorkomen roept altijd stof tot discussie op. De vraag is immers hoe ver de overheid mag gaan in het beïnvloeden van het gedrag van haar burgers (cf. RMO, 2014). Op internationaal niveau wordt - binnen de epidemiologie en public health - veel debat gevoerd over de mate waarin en op welke wijze staatsinvloed is geoorloofd als het om het gedrag van burgers gaat (zie H. 5). De acceptatie van staatsingrijpen is namelijk afhankelijk van het land in kwestie, van de daar heersende ideologie, maar ook van de situatie en het onderwerp. In landen met

een autocratische aansturing wordt meer van bovenaf ingegrepen dan in democratische landen. In een democratie krijgt de stem van het volk meer gewicht en worden meer uiteenlopende belangen meegewogen. In tijden van oorlog, epidemieën en pandemieën wordt staatsingrijpen sneller geaccepteerd en is de behoefte aan centrale aansturing groot.

Volgens Peeters (2015) heeft preventie zich de afgelopen decennia ontpopt als een cruciale sturingstechniek voor de Nederlandse overheid en vormt preventie juist de kern van het overheidsbeleid op verschillende terreinen. Peeters vat preventie op als “het intentioneel nemen van maatregelen gericht op het voorkomen of afwenden van een ongewenste toekomst” (p.19). Hieraan ten grondslag liggen twee aannames. De eerste betreft de mogelijkheid van *anticipatie*, oftewel het vermogen je een voorstelling te maken van een mogelijke toekomst. De tweede aanname gaat over de mogelijkheid van *maakbaarheid*, oftewel het vermogen om bepaalde handelingen in het heden te verrichten die de ongewenste toekomst kunnen afwenden.

Preventie is geen *zuivere categorie*, stelt Peeters (2015). De grenzen tussen voorkomen en genezen, tussen voorzorg en preventie, maar ook tussen repressie en preventie, zijn niet goed af te bakenen (zie ook H. 4). Veel overheidsbeleid heeft preventieve ingrediënten, al worden deze vaak niet als zodanig herkend en erkend (ibid., pp. 15-21). Denk bijvoorbeeld aan de inrichting van de openbare ruimte, zoals het aanbrengen van straatverlichting en het aanbrengen van ‘groen’ in de wijk om criminaliteit te voorkomen. Of denk aan het niet geheel onomstreden fenomeen ‘nudging’ waarmee de overheid burgers ongemerkt in een juiste richting duwt (Thaler & Sunstein, 2008; RMO, 2014).¹¹⁵ Ook kan gedacht worden aan het verhogen van uitkeringen of uitkeren van toeslagen om mensen met een laag inkomen te compenseren voor de gevolgen van bijvoorbeeld inflatie teneinde armoede te voorkomen (zie ook H. 14). Onderliggende waarden (zoals economische groei of solidariteit voor kwetsbare mensen in de samenleving) zijn van groot belang om de rechtmatigheid van staatsingrijpen te beoordelen, stelt Peeters (ibid., p. 35; zie ook Lieber, 2011). Deze waarden bepalen hoe je naar de rol van de staat kijkt en welke mate van bemoeienis wordt gelegitimeerd.

Mackenbach vraagt zich af in hoeverre lokale en nationale preventieve (staats) interventies zin hebben indien noodzakelijke interventies op supranationaal niveau uitblijven (Mackenbach, 2020, p. 331; zie ook paragraaf 6.3.3.). De acceptatie van collectieve overheidsinterventies is volgens hem ge-erodeerd sinds het opkomend

115 De RMO adviseerde in 2014 een herdefiniëring van wat ‘nudging’ inhoudt. Nudging moet niet zijn gericht op mensen een duwtje in de ‘goede’ richting te geven, maar juist gericht zijn op de weerstand van mensen te versterken tegen verleidingen die niet in overeenstemming zijn met hun eigen waarden en doelen. Nudges kunnen dit doen omdat ze meer dan traditionele strategieën mensen in staat stellen keuzes te maken zonder hen die keuzes op te leggen (RMO, 2014, p. 12). Zie ook H.2.

neoliberalisme, en dus is een her-articulatie ervan noodzakelijk. Het ontbreekt zijns inziens aan internationale instituties die hiervoor verantwoordelijkheid nemen (H. 8).

6.5.3. *Grenzen aan de individuele en professionele vrijheid*

Vraagstukken rond staatsinterventies in de zin van collectieve preventie raken altijd aan vragen rond persoonlijke en professionele vrijheid en autonomie. Naast politieke kleur en visie op mens en samenleving en de spanning tussen 'vrijheid' en 'gelijkheid' raken deze vragen ook aan de mensen- en burgerrechten, aan ethiek en aan democratie. Zo vonden bijvoorbeeld de liberalen de zorg voor de armen van oudsher al meer een morele verplichting (en dus reden voor een aalmoes en filantropie) dan dat de armen daar rechten aan konden ontlelen. Al beseftte ze later dat hulp aan de armen ook in hun eigen belang was. Minder epidemieën, minder diefstal of zelfs revolutie kwam henzelf ook ten goede. Van medio de 19^{de} eeuw tot het einde van de 20^{ste} eeuw veranderde de samenleving langzamerhand van een systeem van (hoofdzakelijk) particuliere filantropie en liefdadigheid naar een verzorgingsstaat en een nieuw model voor 'sociaal burgerschap' waar staatsingrijpen, onderlinge solidariteit en interventies de toon zetten en gericht waren op het creëren van gelijke rechten op gezondheid voor iedereen (zie H. 13).

Volgens Peeters (2019) bewandelt de Nederlandse overheid in tal van preventieve interventies (in het sociaal domein, de gezondheidszorg en veiligheid) een dunne lijn tussen keuzevrijheid en gedragssturing (cf. RMO, 2014). Zoals we eerder zagen is er bij preventie vaak sprake van een paradox: een overheid die sterk stuurt op toenemende zelfsturing van mensen. Vormen van overheidssturing die raken aan het gedrag van individuele burgers roepen tegenwoordig – overigens net als in het verleden – dan ook veel reacties op. De samenleving is volgens Peeters geen willoos object dat zich naar believen van de staat laat sturen of overheersen (zie ook § 6.5.3).

Naast burgers ervaren ook professionals dikwijls onvrijheid door de dwingende kaders van de overheid of van de public health (Buchanan, 2000). Dit maakt het werk voor veel professionals in preventie en gezondheidsbevordering moeilijk (zie ook Tonkens, 2008; Horstman, 2016). Professionals zitten gevangen tussen van bovenaf opgelegde 'performance indicators', 'standaard oplossingen' en hoge effectiviteitseisen aan de ene kant en een steeds kritischer, mondiger publiek en de noodzaak voor preventief maatwerk aan de andere kant, stelt Horstman. Dat dit voor veel professionals tot lastige dilemma's leidt wordt dieper beschouwd in de hoofdstukken 10, 11 en 14.

6.5.4. *Leven in een risicomaatschappij*

Waar waarden als gezondheid, veiligheid en comfort de norm zijn kan overheidsingrijpen leiden tot de *risico-regelreflex* (zie ook Lieber, 2011, p. 351). Overheden wachten dan tot de nood aan de man is en acuut ingrijpen wordt geaccepteerd zonder dat een

zorgvuldige afweging is gemaakt, maar ook het omgekeerde gebeurt. Met het oog op het vermijden, beheersen of elimineren van risico's wordt in toenemende mate geïnvesteerd in het monitoren van risico's bij de bevolking (vooral jeugdigen maar ook volwassenen en ouderen). Volwassenen, zoals werknemers, krijgen de mogelijkheid tot het afnemen van 'health checks' en kinderen worden op jonge leeftijd in risicoprofielen ingedeeld. Dit is een logisch gevolg van de wens tot het elimineren van alle risico's en het verlangen naar controle.

Vanaf het begin van de 20^{ste} wordt gegevensverzameling vanzelfsprekender en neemt het vertrouwen in getallen en bijbehorende statistieken toe. Dit verzamelen en interpreteren van gegevens kan naast dat het inzichten oplevert echter ook problematiseren, (etnisch) profileren¹¹⁶ en medicaliseren in de hand werken. Waar vroeger pubergedrag werd begrepen en genormaliseerd vanuit het motto 'het is de leeftijd', hebben jongeren vandaag de dag steeds meer mentale problemen, staan ze op de wachtlijst bij de GGZ of op de 'zwarte lijst' van de overheid met het oog op mogelijke ontsporing in de toekomst. Het besef groeit evenwel dat in het verzamelen van kwantitatieve gegevens ook een deel van de (ongrijpbare) werkelijkheid wordt gemist (RIVM, VTV, 2017, p. 7). Dit is vooral het geval bij kwetsbare mensen van wie het bestaan complex is. Burgers worden in de statistieken en modellen vaak meer als object dan als subject gezien. De unieke menswaardige aspecten en complexiteiten dreigen makkelijk uit het oog te worden verloren (Horstman, 2016). Waar de 'mens' als uniek wezen verdwijnt schieten (collectieve) interventies dikwijls hun doel voorbij (Horstman, 2016). Beck (2009) roept dan ook op tot het beter uithouden van onzekerheid:¹¹⁷

In de categorie van het risico komt (dus) de omgang met onzekerheid tot uitdrukking, die tegenwoordig niet kan worden overwonnen door meer weten, maar die juist voortkomt uit meer weten [...]. Door het risico kan de hoogmoed van de beheersbaarheid aan invloed winnen maar de wijsheid van de onzekerheid wellicht ook. (p. 9)

Het verlangen naar voorkómen door meer controle vormt een gevaar voor de privacy, het recht op zelfbeschikking en integriteit, zegt Horstman (*ibid.*, p. 18; cf. Peeters, 2015). Wetenschappelijk gestaafde gedragsinterventies en technische innovaties worden door beleidsmakers en veel professionals gezien als de oplossing voor alle problemen. Horstman stelt zich echter, mede op basis van de analyse van Beck, de vraag of deze rationele denk- en handelwijze niet juist ook onderdeel van het probleem is. Want het vertrouwen van mensen dat de wetenschap en politieke instituties alle risico's en onzekerheden van het leven kunnen uitbannen kan alleen maar tot teleurstelling leiden. Hetzelfde geldt voor de daarmee gepaard gaande geloof in de maakbaarheid van het leven en de controle over de gezondheid. Dit tast het vertrouwen in experts, instituties

116 Bron: <https://controlealtdelate.nl/articles/etnisch-profileren-in-amsterdam>.

117 Ulrich Beck is een vermaarde Duitse socioloog die als eerste het concept 'risicomaatschappij' maar ook 'tweede moderniteit' en 'reflexieve moderniteit' muntte. Zie biografie en https://en.wikipedia.org/wiki/Ulrich_Beck

en de politiek aan. De technieken dringen zich als het ware op in het sociale leven van mensen en beïnvloeden het in ongekende mate. Dit kan met name bij mensen die deze teleurstelling het meest voelen verzet uitlokken en ertoe leiden dat zij hiervoor een zondebok zoeken (lees: de overheid, zie ook paragraaf 6.5.4). Frissen (2013) wijst erop dat de 'gulzige maakbaarheidsgedachte' en de teleurstelling die hiermee gepaard gaat populisme kan aanwakken (pp. 25; 169). Het politieke debat over risico-beheersing en het maakbaarheidsideaal alsmede een kritische reflectie op de technische en ethische vraagstukken die er onder liggen wordt, volgens Horstman (2016), in de public health met node gemist.

6.5.5. *De complexe vraag naar verantwoording en effect*

Het effect van preventie is altijd lastig te meten want '*hoe meet je iets dat niet gebeurt?*' (zie paragraaf 6.4.2). Vooral de vraag of de kosten en baten van preventie-inspanningen op het niveau van individu en samenleving in balans zijn houdt veel beleidsmakers bezig. In de loop der jaren is de roep naar verantwoording (*accountability*) steeds luider geworden. Deze roep is steeds vaker gekoppeld aan de eis tot inzet van de uit de geneeskunde afkomstige Evidence Based Medicine (EBM) en de Randomized Controlled Trial (RCT) als onderzoeksmethode om sluitend bewijs te geven van effectiviteit van interventies. Maar ook in de geneeskunde zitten er vele haken en ogen aan EBM en het inzetten van RCT's, zo betogen Sackett et al. in 1996 (cf. Van der Zwet, 2022). Zoals oorspronkelijk is bedoeld door de bedenkers van (EBM) moeten artsen EBM niet zien als een 'kookboek'. Niet alleen de (medische) bewijslast moet maatgevend zijn in het medisch proces en als geldende onderzoekkennis dienen, ook de eigen expertise van de arts, de kennis over de toestand en de waarden en wensen van de cliënt worden meegewogen in het beslisproces, stellen de onderzoekers: "Evidence-based medicine requires the integration of the best research evidence with our clinical expertise and our patient's unique values and circumstances." (Sackett et al., 1996, p. 72). EBP vraagt dan eigenlijk ook om een brede benadering en een gezamenlijke besluitvorming (*shared decision making*, Van der Zwet, p. 311).

Politici vragen zich vaak af of preventie wel genoeg oplevert en willen vaak op te korte termijn het bewijs ervan zien. Politici maar ook verzekeraars neigen er ook steeds meer toe alleen nog maar met evidence based interventies te werken of deze te vergoeden. Het feit dat preventie van ongezond gedrag met name in de lage SES groepen ondanks de vele inspanningen niet het beoogde effect heeft gehad kan leiden tot te snel beëindigen van interventies maar kan ook leiden tot pessimisme en moedeloosheid (Broeders et al., 2018). De implicaties van Evidence Based Practice (EBP) zijn dan ook groot. Veel public health beleid staat of valt met 'bewijsvoering' en vanuit de public

health is de afgelopen decennia dan ook veel geïnvesteerd in kosten-baten analyses en effectiviteitsonderzoek (Horstman, 2016, p. 9).¹¹⁸

Het probleem is echter dat het juist bij complexe interventies op praktisch niveau vaak moeilijk en soms zelfs onmogelijk is om aan alle gestelde eisen van controle en randomisatie te voldoen (Saan & De Haes, 2005; Steyeart et al., 2010; Van der Zwet, 2022). Uit een door ZonMw uitgevoerd onderzoek in 2015 blijkt onder andere dat een RCT bij het zoeken naar bewijslast van preventieve interventies vooral geschikt is voor enkelvoudige interventies en bij effecten op de korte termijn. Preventieve interventies zijn echter dikwijls complex en vinden plaats in een snel veranderende werkelijkheid waar de onderzoeker geen invloed op heeft. Resultaten uit RCT onderzoek hebben dan ook een lage generaliseerbaarheid. De interventies waarvoor er wél bewijs is dat ze effectief zijn, zijn dan ook vaak gericht op een enkele risicofactor of een enkel probleem in een specifieke setting zoals valpreventie bij ouderen, waarbij effecten op korte termijn zichtbaar zijn (zie ook VTV, 2018).

Ook het bij het rationalistische paradigma behorende adagium '*meten is weten*' kan in veel gevallen niet worden waargemaakt. De samenleving is geen steriel laboratorium waarbij de uitvoeringscondities vooraf bepaald en gecontroleerd kunnen worden. Veel professionals die bijvoorbeeld in het sociaal domein werken voelen zich door de strakke protocollen en te smalle focus (ze mogen alleen werken met methoden die bewezen effectief zijn) aangetast in hun bewegingsvrijheid. Maatwerk leveren is dan immers niet meer mogelijk en hun normativiteit komt in het geding. Ter voorbeeld: niet alleen reductie van risicovolle symptomen bij probleemjongeren moet inzet zijn bij een interventie maar ook de kwaliteit van leven moet bij het maken van keuzen een rol spelen (cf. Hopman, 2017). Hier komt ook de ethiek in het spel (zie het volgende punt).

6.5.6. De morele dimensie

Zoals in dit hoofdstuk naar voren komt gaan preventie en risicoreductie altijd gepaard met morele dilemma's. In welke mate je problemen voor wilt zijn en wat je daarvoor over hebt – bij wie en met welke maatregelen – gaat altijd gepaard met discussie en dikwijls ook met strijd. De centrale vraag is steeds: hoeveel mensen willen we tegen welke prijs langer in leven houden en hoe doen we dat? Gezien de urgente klimaatproblemen en de deplorabele staat van de natuur moeten belangen van mensen, planten en dieren, het klimaat, de samenleving en de wereld tegenwoordig als geheel tegen elkaar worden afgewogen. Als preventie te succesvol wordt kunnen er immers ook problemen ontstaan als overbevolking, een sterke stijging van de zorgkosten of een verdere erosie van de biodiversiteit, stelt Mackenbach (2020, p. 332, zie ook H. 8). Dit gaat verder dan nadenken over de haalbaarheid van een doel als 'de verlenging van de

118 Micha de Winter (2008), hoogleraar pedagogiek gebruikte het woord '*evidence beast*' als eerste in het debat over het monitoren van kinderen en het toenemende verlangen naar en de eis voor 'effectieve interventies'. Zie ook Hopman, 2017.

levensverwachting van mensen' en raakt aan grote vraagstukken rond duurzaamheid en het voortbestaan van onze aarde (zie ook Pereira, 2020). De vraag moet dus eerder zijn: hoeveel vrijheid en biodiversiteit mag worden opgeofferd voor meer zekerheid, gezondheid en veiligheid?

Dergelijke debatten gaan ook over waarden en verantwoordelijkheden en dus over de schuldvraag bij ziekte of andere rampspoed. In de Verenigde Staten bijvoorbeeld is als gevolg van de aanslag op 11 september in 2001 in New York vergaande regelgeving en risico-wetgeving ontstaan rond 'schuld' bij rampspoed waar grote belangen en bedragen mee gemoeid zijn. Dit heeft enorm veel impact op de samenleving, onder andere doordat het de 'angst' voedt en dat kan aanleiding geven voor 'hysterie', voor 'doelbewuste angstpolitiek' maar ook tot passende 'voorzorg' (p. 31). In het kader van de waarde 'veiligheid' en de mogelijkheden van het verzamelen van big data worden mensen steeds vaker gescand, gefilmd, gefouilleerd en ondervraagd en daarmee in hun vrijheid beperkt, stelt Beck (Beck, 2009, p. 24). In sommige autocratische landen neemt dit 'scannen' en 'registreren' de laatste jaren, onder invloed van de zich snel ontwikkelende kunstmatige intelligentie (KI) zelfs ongekende vormen aan (Chin, 2022). Chin beschrijft hoe in China de verzameling van big data langzamerhand steeds meer het doel krijgt vergaande sociale controle uit te oefenen en alle mogelijke vormen van 'onvoorspelbaarheid' van menselijk gedrag uit te bannen (ibid., pp. 98-99). Dat het hier niet alleen om de preventie van gezondheidsrisico's gaat, maar dat de data vooral ook worden ingezet om crimineel en dissident gedrag vroegtijdig op te sporen en de kop in te drukken maakt het extra ingewikkeld. Deze praktijken, in China gericht op de 'totale controle van de sociale orde', overschaduwden de mogelijke positieve mogelijkheden die deze technieken ook hebben.

Beck (2009) wijst erop dat:

de gevolgen {van risico's} die in eerste instantie het individu treffen, veranderen in 'risico's die de samenleving treffen. Dat wil zeggen systeem gebonden, statistisch te beschrijven en - in die zin - 'berekenbare' typen gebeurtenissen, die daarmee aan bovenindividuele compensatie- en preventie-regels kunnen worden onderworpen. (p. 16)

Met het toenemen van mondiale risico's op pandemieën of terroristische aanslagen en de collectieve angst die dergelijke gebeurtenissen opwekken kunnen samenlevingen in een rap tempo veranderen (soms zelfs in de richting van een politiestaat) en vrijheden van burgers drastisch aan banden worden gelegd. Dat dit niet zonder risico's is laat Chin (2022) op treffende wijze zien als hij de reactie op corona in China beschrijft. Het is duidelijk dat dit soort data-verzameling in een democratische samenleving gepaard moet gaan met een moreel debat over de ethische implicaties en over de voor- en nadelen en risico's van 'big data' verzameling voordat deze op grote schaal wordt toegepast. Overigens heeft het verzamelen van big data en de toepassing van sociale technologie inmiddels ook in Nederland vaste voet aan de grond gekregen. Big data wordt op steeds meer terreinen (veiligheid, gezondheidszorg en het sociaal

werk) ingezet voor het voorspellen en beïnvloeding van menselijk gedrag (Schell-Kiehl & Nieuwboer, 2023).

6.6. Samenvatting en conclusie

Aan de basis van de public health ligt de overtuiging dat ziekte en gezondheid van mensen een resultaat zijn van het succes en falen van de samenleving als geheel. In deze overtuiging schuilt meteen de reden waarom het beïnvloeden van gezondheid lastig is. Bij de totstandkoming van de gezondheid spelen immers vele factoren een rol die niet allemaal controleerbaar zijn. In dit hoofdstuk heb ik een aantal redenen genoemd die het bevorderen van health equity bemoeilijken:

- Voor effectieve preventie is een groepsgerichte benadering nodig die met name gericht is op de grootste groep met het laagste risico (zie Rose, 1993).
- Het bepalen van de problemen die in aanmerking komen voor preventie is context- en tijdgebonden en is altijd uitkomst van een politiek proces.
- Bij het bepalen van de oorzaken van die problemen (the ‘cause of the cause’) kom je dikwijls uit bij 1) onduidelijke oorzaak-gevolg relaties en 2) bij problemen binnen het systeem.
- Om het systeem te veranderen is draagvlak van velen nodig en dat is er niet altijd.
- De aangrijpingspunten voor het verbeteren van de gezondheid liggen meestal buiten de gezondheidszorg.

Aan het einde van de 20ste eeuw is het *Health for All Policies* en ‘health targets’-beleid van de WHO toonaangevend voor veel westerse landen, waaronder Nederland. Dit beleid roept lidstaten op meer aandacht te geven aan de sociaal economische determinanten van ongezondheid. Dit beleid krijgt in Nederland vertaling in de Nota 2000, die onder meer aanleiding heeft gegeven tot:

- nieuwe wetgeving die een deel van taken voor integraal gezondheidsbeleid (IGB) delegeert naar gemeenten (de WCPV);
- de instelling van een commissie die de oorsprong en aanpak van de SEGV moet onderzoeken;
- het ontwikkelen van 4 jaarlijkse toekomstverkenningen voor de gezondheid (VTV).

Het onderliggende sentiment en mensbeeld blijft evenwel: mensen zijn zelf verantwoordelijk voor hun gezondheid en (zorg)voorzieningen mogen dit niet belemmeren.

In de periode naar de overgang van de 21ste eeuw roepen het doel, de missie en de aanpak van de public health dilemma’s op, zoals: 1) preventieve interventies hebben vaak onbedoelde gevolgen; 2) er zijn grenzen aan de staatsbemoeienis, zeker in tijden waarin neoliberale waarden hoog staan aangeschreven; 3) het beknotten van de vrijheid

van mensen en professionals roept weerstand op; 4) lagere overheden wachten veelal tot de nood aan de man is en schieten dan in de risico-regel reflex; 5) de vraag naar verantwoording en effect is complex en 6) preventie raakt aan vele morele kwesties (denk aan: gaat het over de kwantiteit (aantal levensjaren) of over de kwaliteit van leven (gezonde levensjaren)). De vraag rijst waarom het bij preventie en de aanpak van de sociale determinanten van gezondheid zo vaak bij plannen en voornemens blijft terwijl de uitvoering van deze plannen aan het begin van deze 21ste eeuw zo vaak in de 'kinderschoenen' blijft steken? De overheid heeft de primaire taak op te komen voor de meest kwetsbare mensen in de samenleving, stelt de RMO in 2004. Toch is dat het doel waarin de overheid – ondanks de beloften, de toenemende kennis en besef – niet in lijkt te slagen. In hoofdstuk 7 wordt daarom een beleidsanalyse uitgevoerd naar 40 jaar preventiebeleid gericht op het verkleinen van de sociaal economische gezondheidsverschillen.

7. Veertig jaar preventiebeleid in Nederland

*Het beleid van de overheid moet in zijn uitvoering ruimte
bieden aan diversiteit en rechtvaardig zijn. Anders gaat het
betonrot door.*

Tjeenk Willing, 2023, p. 13

7.1. Inleiding en toelichting op de werkwijze

Dit hoofdstuk voorziet in een terugblik en beschouwing op veertig jaar preventiebeleid in Nederland vanuit het perspectief van de public health en de publieke gezondheidszorg. Dit is het derde hoofdstuk ter beantwoording van de deelvragen 1 en 2.

Doel en werkwijze

Doel van dit hoofdstuk is het preventiebeleid van de Nederlandse overheid binnen de public health op hoofdlijnen te duiden. Een totaalblik werpen op het beleidsproces rond preventie van de afgelopen veertig jaar is onmogelijk. Wat wel mogelijk is, is het beschrijven van opmerkelijke mijlpalen en keerpunten daarbinnen die beslissend zijn geweest voor het preventiebeleid. Ik thematiseer daarom verschillende punten die van kritisch belang zijn voor het preventiediscours. Ik leg de focus hierbij op het terugdringen van de sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV) en het bevorderen van health equity vanuit het perspectief van de public health. Oftewel: Hoe is het preventiebeleid vanuit de publieke gezondheidszorg de afgelopen veertig jaar tot stand gekomen, vanuit welke waarden is het ontwikkeld, welk vocabulaire valt daarbij op, wat was de inzet en wat zijn daarbij beslissende ontwikkelingen en bewegingen geweest?

Tijdslijn

Om enigszins systematisch te werk te kunnen gaan heb ik een aantal keuzes en afbakeningen gemaakt. Dit doe ik enerzijds door het afbakenen van een drietal tijdsperiodes en anderzijds door maken van een selectie van te onderzoeken gebeurtenissen die hebben plaatsgevonden en documenten die binnen de genoemde periode zijn verschenen (zie bibliografie).

Periodes

Om aan deze analyse structuur te geven heb ik gekozen voor een tijdslijn,¹¹⁹ waarop een groot aantal relevante ontwikkelingen en gebeurtenissen binnen de genoemde periode schematisch is opgenomen. De periode van veertig jaar knip ik daarbij op in drie deelperiodes die overeenkomen met drie regeringsperiodes die in verschillende kleuren worden weergegeven, te weten:

- **Periode 1:** Het visionaire tijdperk: de SEGV op de agenda (1975-1994: tot de invoering van de WCPV¹²⁰ en het ontstaan van het ministerie van VWS).
- **Periode 2:** Het optimistische tijdperk: de aanpak van de SEGV-1 (1994-2010: tot aan de invoering van de WPG¹²¹ en aantreden nieuw kabinet).

119 Deze tijdslijn heb ik ontleend aan de WRR: zie de WRR Policybrief 2018 (Broeders et al., 2018).

120 Wet collectieve preventie volksgezondheid.

121 Wet publieke gezondheid.

- **Periode 3:** Het pragmatische tijdperk: de aanpak van de SEGV-2 (2010-2019: tot aan het Nationaal Preventie-akkoord 2019).

Genoemde perioden hebben als kenmerk dat ze nieuwe fasen inluiden in de aanpak van de SEGV vanuit het gezondheidsbeleid, hetzij door belangrijke documenten die uitkomen of de instelling van een nieuw ministerie, hetzij door nieuwe wetgeving die wordt ingevoerd, hetzij door een nieuwe beleidsimpuls. Bij het wat, waarom en hoe van deze gebeurtenissen sta ik stil.

Gebeurtenissen en documenten

Op basis van de tijdlijn in de drie perioden, belicht ik stap voor stap enkele belangrijke gebeurtenissen die invloed hebben gehad op de agendering en aanpak van de SEGV in Nederland en onderliggende documenten die hierbij van belang zijn. De zaken (mijlpalen, conferenties, notities etc.) die de WRR in haar rapportage in 2018 (Broeders et al., 2018) heeft opgenomen heb ik als referentiepunt genomen. Omdat er over genoemde periode meer te vertellen is aangaande preventie en de aanpak van de SEGV heb ik de tijdlijn gedurende mijn onderzoek langzaam aangevuld met andere relevante beleidsinstrumenten, producten en documenten die vanuit de landelijke overheid zijn ingezet. Alle gebeurtenissen die op de tijdlijn staan bespreek ik kort. Soms vul ik deze aan met andere vermeldingswaardige zaken die in de betreffende periode plaats vonden en put ik daarbij uit goed gedocumenteerde bronnen (zoals de biografie van Els Borst). Ik ben in mijn onderzoek steeds op zoek gegaan naar doelen, ambities en intenties van nieuwe wetgeving en beleid, de rol van raden en commissies zoals die werden ingesteld, van programma's die zijn ontwikkeld en van (evaluatie) onderzoek dat is uitgezet (en adviezen op basis daarvan). Dit plaats ik waar relevant in de context van randvoorwaarden, uitvoeringscondities of gebeurtenissen in de tijd (zoals een economische crisis), maar waar mogelijk ook in de context van de tijdgeest en onderliggende sentimenten en overtuigingen.

Toelichting op de tijdlijn

Op de tijdlijn (zie Tabel 7.1) is te zien wat invloed heeft gehad op het SEGV preventiebeleid in Nederland.

- Op de *horizontale lijnen* staat aangegeven welke regeringscoalities achtereenvolgens aan de macht waren. Die kabinetsperiodes geven informatie over de politieke context. Daaronder staan de data van diverse (preventie)wetten die in de loop van de jaren zijn ingevoerd. Ik besteed in dit hoofdstuk vooral aandacht aan wetgeving op het terrein van publieke gezondheid. De wetgeving voor de maatschappelijke ondersteuning en participatie in het sociaal domein wordt op de tijdlijn wel benoemd maar deze krijgen – behalve de aankondiging ervan in dit hoofdstuk – meer aandacht in hoofdstuk 13. Het zijn wetten die allemaal iets zeggen (en nastreven) over preventie maar vanuit een andere invalshoek zijn ingestoken.¹²² Op de tijdlijn onder de wetgeving zijn de verschillende RIVM Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV's) te zien, die vanaf 1993 het kabinet voorzagen van steeds gedetailleerdere empirische data. Omdat ze belangrijk waren voor de onderbouwing van beleidsbeslissingen voor het (publieke) gezondheidsbeleid heb ik ze hier bovenaan gezet.¹²³
- Op de *verticale lijnen* staan enkele invloedrijke internationale onderzoeken (zoals het Black report in 1982) en declaraties van de WHO weergegeven. Deze kwamen al in andere hoofdstukken aan de orde en worden hier niet meer uitgewerkt. Ze geven vooral de context weer. De verticale lijnen vermelden vooral gebeurtenissen die van belang zijn voor de public health in Nederland, zoals gezondheidsnota's van de Rijksoverheid, adviezen van commissies, resultaten van congressen die bepalend zijn geweest en onderzoek van de rekenkamer dat is uitgevoerd. Na 2005 is er aandacht voor tal van beleidsinstrumenten die bedoeld waren om een impuls te geven aan een integraal gezondheidsbeleid gericht op het verlagen van de SEGV, denk bijvoorbeeld aan de rol van sturende onderzoekssubsidies en onderzoeksprogramma's. Tot slot zien we de rol van de lokale nota's en enkele preventieprogramma's die de overheid samen met enkele kennisinstituten in de afgelopen decennia heeft ontwikkeld en uitgevoerd. Waar mogelijk geef ik een beschouwing op de gebeurtenissen op basis van onderzoeksliteratuur, feedback via rekenkamer rapporten, relevante adviezen van raden of planbureaus aan de overheid. Waar ik tijdens mijn zoektocht stuit op boekbesprekingen in landelijke dagbladen, relevante en kritische noties op het beleid geef ik die soms – indien veelzeggend voor een punt dat gemaakt moet worden – beknopt weer en verwijs ik naar de bron.

122 Hoe die wetgeving en die verschillende doelen en ambities bij elkaar komen binnen het sociaal domein is niet een centraal onderwerp van mijn zoektocht, maar ik besteed in dit hoofdstuk waar relevant en op hoofdlijnen er aandacht aan.

123 Ik heb de VTV's op hoofdlijnen geanalyseerd. Alleen delen die specifiek op de SEGV waren gericht heb ik diepgaander geanalyseerd.

Beperkingen van deze werkwijze

Niet alle documenten en gebeurtenissen kunnen op de tijdlijn benoemd worden. Denk hierbij aan de input en invloed vanuit inspraakprocessen en de bemoeienis van tal van experts, lobbyisten en belangengroeperingen. Veel van deze partijen hebben achter de schermen meegedacht, meegewerkt of strijd geleverd. Ook de tijdsgeest is er niet goed uit af te lezen. De wereld van nu is anders dan die van veertig jaar geleden. De invloed van de opkomst van nieuwe (sociale) media en van een andere wijze van communicatie en presentatie mag niet onderschat worden. De Nota 2000 die in 1986 uitkwam (Ministerie van WVC, 1986) was een papieren tijger van 664 pagina's. Dat is niet te vergelijken met de compacte informatie die, in kleurrijke pdf's met tabellen, grafieken en vormschema's momenteel op de website van de overheid en tal van kennisorganisaties te vinden is. Daarnaast heeft beleid ook te maken met de gevolgen van marktwerking en private initiatieven. Deze hebben wel degelijk invloed op beleid en uitvoering (gehad). Wat burgers zelf oppakken in de private of zelfs commerciële sfeer hoeft de overheid immers niet meer te doen, al is ondersteuning van deze initiatieven soms gewenst. Tijdsbeeld en context zijn hoe dan ook belangrijke factoren om gebeurtenissen en mijlpalen tijdens deze perioden te kunnen vatten.

Preventiebeleid wordt door veel factoren bepaald. Beleid is altijd een uitkomst van politieke keuzes binnen een bepaalde context en een resultaat van afwegingen op basis van meervoudige informatie en invloeden uit wetenschap en maatschappij (politiek, beleidsmakers, professionals, burgers, het maatschappelijke middenveld en het bedrijfsleven). Drie belangrijke inzichten over beleidsvorming zijn (zie ook H. 6):

- Beleid ontwikkelen en uitvoeren impliceert in de regel samenwerking met relevante anderen. Met beleid stuurt de overheid en zet zij met veel andere partijen in op dat wat zij belangrijk en noodzakelijk vindt. Inhoudelijke kennis kan daarbij leidend zijn maar dat is niet het enige dat leidend is. Bij het stellen van prioriteiten, de keuze voor problemen en doelgroepen, het afwegen van pro's en contra's en het verdelen van middelen, is het van belang wie beslist en bepaalt, welke argumenten daarbij de doorslag geven en wiens belangen daarbij voorrang krijgen.
- Bij beleid is altijd sprake van een dynamisch en complex proces in de tijd waar diverse factoren op elkaar inwerken binnen de driehoek beleid, onderzoek en praktijk. Beleid beïnvloedt praktijken en andersom hebben praktijken ook invloed op beleid.
- Goed bedoeld beleid kan onbedoelde en onvoorspelbare effecten hebben. Beleid wordt niet altijd consequent doorgevoerd en de resultaten ervan zijn onvoorspelbaar. Het gaat er in dit hoofdstuk dan ook niet om een zondebok te zoeken voor een bepaald verloop of effect van beleid. Het gaat erom wat te krijgen op de hoofdlijnen, de achterliggende intenties, de uitvoering en de factoren die daarbij een rol hebben gespeeld met het doel ervan te leren.

Welzijnsbeleid

Bij het opstellen van de tijdlijn (zie Tabel 7.1) heb ik er om meerdere redenen voor gekozen het beleid op het gebied van welzijn geen plaats te geven en in een apart hoofdstuk te behandelen (zie H. 13). Deels was dat om pragmatische redenen. Het zou de tijdlijn immers te vol maken. Er was echter ook een inhoudelijke reden. Het welzijnsbeleid valt namelijk niet direct onder de noemer van de aanpak van de SEGV te plaatsen. Het is de vraag waar dat aan ligt. Welzijnsbeleid is immers inherent preventief van aard. Ondanks dat 'welzijn' specifiek tot doel heeft achterstanden van doelgroepen te voorkomen en aan te pakken, heeft het geen expliciete plek gehad in het SEGV beleid. Hiermee loop ik al vooruit op één van de bevindingen van dit proefschrift. In voetnoten besteed ik in dit hoofdstuk hier en daar wel aandacht aan enkele belangrijke ontwikkelingen binnen het welzijnsbeleid. Hier duikt ook een verschil in 'taal' en 'logica' op. Het verkleinen van de SEGV is 'public health-taal en logica', terwijl het bestrijden van achterstanden en kansenongelijkheid 'welzijns-taal en logica' is. In de conclusie van dit hoofdstuk en in hoofdstuk 13 kom ik hier op terug.

Leeswijzer

In de volgende paragrafen beschrijf ik vanuit de drie opeenvolgende perioden op hoofdlijnen enkele belangrijke kenmerken en ontwikkelingen van het preventiebeleid. De gebeurtenissen die ik belicht staan steeds voorop en worden met een opsommingsteken weergegeven. Het jaartal staat er tussen haakjes achter. In paragraaf 7.5 vat ik de belangrijkste resultaten samen en blik ik op dit hoofdstuk terug.

Tabel 7.1

Tijddlijn Preventieve gezondheidszorg/aanpak SEGV¹

[illegible]

¹ Overgenomen van WRR, Policybrief 2018 en uitgebreid

² Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid

³ Wet Preventieve Gezondheidszorg

⁴ VTV = Volksgezondheid Toekomst Verkenning (RIVM)

7.2. Periode 1: Het visionaire tijdperk: de SEGV op de agenda (1975-1990)

Inhoud: er worden dikke nota's en toekomstvisies geschreven, op papier vindt een paradigmaverschuiving plaats, er worden verwachtingen voor preventie gewekt, de wereld lijkt maakbaar en er vallen een paar kwartjes. Preventie moet een probleem eigenaar krijgen. Het Rijk draagt deels taken voor de collectieve preventie over naar gemeenten. Bij wet wordt geregeld dat er jaarlijks lokale nota's op basis van Volksgezondheid Toekomst Verkenningen worden ontwikkeld.

7.2.1. Nederlandse beleidsvoornemens

- *Gezaghebbend onderzoek naar de SEGV in binnen en buitenland (tijdlijn v.a. 1977)*
Vanaf 1977 verschenen een aantal onderzoeken¹²⁴ die licht wierpen op de relatie tussen sociaal economische status en gezondheid, zoals een rapport van de WHO (1977); het verslag van het jaarcongres van de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde over ongelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg (1980),¹²⁵ een rapportage van buurtonderzoek in Amsterdam en het zogenaamde Black Report uit het Verenigd Koninkrijk (1982).

- *Nota 2000 (tijdlijn 1986)*
Zoals in hoofdstuk 6 al is verwoord is de Nota 2000 die in 1986 verschijnt een antwoord op de WHO ambities en de health targets die in 1984 door veel Europese landen als richtlijn zijn aanvaard. De Nota 2000 (VWS, 1986) zet dan ook de aandacht voor de gezondheidsdeterminanten en het facetbeleid op de kaart (zie paragraaf 6.4.1. voetnoot 14). De nota vindt er geen doekjes om dat het roer om moet en dat een ander paradigma voor het bevorderen van de gezondheidssituatie van Nederland nodig is. Vanaf dat moment maakt het Rijk een beweging van een beleid gericht op ziektebestrijding en gezondheidsvoorzieningen naar een gezondheidsbeleid en wil zij – in navolging van de WHO – dat doelstellingen ('targets') zoveel mogelijk in output termen worden weergegeven, namelijk in termen van de verbetering van de gezondheid ('gezondheidswinst') en in samenhang en binnen hun context worden aangepakt (zie H. 6).

Weinig concrete beleidsvoornemens voor preventie

De ambities van de Nota 2000 in de zin van preventie zijn fors, maar worden in de nota niet in alle opzichten omgezet in concrete beleidsvoornemens. De meest concrete aanbevelingen zijn uiteindelijk vooral gericht op ziektepreventie, op het elimineren van risicogedrag of risicovolle elementen in de omgeving en op het intensiveren van

124 Deze informatie is afkomstig uit de WRR Policy brief (Broeders et al., 2018).

125 Dit verslag heb ik niet kunnen vinden en is niet opgenomen in de literatuuropgave.

onderzoek. Het doel is de leefstijl van mensen te veranderen om de welvaartsziekten tegen te gaan. Het medisch preventiemodel is hier nog onmiskenbaar dominant. Het preventiebeleid anticipeert op de toenemende vergrijzing en chronisch ziekten, de stijging van het aantal gevallen van kanker en hart- en vaatziekten, het toenemend aantal ongevallen en de verdergaande toename van het alcoholgebruik in Nederland. Vooral de hierboven genoemde somatische ziekten (i.c. vermijdbare problemen) worden in concrete doelen vertaald gericht op leefstijlveranderingen. Overigens constateert men nog veel hiaten in kennis. Meer onderzoek naar de relatie tussen leefstijlfactoren en gezondheid, de relatie tussen omgeving en gedrag en kosteneffectiviteit is noodzakelijk (Ministerie van WVC, 1986, pp. 595-597).

In de aanbevelingen voor het zo noodzakelijke facetbeleid lijkt VWS te aarzelen: er worden scenariostudies voorgesteld.¹²⁶ De nota geeft een concreet startschot voor meer en systematisch voorbereidend gezondheidsonderzoek en daarmee voor de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV's), zodat het preventiebeleid in de toekomst nauwkeuriger geformuleerd en geëvalueerd kan worden. Daarnaast zijn tal van wijze lessen en (voor professionals bedoelde) aanwijzingen voor de methodische aanpak voor preventie en GVO in de nota te vinden. Zo moeten alle inspanningen gericht op gedragsverandering planmatig en systematisch ontwikkeld worden en altijd uit een mix van interventies bestaan. Voor geïntegreerd leefstijlbeleid zal in de toekomst een ruime plaats moeten worden ingeruimd.

In de nota ontbreekt echter een concrete uitwerking van de gepresenteerde sociale en positieve visie op gezondheid en preventie. Deze visie, zoals die in het Ottawa Charter prominent naar voren kwam, diende als inspiratiebron en was gericht op kansen voor gezondheid, op kwaliteit van leven en de integrale aanpak van onderliggende gezondheidsdeterminanten en het verbeteren van het gezondheidspotentieel van mensen (zie H5).¹²⁷ In de beleidsvoornemens zijn geen verwijzingen naar het preventieve karakter van het welzijns- en sociaal beleid te vinden. Ook vindt geen concrete vertaling plaats naar het aanpakken van de sociale determinanten van gezondheid (zoals armoede), voor facetbeleid¹²⁸ of het versterken van mogelijkheden en noodzakelijke hulpbronnen. Wel worden naar aanleiding van de nota voorbereidingen getroffen voor een verder gaande decentralisatie van rijksoverheidstaken op het terrein van de publieke gezondheid en preventie naar gemeenten.

126 Onder andere op het terrein van 'gezondheid en milieu', 'geestelijke volksgezondheid' en 'gezondheid en arbeid'.

127 Zie nr. 14 van het Health Target programma (WHO, 1985, p. 58).

128 Zie Nota 2000, p. 387: Facetbeleid wordt complex geacht omdat hiervoor 'geen centrum van macht is aan te wijzen'. Er is voor dit beleid niet één advieslichaam en ook is het maatschappelijk draagvlak zeer verspreid. Wetenschappelijk onderzoek zal de relatie tussen de externe omstandigheden en de gezondheid duidelijk moeten maken.

- *Conferentie gezondheidsverschillen WRR/WVC (tijdlijn 1987)*

De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) en het toenmalige ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur (WVC) organiseerden een conferentie over het thema gezondheidsverschillen en sociaal economische status (SES). Een synthese van deze conferentie is geschreven door Gunning-Schepers en verscheen onder de titel *De ongelijke verdeling van gezondheid* (WRR, 1987; cf. Mackenbach, 1994, p. 8). In het verslag wordt uitgebreid ingegaan op de relatie tussen maatschappelijke achterstanden (onder andere van groepen met een andere etnische achtergrond) en ongezondheid. Deze groepen hebben niet alleen een sociaaleconomische maar ook een sociaal-culturele achterstand, wat zich onder andere uit in een verminderde toegankelijkheid van de gezondheidszorgvoorzieningen. Ondanks pogingen van de Nederlandse regering om de gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk te houden ‘profiteren’ de hogere klassen meer van de voorzieningen dan de lagere klassen. Het ontbreekt mensen als het ware niet alleen aan sociaal en economisch maar ook aan persoonlijk en cultureel kapitaal om goed mee te kunnen doen in de samenleving. Cees Schuyt spreekt over “clusters van ongelijkheden” (WRR, 1987, p. 14).¹²⁹ Investeren in gezondheid – zo wordt erkend – is alleen zinvol als de extra levenswinst aantrekkelijk is voor mensen: “met andere woorden het ophouden met roken nu, om t.z.t. drie jaar langer te leven, heeft alleen zin als die drie jaar er aantrekkelijk uitzien.” (p. 14).

In het verslag wordt ook een link gelegd tussen de maatschappelijke vooruitgang, de vrije keuze van mensen en de groeiende gezondheidsverschillen. Riskante leefgewoonten zijn immers betaalbaar geworden voor alle klassen in Nederland en daarmee ook toegenomen. Verder wordt gesteld: ‘de veronderstelling van een vrije keuze t.a.v. leefgewoontes en het idee dat daarmee GVO, kennis omtrent de gezondheidseffecten, voldoende interventie is om door leefwijzen veroorzaakte verschillen in gezondheid op te heffen, gaat voorbij aan de structurele factoren die deze vrije keuze beïnvloeden’ (p. 15). De ‘welvaartsziekten’ krijgen daarmee een complexe betekenis. Deels weerspiegelen ze algemene vooruitgang en deels zijn ze een symbool voor structurele ongelijkheid. Een van de conclusies van de conferentie is dan ook dat het samenspel van erfelijke, psychologische en cultureel-maatschappelijke factoren die een rol spelen bij het ontstaan van de SEGV zeer complex is en dat meer kennis is vereist teneinde deze verschillen terug te dringen. Dit luidt de start in van een lange onderzoeksperiode naar de aard en omvang van de gezondheidsverschillen (zie verder).

129 Op 1 januari 1987 wordt de Welzijnswet van kracht. Middels deze wet worden gemeenten verantwoordelijk voor de uitvoering van het maatschappelijk werk. Een eerste stap in het aanpakken van de (sociaal cultureel bepaalde) achterstanden, van onder andere migranten.

7.2.2. *De Wet collectieve preventie volksgezondheid*

- *Wet collectieve preventie volksgezondheid (tjdlijn 1989)*

In deze periode vindt na een lange periode van voorbereiding een eerste gedeeltelijke verschuiving plaats van de verantwoordelijkheden van het Rijk naar gemeenten, die daarmee primair probleemeigenaar van preventie worden. Het primaat en de aansturing van het preventieve gezondheidsbeleid komt na invoering van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) in 1989 bij gemeenten te liggen. Gemeenten krijgen daarbij overigens veel beleidsvrijheid. De regionaal opererende GGD wordt officieel de belangrijkste uitvoeringsorganisatie voor gemeenten en krijgt de verantwoordelijkheid voor de infectieziekte-bestrijding, de jeugdgezondheidszorg, gezondheidsbevordering, medische milieukunde en technische hygiënezorg.

In deze wet is geregeld dat elke gemeente een GGD in stand moet houden. Dit garandeert een landelijk dekkend netwerk van GGD'en. Ook wordt bepaald dat de aansturing van de GGD plaatsvindt door een bestuur namens meerdere gemeenten. Voorafgaand aan besluiten over collectieve preventie dient de gemeente de GGD te raadplegen.¹³⁰ Van de GGD wordt verwacht dat ze de wetenschappelijke en epidemiologische basis voor het lokaal gezondheidsbeleid legt, onder andere door het ontwikkelen van 'gezondheidsprofielen' op wijk en buurtniveau. Belangrijk is ook de bepaling in de wet die gemeenten sommeert *de regierol* te pakken. Dit wordt nodig geacht zodat gemeenten samen met burgers op lokaal niveau tot *integrale samenwerking* kunnen komen. Facetbeleid moet ook op lokaal niveau worden doorgevoerd. Facetbeleid is in de wet terug te vinden als: '*het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen*'.¹³¹ Het is vanaf nu wettelijk geregeld dat het RIVM vanaf 1993 elke vier jaar, voorafgaand aan het opstellen van een landelijke gezondheidsnota een Toekomst Verkenning voor de Volksgezondheid (VTV) uitbrengt waarin op basis van de cijfers door beleidsmakers een blik naar de toekomst kan worden geworpen.

7.2.3. *Integraal gezondheidsbeleid (IGB) als antwoord*

- *Invoering IGB (tjdlijn 1989)*

In Nederland hebben de WHO health targets die in 1984 zijn geformuleerd een aanzet gegeven tot het formuleren van nationaal en lokaal (integraal)

130 Zie <https://wetten.overheid.nl/BWBR0004760/2007-01-01#Paragraaf1> (geraadpleegd op 3 oktober 2022)

131 Deze bepaling was onder andere van belang gezien het rapport 'Grote steden – grote kansen' dat in 1989 uitkwam. Dat rapport was gericht op het bestrijden van achterstanden van steden, maar ook van minderheden zoals migranten. Zie ook <https://www.canonsociaalwerk.eu/>.

gezondheidsbeleid.¹³² Met de invoering van de WVPG in 1989 werd IGB in Nederland gestimuleerd en mogelijk gemaakt bij wet. IGB is een vorm van preventiebeleid gericht op het individu en de omgeving, zo schrijft het RIVM in 2007 in een rapport over dit onderwerp. Volgens Storm, die in 2016 op dit onderwerp promoveerde, is IGB een letterlijke vertaling van het credo van de WHO ‘*Health in All Policies*’ (HiAP). IGB is tevens een equivalent van facetbeleid, en “veelbelovende aanpak voor het verbeteren en beschermen van de gezondheid en het terugdringen van gezondheidsachterstanden” (Storm, 2016, p. 197). Het doel van IGB is dat determinanten voor gezondheid in samenhang worden behandeld. Dit is vooral belangrijk voor de aanpak van complexe gezondheidsproblemen, zoals obesitas en gezondheidsachterstanden, aldus Storm. Hiervoor is het nodig dat de belangrijkste sectoren buiten de gezondheidszorg samenwerken op het aspect gezondheid (zie ook Storm et al., 2014; RIVM, 2007). Om dergelijke determinanten gunstig te beïnvloeden is de beleidsinzet nodig van sectoren binnen en buiten het domein van de publieke gezondheid (denk aan welzijn, wonen, milieu, werkgelegenheid). De WCPV geeft gemeenten hiertoe de bevoegdheid.

- *Eerste commissie sociaaleconomische gezondheidsverschillen (tijdlijn 1989)*
Door staatssecretaris Dees en onder voorzitterschap van Prof. Dr. L. Ginjaar, gaat de eerste commissie SEGV in 1989 van start met een groot aantal deelnemers. Doel van het vijfjarige onderzoeksprogramma (met een budget van 1 miljoen per jaar) is om de stand van zaken rond de gezondheidsverschillen in Nederland scherp te krijgen. Ook hoopt men meer te begrijpen van de achtergronden van de SEGV om zodoende aangrijpingspunten te vinden om de verschillen te verkleinen (Mackenbach, 1994). De nadruk ligt op kennisvergaring, onderzoek en wetenschap.

7.3. Periode 2: Het optimistische tijdperk: het terugdringen van de SEGV-1 (1990-2010)

Inhoudelijk wordt in deze periode prioriteit gegeven aan het terugdringen van de sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV) via leefstijlbeïnvloeding. Tevens neemt de aandacht voor wetenschappelijke onderbouwing en professionaliteit toe. Dit uit zich mede door een opmars van empirische dataverzameling, meer nadruk op evidence based werken en een toename van technocratische interventies. Na enkele bijstellingen van de WCPV (2001-2002) gedurende deze periode vindt aan het einde ervan een hernieuwde overdracht van taken van het Rijk naar gemeenten plaats middels de Wet Preventieve Gezondheid (2008).

132 L. van Herten (dissertatie) concludeerde in 2001 dat het IGB nog steeds in de kinderschoenen stond (Van Herten, 2001) en ook dat het behalen van succes in de vertaling van gezondheidsdoelen naar andere beleidsterreinen afhankelijk is van politieke wil en durf en een goede voorbereiding van het Ministerie van VWS.

7.3.1. Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV's)

- *Eerste VTV (tijdlijn vanaf 1993)*

Vanaf 1993 maken de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV's) elke vier jaar de balans op en wijzen het zittend kabinet de weg. Iedere VTV integreert kennis en informatie afkomstig uit ruim 50 gegevensbronnen.¹³³ De VTV's van 1993 en 1997 geven een goed beeld van de gezondheidssituatie van de Nederlanders. Het gaat goed met de gezondheid van Nederland, al blijven bepaalde groepen achter (VTV 1993). De VTV van 1997 verschijnt in zeven delen (387 pagina's dik) en besteedt expliciet aandacht aan demografische ontwikkelingen, maar ook aan de aanpak van de SEGV en aan de effecten van leefstijlinterventies in hun onderlinge samenhang. De empirische demografische analyses versterken het beeld van het groeiend aantal chronisch zieken, mede ten gevolge van de afname van sterfte ten gevolge van de welvaartsziekten en de vergrijzing (VTV, 1993; 1997; 2017).

Het besef van de hardnekkigheid van de almaar toenemende SEGV groeit. De verschillen worden groter in plaats van kleiner, ondanks het vangnet van de verzorgingsstaat en de relatief geringe inkomensongelijkheid in vergelijking met andere landen in die tijd (zie Droomers et al., 2003, p. 24). Waakzaamheid is geboden zo luidt de kernboodschap van de VTV 1997. Het gaat niet over SES alleen, ook bij meer heterogene groepen zoals ouderen, alleenstaanden, ongehuwden en gescheiden mensen is de gezondheid overwegend slechter. De VTV 1997 waarschuwt dat het gezondheidsbeleid van de overheid tot dan toe niet voldoende is en dat *'men veel kansen laat liggen'*. Desondanks uit de VTV 1997 zich optimistisch over de inzet van het kabinet en partijen. De belangrijkste oplossing die wordt gepresenteerd – naast een integrale aanpak – is leefstijlverbetering, ook bij de lage SES groepen. Een betere gezondheid wordt immers als belangrijke onderligger voor kwaliteit van leven gezien. Deze 'oplossing' resoneert ook de jaren daarna.¹³⁴ Over vier jaar maken we opnieuw de balans op, schrijft Mackenbach hoopvol in het voorwoord van de nota.

133 De 'hofleveranciers' van de VTV zijn CBS, NIVEL, NZa, Trimbos instituut en Vektis (business intelligence center zorg).

134 In de interne VWS-notitie *Versterking Public Health-beleid* wordt mede op basis van VTV-1997 gesteld dat "Een gezonde en veilige leefstijl gericht op BRAVVO (meer bewegen, niet roken, minder alcohol, gezondere voeding, veilig vrijen, veiligheid en voldoende ontspanning) een belangrijke bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van het leven, met name bij kwetsbare groepen zoals jongeren, ouderen, chronisch zieken en mensen met een lage sociaaleconomische status" (zie VTV, deelrapport Tijd voor gezond gedrag, 2002).

7.3.2. *Nieuwe minister, nieuwe koers: preventiebeleid gericht op het verkleinen van de SEGV*

- *Ministerie van WVC transformeert in Ministerie van VWS (tijdlijn 1994)*

Na de verkiezingen in 1994 komt het Ministerie van WVC (Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur) als het Ministerie van VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) uit de formatie, waarbij er twee poten ontstaan, namelijk de V voor Volksgezondheid met een eigen Minister (Mw. Borst-Eilers) en de W en de S voor Welzijn en Sport (met een staatsecretaris, Mw. Terpstra). Welzijn was daarvoor nog een overkoepelend begrip waar gezondheid een van de sleutelfactoren in was. Maar zoals later zal blijken: de V van volksgezondheid is in opmars en dat doet iets met de W van welzijn. Borst is een minister met een hart voor de wetenschap en voor preventie, zo is te lezen in de biografie die in 2021 verscheen. Bij haar aantreden zegt ze dat “het kwantificeren van verbanden tussen determinanten en gezondheidsproblemen” weliswaar van belang is, edoch “dergelijke gegevens ... zijn voor een beredeneerd preventiebeleid met duidelijke prioriteiten nog lang niet voldoende” (Beyens, 2021, p. 230). Borst gaat er dan ook vol voor preventie politiek te verankeren.¹³⁵ Als wetenschapper is ze voorstander van ‘evidence based medicine’. Bij preventie schiet ze zichzelf hiermee enigszins in de voet, omdat de bewijslast van effectieve preventie niet voor het oprapen ligt. Onder haar bewind worden dan ook “stapels onderzoeksrapporten” gepubliceerd (ibid., p. 231). Een daarvan is het verslag van de eerste commissie voor verlaging van de SEGV.

- *Rapportage commissie SEGV I (tijdlijn 1994)*

In 1994 brengt Mackenbach¹³⁶ verslag uit over de ‘ongezonde verschillen’ als resultaat van de eerste programmacommissie sociaaleconomische gezondheidsverschillen (Mackenbach, 1994). De rapportage brengt de stand van zaken rond de SEGV in Nederland vanuit de geschiedenis in kaart. Dat Nederland minder voorop loopt bij de aanpak van de verschillen, heeft volgens de commissie alles te maken met het vigerende idee dat in onze goed georganiseerde verzorgingsstaat de gezondheidsverschillen acceptabel zouden zijn. Mackenbach concludeert echter dat de verschillen in Nederland groot genoeg zijn om er speciale aandacht in onderzoek en beleid aan te besteden (p. 70). Ook de media besteden er aandacht aan (zie Afbeelding 7.1). Van der Velden¹³⁷ bespreekt het boek in 1994 op zowel lovende

135 Ze vecht onder andere tegen de tabaksindustrie en is verantwoordelijk voor de instelling van de Tabakswet (2002).

136 Mackenbach is in die tijd hoogleraar Medische en Maatschappelijke Determinanten van de Volksgezondheid aan de Erasmus Universiteit Rotterdam en kerndocent Epidemiologie en Volksgezondheid aan de Nederlandse School of Public Health in Utrecht. Van 1989-1993 was hij coördinator van een met subsidie van het Ministerie van WVC uitgevoerd landelijk onderzoeksprogramma naar SEGV.

137 Emeritus hoogleraar Koos van der Velden (Erasmus MC) is arts MPH en pleitbezorger van de sociale geneeskunde.

als kritische wijze. Hij vindt het een sterk rapport voor zover het om de analyse van de SEGV in Nederland gaat, maar mist aandacht voor de determinanten die het meest invloed hebben op de gezondheid. Het lijkt er op dat de eerdere genoemde kennis over de structurele oorzaken van de gezondheidsverschillen (zie de SEGV conferentie in 1987) wat is weggezaakt:

Door het kaal presenteren van resultaten lijkt het probleem met name op het bordje van de individuele Nederlander gelegd te worden, terwijl het juist maatschappelijke trends zijn, die de kiemen voor sociale ongelijkheid leveren. [...] Dat is jammer, want zolang we openbare discussies (niet in achterkamers van de SER [Sociaal Economische Raad]) over werk en inkomen in Nederland blijven vermijden, houden we het belangrijkste gereedschap voor de verkleining van sociaaleconomische gezondheidsverschillen buiten beeld. De cruciale vraag wat je van de burger dan wel van de overheid mag verwachten wordt in het boek helaas vermeden. (p. 374)

Afbeelding 7.1

Ongezonde verschillen in de media



Bron: Huub Schellekens (1994) in Het Parool n.a.v. het boek van Mackenbach.

- **Nota 'Gezond en Wel' (tijdlijn 1995)**

De nota 'Gezond en Wel' die nog in het vergaderjaar van 1995 verschijnt en een looptijd van vier jaar heeft (1995-1998) is de eerste nota onder het ministerschap van Borst (VWS, 1995). De doelstellingen zetten in op het verlengen van de gezonde levensverwachting, het voorkomen van vermijdbare sterfte en het verhogen van de kwaliteit van leven van personen met een langdurige ziekte of handicap. De nota staat een integratie voor van het gezondheidsbeleid en welzijnsbeleid, hoewel in de nota geen welzijnsdoelstellingen worden geformuleerd. Hiervoor wordt verwezen naar de welzijnsnota 'Naar eigen vermogen' (zie H. 10).¹³⁸ Erkend wordt evenwel

¹³⁸ In 1994 is de herziening van de Welzijnswet ingevoerd onder minister **Hedy d'Ancona** (3^{de} kabinet Lubbers). Welzijn heeft onder andere tot doel achterstanden van doelgroepen te bestrijden. Gemeenten worden middels deze wet als de lokale spelers bij uitstek gezien om verbinding te leggen tussen diverse beleidsterreinen. Vanaf nu wordt om de vier jaar een welzijnsnota opgeleverd (canonsociaalwerk.eu).

dat Volksgezondheid en Welzijn nauw met elkaar samenhangen: “er bestaat een krachtige wisselwerking tussen beide en er zijn nogal wat factoren die beide beïnvloeden” (p. 7). Als voorbeeld worden factoren genoemd als de welvaart, een harmonieuze leefomgeving met voldoende mogelijkheden voor zelfontplooiing en sociale contacten die een stimulans bieden voor een langer en gezonder leven. Ook worden acties aangekondigd voor het verlagen van de incidentie van psychosociale problemen en depressie. Tevens wordt de tweede commissie SEGV aangekondigd.

- *Tweede commissie sociaaleconomische gezondheidsverschillen (tijdlijn 1995-1999)*
In 1995 gaat een tweede commissie SEGV onder leiding van minister Albeda aan de slag met een groot aantal deskundigen met Mackenbach als coördinator. Dit staat als besluit aangekondigd in de nota Gezond en wel uit 1995. Het betreft een vijfjarig programma ter advisering over de effectiviteit van interventies tot terugdringen van SEGV in stadswijken en op het monitoren van de ontwikkelingen van de SEGV in Nederland. Het budget bedraagt wederom 1 miljoen per jaar (VWS, 1995, p. 28).¹³⁹
- *Kritiek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op het lokaal gezondheidsbeleid (tijdlijn 1995)*
In de jaren na de invoering van de WCPV worden een aantal kritische rapporten uitgebracht over de uitvoering van de WCPV. Uit een brief die minister Borst in 1997 naar de Kamer stuurt noemt ze enkele resultaten van deze onderzoeken die haar zorgen baren. Ze vraagt zich af hoe de collectieve verantwoordelijkheid van de openbare gezondheidszorg is belegd. Haar zorgen betreffen onder andere het facetbeleid waar onvoldoende uitvoering aan wordt gegeven door gemeenten, de zwakke positie van de GGD en het onvoldoende uitvoering geven aan de taken van de Rijksoverheid, zoals: ‘het in stand houden en verbeteren van de landelijke ondersteuningsstructuur en bewaken dat preventie in de infrastructuur en de reguliere zorg wordt ingebed, waar dit doel van het beleid is.’ (TK, 1997; p. 3).¹⁴⁰ In de brief wordt ook melding gemaakt van het onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 1995 (IGZ)¹⁴¹ waarin word gemeld:
[...] dat collectieve preventie en gezondheidsbeleid in de meeste gemeenten als beleidsterrein een bescheiden plaats innemen en dat het lokale gezondheidsbeleid vaak reactief was. Er werden pas initiatieven genomen als problemen vanwege effecten op andere terreinen «aan de politieke oppervlakte kwamen». (cf. IGZ rapport 2005, p. 37)

139 Het budget voor preventieve activiteiten bedraagt die periode 7% van het totale budget voor Volksgezondheid.

140 Tweede Kamer der Staten Generaal, TK 1996-1997.22 894, nr. 13.

141 Citaat uit Memorie van Toelichting op de wetswijzing van de WCPV, 2002.

- *Commissie Lemstra (tijdlijn 1996)*

De commissie Lemstra, oftewel de Commissie Versterking Collectieve Preventie, wordt opgericht om een bijdrage te leveren aan zowel de visievorming op lokaal gezondheidsbeleid als aan de vertaling daarvan naar een breed gedragen actieprogramma. Die commissie komt met een groot aantal aanbevelingen, onder andere voor de oprichting van een actieprogramma *Versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid*. De aanbevelingen (zoals regiobijeenkomsten en een handreiking voor gemeenten) beogen lokaal gezondheidsbeleid hoger op de agenda van gemeenten te krijgen.

In 1998 wordt bij de formatie van het kabinet Kok II inhoudelijk vooral gesproken over preventie bij de jeugd.¹⁴² Vooral het terugdringen van het alcohol en drugsgebruik van jongeren krijgt aandacht. In het vergaderjaar 2001-2002 reageert het dan zittende kabinet (Kok II) met een structurele 'bezinning' op de WCPV.¹⁴³ Blijvende ontevredenheid over de gang van zaken en het gebrek aan voortvarendheid van gemeenten ligt hier aan ten grondslag (zie Memorie van Toelichting in 2002 op de herziening van de WCPV). De belangrijkste voorgestelde wijzigingen zijn (1) de herformulering van enkele gemeentelijke taken, (2) de opdracht aan de gemeente om elke vier jaar een nota gezondheidsbeleid op te stellen, (3) de verankering van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg, (4) de introductie van de mogelijkheid jeugdgezondheidszorgtaken door anderen dan de GGD te laten uitvoeren en (5) de codificatie¹⁴⁴ van enige Rijkstaken. In de teksten van brieven die de formatie na de val van het kabinet Kok II begeleiden (zie voetnoot 138) wordt duidelijk dat de gemeenten verantwoordelijk worden voor de uitvoering van de lokale collectieve preventie, wat vooral voor de zorg van kwetsbare groepen van groot belang is. Echter de bal wordt voor een groot deel ook bij de burger gelegd:

Collectieve preventie levert een belangrijke bijdrage aan het realiseren van een betere volksgezondheid. Collectieve preventie beoogt gezondheidswinst voor zo veel mogelijk mensen. Gezondheidswinst wordt daarbij opgevat als: verlengen van de gezonde levensverwachting, voorkomen van vermijdbare sterfte en verhogen van de kwaliteit van het leven. Dit zijn overigens doelstellingen waaraan ook de burger zelf veel kan bijdragen. (p. 1)

In een visiedocument dat Minister Borst in het jaar 2000 naar de kamer zendt¹⁴⁵ geeft ze wederom aan zich de resultaten van het IGZ rapport uit 1995 aan te trekken. Hieruit

142 Zie Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 26 024, nr. 10 1, brief betreffende de kabinetsformatie 1998:

143 MvT Wcpv, Kamerstukken II, 2001-2002, 28 063, nr. 3

144 Codificatie is het zo volledig mogelijk en systematisch op schrift stellen van recht, waaraan de overheid uitsluitende gelding of exclusieve werking verleent.

145 Brief over de openbare gezondheidszorg van de Minister van VWS aan de TK der Staten Generaal van 17 maart 2000.

komt een zorgwekkend beeld naar voren ‘inzake de uitvoering van de collectieve preventie en de relatie tussen de GGD en de gemeente.’ In een kritische reflectie op het beleid ter versterking van de collectieve preventieve gezondheid in 2000 onderstreept socioloog Van Dolron¹⁴⁶ de mening Van der Zee uit 1987: “Het rijk heeft nog steeds niet de goede beleidsinstrumenten ‘in zijn strijd tegen hardnekkige eigenschappen als luiheid, domheid en gulzigheid’ van mensen Deze constatering, gedaan naar aanleiding van het verschijnen van de Nota 2000, heeft weinig aan actualiteit verloren.” (p. 158). Dit citaat is illustratief voor hoe er in die tijd naar de ongezond levende burgers werd gekeken.

7.3.3. Versterkte aanpak van de SEGV

- *Verslag van de Commissie Albeda (tijdlijn 2001)*

In 2001 brengt de commissie SEGV II verslag uit van haar vijfjarige onderzoek. De commissie wijst op het belang van materiële factoren zoals slechte huisvesting en arbeidsomstandigheden maar ook armoede op de gezondheid van mensen en op het ontstaan van de gezondheidsverschillen. Deze materiële factoren blijken bovendien bij te dragen aan een verhoogde kans op ongezonde leefgewoonten. Agnes Kant, destijds fractievoorzitter van de SP spreekt er schande van.¹⁴⁷ Ze beroept zich tevens op het vijfde jaarrapport ‘Armoede en uitsluiting’ dat onomwonden stelt: “Alleen al het feit dat een kind uit een gezin komt met een gering inkomen, bepaalt zijn of haar toekomst” (Engbersen et al., 2000). De krantenkoppen die verslag uitbrengen brengen deze boodschap:

Laagopgeleide mensen leven in Nederland gemiddeld twaalf jaar korter in goede gezondheid dan mensen met veel opleiding. Dat verschil moet in 2020 negen jaar zijn. Dat lijkt een kleine afname, maar om dat te bereiken is een grote inzet van politiek en overheid nodig.

Bron: NRC, 24 april 2001

Volgens de commissie is het verlagen van de gezondheidsverschillen een overheidstaak. De verschillen zijn vooral het gevolg van het gedrag van laag opgeleiden. Voor mensen die arm zijn is er echter minder vrijheid van keuze, stelt de commissie unaniem.¹⁴⁸ De verschillen dienen vooral met voorlichting te worden aangepakt, zo wordt gesteld. Naar aanleiding van de aanbevelingen in het rapport formuleert het kabinet als doelstelling

146 Drs. J.H.A. van Dolron was in die tijd socioloog, en werkzaam bij de lokale overheid.

147 Zie artikel A. Kan uit 2001t: Zeven paarse jaren hebben het gezondheidsgat vergroot - SP: Citaat uit dit artikel: “Als de minister werkelijk wil dat de verschillen in 2020 met een kwart zijn afgenomen, moet ze zich hard maken voor échte armoedebestrijding en verkleining van de inkomensverschillen, forse investeringen in zorg en onderwijs, en verbetering van de woon-, leef- en arbeidsomstandigheden.”

148 NRC artikel ‘Een vrije keuze voor ongezond leven’, 24 april 2001.

dat de gezonde levensverwachting van laagst opgeleiden (uitsluitend lagere school) toeneemt met drie jaar in de periode 2000 tot 2020. Het stellen van dit concrete doel leidt in eerste instantie vooral tot een groot aantal onderzoeken die dit beleid moeten begeleiden en niet tot concreet beleid. Zo krijgt het RIVM de opdracht een SEGV monitor en een Gezondheid-Effect-Rapportage (GER) te ontwikkelen. De GER is een instrument waarmee inzicht wordt geboden in de te verwachten gezondheidseffecten van planologische ontwikkelingen op regionaal niveau. Dit instrument kan ook gebruikt worden bij het nagaan van gezondheidseffecten bij beleidsmaatregelen van de overheid (Mackenbach, VTV, 1997, deel II, p. 295). Dit levert de jaren daarna verschillende VTV deelrapportages op (Droomers et al., 2003; Ruijsbroek et al., 2009; Busch et al., 2010). Ook nu ligt de focus in de aanbevelingen vooral op onderzoek. In het verslag wordt weinig tot geen aandacht geschonken aan preventie via het welzijnsbeleid dat van belang is voor het bestrijden van achterstanden van doelgroepen.

- *Nationaal Contract (tijdlijn 2001):*

Op 22 februari 2001 tekenen de ministers van VWS en BZK en de voorzitters van de VNG (Vereniging van Nederlandse Gemeenten) en van GGD Nederland in Leiden het Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg. Het contract heeft tot doel de openbare gezondheidszorg te versterken. Partijen committeren zich in dit contract onder meer expliciet tot het aanpakken van (dreigende) achterstanden in ontwikkeling bij jonge kinderen.

De Stuurgroep Basistaken Collectieve Preventie legt in de hoofdlijnennotitie een aangepast basispakket neer dat elke GGD zou dienen uit te voeren. Dit pakket omvat: bevorderingstaken, medische milieukunde, technische hygiënezorg, openbare geestelijke gezondheidszorg, infectieziekte-bestrijding en jeugdgezondheidszorg.

Door de aanpassingen op de WCPV in 2002 trekt de Rijksoverheid de banden aan. Het kader van de wet en de taken daarbinnen worden aangescherpt en verduidelijkt. Omdat de bewijslast voor preventie lastig is wordt daarvoor een oplossing gevonden: indien deskundigen het bewijs aannemelijk achten is het ook goed. Gemeenten worden gemaand de regie te pakken om de samenwerking tussen alle partijen aangaande de collectieve preventie te verstevigen (cf. Memorie van toelichting op de wetwijziging WCPV, 2001).¹⁴⁹ Eind 2000 start het nieuwe ZON-programma 'Gezond Leven'. Gezondheid heeft hier een brede strekking en kent toegevoegde aspecten zoals geluk, leefbaarheid en kwaliteit van leven die verwijzen naar beleid op het terrein van welzijn en leefbaarheid (VTV, deelrapport, 2002).

149 KST56480 ISSN 0921 – 7371 Sdu Uitgevers 's-Gravenhage 2001

- *VTV (tijdlijn 2002 en 2006)*

De VTV's die in 2002 en 2006 worden opgesteld staan in het teken van gezond gedrag en van bruggen bouwen naar beleid (zie VTV 2002 en 2006; VTV 25 jaar, 2017). In de nationale gezondheidsnota's die erop volgen staat leefstijlbeïnvloeding voorop (VWS 2003; VWS 2006). Vanaf dat moment vullen de BRAVVO thema's (zie voetnoot 129) gericht op het voorkomen van somatische ziekten (de welvaartsziekten) stevast de inhoud van de nota's volksgezondheid. Het motto van deze nota's is dat vooral burgers zelf het verschil kunnen maken. Ook wordt aandacht gevraagd voor toenemende mentale problemen en depressie van onder andere jongeren, jong volwassenen, vrouwen en ouderen. De ziektelast rond depressie in de zin van verlies van kwaliteit van leven is enorm (VTV, 2006). Bij vrouwen staat depressie op de eerste plaats van de ziektelast veroorzakende problemen. Ook veroorzaakt depressie veel ziekteverzuim en dat kost de samenleving veel geld. Het VTV thema-rapport *Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen* (oktober 2006), geeft een overzicht van beschikbare effectieve interventies voor preventie van depressie.

- *Langer gezond leven (tijdlijn 2003)*

In 2003 constateert VWS in haar landelijke gezondheidsnota met de veelzeggende titel *Langer Gezond Leven* wederom dat de inzet op het verbeteren van de leefgewoonten van mensen niet het effect heeft wat er van verwacht wordt. Nederland gaat in EU verband zelfs in negatieve zin uit de pas lopen. Met name bij lage SES groepen, ouderen en migranten sorteren de genomen preventiemaatregelen niet het gewenste effect (RIVM, VTV, 2002). Overigens is van een echte integratie van het gezondheids- en welzijnsbeleid (waar de vorige nota nog op inzette) geen sprake meer. De focus ligt op het beïnvloeden van de leefstijl. "Het is aan gemeenten om de verbinding te leggen tussen bijvoorbeeld gezondheid, wonen en welzijn." (zie VWS, nota *Langer Gezond Leven*, p. 33). In 2004 start het Rijk samen met de VNG een eerste stimuleringsprogramma voor lokaal gezondheidsbeleid (Netwerken Gezonde Gemeenten) waarvoor zij adviseurs naar de gemeenten stuurt om interactief – in samenspraak met de bevolking in wijken en buurten – plannen te ontwikkelen en het draagvlak voor maatregelen te vergroten (VNG, 2005). Dit betekent niet dat er ook geld bijkomt voor het uitvoeren ervan. Het geld moet – mede vanwege het 'facetbeleid' – uit de andere beleidskokers dan die van Volksgezondheid komen en dat blijkt vaak lastig en ligt gevoelig (IGZ, 2005).

- *Kritische Rekenkamer en Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) (tijdlijn 2003 – 2005)*

In 2003 laat de Rekenkamer zich zeer kritisch over het SEGV beleid van de overheid (zie ook Broeders et al., 2018). De vragen die de rekenkamer stelt in 2003 zijn veelzeggend:

Tekstvak 7.1

Rekenkamer over preventie 2003

Vragen Rekenkamer rapportage 2003

‘Wie zou naar het oordeel van de Algemene Rekenkamer primair verantwoordelijk zijn voor preventie? Hoe ver mag naar het oordeel van de Algemene Rekenkamer de bemoeienis van de overheid gaan op dit terrein? Wanneer is sprake van betutteling? Wat kunnen en moeten mensen zelf doen?’ [...] ‘Vindt de Algemene Rekenkamer dat concrete maatregelen met betrekking tot sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV) voldoende zijn uitgewerkt in de nota Preventiebeleid?’

Bron: VWS, TK – 29 3000 vergaderjaar 2003-2004

De Rekenkamer geeft aan dat de minister haar verantwoordelijke en faciliterende rol te weinig waarmaakt. Er wordt te veel beloofd (de doelen zijn zeer ambitieus), maar te weinig concreet uitgewerkt. Veel hangt af van een onvoldoende operationalisering van de beleidsvoornemens.

Tekstvak 7.2

Brief van de minister over het preventiebeleid 2003

Uit de brief van de minister aan de Tweede Kamer in 2003:

‘Veel acties in de nota Preventiebeleid moeten nog uitgewerkt worden. In de nota staat niet welke effecten van de acties verwacht worden, dus welke gevolgen de acties zullen hebben voor de gezonde levensverwachting van mensen met een lage sociaaleconomische status. De Algemene Rekenkamer constateert dat de aangekondigde maatregelen een fractie zijn van de agenda van maatregelen uit 2001.

Het kabinetsstandpunt van november 2001 (Tweede Kamer, 2001–2002, 28 000 XVI, nr. 18, p. 7–10) noemt het beleidsdoel «zeer ambitieus» en geeft als agenda van maatregelen 21 aandachtspunten op het gebied van onder meer inkomen, onderwijs, arbeid en gezondheidszorg. Dit roept de vraag op of de aangekondigde maatregelen in de nota Preventiebeleid wel voldoende zijn om het beleidsdoel te realiseren.’ [...] “De minister van VWS kan meer invulling geven aan de interdepartementale samenwerking door met de andere ministers gezamenlijk te rapporteren over de resultaten van het achterstandenbeleid en de invloed hiervan op de gezondheidsachterstanden van lagere sociaaleconomische groepen. Wat betreft de interdepartementale samenwerking met betrekking tot het beleid dat is gericht op het verminderen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen vindt het ministerie van VWS het niet nodig andere ministeries actief te betrekken bij de concrete ontwikkeling van dit beleid, onder andere omdat de andere ministeries al achterstandenbeleid hebben.”

Bron: VWS, TK – 29 3000 – 2003-2004

Ook de IGZ is in 2005 zeer helder in haar conclusies. Ondanks verbeteringen, onder andere in de bestuurlijke aandacht voor gezondheidsbeleid, laat de uitvoering en implementatie van beleidsvoornemens veel te wensen over. Collectieve preventie neemt een bescheiden plaats in binnen het gemeentelijk beleid. Bij gemeenten staan kwetsbare groepen te weinig op het netvlies. Ook spelen zij te weinig in op lokale problemen. De zorg voor met name kinderen met psychosociale problemen is ondermaats. Ook is er kritiek op de GGD'en. Deze hebben het kwaliteitssysteem niet in orde, zijn onvoldoende voorbereid voor een pandemie en ook de kwaliteit op het terrein van gezondheidsbevordering schiet tekort. Gemeenten geven volgens het IGZ aan meer ondersteuning van het Rijk nodig te hebben, vooral bij de implementatie van interventies, maar ook in de vorm van een uitbreiding van financiële middelen (IGZ, 2005). Het rapport van de IGZ stimuleert tot het inrichten van een Centrum Gezond Leven bij het RIVM (zie tijdlijn 2008).

- *Krachtwijkenaanpak (tijdlijn 2005)*

Door het kabinet Balkenende II wordt aan de weg getimmerd om de gezondheid van lage SES groepen ook in andere beleidsdomeinen aandacht te geven en tot inzet te maken. Er wordt gewerkt aan een krachtwijkenaanpak. Volgens deze aanpak

worden dat jaar veertig zogenaamde ‘Vogelaarwijken’¹⁵⁰ gekozen. In deze wijken wordt gedurende vijf jaar zeker 1 miljard euro besteed aan het fysiek opknappen van de wijk en aan sociale projecten. Zo wordt bijvoorbeeld extra aandacht besteed aan de voorlichting aan diverse groepen migranten. Dit project wordt vroegtijdig afgebroken omdat een tussentijdse evaluatie met teleurstellend resultaat komt (SCP, 2013; cf. Huisman, 2013).

- *Nota ‘Kiezen voor gezond leven’ (tijdlijn 2006)*

In de jaren 2007-2010 legt het ministerie in de nota’s volksgezondheid verder de nadruk op ‘Kiezen voor gezond leven’ en dus op de eigen verantwoordelijkheid van burgers (VWS, 2006). Prioriteit wordt gegeven aan de thema’s: overgewicht, diabetes¹⁵¹, roken en schadelijk alcoholgebruik. Ook wordt ingezet op betere samenwerking tussen de preventieve en curatieve gezondheidszorg. Gemeenten kunnen gemotiveerd afwijken van deze prioriteiten, bijvoorbeeld naar aanleiding van de cijfers over gezondheid van de inwoners of lokale omstandigheden, welke worden aangeleverd door de GGD (Andersson Elffers Felix, 2013). In deze nota wordt ook de start aangekondigd van de wijkgerichte aanpak van gezondheidsachterstanden.¹⁵²

Tekstvak 7.3

Nota Kiezen voor Gezond Leven

Nota: Kiezen voor een gezond leven

“Voor het protestedenbeleid (GSB) 2005-2009 hebben de ‘G31’ het bestuursdocument ‘Gezond en Wel’ opgesteld. Daarin geven zij aan hoe de gezondheid van hun bewoners verbeterd kan worden. Een onderdeel daarvan is de basismethodiek ‘Gezondheidsachterstand moet wijken’, gebaseerd op de methodiek WijkSlag van het NIGZ.¹⁵³ De gemeenten Den Haag, Groningen, Helmond en ’s-Hertogenbosch gaan in de huidige GSB-periode deze basismethodiek implementeren en evalueren. Op basis daarvan zullen zij andere gemeenten bewegen de komende jaren met deze wijkgerichte aanpak van gezondheidsachterstanden te gaan werken.”

Bron: Uit Nota Kiezen voor een gezond leven (2006, p. 49.)

150 Genoemd naar de Nederlandse politica Ella Vogelaar. Zij was van 22 februari 2007 tot en met 14 november 2008 minister zonder portefeuille van Wonen, Wijken en Integratie in het kabinet Balkende IV en werd bekend als naamgever van de Vogelaarwijken.

151 Er wordt een samenwerkingsverband Partnership Depressie-Preventie opgericht (o.a. met het Trimbos instituut) die o.a. de taak krijgt te werken aan bewustwording, een groter bereik en toepassingen van effectieve interventies en het bevorderen van regionale samenwerking tussen partners die onderdeel uitmaken van de infrastructuur rond depressie (VWS, Nota Kiezen voor Gezondheid, 2006, p. 45/46).

152 Over de evaluatie van deze aanpak is helaas niets terug te vinden

153 Het Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ)

- *Invoering Wet Maatschappelijke Ondersteuning (tijdlijn 2007)*

De invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning brengt veel in beweging in het sociaal domein. Deze wet betreft met name het welzijnsbeleid en het sociaal beleid en gaat over de aanpak van psychosociale problemen en kwaliteit van leven.¹⁵⁴ In de wet staat met name de aanpak van de lichtere psychosociale problemen centraal. Deze doelstelling verwijst – impliciet – op secundaire preventie in de zin van het ‘voorkomen van erger’. Het zijn vooral de psychosociale problemen die in belangrijke mate de zelfzorg van mensen aantasten en veel impact hebben op de kwaliteit van leven. Naar idee van de wet is het nodig dat problemen in een vroeg stadium worden gesignaleerd en ‘licht en gericht’ worden aangepakt. Voor een uitgebreidere behandeling van de wet zie hoofdstuk 13.

- *De invoering van de WPG (tijdlijn 2008)*

De Wet Preventieve Gezondheidszorg (WPG) vervangt een jaar later, in 2008 de oude WCPV. De WPG vormt het wettelijke kader voor de publieke gezondheidszorg en heeft als kenmerk dat alle activiteiten zijn gericht op preventie: gezondheidsbevordering (GB) en ziektepreventie (ZP). De wet biedt tevens een kader voor de samenwerking tussen het rijk en gemeenten op het terrein van de publieke gezondheidszorg. De terreinen die binnen de wet worden meegenomen zijn: collectieve preventie, algemene bevorderingstaken (zoals prenatale voorlichting aan aanstaande ouders),¹⁵⁵ de uitvoering van infectieziektebestrijding, van de jeugdgezondheidszorg en de ouderen-gezondheidszorg.¹⁵⁶ Er is veel aandacht voor de infectieziektebestrijding.¹⁵⁷ Met de komst van de Wet krijgen GGD'en er taken bij voor het bestrijden van infectieziekten.

Op het gebied van jeugdgezondheidszorg (basistakenpakket) en infectieziektebestrijding is sprake van medebewind: de taken van de gemeente zijn duidelijk omschreven en de WPG laat (in tegenstelling tot de WCPV) weinig ruimte voor eigen beleid. Op het gebied van de algemene bevorderingstaken (vooral gezondheidsbevordering) en de ouderen-gezondheidszorg is sprake van meer gemeentelijke beleidsvrijheid. De lokale beleidskeuzes die de gemeente op dit gebied maakt worden vastgelegd in een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid, die de gemeente binnen twee jaar na de openbaarmaking van de landelijke nota gezondheidsbeleid opstelt. Hierin is aandacht voor gemeentelijke doelstellingen,

154 Hoewel het hier niet specifiek om public health beleid gaat heeft deze wet toch een plek op de tijdlijn gekregen.

155 Denk ook aan epidemiologie, gezondheidsbevordering, technische hygiëne zorg, psychosociale hulpverlening bij ongevallen, rampen en ingrijpende gebeurtenissen en medische milieukunde.

156 Zie www.loketgezondleven.nl/zorgstelsel/preventie-vijf-stelsel-wetten/preventie-wpg

157 de infectieziekteregeling, die was verspreid over drie wetten: de Wet collectieve preventie volksgezondheid, de Infectieziektewet en de Quarantainewet, wordt grondig herzien.

resultaten en acties die in een bepaalde tijdsperiode worden ondernomen met inachtneming van de prioriteiten uit de landelijke nota.

- *Oprichting Centrum Gezond Leven RIVM (tijdlijn 2008)*
Het Centrum Gezond Leven (CGL) wordt opgericht om professionals gezondheidsbevordering (GB) te ondersteunen bij hun werk om integraal en preventief te werken aan gezondheid en welzijn van inwoners. De belangrijkste opdracht die het centrum van VWS krijgt is om professionals overzicht en samenhang te bieden in kennis en tools die beschikbaar zijn over gezond leven waaronder ook gezonde leefomgeving. Het RIVM moet wetenschappelijke en praktijkkennis en -kunde op het gebied van gezond leven bij elkaar brengen. Er zijn tal van organisaties zowel landelijk als lokaal actief op het gebied van leefstijl en gezonde leefomgeving, zoals de landelijke thema-instituten, gezondheidsfondsen maar ook regionale partijen zoals GGD' en. Het RIVM werkt vanaf dat moment samen met andere partijen aan kennisverspreiding online. Daarnaast organiseert zij fysieke en online bijeenkomsten en trainingen en geeft zij advies aan regionale en lokale organisaties (cf. Sturkenboom & Kolner, 2010). Het RIVM stimuleert en faciliteert professionals om gebruik te maken van leefstijlinterventies met een wetenschappelijke onderbouwing. Van VWS krijgt zij de opdracht een interventiedatabase in te richten met leefstijlinterventies die werken.
- *Naar een weerbare samenleving (tijdlijn 2008)*
In hetzelfde jaar dat het Centrum Gezond Leven van het RIVM wordt opgericht (2008), ontvouwt het kabinet (Balkenende IV) in het beleidsplan *Naar een weerbare samenleving* (VWS, 2008) een nieuwe visie op het terugdringen van de gezondheidsachterstanden. Wederom wordt gesproken over de noodzaak van een samenhangende aanpak (denk aan samenwerking tussen alle relevante beleidsdomeinen, zoals inkomensbeleid, jeugdbeleid, onderwijs). De visie geeft blijk van het belang voor 'voorzorg' en preventieve activiteiten voor de hele bevolking. Ook wil het kabinet gelijke toegang tot zorgvoorzieningen waarborgen voor alle bevolkingsgroepen. Echter: de oplossing voor de deels vermijdbare ongezondheid van de lage SES groepen (waaronder ook nadrukkelijk etnische groepen worden genoemd) wordt wederom vooral gezocht in een focus op het bevorderen van 'rationele leefstijlkeuzen' van de lager opgeleiden. Immers: "Er zijn sterke aanwijzingen dat lager opgeleiden meedoen met de algemene stijging van de levensverwachting. Hun relatieve ongezondheid wordt mede veroorzaakt door een trager tempo van aanpassing van gedrag aan nieuwe gezonde inzichten (zoals stoppen met roken)." (VWS, 2008).

Als reden dat leefstijlpreventie bij bijvoorbeeld allochtonen (toen nog het jargon) niet werkte was dat de preventieve interventies deze groepen (mede door taalbarrières) niet bereiken. In de visie die in het beleidsplan wordt uitgerold spreekt het kabinet haar voorkeur uit voor wat betreft de te volgen strategie. Zo prefereert zij methoden:

...die zoveel mogelijk appelleren aan de eigen verantwoordelijkheid van mensen en die een weerbare samenleving versterken. Met andere woorden: bij voorkeur kiest het kabinet voor die beleidsmethoden die recht doen aan het feit dat mensen in eerste aanleg zelf hun leefstijl kiezen, maar die wel het nemen van verantwoordelijkheid voor een gezond leven stimuleren. (Nota 'Naar een weerbare samenleving', 2008, p.11)

Kortom: ondanks dat de vrijheid van leefstijlkeuze nog steeds moet worden gewaarborgd, moet het roer wel om. De burger (ook de arme en laag opgeleide!) moet verantwoordelijkheidszin worden bijgebracht opdat een *weerbare samenleving* ontstaat. Enerzijds door gezond gedrag te bemoedigen (door voorlichting), anderzijds door ongezond gedrag te ontmoedigen (fiscale instrumenten, verboden). Het Rijk toont zich hier haast als een schoolmeester of pater familias. Ook paternalistische instrumenten worden niet geschuwd. Zo moet alcoholreclame voor de jeugd tot negen uur in de avond worden verboden. Aan het einde van het rapport belooft het kabinet de mogelijkheid te onderzoeken om te komen tot een concrete doelstelling ten aanzien van de ontwikkeling van de gezondheid van lager opgeleiden.

- *Gezonde slagkracht ZonMW (tijdlijn 2009)*

Om lokale preventie-initiatieven te bevorderen worden onderzoeksprogramma's ontwikkeld, zoals het ZonMw preventieprogramma *Gezonde slagkracht* dat loopt van 2009 tot 2014. Het doel van het programma was het stimuleren van een lokale, integrale aanpak bij de preventie en bestrijding van overgewicht, alcohol, roken en drugs en het ondersteunen van gemeenten bij het ontwikkelen en uitvoeren van een integrale aanpak van gezondheidsbeleid. Uit de evaluatie in 2015 blijkt dat de opzet ervan vooral op procesniveau is geslaagd en dat gemeenten meer effectieve interventies hebben ingezet en samenwerking tot stand hebben gebracht tussen de verschillende beleidsterreinen. Ook is meer zicht ontstaan op procesfactoren die integraal gezondheidsbeleid bevorderen. Over de effecten op de gezondheid van burgers laat de evaluatie zich niet uit (ZonMW, 2015).

7.4. Periode 3: Het pragmatische tijdperk: het terugdringen van de SEGV-2 (2010-2019)

Vanaf de invoering van de WPG in 2008 is er sprake van meer bezinning op preventie. De VTV's worden vanaf dat moment digitaal en regionaal ingestoken. Er is aandacht voor 'het ongrijpbare' bij gezondheid: we leven langer maar brengen ook meer jaren in ongezondheid door. De psychosociale problemen lijken toe te nemen en de kosten van de gezondheidszorg lopen verder op. Onderzoeksrapporten bevestigen de grenzen van de maakbaarheid als het om het verkleinen van de SEGV gaat. De bal wordt nog sterker bij gemeenten gelegd. Via landelijke programma's worden impulsen aan gemeenten gegeven om de gezondheidsverschillen op integrale wijze terug te dringen. Er worden data- en kennisbanken opgericht voor bewezen interventies.

7.4.1. Landelijk gezondheidsbeleid: akkoorden, nota's en programma's

- *VTV en nota's Volksgezondheid (tijdlijn 2010-2014)*
De nota's en VTV's die in deze periode uitkomen (en inmiddels digitaal verschijnen) bestaan uit meerdere delen. Aan modellen van indicatoren en onderzoeks-overzichten ontbreekt het niet. Het valt op dat er naast leefstijl meer aandacht wordt beloofd voor de (distale) determinanten ofwel omgevingsfactoren. Erkend wordt dat de sociaaleconomische factoren op tal van manieren doorwerken in de gezondheid van mensen (zie Tekstbak 7.4). Er wordt nog wel hoofdzakelijk vanuit problemen gedacht en efficiëntie en effectiviteit van interventies zijn leidend voor preventie (VTV, 2010, p. 78). In de VTV's van 2010 en 2014 treedt de normatieve en maatschappelijke dimensie van gezondheid op de voorgrond (zie ook RIVM, 2018).

In de VTV Van Gezond naar Beter (2010) staat:

Preventie en zorg dragen bij aan de economie en, wat misschien nog wel belangrijker is, zij geven uitdrukking aan maatschappelijke waarden die Nederlanders hoog in het vaandel hebben. Investeren in gezondheid is mogelijk, wenselijk en onontbeerlijk. Van gezond naar beter wordt uiteindelijk iedereen beter! (p. 11)

De VTV verwoordt de wens dat de preventieve gezondheidszorg zich meer verbindt met het sociaal domein. Veel mensen met complexe en gestapelde problemen kloppen immers aan bij voorzieningen die door de Wmo en de Jeugdwet zijn geregeld. In de VTV wordt geopperd dat gemeenten, die de uitvoerende taak hebben, 'een geïntegreerde gezondheidsnota' kunnen opstellen. Dit kan een samenhangend document opleveren waarbij het gezondheidsbeleid met het welzijnsbeleid, de Wmo en de Wet Werk en bijstand (Wwb) wordt verbonden (VTV 2010, p. 79).

Tekstvak 7.4

Determinanten van gezondheid

Sociaaleconomische verschillen in determinanten van gezondheid

Niet alleen gezondheid en ziekte, maar ook determinanten kennen een duidelijke sociaaleconomische gradiënt. Mensen in lagere sociaaleconomische groepen komen er ongunstiger van af. Zij wonen minder vaak in buurten die een gunstig effect op de gezondheid hebben. Hun (leef)omstandigheden maken het voor hen moeilijker om gezond te leven. Ongezonder gedrag komt bij deze groepen dus ook meer voor. Het gevolg is dat veel ongunstige determinanten clusteren bij mensen uit lagere sociaaleconomische groepen. Een verklaring is dat maatschappelijke structuren van invloed zijn op de omgeving en mogelijkheden van mensen. Zo hebben afkomst en opleidingsniveau invloed op de leefomgeving van mensen, hun arbeidsomstandigheden, stress en manieren om hiermee om te gaan, en dus ook op gedrag en gezondheid. Het gevolg is dat gezondheidsrisico's niet willekeurig over de samenleving verdeeld zijn, maar samenkomen bij de groepen die ook al op andere gebieden van het leven achterstanden hebben.

Uit VTV 2010, RIVM, deelrapport Determinanten van gezondheid (p.7).

- *Start van de landelijke campagne JOGG:* in 2010 start het JOGG netwerk dat gericht is op meer bewegen voor kinderen en het veranderen van de fysieke en sociale omgeving daartoe. JOGG wil naar een wereld waar kinderen gezond kunnen opgroeien en overgewicht en obesitas tot het verleden behoren (zie de website JOGG.nl).
- *Tussentijdse evaluatie: wat werkt bij het terugdringen van de SEGV? (tijdlijn 2010-2011)*

In 2010 verricht het RIVM een literatuurstudie naar de effectiviteit van beleidsmaatregelen als het gaat om de verlaging van de SEGV. De conclusie van het rapport luidt (Savelkoul et al., 2010, p. 3):

Gemeentelijke maatregelen op het gebied van groen in de wijk, het binnenmilieu van woningen, veiligheid, geluid van verkeer, luchtverontreiniging, sociale cohesie en sociale steun kunnen de gezondheidsachterstanden van mensen uit lagere sociaaleconomische klassen verminderen. De literatuur levert voldoende bewijs dat deze omgevingskenmerken geschikte aanknopingspunten zijn voor maatregelen om gezondheidsachterstanden te verminderen. Onderzoek toont namelijk dat genoemde omgevingskenmerken tussen hogere en lagere sociaaleconomische klassen verschillen én dat ze samenhangen met gezondheid.

De auteurs benadrukken dat het vooral aannemelijk is dat interventies gericht op bovengenoemde doelen effect hebben. Studies met hoge bewijskracht, dat hard bewijs levert voor interventies gericht op het verminderen van sociaaleconomische

gezondheidsachterstanden, zijn niet gevonden. Zowel op landelijk of internationaal niveau is er weinig onderzoek dat concrete aanbevelingen formuleert voor gemeentelijke interventies die gericht zijn op het terugdringen van de SEGV (zie ook Collins & Hayes, 2010 in Savelkoul et al., 2010, p. 52). Wel brengt de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in 2011 een advies uit waarin zij pleit voor een steviger regie van de nationale en lokale overheden en de zorgverzekeraars in de preventie van welvaartsziekten. Het ontbreekt aan structurele financiering voor lokale initiatieven en de verhouding tussen curatie en preventie is scheef ten nadele van preventie, stelt de Raad:

De grote toegankelijkheid van de curatieve zorg blijkt in de praktijk geen stimulans, maar eerder een rem voor preventie. Ook de wil en vastberadenheid bij de landelijke overheid lijkt niet sterk; politiek-ideologische motieven en de keuzevrijheid van het individu wegen soms zwaarder dan de ongezondheid zelf. De publieke gezondheid is (mede om genoemde redenen) zwak ontwikkeld als het om welvaartsziekten gaat. (RVZ, 2011, p. 7)

- *Nationale en lokale Stimuleringsprogramma's voor gezondheid (tijdlijn 2014)*
In 2014 gaan de landelijke preventieprogramma's *GezondIn* en *Alles is gezondheid* van start. Het programma *Alles is gezondheid* richt zich op het terugdringen van het aantal mensen met een chronische ziekte en op het verkleinen van gezondheidsverschillen via netwerkvorming en het verbinden van partners via zogeheten '*pledges*'. Naast gezondheidspartijen en het bedrijfsleven zijn ook brancheverenigingen, zorginstellingen, welzijnsinstellingen en sociale wijkteams aangesloten. De meeste thema's gaan over de fysieke gezondheid en leefstijl. *GezondIn* is een financiële stimuleringsregeling voor gemeenten om de gezondheidsverschillen terug te dringen. Hierbij stimuleren landelijke partners, zoals Platform 31 en Pharos, samen met een groot aantal partijen (VWS, ZonMw, kennisinstituten, verzekeraars etc.) gemeenten om via een integrale aanpak de gezondheidsverschillen terug te dringen. Gewerkt wordt langs vijf sporen: gedrag en vaardigheden, preventie en zorg, participatie, fysieke omgeving en sociale omgeving. Burgers zelf worden als de hoofdrolspelers gezien.¹⁵⁸ De beweging en methode '*positieve gezondheid*'¹⁵⁹ die deze uitgangspunten lijkt uit te dragen slaat aan in Nederland, stelt het Institute for Positive Health, na een zelfreflectie die met subsidie van ZonMw is uitgevoerd (Van Steekelenburg, 2016).
- *De decentralisaties (tijdlijn 2015)*
In 2015 worden de volgende decentralisatiewetten ingevoerd: de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo II), de Jeugdwet (JW) en de participatiewet

158 Zie voor meer informatie de websites van deze initiatieven: <https://www.allesisgezondheid.nl/netwerken-partners/partners/>

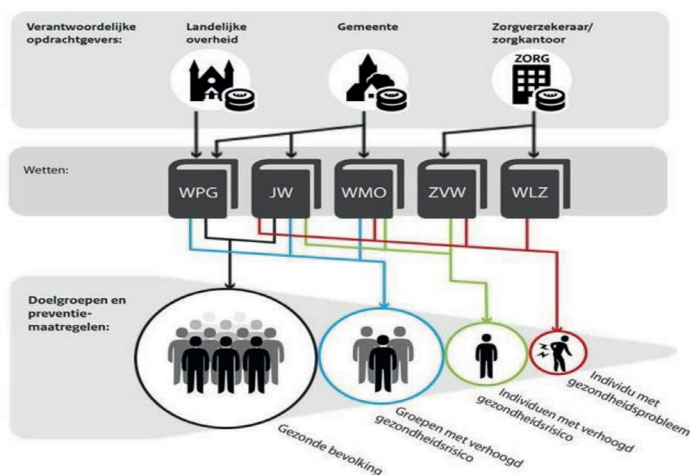
159 Dit concept is gelanceerd door Machteld Huber (2011; 2013) en eerder besproken. Zie ook hoofdstuk 3 en 5.

(PW) (zie Figuur 7.1). Deze wetten zijn relevant voor preventie in het sociaal domein. De decentralisaties bieden volgens het Memorie van Toelichting van de Wmo, samen met de WPG uit 2008, expliciete kansen om lokale samenwerkingen te realiseren tussen de sectoren in de publieke gezondheid, het sociale domein en het fysieke domein. Volgens de website van het RIVM gaat het expliciet om 'preventie-wetten' omdat ze inzetten op substitutie: het voorkomen van dure zorg door het vroegtijdig signaleren van problemen en het 'licht en gericht' aanpakken ervan. Gemeenten hebben via de decentralisaties op het terrein van jeugd, Wmo en participatie meer invloed op de gezondheid van hun inwoners gekregen. Figuur 7.1 toont per wet de verantwoordelijke opdrachtgevers en de doelgroepen van preventiemaatregelen.

Op verschillende deelthema's en doelgroepen kunnen inspanningen om de gezondheid te verbeteren integraal worden aangepakt vanuit de verschillende wetten, zo blijkt uit dit bericht op de website van Actiz in 2016.¹⁶⁰ Lokale initiatieven worden ondersteund door het stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid.

Figuur 7.1

Schematische weergave doelgroepen en preventiemaatregelen, wetten en verantwoordelijke opdrachtgevers.



Bron: Heijink & Struijs, 2015, p. 14, zie ook www.loketgezondleven.nl

160 Branchevereniging van organisaties die actief zijn op het gebied van zorg en ondersteuning aan ouderen, (chronisch) zieken en jeugd.

- *GGD GHOR Nederland: Publieke gezondheid borgen (tijdlijn 2016)*

In de notities *Publieke gezondheid borgen* die de koepelorganisatie van GGD's – de GGD GHOR Nederland¹⁶¹ – in 2016 uitbrengt staat in het voorwoord het volgende: “Uit de GGD-Gezondheidsmonitors en ander onderzoek is gebleken dat sociaaleconomische gezondheidsverschillen de afgelopen tien jaar niet kleiner zijn geworden. Mensen met een lagere sociaaleconomische status (SES) leven nu gemiddeld zes jaar korter dan mensen met een hogere status en leven gemiddeld negentien jaar langer in ongezondheid. Van de totale zorgkosten in Nederland wordt ongeveer 97% uitgegeven aan curatieve zorg en langdurige verpleging en verzorging. De overige 3% gaat naar preventie. Een scherpere focus op preventie kan een deel van de zorgkosten voorkomen. De publieke gezondheidszorg kan daaraan bijdragen” (GGD GHOR Nederland, 2016a, p. 4). In een andere GGD GHOR Nederland notitie *Naar een toekomstbestendige en proactieve infectieziektebestrijding* wordt een krachtig signaal afgegeven over de ‘kwetsbare’ infectieziektebestrijding:

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) concludeerde in april 2015 dat GGD'en de wettelijke meldingen van infectieziekten goed uitvoeren, maar dat er kwetsbaarheden zijn in de infectieziektebestrijding. De IGZ stelt dat een aantal GGD'en de artikel 26-instellingen¹⁶² onvoldoende in beeld heeft, dat GGD 'en te weinig oefenen en dat aandacht voor andere betrokkenen in de infectieziektebestrijding onder de maat is. (GGD GHOR, 2016b, p. 4)

Met name de decentralisatie van de infectieziektebestrijding naar gemeenten, gekoppeld aan de zwakke kennisontwikkeling en capaciteit bij GGD'en, maakt dat GGD'en niet goed zijn toegerust bij een volgende uitbraak, zo waarschuwt de GGD GHOR Nederland. Na de uitbraak van COVID-19 in 2020 zouden deze kwetsbaarheden en de geringe 'slagkracht' ook aan het licht komen. De infrastructuur voor de infectieziektebestrijding lijkt de afgelopen decennia ook door bezuinigingen te zijn uitgehold. Van 'gezonde slagkracht' is bij de GGD'en inmiddels geen sprake meer, stelt een landelijk dagblad na onderzoek onder 21 GGD'en (Nieuwenhuis, 2021).

- *VTV 2018 en WRR policy brief (tijdlijn 2018)*

In de VTV 2018 wordt meer aandacht gegeven aan complexe en gestapelde problemen van mensen, die om een integrale aanpak vragen. Er is sprake van bewustzijn over het feit dat via de public health niet alle, vooral niet de meervoudige en complexe, problemen van veel mensen in lage SES groepen voorkomen kunnen worden. Het aanpakken van de armoede en eenzaamheid staat ook bij VWS meer en meer in de belangstelling. Toch blijft de inzet op gezonde leefstijl (roken, overmatig

161 Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio

162 Bedoeld worden: Instellingen waar kinderen, zieken of ouderen verblijven, zoals verpleeghuizen, ziekenhuizen, verzorgingshuizen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten, jeugdinstanties, kindercentra, scholen voor basisonderwijs, opvangcentra voor dak- en thuislozen en opvangcentra voor asielzoekers.

alcoholgebruik en overgewicht) en eigen verantwoordelijkheid van burgers vanuit de public health onverminderd groot. Dit blijkt ook uit de regionale VTV's en de lokale nota's die door gemeenten in het kader van de WPG ontwikkeld worden (VTV, 2018). In 2018 verschijnt ook de reeds besproken WRR policybrief (zie H. 2).

- *Het preventieakkoord (tijdlijn 2019)*

Het kabinet is voornemens meer werk te maken van preventie en belooft daadkracht via het Preventie-akkoord en de allianties met veel partijen, waaronder het bedrijfsleven (zie H. 2). Zoals later zal blijken zijn in 2021 vrijwel alle meetbare en concrete afspraken in uitvoering en is 18% van de afspraken nagekomen (RIVM, 2021a).

7.4.2. Lokaal gezondheidsbeleid: financiële impulsen voor gemeenten

- *Resultaten GezondIn: 'SEGV terugdringen: een zaak van lange adem'*

Tussen 2014 en 2019 wordt een integrale lokale aanpak van de gezondheidsverschillen uitgevoerd in 150 gemeenten. De effecten van GezondIn zijn inmiddels geëvalueerd (Pharos, 2021, p. 55): *"Het programma heeft op lokaal niveau bijgedragen aan het opzetten, verbeteren en versterken van de integrale aanpak van de gezondheidsverschillen"*, zo luidt de algemene conclusie. Wel blijkt ook dat het terugdringen van gezondheidsverschillen om 'lange adem' vraagt. Naast kennis delen, financiële middelen, samenwerken, netwerken, enthousiasme en intrinsieke motivatie blijken met name maatwerk en langdurige inzet van belang. Er zijn veel projecten uitgevoerd in de betrokken gemeenten, maar met korte of tijdelijke impulsen kom je er niet, zo blijkt uit het onderzoek. Sommige gemeenten werden belemmerd in hun aanpak doordat de insteek bij gezondheid te smal was of de aanpak te weinig concreet. Andere belemmerende factoren waren: gebrek aan capaciteit, veelvuldig wisseling van de wacht op ambtelijk niveau, gebrek aan middelen en gebrek aan bestuurlijk draagvlak (p. 47).

De brugfunctie tussen het Rijk en gemeenten en de betrokkenheid van bewoners worden als succesfactoren genoemd. Effecten op de gezondheid van inwoners zijn nog weinig zichtbaar geworden. Voor veel gemeenten blijkt het systematisch monitoren van resultaten bij lage SES groepen problematisch. Ook de borging van projecten en opgedane kennis in de deelnemende gemeenten blijkt kwetsbaar.

In een themanummer van het *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* in 2019 wordt met name gepleit voor een sterkere verbinding tussen de publieke gezondheidszorg en de eerste lijn om de gezondheidsverschillen aan te pakken (Molleman et al., 2019). Met name huisartsen kunnen als poortwachter en netwerkregisseur een belangrijke rol spelen in het bevorderen van een gezonde

leefstijl bij lage SES groepen en mensen met een chronische ziekte.¹⁶³ Zij zouden de verbindende schakel tussen de verschillende disciplines kunnen zijn: de medische, preventieve zorg, leefstijl-coaching en ook sociale zorg, stelt Jansen in hetzelfde nummer (Jansen, 2019). Echter, zo verzucht Jansen: “allianties tussen eerste- en tweedelijnszorgpartijen en gemeenten, die verantwoordelijk zijn voor sociale zorg en publieke gezondheidszorg, zijn niet vanzelfsprekend.” (p. 3). In het themanummer worden vele verbeterplannen voor preventie gepresenteerd, zoals:

- versterking van de rol van de huisarts bij preventie;
- tegengaan van de versnippering in de financiering van preventie;
- bevorderen van het gebruik van *gecombineerde leefstijlinterventies (GLI's)* voor mensen met een hoog risicoprofiel;
- stimuleren en duurzaam maken van de samenwerking tussen genoemde partijen.¹⁶⁴

7.5. Samenvatting en conclusie

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van een tijdlijn in drie afzonderlijke tijdsperiodes heel concreet stilgestaan bij ontwikkelingen, discussies en wetgeving die een dominante rol hebben gespeeld bij het preventiebeleid dat vanaf einde van de 20ste eeuw tot doel had de gezondheidsverschillen te verkleinen. Belangrijk vocabulaire wordt hieronder schuin weergegeven.

1) *Het visionaire tijdperk* (periode 1975-1990)

Op papier vindt in deze periode een paradigmaverschuiving plaats van een beleid voor gezondheidsvoorzieningen naar een *integraal gezondheidsbeleid* (IGB), dat als equivalent van het *Health in all-policies* (HiAP) van de WHO wordt gezien. Het gaat erom gezondheidsdoelen *integraal* en *in samenhang* aan te pakken. Het besef groeit dat de aanpak van de gezondheidsverschillen een *complexe aangelegenheid* is en geen zaak voor het ministerie van WVC alleen. Preventie moet een *probleemeigenaar* krijgen. Het Rijk draagt via de Wet collectieve en preventie volksgezondheid (WCPV) deels taken voor de collectieve preventie over naar gemeenten die worden gesommeerd de *regie* te pakken om op lokaal niveau de problemen aan te pakken (of te voorkomen). Bij wet wordt geregeld dat er jaarlijks lokale nota's op basis van *Volksgezondheid Toekomst Verkenningen* worden ontwikkeld. De eerste (onderzoeks)commissie SEGV gaat in 1989 van start.

163 Zie bijdragen van Jansen. M., febr 2019 in TSG, 2019 en Van de Muijsenbergh, M., 2019 in hetzelfde themanummer.

164 Het gaat bijvoorbeeld om plannen voor een all-in tarief via die zorgverzekering waardoor huisartsen preventie-inspanningen voor lage SES groepen kunnen declareren.

- 2) *Het optimistische tijdperk*: het terugdringen van de SEGV-1 (periode 1990-2010)
Inhoudelijk wordt in deze periode prioriteit gegeven aan het terugdringen van SEGV via *leefstijlbeïnvloeding*. De aandacht voor wetenschappelijke onderbouwing en professionaliteit neemt toe: er komen VTV's, en er is een opmars van empirische dataverzameling, meer nadruk op evidence based werken en een toename van technocratische interventies. De naamswijziging in 1994 van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur naar Volksgezondheid Welzijn en Sport blijkt veelzeggend voor wat komen gaat. De eerste *commissie SEGV* rapporteert in datzelfde jaar dat de gezondheidsverschillen in Nederland groot genoeg zijn om er speciale aandacht aan te besteden. De aandacht gaat in de jaren daarna vooral uit naar leefstijlverbetering. Dit gaat ten koste van de aanpak van de structurele oorzaken van de gezondheidsverschillen. Via aanpalend beleid wordt wel een (kortdurende) impuls gegeven aan de aanpak van achterstandswijken (De Vogelaarwijken). Onder andere de Rekenkamer en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zijn kritisch op het overheidsbeleid, vanwege het achterblijven van resultaten op beoogde doelstellingen. De Rekenkamer stelt de vraag wie nu eigenlijk de *verantwoordelijkheid* heeft voor de *collectieve preventie*? In 2007 vindt de invoering van de Wmo plaats (zie verder H. 13). In 2008 vindt een hernieuwde overdracht van taken van het Rijk naar gemeenten plaats middels de Wet Preventieve Gezondheid (2008). Gemeenten moeten elke vier jaar een *gezondheidsnota* uitbrengen. In de nationale nota *Naar een weerbare samenleving*' (2008) lezen we wat de ambities zijn voor de lage SES groepen: ook de arme en laag opgeleide burger moet *verantwoordelijkheidszin* worden bijgebracht. Binnen het RIVM gaat in 2008 het Centrum Gezond Leven van start.
- 3) *Het pragmatische tijdperk*: het terugdringen van de SEGV-2 (2010-2019)
In deze periode wordt duidelijk dat pogingen om de gezondheidsverschillen terug te dringen een zaak van de lange adem is. De aanpak van de Vogelaarwijken werpt helaas geen (meetbare) vruchten af. De VTV's worden digitaal en regionaal ingestoken. Er is aandacht voor 'het ongrijpbare' bij gezondheid: we leven langer, maar brengen uiteindelijk ook meer jaren in ongezondheid door. Preventie loont niet in de staatskas en moet *concurreren met vele andere belangen*. De psychosociale problemen van mensen nemen toe en de *kosten van de zorg* lopen verder op. Waar het gaat om het verkleinen van de SEGV komen de *grenzen van de maakbaarheid* in zicht. Er worden data- en kennisbanken opgetuigd voor *bewezen interventies*. Echter, de publieke gezondheidszorg blijkt in de loop van de jaren sterk verzwakt om de problemen lokaal aan te pakken. Ook is er een tekort aan bewijsbaar werkende interventies om de kloof te dichten. De bal wordt nog steviger bij gemeenten gelegd (dit gaat echter gepaard met *bezuinigingen*) en er is (op papier) meer aandacht voor de gezonde *sociale en fysieke omgeving* van mensen. Via tal van

landelijke programma's en handreikingen worden impulsen aan gemeenten gegeven om de gezondheidsverschillen op integrale wijze terug te dringen. Het Preventieakkoord en de drie *decentralisatiewetten* die in 2015 worden ingevoerd moeten daarbij helpen. Het gaat naast de nieuwe Wmo ook om de Jeugdwet en de Participatiewet. Later komt daar ook de Wet Passend Onderwijs bij.

Uit deze analyse trek ik voorlopig drie conclusies:

1. *Visies rond preventie geven eind 20ste eeuw inspiratie en hoop voor een paradigmashift* van ziektepreventie naar een meer sociaaleconomische benadering van gezondheid. Het gaat mede om het bevorderen van welzijn en kwaliteit van leven voor iedereen en het terugdringen van de gezondheidsverschillen. Echter, de praktijk lijkt weerbarstig en financiële belangen wegen te sterk om de ambities in daden en resultaten om te zetten.
2. *Gemeenten nemen niet de vereiste regie bij preventie* die de landelijke overheid bij de overdracht van taken voor ogen had en investeren te weinig in de structuur voor preventie. Het beleid blijft vooral reactief in plaats van proactief en de financiering blijft versnipperd. Vier factoren spelen hierbij dikwijls een rol: 1) de opvatting dat de burger zelf¹⁶⁵ verantwoordelijkheid moet nemen voor de gezondheid en moet werken aan zijn of haar eigen weerbaarheid, 2) voortdurende bezuinigingen belemmeren de ambities 3) de publieke gezondheidszorg sluit onvoldoende aan bij de eerste lijn (curatie) én het sociaal domein en 4) er ontbreken (financiële) prikkels om preventie prioriteit te geven.
3. De voortdurende *drang en onderzoek naar de bewijslast van afzonderlijke (leefstijl)interventies* leidt de aandacht af van de aanpak van de werkelijke determinanten van ongelijkheid in gezondheid (armoede, slechte huisvesting, leven in een ongezonde omgeving, etc.). Er wordt niet doorgepakt. De aandacht blijft lange tijd hoofdzakelijk gericht op gezond gedrag en de eigen keuze en dus verantwoordelijkheid van burgers zelf. Toch groeit het bewustzijn voor de aandacht voor determinanten zoals armoede en huisvesting en worden er tussentijds stappen gezet en impulsen gegeven om werk te maken aan het verkleinen van de gezondheidsverschillen. Deels lopen deze impulsen via andere beleidsterreinen en vooralsnog hebben ze nog onvoldoende resultaat.

165 Ook de arme, luie, domme en gulzige burger! Dit is een sentiment dat te beluisteren valt in enkele artikelen en nota's. Ik kies er voor dit soort onderhuidse en soms opkomende sentimenten mee te nemen omdat deze sentimenten wel degelijk invloed kunnen hebben gehad op het beleid. Het zegt iets over de tijdgeest.

8. Preventie tussen oude en nieuwe bedreigingen.

Politics has not only been medicine at a larger scale but also violence, exploitation and injustice at a larger scale.

Mackenbach, 2020, p. 338

8.1. Inleiding en leeswijzer

Dit is het laatste hoofdstuk als antwoord op de onderzoeks(deel)vragen 1 en 2. In hoofdstuk 5 heb ik het public health discours en de logica van preventie onderzocht op haar kernbegrippen en basiskenmerken. In hoofdstuk 6 heb ik de internationale (WHO) ambities en nationale voornemens beschreven, met name gericht op het terugdringen van de verschillen in gezondheid. In hoofdstuk 7 heb ik 40 jaar public health preventiebeleid gericht op het terugdringen van de SEGV in Nederland op hoofdlijnen beschreven. Daarbij zijn ook enkele complexiteiten en machtswerkingen aan het licht gekomen bij de realisatie van beleidsvoornemens. In dit hoofdstuk reflecteer ik vanuit enkele invalshoeken op de opbrengsten en grenzen van de public health zoals die in de vorige hoofdstukken aan bod zijn gekomen. Aan het einde van dit hoofdstuk blik ik vooruit op de deelvragen 3 en 4.

Werkwijze en leeswijzer

In dit hoofdstuk tracht ik tot een meer overstijgend perspectief te komen om daarmee de deelvragen 1 en 2 te beantwoorden. In paragraaf 8.2 beschrijf ik eerst een aantal inzichten uit de hoofdstukken 5, 6 en 7¹⁶⁶ die ik meeneem op mijn zoektocht. Ik vervolg mijn betoog en laatste bijdrage aan het antwoord op deelvragen 1 en 2 vanuit een wetenschappelijke en beleidsmatige invalshoek.

Voor het wetenschappelijk betoog wend ik me in paragraaf 8.3 tot Mackenbach, die in zijn in 2020 verschenen boek *A History of Public Health. Rise and Fall of Disease in Europe*, de verworvenheden van de publieke gezondheidszorg in Europa overdenkt. Dit doet hij in de traditie van de preventiewetenschap, aan de hand van cijfers en grafieken. De keuze voor Mackenbach is ingegeven door zijn status als epidemioloog en onderzoeker in de public health in Nederland, maar vooral ook omdat hij, zoals in hoofdstuk 7 vermeld, een lange periode in Nederland als coördinator van de twee landelijke commissies sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV) heeft gewerkt. Na een beschouwing op zijn betoog zet ik een stap vooruit in de tijd en sta ik in paragraaf 8.4 stil bij hetgeen de coronapandemie in Nederland, als meest recente bedreiging voor de volksgezondheid vanaf 2020, teweeg heeft gebracht. Ik overbrug daarmee de jaren na 2020, het jaar waar de tijdlijn in hoofdstuk 7 eindigde. Ik kijk hierbij in het bijzonder naar de impact van de infectieziekte COVID-19, die wereldwijd veel slachtoffers maakte, bij mensen die al een kwetsbare gezondheid hadden en waarbij de kwaliteit van leven onder druk stond.

Voor wat betreft de beleidsinvalshoek wend ik me in paragraaf 8.5 tot de WHO, die wegwijzer en wegbereider was voor wat betreft de koers van de public health in veel westerse landen in Europa. Ik ben benieuwd naar hoe de WHO zelf terugblijkt op de beleidsambities en verworvenheden van de laatste decennia, op wat er goed is gegaan, wat mogelijk beter had gekund en hoe de WHO kijkt naar de uitdagingen in de 21ste

166 Ik put hierbij ook uit hoofdstuk 3 en 4 waarin relevante definities en theorieën behandeld zijn.

eeuw. Daarna verdiep ik in paragraaf 8.6 de probleemstelling (zie H.2) en werp ik een blik vooruit naar het vervolg van dit onderzoek.

8.2. Kernbegrippen en patronen: de public health logica

In de hoofdstukken tot nu toe heb ik veel vocabulaire en begrippen gebruikt om de public health te duiden. Begrippen als ‘positivistisch’, ‘reductionistisch’ en ‘op ziekte en risico-georiënteerde’ preventie zijn gebruikt om – vanuit haar ontstaanshistorie – het biomedisch model te beschrijven waar de logica van preventie in de publieke gezondheidszorg op is gebaseerd. Dit model is de laatste decennia, ondanks andere opkomende modellen die momenteel in zwang zijn,¹⁶⁷ veruit dominant geweest en heeft veel opgeleverd. In dit model (zie Nettleton, 2013 in H. 5) wordt uitgegaan van het voorkomen van ziekten (in eerste instantie vooral infectieziekten en later de welvaartsziekten) en verstoringen, vanuit het grip krijgen op oorzaak-gevolg relaties en het detecteren van beïnvloedbare endogene en exogene risicofactoren of determinanten, in de persoon zelf en de omgeving. Het gaat hierbij om ziekten of verstoringen te diagnosticeren (medische consensus), het begrijpen van de oorzaak en het verloop ervan (epidemiologie), deze te genezen (geneeskunde) of te voorkomen (preventie). De public health is een collectieve verantwoordelijkheid.

De public health kenmerkt zich door planmatigheid en instrumentaliteit en richt zich met collectieve (leefstijl)interventies op groepen om individueel gedrag en de sociale en fysieke omgeving te veranderen. Het denken vanuit ‘gemiddelden’ staat daarbij centraal. Kwantitatief evidence based onderzoek, zoals zogeheten ‘Randomised Controlled Trials’ (RCT, zie H. 6) wordt bij voorkeur ingezet om de effectiviteit van interventies te meten. Het ‘langer gezond leven’ adagium is tot nu toe leidend geweest voor preventie en dat heeft – zullen we ook in dit hoofdstuk zien – zeker vruchten afgeworpen. Het doel ‘gelijke kansen voor gezondheid voor iedereen’ (health equity) oftewel het terugdringen van de sociaal economische gezondheidsverschillen wacht echter nog steeds op een adequate uitvoering ervan. In de hoofdstukken 6 en 7 heb ik op verschillende manieren, onder andere op internationaal ambitieniveau (H. 6) en op meer nationaal beleidsniveau (H. 7), factoren benoemd die een rol hebben gespeeld bij aanpakken gericht op het bevorderen van health equity.

Ondanks dat er misschien veel (nog) niet is gelukt is er uiteraard ook veel wel gelukt. Mensen in Nederland anno 2019 langer dan ooit en het gros van de bevolking is er wat betreft gezondheid op vooruit gegaan. Alvorens in dit hoofdstuk stil te staan bij de verworvenheden (en grenzen) van de public health (en dan met name de ziektepreventie) vat ik beknopt een paar inzichten uit de hoofdstukken 3 t/m 7 samen die van belang zijn voor de inzet van dit hoofdstuk:

167 Zie hoofdstuk 3 en 4 onder andere het biopsychosociaal model als leidend principe voor psychiatrische diagnostiek.

- *Sociale ongelijkheid* blijkt een belangrijke onderlegger voor de verschillen in de gezondheid. Dit inzicht stamt vanaf het einde van de 18de eeuw en in de loop van de 19de en 20ste eeuw wordt veel kennis verzameld dat deze stelling onderstreept.
- Het oprekken van het concept gezondheid naar welzijn leidt tot op heden niet tot de beloofde *paradigmashift*. Leefstijl en eigen verantwoordelijkheid van de burger blijven de belangrijkste aangrijpingspunten voor beleid. Sociale problemen zoals eenzaamheid worden steeds vaker als ziekten benaderd en dikwijls individueel aangevlogen of op hoog risicogroepen gericht.
- Het aanpakken van de gezondheidsverschillen *is complex* gebleken en het vereist een lange adem. Er zijn veel factoren die de effectiviteit van preventie in het algemeen beïnvloeden. Het verlagen van de SEGV vraagt om het beïnvloeden van de sociaaleconomische determinanten en een betere verdeling van hulpbronnen maar ook om visie, om continue beleid en het leveren van maatwerk.
- Beleidsmakers zijn er steeds meer van doordrongen dat veel indicatoren die invloed hebben op gezondheid *buiten de gezondheidszorg* vallen. Een gevolg hiervan is dat het gezondheidsbeleid zich moet verbinden met de curatie en het sociaal domein en invloed moet uitoefenen op andere beleidsterreinen. De public health is slechts één van de spelers. Dergelijke verbinding vereist echter een samenwerking tussen sectoren (zoals departementen) die allesbehalve vanzelfsprekend is en amper tot stand komt.
- De landelijke overheid heeft met de *decentralisaties* door de jaren heen steeds meer verantwoordelijkheid voor de publieke gezondheid gedelegeerd naar de lagere overheden (gemeenten) en naar de burger zelf. Er is echter te weinig sprake geweest van een *gemeenschappelijke verantwoordelijkheid* vanuit een centrale regie. Ondersteunende condities om de doelen ook te kunnen realiseren ontbraken. Denk hierbij aan heldere kaders en de juiste (financiële) prikkels voor gemeenten, aan extra aandacht voor kwetsbare burgers die problemen hadden met de zelfredzaamheid en aan aandacht voor de vele maatschappelijke oorzaken van ziekte en problemen. Er is als het ware te veel van gemeenten en burgers zelf gevraagd en verwacht.
- Het ontbreken van het gevoel van *urgentie*, *politiek draagvlak*, *politieke beslissingsmacht* en helderheid over *kosteneffectiviteit* zijn terugkerende factoren die de aanpak van de SEGV via Integraal Gezondheidsbeleid (HiAP) door de jaren heen belemmeren. Een en ander heeft geleid tot een versnipperde aanpak van preventie: het gaat meestal om kortdurende projecten met bewijsbaar werkende methodieken gericht op afzonderlijke deelproblemen.

- Preventie moet als doel altijd *concurreren* met veel andere (denk aan economische) *belangen*, *te optimistische mensbeelden*, *vooroordelen* en *sentimenten* ('burgers kunnen het allemaal wel zelf' en 'voorzieningen maken mensen lui') en legt het daar vaak tegen af. Er is de afgelopen decennia een voortdurende worsteling zichtbaar over het 'waarde' van preventie versus de waarden 'vrijheid en autonomie' en 'standsbehoud'.
- In Nederland is er sprake van een sterke *scheiding in overheidsbeleid* gericht op 'ziektepreventie' binnen de public health en de zorg enerzijds en de preventie of het adresseren van de onderliggende 'oorzaken of determinanten' ('the cause of the cause') anderzijds. Dit heeft mede veroorzaakt dat de ambities zoals verwoord in de 'derde revolutie van preventie' (Ottawa Charter WHO, Nota 2000) deels onvoltooid zijn gebleven.

8.3. Rise and fall of disease: merites en valkuilen van de public health

Mackenbach laat in zijn boek *A History of Public Health. Rise and Fall of Disease in Europe* (2020) vanuit het perspectief van de public health zien hoe ziektepatronen door de eeuwen heen veranderen. Ook belicht hij in welke mate de public health samen met de verbeterde medische zorg en de verbetering van de levenscondities van mensen tot een stijging van de levensverwachting hebben geleid (p. 336). Volgens hem heeft de samenleving aan het begin van de 21ste eeuw een staat van welzijn en welvaart bereikt waar Thomas More in 1516 van droomde toen hij zijn bekende werk *Utopia* schreef (ibid., p. 1). De gemiddelde levensverwachting van respectievelijk 80 jaar voor mannen en 85 jaar voor vrouwen en de toename van gezonde levensjaren in Europa anno 2020 is ongekend en ondenkbaar voor mensen die leefden in de tijd van More.

Mackenbach zet in zijn boek het 'pieken en dalen' van veel afzonderlijke sterfte-oorzaken op een rij (denk aan hart- en vaatziekten, griep, verschillende soorten kanker, dementie). In het verloop van veel ziekten is een patroon te herkennen; na een piek volgt meestal weer een daling. Veel infectieziekten werden, nadat ze decennia lang hadden 'huisgehouden', uiteindelijk bedwongen, maar ze werden ook min of meer 'verdrongen' door andere ziekten, zoals welvaartziekten, concludeert hij. Na een sterke toename in de vorige eeuw laat de sterfte aan hart en vaatziekten bijvoorbeeld de laatste jaren een spectaculaire daling zien,¹⁶⁸ terwijl de sterfte aan verschillende kankersoorten en vormen van dementie juist een stijgende lijn vertonen (ibid., p. 353). Deze laatste ziekten presenteren zich op hogere leeftijd en hebben een relatief lang ziektebeloop.

168 Dit was een gevolg van een verlaging van de incidentie maar ook een daling in de sterfte als gevolg van hartfalen. Dit laatste heeft vooral met verbeterde medische zorg te maken. Het terugdringen van de incidentie heeft zowel met vroege opsporing en public health risicofactor management en maatregelen te maken.

Het nauwgezet vaststellen welke factoren nu leiden tot de plotse stijging of daling van bepaalde ziekten blijft volgens Mackenbach lastig. Oorzaak en gevolg relaties laten zich lang niet altijd onomstotelijk wetenschappelijk verklaren en de preventie van verschillende ziekten staat nog in de kinderschoenen. Toch staat voor hem vast dat veel ziekten ‘man-made’ (in de zin dat menselijk handelen er debet aan is) en dus vermijdbaar zijn, onder andere door de onderliggende oorzaken aan te pakken. De sterfte aan ziekten kan hoe dan ook mede worden teruggedrongen door verbeterde medische behandel- en opsporingsmethoden in combinatie met leefstijlverandering.

Verskillende factoren spelen echter een rol in het ‘komen en gaan’ van ziekten. Naast leefstijl en gedrag zijn dat omgevingsfactoren, de toegankelijkheid van de zorg en sociaal-culturele, economische en politieke factoren, aldus Mackenbach. Aan de hand van grafieken laat hij in zijn boek zien dat een toename van ziekten en sterfte vaak volgt op grote transities of socioculturele- en economische gebeurtenissen (zoals een hongersnood of een pandemie) en politieke onrust (e.g., oorlog, zie ook Honigsbaum, 2019 in H. 6). Volgens Mackenbach is inmiddels duidelijk aangetoond dat de public health een factor van belang is geweest in het verhogen van de levensverwachting.¹⁶⁹ Simpele of enkelvoudige verklaringen voor het pieken en dalen van ziekten zijn aantrekkelijk maar voldoen meestal niet, stelt hij vast. Door niet naar ziekten afzonderlijk maar meer op afstand naar het gehele plaatje te kijken vallen er patronen op. Zo wordt onder andere duidelijk dat er in zich de tijd in Europa in bijna alle landen een percentuele daling van de sterfte aan ziekten inzet en ook dat er minder hoge uitschieters zijn. Wel valt in de tijd een verschil op voor wat betreft de sterftcijfers tussen de rijkere landen in het Westen en armere landen in het Oosten van Europa.

Rijk of arm?

In rijke landen is de levensverwachting in de regel vaak hoger dan in arme landen en leven kapitaalkrachtige mensen dikwijls ook langer in goede gezondheid.¹⁷⁰ Dat is geen recent verschijnsel, in de 17de en 18de eeuw was dat ook al zo (Mackenbach, 2020). Zowel tussen als binnen landen zijn veel verschillen in ziekte- en sterftcijfers verklaarbaar vanuit sociaaleconomische status. Rijkdom brengt vele verbeteringen van de levenscondities met zich mee. Mensen met een hogere sociaal economische positie volgen gezondheidsadviezen vaak beter en sneller op en participeren vaker in

169 Dit was vroeger niet voor iedereen vanzelfsprekend. Mackenbach benoemt o.a. de kritiek van Thomas McKeown, een Britse arts en sociaal geneeskundige (1912-1988) die stelde dat zowel de medische wetenschap als de public health weinig hadden gedaan in de afname van ziekten, omdat de meeste ziekten al afnamen voordat de effecten van de public health en de medische wetenschap (zoals gedragsmaatregelen en vaccinatie) waren ingezet. Mackenbach stelt dat de theorie van McKeown na zijn dood is achterhaald.

170 In Zweden leefden mensen in 1930 ongeveer 25 jaar langer dan in Turkije. Dat verschil is aan het begin van de 21ste eeuw verkleind tot 8 jaar, echter nog is het verschil aanzienlijk. De grootste dip in de geschiedenis (waarvan de cijfers bekend zijn) betreft de levensverwachting in Oekraïne, als gevolg van de grote hongersnood in 1930 door het bewind van Stalin. Jongens die in dat jaar geboren werden hadden een levensverwachting van onder de 10 jaar.

preventieve programma's (zoals screening voor kanker). Verder beschikken ze in hoge mate over meer 'flexibele' hulpbronnen, zoals kennis, geld, macht en sociale connecties. (ibid., p. 33). Het verschil in levensverwachting tussen meer en minder kapitaalkrachtige mensen treedt volgens Mackenbach echter pas op nadat er nieuwe kennis is en nadat effectieve public health interventies zijn ontdekt en ingevoerd (ibid., p.32).

Toch is er minder sprake van een directe causale relatie tussen rijkdom en een verbetering van de gezondheid dan veelal wordt aangenomen, stelt Mackenbach (2020). Het verschil in bruto nationaal product tussen landen verklaart zeker een deel van de toegenomen (gezonde) levensverwachting, zeker in bepaalde perioden (zoals tussen 1900 en 1930 en tussen 1990 en 2010; perioden waarin de levensstandaard sterk steeg), maar het verklaart niet alles. Uiteindelijk profiteren ook mensen met een lagere sociaal economische status van een betere gezondheidsinfrastructuur in rijke landen (het bekende 'trickle down' effect).¹⁷¹ Dit effect treedt echter vaak pas op de langere termijn op. Volgens Mackenbach laat onderzoek zien dat economische groei niet dé enige of zelfs dominante factor is voor de daling van ziekten. Een land als Albanië bijvoorbeeld (niet in de grafiek opgenomen), dat laag scoort qua inkomensniveau, scoorde in de middenmoot qua levensverwachting (p. 6). Ook het omgekeerde is denkbaar en wetenschappelijk aantoonbaar: een hogere levensverwachting draagt via het verhogen van de arbeidsproductiviteit bij aan economische groei.

Langer leven tegen welke prijs?

Mackenbach vraagt aandacht voor de 'donkere kant' van economische groei. Rijkdom brengt immers ook uitbuiting en welvaartsziekten met zich mee (p.22). Hij benadrukt dat menselijke pogingen om de eigen welvaart te vergroten op de lange termijn vaak tot verbeteringen van de gezondheid leiden, maar op de korte termijn ook kunnen leiden tot een bedreiging ervan (zie p. 6 en 71). Pandemieën volgen vaak op toenemende handel en de daarmee gepaard gaande verplaatsing of mobilisatie van mensen wereldwijd. Door technologische ontwikkelingen en de vooruitgang als gevolg daarvan is het leven voor mensen makkelijker geworden, maar letten mensen ook minder op hun lichaamsbeweging met alle gevolgen van dien.

De afgelopen decennia is veel resultaat geboekt als het gaat om het verhogen van de gezonde levensverwachting van mensen. Dit betekent echter ook dat er meer mensen zijn die langer in ongezondheid doorleven. De ziekten die nu dominant zijn treden vaak pas op latere leeftijd op en sommige daarvan zijn met medicatie lange tijd onder controle te houden. Het aantal mensen dat chronisch ziek is neemt dan ook toe. Het aantal vrouwen dat op hoge leeftijd sterft wegens dementie is in bijna alle landen sinds het einde van de vorige eeuw toegenomen, stelt Mackenbach. Deze groep chronisch zieken is lange tijd erg kwetsbaar en heeft veel zorg nodig. Eigenlijk kun je op basis van

171 Beck et al., 2001 geven daarentegen aan dat er weinig bewijs is van het optreden van het trickle down effect in de zin dat ook grote groepen mensen uit de lagere klassen profiteren van de rijkdom van enkele rijken (p. 3). Volgens de hier geponeerde stelling van Mackenbach is dit dus een kwestie van geduld hebben.

de analyse van Mackenbach stellen dat elke vooruitgang qua gezondheid een prijs heeft en ook risico's voor achteruitgang met zich meebrengt. Dementie is in feite de keerzijde of donkere kant van de succesvolle manier waarop, door de public health en medische zorg, de sterfte door infectieziekten en hart- en vaatziekten, is teruggedrongen. Op persoonlijk niveau kan dit veel leed veroorzaken. Toch pakt de som van het totaal aantal toegenomen gezonde levensjaren statistisch gezien positief uit omdat er relatief gezien meer mensen langer in gezondheid leven.

Human agency – social science

Een belangrijke conclusie van Mackenbach is dat de meeste pieken en dalen in ziektepatronen te maken hebben met één of andere vorm van 'human agency' (en dus niet spontaan optreden). Het is niet voor niets dat Mackenbach vaak de uitspraak van grondlegger van de sociale geneeskunde Rudolf Virchow citeert: "Medicine is a social science, and politics nothing but medicine at a larger scale" (Mackenbach, 2009, p. 181, zie ook H. 6). Aan het einde van zijn boek plaatst Mackenbach hier wel een belangrijke en sceptische kanttekening bij (zie het citaat aan het begin van dit hoofdstuk).¹⁷²

Enerzijds omvat 'human agency' volgens Mackenbach de public health en medisch zorg. Anderzijds heeft 'human agency' ook betrekking op veranderingen in de condities en levensomstandigheden die invloed hebben op de welvaart of de gezondheid van mensen (Mackenbach, 2020, pp. 12-13, 36). Dergelijke veranderingen hebben vaak een indirecte relatie met gezondheid en doen ertoe maar liggen in de handen van de politiek. Denk bijvoorbeeld aan de rol van democratie als het gaat om het respecteren van mensenrechten en inspraak van burgers, het bestrijden van ongeletterdheid en het verbeteren van onderwijskansen. De public health is voor haar functioneren sterk afhankelijk van veel van deze randvoorwaarden en ook van politieke daadkracht. Er kan geen sprake zijn van een effectieve public health als deze niet wordt ondersteund door daadkrachtige politieke besluiten, de juiste socio-economische en -culturele condities en ook professionele en rechtvaardige instituties, die zorgdragen voor inspraak van burgers en gelijkheid in gezondheid (zoals een toegankelijke gezondheidszorg). Alleen dan kunnen ambities in daden worden omgezet, doelen ten uitvoer worden gebracht en resultaten worden bereikt (ibid., pp. 6-7). In onze moderne samenleving wordt momenteel op alle vlakken aan deze belangrijke randvoorwaarden getornd, waarschuwt Mackenbach.

Nieuwe bedreigingen

Het is nodig dat naast de verworvenheden ook de donkere kant en de beperkingen van de public health onder ogen worden gezien, zo luidt samengevat de boodschap van Mackenbach (2020) in zijn laatste hoofdstuk. Want hoe realistisch en houdbaar is de stijging van de levensverwachting van mensen? Enerzijds zegt hij hoopvol te zijn. Als ziekten 'man-made' zijn, kan ook gezondheid door menselijke interventies positief

172 "Politics has not only but also violence, exploitation and injustice at a larger scale".

worden beïnvloed (p. 339). Verdere stijging van de levensverwachting is daarom zeker denkbaar, alle ontwikkelingen in de public health, medische sector en in de genetica in overweging nemend. Anderzijds is er volgens hem momenteel ook veel reden tot pessimisme. Bedreigingen voor de haast 'utopische' situatie zoals Mackenbach aan het begin van zijn boek schetst zijn er dan ook volop. De belangrijkste drie bedreigingen en tot grote onzekerheid leidende factoren die hij uitwerkt zijn:

1. geografische instabiliteit (de verschuiving van supermachten en oorlog als gevolg daarvan);
2. groeiende sociale ongelijkheid en grote verschillen in gezondheid tussen hoog en laag opgeleiden;¹⁷³
3. klimaatverandering en onder andere toenemende migratie als gevolg daarvan.

De conclusie van Mackenbach is dat de mens veel vooruitgang heeft geboekt maar tegen een hoge prijs (Mackenbach, 2020, p. 333). Het hoge niveau van 'onze' persoonlijke vrijheid, welvaart en gezondheid, vooral van bevoorrechte mensen, is ten koste gegaan van de gezondheid van mensen die minder goed bedeed zijn, stelt hij. Tevens heeft dit het voortbestaan van andere niet menselijke soorten (dieren, planten) op de aarde bedreigd. Dit brengt grote risico's met zich mee, zoals polarisatie, politieke onrust en de bedreiging van de democratie, en bedreigt op den duur de ontwikkelingen van de levensverwachting. Hij waarschuwt voor het omslagpunt waar medische behandelingen voor ziekten alleen nog voor de rijken betaalbaar zijn en voor verdere uitputting van onze meest belangrijke hulpbronnen op aarde. Hij roept mensen dan ook op om de doelen voor de public health en van gezondheid in het algemeen te herzien en te beschouwen vanuit een sociaal, ecologisch en duurzaam perspectief.

8.4. COVID-19

De inkt van Mackenbachs boek was net droog toen een bekende 'oude' bedreiging de kop opstak: een pandemische infectieziekte. De COVID-19 (SARS-CoV-2) pandemie startte – voor zover onderzoek nu heeft vastgesteld – in de regio Wuhan in China en bereikte in de maanden daarna alle landen van de wereld. Naarmate de pandemie in ernst toenam nam de gezondheidssituatie en mede de (gezonde) levensverwachting van mensen voor het eerst sinds decennia af. De pandemie had veel impact op mensen die al onderliggende problematiek hadden, zo wijst internationaal en nationaal onderzoek uit.¹⁷⁴ Hieronder wordt het resultaat van enkele gepubliceerde onderzoeken belicht waaruit onder andere duidelijk wordt dat wetenschap en beleid in tijden van een

173 Onder andere als gevolg van het neoliberal beleid en de effecten van marktwerking gekoppeld aan de afbouw van het vangnet van de verzorgingsstaat.

174 Ik heb o.a. voor een Amerikaans vergelijkend onderzoek gekozen vanwege de breedheid van dit onderzoek (zie noot 10). Verder heb ik me beperkt tot onderzoek in Nederland: denk aan relevante publicaties van vooraanstaande onderzoeksinstituten (RIVM, Pharos, SCP en de Raad voor de Volksgezondheid & Samenleving), en enkele universiteiten.

pandemie niet los van elkaar kunnen worden gezien en ook dat pandemieën sociale ongelijkheid versterken.

Amerikaanse wetenschappers schatten het totale aantal personen dat door de coronapandemie wereldwijd in drie jaar tijd is overleden op 18,2 miljoen (Wang et al., 2022). Dat is drie keer meer dan de circa 6 miljoen coronadoden die geregistreerd werden in de jaren 2020 en 2021. Vooral in Zuid-Azië, Noord Afrika, het Midden-Oosten en Oost-Europa is er sprake van veel oversterfte als gevolg van corona, stellen ze.¹⁷⁵ Als verklaring geven de auteurs onder andere aan dat in veel landen sprake is geweest van onderrapportage (onder andere omdat er geen test werd uitgevoerd bij overlijden, maar ook om politieke redenen). Daarnaast was er sprake van meer sterfte aan andere aandoeningen, mede als gevolg van de sociaal beperkende maatregelen, de lockdowns en economische onrust en de daarop volgende beperkte toegang tot de gezondheidszorg. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om mensen met obesitas, kanker en hart- of longaandoeningen.

Volgens de onderzoekers is het – wegens gebrek aan betrouwbare data – moeilijk om daar nauwgezette uitspraken over te doen.¹⁷⁶ Het plaatje verschilt namelijk per land. De sterfte aan COVID-19 verving of verdoezelde als het ware andere ziektebeelden. Zo daalde de sterfte aan hart- en vaatziekten gedurende de pandemie omdat mensen met aan hart- en vaatziekten gerelateerde chronische problemen eerder aan COVID-19 stierven. Echter, overlevenden van COVID-19 stierven later alsnog als gevolg van een sterk verzwakte gezondheid. COVID-19 was als het ware vaak het bekende laatste ‘duwtje’. Het gaat hierbij niet alleen om fysieke aandoeningen. Ook psychische ziekten en verstoringen (zoals angststoornissen en neurocognitieve klachten zoals aangeduid met ‘long-covid’) zijn door corona wereldwijd (al dan niet tijdelijk) toegenomen. Volgens het hierboven genoemde onderzoek van Wang et al. (2022, p. 1531) is er duidelijk bewijs van een relatie tussen COVID-19 en suïcide in meerdere landen (waaronder Japan). In Nederland staat het aantal doden zoals eind 2021 officieel waren geregistreerd op 21.400. Volgens Wang et al. (2022) ligt het echte aantal waarschijnlijk op ruim 45.500, uitgaande van de oversterfte (direct of indirect) door corona.

Kwetsbare groepen meest geraakt door virus en maatregelen

Onderzoek van het RIVM uit 2020 gaf al aan dat de kwetsbare groepen en met name mensen met een lage SES meer geraakt worden door het virus en de sociaal beperkende maatregelen. Dit is in ander onderzoek bevestigd (zie o.a. de factsheet van Pharos, 2022; De Boer, 2022; RVS, 2020). De coronacrisis verlaagde in Nederland in 2020 de levensverwachting met een half jaar en verscherpte scheidslijnen tussen laag en hoog

175 Zie de resultaten van een gecombineerde analyse aan de hand van zes modellen (ensemble model), in 74 landen, gepubliceerd in *The Lancet* op 10 maart 2022 [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02796-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02796-3/fulltext)

176 Al is volgens de auteurs nog steeds onderzoek gaande naar de precieze toedracht en relaties tussen de oversterfte en COVID-19.

opgeleiden (RIVM, c-VTV, 2020; 2021). Verschillende factoren vergroten het risico dat COVID-19 ernstig verloopt. Dit zijn een hogere leeftijd, het hebben van chronische gezondheidsproblemen (e.g., diabetes, hart- en vaatziekten, hoge bloeddruk en COPD) en ernstig overgewicht. Het RIVM voorspelde in de c-VTV 2021 dat door de vergrijzing er tussen 2020 en 2040 1,4 miljoen ouderen van boven de 70 jaar bijkomen. Met de vergrijzing neemt ook het aantal mensen met chronische ziekten toe. Steeds meer mensen krijgen HVZ, diabetes en COPD.¹⁷⁷ Daarnaast komt ernstig overgewicht bij volwassenen steeds vaker voor (zie H. 9). Hierdoor wordt de Nederlandse bevolking de komende decennia dan ook elk jaar een beetje kwetsbaarder voor een ernstig ziektebeloop van COVID-19, zo concludeert het instituut. Dit heeft grote gevolgen voor de volksgezondheid. Deze kwetsbaarheid geldt ook voor infecties door andere opkomende virussen met dezelfde risicogroepen.

Naast bovenstaande factoren spelen ook sociaaleconomische factoren een rol in het risico door COVID-19 en de maatregelen. De scheidslijn tussen bevolkingsgroepen met een hoog en laag inkomen of opleidingsniveau worden door corona verscherpt, stelt het RIVM (zie Tekstvak 8.1).

Tekstvak 8.1

Scheidslijnen tussen bevolkingsgroepen

Scheidslijnen tussen bevolkingsgroepen scherper

In Nederland zijn er duidelijke en hardnekkige verschillen in gezondheid tussen bevolkingsgroepen. Deze verschillen doen zich voor langs verschillende scheidslijnen, zoals opleiding en inkomen, woonomgeving, migratieachtergrond, leeftijd en geslacht (zie voor een toelichting de tekst hieronder). Door de pandemie zijn de bestaande scheidslijnen nog scherper geworden. Op verschillende manieren lijkt de coronacrisis veel harder toe te slaan bij lager opgeleiden. Zo worden zij vaker getroffen door het virus, en hebben zij ook vaker te maken met een slechtere gezondheid. Daarnaast hebben zij ook minder mogelijkheden om thuis te werken en maken zij vaker gebruik van het openbaar vervoer. Het zijn juist de onzekere banen die al bij de eerste economische terugval als eerste verdwijnen. Dit heeft veel impact op de mentale gezondheid. De combinatie van al deze mogelijke ontwikkelingen bij groepen met een slechtere gezondheid, en slechtere financiële, en digitale vaardigheden geeft een zorgelijk beeld. Zeker als de pandemie nog langer aan gaat houden.

Bron: Corona gerelateerde VTV 2020/2021 (RIVM, 2020, 2021)

Mentaal welzijn

Zowel tijdens de pandemie als daarna is veel onderzoek gedaan naar de impact van corona en de contact beperkende maatregelen op het mentale welzijn van burgers. In

177 Chronic obstructive pulmonary disease is een chronische longziekte

Nederland versterkte de COVID-19 pandemie de trend van al toenemende psychische aandoeningen en bij lage SES groepen in het bijzonder, zo blijkt uit onderzoek van het Trimbos Instituut, het SCP, Pharos en het RIVM. Met name mentale problemen eisen een hoge tol als het gaat om de kwaliteit van leven van mensen (Trimbos, 2022). Ook kosten deze problemen de samenleving veel geld (zie tekstkader).

Tekstvak 8.2

Cijfers Trimbos mentale problemen en verslaving

Cijfers Trimbos (2022)

1,8 miljoen Nederlanders per jaar tussen 18-65 jaar hebben mentale of verslavingsproblemen
 €8,4 miljard bedragen de kosten hiervan per jaar
 25% hiervan betreft zorgkosten in eerste lijn en ggz
 75% betreft kosten door productiviteitsverlies

Bron: Ten Houte de Lange, Zorgvisie (2022)

Corona maakte vooral in het begin veel veerkracht los in de samenleving en via de media werden veel uitingen van onderlinge solidariteit gedeeld.¹⁷⁸ Gaandeweg werd echter duidelijk dat de gevolgen van de pandemie en met name de sociaal beperkende maatregelen er flink inhakten, in ieder geval op de korte termijn en met name bij specifieke groepen. Onderzoek in Den Haag aan het begin van de pandemie toonde al aan dat niet alleen lager opgeleiden (en laaggeletterden) maar ook laag betaalden en mensen met een zwakke gezondheid veel vaker inkomensverlies leden, medische zorg meden en minder zorg te ontvingen. Vooral jongeren hadden meer last van stress en verlies van perspectief (Rusinovic et al., 2020).

Door de lange duur van de pandemie was de impact op het mentale welzijn groot. Veel jongeren voelden zich tijdens de pandemie eenzamer dan daarvoor. Eenzaamheid kwam bij jongeren ook vaker voor dan bij ouderen (Lorijn, 2022 in André et al., 2022). Niet alleen jongeren, ook (jonge) vrouwen, respondenten met een minimuminkomen (lage SES groepen) en zij die een minder goede gezondheid hebben ervaarden meer impact op hun mentale welzijn en maakten melding van psychische klachten (Snel et al., 2022 in André et al., 2022; zie ook De Boer et al., 2022 voor de impact van de pandemie op meisjes). Deze respondenten ervaarden meer angst en stress door corona dan respectievelijk mannen, ouderen en respondenten met een goede gezondheid en een hoger inkomen, aldus de onderzoekers (Snel et al., 2022 in André et al., 2022). Volgens het onderzoek van Snel (et al.) speelt vooral het hebben van beschermend 'sociaal kapitaal'¹⁷⁹ een verklarende rol in het interpreteren van de verschillen in impact van

178 Zie de explosie van ondersteunende berichten via social media, zoals in Whatsapp groepen, Facebook en Instagram, ludieke video's, publiek applaus voor zorgmedewerkers tijdens de eerste lockdown

179 Zie Hoofdstuk 3 voor de definitie.

de pandemie op mentaal welzijn (zie ook H. 4). Sociaal kapitaal wordt in dit onderzoek omschreven als *‘een sociologische term die aanduidt of mensen zijn opgenomen in sociale netwerken’*. Het gaat er dan om of mensen sociale steun ervaren, maar ook of er voldoende vertrouwen is in de medemens en in cruciale maatschappelijke instituties, zoals de overheid, het RIVM of de GGD (ibid., p. 39). Dit vertrouwen in de medemens (buurtgenoten) en het oordeel over relaties in de buurt wordt ook wel het ‘sociaal weefsel’ in wijken en buurten genoemd. Een stevig sociaal weefsel blijkt relevant voor het sociaal kapitaal in crisistijd (Rusinovic, 2020; zie ook H. 9). Dat sociale steun of sociaal kapitaal bescherming biedt tegen fysieke en mentale gezondheidsproblemen is inmiddels aangetoond (o.a. Putnam, 2000; De Silva et al., 2005). Uit een internationale studie in de VS blijkt dat sociaal kapitaal (en vooral overbruggend sociaal kapitaal) ook beschermt tegen COVID-19 en zelfs een voorspellende waarde heeft voor wat betreft besmettingen op lokaal niveau (Fraser et al, 2022, zie ook H. 14). Ook in Nederland is deze beschermende werking en waarde van ‘het sociale’ voor de gezondheid door verschillende organisaties beklemtoond (cf. SCP, 2021; VNG, 2021; 2023).

De analyse van deze pandemie illustreert hoe mondiale oorzaken (reizen, klimaatveranderingen, kappen van bossen, etc.) nationale en persoonlijke gevolgen hebben (cf. Honigsbaum, 2019, zie H. 6). Goed preventiebeleid moet op deze mondiale ontwikkelingen met veel impact op de gezondheid en het welzijn van mensen zijn voorbereid.

8.5. Reflectie op het WHO-beleid en de nooit voltooide derde ‘revolutie’

Gedacht vanuit de nieuwe maar tevens ‘oude’ bedreiging van een infectieziekte is het interessant Ilona Kickbusch¹⁸⁰ in herinnering te brengen. Kickbusch heeft het in 2003 over de drie ‘revoluties’ die de preventie van ziekten en stoornissen in de tijd kenmerken (zie H. 5). Ten eerste is haar woordkeus voor ‘revolutie’ opvallend. Kickbusch benoemt bij de eerste twee revoluties specifiek ‘ziekten’ (infectieziekten respectievelijk welvaartsziekten) en ‘oplossingen’ die in een bepaalde periode centraal stonden en grote impact hadden. Beide ziekten (de ene acuut en snel ziekmakend of dodelijk, de andere sluipenderwijs en op de lange termijn vaak chronisch) vragen om een ander antwoord en reactie van burgers in de zin van gedragsverandering of aanpassingen in de omgeving. Het lijkt erop dat Kickbusch bij beide ziekten vooral doelt op een ‘(kennis) revolutie’ in de zin van het vinden van nieuwe oplossingen die de problemen op een revolutionaire manier reduceren.

Hier lijkt het woord revolutie een andere betekenis te hebben dan het woord revolutie in de betekenis van een wetenschappelijke omwenteling in de zin die Thomas Kuhn bedoeld (Kuhn, 1962/2013). Kuhn spreekt van een wetenschappelijke revolutie

180 Kickbusch (PhD) was werkzaam bij de WHO van 1981 tot 1998 en verantwoordelijk voor de Global Health Promotion Program.

indien er sprake is van een verandering of verschuiving van paradigma (als ‘voorbeeld’ of ‘model’, zie Kuhn, 2013, p. 15), welke is gekoppeld aan het anders kijken naar de wereld en de werkelijkheid. Binnen deze ‘zienswijze’ gelden andere waarden en worden andere diagnoses voor problemen gesteld. Ook is er sprake van andere oplossingen vanuit een ander onderliggend mensbeeld (zie ook H. 2). Op basis van Kuhns wetenschapsfilosofie lijken de eerste twee ‘revoluties’ die Kickbusch schetst, geen wetenschappelijke revoluties maar eerder kennisevoluties te zijn, al zijn er revolutionaire – of spectaculaire – successen behaald. Het denken in (afzonderlijke, opknipbare) ziekten en problemen en (relatief eenvoudige) oplossingen blijft hier echter onderdeel of kenmerkend voor het positivistisch paradigma van de public health.¹⁸¹

Bij de derde sociale revolutie daarentegen (in het Ottawa Charter bepleit) staan geen ‘ziekten’ centraal en benoemt Kickbusch ook geen onderliggende problemen. Er wordt echter wél een grote verschuiving (‘shift’) in denken beoogd en aangekondigd. Dit betreft een verschuiving weg van de focus op een ‘ziekte, individuele leefstijl en risico-gedreven perspectief’ naar een ‘capacity building for health’ strategie met een belangrijke nadruk op ‘de sociale context’, op welzijn én kwaliteit van leven (van ‘pathogenese naar salutogenese’, H. 5). Die sociale context is hier een belangrijk onderliggend gegeven. Enerzijds gaat het hier om ‘leefstijlen’ in collectieve zin (‘collective lifestyles deeply rooted in context’) waarmee ze van het individuele niveau naar het groeps- en gemeenschapsniveau gaat. Anderzijds komen hier de sociaaleconomische determinanten van gezondheid in beeld, en wel op het niveau van de samenleving. Deze integrale en sociale visie binnen de public health vertaalde de WHO later in haar centrale missie voor toekomstig gezondheidsbeleid: “Health Policy: providing all people with the opportunity to lead a socially and economically productive life” (Kickbusch, 2003) welke overigens een neoliberale visie op gezondheid prijsgeeft.

Kickbusch zelf lijkt in haar denken en schrijven over de derde revolutie binnen het paradigma van de public health te blijven (zie het Ottawa Charter en HiAP document, WHO, 2014). Deze (derde) revolutie, zo blijkt, reikt echter veel verder dan de public health en overstijgt ook het denken over fysieke gezondheidsproblemen, zoals infectieziekten en de welvaartsziekten met een duidelijke etiologie en hogere mate van voorspelbaarheid. De onderliggende ‘biopsychosociale’ problemen van mensen zijn immers dikwijls complex, meervoudig, intergenerationeel en gelaagd van aard, deze uiten zich niet alleen fysiek maar vooral ook op sociaal en mentaal niveau.¹⁸² Voor dergelijke meervoudige complexe en gelaagde problemen van mensen (“je kunt hier ook minder makkelijk spreken van een ‘leefstijl’ waarop geïntervenieerd moet worden”, zie par. 2.2) lijkt de public health logica minder effectief. Bij deze derde revolutie komen andere kennisbronnen en systemische oplossingen en aanpakken in beeld dan waarvan

181 Denk hierbij aan de aanleg van een rioleringsstelsel om de infectieziekten tegen te gaan of het bevorderen van gezond gedrag en verbetering van de medische behandelmethoden om HVZ tegen te gaan.

182 De term biopsychosociaal reikt misschien nog niet ver genoeg om al deze eigenschappen te duiden.

het public health discours tot zover gebruik maakt. Ik vraag me af wat het betekent als deze meervoudige problemen binnen de huidige gezondheidslogica of het paradigma van preventie binnen de public health worden geadresseerd. Ook vraag ik mij af of de infrastructuur en de professionele capaciteit van de publieke gezondheidszorg voldoende is om hierin het voortouw te nemen (zie H. 5, en zie ook RVS, 2023).

De veranderende visie rond de derde revolutie is door de WHO in de jaren daarna in veel Westerse landen wel bepleit maar niet goed uit de verf gekomen (Kickbusch, 2003). In 2011 noemt Hancock¹⁸³ in een terugblik het Ottawa Charter qua visie en gedachtengoed een ‘bijbel’ voor de publieke gezondheidszorg. Tevens stelt hij echter vast dat de realisatie van het Charter nog steeds wacht op uitvoering (Hancock, 2011). Toen ik op zoek ging naar een reflectie van de WHO zelf op deze voorgestelde en bedoelde omwenteling in denken en doen stuitte ik op een eerdere bijdrage van Eduardo Missoni. Missoni, werkzaam bij de WHO¹⁸⁴ maakte in 2006 als volgt de balans op in een speech bij de ondertekening van het Bangkok charter (WHO, 2005):

The prevailing neoliberal focus on unrestricted economic growth, irrespective of its consequences on human life and on the environment, went in the opposite direction of Ottawa’s commitment for healthy public policies, equity, control of the pressures towards harmful products, resource depletion, unhealthy living conditions and nutritional habits. The gap between and within societies increased as did inequities in health. The involvement of communities in decision-making processes remained purely rhetoric, and efficiency rather than impact on people’s health has been orienting health services in all these years. The overall ecological issue of our ways of living doesn’t seem, beyond rhetoric, to be a main concern of world most powerful decision makers. (Missoni, 2006, p. 4)

Missoni windt er in zijn speech bepaald geen doekjes om en is bijzonder kritisch ten aanzien van de tanende rol van de WHO bij het uitwerken van de ambities en beloftes in het Ottawa charter en andere declaraties. Het gaat hier met name om het streven naar ‘gelijkheid in gezondheid’ als doel en taak van gezondheidsbevordering (zie H. 6). Uit de woorden van Missoni klinkt desillusie en ook zelfverwijt. In zijn artikel stelt Missoni scherp dat de WHO het mede aan zichzelf te danken heeft dat de ambities niet zijn verwezenlijkt. Vooral door het instrument ‘publiek-private samenwerking’ heeft de WHO haar onafhankelijkheid verloren, stelt hij. De vele goede inspanningen ten spijt, de verwachtingen ten aanzien van de public health zijn niet uitgekomen, zo luidt zijn

183 Trevor Hancock was eind vorige eeuw en begin deze eeuw een vooraanstaand public health arts en wetenschapper, professor aan de ‘School of Public Health en Social Policy’ aan de Universiteit van Victoria, lid van de Groene partij in Canada en adviseur voor de WHO.

184 Eduardo Missoni, arts, is op moment van schrijven Secretaris Generaal van de World Organisation (Scout Movement), tevens docent in in ‘Global Health Strategies, and Policy and Management in Developing Countries’ zowel aan de Post-graduate Management School (SDA) van de Bocconi University – Milan (Italië) en aan de Faculteit Sociologie van de Bicocca Universiteit – Milan (Italië)

conclusie. Het Bangkok charter beoogde daar nu juist veranderingen in te brengen, blijkens dit andere veelzeggende citaat van Missoni:

Recognising a wide “implementation gap” between the numerous resolutions signed at all level in support of health promotion, the Bangkok Charter “forcefully calls” to close the gap and “move to policies and partnerships for action. Avoiding to propose what has become the most fashionable approach to complex issues, i.e. the establishment of “Global Public-Private Partnerships” (Missoni, 2004), the [Bangkok] Charter envisages instead commitment for:

- “effective mechanisms for global governance for health to address the harmful effects of: trade, products, services, and marketing strategies;
- health as a core responsibility for governments;
- empowerment of communities and civil society in exercising their power as critical consumers, and – finally – for
- ethical and socially responsible behaviour of the corporate sector, to be supported also by government incentives and regulations.” (Missoni, 2006, p. 1)

8

Veelzeggend in beide citaten is het ‘hand in eigen boezem’ gebaar dat Missoni maakt. Tegelijkertijd legt het de onmacht van de WHO bloot. Het mag duidelijk zijn dat hij het hier over uitdagingen heeft die (ik beperk me hier tot Nederland) veel verder gaan dan de mogelijkheden en het kennissysteem van de public health alleen (hoe breed de definitie van gezondheid ook wordt geformuleerd). Het gaat hier om breed mondiaal en nationaal regeringsbeleid (politiek), maar het brengt naast de ethiek en de filosofie ook specifiek de doelen van het welzijnsbeleid in het sociaal domein in beeld. Of zoals het kritische document besluit: “Such a commitment needs strong reference to a ‘noble system of ethical values’, political courage and a solid network of alliances with partners who share the same vision.” (ibid., p. 6).

8.6. Conclusie en vervolg van dit onderzoek

Met Mackenbach, Kickbusch en Missoni kan worden vastgesteld dat de public health inspanningen tot spectaculaire dalingen in de incidentie van afzonderlijke ziekten hebben geleid, maar niet de aanzet hebben gegeven tot de beoogde ‘revolutionaire veranderingen’ die zouden leiden tot meer sociale gelijkheid en gelijkheid in gezondheid. In dit hoofdstuk zijn enkele bepalende factoren diepgaander tegen het licht gehouden. Mackenbach stelt in zijn terugblik op de bijdrage van de public health dat de public health naast verbeterde medische zorg en de innovatie van behandelmethoden een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan de ziektepreventie (van tal van fysieke aandoeningen) en het verbeteren van de levensverwachting van mensen wereldwijd, maar vooral in de westerse landen. Ziekten komen in pieken en dalen. De meeste ziekten zijn multi-causaal van oorsprong maar vaak is het onmogelijk om precies aan

te geven hoe oorzaak-gevolg relaties op elkaar inwerken. Toch zijn de meeste ziekten ‘man-made’ en dus ook door menselijk ingrijpen te beïnvloeden.

Drie boodschappen in het bijzonder wil ik hier aanstippen op basis van de analyse van Mackenbach:

1. *Elke vooruitgang in gezondheid heeft een prijs.* Zo heeft economische groei naast toenemende welvaart ook een ‘donkere kant’, denk aan de welvaartsziekten door ongezonde leefgewoonten; vervuilende industrie; versnelling van sociale processen; meer stress en depressie door competitie, gebrek aan erkenning, verlies van verbinding, gevoel van isolatie of mislukking; gebrek aan sociale integratie; en meer chronisch ziekten. Dat alles legt een flinke claim op de zorgkosten. Preventie slechts in ‘gezondheidswinst’ op deelgebieden en ‘geld’ uitdrukken zonder het grote plaatje in de gaten te houden brengt risico’s met zich mee.
2. *De aanpak van sociale ongelijkheid en de gezondheidsverschillen* vraagt om moedige, en politieke keuzes en rechtvaardige en verantwoordelijke instituties. Wetenschappelijke vooruitgang is daarmee sterk afhankelijk van de politiek en beleid. Veel oorzaken van ongezondheid hopen zich op in die gebieden waar de laagst opgeleide mensen wonen en de minste voorzieningen zijn. Inzet op het verbeteren van de condities voor de gezondheid voor kwetsbare groepen via de sociaal economische determinanten is dan ook vereist. De acceptatie van politiek ingrijpen in de levens van mensen is echter sterk geërodeerd door mondiale ontwikkelingen zoals het neoliberalisme en de daartoe behorende en beloofde vrijheid en autonomie van individuen.
3. *Nieuwe bedreigingen maken een heroriëntatie op de doelen van preventie noodzakelijk.* In het bijzonder noemt Mackenbach bedreigingen zoals geografische instabiliteit, verder stijgende sociale ongelijkheid en klimaatverandering. Aandacht voor het gezond houden van het hele ecosysteem dat van belang is voor het menselijk welzijn en de gezondheid voor alle mensen bij het kiezen en prioriteren van doelen van preventie is daarbij noodzakelijk.

De beknopte analyse van de coronacrisis bood in dit hoofdstuk een illustratie van de punten die Mackenbach in zijn wetenschappelijke reflectie aanhaalt. Aan de hand van een beknopte terugblik blijkt dat 1) de pandemie extra hard heeft toegeslagen bij mensen die al risicofactoren hadden voor verschillende welvaartsziekten (hart- en vaatziekten, obesitas) en bij mensen die in sociaal-economische zin kwetsbaar waren, 2) de pandemie de sociale ongelijkheid in Nederland en andere landen daarmee heeft versterkt en 3) nationale overheden zich moeten voorbereiden op de impact van mondiale ontwikkelingen voor het menselijk welzijn.

Belangrijke factoren die tot slot door uit de beleidsmatige reflectie van de WHO naar voren worden gebracht en die sterk corresponderen met de analyse van Mackenbach, zijn enerzijds het neoliberalisme en anderzijds het gebrek aan een moreel kompas.

Neoliberalisme

Het niet slagen van de WMO ambities wordt geplaatst tegen de achtergrond van het sterk groeiende neoliberale klimaat in Europa vanaf begin jaren '80. Tegen de terugtrekkende overheid, de introductie van de marktwerking en toenemende privatisering van publieke gebouwen, diensten en voorzieningen was haast geen kruid gewassen en hierdoor zijn veel mensen in de knel gekomen.

Gebrek aan een moreel kompas en morele strijd

Gezien deze mondiale ontwikkelingen was volgens Missoni (2006), een sterkere tegenbeweging en een sterker moreel kompas nodig geweest. Het gaat hier onder andere om een krachtiger en moreel beleid gericht op het doorvoeren van systeemveranderingen en het verminderen en compenseren van de negatieve effecten van onvermijdelijke gevolgen en uitwassen ervan vooral bij kwetsbare mensen. Daarnaast worden doelen genoemd als het versterken van gemeenschappen en de 'civil society', het rekenschap geven van de eigen doelen voor gezondheid en welzijn van mensen en versterken van rechtvaardig beleid van instituties. De WHO heeft, als toonaangevend instituut, zelf vele kansen laten liggen.

Vervolg van dit onderzoek: een zoektocht naar rechtvaardige preventie

Geconcludeerd kan worden dat preventie binnen het paradigma van de public health in de 20ste en 21ste eeuw ondanks vele successen tegen grenzen is aangelopen en er 'iets' anders nodig is. Vanuit mijn analyse in de eerste hoofdstukken vervolg ik vanaf hier mijn zoektocht vanuit de nog niet gerealiseerde beoogde doelen van de derde sociale revolutie in de preventie, die zich binnen de maatschappij en op samenlevingsniveau moet afspelen. In de volgende hoofdstukken pak ik als het ware de handschoen van Mackenbach, Kickbusch en Missoni op en zoek ik naar richtlijnen voor een vorm van preventie die ik '*rechtvaardige preventie*' noem en die ik (naar het citaat aan het begin van H. 3) vooralsnog definieer als:

een preventieaanpak, die 1) ongelijkheid waar mogelijk bij de wortels aanpakt; die 2) recht doet aan de situatie en context en ten goede komt aan de potenties en kracht van mensen bij wie de gezondheid kwetsbaar is en bij wie de kwaliteit van leven onder druk staat 3) de noodzakelijke sociale en politieke veranderingen doorvoert om gelijkheid in gezondheid mogelijk te maken.

Deelvragen 3 en 4: Lessen, kernbegrippen en richtingwijzers

De hoofdstukken 9 tot en met 14 zijn de zoeklichten ter beantwoording van de deelvragen 3 en 4:

3: *Welke lessen kunnen worden geleerd en kernbegrippen lichten op uit een ethische, empirische en inhoudelijke analyse van het preventiediscours en -beleid met het oog op sociale gelijkheid en het welzijn van mensen?*

4: *Welke richtingwijzers zijn hieraan te ontlelen voor het preventiebeleid in de toekomst op het snijvlak van de publieke gezondheidszorg en het sociaal domein?*

Introductie: hoofdstukken 1-4

Inleiding, probleemstelling, hoofdvraagstelling en deelvragen, begripsdefiniëring, ontwerp van het onderzoek en theoretische inkadering

Deelvragen 1 en 2: hoofdstukken 5-8

Algemene verkenning van de public health (geschiedenis, beleid en praktijk over veertig jaar)

Deelvragen 3 en 4: hoofdstukken 9-14

Zoeklichten ter verdieping op en verrijking van preventie vanuit de ethiek/filosofie, de COVID-19 pandemie en het sociaal werk

Conclusie: hoofdstuk 15 en epiloog

Beantwoording hoofdvraagstelling en deelvragen, discussie en reflectie op het onderzoek, en nabeschouwing

9. Preventie in een normatief perspectief van een 'goed en betekenisvol leven'

How we are thinking about questions and the way we frame the issues {of health and well-being} makes all the difference in people's lives.

Daniel Callahan in Buchanan, 2000, p. 3

9.1. Inleiding

In dit hoofdstuk analyseer ik enkele relevante begrippen en het vocabulaire voor een verrijkt preventiediscours waarin welzijn in de zin van het leven van ‘een goed en betekenisvol leven’ centraal staat. Als startpunt en leidraad voor dit hoofdstuk heb ik het boek van de Amerikaanse filosoof David Buchanan *An ethic for health promotion, rethinking the sources of human well-being* (2000) gekozen. Buchanan reflecteert in zijn boek als ethicus uitgebreid en inhoudelijk op het discours van de gezondheidsbevordering (‘health promotion’). Volgens hem moet daarbij niet gezondheid centraal staan maar ‘well-being’ in de zin van ‘hoe een goed en betekenisvol leven te leven’ (‘how to live a life worth living’). Well-being definieert Buchanan dan ook als ‘integrity’, of ‘living one’s life in accordance with values that matter’ (p. 103). Omdat Buchanan aan het einde van de vorige eeuw veel heeft gewerkt met mensen die in de Verenigde Staten (VS) in een achterstandspositie zijn geraakt, plaatst hij zijn vragen rond gezondheid en welzijn in het licht van rechtvaardigheid, zingeving en betekenisgeving. Hiermee brengt hij zowel ethische als morele kwesties rond preventie in het spel.¹⁸⁵

Buchanan stelt zich in zijn boek kritisch op tegen het positivistisch en instrumentalistisch discours van de public health en gezondheidsbevordering. In het belang van ‘rechtvaardige preventie’ stelt hij nieuw vocabulaire en een aantal belangrijke verschuivingen voor. Het gaat daarbij niet alleen over ‘goede’ maar ook ‘juiste’ preventie. Ook reflecteert hij op de vraag op wat er gebeurt als ‘well-being’ in het paradigma van de public health wordt ondergebracht. In dit hoofdstuk behandel ik achtereenvolgens Buchanan’s reflecties en kritiek op de public health, zijn verrijkend vocabulaire voor preventie en de verschuivingen die hij voorstelt. Zijn reflecties en voorstellen worden daarna door mij verdiept en uitgewerkt aan de hand van een aantal andere denkers.

Werkwijze/leeswijzer

De belangrijkste onderzoeksmethode voor dit hoofdstuk is literatuurstudie. In paragraaf 9.2 tot en met 9.4 vat ik allereerst Buchanans kritiek op het public health discours samen en houd ik zijn relevante reflecties over de begrippen gezondheid en well-being tegen het licht. Op basis van zijn kritiek en enkele reflecties van zijn hand bespreek ik in paragraaf 9.4 de verschuivingen die hij noodzakelijk acht voor een verrijkt preventiediscours.¹⁸⁶ Vanaf paragraaf 9.5 houd ik deze verschuivingen tegen het licht en

185 Ethisch’ heeft hier betrekking op ideeën over het goede leven en dus op vragen en ideeën over wat we van waarde vinden, wat bij ons past en wie we willen zijn. ‘Moreel’ verwijst naar rechtvaardig handelen oftewel naar gerechtigheid. Ethische heeft ook betrekking op ons eigen leven en onze persoonlijke opvattingen, terwijl het morele betrekking heeft op onze handelingen die gevolgen hebben voor anderen. Het morele heeft daarbij betrekking op het morele oordeel: Is deze handeling moreel juist? Oftewel: doet deze handeling recht aan de ander? (zie Hartog, 2012, p. 23)

186 Om dichtbij Buchanan’s eigen discours te blijven, gebruik ik daarbij soms Engelstalige citaten. Bij het gebruik van het woord ‘well-being’ wordt in dit hoofdstuk de definitie van Buchanan aangehouden.

reflecteer ik hier kritisch op vanuit de literatuur van de ethiek en moraalfilosofie. Ik heb hierbij bewust gekozen voor enkele denkers die een waardevolle bijdrage leveren aan het ‘goed leven’ discours, zowel in de betekenis van zingeving (bestaansethiek) als in het teken van sociale rechtvaardigheid (moraalfilosofie). Hierbij belicht ik enkele relevante invalshoeken, thema’s en concepten die ook in de public health voorkomen maar die in dit discours anders worden benaderd. Denk aan thema’s die te maken hebben met individueel ‘well-being’ (zoals autonomie en zelfzorg in de zin van een verantwoorde levensstijl) maar ook vanuit ‘well-being’ van de gemeenschap (‘community-well-being’ en maatschappelijke waarde) en de samenleving als geheel (denk aan ecologisch welzijn). Denkers die in mijn betoog behandel zijn onder andere: Joep Dohmen (‘zorg voor het zelf’ levenskunstdiscours-bestaansethiek), Charles Taylor (moderne identiteit tussen vrijheid en zingeving), Martha Nussbaum (capability-approach; hulpbronnen), Hartmut Rosa (resonantie), Paul Ricoeur (rechtvaardigheid en rechtvaardige instituties) en Harry Kunneman (maatschappelijke waarde en normatieve professionalisering). In paragraaf 9.6 vat ik de belangrijkste inzichten samen.

Een paar opmerkingen vooraf

Buchanan (2000) heeft zijn boek aan het einde van de vorige eeuw geschreven na enkele jaren betrokken te zijn geweest bij onderzoek in een van de achterstandsbuurten in de buurt van de gemeente Holyoke in de staat Massachusetts nabij Boston. In deze buurt is volgens onderzoek de laatste 30-40 jaar sprake van een substantiële ‘sociale ongelijkheid en sociale regressie’. Hij werd daar geconfronteerd met mensen die te maken hebben met een complexe opeenstapeling van problemen, zowel fysiek, sociaal als mentaal. Het is daar waar hij overtuigd raakte van de noodzaak van een ander vocabulaire voor preventie (p. 3). Gesteld mag worden dat in Amerika de gevolgen van het kapitalisme al vroeg zichtbaar werden en vandaag de dag nog steeds doorwerken.

Buchanans kritiek op de public health kan deels betrokken worden op Nederland, al is het nodig enkele verschillen in tijd en in de structuur van de samenleving en gezondheidszorg tussen de VS en Nederland in het oog te houden. Onder andere de verschillen in het verzekeringsstelsel in beide landen zijn groot.¹⁸⁷ Een ander verschil is dat de opleiding ‘health promotion’ op veel universiteiten in de VS zowel gezondheidsvoorlichting en – opvoeding (‘health education’) én sociaal werk (‘social work’) omvat. Wanneer Buchanan het heeft over de public health en health promotion (gezondheidsbevordering, zie definitie in H. 3) refereert hij ook naar sociaal werkers en het welzijnswerk. In Nederland zijn beide domeinen in gescheiden circuits

187 Het kunnen afsluiten van een gezondheidszorgverzekering bijvoorbeeld – waardoor mensen bij klachten tijdig een arts bezoeken – is in Nederland een collectief goed en gebaseerd op het solidariteitsbeginsel. Het is door de overheid bij wet geregeld en omvat alle inwoners.

In de VS is een verzekering een individuele verantwoordelijkheid waar de overheid zo weinig mogelijk bemoeienis mee mag hebben. In Amerika had in 2015 meer dan 9 procent van de bevolking geen polis: 28,5 miljoen mensen (in Nederland was dit aantal minder dan 1 %). Vóór de invoering van Obamacare (2014) waren dat ruim 41 miljoen mensen.

vertegenwoordigd (zie H. 13, 14). Daarom gebruik ik in dit hoofdstuk de term ‘preventie’ en verwijs ik waar relevant naar de gezondheidsbevordering of naar het welzijnswerk.

9.2. Verschuivende problemen in de 21ste eeuw

Buchanan signaleert aan het einde van de vorige eeuw in de VS veel negatieve gevolgen van de verworvenheden van de moderne en grotendeels gesecculariseerde samenleving. Hij doelt op een samenleving die dankzij de neoliberalisering, het kapitalisme, globalisering, individualisering en technologisering veel welvaart met zich mee heeft gebracht, maar tegelijkertijd tot grotere ongelijkheid tussen bevolkingsgroepen heeft geleid. Steeds meer kinderen leven in armoede, gebruiken op steeds jongere leeftijd drugs, plegen zelfmoord, hebben wapens in hun bezit of verlaten school vroegtijdig. Veel mensen die tot de onderklasse van de VS behoren leven in buurten en wijken waar de voorzieningen slecht zijn of zelfs geheel ontbreken. Als gevolg van het neoliberalisme zijn noodzakelijke hulpbronnen om een ‘goed en betekenisvol leven’ te kunnen leiden onrechtvaardig verdeeld, stelt hij. Deze slechte levenscondities hebben een enorme impact op de kwaliteit van leven (cf. Kaplan et al., 2013). Nadat in de jaren ‘50 de inkomensverschillen tussen de klassen in eerste instantie nivelleerden, namen deze aan het einde van de vorige eeuw verder toe. Volgens de Amerikaanse welzijnsindex, die het welzijn van de Amerikanen vanaf 1970 meet, zijn mensen in toenemende mate ontevreden over het leven. Vooral bij kinderen én ouderen zie je door de jaren heen de gevolgen van het feit dat de kloof tussen arm en rijk steeds groter wordt. Er is een schrijnend gebrek aan perspectief op een beter leven met als gevolg verlies van hoop, schrijft Buchanan.¹⁸⁸

Veel van wat Buchanan beschrijft zien we (inmiddels) ook in Nederland.¹⁸⁹ Al is het maken van een vergelijking niet het doel van mijn onderzoek, het is relevant te zien hoe hij reflecteert op en welke conclusie hij verbindt aan de situatie die hij hierboven schetst. Buchanan begint zijn betoog met de constatering dat veel problemen in de moderne samenlevingen primair sociaal, maatschappelijk en moreel van oorsprong zijn, maar dat de oplossingen worden gezocht in gezond gedrag, geneeskunde en de techniek (ibid., p.1-5). Vooral vervreemding (*alienation*)¹⁹⁰ ziet hij als een van de belangrijkste verschijningsvormen van de sociale en morele armoede. Hierbij verwijst hij naar spraakmakend onderzoek van onder andere politicoloog Robert Putnam (2000)

188 Hierbij baseert hij zich onder andere op onderzoek van Uri Bronfenbrenner (1996), professor Human Development aan de Cornell-universiteit in New York. Hij ontwikkelde later de ecologische systeemtheorie. Zie H. 4.

189 Zie voor een goed overzicht o.a. de cyclische SCP onderzoeken over ‘De Staat van Nederland’ maar bv. ook Veldboer et al., 2023

190 Gemeten volgens de Harris Alienation Index, die meet in welke mate mensen afstand voelen ten opzichten van de heersende machten

en politiek filosoof Michael Sandel (1996)¹⁹¹ waarin twee belangrijke oorzaken worden blootgelegd, namelijk 1) het feit dat mensen steeds ‘minder gevoel van controle over het eigen leven’ ervaren en 2) de vergaande ‘erosie van het morele en sociale weefsel’ in wijken en buurten in de samenleving (Buchanan, 2000, p. 8). Deze problemen worden op brede schaal diep gevoeld en laten hun sporen na, stelt Buchanan (p. 10).

De moderne maatschappij als basis van ons denken en handelen zorgt voor toenemende stress en mentale ontregeling. Sociale uitsluiting, discriminatie en racisme zijn de belangrijkste ‘ziekmakende factoren’ die verantwoordelijk zijn voor een tanend vertrouwen in de overheid en maatschappelijke instituties. Het zijn ook deze problemen, stelt Buchanan, die maken dat mensen verstoord raken in hun juiste oordeelsvorming over wat van waarde is. De obsessie van mensen met het lichaam maar ook de vergaande medicalisering van gedragsproblemen (denk aan pillen tegen obesitas of chronische stress) in de VS noemt hij symptomen van ‘moderne ziekten’. Mensen raken vervreemd van zichzelf, van elkaar en van de wereld waartoe ze behoren. Ondanks geavanceerde kennis, wetenschap en public health interventies zijn mensen er niet in geslaagd de *ziekten van de moderne tijd* te voorkomen. Naar Nussbaum (1994, p. 26, 49) stelt hij dat we veel kennis hebben vergaard om ons lichaam te genezen maar dat onze capaciteiten om waarden te onderscheiden en er naar te leven zijn afgenomen. Nussbaum noemt dit de “ziekten van ons denken, ons oordeelsvermogen en ons verlangen” (Buchanan, 2000, p. 105). Ze wijst daarnaast expliciet op problemen op samenlevingsniveau: “for society is not in order as it is; and, as the source of most beliefs and even of their emotional repertory, it has infected them with sicknesses.” (ibid.).

Buchanan reflecteert in zijn boek (net zoals Antonovsky eerder deed, zie H. 5) uitgebreid op de (sociale) oorsprong van moderne ziekten (ibid., p. 44). Echter, waar de WHO ‘gezondheid’ in een brede definitie als leidend principe en doel op zichzelf kiest, plaatst Buchanan ‘health promotion’ (zie H. 3) nadrukkelijk in het kader van het ethisch filosofisch discours van een ‘goed en betekenisvol leven’ en stelt hij een ander paradigma voor. ‘Well-being’ definieert hij als: “*living one’s life in accordance with values that matter*” of “*a life of integrity, of living a life worth living*” (ibid., p. 103).¹⁹² Daarmee verschuift hij het discours van descriptief naar normatief en komen normatieve vraagstukken in beeld.

191 Michael Sandel was in 2000 Professor of Government van Harvard University. Robert D. Putnam is professor Public Policy bij dezelfde universiteit en de auteur van de bestseller *Bowling Alone* (2000) waarin hij de desintegratie van sociale verbanden (‘sociaal kapitaal’) in Amerika uitgebreid heeft beschreven en gedocumenteerd.

192 Gezien de waarden betekenis die Buchanan aan ‘well-being’ geeft gebruik ik in dit hoofdstuk ook de Engelse term ‘value’ *well-being*.

9.3. Buchanan's kritiek op het discours van gezondheidsbevordering

Buchanan's kritiek op het discours van gezondheidsbevordering¹⁹³ haakt aan bij punten die eerder in dit proefschrift aan de orde zijn gekomen (zie o.a. H 8) en vat ik daarom beknopt samen in drie punten:

1. *Doorgeschoten instrumentaliteit*: mensen worden eerder als middel dan als doel ingezet, meer als object dan als subject gezien, en dit is een van de bottlenecks van de moderne tijd, stelt Buchanan. Hier deelt hij de zorgen van de Canadese filosoof Charles Taylor.¹⁹⁴ Taylor definieert (naar Max Weber) 'instrumentele rede' als een intellectuele tendens om meer in middelen ('means' of kosten) dan in uitkomsten ('ends' of baten) te denken (Buchanan, 2000, p. 10). In dit discours ('goal rationality') staat de controle van gedrag en omgeving centraal en dit ziet hij in veel gezondheidsbevorderingstechnieken en interventies terug. Onder dit paradigma ('the paradigm of power, mastery and control') ligt, volgens Buchanan, een vanuit de historie te verklaren¹⁹⁵ drang naar zekerheid. Hierbij wordt voorbij gegaan aan de vraag wat het leven waarde geeft.
2. *Wegkijken van de echte oorzaken*: verantwoordelijke politici kijken te vaak weg van de dieperliggende oorzaken van ongezondheid ('the cause of the cause'). Door de bal bij de burger te leggen via leefstijlverandering wordt volgens hem de illusie gewekt dat de problemen oplosbaar zijn zonder de onderliggende malaise op samenlevingsniveau onderwerp van het veranderingsproces te maken. Dit werkt onder andere 'victim blaming' in de hand (ibid., p. 161).
3. *Te veel nadruk op de economische legitimering van preventie op kosteneffectiviteit en efficiency*. Door doelen voor preventie te formuleren die door economische motieven zijn ingegeven (i.e., het terugbrengen van zorgkosten), raakt de mens zelf uit beeld. Geld besparen wordt een doel op zichzelf, niet mensen beschermen of behoeden voor onheil. Buchanan stelt dat doelen en normen van experts die van de doelgroep zelf vaak domineren en een bedreiging vormen voor de *autonomie, menselijke waardigheid en eigen verantwoordelijkheid* van mensen (ibid., p. 17).

In de volgende paragraaf ga ik dieper in op de wijze waarop de verschillen en ook de samenhang tussen de begrippen 'health' en 'well-being' filosofisch geduid kunnen worden. Ik betrek hierbij vervolgens ook begrippen als rechtvaardigheid, gelijkheid en waarden, omdat deze begrippen in de filosofie aan algemeen of breed welzijn gekoppeld worden en – naast zorg en verantwoordelijkheid – onder andere door Buchanan als centrale begrippen bij preventie worden beschouwd.

193 Zie onder andere ook eerder genoemd onderzoek van het SCP, WRR, RMO, RV&S in voorgaande hoofdstukken.

194 Zie Charles Taylor, Bronnen van het zelf, 1989 eerste druk

195 De oorsprong van dit denken gaat ver terug, stel Buchanan, namelijk naar de ontwikkelingen binnen het protestantisme en ideeën van Luther en Calvin die in de controle van de omgeving een nieuwe vorm van ascese zagen (cf. Ritzel & Strapinsky, 2014).

9.4. Gezondheid, well-being, rechtvaardigheid, gelijkheid en waarden in relatie tot preventie

Gezondheid en well-being

Definities en begrippen daarbinnen zijn belangrijk, volgens Buchanan, want deze hebben invloed op het denken rond het menselijk handelen, op de doelen die daarbij gesteld worden en methoden van inzet (ibid., p. 21). Buchanan refereert aan Callahan als hij schrijft “How we are thinking about questions and the way we frame the issues {of health and well-being} makes all the difference in people’s lives” (p. 3). Vooral het fundamenteel en radicaal onderscheid tussen fysieke gezondheid en de normatieve definitie van welzijn (als ‘*well-being*’) moet beter gezien en gearticuleerd worden, stelt hij. Immers: “Health is not the same as well-being and regimens of diet and exercise are not the same as living with integrity” (ibid., p. 161). Het op elkaar leggen van beide begrippen ‘health’ en ‘well-being’ is volgens hem een direct gevolg van de ambiguïteit die in de brede definitie van gezondheid van de WHO besloten ligt.¹⁹⁶ Deze definitie is weliswaar holistisch maar dit schept volgens hem ook veel verwarring (ibid., p. 106). De WHO definitie heeft ertoe geleid dat de aspecten fysieke, sociale en mentale gezondheid onder het public health paradigma zijn gebracht. Dit is zijns inziens een misvatting en tevens reden dat de public health tekort schiet in de aanpak van de toenemende sociale en mentale problemen van mensen.

Gezondheid verwees volgens Buchanan oorspronkelijk - en hier grijpt hij terug op Aristoteles - naar het biologisch functioneren van mensen. Well-being werd door Aristoteles vertaald vanuit de Griekse term *Eudaimonia* (εὐδαιμονία), wat verwijst naar diverse begrippen als ‘tot bloei komen’ (*flourishing*), ‘geluk’ (*happiness*), ‘gezegend zijn’ (*blessedness*) en ‘voorspoed’ (*prosperity*). Aristoteles beschouwde ‘well-being’ en geluk als het hoogste goed of einddoel. Geluk in de zin van ‘*the good life*’ is iets volkomens dat op zichzelf volstaat, het is het ultieme doel of *telos* (τέλος) *van al ons handelen*’ (zie ook Ricoeur, 1992, p. 172). Net als wijsheid blijven begrippen als welzijn en geluk bij Aristoteles een abstractie. In de ethiek van Aristoteles gaat het bij het ‘goede’ altijd om ‘*good for us*’. Het goede is relatief en niet toe te schrijven aan één enkel ding. Je kunt ernaar streven (door matig te leven) maar het resultaat is nooit gegarandeerd. Fysieke gezondheid en welvaart worden door Aristoteles als instrumentele doelen opgevat. Volgens Aristoteles staan gezondheid en welvaart mensen ten dienste om een goed leven te leiden maar zijn ze er geen exclusieve voorwaarde voor. Ze zijn grijpbaar maar minder hoogstaand dan geluk of ‘well-being’, welke hij ziet als een ‘*activiteit van de ziel*’.

196 De definitie van gezondheid WHO: “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (zie H. 3).

Rechtvaardigheid en gelijkheid

Bij het bepalen wat 'goed leven' is of volgens welke waarden mensen kunnen leven en de 'juiste' keuzes kunnen maken, komen kwesties rond rechtvaardigheid en gelijkheid in beeld. Algemene rechtvaardigheid verwijst, volgens Aristoteles, naar het hoogste (haast onbereikbaar) ideaal, naar het voortreffelijk functioneren van de menselijke ziel als geheel, met een werking die uitstraalt naar andere mensen en uiteindelijk naar het goed en het welzijn van een gemeenschap (cf. Drosterij & Van Geffen, 2023, p. 287). Aristoteles onderscheidde algemene rechtvaardigheid van specifieke rechtvaardigheid.¹⁹⁷ Algemene rechtvaardigheid beschouwde hij als de basis voor wetgeving, omdat deze vorm van rechtvaardigheid symboliseert wat in de gemeenschap idealiter leeft en wordt uitgedragen en bewaakt door instituties.¹⁹⁸ Specifieke rechtvaardigheid zag hij als een concrete eigenschap (deugd) en een vorm van voortreffelijk handelen waarbij rekening wordt gehouden met het welzijn of het belang van anderen. Specifieke rechtvaardigheid betekent dat een mens in een bijzondere situatie in staat is om te bepalen wat iemand verdient of toekomt, wat iemands recht is (ibid., p. 290).

De koppeling aan 'verdienste'¹⁹⁹ maakt dat rechtvaardigheid een verwarrend begrip is. Bepalen wat iemand verdient of rechtmatig toekomt verdeelt de 'universalisten' en de 'communitaristen'. De universalisten²⁰⁰ gaan ervan uit dat daarvoor algemene en universele regels en procedures kunnen worden opgesteld, die voor iedereen gelden. De communitaristen²⁰¹ situeren rechtvaardigheid in de context van de culturele en lokale opvattingen van het 'goede'. Het is dit spanningsveld dat van belang is voor preventie, mede omdat het raakt aan opvattingen over 'gelijkheid'. Universele regels gaan uit van de gelijke uitgangssituatie voor iedereen, terwijl lokale en culturele regels ruimte bieden aan de gedachte dat mensen niet vanuit gelijke uitgangsposities handelen en algemene regels daarom niet voor iedereen even makkelijk na te leven zijn (Drosterij & Van Geffen, p. 156). Volgens Aristoteles is er sprake van rechtvaardigheid als er in een relatie 'gelijkheid' wordt gevonden, een midden tussen 'onrecht plegen en onterecht

197 Aristoteles onderscheidde ook nog herstellende en verdelende of politieke rechtvaardigheid. Beide zijn vormen van specifieke rechtvaardigheid. Herstellende rechtvaardigheid is gericht op het tot stand brengen van gelijkheid in relaties tussen mensen door bijvoorbeeld belonen of straffen. Verdelende rechtvaardigheid is gericht op het verdelen van goederen of belangen op basis van verdiensten, vermogen of aanzien (zie Drosterij & Van Geffen, 2023, p. 295). In H. 14 kom ik hier op terug.

198 Bedoelt wordt alles wat het geluk van een politieke gemeenschap en de elementen van dat geluk voortbrengt en in stand houdt.

199 Buchanan verwijst hierbij naar John Kekes die het object verdienste aan rechtvaardigheid koppelde maar dit deed Aristoteles ook (Buchanan, 2000, p. 157).

200 John Rawls is een universalist en dus exponent van deze opvatting (zie 'A theory of Justice' 1973— zie bibliografie). Hij stelde twee principes centraal. Het eerste principe voorziet in gelijke fundamentele vrijheden voor elke burger (zoals vrijheid van meningsuiting en vrijheid van godsdienst). Het tweede betreft dat sociale en economische gelijkheid zo geïnterpreteerd wordt dat 1) eventuele ongelijkheid redelijkerwijs tot ieders voordeel is en 2) eventuele ongelijkheid gekoppeld is aan posities die voor iedereen open en bereikbaar zijn.

201 Charles Taylor is een communitarist, hij vindt dat in de praktijk morele dilemma's alleen kunnen worden benaderd en opgelost vanuit de specifieke situatie en context.

lijden' waarbij beide uitersten onrechtvaardig genoemd mogen worden (p. 91). Van belang bij Aristoteles was 'de intentie' van het handelen: "pas als er weloverwogen gehandeld is, kan er gekeken worden of er bij iemand sprake is van rechtvaardige of onrechtvaardige houding" (p. 294). Weloverwogen kiezen is dus een voorwaarde voor rechtvaardigheid.

Waarden als basis voor welzijn

De zoektocht naar waarden die er toe doen (of wat het leven waarde geeft) en het onderscheid daarbinnen tussen de waarden gezondheid en *value-well-being* is van belang voor preventie. Reflectie op waar mensen naar streven, wat zij verlangen voor zichzelf en anderen en waar ze al dan niet toe in staat zijn, kan daarbij mogelijk richting geven aan het anders denken over preventie. Waarden liggen, naast driften en disposities, aan de basis van menselijke verlangens en welzijn. Waarden en het menselijk vermogen tot (zelf)reflectie zijn cruciaal om deze verlangens enerzijds te bevredigen en anderzijds te beteugelen. Volgens Buchanan (2000) is het hoe dan ook een groot misverstand te stellen dat waarden er niet toe doen omdat ze niet meetbaar of subjectief zijn. Het is weliswaar altijd aan mensen zelf te bepalen wat belangrijk voor ze is maar dat wil niet zeggen dat ze maar 'kunnen doen wat ze zelf willen' of dat deze verlangens niet veranderbaar of te begrenzen zijn. Buchanan stelt dat het wezenlijk is dat mensen zelf het zicht op waardevolle doelen in het leven terugkrijgen waardoor het leven zin en betekenis krijgt. Hier ligt zijns inziens een taak voor preventie, wat duidelijk blijkt uit het volgende citaat:

We {man} know more and more about determining the means to an end, but less and less about distinguishing which ends are worth pursuing. Science can explain the world by making it predictable, but it cannot help us find us purpose in life. It can tell us how to live longer, but not why we should want to do so. (p. 12)²⁰²

Buchanan stelt hierbij dat waardenwelzijn impliceert dat mensen leren omgaan met pluriformiteit en dus met verschil ("because there is no one single conception of the good life", p. 154). Als het over het beoordelen van de kwaliteit van verlangens gaat verwijst Buchanan naar enkele bijdragen van de filosofen Charles Taylor (2011) en Alisdair MacIntyre (2011)²⁰³ die betrekking hebben op 'zinvol leven in de moderne tijd'.

202 Volgens de filosoof Kunneman benadrukt dit ook het belang van modus 3 kennis die de kennis uit de positivistische wetenschap (modus 1) en de pragmatische beleids- of bedrijfsgeoriënteerde kennis (modus 2) kritisch bevraagt op basis van morele kennisbronnen en waarden die in specifieke contexten gelden en de verhalen die daar stem aan geven (zie H 4. voor uitleg over de drie kennismodi) .

203 Ook MacIntyre verwijst hier naar Aristoteles *Ethica Nicomachea*.

Tekstvak 9.1

*Verlangens volgens Taylor***Verlangens van de 1^{ste} en 2^{de} orde, 'internal' en 'external goods'**

Charles Taylor benadrukt het onderscheid dat mensen kunnen maken in de kwaliteit van hun verlangens, namelijk tussen *verlangens van de eerste en tweede orde*. Verlangens van de *eerste orde* zijn onder andere: de behoefte om te drinken, eten, seksuele verlangens, erkenning, eigenlijk al wat menselijk is. Verlangens van de *tweede orde* gaan over de beoordeling van de verlangens van de eerste orde. Het gaat hierbij om '*strong evaluations*' om te bepalen wat wel of niet wenselijk, moreel hoogstaand, betekenisvol, mogelijk, doenlijk of strafbaar is. Taylor stelt vast dat dit vermogen niet bij elk mens in de juiste mate ontwikkeld is.

Taylor onderscheid daarnaast '*internal goods*' en '*external goods*'. Interne goederen zijn eigenschappen, ontwikkelde capaciteiten, vermogens of vaardigheden (zoals strategisch inzicht, veerkracht, discipline, integriteit en analytisch vermogen) die mensen nodig hebben om goed werk te verrichten of te excelleren in een sport of spel (zoals schaken). Externe goederen zijn zaken zoals macht, prestige en geld, die eerder een resultaat zijn van bepaalde prestaties maar niet te maken hoeven te hebben met een menselijke kwaliteit of daaraan bijdragen.'

Bron: Taylor, 2011, p. 115.

Volgens Taylor dient menselijk gedrag altijd verklaard te worden vanuit de intenties van individuen. Van deze intenties moet men terdege kennis hebben wil men hun handelen begrijpen (Buchanan, 2000, p. 9). Bij het interpreteren van het handelen van mensen dient men uit te gaan van de overwegingen en evaluaties van de persoon zelf. Het gebruik van taal is daarbij cruciaal: "it's the capability to use language that gives people the capacity for ethical conduct" (ibid., p. 58). Buchanan verwijst ook naar MacIntyre die in zijn meest bekende boek *After Virtue* (1981) de ontwikkeling van deugden (*virtues*) belicht. Deugden omschrijft MacIntyre – ook naar Aristoteles – als een kwaliteit en oefening (p. 109). Deugden zijn altijd een resultaat van opvoeding en culturalisatie van gewoontevorming (*ethismos*) en belichaming (*embodying*). Dit betekent dat een mens 'voortreffelijk' gedrag en 'inwendige goederen of vermogens' (*internal goods*) moet aanleren. Dat gebeurt binnen het kader van 'praktijken' die een eigen interne waardenhorizon kennen, een eigen 'telos'. Moedig, beheerst, wijs of rechtvaardig ben je niet zomaar en het komt je ook niet aanwaaien (Buchanan naar Kosman, ibid., p. 109). Buchanan voegt daaraan toe dat het bij deugden om een heel repertoire of samenspel van voelen, denken en handelen gaat waarbij dus ook emoties een rol spelen. Dit gaat niet om alleen rationeel afwegen maar is ook iets anders dan het puur handelen op basis van persoonlijke preferenties of onderbuikgevoel (p. 64).

Het begrip ‘betekenisgeving’ (*meaningfulness*) krijgt in Buchanans waardendiscours van well-being een belangrijke plaats: het is immers dankzij het vermogen tot het verwerven van interne goederen en het maken van ‘*strong evaluations*’ dat mensen met hun verlangens leren omgaan en betekenis en richting aan hun leven kunnen geven (zie Taylor in Buchanan, 2000, p. 58-59; Taylor, 2011, p. 53). Zoals Nussbaum aangeeft ligt in de moderne samenleving meer nadruk op het verkrijgen van externe goederen zonder dat de weg via interne goederen en ‘*strong evaluations*’ wordt bewandeld. Veel mensen willen succes, gezondheid en welzijn zonder er veel moeite voor te doen. Zonder ‘*strong evaluations*’, die ook van belang zijn in de identiteitsontwikkeling van mensen, is het leven betekenisloos en raken mensen vervreemd van zichzelf en de wereld waarin ze leven.

Hartmut Rosa (2016; 2019; 2020; 2023), die ook voortbouwt op het werk van Charles Taylor, spreekt bij vervreemding over de ‘morele cartogrammen’ zonder welke individuen verloren zijn in de morele ruimte (Rosa, 2019, p. 133; zie ook Vandenbergh in Waardenwerk, 2022, p. 130). Rosa’s begrip van ‘vervreemding’ slaat op het onthecht of ontkoppeld zijn van die morele ruimte. Vervreemding staat voor een ‘relatieloosheid’, het ontbreken van innerlijke connectie (Rosa, 2019, p. 184). Dat verwijst volgens Rosa naar een toestand waarin het subject en de wereld ‘innerlijk los’, ‘onverschillig’, ‘stom’, ‘afgestompt’ of juist ‘(latent) vijandig’ tegenover elkaar staan.” (Rosa, 2023, pp. 38-45).

Evenals Buchanan stelt Rosa dat in het geval van vervreemding ‘*strong evaluations*’ ontbreken en mensen niet meer weten wat voor hen van waarde is (Rosa, 2019, p. 133). Rosa beschouwt ‘resonantie’ als het tegenovergestelde van vervreemding, als een vorm van ‘geraakt worden’ door mensen of dingen en het responsieve antwoord daarop vanuit ‘self-efficacy’ (het gevoel in staat te zijn respons te geven en connectie te maken). Resonantie heeft volgens Rosa vier kenmerken die hij beschrijft als een moment van ‘aanraking’, ‘zelfeffectiviteit’, ‘transformatie’ en ‘onbeschikbaarheid’ (Rosa, 2023). Met dat laatste bedoelt Rosa ook dat resonantie zelf niet (van buitenaf) ‘maakbaar’ of ‘afdwingbaar’ is. Resonantie is voor Rosa een optimale vorm van welzijn, van relationeel verbonden zijn en van ‘in relatie met de wereld staan’ (“being situated in or being related to the world”, *ibid.*, p. 133; 169). Dit zit bijvoorbeeld in het uitwisselen van een blik of dialoog met een andere persoon en deze blik of ‘stem binnen laten’, gehoor geven of antwoord geven op het appèl van een ander (p. 33). Rosa koppelt dit tevens aan identiteitsontwikkeling (p. 133).

9.5. De noodzaak voor de verrijking van het discours van preventie

Buchanans definitie van well-being als ‘integrity’, of ‘living one’s life in accordance with values that matter’ (p.103) en zijn woordkeuze daarbinnen is relevant om bij stil te staan. Deze benadrukt de normatieve component en het belang van waarden. De definitie verwijst met ‘one’s life’ naar een individualistisch discours en naar persoonlijke autonomie en vrijheid. Immers, Buchanan zegt niet ‘living our lifes in accordance with values that matter (for us)’. Toch is well-being geen louter individuele kwestie, stelt

hij. Het gaat om een leven in wording ofwel *becoming* en om ‘in de wereld’ staan oftewel *being in the world* (ibid., p. 104). Het woord ‘becoming’ slaat op het proces van zelfontwikkeling en ontplooiing van mensen, een proces dat nooit stopt. Dit wordingsproces is afhankelijk van de relatie van mensen tot de wereld om hen heen en dus van de wijze van ‘in-de-wereld zijn’ (zie ook de tekst over Rosa hierboven). Wie Buchanans pleidooi leest kan concluderen dat hij een ‘goed en betekenisvol leven’ van mensen vooral in de context van ‘goed samen-leven’ (*‘good-for-us’*) plaatst. Mensen zijn geen losstaande individuen en maken altijd deel uit van een gemeenschap of community waarin ze al dan niet kunnen floreren (Rosa zou zeggen ‘resoneren’, Rosa, 2016; 2019). Het is in dat leven te midden van anderen waar de eigen identiteit zich vormt, waar deugden als rechtvaardig handelen in de praktijk ‘geoefend worden’ en waar betekenis aan het leven kan worden gegeven. Hieronder belicht ik in drie punten de verschuivingen (en begrippen daarbinnen) die Buchanan noodzakelijk acht om de paradigmashift in het denken voor preventie waar te maken:

1. Van controle van gedrag naar het ondersteunen van een moreel leer- en ontwikkelingsproces van mensen (begrippen: *becoming*, zorg voor het zelf en de ander, menselijke vermogens).
2. Van individueel niveau naar samenlevingsniveau (begrippen: *being in the world*, *community-well-being* en *engaging community* maar ook gemeenschapszin of burgerschap (*civility*)).
3. Van instrumentele rede naar praktische rede (begrip: waarderationaliteit of ‘*value-rationality*’).

In de volgende sub-paragrafen duid ik bovengenoemde verschuivingen en reflecteer ik daarop.

9.5.1. *Zorg voor het zelf en de ander*

In deze paragraaf richt ik mijn zoeklicht op begrippen als *selfcare* (zelfzorg) in relatie tot het leven van een goed en betekenisvol leven en zorg voor anderen. Wie niet voor zichzelf zorgen kan, kan immers ook voor anderen weinig betekenen en geen richting aan zijn leven geven. Het begrip zelfzorg maar ook zelfkennis en zorg voor anderen hebben echter ook te maken met menselijke vermogens en hulpbronnen.²⁰⁴ Daarom verken ik in deze paragraaf ook literatuur die daar meer nadruk op legt

204 Hier gedefinieerd als externe of interne (buiten of binnen de mens liggende) zaken die iemand nodig heeft of in een goede stemming brengen. Zie de eerdere tekst van Taylor in het tekstkader en zie ook Nussbaum aan het einde van deze paragraaf.

Zelfzorg en zelfkennis

De klassieke moraal draaide vooral om het gebod 'draag goed zorg voor jezelf' (Dohmen, 2012, p. 84). Buchanan (2000) koppelt welzijn en zelfzorg aan het begrip zelfkennis en aan – wederom met verwijzing naar Aristoteles – het begrip *sophrosyne* (σωφροσύνη). Buchanan: "to be *sophron* means to have self-knowledge" (p. 110). *Sophrosyne* staat naast het hebben van zelfkennis ook voor matigheid, bescheidenheid, beheersing maar bijvoorbeeld ook voor "soundness of mind - quietness and calmness" (Buchanan, 2000, p. 110- 112). Zelfkennis verwijst volgens hem niet alleen naar 'the way things are' maar ook naar "the way things ought to be" – "not fixed or frozen but always in a process of becoming" (ibid.). Buchanan verwijst onder andere naar Hyland die *sophrosyne* definieert als "responsive openness" en naar Nussbaum die *sophrosyne* essentieel vindt bij het "omgaan met fysieke verlangens" (ibid.). Het gaat dan om het vinden van een goede balans tussen toegeven aan verlangens en deze kunnen beheersen. In al deze begrippen is een beweging waar te nemen naar het normatieve, naar het goede en het juiste. Ik vat dat op als jezelf van tijd tot tijd een spiegel voorhouden, mede in relatie tot de uitdagingen en verleidingen vanuit de directe omgeving. In dit proefschrift wordt ook andere taal gebruikt voor fenomenen die aan *sophrosyne* raken maar toch ook net iets anders betekenen. In de public health bijvoorbeeld zagen we de begrippen *eigen regie* en *verantwoordelijkheid* voorbij komen.²⁰⁵ In het sociaal domein is 'zelfwerkzaamheid' in zwang wat verwijst naar het 'vermogen om je zelf ter hand te nemen en in te grijpen in de wereld om je heen' (zie Van Ewijk, 2014, H. 3). Voor mensen bij wie de gezondheid kwetsbaar is en de kwaliteit van leven onder druk staat of zich in het leven maar net staande houden is vanuit zelfkennis handelen en ingrijpen in de wereld om je heen niet alleen een kunst maar vooral ook een pittige opgave.

In het levenskunstdiscours krijgt 'zelfzorg' of 'leefstijl' een andere lading en betekenis dan in de public health of het sociaal domein. "Wil iemand dat zijn leven de moeite waard is, dan zal hij onderweg over de condities ervan moeten nadenken. Bovendien zal hij stappen moeten zetten in de juiste richting", zegt de filosoof Joep Dohmen in zijn *Brief aan een middelmatig man* (2012, p. 84). Wat de juiste richting dan precies is wordt niet omschreven. Wel geeft hij aan dat deze weg loopt via het pad van zelfonderzoek en zelfverbetering. Dohmen haalt hierbij de meest beroemde woorden van Socrates aan: "The unexamined life is not worth living"²⁰⁶ (cf. Buchanan, 2000, p 110). Socrates had het, volgens Dohmen, vooral over het feit dat de mens, om een goed en betekenisvol leven te kunnen leiden, genoodzaakt is 'een relatie met zichzelf' aan te gaan. Het is echter goed hierbij meteen aan te tekenen dat de Griekse elite 'tot slaaf gemaakten'

205 Overigens niet te verwarren met *zelfbeschikking* in de zin van niet-inmenging van anderen (Dohmen, 2008, p. 184).

206 Dohmen haalt hier ook nog een andere uitspraak van Socrates aan, namelijk (letterlijk vertaald door Dohmen): "Het zou mooi zijn als wijsheid iets was wat zou kunnen stromen van iemand die vol is, naar iemand die leger is" (ibid. p. 84).

en vrouwen, uitsloten van die verplichting omdat ze als tweederangsburgers werden beschouwd (ibid., p 85, cf. Drosterij & Van Geffen, 2023, p. 303).

In het schema hieronder staan een aantal deugden uit de levenskunstfilosofie. Het gaat hierbij om *'bestaansethiek'* in die zin dat de vraag 'hoe een goed en zinvol leven te leven' centraal staat vanuit een eigen levensvisie.

Tekstvak 9.2

Levenskunst volgens Dohmen

Levenskunst

- De levenskunst-filosofie berust op 'scholen' van denkers uit de Griekse oudheid, zoals het Lyceum van Aristoteles, de Academie van Plato, de Tuin van Epicurus en de Stoa van Zeno en de stoïcijnen Marcus Aurelius, Seneca en Epictetus. Een aantal belangrijke levenslessen van deze filosofen zijn:
- Het juiste midden vinden
- Het verstandig beheersen van verlangen
- Het leren leven in eenvoud
- Het opschorten van je oordelen
- Het leren beheersen van je emoties
- Het beoefenen van onverstoorbaarheid
- Goede vrienden maken
- De juiste omgang met de tijd, tijd serieus nemen (*'kairos'* of het juiste ogenblik)
- Leren omgaan met veranderlijkheid, eindigheid en sterfelijkheid.

Bron: Dohmen, 2012, p. 21

Aan de lessen van de Grieken voegde Dohmen overigens zelf een aantal andere esthetische begrippen toe die zijn publieke *'bildungs'* of vormingsmoraal uitdragen. Het gaat hierbij om zaken als: *'gearticuleerdheid'* (liefde voor literatuur, film, dans, muziek en in staat zijn tot diep ervaren) en *'poëtische woede'* (opwinding over platitudes, leugenachtigheid, clichés, onechtheid en onoprechtheid, ibid., p. 21- 22). Ook zegt Dohmen: "[...] een welgevormd mens is wellevend, hoffelijk, stijl- en smaakvol" (ibid., p. 25-26). Deze hoogstaande eigenschappen zijn mensen niet van nature gegeven (net als moed en beheerstheid), maar moeten ontwikkeld worden, stelt hij. Het is dan ook de vraag of dit bij iedereen in dezelfde mate lukt of kan.

De levenskunst-filosofie heeft aan het begin van deze eeuw de wijze raad voor een beheerste en sobere levensstijl van de 'oude Grieken' in een nieuw en humanistisch jasje gestoken en ontdaan van religieuze invloeden. De moderne mens kan immers ook zonder de tussenkomst van een hogere macht zijn eigen leven ter hand nemen. Voor preventie zijn veel van bovengenoemde noties van de oude Grieken nog steeds van belang. Immers; kunnen reflecteren op je verlangens en dat ook op de juiste moment en op een goede manier maakt van mensen ethische en morele wezens. Het succes van

preventie leunt dan als het ware ook op het vermogen van mensen zichzelf (en elkaar) van tijd tot tijd een spiegel voor te houden en zichzelf (en elkaar) de maat te nemen.

Dit reflecteren is daarnaast cruciaal in een democratie waarin waarden als autonomie en vrijheid hoog in het vaandel staan en waar religie voor veel mensen niet langer de sturende macht is. Echter, de meeste mensen gaan vaak pas reflecteren op het moment dat er zich plotseling in het leven iets voordoet waardoor ze ‘aan het denken gezet worden’ (bijvoorbeeld een scheiding, ziekte of ontslag op het werk). Reflectie wil ook wel eens het gevolg zijn als mensen iets doen dat tegen de heersende ‘mores’ of opvattingen ingaat en daarop worden aangesproken. Vaak is het dan al te laat, zegt hoogleraar filosofie Wilhelm Schmid (2004). In de moderne samenleving wordt vrijheid vaak verward met zelfbeschikking, autonomie of ‘bevrijding’. Elke bemoeienis van buiten (van de ander, overheid of de public health) wordt dan met wantrouwen bekeken. Elke vorm van ‘binding’ in de zin van verplichting (zowel religieus, politiek, sociaal, economisch of ecologisch) wordt dan bij voorkeur uit de weg gegaan. Hier ligt de link naar de vervreemding maar ook naar het isolement van de moderne mens (cf. Schmid, 2004, p. 11).

Zorg voor de ander

Dohmen verwijst in zijn uitleg van ‘zelfzorg’ ook naar de betekenis die Foucault ‘*gesitueerde vrijheidspraktijk*’ noemt. Volgens Foucault werden ‘zelfzorg’ en ‘zorg voor de ander’ al in de oudheid niet uitsluitend als tegenpolen gezien. Zorg voor zichzelf brengt immers altijd een complexe verhouding tot anderen met zich mee. Foucault verbond ‘zorg voor het zelf’ aan creativiteit (‘het scheppende van de mens’) maar ook aan machtsrelaties in de zin van ‘*macht over mijzelf*’ en ‘*macht tussen mij en anderen*’. In een toelichting op Foucaults werk door Ten Kate en Manschot (Foucault, 2009) stellen de auteurs dat voor Foucault *macht uitoefenen en ondergaan* niet alleen onvermijdelijk is maar in beginsel een vitaal facet van het leven zelf is (p. 241): “*de machtswerkingen tussen het ‘ik’ en de ander doorkruisen elke illusie van een autonoom subject.*” Autonomie is daarmee per definitie altijd relatief en volledige autonomie een illusie. ‘Vrijheid en macht veronderstellen elkaar’ bij Foucault, aldus Ten Kate en Manschot en ‘elke relatie kleurt het spel van de macht op eigen manieren in’. Foucault maakt daarbij overigens een onderscheid tussen macht (*pouvoir*) en overheersing (*domination*). Macht kan makkelijk omslaan in overheersing en roept dan verzet op (ibid., p. 242): ‘*men verzint dan listen, onttrekt zich innerlijk aan de situatie, slaat op de vlucht [of] bedenkt strategieën die de situatie omkeren.*’ Verzet kan altijd omslaan in geweld. Dat is waarom het machtsspel, volgens Foucault in principe met een minimum aan overheersing gespeeld zou moeten worden en tegenspel en verzet nodig zijn om overheersing tegen te gaan: de wet en de vrijheid moeten elkaar voortdurend uitdagen, aldus Foucault (p. 243).

Menselijke vermogens

Wat opvalt aan het rijtje ‘moderne levenskunst’ van Dohmen is dat het pleidooi voor ‘zelfzorg’ een groot beroep doet op het intellect van mensen, op eigen verantwoordelijkheid op discipline en mentale weerbaarheid. Het gaat als het ware om ‘vermogenende mensen’ en dit kan een elitaire en idealistisch indruk maken omdat het geen rekening houdt met de rol van (on)macht en van sociaaleconomische en politieke omstandigheden. Bij mensen die in kwetsbare of gedepriveerde omstandigheden leven ontbreken de juiste vermogens dikwijls en is het mogelijk te veel gevraagd (cf. Ernaux in Louis, 2018, p. 34). Immers, wie kan poëtische woede cultiveren of zich om smaak of stijl bekommeren als hij of zij moeite heeft om elke dag gezond eten op tafel te zetten en geen energie of macht heeft voor verzet?

De herkomst van de levenskunst van de oude Griekse elite is nog steeds zichtbaar in het huidige preventie- en ‘eigen verantwoordelijkheids’-discours en roept het vragen op over het mensbeeld dat erachter zit. De opvattingen van Foucault over zelfzorg waarin rekening gehouden wordt met de voortdurende werking van ‘macht’ in relaties tussen mensen biedt mijns inziens een meer realistisch frame voor mensen die in kwetsbare posities zitten en zichzelf machteloos voelen om iets aan hun situatie te veranderen. De socioloog Bourdieu maakt in zijn boek *Distinction* (2010, zie H. 4) zichtbaar en voelbaar wat internalisatie (*habitus*)²⁰⁷ van gewoonten inhoudt en hoe diep die in sociale klassen – waarin macht ongelijk is verdeeld – verankerd zijn. Dit verklaart waarom het maken van goede keuzes, een verandering van gewoonten en het ontsnappen aan een kwetsbare positie moeilijk is als het leven in het teken van ‘overleven’ staat en keuzes beperkt zijn tot wat voor hen strikt (economisch) ‘noodzakelijk’ is (cf. Louis, 2018). ‘Habitue’ functioneert volgens Bourdieu onder het niveau van het bewustzijn en de wil (cf. Ritzer & Stepnisky, 2014, p. 521). Mensen die over sociaal, economisch, cultureel of symbolisch kapitaal beschikken kunnen beslissen over hun eigen lot en dat van anderen die minder goed bedeeld zijn. In dat geval is er altijd een of andere (soms onzichtbare) vorm van macht, beïnvloeding, overheersing of zelfs dwang in het spel (cf. Ernaux, in Louis, 2018, p. 31).

Specifieke aandacht voor de vermogens van mensen in een kwetsbare positie en daarbij passend vocabulaire vind ik bij Nussbaum.²⁰⁸ Volgens Nussbaum voltrekt de vraag naar een ‘goed leven’ zich in een complex spanningsveld (Nussbaum in Van Buuren & Dohmen, 2013, p. 293). Mensen worden geacht om binnen de complexe wereld die hen omringt, met alle verleidingen, uitdagingen en keuzemogelijkheden, waarin geluk

207 Habitus staat voor een set van min of meer consistente, geïntegreerde en routineuze praktijken ten aanzien van scholing, voeding, gezondheid, kleding, vrijetijdsbesteding, handel en ontmoetingswijzen (zie Dohmen, 2012, p. 61; Ritzer & Stepnisky, 2014, p. 516-521). De habitus wordt gevormd door de sociale wereld en praktijken, maar vormt deze op zijn beurt ook: de relatie is dialectisch.

208 Nussbaum baseerde haar werk op werk van Aristoteles, waarmee ze promoveerde in 1995 aan de Universiteit van Harvard.

maar ook pech hen ten deel valt, voor het goede te kiezen. Nussbaum hanteert het begrip ‘*tuchè*’ (τύχη of toeval, lot) naast ‘*technè*’ (τέχνη, menselijke kunde, wetenschap) en om niet alleen aandacht te vragen voor de mogelijkheden van mensen zelf om (via de wetenschap en tal van technieken) het leven te beheersen en controleren maar ook voor de *onmogelijkheden*. Mensen laten zaken niet graag aan het toeval over. Toch zijn er altijd ook factoren die zich aan de menselijke *mogelijkheden* onttrekken (zoals verkeerde politieke keuzes, pech, ongeluk en onvoorziene omstandigheden, zie Nussbaum in Van Buuren & Dohmen, 2013, p. 291; Nussbaum, 2013, p. 156). Voor preventie is het onderscheid tussen de begrippen *tuchè* en *technè* belangrijk. Het geeft rekenschap van het feit dat oorzaken van verkeerde keuzes soms ook buiten mensen zelf liggen en dat ongemak, strijd en lijden soms onvermijdelijk zijn. Iedereen komt in zijn leven voor onvoorziene problemen of tragedies te staan. Nussbaum ruimt in haar ‘goed leven’ discours een belangrijke rol in voor de breekbaarheid van het ‘goede’ (*fragility*), het erkennen van de kwetsbaarheid en de rol van emoties (zoals walging, schaamte) en mededogen.

Hulpbronnen

Nussbaums oeuvre is een pleidooi voor de basisgrondrechten, condities en vrijheid die mensen nodig hebben om zichzelf te ontplooien en een goed leven te hebben (*capabilities*,²⁰⁹ zie H. 3):

Zoals we zeiden, laat het zich aanzien dat *eudaimonia*²¹⁰ [naast inwendige] toch ook de uitwendige goederen vereist. Het is namelijk onmogelijk of niet gemakkelijk moreel juiste daden te verrichten, als men niet over de noodzakelijke hulpmiddelen beschikt. (Nussbaum, 2013, p. 439)

Welzijn is voor haar die situatie waarin mensen hun vermogens optimaal kunnen ontplooien, maar daar is wel wat voor nodig. Nussbaum vertaalde haar ‘capability approach’ die ze uitwerkte met de eerdergenoemde econoom Sen, in een pleidooi voor goed onderwijs dat mensen voorbereidt op het ontwikkelen van hun vermogens of kernmogelijkheden (Nussbaum, 2000; 2018). Hierbij vraagt ze onder andere aandacht voor elementaire zaken als lichamelijke gezondheid, spel en praktische rede. Ook pleit ze voor het stimuleren van zintuigelijke waarneming en creativiteit (via kunst- en cultuuronderwijs, muzikale vorming), voor respect voor zelfbepaling en voor tolerantie met betrekking tot diversiteit, religie- en cultuurpluralisme. Met haar theorie wil Nussbaum de politiek een doel geven ervoor te zorgen dat burgers verzekerd zijn van

209 Zie ook H. 3. Capabilities zijn antwoorden op de vraag ‘Wat kan deze persoon doen en zijn? Nussbaum (2013) onderscheidt elementaire capabilities (aangeboren vermogen die al dan niet gevoed worden) van inwendige en gecombineerde capabilities die een soort vrijheid inhouden zodat aangeleerde vaardigheden in de sociale, economische en politieke omgeving benut kunnen worden (p. 40-41).

210 Nussbaum laat *eudaimonia* hier onvertaald. Ik interpreteer het hier als welzijn (te onderscheiden van well-being als ‘living according to the values that matter’, omdat het ook de noodzakelijke hulpmiddelen includeert).

een minimumniveau van menselijke kernmogelijkheden als ‘een minimale voorwaarde voor sociale rechtvaardigheid’ en ‘kwaliteit van leven’ (cf. Nussbaum, 2013, p.24).

Nussbaum (2013) benoemt in haar werk ook het fenomeen ‘*capability-falen*’, wat kan worden vertaald als bestaansonzekerheid. Achterstanden in ‘vitale vermogens en hulpbronnen’ (waaronder ze ook sociale banden en steun verstaat) kunnen zich bij mensen in een kwetsbare positie immers makkelijk ophopen tot een meervoudige ondermijnende achterstand (p. 199). Armoede houdt volgens haar verband met heterogene tekortschietende kansen en mogelijkheden, die niet altijd correleren met inkomen. Armoede los je niet eenvoudig op met voedselhulp of het verhogen van iemands inkomen. Voor preventie zijn dit belangwekkende noties. Voor een persoon die onder het bestaansminimum leeft en geen bestaanszekerheid heeft, betekent zelfzorg meestal vooral zorgen dat er voldoende eten is en dat de dagelijkse problemen worden gemanaged (zie RVS, 2021). Ook dat vraagt om intelligentie, creativiteit, oplossend vermogen en verantwoordelijkheid. Dit vereist echter andere keuzes en vermogens dan ‘genieten van kunst en literatuur’. Niet poëtische woede maar maatschappelijke woede en verontwaardiging lijken hier meer op zijn plaats (zie ook paragraaf 9.7).

9.5.2. *Community-well-being en de ‘engaging community’*

Zoals eerder vermeld komt in de betrokkenheid op de ander naast het ethische (het goede) ook het morele of het rechtvaardige (het moreel juiste) in beeld. Naast de deugdenethiek gaat het ook om moraaletiek. In de vorige paragraaf refereerde ik al aan Nussbaum (zie citaat hierboven), die in het streven naar ‘*the good life*’ verwijst naar de noodzaak van externe hulpbronnen, waaronder sociale verbanden en steun. Hiermee koppelt ze menselijke vermogens om het goede leven te leiden rechtstreeks aan ‘goed samenleven’ in verbanden en gemeenschappen, wat er tevens voor zorgt dat mensen kunnen beschikken over de nodige hulpbronnen.²¹¹ Naast het individuele vermogen om een ‘goed leven’ te leiden benadrukt Nussbaum mijns inziens hiermee ook de ‘plicht’ van de gemeenschap (politiek) om te zorgen voor een rechtvaardige verdeling van hulpgoederen zodat mensen deze goede levens ook kunnen leiden.

Menselijk gedrag en individueel welbevinden moet mede daarom altijd in een context van ‘community well-being’ worden gezien, stelt ook Buchanan. Reflectie op de diepere gronden ervan op het niveau van de samenleving is dan ook noodzakelijk (ibid., p.103). Volgens de primatoloog Frans de Waal, die langdurig onderzoek deed onder apen, is moraal zelfs primair gericht op het welzijn van anderen en stelt deze het welzijn van de groep boven die van het individu (Dohmen over De Waal, 2013, p. 170). In dit moreel streven komen bij mensen (net als bij dieren) altijd spanningsvelden in beeld. Voor preventie is ook dit een belangrijk gegeven.

211 Hier komt het concept verdelende rechtvaardigheid in beeld. Zie de voetnoot in paragraaf 9.4. en H. 13 waar dit aan de orde komt.

Het vraagt weinig fantasie – als we een blik op menselijk gedrag in deze tijd te werpen – om te zien dat dit spanningsveld ook in Nederland voelbaar is. De politiek filosoof Harry Kunneman lanceerde in 2005 de term ‘Dikke Ik’ om de opmars van de op zichzelf gerichte moderne mens te duiden, die “niet alleen weldoorvoed, om niet te zeggen volgevreten is, maar ook veel ruimte inneemt, vooral in de vorm van onverschillig, lomp en zelfs gewelddadig gedrag” (Kunneman, 2009, zie H. 4). In een samenleving waarin dit lompe gedrag veelvuldig voorkomt lijkt de wens om vooral zelf ruimte in te willen nemen en de eigen verlangens te bevredigen ten koste van anderen te zijn doorgeschoten.

Het welzijn en kapitaal van gemeenschappen

Buchanan koppelt individueel well-being één-op-één aan community-well-being en introduceert de begrippen *civitas* of *civility* die staan voor burgerschap en gemeenschapszin. Vanuit preventie gezien vraagt community-well-being om bewustzijn van de behoeften en verlangens van verschillende burgers binnen een samenleving. Het is daarbij nodig om individuele behoeften en verlangens van leden van de gemeenschap te onderzoeken binnen de gegeven context (Buchanan, 2000, p. 119). Dit vraagt om een bewustzijn van wat hij noemt ‘collectieve identiteit’. De actieve betrokkenheid van een individu bij de omringende omgeving en gemeenschap (*community engagement*) heeft invloed op de ‘biografische identiteit’. Beide identiteiten beïnvloeden elkaar (zie H. 11).

Dat mensen verstoord raken in hun juiste oordeelsvorming over wat van waarde is (zie paragraaf 9.2) heeft onder andere te maken met problemen die spelen op het niveau van de samenleving, aldus Buchanan. In de context van de tijd dat Buchanan zijn boek schreef, was er in de VS sprake van een teloorgang van het gemeenschapsgevoel (zie ook de inleiding van dit hoofdstuk). Dit uitte zich onder andere in minder tijd doorbrengen met gezinsleden en buurtgenoten, minder mensen die vrijwilligerswerk doen of aangesloten zijn bij verenigingen. Dit heeft de democratie in de VS onder druk gezet. Ook in Nederland is sinds het einde van de vorige eeuw veel onderzoek gericht naar ‘maatschappelijke betrokkenheid’. Hieruit is dezelfde trend waarneembaar (CBS, 2022).

Buchanan ziet naast formeel ook informeel (onbetaald) werk als een belangrijke bron van individueel en community well-being. Sandel (2023) benadrukt hierbij het belang van ‘zelfbestuur of burgerparticipatie’ (*self-government*). Daaronder schaaft hij de actieve bemoeienis die inwoners hebben met hun eigen gemeenschap maar ook de ontwikkeling van ‘*civic virtues*’. Sandel: “It requires knowledge of the public affairs and also a sense of belonging: a concern for the whole, a moral bound with the community whose fate is at stake” (ibid., p. 121). Belangrijke indicator én sleutelbegrip voor community-well-being is volgens hem vertrouwen, wat hij vertaalt als de verwachting die mensen hebben dat anderen (mensen, organisaties) hen met integriteit behandelen (ibid., p. 129).

In de lijn met de betekenis die Buchanan geeft aan well-being heeft Kunneman het in 2015 over '*civic meaningfulness*', vrij vertaald als '*maatschappelijke waarde*'. Kunneman noemt het verrichten van onbetaalde arbeid (zoals vrijwilligerswerk, huishoudelijke arbeid en mantelzorg) in een gemeenschap een waarde van politiek belang die voor mensen betekenis op zichzelf heeft in het licht van het leven van een zinvol of betekenisvol leven. Een waarde die tegenwicht kan bieden aan de neoliberale gedachte dat onbetaalde arbeid vooral economisch interessant is (Kunneman, 2015). Overigens pleit Kunneman ervoor het concept van de gemeenschap verder te trekken dan het samenleven van mensen onderling. Bij het aanleren van een levensstijl dient niet alleen de individuele gezondheid of individueel well-being gediend te worden (in de zin van existentiële ethiek) maar deze dient ook ten goede te komen aan '*society-well-being*' waarmee hij doelt op het welzijn op samenlevingsniveau in ecologische zin (ecologische ethiek). Het is daarbij zaak te zoeken naar andere hulpbronnen voor well-being dan hulpbronnen die gekoppeld zijn aan economische groei en toenemende menselijke consumptie.

Kunneman (2015, 2017) haalt de Franse filosoof Paul Ricoeur aan die belangrijke inzichten te bieden heeft als het om het 'ethisch streven naar het goede leven' gaat. Ethisch streven wordt door Ricoeur omschreven als '*streven naar een goed leven, met en voor anderen, in rechtvaardige instituties*'. Het gaat hierbij om de verbinding tussen de drie niveaus: het zelf, de intersubjectieve relatie en de instituties (cf. Hartog, 2012).²¹² Voor preventie is hierbij de kern dat mensen zichzelf niet alleen door onderwijs, zelfstudie en oefening ontwikkelen tot ethische actoren,²¹³ maar tevens via het betrokken zijn op anderen, op de gemeenschap en de omgeving. Ricoeur gebruikt het woord *solicitude* als een vorm van 'intense morele betrokkenheid' op en zorgzaamheid voor anderen. Volgens Ricoeur is hierbij altijd sprake van een gebalanceerd geven en ontvangen (Hartog, 2012, p. 115). De kern van een dergelijke relatie is dat je de ander echt ziet, dat deze een 'gezicht heeft' en dat mensen waarachtig betrokken zijn op elkaar. Dit betekent soms ook dat ze elkaar met lastige waarheden confronteren. Ricoeur spreekt over het belang van 'praktische wijsheid' of *phronesis* die nodig is voor het handelen in concrete situaties waarin normen blijken te conflicteren.

Daarnaast hebben overheden en instituties, volgens Ricoeur, een belangrijke 'morele plicht' om ervoor te zorgen dat mensen een 'goed leven' kunnen leiden en kunnen floreren (zie Hartog, 2010; Kunneman, 2015). Het is de taak van instituties een 'goed leven' voor mensen met en voor anderen te ondersteunen, onder andere door een rechtvaardige verdeling van hulpbronnen, maar ook door een gelijke behandeling van mensen en het respecteren van mensenrechten, waardoor alle mensen hun

212 Iris Hartog spreekt in haar masterscriptie (over Ricoeur) over vier niveaus; de *leefwereld* van burgers, de *professie*, de *organisatie*, de *overheid en de samenleving* als geheel (Hartog, 2012, p. 17)

213 Ricoeur benadrukt de 'narratieve ontwikkeling' van mensen, oftewel het bouwen aan het eigen levensverhaal en identiteit. In het narratieve aspect is de relatie en overgang te zien naar de ethische identiteit van mensen (zie ook Hartog, 2012, p. 10).

sociaal en economisch potentieel kunnen ontwikkelen. Goed werk van instellingen en professionals ('*werk dat deugt en deugd doet*') draagt eraan bij dat zij ervoor zorgen dat mensen niet alleen hun eigen-recht dienen maar ook het recht van de gemeenschap en samenleving.

9.5.3. *Omgaan met waarderationaliteit*

Buchanan plaatst instrumentele rede (*instrumental reason*) en doel-rationaliteit (*goal-rationality*) tegenover praktische rede (*practical reason*) en waarderationaliteit (*value-rationality*). Hij ziet beide soorten van redeneren en argumenteren, die respectievelijk kenmerkend zijn voor gezondheidsbevordering en het bevorderen van well-being, als twee uiteinden op een continuüm. Instrumentele rede richt zich op het vinden van de meest efficiënte instrumenten om een gegeven doel te bereiken (stoppen met roken ter voorkoming van hart- en vaatziekten). Uitgaan van waarderationaliteit houdt in dat erkend wordt dat er altijd meerdere interpretaties van 'het goede leven' mogelijk zijn. Die erkenning gaat ervan uit dat mensen meerdere wegen bewandelen om verschillende persoonlijke doelen te bereiken en ook dat er altijd sprake zal zijn van een hiërarchie van waarden. Waarderationaliteit gaat over het in staat zijn de ene waarde boven de andere te stellen, om juist te kunnen oordelen of 'oordeelskracht' aan de dag leggen.²¹⁴ Het gaat dan vooral om het maken van 'praktische afwegingen'. Waarde-hiërarchie is altijd veranderlijk en vormt geen constante maatstaf.

Spanning en conflict

Volgens Nussbaum impliceert waarden-pluralisme dat er altijd sprake is van spanningen en conflict in de mens en tussen mensen (Nussbaum in Van Buuren & Dohmen, 2013, p. 292). Soms is het dan ook nodig strijd te voeren en op te komen voor de eigen belangen of die van anderen. Kunneman geeft hier vocabulaire aan als 'in vrijheid kunnen tegenspreken' en 'waardig strijden', omdat het van belang is daarbij ruimte te maken voor verschil en weg te blijven van geweld (Robbesom, 2017, p. 53). Dit haakt mijns inziens aan bij het besef dat mensen met de beste intenties ten aanzien van het 'goede leven' voor henzelf anderen de meest verschrikkelijke dingen kunnen aandoen. Het handelen is dan vooral gericht op het 'goede leven' voor het 'zelf' of de 'eigen groep', terwijl het lot van de ander hen onverschillig laat. Het ontbreekt dan aan morele betrokkenheid op rechtvaardig samenleven en aan waardig strijden. Onverenigbare waarden botsen met elkaar (denk aan gezondheid of genot, afhankelijkheid of onafhankelijkheid, vrijheid en verbondenheid) en dat levert dilemma's op.

Nussbaum volgt Aristoteles als ze de term 'niet-wetenschappelijk afwegen' gebruikt. Met die term verwijst ze naar het proces dat nodig is bij het maken van morele afwegingen om te besluiten wat op een bepaald moment de meest passende en

214 Gadamer (2014, pp. 41-43) stelt in 1960 dat 'oordeelskracht' niet zozeer een bekwaamheid is, maar een eis die aan ieder mens gesteld zou moeten worden.

juiste of rechtvaardige keuze (*prohairesis*) is. Volgens Nussbaum is dit afwegingsproces niet wetenschappelijk maar menselijk. Emotionele verlangens spelen volgens haar daarbij een informerende en cognitieve rol. Naar Aristoteles stelt ze dat een goed afwegingsproces om een *‘goed ontwikkeld karakter vraagt waarbij sprake is van een eenheid van denken en verlangen: het gaat om een juiste selectie en de juiste hartstochtelijke reactie.’* Het zou ook *‘verlangend afwegen of afwegend verlangen’* genoemd kunnen worden, stelt ze (Nussbaum, 2013, pp. 426-427). Niet alleen techné maar ook tuché speelt in dit afwegingsproces een rol (Nussbaum, 2013, p. 405).

In het perspectief van de normatieve professionalisering (zie H. 3 en 4) betekent dit dat in dit afwegingsproces vragen rond het ‘goede’ en het ‘juiste’ samenkomen. Hier komt mijns inziens ook de complexiteit van het maken van goede afwegingen tot uitdrukking. Het gaat om het samenbrengen van cognitie en emotie, om tuché en techné omwille van het goede en het moreel juiste in relatie tot de context (omgeving, doelgroep, machtsfactoren etc.). Wat hierbij benadrukt wordt is dat in het alledaagse leven genomen beslissingen nooit alleen tot stand komen via rationele overwegingen maar dat er altijd normatieve overwegingen binnen een bepaalde context een rol spelen. Ook emoties en macht spelen een rol (zie ook Kunneman, 2015).²¹⁵ Er is bij waarderationaliteit dan ook geen sprake van het bereiken van de ‘perfecte uitkomst’ of ‘hét perfecte leven’ dat zich op een bepaald moment openbaart. Het is ‘een zo goed mogelijk’ leven als binnen de gegeven omstandigheid mogelijk is.

Onderzoeksmethode als interventie

Waarderationaliteit serieus nemen betekent ook dat andere onderzoeksmethoden gericht op het begrijpen van menselijk gedrag in beeld komen (zie H. 4). Het gaat dan om methoden die Buchanan ‘research for practical purposes’ noemt. Die methoden leveren een bijdrage aan het vinden van antwoorden op praktische vragen van burgers die een betekenisvolle (eigen) richting aan hun leven willen geven. Denkend vanuit de ethiek en levenskunstfilosofie dienen deze onderzoeksmethoden, niet alleen te zijn gericht op het uittesten van hypothesen en het verzamelen van informatie over menselijk gedrag ten behoeve van theorievorming. Het is nodig dat onderzoek, zoals narratief onderzoek, mensen vooral helpt en bewust maakt van ‘wat hun leven waarde geeft’. Onderzoek zou dan mede tot doel moeten hebben de betrokkenheid van mensen bij hun sociale en fysieke omgeving te vergroten en hen te versterken in hun capaciteit om wijze besluiten te nemen zonder de richting ervan van tevoren vast te leggen (Buchanan, 2000, p. 134). In woorden van Kunneman gaat het ook om methoden die kennis genereren over conflicterende waarden en normen, zowel in mensen zelf alsook in relatie tot hun omgeving (Robbesom, 2017, p. 53). Jacobs (2020) heeft het hierbij over ‘onderzoek als transformatie’ die zowel ontwikkeling van de beroepspraktijk kan dienen als organisatieontwikkeling en persoonlijke ontwikkeling (empowerment) van

215 Kunneman verwijst hierbij naar modus 3 kennis (zie H. 4) en kennis vanuit de complexiteitstheorie met onder andere verwijzingen naar complexiteitsdenkers als Edgar Morin en Paul Cilliers.

de deelnemers. Indachtig de woorden van Nussbaum (2013) gaat het hier tot slot ook om methoden die burgers helpen de “ziekten van ons denken, ons oordeelsvermogen en ons verlangen onder ogen te zien en daarop te reflecteren” (zie ook H. 10 en 11).

9.6. Samenvatting/conclusie: wat leren we uit het ethisch-filosofisch perspectief voor preventie?

Verschuivingen

Door well-being (in de zin van ‘living one’s life in accordance with values that matter’) boven in de waarde-hiërarchie te zetten en als doel op zichzelf te beschouwen verandert er volgens de filosoof David Buchanan wat essentieels. Het vraagt om een discours dat ruimte biedt aan normatieve vragen, aan waarden-evaluaties (*strong evaluations*) en aan (het uithouden van) pluriformiteit, spanning en conflict. Dit past bij een drietal verschuivingen en een paradigmashift, namelijk 1) van het denken over ‘controle en beheersing van het gedrag van mensen’ naar het ondersteunen van een moreel leerproces van mensen (becoming), 2) van het denken over individueel welzijn naar het welzijn van gemeenschappen en de samenleving als ecosysteem als geheel (gemeenschapszin of civility) en 3) van het inzetten van instrumentele rede naar praktische rede waarbij naast cognitie, ook waarden en emoties in beschouwing worden genomen (begrip: waarderationaliteit of value-rationality).

Deze verschuivingen hebben concrete consequenties voor het vocabulaire en het kijken naar:

- de vermogens van mensen en de keuzes die ze maken;
- hun persoonlijke geschiedenis en de pech of ongeluk die hen ten deel is gevallen;
- de problemen en de (dieperliggende) oorzaken daarvan;
- kwetsbaarheid (wat zijn de kernmerken, hoe ontstaat het en wat is er aan te doen?);
- het zoeken naar ‘oplossingen’ of perspectieven die in beeld komen.

Dit alles heeft consequenties voor de doelen, de aard van (preventieve) interventies en de inzet van onderzoeksmethoden waar niet alleen wetenschappers, maar vooral burgers zelf iets aan hebben.

Verrijking van vocabulaire

Het discours van de ‘bestaansethiek’, van de levenskunst en van praktische wijsheid verrijkt het discours voor preventie en brengt een andere taal en logica in beeld. Het draait niet primair om gezondheid als doel an sich, om individuele leefstijl, kosteneffectiviteit en instrumentaliteit maar om het leven van een zo goed en betekenisvol mogelijk leven volgens waarden die er toe doen (*meaningful life*). Het levenskunst-discours (van de oude Grieken) stuurde aan op *zelfontwikkeling*

door *vorming* gericht op het verwerven van interne goederen (Taylor, 2011) en het cultiveren van deugden, zoals beheersing, reflectie op de kwaliteit van verlangens en het opschorten van oordelen (MacIntyre, 2011). Zelfzorg wordt hier opgevat als het aangaan van een (kritische) relatie met jezelf en met anderen.

In de moderne of hedendaagse opvatting van de levenskunst wordt daarnaast ook aandacht besteed aan processen van *zin- en betekenisgeving*, met mede inzet van creativiteit en ‘het scheppende’ vermogen van de mensen maar ook met het omgaan met macht als vitaal aspect in elke menselijke relatie (Foucault, 2009). Vanuit meerdere invalshoeken (Buchanan, 2000; Sandel 1996, 2023; Putnam, 2000; Dohmen, 2012; Taylor, 2011, 2016; Kunneman, 2009, 2015, 2017; Ricoeur, 1992) wordt in dit hoofdstuk gewezen op het belang van *intense morele betrokkenheid bij anderen* (solicitude), op *wederkerige relaties* en aan het toevoegen van *maatschappelijke waarde* (civic meaningfulness). Vooral in concrete situaties waarin normen blijken te conflicteren komt het aan op *praktische wijsheid* van relevante sleutelfiguren. Nussbaum (2013) verrijkt het discours van preventie door nadrukkelijk te wijzen op het belang van rechtvaardigheid via het garanderen en beschermen van grondrechten of ‘capabilities’ en wat daarvoor qua interne en externe *hulpbronnen* nodig is, zoals *vermogens* en de *goede levenscondities* (zoals wonen, onderwijs, voedselgarantie, inkomen, inclusie) maar ook *sociale steun, zorg, empathie en compassie* die essentieel zijn met het oog op menselijke kwetsbaarheid.

Paradigmashift - een andere blik op problemen en kwetsbaarheid

Vanuit het mensbeeld dat onder *well-being* ligt betekent ‘kwetsbaarheid’, zoals dit in dit hoofdstuk met hulp van verschillende denkers wordt opgevat, dat potenties van mensen en gemeenschappen zich in onvoldoende mate kunnen ontwikkelen (‘floreren’). Met de juiste ondersteuning en hulpmiddelen zouden mensen een ontwikkeling kunnen doormaken. Kwetsbaar zijn ook die mensen voor wie het leven weinig zin of betekenis (meer) heeft en die niet volledig kunnen meedoen in de samenleving. Het gaat dan om mensen die ‘niet vermogend’ zijn en om meerdere redenen moeite hebben te onderscheiden wat voor hem of haar van waarde is of (zeer) afwijkende opvattingen hebben over wat van waarde is. Meerdere factoren, zoals foute keuzes, maar ook leeftijd, domme pech of ongeluk en ‘fouten’ in de samenleving als geheel kunnen hier debet aan zijn. Volgens Bourdieu (2010) ontbreekt het mensen in kwetsbare posities dikwijls aan (economisch, sociaal, cultureel en symbolisch) kapitaal. Het lukt mensen dan steeds minder goed om esthetische of moreel juiste keuzes te maken. Volgens Foucault (2009) ontbreekt het mensen dan aan macht om hun leven op zinvolle wijze vorm te geven maar ook aan energie of mogelijkheden om te komen tot (gezamenlijk of individueel) verzet tegen uitbuiting of overheersing.

Volgens Nussbaum (2013) betekent kwetsbaarheid ook dat er zowel intern als extern onvoldoende mogelijkheden aanwezig zijn voor persoonlijke ontwikkeling en het benutten van ‘capabilities’. Ze spreekt van ‘failing-capabilities’ waarmee ze refereert aan het gebrek aan bestaanszekerheid, wat overigens meer is dan gebrek

aan inkomen alleen. Kunneman voegt hier – naar Ricoeur (1992, cf. Hartog, 2012) – aan toe dat kwetsbaarheid ook schuilt in een gebrek aan moreel kapitaal en kapitaal van de gemeenschap en de instituties daarbinnen. Kwetsbaar zijn dan ook *wijken en buurten* waar mensen en overheden niet of onvoldoende investeren in ‘gezamenlijkheid’ en waar het morele en sociale weefsel afbrokkelt. Dit komt onder andere tot uiting in het falen van instituties als het gaat om het veilig stellen van de levens van mensen met respect voor de mensenrechten en het rechtvaardig verdelen van hulpbronnen. Kunnenman doelt hierbij ook op te weinig betrokkenheid of zorg voor anderen en de samenleving of wereld als geheel (waar hij ook de niet menselijke levensvormen onder verstaat). Kwetsbaar zijn daarom ook *samenlevingen* die sociaal verdeeld zijn of raken en waar instituties te weinig bescherming bieden tegen overheersing van machthebbers of uitputting van natuurlijke hulpbronnen. In dit kader wijst hij – evenals Buchanan – op het belang van weerbaarheid in de zin van het kunnen omgaan met (waarden)pluraliteit maar ook met ‘waardig strijden’ wanneer er sprake is van onrechtvaardigheid, macht, controle of dwang.

Conclusie

Dit hoofdstuk behandelde preventie in het licht van well-being en in het bijzonder vanuit ethisch filosofisch opzicht. De besproken inzichten in dit hoofdstuk wijzen in de richting dat het van belang is dat mensen hun eigen doelen voor een waardevol of betekenisvol leven formuleren en waar nodig worden ondersteund in het realiseren ervan. Preventie vanuit dit ethisch filosofisch discours impliceert dat er vanuit een ‘waardenlogica’ wordt gekeken naar de problemen van mensen, vanuit hun vermogens en het aanwezige ‘kapitaal’ in mensen én gemeenschappen. Duidelijk wordt dat er verschillende perspectieven en interpretaties mogelijk zijn van ‘kwetsbaarheid’ en dat dit gevolgen heeft voor het diagnosticeren van de problemen en het formuleren van mogelijke oplossingen. In het ethisch filosofisch discours staat een breed perspectief op welzijn centraal, waarbij niet alleen het individu maar de hele gemeenschap wordt betrokken. Van belang daarbij is de erkenning dat mensen (in kwetsbare posities) hulpbronnen nodig hebben om te kunnen floreren.

Wanneer bovenstaande wordt betrokken op ‘rechtvaardige preventie’ dan vallen in dit hoofdstuk verschillende zaken op. Rechtvaardige preventie vraagt in ieder geval om een continue dialoog tussen beleidsmakers, burgers en hun vertegenwoordigers (zie het volgende hoofdstuk) om de doelen van preventie vast te stellen. Waar perspectieven of belangen uiteenlopen vraagt rechtvaardige preventie om morele leerprocessen en om praktische wijsheid. Rechtvaardige preventie impliceert daarnaast dat er naar het falen van de samenleving en instituties daarbinnen als geheel wordt gekeken als oorzaak van problemen van individuen. Dit betekent dat weerbaarheid en strijden voor gerechtigheid of verzet nodig kunnen zijn tegen onrechtvaardige verdeling van hulpmiddelen of gebruik van macht of dwang. Rechtvaardige preventie impliceert tot slot dat zowel interventies als (kwalitatieve naast kwalitatieve) wetenschappelijke onderzoeksmethoden worden ingezet op bevorderen van sociaal, cultureel, moreel

en economisch kapitaal en vermogens van mensen die zich in een kwetsbare positie bevinden. Het doel van rechtvaardige preventie zou dan kunnen zijn dat mensen hun potentieel zo optimaal kunnen ontwikkelen waardoor ze een 'zo goed als mogelijk en betekenisvol' leven kunnen leiden. Van belang daarbij is dat ze zelf een actieve bijdrage kunnen leveren aan het verbeteren van hun eigen situatie, welzijn en gezondheid, en zo mogelijk aan die van anderen, de gemeenschap en de samenleving als geheel.

10. Wikken en wegen in tijden van een pandemie (empirisch onderzoek fase A en B)

Bij het maken van afwegingen moet het gaan om een leven dat wij kunnen kiezen als een leven dat echt leven voor óns is, een leven dat voldoende inhoudt van wat ons maakt tot de wezens die we zijn om te kunnen zeggen dat wij het zijn die in dat leven overleven.

Nussbaum naar Aristoteles, 2013, p. 409

10.1. Inleiding: een narratief onderzoek in coronatijd

Het was een ‘alle hens aan dek’ situatie toen ik van de Corona Gedragsunit²¹⁶ van het RIVM in augustus 2020 de opdracht kreeg om in de praktijk te onderzoeken hoe mensen in verschillende praktijken omgingen met de preventieve coronamaatregelen, die door de nationale overheid waren opgelegd, en wat daarbij het beste werkte. De pandemie was een half jaar eerder uitgebroken en de Corona Gedragsunit was drie maanden oud. Het RIVM wilde lering trekken uit deze pandemie, met name waar het preventie betrof in concrete sociale praktijken. Het ging er vooral om ‘goede voorbeelden’ uit verschillende sociale praktijken op te tekenen, zodat deze inspiratie zouden kunnen bieden aan anderen. Vóór januari 2021 moesten de ‘best practices’ voor iedereen toegankelijk zijn. Er werd een expertgroep ingericht met een aantal deskundigen (zie bijlage 10.1)²¹⁷ en ik kon aan de slag. Gaandeweg kon ik aangeven wat ik nodig had om de verlangde praktijkvoorbeelden op tijd aan te leveren. Ik kreeg er een half jaar voor. De gedachte was dat de pandemie dan wel over het hoogtepunt heen zou zijn. Hieronder wordt duidelijk dat alles anders uitpakte.

In dit hoofdstuk beschrijf ik het empirisch kwalitatief onderzoek *‘Voorbeelden uit de praktijk’*. Dit onderzoek heb ik als projectleider en onderzoeker met een team van gekwalificeerde onderzoekers uitgevoerd voor de Corona Gedragsunit van het RIVM in de periode augustus 2020-december 2022. Het onderzoek is voor dit proefschrift van belang omdat het gaat over preventie op het snijvlak tussen de public health en het sociaal domein, waarbij gezondheid en welzijn als verschillende waarden inzet zijn van het handelen van mensen. Het onderzoek maakt onder andere zichtbaar wat de relatie is tussen ‘gezond gedrag’, ‘morele betrokkenheid’ en ‘health equity’. In dit onderzoek staat het afwegingsproces van betrokken respondenten centraal: tussen het beschermen van de gezondheid enerzijds en het behoud van welzijn en kwaliteit van leven anderzijds. We zochten en interviewden betrokken respondenten die *midden in de samenleving* stonden, die participeerden in en een sleutelrol vervulden in verschillende praktijken en contexten. We spraken mensen die zich bovenal verantwoordelijk voelden voor anderen binnen hun context. Dikwijls ging het daarbij om mensen van verschillende leeftijden en achtergronden, die om uiteenlopende redenen kwetsbaar waren. Vaak was dit om sociaaleconomische redenen, maar soms ook vanwege hun fysieke of mentale conditie,

216 De Corona Gedragsunit van het RIVM onderzocht sinds de uitbraak van SARS-CoV-2 (COVID-19) tussen 2020 en 2022 op verschillende manieren het gedrag van mensen. Het gaat daarbij vooral om het naleven en volhouden van de gedragsmaatregelen: de anderhalve-meter-regel, drukte vermijden (‘social distancing’), het dragen van een mondkapje, testen en thuisblijven bij klachten, in quarantaine gaan bij een besmetting, of bij terugkeer na verblijf in een risicogebied, en vaccinatie. De Corona Gedragsunit verrichtte zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek en is vanaf 2023 ondergebracht bij het Centrum Volksgezondheid, Zorg en Maatschappij.

217 Prof. dr. Marijn de Bruin, tevens verbonden aan het instituut Gezondheidswetenschap van de Radboud Universiteit Nijmegen was eindverantwoordelijk. Voor de namen van de teamleden, zie bijlage 10.1. Voor de inhoud van dit hoofdstuk ben ik zelf verantwoordelijk.

leeftijd, achtergrond of gender (zie tabel 10.1, zie H. 8 en het tekstkader op de volgende pagina). In dit hoofdstuk presenteer en reflecteer ik specifiek op de resultaten die de opbrengst waren voor fase A en B van het onderzoek (zie bijlage 10.2 van dit hoofdstuk voor een gedetailleerd overzicht van alle fasen).²¹⁸ De nadruk ligt in fase A en B op het *wat* en *hoe* van het handelen van de sleutelfiguren.

- Fase A: De ontwikkeling en uitvoering van een kwalitatief onderzoek in 32 contexten aan de hand van 65 diepte-interviews met 95 sleutelfiguren in acht sectoren (okt 2020-dec. 2021). In totaal zijn 32 verhalen opgesteld die op de website van het RIVM zijn geplaatst.²¹⁹
- Fase B: Een eerste (handmatige) inhoudsanalyse van de verhalen (najaar 2021).

De resultaten van deze twee eerste fasen zijn eind 2021 in twee publicaties beschreven, te weten:

1. Een rapportage van bevindingen van onderzoeksfase A en B (zie paragraaf 10.2 voor de fasering); deze zijn in een beleidsmemo voor de Rijksoverheid beschreven (Kolner et al., 2021a);
2. Een *internationaal artikel*, gepubliceerd in het tijdschrift *Eurosurveillance* op 20 oktober 2022 (Kolner et al., 2022a) onder de titel: *Public health measures during the COVID-19 pandemic through the lens of community organisations and networks in the Netherlands (2020–2021): five lessons for pandemic decision-making*.

Doel en werkwijze

Het doel en de aanpak van dit hoofdstuk is driedelig. Allereerst wordt in dit hoofdstuk een weergave gegeven van de aanpak van dit onderzoek. Ten tweede worden de belangrijkste resultaten van fase A en B samengevat en met enkele citaten verhelderd. De respondenten om wie het gaat krijgen daarmee een ‘stem’ en de problemen van de mensen voor wie zij verantwoordelijkheid droegen worden daardoor meer tastbaar gemaakt. Om dit hoofdstuk hanteerbaar en leesbaar te houden is door de onderzoeker een selectie gemaakt van veelzeggende voorbeelden en citaten.

Het derde doel betreft een analyse van de inhoud en het discours van de resultaten. Hierbij bouw ik voort op de literatuur die in hoofdstuk 9 is gebruikt en concepten die daar aan de orde zijn gekomen. Onder andere heb ik het concept ‘niet-wetenschappelijk afwegen’ van Martha Nussbaum (2013)²²⁰ gebruikt om het afwegingsproces te beschrijven waarmee mensen zich tijdens de pandemie dagelijks geconfronteerd zagen. Dit concept verwijst naar de afwegingen in het dagelijks leven van mensen en naar de essentiële keuzes die worden gemaakt op basis van praktisch inzicht, kennis en ervaring

218 In hoofdstuk 11 en 12 worden de resultaten beschreven van fase C en D van het onderzoek.

219 Zie www.rivm.nl/gedragsonderzoek/voorbeelden-uit-de-praktijk. Het woord ‘goede voorbeelden’ hebben we aangepast in ‘voorbeelden’.

220 Zie Nussbaum (2013), hoofdstuk 10, Niet wetenschappelijk afwegen”. Nussbaum heeft dit hoofdstuk beschreven gebaseerd op Aristoteles’ *Ethica Nicomachea*. In de verwijzing naar Aristoteles beperk ik me tot haar interpretatie.

die in die bepaalde context aanwezig zijn. In dit hoofdstuk en in hoofdstuk 11 gaat het om afwegingen voor de bescherming van zowel de gezondheid als het welzijn, vanuit ‘praktisch inzicht’ (naar Nussbaum, 2013)²²¹ of ‘praktische wijsheid’ (Ricoeur). Ricoeur (1992) vat praktische wijsheid (naar Aristoteles) op als ‘*het menselijk vermogen om in concrete situaties antwoord te kunnen geven op complexe vragen*’.

Leeswijzer

In paragraaf 10.2 beschrijf fase A en B van het empirisch onderzoek en verantwoord ik de gebruikte onderzoeksmethoden. In paragraaf 10.3 beschrijf ik de belangrijkste resultaten van dit onderzoek. Ik focus daarbij vooral op die thema’s en bevindingen die van belang zijn in het kader van de hoofdvraagstelling en de deelvragen 3 en 4 van dit proefschrift.²²² In paragraaf 10.4 reflecteer ik op deze resultaten met behulp van de literatuur. In paragraaf 10.5 volgt de conclusie.

Notie

in de tekst komen de woorden ‘kwetsbaar’, ‘kwetsbaren’ of ‘kwetsbaarheid’ voor. Ik gebruik deze woorden in het komende deel van dit proefschrift zo spaarzaam mogelijk. Ik doel daarbij vooral op mensen die - toen de pandemie uitbrak - zich door een samenspel van factoren in een kwetsbare positie bevonden (sociaal, economisch, fysiek, mentaal) en hierdoor een hogere kans liepen op een infectie of extra hard werden geraakt door de coronamaatregelen. Ik teken hier bij voorbaat bij aan dat geen mens alleen maar kwetsbaar is of slachtoffer van omstandigheden. Zie ter illustratie het verhaal ‘Krachtig in kwetsbaarheid’.

10.2. Opzet en verantwoording van fase A en B van het onderzoek

Uitwerking vraagstelling

De algemene vraagstelling van het RIVM onderzoek luidde: *‘Hoe gaan mensen [sleutelfiguren] in diverse sectoren, contexten en praktijken om met het naleven en volhouden van de coronamaatregelen?’*

Deze vraagstelling is in de volgende vier subvragen uitgewerkt en geoperationaliseerd:

- I. Welke **aanpassingen** in gedrag en/of omgeving hebben de respondenten doorgevoerd in het leven/werk naar aanleiding van de coronamaatregelen?
- II. Welke **dilemma’s en spanningen** ervaren respondenten bij het naleven en volhouden van de coronamaatregelen in algemene zin, en binnen het spanningsveld van gezondheid en kwaliteit van leven in specifieke zin?

221 Buchanan noemde dit ‘praktische rede’ of ‘phronesis’ (Buchanan, 2000).

222 Daar waar ik letterlijk reeds geschreven delen overneem uit bovengenoemde rapportages zet ik die tekst in tekstkaders. Veel tekst in dit paragrafen is gebaseerd op de teksten uit de eindrapportage, echter er zijn wel enkele veranderingen in aangebracht of aanvullingen op gegeven. Vandaar dat deze niet in kaders worden weergegeven..

- III. Welke **waardenafwegingen** maken respondenten bij het al dan niet naleven en volhouden van de coronamaatregelen in algemene zin. Hoe gaan zij om met het spanningsveld van fysieke gezondheid (bijv., 'niet besmet raken') enerzijds en welzijn respectievelijk kwaliteit van leven (bijv., mentale gezondheid van respondenten zelf en hun naasten) anderzijds?
- IV. Welke **oplossingen of interventies** bedenken respondenten om de coronamaatregelen na te leven en vol te houden en wat zijn volgens hen werkzame ingrediënten daarbij?

In dit RIVM onderzoek waren we vooral geïnteresseerd in de wijze waarop factoren gekoppeld aan de actor, context en doelgroep op elkaar inwerkten bij de totstandkoming van aan de corona-maatregelen gerelateerd gedrag en het vinden van oplossingen voor spanningen die daarbij kunnen optreden.

Uitwerking fase A en B van het onderzoek

In fase A van dit onderzoek lag de nadruk op het selecteren van de respondenten die werkzaam zijn binnen verschillende sectoren en contexten, op het afnemen van diepte-interviews en het opstellen van 'narratieven'.²²³ Voor onderzoeks- en communicatiedoelinden zijn samen met de respondenten op basis van de interviews 32 praktijkverhalen uitgewerkt in co-creatie met de respondenten zelf. Elk verhaal werd handmatig geanalyseerd op kernboodschappen en lessen. Deze kernboodschappen en lessen werden samengevat en geordend in een codeboom ('checklist'). De praktijkverhalen zijn ter informatie van het algemene publiek en voor belangstellenden uit de specifieke sectoren, van oktober 2020 tot december 2021 één voor één op de website [geplaatst \(zie voetnoot 2\)](#). Tabel 10.1 toont een overzicht van de respondenten, contexten en de verhalen.

In fase B van dit onderzoek lag de focus op het formuleren van eerste centrale lessen die we op basis van de verhalen in korte tijd konden ophalen. We voerden een eerste analyse ('QuickScan') uit van alle verhalen en de kernboodschappen. De snelle handmatige analyse was nodig omdat – in verband met de ernst en het verloop van de pandemie – de eerste lessen op korte termijn beschikbaar moesten komen voor beleidsmakers van met name de nationale overheid. Op basis hiervan is op 21 september 2021 een Memo voor beleid (RIVM, 2021b) opgeleverd. De podcast 'Omgaan met de coronamaatregelen' is in oktober 2021 opgenomen (De la Rive Box, 2022). Hier zijn het doel en de eerste bevindingen van het onderzoek uit de doeken gedaan. Samen met een aantal RIVM medewerkers schreef ik het in de inleiding genoemde internationaal wetenschappelijk artikel (Kolner et al., 2022).

223 Ik gebruik in dit hoofdstuk zowel de term 'narratieven' of 'verhalen' en 'praktijkverhalen'

Voor het uitvoeren en rapporteren van dit onderzoek hebben we de ‘consolidated’ criteria (COREQ) voor het afnemen van de interviews en focusgroepen en de SRQR standaard voor rapporteren van kwalitatief onderzoek gevolgd (Tong et al, 2007; O’Brien et al., 2014; cf. Mays & Pope, 2000).

Tabel 10.1

Overzicht data-informatie ‘Voorbeelden uit de praktijk’ (N= 95)²¹⁹

Verhaal/verhaal	Thema	Doelgroepen	Data interviews
1. Krachtvrouwen ondersteunen elkaar door dik en dun	Sport	Initiatiefnemers van lokale sportactiviteiten voor vrouwen en begeleiders (N=8)	11-2020
2. In beweging blijven: een kwestie van verleiden én verbinden	Sport	Sportcoach en initiatiefnemer van sportactiviteiten (N=2)	01-2021 02-2021
3. Sportvereniging midden in de samenleving	Sport	Bestuurslid, hoofd opleiding, secretaris, voorzitter en trainer van twee sportverenigingen (N=6)	04-2021
4. De tijd van je leven – studeren in tijden van corona	Thuis	Studenten (20-25 jaar) (N=3)	12-2020
5. Hoe overleef ik dag in dag uit thuiszitten?	Thuis	Auteur van boek over quarantaine, tevens patiënt met chronische ziekte (N=1)	12-2020
6. Zorgen voor Néné	Thuis	Mantelzorger van kwetsbare oudere (N=1)	02-2021
7. Thuiszorg in crisistijd: op zoek naar de menselijke maat	Thuis	Wijkverpleegkundige, familielid van zwaar zieke persoon (N=2)	08-2021
8. Er is te weinig samen in de flat	Wijken en buurten	Buurtbemiddelaars en een lector/voorzitter van de werkplaatsen Sociaal Domein (N=5)	07-2021
9. Op straat is het soms veiliger dan thuis	Wijken en buurten	Medewerkers/professionals jeugd- en jongerenwerk (N=4)	03-2021
10. Free Food Market: in of uit de schaduw?	Wijken en buurten	Initiatiefnemer van voedselvoorziening en sociaal werker in achtergestelde wijk (N=3)	04-2021

Overzicht data-informatie 'Voorbeelden uit de praktijk' (N= 95)²¹⁹ (continued)

Verhaal/verhaal	Thema	Doelgroepen	Data interviews
11. Zonder dak boven je hoofd is thuisblijven onmogelijk	Wijken en buurten	Crisismanager en zorgmedewerker van een daklozenopvang- centrum, branchemedewerkers (N=4)	05-2021
12. Aan beide kanten van het raam	Zorg	Mantelzorger en zorgmedewerker (dag-begeleider) (N=3)	02-2021
13. Dagbesteding: van maatwerk naar meerwaarde	Zorg	Zorgmedewerker- en beleidsprofessional (N=2)	02-2021
14. In de jeugdzorg moet je de ander 'tevoorschijn luisteren'	Zorg	Medewerkers van de jeugdbescherming en Veilig Thuis (N=5)	10-2021
15. Nabijheid waar het kan	Zorg	Voorzitter van bestuur, hulpverlener en communicatieadviseur RIBW instelling (N=3)	01-2021
16. Werken op de IC: samen het verschil maken	Zorg	IC verpleegkundigen (N=3)	11-2021
17. Opleiding doet naam eer aan	Onderwijs	Studenten en hoogleraar (universiteit) (N=3)	01-2021
18. Praktijkschool: over minirampen en vindingrijkheid	Onderwijs	Teamleider en docent praktijkschool (N=3)	04-2021
19. Basisonderwijs: als thuiswerken een schrikbeeld is	Onderwijs	Leraren en directeur van een basisschool (N=3)	06-2021
20. Kinderen op de eerste plaats	Onderwijs	Pedagogisch medewerker, ouder van kind, medewerker kinderdagverblijf (N=3)	11-2021
21. Hoe een gesloten museum toch open kan zijn	Kunst & cultuur	Directie musea/educatie en communicatieprofessionals (N=2)	06-2021
22. Op zoek naar cultuur	Kunst & cultuur	Een cabaretier en bezoeker van voorstellingen (N=2)	07-2021

Overzicht data-informatie 'Voorbeelden uit de praktijk' (N= 95)²¹⁹ (continued)

Verhaal/verhaal	Thema	Doelgroepen	Data interviews
23. Krachtig in kwetsbaarheid	Kunst & cultuur	Kunstenaar, onderzoeker, docent en 'community organizer' en Initiatiefnemer lhbtq+ community/tevens grafisch ontwerper met eigen uitgeverij (N=2)	09-2021
24. Improvisatievermogen en humor op de set	Kunst & cultuur	Filmproducenten, corona-set-manager, verslaggever (N=2)	09-2021
25. Troost op afstand	Bijeenkomsten	Begeleiders en ondernemers in de uitvaartbranche (N=2)	01-2021
26. Honderden mensen bij elkaar, hoe dan?	Bijeenkomsten	Eventmanager en expert (fieldlab)experimenten (N=1)	03-2021
27. Handhaven: Hoe dan? Over boa's en De Bossche Zomer	Bijeenkomsten	BOA medewerkers/ handhavers en medewerkers van een woningcorporatie, beleidsadviseur drank en horecatoezicht gemeente, lid projectgroep De Bossche Zomer (N=5)	10-2021
28. De muziek gaat altijd door	Bijeenkomsten	Amateurmusici, bestuurder van een muziekgezelschap en medewerker van de brancheorganisatie (N=3)	01-2021
29. Oplossingen uit eigen keuken	Werk	Operationeel directeur van een hotel keten en initiatiefnemer van eigen catering (N=2)	09-2021
30. Van droombaan naar sneltest	Werk	Jonge ondernemers in de modebranche (N=2)	03-2021
31. Heemskerk: op weg naar een veilige en gastvrije gemeente	Werk	Beleidsmakers en horecaondernemers (N=3)	12-2020
32. Als elke seconde telt	Werk	Ambulancepersoneel en politie (N=2)	09-2021

Gebruikte onderzoeks- en analysemethoden

In fase A en B van dit onderzoek is van meerdere onderzoeks- en analysemethoden gebruik gemaakt. Het verzamelen van de gegevens en het analyseren van de data wisselden elkaar af. Welke methode is ingezet was afhankelijk van de fase waarin het onderzoek verkeerde. Voor de gegevensverzameling waren dit:

- brononderzoek (vooral COVID-19 gerelateerd kwantitatief onderzoek);
- diepte-interviews en focusgroepgesprekken als basis van de narratieven.

En voor de analyse:

- een kwalitatieve thematisch-inhoudsanalyse van transcripten en de narratieven;
- een quick scan: handmatige overall-inhoudsanalyse en beschouwing;
- een inductieve integrerende discoursanalyse (voor dit proefschrift).

Fase A en B

In fase A en B van het onderzoek zijn diepte-interviews uitgevoerd (60-90 minuten per interview) aan de hand van een semi gestructureerde vragenlijst volgens de principes van een narratieve onderzoeksmethode.²²⁴

Een veelgebruikte definitie van een narratief is (Czarniawska, 2004, naar Goody 1986): “Een gesproken of geschreven tekst die verslag doet van een gebeurtenis of activiteiten of een serie van gebeurtenissen en activiteiten, die chronologisch aan elkaar zijn verbonden” (p. 17). In ons onderzoek waren we vooral op zoek naar een verslag dat waarbij mensen ons informeerden over hun intenties, doelen, interacties met anderen. We nodigden mensen als het ware uit om te reflecteren op de betekenis van hun acties of gedrag in een bepaalde periode tijdens de pandemie.

Czarniawska beschouwt narratief onderzoek “as a rich way of understanding the social world” [...] “as a mode of knowing and communication” (Czarniawska, 2004, pp. 6-10) en ziet de narratieve onderzoeksmethode als een vorm van hermeneutisch onderzoek (zie ook Patton, 2002). Czarniawska beroept zich onder andere op de moraalfilosoof MacIntyre die een verhaal beschouwt als een centrale vorm van het sociaal leven: “because it is the main device for making sense of social action” (p. 11). Czarniawska citeert daarnaast Todorov (1971/1977, p. 111) die het karakter van een ‘verhaal’ duidt vanuit een ‘plot’ door een verstoring van het evenwicht:

An ideal narrative begins with a stable situation which is disturbed by some power or force. There results a state of disequilibrium; by the action of a force directed in the opposite direction, the equilibrium is re-established, the second equilibrium is similar to the first, but the two are never identical. (Czarniawska, 2004, p. 19)

We hebben gekozen voor narratief onderzoek om meer inzicht te krijgen in hoe mensen het navolgen en toepassen van de coronamaatregelen in het dagelijks leven hebben ervaren. We wilden weten welke afwegingen ze daarbij maakten en welke gevolgen

224 Deze vragenlijst is als bijlage bij het Eurosurveillance artikel opgenomen in de supplementary materials (zie webadres voetnoot 12).

dat voor hen had. We waren vooral geïnteresseerd in het ‘verhaal’²²⁵ dat mensen op de lippen lag en aan ons wilden vertellen. We gingen ervan uit dat de coronamaatregelen in diverse praktijken anders zouden uitpakken. Ook wilden we beter begrijpen welke betekenis de maatregelen hadden voor de verschillende praktijken, contexten en betrokken mensen. De 32 verhalen die zijn opgesteld beschrijven de gebeurtenissen en ervaringen zoals iemand die ons vertelde in een (min of meer) chronologische volgorde.

Elk verhaal dat we in dit onderzoek – samen met de vertellers – optekenden begint bij de verstoring van het evenwicht van het leven van de vertellers door de komst van COVID-19 en de invoering van de preventiemaatregelen die vanuit de overheid zijn opgelegd.²²⁶ We laten de vertellers letterlijk aan het woord over wat de verstoring in het leven teweegbracht en hoe zij, met anderen die zich in hun omgeving ophielden of actief waren, hierop acteerden. We waren ook geïnteresseerd in het herstel van het evenwicht of het doormaken van veranderingen bij het respectievelijke op- en afschalen en veranderen van de maatregelen zodat een nieuw evenwicht kon worden gevonden. Onze ‘eigen stem’ is in de verhalen niet aanwezig, hooguit in de keuzes die we hebben gemaakt om het verhaal, samen met de respondenten, op een bepaalde manier op te schrijven.

10.3. Beschrijving van enkele belangrijke onderzoeksresultaten (fase A en B)

10

In de volgende subparagrafen volgt de selectie van de hoofdbevindingen uit de eerste twee fasen van dit onderzoek. Ik belicht hier vooral observaties die te maken hebben met health equity ofwel de ervaringen bij mensen die onevenredig getroffen zijn door de gevolgen van en de impact van de pandemie. Het gaat om mensen bij wie óf de gezondheid precair is óf waarbij de kwaliteit van leven onder druk staat.²²⁷ Ter illustratie zijn enkele citaten gekozen uit de verhalen die specifiek over groepen in kwetsbare posities gaan, zoals de verhalen over het basisonderwijs, de praktijkschool, het jeugd- en jongerenwerk, de jeugdbescherming, de voedselmarkt, de daklozenopvang, de lhbtqi+ gemeenschap, dagbesteding in de zorg en ouderen met dementie. Onder elk

225 Ik gebruik hier de term narratief onderzoek, maar spreek meestal van ‘verhalen’ daar waar ook ‘narratieven’ gelezen kan worden.

226 Zie deze website voor de tijdlijn van in- en opschaling van de maatregelen: <https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/tijdlijn-maatregelen-covid-2022>

227 Volgens Pharos en de Erasmus Universiteit van Rotterdam gaat het dan met name over mensen die 1) moeite hebben met lezen en schrijven of geen vervolgopleiding hebben gehad 2) mensen die net pas in Nederland wonen en 3) mensen die in een wijk wonen waar veel problemen zijn. Deze mensen hebben een lage sociaaleconomische status (SES). Zie <https://www.pharos.nl/nieuws/corona-regels-zijn-vaak-te-moeilijk/>. Wij hebben daar nog enkele groepen aan toegevoegd die specifiek meer last hebben ondervonden van de gevolgen van de maatregelen. Denk aan jongeren in het algemeen, mensen uit de migranten- of lhbtqi+ gemeenschap en mensen met een kwetsbare oudere leeftijd en mensen met chronische fysieke en mentale aandoeningen.

citaat wordt verwezen naar het betreffende verhaal en de functie van de betreffende respondent.²²⁸

Voor dit proefschrift is een selectie gemaakt van de belangrijkste observaties en reflecties.

- In paragraaf 10.3.1 t/m 10.3.3 vat ik enkele belangrijke observaties samen aangaande de gevolgen van het virus en de maatregelen bij mensen die het extra moeilijk hadden. Hierin beschrijf ik tot welke **aanpassingen** de maatregelen leidden en wat de grootste **dilemma's** waren. Hier beantwoord ik de deelvragen I en II van het RIVM onderzoek (paragraaf 10.2).
- In paragraaf 10.3.4 t/m 10.3.6 reflecteer ik op de acties die sleutelfiguren²²⁹ ondernamen. Het gaat hierbij om **de waardenafwegingen en werkzame oplossingen en ingrediënten (het wat en het hoe)** om, vooral mensen die extra moeilijkheden ervoeren door de pandemie, te ondersteunen en de betekenis daarvan. Hier beantwoord ik de deelvragen III en IV van het RIVM onderzoek (zie paragraaf 10.2).

10.3.1. Sociale veiligheid en bestaanszekerheid op het spel

Voor de meeste respondenten die we spraken was het een uitgemaakte zaak dat de corona-maatregelen dienden te worden opgevolgd om te voorkomen dat zij of anderen ziek werden. Het draagvlak voor de preventieve maatregelen was in het algemeen dan ook groot. Toch werd gaandeweg duidelijk dat de maatregelen voor veel mensen die het voorafgaand aan de pandemie al moeilijk hadden zwaarder uitpaktten dan voor anderen. Mensen die onderliggende fysieke problemen hadden (zoals zwaar overgewicht of een andere chronische ziekte) bleken zieker te worden van het virus dan mensen die dat niet hadden (RIVM, C-VTV, 2021). Mensen die sociale, mentale of financiële problemen hadden voor de crisis, in de schulden zaten of bijvoorbeeld net in een (v)chtscheiding verwickeld waren, merkten vooral veel van de sociaal beperkende maatregelen. Baantjes vielen weg en de schulden liepen verder op, zo hoorden we. Mensen met relatieproblemen, die verslaafd of dakloos waren of geen vast contract hadden werden hard geconfronteerd door de lockdown en het 'thuisblijven' advies.

“Wat veel mensen zich niet beseffen, is dat deze mensen vaak al veel onzekerheden in het leven hadden: tijdelijk werk, tijdelijke slaapplekken. Door Corona is het laatste beetje zekerheid dat ze hadden ook afgepakt. Want mensen hadden geen werk, geen woning meer en alles ging op slot. Ze konden geen onderdak meer vinden in de bieb of in een buurthuis.”

228 Het internationaal artikel, de verhalen op de website van het RIVM en de genoemde rapportage bieden achtergrondinformatie over de doelgroepen en context en ook meer citaten.

229 Ik definieer sleutelfiguren hier als die respondenten die extra verantwoordelijkheid voelden en namen voor mensen binnen hun context.

(Uit: 'Zonder dak boven je hoofd is het moeilijk thuis blijven' – medewerker Leger des heils)

"Er zijn verhalen van mensen die gewoon eerst schoonmaakbaantjes hadden, eh... zwart werk deden, eh... op allerlei plekken en oppaswerk ook, op kinderen en zo, dat dat allemaal weg is gevallen, dat die mensen eigenlijk als eerste in de problemen komen en ook geen uitkering hebben om op terug te vallen, dat is wel een algeheel geluid wat we horen."

(Uit: 'Free Food Market: in of uit de schaduw' – initiatiefneemster van een particuliere voedselmarkt in een ontwikkelwijk)

Voor kinderen in gezinnen met echtscheidingsproblemen werd de situatie soms zelfs erg onveilig. De gevolgen van de coronamaatregelen zetten naleving ervan onder druk. Dit leverde veel dilemma's op voor de sleutelfiguren, bijvoorbeeld uit het (praktijk) onderwijs, in wijken en buurten, jeugd- en jongerenwerk of bijvoorbeeld bij 'Veilig Thuis'. Moesten ze alleen strak de regels volgen en de coronaveiligheid waarborgen of toch ook zorg dragen voor het welzijn van hun mensen en cliënten? Het virus en de maatregelen – en het ethisch afwegingsproces dat daarmee op gang kwam – raakten daarmee aan fundamentele vraagstukken. Het begrip '*risicoanalyse*' kreeg een dubbele betekenis. In de zin van óf het voorkomen van 'besmetting op corona' óf het voorkomen van de risico's die ontstaan door de maatregelen. Dit leverde lastige afwegingen en ethische vraagstukken op.

"Het werk is op zichzelf dagelijks al een flinke uitdaging, maar nu kwamen we plots voor hele nieuwe vraagstukken te staan. Ook ethische vraagstukken, zoals wat te doen als iemand corona-achtige klachten heeft, zich niet houdt aan de richtlijnen en hiermee niet alleen zichzelf maar ook anderen in gevaar brengt. En wat als iemand met verslavingsproblematiek, die nog 'in actief gebruik' is, in quarantaine moet? Hoe ver moeten wij dan gaan in onze zorg om te voorkomen dat iemand zelf naar buiten gaat om aan alcohol of drugs te komen? Corona buiten de deur houden was en is voor ons een enorme puzzel."

(Uit: 'Nabijheid als het kan' – bestuurder RIBW)

Voor de medewerkers van de praktijkscholen, waar veel kinderen zitten met problemen of afkomstig zijn uit problematische gezinnen, was het pijnlijk om te zien hoe de gezinnen en kinderen, maar ook docenten zelf worstelden met de lockdowns en de maatregelen die een normale omgang met elkaar en goed onderwijs bemoeilijkten.

"Leerlingen hebben vaak te maken met problematische sociale- of emotionele thuisomstandigheden. Denk aan schuldenproblematiek en middelengebruik [bij de ouders, ck]. Voor kinderen is de thuissituatie niet altijd even rustig en veilig. Voor onze leerlingen is school echt een veilige haven waar ze graag naartoe gaan." (...) "Vanuit mijn

vak (toen nog als sportdocent) was ik altijd fysiek bezig met leerlingen. Het stoeien en het aanraken draagt er ook aan bij dat de leerling zich thuis voelt. Het is een vorm van geborgenheid. In het onderlinge contact is dat dan juist een van de belangrijke dingen. Toen de leerlingen weer op school kwamen mocht dat allemaal niet meer. Als je dat altijd gewend bent, dan is dat echt een 'miniramp' en wel even schakelen."

(Uit: 'Praktijkschool: over minirampen en vindingrijkheid' – teamleider)

10.3.2. Sociale en mentale ontwikkeling beperkt en bedreigd

De gevolgen van de sociaal beperkende maatregelen – niet zozeer van het virus zelf – waren ingrijpend voor het sociaal en mentaal welbevinden van mensen. Vooral de beperkingen in sociaal contact, de anderhalve meterregel en het dragen van een mondkapje belemmerden het sociaal verkeer en effectieve communicatie tussen mensen. Dat gebeurde zowel tussen collega's onderling als tussen professionals met hun doelgroep (bijv. patiënten). Dit botste dikwijls met de kernwaarden van de organisaties én professionals en had verstrekkende gevolgen voor het welzijn van mensen en de ervaren kwaliteit van werk én zorg. Uit de interviews bleek dat ontmoeting voor mensen geen luxe is maar noodzaak voor een goede kwaliteit van leven, werk of zorg. Voor mensen die in een gevoelige levensfase zitten of moeite hebben zich in het leven staande te houden is de ontmoeting met anderen dikwijls een cruciale voorwaarde om te overleven. Dit blijkt bijvoorbeeld in wat professionals in het jongerenwerk beschrijven. Zij zagen hoe sommige jongeren afgleden.

"Vooral de jongeren die al op straat zijn, die al, ja wat ik net zei, kwetsbaar zijn, ja dat, weet je, we zien gewoon dat het geweld toeneemt in die gezinnen. Dat er, dat kinderen, sommigen gaan snijden. Weet je, echt, dat soort dingen. Ja dat is wel een kleine kanttekening die ik daarbij wil plaatsen. [...] Anders, eh, maakt ie zichzelf van kant of zo. Weet je, het is soms kiezen tussen twee kwaden, en daar zijn de jongerenwerkers, het zijn gewoon professionals, en die maken altijd die afweging van 'oké, wat is nu voor deze jongere het beste?' En daar nemen ze echt de regels die er zijn heel goed in mee. Maar die afweging wordt gewoon continu gemaakt. En soms, ja ik bedoel, als er iemand in het water valt, ja dan haal ik 'm eruit, en dan ben ik dus niet op anderhalve meter afstand. Nee, dat klopt."

(Uit: 'Op straat is het soms veiliger dan thuis' – directeur Jeugd- en jongerenwerk)

Zo vertelde een professional dat voor sommige ouderen eenzaamheid en isolatie, door de regel 'geen bezoek ontvangen' of niet meer aangeraakt mogen worden, in de laatste levensfase erg belastend was en tot mentale problemen leidde:

"Dat was vreselijk. Je zag haar gewoon aftakelen. Je zag haar steeds meer in zichzelf gekeerd. Ze ging altijd naar de rookruimte en als je haar zag, was ze best enthousiast, maar het werd steeds, eh, ja, gedempter allemaal. Je kon echt zien dat er iets met haar

aan de hand was en dat hoor je dan later ook wel. Dat ze het er toch wel heel moeilijk mee heeft gehad. Eerst kon familie niet langskomen, en dan later mogen ze langskomen, maar dan met een mondkapje voor. De moeder van een andere mantelzorger was zelfs bang voor haar dochter omdat ze een mondkapje op had. Ja, dat was wel heel triest.”
(Uit: ‘Aan beide kanten van het raam’ – agogisch medewerker in een tehuis voor mensen met dementie)

In sommige gezinnen waarbij de ouders gedwongen thuis moesten werken, liepen de spanningen zo hoog op dat kinderen in een onveilige situatie terecht kwamen en Veilig Thuis moest ingrijpen.

“De crisishulpbedden in de regio waren dagelijks volledig bezet. Nu staat er al langere tijd veel druk op de jeugdzorg en is er een tekort aan plekken voor jeugdigen in het algemeen, maar corona heeft die druk wel verzwaard. Dit betekende dat we soms een risicovollere situatie moesten accepteren dan we normaal gesproken zouden doen. Daarbij probeerden we met afspraken en controlemomenten zoveel mogelijk de veiligheid te borgen. Het is ook voorgekomen dat we, toen nergens anders een plek beschikbaar was, financiering voor opvang in een hotel hebben geregeld.”

(Uit: ‘In de jeugdzorg moet je de ander tevoorschijn luisteren’ – medewerker Jeugdbescherming)

10

Onder andere lhbtqia+ groepen en nieuwkomers in Nederland raakten hun belangrijke steunnetwerken kwijt. Daardoor stonden ze er nog meer alleen voor en nam de kwetsbaarheid zowel sociaal, mentaal als fysiek toe. Deze groepen liepen daarmee risico's en dit had invloed op het afwegingsproces. De volgende citaten laten zien waarom in contact blijven van belang is:

“Er is een persoon die vaak bij Centrum X kwam; ze is een beetje een kluizenaar en heeft niet veel geld. Het was een plek waar ze even eruit kon komen. [...] Toen het centrum en de coffeeshops dichtgingen, zag ik dat ze op Facebook zei dat ze het niet aankon. [...] Het brak mijn hart wel een beetje.”

(Uit: ‘Krachtig in kwetsbaarheid’ – informeel initiatiefneemster Centrum X, een podium voor mensen met een lhbtqia+ geaardheid).

Lang niet altijd kon de relatie tussen mensen op de gewenste wijze worden vormgegeven. Fysiek samen zijn en elkaar ‘in de ogen kijken’ is vooral van belang voor mensen die zich onveilig voelen.

“Face to face, vertrouwen en respect zijn belangrijk voor sociaal kwetsbare groepen, die vaak te maken hebben met stigma's of trauma's. Life samenkomen is eigenlijk de enige manier om je echt veilig te voelen. Online weet je niet altijd wie er nog mee kijkt. Of als iemand een screenshot maakt en je verradt in een andere context – terwijl je

familie bijvoorbeeld niet weet dat je 'queer' bent en dat niet accepteert – dan heb je een groot probleem.” [...] Het belang van persoonlijke culturele expressie wordt ook vaak onderschat. Kunnen zijn wie je bent en dat laten zien via bijvoorbeeld kleding, dans of muziek, is zó belangrijk. Online zijn die mogelijkheden heel beperkt.”

(Uit: 'Krachtig in kwetsbaarheid' – kunstenaar, onderzoeker, docent en 'community organizer' voor mensen met een lhbtqia+ geaardheid en een migrantenachtergrond)

“Online is het voor deze groep veel lastiger om contact te maken. Niet iedereen heeft toegang tot goed werkend internet of computers. Als je in een asielzoekerscentrum zit, is dat bijvoorbeeld niet haalbaar. Juist die 'tussenruimtes', die informele momenten, ogenschijnlijk misschien niet zo belangrijk, zijn waardevol. Even kletsen tijdens het koffie drinken, de mogelijkheid tot inloop zonder vaste afspraken, telefoonnummers uitwisselen en elkaar 'lezen' terwijl je elkaar in de ogen kijkt. Dit geldt voor zowel nieuwkomers als 'queer communities'.”

(Uit: 'Krachtig in kwetsbaarheid' – initiatiefneemster community-platform/kunstenaar)

Ook sleutelfiguren zelf hadden het tijdens de pandemie moeilijk en werden kwetsbaar voor het virus maar ook door het wegvallen van de scheiding tussen werk en privé. Ze moesten waken voor hun sociale en mentale welzijn vanwege overbelasting. Dit speelde vooral in die sectoren waar ze met kwetsbare cliënten te maken hadden en zeker als ze zelf ook een gezin hadden om voor te zorgen. Empathie en compassie – belangrijke ingrediënten in het cliëntcontact – waren sleutelbegrippen om een passende weg te vinden, maar ook zelfzorg en (zelf)verantwoordelijkheid voor naasten.

“Eigenlijk zijn wij door corona zelf ook kwetsbaar geworden. Een fysieke scheiding tussen werk en privé helpt [normaliter] om afstand te nemen van de heftige problematiek die je soms tegenkomt. Het beschermplaagje dat je nodig hebt voor dit werk brokkelde af door het vele thuiswerken. En als je dat beschermplaagje kwijtraakt ... dan word je ook sneller moe en dan slaap je minder goed. Gelukkig gaat het allemaal redelijk en ben ik, hè, nog in control en nog niet ziek thuis. Maar op een gegeven moment balanceer je wel op een rand dat je denkt van: ja, dit moet niet zo heel erg lang zo doorgaan, omdat je je ook inderdaad verantwoordelijk voelt voor je cliënt. Ik voel me ook verantwoordelijk voor mijn kinderen. Eh, eh voor mezelf, voor mijn man.”

(Uit: 'In de jeugdzorg moet je de ander 'tevoorschijn luisteren'' medewerker Kinderbescherming)

10.3.3. Sociale ongelijkheid uitvergroot

Zoals uit paragraaf 10.3.1 al duidelijk werd droegen de pandemie én de coronamaatregelen, direct en indirect bij aan de al (deels al bestaande) sociale ongelijkheid. De coronacrisis legde een aantal ongelijke gevolgen en zwakke plekken bloot van mensen en in organisaties. Kwetsbaarheden van mensen en ongelijkheid in

de toegang tot voorzieningen en andere hulpbronnen (zoals subsidies) zijn door de pandemie en de maatregelen uitvergroet. In verschillende contexten waren de gevolgen hiervan zichtbaar.

"[...] een deel van de cliënten, vooral de cliënten met licht verstandelijke beperking, die zijn gewend om te gaan en te staan. En ontnemen ook veel aan de zelfstandigheid die zij inmiddels hebben ontwikkeld hè. Doordat we hen hebben getraind om zelf boodschappen te doen, sociale contacten te onderhouden. Daar ontnemen zij veel eigenwaarde aan. En dan ineens zeggen... thuisblijven, ja, dat is echt heel moeilijk natuurlijk."

(Uit: Dagbesteding in de zorg – adviseur beleid/kwaliteit)

Kunstenaars en zzp'ers werden harder getroffen dan anderen doordat de tijd ineens leek stil te staan en verdere ontwikkeling onmogelijk bleek. Vooral het gebrek aan perspectief speelde op.

"Ik was net gestart met mijn tweede avondvullende voorstelling en mijn carrière als cabaretier ging als een speer. Tot die plots met een noodgang stil kwam te liggen. Alsof ik op de snelweg reed, in z'n vijf, en iemand ineens 'aan de handrem trok'."

(Uit: 'Op zoek naar cultuur' – cabaretier/acteur).

Toen de theaters sloten moest hij op zoek naar oplossingen. Zijn voorstelling digitaal maken? Bij deze cabaretier paste dat niet:

"Die oudejaarsvoorstellingen zonder publiek, pijnlijk om te zien. Optreden hoort op het podium. In een zaal, met mensen erbij."

(Uit: 'Op zoek naar cultuur' – cabaretier/acteur).

Voor mensen die geen vaste woonplek hadden of beperkte kennis van de Nederlandse taal was het extra moeilijk. Dat deed iets met het toch al broze vertrouwen in de overheid.

"We zien dat deze groep [daklozen, veelal uit Oost Europa] grotendeels buiten de boot valt. Ook ontbreekt vanuit zorg ieder zicht op wie zij zijn, al zijn velen wel bekend bij 'Veiligheid'. Wat vooral lastig is, is dat medewerkers op deze manier ook geen band met de mensen kunnen opbouwen waardoor je ze ook niet goed kan helpen. Want alleen door een goed contact en juiste bejegening kan het noodzakelijke vertrouwen worden hersteld."

(Uit: 'Zonder dak boven je hoofd is het moeilijk thuisblijven' – coördinator daklozenopvang)

In een wijk in Amsterdam-Noord, waar relatief veel mensen wonen met een lage opleiding en een migratieachtergrond, zagen sleutelfiguren hoe sommige mensen

het zich niet konden permitteren om het virus serieus te nemen en daardoor juist meer risico liepen. De beschikbare informatie via persconferenties, formele kanalen en websites bleek veel mensen niet te bereiken.

“Factor van belang bij de groep die de maatregelen niet serieus neemt, is dat deze mensen al jaren in armoede leven, een complex leven vol problemen hebben en vaak aan alles tekort hebben gehad. Dan maakt een virus het verschil niet meer, daar laten ze zich dan ook niet door afschrikken. Om de maatregelen goed te laten landen is dan ook vaak een ‘face-to-face’ vertaalslag nodig, zodat de maatregelen en het nut ervan goed worden begrepen. De overheid denkt na de persconferentie dat iedereen het wel begrepen heeft, maar dat is echt niet zo. Voor ons begint het dan pas.”

(Uit: ‘Free Food Market: in of uit de schaduw’ – opbouwwerkster).

10.3.4. Sleutelfiguren op de bres voor sociale verbinding en kwaliteit van werk en zorg

Het onderzoek wierp in het bijzonder licht op het handelen van respondenten (‘sleutelfiguren’) die er enerzijds voor zorgden dat de corona-veiligheid zo goed mogelijk gewaarborgd was binnen hun context en anderzijds alles in het werk stelden om mensen met elkaar in verbinding te brengen en ervoor te zorgen dat de kwaliteit van leven, werk en zorg werd bewaakt of waar nodig hersteld. Deze sleutelfiguren bedachten maatwerk-oplossingen om binnen-, en buitenruimten aan te passen en pasten protocollen en werkwijzen aan om naleving binnen hun eigen praktijken makkelijk te maken. Hun handelen was vooral gericht op ‘de boel bij elkaar houden’ en het gebrek aan sociale verbinding of verlies van bestaanszekerheid te herstellen. Zowel professionals in instellingen als informele sleutelfiguren in wijken en buurten toonden moed in het oplossen van conflictueuze situaties. Creativiteit en improvisatiecapaciteit werden aangesproken. Ook boden de sleutelfiguren financiële, sociale en mentale steun aan mensen om met de negatieve gevolgen van de maatregelen om te gaan. Hiermee respecteerden zij de mensenrechten in de brede zin van het woord.

“We zagen dat er meer eenzaamheid was, maar ook dat de vrouwen te maken hadden met een slechte conditie en overgewicht. [...] Veel vrouwen hebben vooral nu grote behoefte aan gezelligheid en samen iets doen. Dit [voetbal] initiatief is sociaal en financieel laagdrempelig. [...] En het gaat om meer dan alleen sport: de vrouwen doen nieuwe vriendschappen op en wisselen veel informatie uit.”

(Uit: ‘Krachtvrouwen ondersteunen elkaar door dik en dun’- informeel initiatiefnemer)

In een instelling voor mensen met een aangeboren hersenafwijking werd de behoefte om elkaar te ontmoeten en emotioneel aan te raken zichtbaar.

“Er kwamen gesprekken op gang over eenzaamheid en zingeving en over de behoefte aan contact. Deze cliënten hebben al relatief weinig mensen om zich heen en dat is in deze situatie nog nijpender. Met behulp van mobiele telefoons en tablets hebben we een video gemaakt waarin cliënten, personeelsleden en vrijwilligers in een handendans op elkaar reageren. Hierdoor maakten zij contact met elkaar en leerden zij elkaar op een andere manier kennen. Wat nog overblijft, is dat je elkaar wel emotioneel kan aanraken, dat kan nog steeds op afstand.”

(Uit: ‘Dagbesteding: Van maatwerk naar meerwaarde’ – dag-begeleider/muziekagoog)

Sleutelfiguren kwamen op voor het behoud van de kwaliteit van werk en zorg. Ze wilden hun werk kunnen blijven doen volgens de kwaliteitsstandaard die ze daarvoor hadden. Sociaal contact bleek cruciaal voor het op peil houden van de bestaanszekerheid, de conditie, de kwaliteit van zorg, werk, onderwijs en tal van andere activiteiten. Sleutelfiguren kenden de noden van mensen binnen hun eigen context, erkenden deze en zagen waar hulp en ondersteuning nodig was. In alle voorbeelden (zonder uitzondering) zien we dan ook terug dat het behoud van de intermenselijke relatie, bij voorkeur op laagdrempelige wijze, een cruciale drijfveer was voor het handelen van sleutelfiguren.

“De impact [van de maatregelen, ck] zat veel meer in het vak dat wij doen, huiselijk geweld, kindermishandeling. Ik vind dat geen vak om vanuit huis uit te voeren. Dus daarin vind ik ook dat je je collega nodig hebt en dat je, dat je bij elkaar moet zijn om te kunnen sparren over de casussen die je hoort, de gesprekken die je voert aan de telefoon, dat je met elkaar moet kunnen meedenken, dat je elkaar moet kunnen horen in het advies wat je geeft. Ik heb daarom ook zorg over de kwaliteit van wat er geadviseerd wordt of wat er mee gedaan wordt.”

(Uit: ‘In de jeugdzorg moet je elkaar tevoorschijn luisteren’ – medewerker Veilig Thuis)

“Wat nodig is, is gewoon open in gesprek blijven met jongeren, dan heb je al heel snel je lijntje volgens mij, zonder oordeel. (...) En ja ook, we zijn gewoon, eh, creatief en een beetje flexibel.”

(Uit: ‘Op straat is het soms veiliger dan thuis’ – jongerenwerker).

Alhoewel sleutelfiguren op het belang van de maatregelen hamerden en zelf vaak het goede voorbeeld gaven werd er soms voor gekozen de maatregelen niet (helemaal) op te volgen of de randen op te zoeken van wat men dacht dat veilig was. Het intermenselijk contact en kwaliteit van leven wogen soms zwaarder dan het risico op COVID-19. Een directeur van een basisschool vertelt hieronder hoe de medewerkers na de eerste lockdown geconfronteerd werden met een probleem:

“Ons gebouw was niet in orde en de ventilatie heel slecht. De maatregelen van de overheid, ná de eerste lockdown, schreven voor dat we alle kinderen hele dagen in school

onderwijs moesten aanbieden. Maar dat was onder de omstandigheden niet veilig en betekende daarnaast dat leerkrachten gedurende de dag geen pauze konden nemen. Dat wilden we uitdrukkelijk voorkomen. We hebben toen besloten van de regels af te wijken. We hebben de groepen gesplitst: de ene helft kreeg in de ochtend les, zonder pauze. De andere helft in de middag. Ook zonder pauze. Dat werkte goed maar het was tegen de regels van de overheid in.”

(Uit: ‘Basisonderwijs: als thuiswerken een schrikbeeld is’ – directeur).

Vaak lukte het al doende een passende oplossing te vinden, maar niet altijd.

“Vooral aan het begin van de pandemie was er veel rigiditeit. Ik ga dan tot het uiterste om een passend afscheid mogelijk te maken. Ik sta ‘als een leeuw’ voor de familie en meestal is er dan een oplossing te vinden. Dat lukt helaas niet altijd.” (Uit: ‘Troost op afstand’ – begeleider begrafenissen)

10.3.5. Leren door te doen, te luisteren, ‘stem’ te geven en onzekerheid te accepteren

Wat we ontdekten was dat het leren via ‘*learning by doing*’, ‘*trial and error*’ ‘vallen en weer opstaan’ verloopt. Het leren vond plaats in en tussen menselijke interacties in de dagelijkse praktijk ‘terwijl mensen met elkaar samen dingen doen’. Het is een continu proces. Dit had te maken met de voortdurende onzekerheid en onvoorspelbaarheid van de situatie tijdens een pandemie. Niemand wist wat de dag van morgen bracht. Vooruitplannen werd haast onmogelijk. Meestal waren er dan ook geen heel ingewikkelde interventies nodig om in verbinding met elkaar te blijven. Sleutelfiguren zorgden ervoor dat mensen stoom konden afblazen en dat hun problemen werden gehoord en erkend. Een docent op een praktijkschool licht hieronder toe wat hij vond dat het belangrijkste was om jongeren te motiveren de maatregelen te volgen:

“Het gesprek blijven voeren over maatregelen en wat er gebeurt in de maatschappij. Soms in een geintje en soms in een serieus gesprek. Natuurlijk moeten ook deze jongeren zich aan de maatregelen houden die voor iedereen in Nederland gelden. Maar het is belangrijk dat leerlingen zich ook gehoord voelen. Als er geluisterd wordt en er komt een gesprek tot stand, dan kunnen er ook dingen verhelderd worden en kunnen ze beter uitgelegd krijgen waarom bepaalde regels nou echt zo nodig zijn. Dat maakt dat er meer bewustwording en begrip is.”

(Uit: ‘Praktijkschool-over-minirampen-en-vindingrijkheid’ – docent)

Er werden slimme oplossingen bedacht om de jongeren een ‘stem’ te geven om hun problemen voor een breder publiek voor het voetlicht te brengen. Een stichting voor jeugd- en jongerenwerk maakte met jongeren een film over de effecten van corona op hun leven. De directeur en een wethouder vertelden ons over de achtergrond ervan

en hoe er zodoende contact met bestuurders in de gemeente op gang kwam. Via de film kregen de jongeren een stem.

“Het is een middel om met elkaar in gesprek te komen. Om op afstand te luisteren wat jongeren te vertellen hebben. Het is eveneens een manier om met jongeren die nu niet in beeld zijn toch in contact te komen.”

(Uit: ‘Op straat is het soms veiliger dan thuis’ – directeur jongerenwerk)

De stichting verspreidde de film met een lesbrief onder alle scholen in de regio en stuurde deze aan verschillende raadsfracties. De wethouder pakte de handschoen op en gaf de jongeren erkenning.

“Samen met de burgemeester ga ik met een aantal van deze jongeren in gesprek. We weten dat dit een verwarrende tijd is voor jongeren en we willen weten hoe het met ze gaat. Daarin volgen we ook het advies van de Rijksoverheid om in gesprek te blijven met jongeren. Maar vooral willen we hen laten weten: wij zien jullie. Laat je horen!”

(Uit: ‘Op straat is het soms veiliger dan thuis’ – Wethouder Jeugd in een gemeente)

Organisaties toonden en stimuleerden veerkracht als reactie op de steeds veranderende situatie en gebeurtenissen. In een museum hadden ze vanwege de beangstigende onvoorspelbaarheid besloten de dynamiek dan ook maar te *accepteren als standaard-‘mindset’* (*‘accepting dynamics by default’*)

“Intern werd er steevast na een persconferentie gecommuniceerd met alle medewerkers: een vertaalslag van wat de landelijke maatregelen zouden betekenen voor het Museum. Er was goed nagedacht over de toon: ‘we weten niet wat de toekomst brengt, maar let’s stay cool, calm & collected’. Oftewel: we laten ons niet gek maken, want daar schieten we niks mee op.”

(Uit: ‘Hoe een gesloten museum toch open kan zijn’ – hoofd communicatie en marketing museum)

10.3.6. Vertrouwen moet je (op)bouwen

Vertrouwen bleek als waarde centraal te staan bij de naleving van maatregelen. We hoorden dikwijls dat vertrouwen wordt opgebouwd in de sociale relatie tussen mensen en dat dit tijd kost. Mensen hebben of krijgen vertrouwen als ze het gevoel hebben dat er naar hun noden, wensen en behoeften wordt geluisterd en iemand (de overheid) er notie van neemt (zie H. 9). Omdat er veel desinformatie circuleerde tijdens de pandemie was het extra nodig in de relatie tussen de overheid, de instituties en burgers te investeren. Sleutelfiguren werkten van binnenuit aan dit vertrouwen, maar weken daarom soms ook van de regels af en hadden hierbij zelf ook ondersteuning nodig.

“Ik denk dat dat de grootste winst is van de afgelopen maanden, dat we een relatie hebben kunnen opbouwen met deze mensen, dat ze bij ons bekend zijn, en dat je op basis van relatie angsten en dat soort dingen bespreekbaar kan maken en vanuit vertrouwen mensen tot bewegen aan kan zetten. En dat is gelukt. Niet bij iedereen. Er waren een aantal mensen die zeiden van ‘Joh uh, val me niet lastig, ik wil het [vaccinatie] echt niet.’ Tja.”

(Uit: ‘Zonder dak boven je hoofd is thuisblijven onmogelijk’ – coördinator daklozenopvang)

Ook de initiatiefnemer van de voedselbank besloot volop voor het vertrouwen te gaan:

“Ik ga heel voorzichtig te werk en vraag niet om privégegevens. Als mensen zelf aangeven in een gesprek ergens hulp bij nodig te hebben dan zal ik ze altijd eerst vragen of ik ze in contact mag brengen met een officiële instantie. Ik rapporteer de trends die ik zie aan de gemeente. Maar meer ook niet. Mensen moeten weten dat ze bij mij veilig zijn.”

(Uit: ‘Free Food Market: in of uit de schaduw’ – initiatiefneemster)

De grote nadruk op de maatregelen en het voortdurende corrigeren deed wat met de mensen in de wijk, zo ondervond ook een opbouwwerkster die in een ontwikkelwijk actief was.

“En alle vertrouwen dat ik met de mensen heb opgebouwd, ja, ze moeten niks meer van me hebben, want ik kom hen alleen maar de hele tijd corrigeren.”

(Uit: ‘Free Food Market: in of uit de schaduw’ – opbouwwerkster)

10.4. Reflectie: afwegen vanuit praktische wijsheid

In dit empirisch onderzoek laat ik zien hoe het (preventief) afwegingsproces rond het naleven van de coronamaatregelen verloopt in diverse sociale praktijken waarbinnen sleutelfiguren acteren. De ethische afwegingen die de sleutelfiguren voortdurend moesten maken waren van belang voor preventie. Enerzijds moesten de sleutelfiguren voldoende gezondheidsbescherming bieden aan de diverse groepen waarvoor ze verantwoordelijk waren, terwijl ze anderzijds ook de kwaliteit van leven, werk en zorg moesten bewaken. Gezondheid is echter een breed begrip (zie H. 3) en daarin schuilt de ambiguïteit die in dit hoofdstuk en vooral in de dilemma’s zichtbaar wordt (zie ook H. 9). Want hoe weeg je het directe (korte termijn) risico op een COVID-19 infectie af tegen het risico op verlies van sociale verbinding met (op de lange termijn) mentale problemen als mogelijk gevolg? Welk doel streef je na en welke middelen zet je daarbij in? Welke rol speelt context daarbij? Uiteraard was ziektepreventie het centrale doel van het handelen. Daar ging het tenslotte in eerste instantie om. Deze waarde botste echter dikwijls met andere belangrijke doelen en waarden, zoals sociale verbinding en kwaliteit van leven.

In deze paragraaf kom ik allereerst beknopt terug op de notie van Nussbaum rond 'niet-wetenschappelijk afwegen' (zie H. 9). Daarna wordt vanuit de vraagstelling van dit promotieonderzoek gereflecteerd op een aantal centrale bevindingen uit fase A en B van het RIVM onderzoek. In het bijzonder put ik hierbij tevens uit Paul Ricoeurs reflexieve filosofie en hermeneutiek van het menselijk handelen in sociale praktijken, zoals dat in zijn boek *Oneself as Another* (1992) tot uitdrukking komt.²³⁰ Via Ricoeurs ethiek tracht ik het ethisch handelen van de sleutelfiguren diepgaander te begrijpen en daar 'taal' aan te geven. Het is hierbij overigens niet mijn bedoeling dit handelen – hoewel het zeker positief en hoopvol is voor preventie – te romantisieren. Het lukte de sleutelfiguren namelijk niet altijd om kwetsbaren in voldoende mate te beschermen. Naast de verhalen die in ons onderzoek zijn opgetekend zijn ongetwijfeld andere verhalen te plaatsen waaruit mogelijk een minder zorgzaam beeld rijst. De reflectie in dit hoofdstuk betreft alleen de verhalen die wij optekenden. Het waren verhalen die de mensen aan ons wilden vertellen omdat zij het zelf belangrijk vonden dat hun situaties, doelgroepen, praktijken, worstelingen en oplossingen voor het voetlicht werden gebracht.

10.4.1. Afwegingen ten behoeve van het goede leven: een menselijk proces

Menselijk afwegen in de alledaagse praktijk

Wat dit onderzoek voortdurend, binnen elke context in beeld brengt, is het afwegingsproces rond de preventie van COVID-19 en de dilemma's waar de sleutelfiguren elke dag opnieuw mee werden geconfronteerd omdat er veel op het spel stond. Over dergelijke afwegingsprocessen zegt Nussbaum het volgende: "In een ethisch onderzoek kijken we naar hoe mensen gewoonlijk functioneren" [en] "we zoeken daarbij ook wat de gemeenschappelijke en wat te onderscheiden elementen daarbij zijn – omdat we een leven willen waarin alles is opgenomen wat ons tot ons maakt." (Nussbaum, 2013, p. 408).

Hoewel het misschien utopisch is om een leven te willen waar 'alles' is opgenomen wat 'ons tot ons' maakt, raakt Nussbaum hier wel iets van belang. Hier refereert ze namelijk zowel aan de samenhang tussen persoonlijk functioneren (individuele identiteit) als ook aan dat wat 'ons tot ons maakt' (collectieve identiteit) waarmee ze impliciet refereert aan het belang van context (zie verder H. 11). Nussbaum stelt dat het afwegingsproces tussen waarden rond de vraag naar het 'goede leven' een 'menselijk' proces is dat door praktisch inzicht – opgebouwd door lange en brede ervaring – wordt aangestuurd (zie

230 Ik heb mij met de filosofie van Ricoeur vertrouwd gemaakt via de masterscriptie van Iris Hartog, zij schreef deze in 2012 voor de Universiteit voor Humanistiek. Daarnaast heb ik enkele hoofdstukken van Ricoeurs *Oneself and Another* beter kunnen lezen en begrijpen. Vooral Ricoeurs inzet om ethisch handelen te benaderen vanuit menselijke vermogens (human capability's) spreekt mij aan. Dit refereert ook in belangrijke mate met Nussbaums 'capability approach'. Om deze reden acht ik het verbinden van beide auteurs legitiem.

ook H. 9). Niet alleen cognitieve afwegingen maar ook waarden en emoties spelen hierbij een rol. Ze noemt het *‘verlangend afwegen of afwegend verlangen.’* Er is altijd iets dat op het spel staat en waar het verlangen op is gericht dat moet worden beschermd.

Dat ‘afwegen’ vond in deze praktijken overigens niet volgens een vooraf bepaalde procedure plaats. Er was meestal geen tijd voor uitgebreide morele overwegingen, al werd er overal dialoog gevoerd over pragmatische oplossingen. Er was sprake van een pandemische situatie die – zeker in het begin – gepaard ging met gevoelens van angst en onzekerheid over de wijze waarop het virus zich verspreidde. In 2020 bijvoorbeeld was er geen sprake van een vaccin en ook ontbraken mondkapjes en andere beschermingsmiddelen. De regels vanuit de overheid (die de generieke norm vaststelde) waren het enige houvast om de crisis af te wenden in de eigen specifieke situatie. De sleutelfiguren waren er niet op voorbereid en werden er zeker in het begin – na de persconferenties – ook niet in begeleid. Organisaties en netwerken waren van belang voor het vinden van praktische oplossingen voor specifieke dilemma’s en problemen die door de maatregelen in de eigen context ontstonden.

Oefeningen in praktische wijsheid

Nussbaum (2013) en Ricoeur (1992) gebruiken bijna gelijkkluidend vocabulaire, respectievelijk ‘praktisch inzicht’ en ‘praktische wijsheid’,²³¹ als ze het hebben over het vermogen van mensen om in concrete situaties en praktijken antwoord te kunnen geven op complexe vragen (zie de inleiding van dit hoofdstuk). Praktisch inzicht gaat aan praktische wijsheid vooraf. Volgens de ethiek van Ricoeur vraagt het handelen in een pluralistische samenleving en in complexe praktijken “om een vorm van ‘praktische wijsheid’ die het ethische streven aan een kritische dialoog onderwerpt (de ‘zeef van de norm’), maar deze normen niet isoleert en het laatste woord laat hebben. In de concrete praktijken komt het particuliere en bijzondere van situaties en personen in beeld die door de universaliserende normen aanvankelijk worden uitgezuiverd” (oftewel genegeerd, zie Hartog, 2012, p. 71). Wat sleutelfiguren doen is precies dat ‘particuliere en bijzondere van situaties en personen’ aandacht geven en afwegen tegen de ‘universaliserende norm’ van de overheid (de coronamaatregelen).

Ricoeur (1992) definieert het ‘ethische streven’ als ‘streven naar een goed leven, met en voor anderen, in rechtvaardige instituties’ (zie ook H. 9). Ricoeur betreft in zijn uitleg en definitie van het ethisch streven de ethiek van Aristoteles op drie niveaus. Hierin verbindt hij het ‘zelf’ met ‘de ander’ en tot slot met ‘het ieder’. Deze niveaus zijn met elkaar verbonden (zie ook H. 12, paragraaf 12.4.1). Het is het ethisch (onder)handelen en streven van de sleutelfiguren, die bij tal van anderen, bij organisaties én instituties betrokken zijn, dat in de vele afwegingen zichtbaar wordt. In de overheidsregels lag een collectief gevoelde verplichting om zo te handelen dat de (gezondheids-) schade voor mensen zelf en voor anderen zo goed als mogelijk kon worden beperkt. In de nijpende bijzondere situatie binnen de eigen context (verstoord contact, verstoorde werk- of

231 Buchanan spreekt hier over praktische rede (zie H. 9).

zorgrelatie) lag echter de wens en roep om het goede te doen om mensen met elkaar te verbinden en de situatie naar eigen inzicht fysiek en sociaal zo goed als mogelijk was in te richten. In dit handelen kwam zowel het ‘goede willen doen’ als het ‘juiste willen doen’ doen samen (zie H. 9 en 11). In de verhalen werden argumenten gegeven waarom ‘zus’ of juist ‘zo’ was gehandeld. Door erover te spreken kregen de sleutelfiguren ook de kans zichzelf te leren kennen en bevestigden ze hun verantwoordelijkheid en identiteit.

In hermeneutische optiek is de mens een wezen dat in de taal en in verhalen leeft (Hartog, 2012, p. 65). Het verhaal construeert het sociale leven vanuit de identiteit van het personage, die we dus zijn of haar ‘narratieve identiteit’²³² kunnen noemen. Het ‘zelf’ heeft niet rechtstreeks toegang tot zichzelf maar kan alleen via de omweg van het verhaal een antwoord geven op de vraag ‘wie ben ik?’ stelt Ricoeur (1992, p. 86). In het begrijpen van onszelf, door het vertellen van ons levensverhaal, geven we betekenis aan de gebeurtenissen in ons leven. Belangrijk is het daarom de verhalen ook als ‘instrument’ in een proces te zien. Sleutelfiguren bezaten niet van tevoren de ‘praktische wijsheid’ die nodig was, maar konden gaandeweg in hun eigen praktijk oefenen met de maatregelen, de gevolgen ervan zien en daarvan leren. Verhalen hebben, volgens Ricoeur, daarmee de functie van *oefeningen in praktische wijsheid* (ibid., p. 75). Zoals een docent van de praktijkschool aangaf was het in de praktijk altijd zoeken naar een goede balans: “Het is altijd de grens opzoeken tussen haalbaarheid en de regels.”²³³

Handelen vanuit een ‘voorverstaan’

Volgens Nussbaum wordt praktisch inzicht opgebouwd door lange en brede ervaring. Ricoeur heeft het over ‘voorverstaan’: mensen beschouwen (al verhalend) niet louter de fenomenen om hen heen, maar interpreteren ervaringen altijd vanuit de geschiedenis en cultuur en hun eigen levensverhaal (De Boer over Ricoeur, 1993 in Hartog, 2012, p. 65). Dit ‘voorverstaan’ ligt in de narratieven die in dit hoofdstuk belicht worden besloten en is in generieke beleidsmaatregelen soms ver te zoeken. Sleutelfiguren (formele én informele) kenden de context, hun klanten, cliënten en de medeburgers waar ze verantwoordelijk voor waren en zagen hun noden als geen ander. Vanuit deze kennis handelden ze op intermenselijk niveau als vanzelf (bijna intuïtief), al was het toch ook nooit vanzelfsprekend. Het kostte hen immers tijd en energie en er was dus ook iets voor nodig. In de taal van de sleutelfiguren die daarbinnen actief waren ontdekten we hun kennis (denk ook aan ‘tacit knowledge’, zie H. 4) van doelgroepen en leerden we van hun inschattingen in tal van situaties. We leerden ook van hun visie op de crisis, van hun verstaan van wat goede preventie van COVID-19 was en wat daarvoor nodig was.

232 Volgens Ricoeur bestaat de identiteit van een persoon of gemeenschap voor een groot deel uit identificaties met waarden, normen, idealen, rolmodellen en helden, in wie de persoon of gemeenschap zich herkent. ‘Het andere’ maakt dus deel uit van onze identiteit, niet alleen in de vorm van anderen in wie wij onszelf herkennen, maar ook in onze waarden en idealen (zie Hartog, 2014, p. 78)

233 Quote uit: ‘Praktijkschool: over minirampen en vindingrijkheid’ – teamleider (zie tabel 10.1, verhaal 18).

10.4.2. Verlangens en drijfveren

In deze paragraaf reflecteer ik tot slot – onder andere met de filosofie van Ricoeur – nog op enkele specifieke elementen die een rol speelden binnen het afwegingsproces. Ik ga dieper in op welke verlangens primair op het spel stonden, waar de sleutelfiguren precies op acteerden en belicht daarbij enkele kernbegrippen die veel opdoken in de gesprekken met de sleutelfiguren.

Het verlangen naar het sociale als primaire drijfveer

De handmatige analyse van alle verhalen in deze eerste twee fasen verduidelijkte waar het alle sleutelfiguren in hun preventieve handelen om te doen was. In tal van begrippen en verschillende woorden en zinsneden rond het handelen en de uitleg erover zit het *'verlangen'* naar (het herstel van) intermenselijk contact in de realiteit van het alledaagse leven. Het elkaar niet meer kunnen *zien*, niet meer (emotioneel) kunnen *aanraken*, niet *knuffelen* of *stoeien*, elkaar niet meer *in de ogen kunnen kijken* en het elkaar soms ook niet meer (letterlijk en figuurlijk) *'verstaan'* woog voor velen misschien nog wel zwaarder dan (het risico op) het *'ziek'* worden ten gevolge van het virus. De kern van een sociale relatie is volgens Ricoeur (1992, zie H. 9) dat je de ander echt ziet, dat deze een *'gezicht heeft'* en dat mensen waarachtig moreel betrokken zijn op elkaar. In tal van citaten die in dit hoofdstuk worden weergegeven zien we terug hoe groot het verlangen naar *'face-to-face'* contact is, waarbij mensen elkaar *'in de ogen kunnen kijken'* of kunnen *'aanraken'*. Kan dat niet, dan komt de sociale veiligheid onder druk te staan en dit is vooral voor groepen die in kwetsbare posities verkeren risicovol. Het herstel van écht contact en verbinding tussen mensen is dan ook als belangrijkste drijfveer van de sleutelfiguren naar boven gekomen.

Zorgzaamheid als respons op het appèl van de ander vanuit gedeelde kwetsbaarheid

In de dilemma's zien we de universaliserende (morele) norm, de verplichtende regels van de overheid als een jas die niet iedereen past. De universele waarde van gezondheidsbescherming en de particuliere en situationele *'sociale'* normen en waarden botsen dan ook dikwijls met elkaar. De *'plicht'* om de (universele en collectief geldende) maatregelen van de overheid na te leven werd overal gevoeld. De sleutelfiguren voelden echter ook de morele *'plicht'* die in hun eigen sociale praktijken²³⁴ uitging van het appèl van de ander én vanuit hun eigen waarden, beroepscode en -eer. Wat in de intenties van veel sleutelfiguren zichtbaar wordt is de zorgzaamheid en betrokkenheid ten aanzien van het wel en wee van de ander. Hier zien we Ricoeurs *'solicitude'* als een vorm van waarachtige betrokkenheid, trouw en zorgzaamheid (Ricoeur verwijst hier ook naar *'vriendschap'*) naar de oppervlakte komen (zie H. 9). Hartog stelt naar Ricoeur dat

234 Praktijken daarentegen vormen in de beschrijving van Ricoeur een geheel van langere ketens van handelingen, waarbij er afwegingen worden gemaakt en gevolgen ingeschat: de ene handeling wordt verricht om de volgende te kunnen verrichten.

zowel zelfzorg als zorg voor de ander het gevoel van eigenwaarde (*'self-esteem'*) voedt en dat dit mede de identiteit van het zelf vormt. Eigenwaarde is omgekeerd ook alleen mogelijk wanneer wij ook achting hebben voor anderen *'zoals mijzelf'* (Hartog, 2021, p. 119, zie H. 3). In de optiek van Ricoeur is het gevoel van eigenwaarde nodig om het appèl van de ander te kunnen horen en er aan tegemoet te komen vanuit spontane welwillendheid. Ricoeur: "Het appèl van de ander activeert en articuleert het goede in mijzelf oftewel brengt het goede in mij naar boven, wat bijdraagt aan mijn gevoel van eigenwaarde en vorming van mijn identiteit." (zie ook H. 11).

Die welwillendheid is fundamenteleler dan de universele 'plicht', stelt Ricoeur (ibid., p. 117). Met die 'ander' wilden ze *'in contact blijven'*, die wilden ze niet *'in de steek laten'*. Hun handelen moest binnen de eigen context begrijpelijk, uitlegbaar en passend zijn en de beroepseer mocht niet verloochend worden. Het dilemma en het innerlijk conflict zat steeds in het tegelijkertijd willen naleven van de coronaregels én het koesteren van eigen toekomstgebonden en persoonlijke waarden. Omdat de crisis iedereen op het zelfde moment trof en overall levens en de gezondheid aantastte (ook bij 'gezonde' mensen) was er ook een besef van *'gedeelde' kwetsbaarheid*. Volgens Ricoeur is *'gedeelde kwetsbaarheid'* een uiting van 'sympathie': "Het lijden van de ander laat mij stilstaan bij de kwetsbaarheid en eindigheid van het menselijk leven waar wij beiden in delen." (ibid., p. 117). In zijn optiek voegt dit besef van *'gedeelde kwetsbaarheid'* ook nog iets belangrijks toe aan zorgzaamheid, namelijk *gelijkheid*. Het is de verbinding tussen het gevoel van eigenwaarde en zorgzaamheid die voortkomt uit de gelijkenis: "ik acht mijzelf van waarde en van daaruit ook de ander, een zelf zoals als ik, kwetsbaar en sterfelijk zoals ik" (ibid., p. 118).

Herstel van coherentie, zin- en betekenisgeving

Het was niet vreemd dat door de sleutelfiguren veel 'taal' gaven aan het plotse karakter van de pandemie die alle routines, ontwikkelingen en gewoonten op zijn kop zette. Het zijn immers de gewoonten, de vanzelfsprekendheden en routines die het leven coherent maken. Zoals Berger en Luckman in 1966 het verwoordden: "Everyday life presents itself as a reality interpreted by man and subjectively meaningful to them as a coherent world" (p. 33). Als niets meer coherent of vanzelfsprekend is wordt het logisch dat alles in het werk wordt gesteld een nieuwe – bij de context passende – balans te vinden. Inzetten op *verbinding, coherentie, zin- en betekenisgeving* waren dan ook de sleutelwoorden in de beschrijvingen van het handelen van de sleutelfiguren (zie ook Ruiters et al., 2022). Het handelen van de sleutelfiguren was erop gericht nieuwe wegen en routines te vinden waardoor het leven – in ieder geval tijdelijk – weer als coherent kon worden beschouwd en in relatieve geborgenheid 'normaal' kon worden voortgeleefd.²³⁵ Zingeving zit in de gerichtheid op de ander en in het gezamenlijk handelen, stelt Ricoeur (1992). Zingeving zat in het 'in gesprek met elkaar blijven', met

235 Zie ook Antonovsky met zijn theorie Sense of Coherence (SOC) in H. 5.

elkaar ‘in een constructieve dialoog gaan’.²³⁶ Het zat in de kleine mini-persconferenties waarbij iedereen zijn vragen kon stellen, in het samen kritiek uiten op de regels, in het samen met het personeel de ruimtes opnieuw inrichten of het archief opruimen, in het opstellen van nieuwe werkroosters of het vinden van een nieuwe organisatiemissie. Zingeving zat in het samen doen, samen spreken, angsten delen, gehoord worden en de boel weer op orde krijgen. Dit ging met vallen en opstaan. Leren door te doen was het credo. In het gezamenlijk handelen, de *constructieve dialoog* en het *gezamenlijk leerproces* dienden ‘werkzame oplossingen’ zich aan. Dit waren meestal geen ‘perfecte’ maar vaak wel betrokken en laagdrempelige werkbare oplossingen.

Aanpassingsvermogen en flexibiliteit: niet voor iedereen

Als gewoonten worden verstoord en dagelijkse routines op zijn kop staan wordt ‘het gewone’ of ‘normale’ een richtpunt en focus van een ‘hartstochtelijk’ verlangen (bijv. ‘*ik wil oma blijven zien*’). Handelingen die eerst routine waren en bijna gedachteloos werden uitgevoerd krijgen daardoor meerwaarde. Professionals en mensen die voldoende hulpbronnen hadden lukte het om zich aan te passen en de veranderingen op te vangen. Ze stelden zich na verloop van tijd veerkrachtig op in een steeds veranderende werkelijkheid (*‘accepting dynamics by default’*). Echter, voor mensen die zich in kwetsbare posities bevonden (denk aan mensen met een licht verstandelijke beperking, mensen met dementie, daklozen, verslaafden) – mensen die al sociaal complexe of niet coherente levens hadden en sleutelfiguren die zelf hun ‘bescherm laagje kwijt waren’²³⁷ – bleek dat er grenzen aan dat aanpassingsvermogen waren. Het bleek dikwijls veel gevraagd om steeds maar flexibel te zijn. Juist voor hen zijn routines en regelmaat cruciaal omdat deze hulpbronnen houvast en zekerheid geven en kwaliteit van leven garanderen. Juist voor hen waren de betrokkenheid en het zorgzame handelen van de sleutelfiguren van grote betekenis om zich te kunnen *aanpassen én accommoderen* (cf, Van Ewijk, 2014, zie H. 3).

10.4.3. Typering van sleutelfiguren

In dit onderzoek kwamen zowel formele als informele sleutelfiguren naar voren als betekenisvolle personen voor mensen in kwetsbare posities, die tijdens de pandemie de greep op hun alledaagse leven kwijt raakten. Deze sleutelfiguren hebben als overeenkomstige en belangrijkste eigenschap dat ze zich sterk betrokken voelen bij de mensen die zich binnen hun context ophouden en voor wie ze zich verantwoordelijk

236 Ricoeurs zet in *Oneself as Another* de mogelijkheid uiteen dat de oriëntaties, overtuigingen en normen in een gemeenschap of traditie kunnen worden besproken in een kritische, maar tegelijkertijd constructieve, dialoog. De vraag naar ethiek en moraal wordt benaderd vanuit het menselijke handelen, gevormd in tradities en gemeenschappen, en ontvankelijk voor pluraliteit en ‘andersheid’ en gefundeerd in de menselijke vermogens tot interpretatie, dialoog en (morele) verbeelding (Wall et al., 2002, p. 3, in Hartog, 2012, p. 70).

237 zie citaat van een medewerker Veilig Thuis in paragraaf 10.3.2, afkomstig uit verhaal 14..

voelen. Daarnaast viel op dat deze sleutelfiguren veel kennis hebben over de doelgroepen in hun setting en een soort van natuurlijk gezag hebben in de zin dat ze door anderen worden vertrouwd.

De sleutelfiguren kunnen op basis van bovenstaande *getypeerd* worden als:

- *hulptroepen* van de overheid: de informele en formele sleutelfiguren kunnen in al dit preventief handelen niet per definitie worden beschouwd als een verlengstuk van de overheid, maar zij hielpen en waren van onschatbare waarde voor het implementeren van het coronabeleid;
- *verbinders*: op tal van manieren zorgden de sleutelfiguren voor herstel van de onderlinge verbinding voor mensen die extra hard getroffen werden door de pandemie, bij wie zij betrokken waren, van wie een appèl uitging en voor wie zij zich verantwoordelijk voelden;
- *schakelaars* tussen de verschillende niveaus en werelden. Waar nodig sloten ze nieuwe allianties en zorgden ze via 'learning-by-doing' voor leerprocessen en stimuleerden ze kennisuitwisseling op alle niveaus en tussen het micro-, meso- en macroniveau;
- *evenwichtskunstenars* in het voortdurend balanceren tussen alle waarden die er in die betreffende context toe doen en de dilemma's die deze context met zich mee bracht. Ze balanceerden tussen zelfzorg en de zorg voor de ander, tussen de bescherming van de gezondheid (regels van bovenaf) enerzijds en welzijn en kwaliteit van leven anderzijds (lokale situatie van onderop). Daar waar waarden en overtuigingen botsten gingen sleutelfiguren de dialoog aan en zochten ze samen met anderen naar pragmatische oplossingen, zodat niet alleen *aanpassing* maar ook *accommodatie* mogelijk werd;
- *hoeders van waarden als sociale gelijkheid ('social equity'), respect voor mensenrechten en sociale rechtvaardigheid*: sleutelfiguren moesten zowel voor zichzelf als voor anderen zorgen. Zij benaderden anderen als 'gelijken' vanuit een besef van 'gedeelde kwetsbaarheid' en sprongen waar nodig voor anderen in de bres. Ondanks dat zij de uitvoering van de coronamaatregelen meestal mogelijk maakten kwamen ze op vele manieren in actie bij een onrechtvaardig, onmenselijk of onacceptabel verlies van de kwaliteit van leven, werk en zorg.

10.5. Conclusie: de preventiologica van sleutelfiguren tijdens de pandemie

In dit hoofdstuk is het empirisch narratief onderzoek *Voorbeelden uit de praktijk* beschreven. Dit onderzoek is uitgevoerd voor de Corona Gedragsunit van het RIVM in de periode augustus 2020 – december 2022. In dit onderzoek werd onderzocht hoe mensen in diverse sectoren, contexten en praktijken de coronamaatregelen naleefden en volhielden in de tijd. In twee jaar tijd zijn 95 formele en informele sleutelfiguren uit

8 sectoren en 32 verschillende praktijken geïnterviewd. In co-creatie met hen zijn 32 narratieven opgesteld die op de website van het RIVM zijn gezet.²³⁸

In dit hoofdstuk belichten we met name (de logica van) het preventieve handelen van de sleutelfiguren in een tijd van de coronapandemie. De preventielogica van zowel formele als informele sleutelfiguren en organisaties kreeg door de 32 verhalen over alledaagse praktijken in heel verschillende contexten letterlijk een ‘gezicht’. In deze logica ontvouwt zich het menselijk afwegen vanuit de praktische wijsheid van de sleutelfiguren vanuit een ‘voorverstaan’ of bekendheid van de context en kenmerken van de groepen waarmee zij te maken hadden. Het afwegen diende enerzijds de bescherming van de gezondheid én anderzijds de bescherming en bevordering van de kwaliteit van leven, werk en zorg van burgers. Dat gold voor burgers in het algemeen en in het bijzonder voor groepen die het extra moeilijk hadden door de pandemie.

Wat we zagen was dat de pandemie en de maatregelen de kwetsbaarheid van mensen en groepen, in organisaties, netwerken en gemeenschappen vergrootten. De impact was nog groter op het welzijn en de kwaliteit van leven van groepen die een broze gezondheid hadden of zich in het dagelijks leven al met moeite staande konden houden. De sleutelfiguren brachten ervaring en kennis in over hun eigen context en doelgroepen en handelden waar mogelijk naar de generieke norm van de overheid. Ze maakten de uitvoering van de maatregelen binnen de eigen context makkelijker door praktische aanpassingen in de fysieke en sociale omgeving. Uit het onderzoek bleek bovenal dat sleutelfiguren het welzijn van hun achterban bewaakten en in actie kwamen bij een onrechtvaardig of onacceptabel verlies van de kwaliteit van leven, werk en zorg. Zo nodig pasten zij de regels aan en zochten zij in dialoog met anderen naar passende oplossingen bij de dilemma’s die ontstonden.

De logica van preventie die in dit hoofdstuk duidelijk wordt kan gekarakteriseerd worden als het *praktisch-ethisch streven* van sleutelfiguren, gericht op het continueren van het dagelijks leven van mensen die niet alleen risico liepen op besmetting, maar vooral ook op verlies van sociaal en mentaal welzijn en kwaliteit van leven. Belangrijke drijfveren of praktische doelen die de sleutelfiguren tot zorgzaam handelen aanzetten waren herstel van sociale verbinding en herstel van het dagelijks evenwicht door het samen zoeken en vinden van nieuwe routines binnen de eigen context en praktijken. Waar nodig boden de sleutelfiguren *praktische, sociale, financiële en morele steun* waardoor de veerkracht van mensen – in een tijd van aanhoudende onzekerheid – werd versterkt. Zij gingen *voor en naast kwetsbare mensen staan*, toonden *empathie en compassie* en zorgden er zo op verschillende manieren voor dat het dagelijks leven vooral voor mensen die zich in kwetsbare posities bevonden weer enigszins begrijpelijk, *coherent en betekenisvol* werd. Ook stimuleerden ze het leren van de praktijk (*learning by doing*) en overdracht van kennis. Op basis van deze narratieve analyse kan het handelen van

238 In H. 11 en 12 wordt het vervolg van dit onderzoek belicht (fase C en D, zie bijlage 10.2)

de sleutelfiguren getypeerd worden in rollen als: *hulptroepen van de overheid* (maar geen verlengstuk!), *verbinders*, *schakelaars*, *evenwichtskunstenars* en *hoeders van waarden die op het spel staan*.

Deze eigenschappen zijn deels geïnternaliseerd in het wezen van professionals en gekoppeld aan de waarden van organisaties en van netwerken van burgers die in wijken en buurten actief zijn. Ze dragen samen bij aan het vertrouwen dat zo belangrijk is en één van de belangrijkste premissen voor aan gezondheid gerelateerd gedrag. Oftewel: daar waar deze waarden niet gekoesterd konden worden stond in deze praktijken de naleving van de maatregelen en dus preventie van het virus op het spel.

In het volgende hoofdstuk wordt door het maken van een secundaire kwalitatieve analyse van de interviewtranscripten en een vignetstudie diepgaander onderzocht hoe de sleutelfiguren omgingen met de dilemma's en spanningen die op hun pad kwamen en wat zij daarbij tegen kwamen. Op deze wijze probeer ik – met inzet van sociale theorie – beter zicht te krijgen op de beschermende en preventieve basisfuncties die de sleutelfiguren, en de organisaties en netwerken van waaruit zij opereerden, vervulden en op de factoren die daarbij werkzaam waren.

11. Sociale kwaliteit als motief voor preventie (empirisch onderzoek fase C)

The fulfillment of the idea of equality implicates both the moral dimension of equal respect and the economic issue of the fair distribution of goods, considering inequalities among human beings as socially constructed.

Maria Calloni in Beck et al., 2001, p. 69

11.1. Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijf ik fase C van het narratief empirisch onderzoek - dat in hoofdstuk 10 al in grote lijnen uiteen is gezet - en verdiep ik enkele resultaten ervan (zie bijlage 10.2). In hoofdstuk 10 lag de focus op het *wat* en *hoe* van het preventief handelen van de sleutelfiguren. In alle verslagen met de respondenten zochten we naar patronen. We zagen dat de sleutelfiguren in actie kwamen daar waar de veiligheid maar ook het welzijn en de kwaliteit van leven, werk en zorg onder druk kwamen te staan. We zagen ook dat de sleutelfiguren daarbij tegen veel dilemma's aan liepen. Dit hoofdstuk bouwt daarop voort: de dilemma's worden aan een nader onderzoek onderworpen.

Het doel van dit hoofdstuk is om via een diepte-analyse en door verbinding met literatuur het handelen van de sleutelfiguren maar ook de rol daarbij van het beleid van de overheid en instituties beter te begrijpen en daaruit lessen te trekken voor preventie op het snijvlak tussen gezondheid en kwaliteit van leven. Het gaat hierbij om een kwalitatieve analyse van 45 transcripten met behulp van een kwalitatief dataverwerkingsprogramma en een diepte-analyse van de inhoud van de transcripten van vijf narratieven op basis van een vignetstudie.

Door dieper op de dilemma's van de sleutelfiguren in te zoomen, wordt getracht de motieven, intenties en onderliggende waarden voor het handelen van de sleutelfiguren beter te begrijpen. Oftewel: wat waren de beweegredenen van de sleutelfiguren voor hun handelen en hoe gaven ze daarbij vorm aan preventie? Oftewel: hoe hielpen ze zichzelf en anderen om gezond te blijven maar ook hoe hielpen ze mensen om tijdens de pandemie een 'zo goed mogelijk leven' te leiden met de beperkingen die de COVID-19 pandemie met zich mee bracht?

In dit hoofdstuk staan preventie en *well-being*²³⁹ in het licht van de theorie van sociale kwaliteit als analysekader centraal. Deze theorie is gekozen omdat deze aan het begin van deze eeuw een alomvattende sociale visie voorstond voor Europa, gebaseerd op democratische waarden zoals sociale rechtvaardigheid en respect voor mensenrechten. Deze kernwaarden staan dan ook centraal in dit hoofdstuk. De ethische en filosofische analysekaders van hoofdstuk 9, de analyse in hoofdstuk 10 en het gedachtegoed van de normatieve professionalisering hebben voeding aan de analyse in dit hoofdstuk gegeven.

Omdat de pandemie langer duurde dan voorzien kon het onderzoek worden uitgebreid met fase C (en ook fase D, zie H. 12). De Corona Gedragsunit van het RIVM wilde

239 Van belang is op te merken dat 'well-being' in elk hoofdstuk steeds een iets andere vertaling en logica heeft. In dit hoofdstuk wordt well-being gedefinieerd in termen van (de theorie van) sociale kwaliteit. In H. 14 kom ik hier op terug.

reflecteren op alle geleerde lessen uit het onderzoek. Fase A en B van het onderzoek hadden onder hoge druk gestaan en er was (omwille van de snelle openbaarmaking van de resultaten) alleen een handmatige analyse uitgevoerd. Er ontstond de behoefte en was ruimte voor een verdiepingsslag. Op grond hiervan is besloten alle getranscribeerde interviews via een daarvoor geschikt kwalitatief data-verwerkingsprogramma te coderen en met elkaar te vergelijken.

Werkwijze

De resultaten van het gehele onderzoek (fase A t/m D) zijn gepubliceerd in de rapportage *'Hoe speelden organisaties, netwerken en gemeenschappen in op de coronamaatregelen? Verantwoording en verdieping van een kwalitatief onderzoek in het maatschappelijk middenveld tijdens de COVID-19-pandemie' (2020-2022)*. (Kolner et al., 2022b).

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven van Fase C: kwalitatieve analyse van de transcripten van 65 narratieven en een diepte-analyse door het opstellen van vijf vignetten. Om deze analyse te bewerkstelligen zijn verschillende stappen gezet. De transcripten van 45 van de 65 diepte-interviews met de 95 sleutelfiguren zijn in de zomer van 2022 (afzonderlijk) thematisch geanalyseerd met behulp van het data-softwareprogramma MAXQDA (Germany, verbi, 2022). Via het axiaal coderen in overleg met de onderzoekers kwamen niet alleen de dilemma's scherper naar boven, maar ook kwamen werkzame oplossingen en -ingrediënten in beeld.

Vervolgens zijn ten behoeve van de verdiepingsslag vijf van de 32 verhalen geselecteerd voor een vignetstudie. Daarbij lag de focus op de dilemma's, de gekozen oplossings-of handelingsstrategie en op de argumenten en overwegingen van de sleutelfiguren daarbij. Aan de hand van de theorie van sociale kwaliteit is op grond hiervan een diepte-analyse uitgevoerd. Deze theorie hielp ons beter zicht te krijgen op de rode draad en op de verschillen en overeenkomsten in het dagelijks (onder)handelen van de sleutelfiguren in het kader van preventie van COVID-19. De theorie van sociale kwaliteit is aan het begin van fase C (na het codeerproces en vóór de vignetstudie) vanuit een literatuursearch naar voren gekomen als een passende theorie om het handelen van de sleutelfiguren te interpreteren en in een betekenis-gevend kader te plaatsen. Voordat we deze theorie kozen hebben we deze intern op bruikbaarheid getoetst bij een aantal RIVM medewerkers en bij de leden van de expertgroep. Voor dit proefschrift is aan het einde van dit hoofdstuk nog een extra reflectie geschreven met behulp van literatuur.

Leeswijzer

In paragraaf 11.2 wordt het doel, de opzet en aanpak van de kwalitatieve analyse en de vignetstudie uiteengezet. In paragraaf 11.3 wordt de keuze voor theorie van sociale kwaliteit toegelicht en verder geduid vanuit de ontwikkeling door de bedenkers ervan (zie o.a. Beck et al., 2001). In sub-paragraaf 11.3.1 wordt dieper ingegaan en informatie

verstrekt over de achtergrond en aanleiding van de theorie van sociale kwaliteit. In sub-paragraaf 11.3.2 wordt vervolgens aandacht besteed aan de raakvlakken die deze sociale theorie heeft met de public health theorie en andere (sociale) theorie (zie ook H. 4). In paragraaf 11.4 wordt de begrippenlijst gepresenteerd als resultaat van de kwalitatieve analyse aan de hand van MAXQDA. In paragraaf 11.5 worden de vijf vignetten – in een beknopte weergave – gepresenteerd. In paragraaf 11.6 worden twee exemplarische dilemma's diepgaand ontleed met de theorie van Sociale kwaliteit. In paragraaf 11.7 reflecteer ik aan de hand van de theorie van sociale kwaliteit en daaraan verbonden literatuur op enkele belangrijke bevindingen in het licht van mijn vraagstelling. In paragraaf 11.8 bespreek ik de aanvullende en verrijkende aspecten die dit onderzoek heeft opgeleverd om de logica van het preventieve handelen van de sleutelfiguren nog scherper te duiden.

11.2. Opzet en verantwoording fase C van het onderzoek: vignetstudie

In deze paragraaf worden de opzet en methoden van kwalitatieve analyse van de transcripten van de narratieven en de vignetstudie en basis van sociale theorie beschreven.²⁴⁰

11.2.1. Kwalitatieve analyse van de transcripten

Vanaf het voorjaar van 2022 zijn alle volledig getranscribeerde interviews met de 95 sleutelfiguren, die deelnamen aan het narratief onderzoek, ingevoerd in het kwalitatief dataverwerkingsprogramma MAXQDA. Van de 65 interviews vielen 20 transcripten voor deze manier van verwerking af omdat deze niet auditief waren opgenomen en daardoor niet letterlijk zijn getranscribeerd. Het betrof vooral de interviews die aan het begin van de studie zijn afgenomen en waarvan een verslag met de hand is gemaakt. Overigens zijn deze verslagen wel goedgekeurd door de geïnterviewden en via de codeboom handmatig verwerkt en geanalyseerd. Daarom zijn deze resultaten uiteindelijk wel meegenomen in de eerste analyse (H. 10). De analyse van de 45 transcripten die wél in het kwalitatief programma zijn opgenomen zijn open en axiaal gecodeerd door twee personen. Eén onderzoeker verrichtte de eerste analyse en de tweede onderzoeker controleerde deze. Daar waar afwijkingen werden geconstateerd zijn deze besproken. Soms leidde dat tot aanpassingen in de codering. De codeboom werd regelmatig door het team bijgewerkt als daar noodzaak toe was. Het was een proces waarbij onder leiding van de projectleider (Carla Kolner) gezamenlijk beslissingen in werden genomen. Zie paragraaf 11.3 voor de resultaten van deze analyse die in een tabel zijn weergegeven.

240 In tegenstelling tot in de narratieven zelf hebben we ervoor gekozen de namen van de respondenten in de vignetten weg te laten, al zijn deze in de meeste gevallen wel herleidbaar.

11.2.2. Aanleiding en duiding vignetstudie

In de vignetstudie, die plaatsvond in de zomer van 2022, hebben we bepaalde – voor preventie belangrijke – onderdelen van het geselecteerde narratief geanalyseerd, zonder ons steeds rekenschap te geven van de chronologische opbouw ervan. Onder een vignet verstaan we hier:

Een beknopte en rijke casus-beschrijving, die is opgebouwd vanuit de ervaringen en verhalen (respectievelijk in letterlijke citaten) van respondenten over concrete, specifieke en vaak complexe situaties en van waaruit waarden, percepties, overtuigingen, impressies en de sociale norm kunnen worden belicht. (Azman & Mahadhir, 2017, p. 28)²⁴¹

Volgens Azman en Mahadhir is een vignetstudie een manier om een rijker en dieper begrip te krijgen van ethische vraagstukken en het handelen van mensen daarbij (ibid.). Door dicht bij de citaten te blijven wordt een nog indringender beeld verkregen van de dilemma's en oplossingen van de sleutelfiguren die tijdens de pandemie actief waren. Op deze citaten reflecteerden we. Zo trachten we te duiden en interpreteren wat we lezen en in de daadwerkelijke tekst duidelijk werd, maar ook door wat zich soms tussen de regels liet lezen. Ook vergeleken we de inhoud van verhalen met elkaar, vooral wanneer we dezelfde of juist tegengestelde reactiepatronen zagen. Daarnaast trachtten we de betekenis van wat is gezegd nog beter te doorgronden door verbinding te maken met de theorie van sociale kwaliteit (Beck et al., 2001).

Van de 32 narratieven zijn er vijf gekozen en deze zijn door middel van een diepteanalyse in een vignet bewerkt en daarna nader beschouwd.²¹⁹ De vijf narratieven zijn:

1. Free Food Market: in of uit de schaduw (schaduwvoedselbank in een ontwikkelwijk).
2. Op straat is het soms veiliger dan thuis (jeugd- en jongerenwerk).
3. Aan beide kanten van het raam (zorgorganisatie voor mensen met dementie).
4. Krachtig in kwetsbaarheid (culturele gemeenschappen).
5. Sportvereniging midden in de samenleving (sportverenigingen).

11.2.3. Opzet en uitwerking vignetstudie

Voor het opstellen van de vijf vignetten en de analyse ervan zijn we stapsgewijs te werk gegaan. Allereerst hebben we de 32 verhalen gegroepeerd op thema en doelgroep. Dit leverde vijf groepen verhalen op, waarvan we er steeds één hebben gekozen.

241 Deze definitie is een eigen vrije vertaling en weergave van de eigenschappen van vignetten, die in het artikel van Azman & Mahadhir (2017) op basis van uitgebreid literatuuronderzoek worden belicht.

Alle vignetten²⁴² gaan over doelgroepen die, vanwege hun leeftijd, het hebben van een chronische ziekte, hun sociale status, afkomst of seksuele geaardheid, te maken hebben met kwetsbaarheid voor het virus zelf of met kwetsbaarheid ten gevolge van de maatregelen. We selecteerden vooral die verhalen die verschillende doelgroepen en sectoren vertegenwoordigen en wat betreft de dilemma's en oplossingen overeenkomsten vertoonden met de andere verhalen in die specifieke groep. De vignetten moesten een rijke weergave bieden van de verschillende aanpassingen en waarde-afwegingen die in de groep naar voren kwamen. Ook moesten de interviews onderliggend aan de verhalen volledig getranscribeerd zijn. Op basis van een gezamenlijk opgesteld format voor het vignet en een voorbeelduitwerking zijn alle vignetten opgesteld. Hiervoor werd gebruikgemaakt van meerdere kennisbronnen.²⁴³

Elk vignet bevatte de volgende onderdelen:

- Een beknopte beschrijving van de context en de doelgroepen.
- Twee à drie kerndilemma's die laten zien welke spanningen zich voordoen in de context van het naleven/toepassen van maatregelen, en wat er hier voor betrokkenen op het spel staat.
- Een beschrijving van de wijze waarop met spanningen wordt omgegaan, en wat wordt ingezet om spanningen en dilemma's op te lossen en te verminderen.
- Enkele rijke letterlijke citaten van de respondenten.
- Verbinding met andere verhalen (wat zien we hier in vergelijking met andere verhalen?).
- Een beschouwing waarbij ook verbinding wordt gemaakt met de theorie van sociale kwaliteit.

De vignetten die in dit hoofdstuk worden belicht zijn een samenvatting van de vignetten zoals die in de eerdergenoemde RIVM rapportage zijn belicht (zie Kolner et al., 2022a, pp. 33-74). De verbinding met de andere verhalen is hier omwille van de leesbaarheid achterwege gelaten.

11.3. De belangrijkste begrippen van de kwalitatieve analyse

Hieronder geef ik eerst de belangrijkste begrippen (taal) weer die uit de MAXQDA analyse van de transcripten van de diepte-interviews naar voren kwamen. In tabel 11.1

242 Het vignet *Sportvereniging midden in de samenleving* gaat niet specifiek over heel kwetsbare kinderen, maar omdat steeds duidelijker werd wat de impact van de pandemie was op jongeren is deze hele groep toch als 'kwetsbaar' beschouwd, omdat ze in hun ontwikkeling werden verstoord door de pandemie en de maatregelen.

243 Het narratief zelf was een kennisbron, maar ook de beschouwende reflecties uit secundair brononderzoek, de getranscribeerde verslagen van de interviews, zoals deze in MAXQDA (Verbi, 2022) zijn geanalyseerd en axiaal gecodeerd aan de hand van een codeboom, én de eerder ingevulde checklist (analysetool) zoals deze na het opstellen van het narratief is goedgekeurd door twee experts uit de expertgroep.

staan de samengestelde coderingen uit de interviews en de belangrijkste resultaten. De resultaten zijn gerangschikt volgens de vier sub-vragen die in hoofdstuk 10 zijn beschreven en in de semigestructureerde vragenlijst zijn uitgevraagd: de dilemma's, de spanningen, de oplossingen en de werkzame ingrediënten om de dilemma's en spanningen op te lossen of aan te pakken. Het gaat hier om zelf-gerapporteerde oplossingen en de werkzame ingrediënten daarbij (wat werkte goed volgens de respondent en kon men dit toelichten met voorbeelden?). Het onderzoek liet niet toe dat we dit ter plekke verifieerden. Om deze reden konden we geen rangorde in de oplossingen en werkzame ingrediënten aangeven. In de lijst staan echter alleen de begrippen die vaker zijn genoemd, waarvoor we gaandeweg in het proces codes aanmaakten en die als het ware een patroon vormden.

Tabel 11.1: *Belangrijkste begrippen uit de interviews, gerangschikt naar de subvragen (zie H. 10, § 2):*

Dilemma's/waardenafwegingen (vraag I, II, III)

- Gezondheid van het individu zelf versus de gezondheid van anderen.
- Coronaveiligheid versus sociale en mentale gezondheid en veiligheid.
- Maatregelen naleven versus gaan voor de kwaliteit van leven, werk en zorg.

Spanningen/waardenafwegingen (vraag II – III)

- Onduidelijkheid in het beleid en communicatie: onzekerheid, voortdurende veranderingen in beleid, jojobeleid, niet-consistent beleid.
- Onuitvoerbaarheid van maatregelen: niet in staat zijn de regels uit te voeren, gebrek aan ruimte of tijd, de regels als onrechtvaardig, onbegrijpelijk of niet praktisch beschouwen, gebrek aan vermogens.
- Rolverwarring of onduidelijkheid in verantwoordelijkheid, verlies van autonomie en identiteit.
- Gevolgen van de maatregelen: je buitengesloten voelen of uitsluiting of isolement ervaren, sociale fragmentatie, wantrouwen, mentale problemen, niet meer kunnen participeren aan de samenleving, eenzaamheid.

Oplossingen (vraag IV)

- Transparante communicatie: door het verschaffen van context-specifieke informatie, op maat gesneden met gebruik van betrouwbare kanalen, verheldering of de vertaling van de maatregelen, de logica achter de maatregelen uitleggen, het weerleggen van desinformatie.
- Het aanpassen van de omgeving of het herzien van werkprocessen, herprogrammering met het oog op het samen vinden van een nieuw evenwicht.
- Voorbeeldgedrag laten zien, op maat ontworpen protocollen, begeleiding bieden, uitleg verschaffen gericht op het stellen van een duidelijke sociale norm ('zo doen wij het hier').
- Het faciliteren van dialoog en co-creatie, luisteren naar de behoeften van mensen, empathie, compassie.
- Het bevorderen van sociale cohesie, verbinding, aandacht voor menselijke waardigheid door mensen een stem te geven en mensen met elkaar in contact te brengen.
- Het bevorderen van gezamenlijke reflectie, het creëren van onderling begrip (verplaatsen in een ander), versterken van betrokkenheid op elkaar onder andere door het organiseren van (buiten)activiteiten.
- Het overdenken van en bezinnen op de missie of de betekenis van de organisatie, zingeving bevorderen, innovatie en creativiteit stimuleren via kunst en cultuur.
- Het gebruik van social media, apps en andere technische online oplossingen.
- Het voorzien in ondersteuning:, moreel, sociaal, mentaal, onder andere via 'peer-support'
- Praktische of financiële steun verlenen, toegang verschaffen tot voorzieningen, bestaans- en voedselzekerheid vergroten.
- Gecalculeerde risico's nemen om het welzijn van mensen te bevorderen of beschermen, de rand opzoeken van de regels of deze overschrijden.
- Het stimuleren van samenwerking, horizontaal en verticaal – binnen de organisaties.
- Het starten van nieuwe en vitale partnerschappen, het ontwikkelen van sterke netwerken – buiten de organisatie.

Werkzame ingrediënten (vraag IV)

- Brede aanpak en visie op gezondheid: niet alleen fysieke gezondheid, maar ook sociaal en mentaal.
- Verbinding en echte betrokkenheid voelen, sociale cohesie, engagement, meer vertrouwen in elkaar.
- Gevoel van autonomie/zelfregie, zelfverantwoordelijkheid, zelfverwezenlijking, bestaanszekerheid.
- Empowerment, onder andere door beter geïnformeerd te zijn, verbeterde capaciteit of vaardigheden of een verhoogd inlevingsvermogen.
- Verbeterde 'coping'-mechanismen, zoals het accepteren van dynamiek en onzekerheid als 'standaard-mindset', het hervinden van betekenis en zingeving, veerkracht, solidariteit.
- In staat zijn gesprekken met elkaar te voeren, gevoelens te delen, het voorkomen van angst of paniek, standpunten met elkaar uitwisselen om de juiste beslissing te nemen bij dilemma's.
- Erkenning van problemen, emoties, attitudes en overtuigingen, je een onderdeel voelen van een groep (inclusie).
- Samenwerking (ook tussen formeel en informeel), kennisuitwisseling, vertrouwen in beleid en instituties, krachten bundelen van sleutelfiguren.
- 'Trial and error', samen leren door te doen, flexibiliteit.

Bron: Kolner et al., 2022a

11.4. De theorie van sociale kwaliteit als analysekader

De vijf vignetten die in fase C zijn ontwikkeld zijn in de diepteanalyse alle getoetst aan ('tegen de lat gelegd' van) de theorie van sociale kwaliteit (Beck et al., 2001). Het was immers vooral de kwaliteit van de relatie met dierbaren (familie, vrienden, leeftijdsgenoten, collega's of cliënten), de kwaliteit van werk en zorg én de behoefte aan verbinding en nabijheid, die onder druk kwamen te staan tijdens de pandemie. Dit werd door onze respondenten als belangrijkste zorgpunt benoemd (H. 10).

De theorie van sociale kwaliteit is om meerdere redenen gekozen als richtpunt. Ten eerste zochten we naar een theorie die licht werpt op het belang van 'het sociale', omdat 'het sociale' van grote invloed was op het naleven van de maatregelen (zie H. 10). Het moest een theorie zijn die de relevantie van sociale relaties tussen mensen onderling benadrukt en tevens een ondersteunend en verbindend kader kan bieden voor het bevorderen van welzijn en daaraan gekoppelde thema's en begrippen die in ons onderzoek veelvuldig naar boven kwamen (zie paragraaf 11.4). Ten tweede was het noodzakelijk dat deze theorie overstijgende inzichten biedt voor verschillende contexten. Ten derde zochten we naar een onderbouwde theorie die – ook in Nederland – handvatten kan bieden voor het ontwikkelen van concrete aanbevelingen voor beleid op het niveau van de samenleving (cf. Verharen, 2017). Ten vierde zochten we naar een theorie die raakvlakken heeft met bekende public health theorie en in het bijzonder

inspeelt op dieperliggende oorzaken van (gezondheid gerelateerd) gedrag waardoor het mogelijk is concepten als *health equity* en *social equity* een plek te geven. Deze eigenschappen vonden we in de theorie van sociale kwaliteit.

11.4.1. De theorie van sociale kwaliteit: aanleiding en achtergrond

In deze paragraaf zet ik de aanleiding van de ontwikkeling van de theorie en de inhoud ervan beknopt uiteen.

Sociale kwaliteit in Europa en in Nederland

De aanleiding voor de ontwikkeling van een theorie over sociale kwaliteit was vergelijkbaar met de aanleiding voor en opkomst van het concept 'kwaliteit van leven', namelijk de onvrede met de hoofdzakelijk economische blik op de ontwikkeling van samenlevingen (Beck et al., 2001). De ontwikkeling van de theorie moet tegen de achtergrond gezien worden van de industrialisatie, technologisering en economisering van de samenleving vanaf medio vorige eeuw. Met de theorie en de achterliggende sociale visie hoopte men tegenwicht te kunnen bieden tegen de negatieve effecten van het neoliberalisme en kapitalisme, zoals de sterk toenemende sociale ongelijkheid. Mensen of arbeiders werden en worden binnen het kapitalisme vooral als object en 'economisch of functioneel kapitaal' gezien en de gevolgen daarvan voor het alledaagse leven van mensen zijn niet te negeren. Ook in het huidige tijdgewricht denken werkgevers steeds vaker alleen nog in termen van 'winst' in plaats van oog te hebben voor de menselijke maat en het sociaal kapitaal.

Via het ontwikkelen van een stevige basis voor het begrip 'sociale kwaliteit' hoopte men – in de Europese Unie – de balans te herstellen tussen economische en sociale ontwikkeling. Uitgangspunt hierbij is dat economische en sociale ontwikkeling elkaar kunnen versterken. Doel was politici aan te sporen tot een rechtvaardiger sociaal beleid, dat alle groepen in de samenleving gelijke kansen geeft op een menswaardig bestaan. Beck verwoordde het belang van de theorie aan het begin van het ontwikkelingsproces (in 1997) in een normatief en collectief perspectief: "Europe not only needs a new social order, it requires a common moral order to sustain new forms of societal networks, based on the modern conception of citizenship" (Beck et al., 1997 in Beck et al., 2001, p. 89).

Beck verwijst hierbij naar de gemeenschappelijke waarden die in deze theorie verankerd liggen en aansluiten bij democratische grondbeginselen, zoals respect voor de mensenrechten en sociale rechtvaardigheid.

De theorie van sociale kwaliteit ziet welzijn en kwaliteit van leven van alle inwoners in Europa als einddoel. Het concept werd in 1977 in Nederland²⁴⁴ geïntroduceerd en al vrij snel door vele Europese beleidsmakers geadopteerd (Walker et al., 2004). Sindsdien is de theorie verder ontwikkeld. Sociale kwaliteit wordt in 1997 gedefinieerd als:

De mate waarin mensen de mogelijkheden hebben om te participeren in het sociale en economische leven in hun gemeenschap onder randvoorwaarden die hun welzijn en individueel potentieel verbeteren. (Beck et al., 2001, p. 7)²⁴⁵

De vier kernelementen van sociale kwaliteit en belangrijkste randvoorwaarden voor welzijn zijn:

1. *Sociale zekerheid*: het gaat hier om recht op werk en bestaanszekerheid, zodat een minimale levensstandaard kan worden gerealiseerd. Het betreft ook voedselzekerheid, toegang tot de gezondheids- en sociale voorzieningen en wonen in een goed huis of een fijne buurt.
2. *Sociale inclusie*: mensen ervaren inclusie, wat betekent dat zij toegang hebben tot tal van sociale economische (en politieke) instituties, inclusief het hebben van sociale rechten van belang voor individuele zelfrealisatie. Mensen ervaren geen discriminatie of uitsluiting op grond van sekse, seksuele geaardheid of ras bij het vinden van werk of een huis.
3. *Sociale cohesie*: mensen wonen of werken in wijken en buurten of binnen gemeenschappen met een hoge graad van sociale cohesie. Dit gaat over verbinding ervaren en vertrouwen hebben, sociale ontwikkeling en sociaal kapitaal, het ontwikkelen van een collectieve identiteit, gedeelde waarden, normen en solidariteit tussen mensen.
4. *Empowerment*: de mate waarin mensen autonomie ervaren en de mogelijkheid hebben zelf regie over hun leven uit te oefenen. Empowerment gaat ook over sociale mobiliteit, over persoonlijke vaardigheden of 'skills' die nodig zijn om een goed leven te leiden.

Volgens Thernborn (zie Beck et al., 2001, p. 23)²⁴⁶ is sociale kwaliteit een attribuut dat op het niveau van de instituties én de samenleving moet worden gerealiseerd en als zodanig kan voorzien in het welzijn van haar inwoners: "Social quality is an attribute of societies, or social institutions – not of people – which we may define by their capacity for providing well-being for their inhabitants." *Well-being* kan volgens deze theorie op individueel niveau worden gedefinieerd als een optimale uitkomst op het snijvlak

244 In Amsterdam zetelde de European Foundation on Social Quality, alwaar in 1998 het eerste boek *The Social Quality of Europe* met steun van het ministerie van VWS werd uitgebracht, alsook de *Amsterdam Declaration of Social Quality of Europe* (Beck et al., 2001, p. 7).

245 In 2015 is de definitie aangepast met de woorden 'en de ontwikkeling van hun gemeenschap' (and development of their community) om daarmee het belang van gemeenschapontwikkeling te benadrukken (Van der Maesen & Walker in Lin et al., 2015, p. 125)

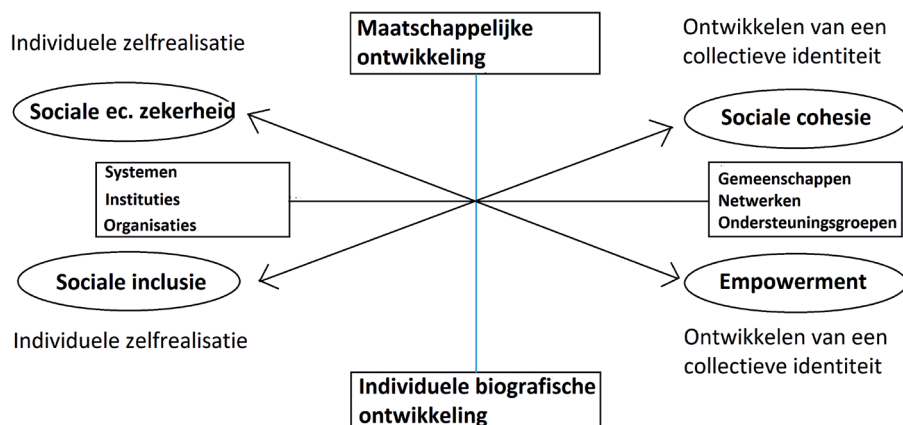
246 Göran Thernborn was tot 2010 professor in de sociologie, University of Cambridge UK.

van de vier kernelementen²⁴⁷ (sociale zekerheid, sociale inclusie, sociale cohesie en empowerment) die wordt gewaarborgd door relevante instituties. Individuen profiteren als het ware van het leven in een gemeenschap waarin de sociale kwaliteit hoog is al is dit nooit allesbepalend. Wat deze uitkomst is kan niet definitief per land en voor alle inwoners individueel worden voorgeschreven. Dit ligt mede aan demografische verschillen, verschillen in aanwezige basiscondities en uiteraard persoonlijke omstandigheden. De kernelementen geven er de richting voor aan.

Het doel van de theorie van sociale kwaliteit was om beleidsmakers te helpen bij de ontwikkeling van sociaal beleid dat gelijke kansen biedt op een respectabel en goed leven voor alle individuen en dat uitgaat van mensenrechten voor iedereen, ongeacht sekse, ras, overtuiging of leefstijl (Calloni, 2001 in Beck et al., 2001, p. 69). De ontwikkelaars presenteerden in samenwerking met velen een model dat theoretisch is onderbouwd en dat consistente sleutelindicatoren biedt voor de sociaaleconomische ontwikkeling in alle landen binnen de EU. In de kern biedt de theorie een richtpunt om op het niveau van de samenleving relevante ontwikkelingen voor well-being (breed welzijn) te stimuleren, te monitoren of in de tijd en tussen landen met elkaar te vergelijken. De theorie wijst beleidsmakers als het ware de weg en biedt beleidsmakers met de kernelementen concrete handvatten om de sociale kwaliteit op verschillende niveaus, in zowel buurten, wijken, gemeenten én landen, te verbeteren en te volgen. Het gaat hierbij om meer dan aandacht voor sociale factoren als armoede of sociale inclusie alleen. Het gaat vooral over het op elkaar ingrijpen van de genoemde elementen voor welzijn op macro-, meso- en microniveau, binnen de formele systeemwereld en informele leefwereld en in onderlinge relaties. Met de theorie en de onderzoekslijn die Beck en anderen voorstelden werd een oriëntatiepunt geboden aan wetenschappers én politici en werden bouwstenen voor een sociale visie aangereikt voor Europa (Beck et al., 2001, p. 1). In onderstaand diagram komen de vier kernelementen van sociale kwaliteit samen en vertegenwoordigen ze elk een kwadrant.

²⁴⁷ Keys (1989) onderscheidde een vergelijkbare operationalisatie voor het begrip 'social well-being': sociale integratie, sociale contributie, sociale coherentie, sociale actualisatie en sociale acceptatie (Glatzer et al., 2004).

Figuur 11.1:
Het model van sociale kwaliteit



Bron: Beck et al., 2001, precieze weergave en vertaling uit het Engels

Op de horizontale en verticale as van het diagram²⁴⁸ wordt verwezen naar parameters voor de ontwikkeling van sociale kwaliteit en naar spanningen die tussen de parameters kunnen ontstaan:

- *Op de verticale as:* mensen bewegen, ontwikkelen zich en bouwen identiteit op als individuen (biografische ontwikkeling) en binnen gemeenschappen (maatschappelijke ontwikkeling).
- *Op de horizontale as:* mensen zijn actief en bewegen zich in een wereld te midden van officiële instanties en instituten (systeemwereld) en in (officiële) gemeenschappen (wijken, buurten), netwerken en tal van informele groepen (leefwereld) waar zij een verbinding mee hebben.
- *Op individueel niveau* verwijst 'zelfrealisatie' naar individuele identiteit, naar kansen en vermogens, kennis en vaardigheden ('capabilities') om te participeren in de samenleving.
- *Op collectief niveau* gaat het daarbij om de collectieve identiteit, het stelsel van gedeelde waarden en normen en ontwikkelingen op samenlevingsniveau ('togetherness').

²⁴⁸ De begrippen op de verticale en horizontale as verwijzen volgens Walker en Van der Maesen (2004) oorspronkelijk naar Lockwood (1999), die het onderscheid en het verband tussen institutionele processen en individuele acties uitwerkte, en naar Habermas (1968) wat betreft het onderscheid tussen systeem- en leefwereld.

11.4.2. Merites van de theorie van sociale kwaliteit en raakvlakken met andere theorie

Om de plaats van de theorie van sociale kwaliteit in dit proefschrift te verduidelijken beschrijf ik in deze paragraaf enkele raakvlakken en verschillen tussen de theorie van sociale kwaliteit, andere sociale theorie en de public health theorie.

De theorie van sociale kwaliteit gaat uit van het brede perspectief van welzijn en kwaliteit van leven. De theorie biedt vanuit een eigen ‘taal’ een verbindend sociaal perspectief op het alledaagse leven van mensen. Well-being staat aan de top van de hiërarchie. Op indirecte wijze raakt de theorie ook aan theorie gericht op het bevorderen van (gezondheids)gedrag van mensen. Gezondheid wordt gezien als een belangrijke hulpbron voor well-being, naast andere bronnen (goed werk, inkomen, een passende woning, relevante persoonlijke netwerken, sociale voorzieningen, onderwijs, welzijnswerk, kunsteducatie etc.). Deze laatste hulpbronnen vormen tezamen de (brede) *sociale infrastructuur* die nodig is voor well-being maar die ook de gezondheid van mensen ten goede komt (zie H. 3 voor de definitie van sociale (basis)infrastructuur).

Met de vier kernelementen worden de zogenoemde randvoorwaardelijke factoren op het niveau van de samenleving geëxpliciteerd die van belang zijn voor welzijn en het realiseren van belangrijke waarden als social equity en sociale rechtvaardigheid. De theorie raakt aan de concepten sociaal en economisch kapitaal van Bourdieu die in veel sociale theorie worden gebruikt (zie H. 4). De theorie kan ook worden verbonden met de *capability approach* van Nussbaum (zie H. 9; zie ook Calloni, 2001 in Beck et al., 2001, p. 84). Het fenomeen van ‘*capability-falen*’ verwijst onder andere naar bestaansonzekerheid en naar een *onrechtvaardige verdeling van hulpbronnen* (cf. Taylor, 2013).

De theorie van sociale kwaliteit biedt geen verklaring voor gedrag op individueel niveau en legt daarvoor – bijvoorbeeld in tegenstelling tot Nussbaums ‘*capability-approach*’ – geen ‘vaste of perfecte standaard’ op. Volgens de ontwikkelaars dient elk land in samenspraak met de bevolking de maat aan te geven voor invulling van de sociale kwaliteit in dat land. Deze samenspraak veronderstelt een democratisch proces (zie Thernborn, in Beck et al., 2001; cf. Sen, 1993 in Nussbaum 1993;²⁴⁹ Claassen, 2016). Het model biedt daarmee tevens een raamwerk voor participatie van inwoners.

De ontwikkelaars van de theorie benadrukken het belang van ‘*social change*’ in de samenleving en bieden hiermee mijns inziens een passend raamwerk voor zowel welzijns- als gezondheidsbevordering. Via social equity komt ook het doel van health equity en rechtvaardigheid in beeld. Hoewel in de uitgebreide toelichting van de ontwikkelaars pas in 2015 expliciet verbinding met gezondheid wordt gelegd (zie Lin

249 Sen stelde (1993) voor de ‘*capability approach*’ liever een democratische uitkomst voor dan een optimale categorie in 10 punten

et al., red, 2015, p. 538) valt mij het raakvlak op tussen de definitie van sociale kwaliteit (zie hierboven) met de eerder genoemde missie en definitie van gezondheidsbeleid van de WHO die in hoofdstuk 8 al is benoemd.²⁵⁰ In de missie van de WHO (én in het Ottawa Charter, 1986) wordt dezelfde sociale beweging voorgesteld als in de definitie van sociale kwaliteit. Wat opvalt is dat de WHO in haar definitie van gezondheidsbeleid spreekt over een *productive life* wat een instrumentele en neoliberale visie doet vermoeden (zie H. 8). Het begrip *opportunities* verwijst naar de mogelijkheden en kansen voor participatie en het verbeteren van individueel potentieel van mensen.

In de uitwerking van de theorie van sociale kwaliteit wordt gebruik gemaakt vanuit de psychologie afkomstige concepten die in de preventiewetenschap (en gedragsmodellen daarbinnen) veel worden gebruikt, zoals het concept *self realization* dat raakt aan *self-efficacy* en *self-esteem*. Beide begrippen verwijzen naar het hebben van 'greep op je eigen leven' en 'vertrouwen in de goede uitkomsten van je gedrag' en naar het doel van *empowerment* (cf. Wolf et al., 2020; Tenglund, 2008; H. 3). De laatste twee termen (*self-efficacy* en *self-esteem*) komen overigens ook voor de op lijst van factoren die relevant zijn voor het versterken van 'veerkracht' van mensen (Earvolino-Ramirez (2007, in Kaulingfreks et al., 2021, zie ook H.3).

Al deze termen raken aan andere belangrijke begrippen voor gezondheidsbevordering zoals zelfregie (*individual agency*, cf. Claassen, 2016). Verondersteld wordt dat via het beïnvloeden van de dimensies van welzijn mensen hun potentieel kunnen verbeteren en hun vermogen voor zelfregie toeneemt. Andere kenmerken en merites van de theorie zijn:

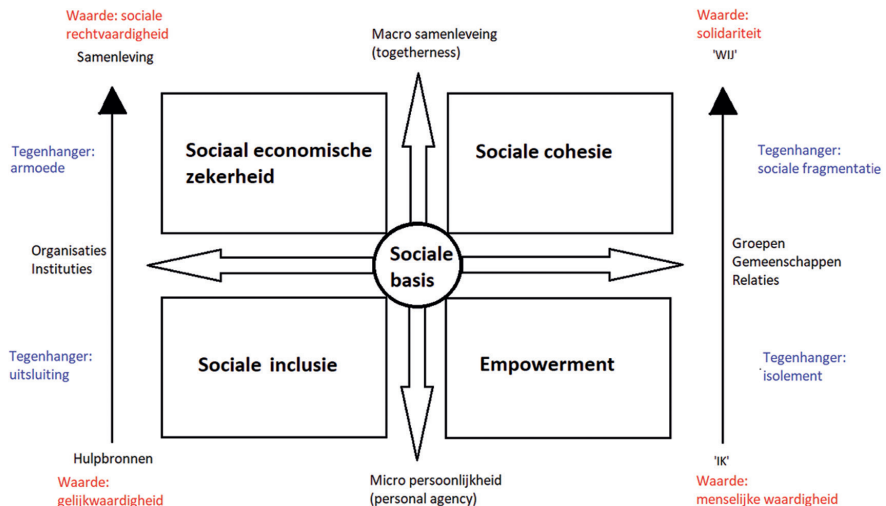
- De theorie van sociale kwaliteit biedt mogelijkheden om *democratische waarden* die ook onderliggend zijn aan de public health theorie en de sociaal werk theorie (zie H. 4) specifiek te articuleren en te concretiseren in het alledaagse leven van mensen. Denk aan eerder genoemde waarden zoals sociale rechtvaardigheid maar ook aan solidariteit, menselijke waardigheid, gelijkwaardigheid en hun tegenhangers (armoede, sociale fragmentatie, sociaal isolement en uitsluiting, zie het diagram hieronder). Deze waarden (en hun tegenhangers die optreden als de spanningen niet worden opgelost) komen in de theorie meer naar de oppervlakte als factoren die relevant zijn voor gedrag.
- Het diagram van sociale kwaliteit brengt *de dynamiek* in kaart door de vier relevante sociale kernelementen, die grote invloed hebben op het dagelijks leven van mensen, aan elkaar te koppelen. In plaats van een status quo of een eendimensionale causale relatie te suggereren wordt een voortdurende beweging tussen de factoren benadrukt afhankelijk van de context.

250 "Health Policy: providing all people with the opportunity to lead a socially and economically productive life" (Kickbusch, 2003)

- Waar veel theorieën voor *gezondheidsbevordering* maar ook de *kwaliteit van leven theorie* zich richten op het gedrag van individuen, ligt de focus van de theorie van sociale kwaliteit mede op het *collectieve niveau*. Daarbij komt vooral de rol van de instituties en van gemeenschappen bij het bevorderen van sociale gelijkheid én het democratisch proces in beeld. Het gaat om wat de behoeften en wensen van mensen zijn en wat zij zelf kunnen doen om de rol van de omgeving én de rol van de instituties om mensen daarbij te ondersteunen (denk hierbij onder andere aan het garanderen van bepaalde sociaaleconomische hulpbronnen).
- De theorie heeft oog voor *spanningen* tussen diverse conditionele factoren die van belang zijn voor de ontwikkeling van zowel de individuele als collectieve identiteit en van invloed zijn op de ontwikkeling van menselijke (gezamenlijke) vermogens. Dat is essentieel, immers mensen bewegen zich voortdurend in wisselende gezelschappen, denk aan contexten als werk, vrije tijd, onderwijs, sport, etc., waar verschillende waarden en normen gelden. Mensen ontwikkelen zich en beïnvloeden elkaar continu door middel van *interactie in sociale praktijken*. Het is binnen die interactie dat ze zich als mens al dan niet waardig behandeld voelen, dat het leven al dan niet zin of betekenis krijgt of als waardevol wordt ervaren (zie ook Wolf, 2021).

Figuur 11.2:

Kwadrant Sociale kwaliteit



Bron: gebaseerd op de website van bureau JSO, het betreft een eigen weergave

11.4.3. Valkuilen en kritiek

De theorie van sociale kwaliteit is niet onomstreden in haar intenties om te dienen als integratief model waarin een aantal bestaande sociale concepten met elkaar in een dynamische verband worden gebracht. De makers nodigden andere auteurs uit kritisch te reflecteren en bij te dragen als onderdeel van het proces; het voert te ver om alle commentaren en vragen weer te geven die sinds de lancering ervan in 1997 in eigen (of andere publicaties) zijn genoemd. Ik besteed hier echter in een voetnoot wel beknopt aandacht aan enkele voor preventie belangrijke punten²⁵¹ (zie voor een toelichting Bouget, 2001 en Phillips & Berman, 2001, beide in Beck & Van der Maesen, 2001). Op basis van de kritiek is de theorie aan het begin van deze eeuw verder uitgewerkt, theoretisch gefundeerd en geoperationaliseerd in een aantal expliciete doelen en concrete indicatoren. Van belang is de uitleg van de makers dat de theorie is bedoeld als ‘open horizon’ en ‘*general yardstick*’ voor beleidsmakers en politici. De theorie is uitdrukkelijk niet bedoeld als causaal verklaringsmodel voor individueel gedrag, wat een deel van de kritiek ondervangt.

In dit onderzoek hebben wij de theorie van sociale kwaliteit ingezet als ‘yardstick’ of toetsingskader om het handelen van de sleutelfiguren beter te kunnen begrijpen (wat ons inziens iets anders is dan het verklaren van causale relaties) en de rol van de instituties daarbij te onderzoeken.

11.5. Vijf vignetten ter illustratie in een notendop

Nu de theorie van sociale kwaliteit uiteen is gezet wordt hieronder de analyse van de vijf vignetten samengevat. De vignetten geven een diepte-analyse weer van het onderliggend narratief. Daarbij is een toets uitgevoerd aan de hand van de theorie van sociale kwaliteit. In de samenvattingen wordt vanwege de beperkte ruimte geen aandacht besteed aan de overeenkomsten en verschillen met de andere verhalen (narratieven). Ook is slechts een deel van de citaten opgenomen. Zoals eerder gezegd is het mogelijk voor een volledige weergave de eerdergenoemde eindrapportage te raadplegen of (voor een beter begrip) de verhalen op de website van het RIVM te lezen.

251 Enkele punten van kritiek kwamen uit de hoek van de wetenschap. Problematisch vond men onder andere dat de theorie een aantal concepten includeert die door wetenschappers als niet eenduidig worden beschouwd, verschillend geïnterpreteerd kunnen worden of onvoldoende uitsluitend van elkaar worden gezien. Zo is er sprake van overlap tussen de concepten sociale cohesie en sociale uitsluiting en is empowerment niet alleen een individueel, maar ook een groepskenmerk. Men miste ook plek voor belangrijke andere sociale fenomenen, zoals polarisatie, geweld en de integratie van minderheden. Ook het ecologische aspect heeft er geen expliciete plaats in, aldus Bouget (in Beck et al., 2001, p. 105). De verklarende kracht van het model wordt (volgens wetenschappers) aangetast omdat de relatie tussen de concepten onduidelijk is en de causale processen moeilijk zijn te traceren (wat is oorzaak, wat gevolg?). De theorie lijkt daarnaast een ‘sociaal utopisch’ ideaal na te streven en maakt niet duidelijk wiens belangen daarmee expliciet worden gediend.

De hier gepresenteerde vignetten spelen zich af in diverse contexten en gaan over verschillende doelgroepen die zich tijdens de pandemie in een kwetsbare positie bevonden. Ik belicht hiermee achtereenvolgens de situatie van 1) mensen die wonen in een wijk in Amsterdam wiens bestaanszekerheid door corona wordt aangetast, 2) jongeren die in beeld zijn bij het jeugd- en jongerenwerk, 3) ouderen met dementie die in een zorginstelling wonen, 4) leden van de lhbtq+ groepen met een migratie achtergrond die via informele netwerken contact proberen te onderhouden en 5) sportverenigingen die om meerdere redenen van belang zijn voor de ontwikkeling van jongeren.

Afbeelding 11.1

The Free Food Market



Bron: Zie het narratief '*Free Food Market: in of uit de schaduw*' (zie H. 10, tabel 10.1, verhaal 10) - Foto: Helen van der Bilt

Vignet 1: Free Food Market: in of uit de schaduw (datum interviews: februari 2021)

Over de doelgroep en context

Na het uitbreken van de coronacrisis is het aantal huishoudens dat gebruikmaakt van de formele voedselbanken toegenomen met 7,2% (Voedselbanken Nederland, peildatum 31-12-2020). In Amsterdam nam niet alleen het gebruik bij de formele voedselbank toe. Ook het aantal informele voedselbanken groeide.

In dit vignet wordt het reilen en zeilen rond een informele of 'schaduwvoedselbank' de 'Free Food Market' (FFM) geanalyseerd. Het gaat om een particulier initiatief in een 'arme' wijk in Amsterdam met een idealistisch motief. De voedselmarkt heeft zich vanaf de oprichting gericht op het tegengaan van voedselverspilling. Toen de coronamaatregelen de mobiliteit van burgers beperkten, richtte de oprichtster zich op de mensen die door corona het meest in de knel kwamen, doordat deze belangrijke bronnen van inkomsten kwijtraakten. De wijk heeft een gemengde populatie met relatief veel mensen die onder de armoedegrens leven en die door het coronavirus en de -maatregelen verder op achterstand zijn gezet.

De respondenten in dit vignet zijn de initiatiefneemster, een opbouwwerker die in de wijk werkt en een betrokken lector van een hogeschool. Betrokkenen vertelden dat mensen die gebruik maakten van deze voedselmarkt ook vóór corona al vaak de nodige problemen hadden en complexe levens leidden.

"...hun hoofd zit vol met stress van 'kom ik zelf wel rond, heb ik zelf aan het eind van de week nog genoeg geld in m'n portemonnee om voedsel in te kopen?' Ondertussen... loopt ook hun eigen medische sores door. Ze hebben allemaal ook nog een gezin met een man waar ze mantelzorger voor zijn of kinderen die beperkingen hebben, volwassen kinderen die thuis wonen. [...] Dus ze hebben een heel complex leven." (opbouwwerkster).

De belangrijkste dilemma's die in dit voorbeeld opspeelden:

– Kiezen voor coronaveiligheid of voor voedselzekerheid

Voor de oprichtster was het, gezien de vele **onzekerheden**, een hele toer om de voedselbank in coronatijd toch door te laten gaan. Ondanks COVID-19 stond voedselzekerheid voorop, vond de initiatiefneemster. Iedereen had echter een eigen mening over of de markt wel open kon blijven.

"Sommige mensen hadden echt zoiets van, ja, 'waarom kun je die Free Food Market niet door laten gaan, dat kan toch gewoon prima'. Maar er was echt wel ook onder een groot deel van de mensen echt wel een soort van paniek, zeker bij de risicogroepen. Die dachten echt van, ja, 'dit wordt m'n einde'." (initiatiefneemster)

– Hulp vragen en regie uit handen geven versus regie in eigen hand houden

Met het initiatief de FFM wilde de initiatiefneemster mensen hun 'zelfregie' laten behouden, wat van belang is voor hun waardigheid. Dit speelde vooral voor de mensen die voor het eerst naar de FFM kwamen. Het betrof namelijk mensen, zoals ondernemers en zzp'ers, die normaliter zonder hulp konden overleven, onafhankelijk willen zijn en er sterk aan hechten 'zelf de touwtjes in handen te houden'. Voor hen was het lastig om hun hand op te moeten houden, nu ze door de impact van de maatregelen plotseling geen inkomsten meer hadden.

“Ik denk dat bij een groot deel van de mensen zit er ook wel veel schaamte. Eh... en ik denk ook dat bij die... bij ondernemers, ja, die zijn toch wel erg, wat ik merk in de communicatie, zijn erg gewend om hun eigen broek op te houden.” (initiatiefneemster)

– Kiezen voor de formele versus de informele route

Voor formele partijen in de wijk die de gevestigde instituties vertegenwoordigen was het soms een stuk lastiger om ‘out of the box’ te denken dan voor informele partijen. Dit kwam bijvoorbeeld omdat er vanuit de eigen instelling en professie afspraken zijn gemaakt en coronaprotocolen zijn opgesteld. Deze protocollen vroegen om strikte naleving. De gemeente en het sociaal werk in de wijk zijn altijd verplicht om naar privégegevens van cliënten te vragen alvorens ze hulp krijgen. Dat vormde een belemmering voor het vragen om en het krijgen van de juiste hulp. De initiatiefneemster zelf werd echter vaak door mensen in vertrouwen genomen, maar zij wilde beslist niet in de schoenen van het maatschappelijk werk gaan staan en weigerde privégegevens aan de gemeente door te geven.

“Mensen gaan gewoon niet naar het maatschappelijk werk want ze moeten gelijk met hun billen bloot. Dus het is gelijk zichtbaar dat je, eh, zwart werkt. En het is gelijk zichtbaar, zoals volwassen kinderen die thuis wonen en moeten bijdragen. Maar die relatie met de kinderen is vaak ook ingewikkeld.” (opbouwwerkster)

“Ik heb nu wat meer contact met het maatschappelijk werk, ik probeer meer die rol naar hen over te dragen. Ik moet ook geen maatschappelijk werker worden. Ik heb het al druk genoeg... bij sommige mensen heeft dat goed gewerkt, maar anderen die hebben gewoon een wantrouwen en die willen dat niet, dus ja, die ga ik ook niet dwingen natuurlijk. Ja, dat is eigenlijk steeds een beetje een zoektocht waar ook wel een spanningsveld zit van, hoe ga je die mensen dan helpen zonder dat je ze in een keurslijf dwingt.” (initiatiefneemster)

Tussen formele en informele sleutelfiguren groeiden spanningen, terwijl beide elkaar ook goed aanvulden.

“Ja, en het is heel jammer dat er toch ook veel wantrouwen tussen formeel en informeel zit. En... ik weet niet, de coronacrisis zou op zich daar wel een soort positieve kentering in teweeg kunnen brengen, omdat in elk geval de essentiële waarde van dat informele initiatief nog zichtbaarder is geworden.” (lector hogeschool).

Enkele voorbeelden van oplossingen die de betrokkenen vonden:

– Laagdrempeligheid creëren, zingeving bieden, mensen in hun waarde laten, het goede voorbeeld geven

Iets positiefs benadrukken en mensen in hun waarde laten bleek een belangrijke drijfveer.

“Vanuit m’n eigen motivatie vind ik het belangrijk dat ik mensen in hun waarde laat en niet te veel doorvraag en niet push. Ik probeer echt heel erg te benadrukken ook, dat mensen bij ons komen, dat dat iets positiefs is, dat ze eten komen redden wat anders weggegooid wordt en ik probeer ze eigenlijk mee te geven van, ‘hé, je kan iets goeds doen’. Op die manier houden we het ook heel laagdrempelig.” (initiatiefneemster)

De initiatiefneemster pakte haast automatisch de ‘goede voorbeeld’-rol zodat anderen zouden volgen.

“Ik droeg als eerste een mondkapje[...] En soms krijg ik ook wel een compliment van, ja, ‘jij hebt het echt, vanaf het begin gewoon echt goed geregeld’. Dus dat, eh... dat heb ik wel een paar keer gehoord, dus dat is wel heel leuk. Het is niet iets waar ik op doel ofzo, maar wel fijn als mensen dat zo zien. Ja.” (initiatiefneemster)

– **Samenwerkingen aangaan, tussen formeel en informeel met respect voor eigenheid**

Sommige oplossingen betreffen de noodzakelijke samenwerking tussen formele en informele partners in de wijk. Het bleek nodig het wederzijds wantrouwen bespreekbaar te maken en de waarde van zowel het formele als het informele te benadrukken. De lector Sociaal Werk dacht mee met de FFM en bracht kennis en ervaring in over ‘*sociaal schaduwwerk*’ en over de relatie tussen formele en informele spelers die elk hun eigen waarde hebben en beide onvervangbaar zijn (Welschen, 2018; 2020).

“Het is ook het verbinden van formeel met informeel, want de informele netwerken houden heel veel goeds in stand, hè. Die zorgen dat mensen elkaar blijven zien en spreken. En het is ook gevaarlijk als dadelijk de formele netwerken eroverheen gaan walsen, bij wijze van spreken.” (lector hogeschool)

‘Free Food Market: in of uit de schaduw’ langs de lat van sociale kwaliteit

Het lijkt evident dat een schaduwvoedselbank (een burgerinitiatief) in een ontwikkelwijk in Amsterdam Noord de sociale kwaliteit in de buurt goed heeft gedaan, want:

- Er is bijgedragen aan een belangrijke *bestaansvoorwaarde*, namelijk voedselzekerheid. De FFM lost het voedsel- en armoedeprobleem niet op, maar vestigt er wel aandacht op en zorgt voor praktische oplossingen als het nodig is met name wanneer de meest kwetsbaren onder druk komen te staan.
- Er wordt op *laagdrempelige wijze geïnvesteerd in sociale cohesie*: door veel mensen uit de buurt als vrijwilliger te betrekken draagt het initiatief FFM bij aan cohesie. De markt brengt mensen bij elkaar en biedt veel mensen een moment van contact en uitwisseling (ook over het coronavirus en de impact van de maatregelen op het leven van alledag). Mensen letten een beetje op elkaar. Daarnaast biedt de FFM voor veel vrijwilligers een waardevolle activiteit en dagbesteding die als zingevend wordt ervaren.
- Er wordt aandacht besteedt aan *inclusie en aan mensenrechten*. Iedereen (ongeacht status, afkomst, enzovoort) heeft recht op voedsel, ongeacht zijn of haar status of overtuigingen. Dit werkt positief door in het vertrouwen en de verbondenheid tussen mensen onderling.
- Er wordt gewerkt aan *empowerment* van de klanten van de voedselmarkt; door de FFM maar ook door het opbouwwerk. Mensen voelen zich de moeite waard, krijgen eten én informatie over de coronamaatregelen. Dit komt mede doordat initiatiefneemster en vrijwilligers het goede voorbeeld geven als het om naleving gaat. Mensen voelen zich waardig behandeld en ook minder geïsoleerd.

Vignet 2: Op straat is het soms veiliger dan thuis (datum interviews: februari 2021)

Over de doelgroep en context

In Nederland leven ruim 2,5 miljoen jongeren tussen de 16 en 27 jaar. Ongeveer 7,5% bevindt zich in een dermate kwetsbare positie dat ze ondersteuning nodig hebben bij de overgang naar volwassenheid. Ze hebben geen werk (19%), geen startkwalificatie (23%) of staan bijvoorbeeld onder bescherming van jeugdhulp (Movisie, 2020a). Ook zijn er vaak spanningen thuis en kan de thuissituatie onveilig zijn. Vooral psychosociale problematiek maakt deze jongeren extra kwetsbaar (RIVM, 2020c).

In dit vignet vertelden twee jongerenwerkers en een directeur van een stichting jeugd- en jongerenwerk hoe zij kwetsbare jongeren ondersteunden in coronatijd. Het jongerenwerk probeerde jongeren weerbaarder te maken en escalatie van problemen te voorkomen. Ze zochten samen met jongeren naar oplossingen. Kwetsbare jongeren, die normaliter veel met anderen op straat hangen en dikwijls thuis en op school problemen hebben of met zichzelf in de knoop zitten, hebben het in de coronatijd extra zwaar gehad.

“Vaak zijn het toch wel jongeren met een rugzakje. Het zijn ook jongeren waar bijvoorbeeld thuis spanningen oplopen, de gezinssituatie niet stabiel is, en dus naar buiten toe gaan vaak een uitlaatklep is, om er even uit te zijn. Ja, dat is bijna niet meer mogelijk. Je hebt natuurlijk nu de avondklok, en je mag maar met twee maximaal buiten zijn. Dus dat, dat is wel lastig voor ze.” (jongerenwerker)

Voorals contact beperkende maatregelen hebben grote impact op deze kwetsbare jongeren, zeker als de crisis langer duurt dan vooraf kon worden ingeschat. De **stress vanwege de maatregelen** komt boven op de stress die deze jongeren normaliter al hebben. Dit kan gevolgen hebben voor de mentale gezondheid.

“Jongeren zien geen perspectief. Ze raken werk en stages kwijt. De scholen zijn dicht. En thuis nemen de spanningen toe.” (jongerenwerker)

De belangrijkste dilemma's die in dit voorbeeld opspeelden:

– Coronaveiligheid versus sociale veiligheid en inclusie

Tijdens de lockdowns en toen de avondklok werd ingevoerd was het dagelijks wikken en wegen voor de jongerenwerkers. Coronaveiligheid botste soms letterlijk met welzijn.

“We hebben zelfs een jongere hier gehad, die 's avonds even een taartje is komen eten voor zijn verjaardag. Kun je je afvragen, is dat nodig, hè, komt toch wel weer bij de organisatie langs, met een paar jongeren erbij? Breng je daarmee iemand mee in gevaar qua veiligheid, eh, maar aan de andere kant voor het welzijn van die jongere.. ik denk dat ie echt een hele leuke avond heeft gehad en dat het veel voor hem betekende.” (jongerenwerker)

– Centrale waarden van het werk negeren versus vasthouden aan centrale waarden

Jongerenwerkers komen door de maatregelen in conflict met de **centrale waarden van hun werk**. Ze willen hun werk goed doen, 'de belangen van de cliënt' vooropstellen en 'naast hen blijven staan'. Maar dat is lastig.

“Wij werken vanuit relatieopbouw en daarvoor moet je jongeren echt kennen. Als jongerenwerker zoek ik jongeren op, leg contact en bouw stapje voor stapje een vertrouwensband met hen op. Vertrouwen is cruciaal in ons werk. Je moet als hulpverlener een afweging maken. Wij zetten altijd de cliënt voorop.” (jongerenwerker)

“Dus, eh, ja en dan heb je wel eens dat het niet helemaal klopt met de... je hebt altijd wel weten die tegenover mekaar staan.” (directeur jongerenwerk)

Werken aan de **vertrouwensband** wordt moeilijker en **botst met handhavers die boetes uitdelen**.

“En wat wel een belangrijk iets is, het is gewoon het openbare domein. De maatschappij heeft, in ieder geval de eerste tien maanden, vooral geacteerd op veiligheid. Dus alles moest wijken voor veiligheid. En we merken, en dat merkten we ook aan de gemeente, er werden drie BOA's bij, bij gezet, en alles werd, alles draaide om die veiligheid. Er was weinig oog voor de behoefte van de kinderen.” (directeur Jongerenwerk)

Ten gevolge van de maatregelen en het verscherpt toezicht op straat (handhaving door BOA's) worden jongeren naar plekken gedreven waar ze onvindbaar zijn. De jongerenwerkers komen **in de knel**.

“Omdat je juist die jongeren niet wil verraden, want jongeren gaan dan wat meer uit het zicht, gaan niet meer naar de standaard hangplekken maar zoeken andere plekjes op waar ze minder goed te vinden zijn, zeg maar, zodat ze elkaar toch kunnen ontmoeten. Maar dat maakt het voor ons nog moeilijker om ze te vinden, en dan zeker ook steeds de afweging van 'oké, ga ik met ze in gesprek of laat ik ze links liggen?’ (jongerenwerker)

– Een andere rol aannemen versus vasthouden aan de eigen rol

Rolverwarring is het gevolg als een jeugd- en jongerenwerker in de rol kruipt van een handhaver. Het risico bestaat dat ze daardoor hun vertrouwenspositie kwijtraken en hun werk niet meer kunnen doen.

“Du moment dat je die rol neemt [als handhaver] verlies je je positie, en dan ben je als jongerenwerker eigenlijk weg. Als je een verrader wordt, dan is het vertrouwen ver te zoeken. En wat die jongeren voelen, ik voel 'm ook als ik op straat ben 's avonds. Ik zie een groepje jongeren van drie of vier. Dan wil ik gewoon weten hoe het met ze gaat. Maar je weet dat er BOA's rondrijden, dan is het lastiger om je werk te doen.” (jongerenwerker)

Dit dilemma geldt niet alleen wat betreft de BOA's maar ook voor het **jeugdzorg** die een andere taal spreekt.

“De jongerenwerker die zit in de preventie, die spreekt de taal van de jongeren en de jeugdhulpverlener spreekt de taal van de wet. Ook een handhaver voert de wet uit: bij een overtreding kan hij of zij een boete uitschrijven of een waarschuwing geven. Als wij in gesprek gaan met jongeren, blijven de handhavers even op afstand. Dat hebben we nu zo afgesproken.” (directeur Jongerenwerk)

Enkele voorbeelden van oplossingen die de betrokkenen vonden:

– Kijken naar wat wel kan, jongeren creatief betrekken en een luisterend oor blijven bieden

Voor het jongerenwerk was het niet vanzelfsprekend om te besluiten open te blijven. In overleg met jongeren zelf werden afspraken gemaakt om het werk toch mogelijk te maken.

“Ja we zijn gewoon steeds blijven doorgaan. Dus we hebben, eh, niet heel veel echt aangepast, het is wel dat ons werk bemoeilijkt wordt. [...] We zijn gewoon, eh, creatief en een beetje flexibel.” (jongerenwerker).

– In dialoog gaan en jongeren zelf een stem geven door ze te interviewen en te filmen

Door een film te maken met, door en voor jongeren en deze op te sturen naar scholen is getracht een brug te slaan en de problemen van jongeren in beeld te brengen. De film hielp ook om met gemeenteraadsleden in gesprek te gaan en ontheffing aan te vragen.

“Deze [film] is echt bedoeld als middel om in gesprek te gaan met jongeren. We hebben de film ook gestuurd naar alle basisscholen. Met een lesbrief erbij. Wij vinden het belangrijk om het gesprek te starten ook met jongeren over corona. Wat is de impact op hun levens sinds corona, is het voor hen... wat ze zien in het filmpje, kunnen ze zich daarmee identificeren, of juist helemaal niet?” (directeur Jongerenwerk)

“Kijk, we hebben allemaal onze rollen. Dus ik ga dan met de gemeenteraadsleden in gesprek, eh, aan de hand van het filmpje. En dan leg ik uit dit zijn de dilemma's waar we mee zitten. De jongerenwerkers gaan met het college kijken hoe de wethouder en de burgemeester in gesprek met jongeren komen.” (directeur Jongerenwerk)

‘Op straat is het soms veiliger dan thuis’ langs de lat van sociale kwaliteit

Dit voorbeeld laat zien dat het jeugd- en jongerenwerk de **sociale kwaliteit** voor kwetsbare jongeren versterkt:

- Voor jongeren is contact met leeftijdsgenoten een belangrijke *bestaansvoorwaarde* in tijden van een pandemie. De jongerenwerkers zorgden voor een fysieke plek waar jongeren elkaar konden blijven ontmoeten. Zeker als ze het, mede door de lockdown en avondklok, thuis moeilijk hadden. Voor jongeren in zeer kwetsbare posities was de publieke ruimte immers soms veiliger dan thuis.
- Er werd geïnvesteerd in *sociale cohesie*: door activiteiten zoveel mogelijk door te laten gaan en door de oudere jongeren te betrekken bij activiteiten in de buurt (zoals sportactiviteiten en dergelijke). Door straatrondes te lopen en via Whatsapp zorgden jongerenwerkers voor blijvende verbinding tijdens de lockdown en het samenscholingsverbod.
- Er werd aandacht besteed aan *inclusie door de jongeren een stem te geven*. Door het maken van een film door en voor jongeren werd hun verhaal tijdens de coronapandemie gevisualiseerd. Zo werd ook contact met gemeenteraadsleden en andere scholen gelegd en dialoog gestart.
- Er is op veel manieren gewerkt aan *empowerment* door de problemen van jongeren te erkennen. Het feit dat de professionals voor hun belangen opkwamen door afspraken te maken met de handhavers, kregen de jongeren meer zelfvertrouwen en ook meer vertrouwen in de corona-aanpak van het jongerenwerk.

Vignet 3: Aan beide kanten van het raam (datum interviews: dec. 2020, m.m.v. W. van der Borg)

Over de doelgroep en context

Er leven in Nederland naar schatting tussen de 254.000 en 270.000 mensen met dementie. Naar verwachting is dit aantal in 2040 verdubbeld (Francke et al., 2018). Er zijn zo'n 350.000 mantelzorgers die thuis zorgen voor iemand met dementie (Alzheimer Nederland, 2019). Ruim 70.000 mensen met dementie wonen in een zorginstelling (Monitor Langdurige Zorg, 2018). Gedurende de eerste lockdown gingen alle instellingen en kleinschalige woonvormen voor ouderen op slot. Hoewel de regering hiermee beoogde de meest kwetsbaren in de samenleving te beschermen, had dit grote impact op mantelzorgers, cliënten en zorgprofessionals. Ook de relatie tussen professionals en mantelzorgers kwam als gevolg van de maatregelen onder druk te staan.

In dit vignet delen een mantelzorger van haar 83 jarige moeder en een agogisch zorgmedewerker hoe zij het sluiten van de zorgorganisatie tijdens de eerste lockdown hebben ervaren en welke dilemma's de corona-periode voor hen met zich meebracht. Vóór de coronacrisis vervulde zij als mantelzorger een belangrijke rol in de zorg voor haar moeder en was er veel afstemming was met zorgverleners. Door een bezoekverbod van de zorgorganisatie, gedurende de eerste lockdown, moest zij de zorg uit handen geven.

"Ik kreeg een brief thuisgestuurd en daar stond in dat we niet meer mochten komen. Daar schrok ik heel erg van. Ik vond de toonzetting in de brief ... dat ik me afvroeg, heb je wel door hoe dit voor mantelzorgers is? ... Ik heb m'n moeder daar wel moeten brengen, maar dat zegt niet dat ik de verantwoordelijkheid niet meer voel." (mantelzorger)

Al snel bleek hoe groot de impact was op bewoners die het contact met hun naasten misten. Er waren bewoners die heel erg in zichzelf gekeerd of angstig werden en gaandeweg gedeprimeerd raakten.

"Eerst kon familie niet langskomen, en dan later mogen ze langskomen, maar dan met een mondkapje voor. De moeder van een andere mantelzorger was zelfs bang voor haar dochter omdat ze een mondkapje op had." (agogisch medewerker)

De belangrijkste dilemma's die in dit voorbeeld opspeelden:

– Kiezen voor coronaveiligheid versus kwaliteit leven en zorg

Zelf niet ziek worden was voor zorgmedewerkers van groot belang, maar nog groter was de angst het virus over te dragen aan cliënten. Het gebruiken van beschermingsmiddelen, zoals een mondkapje, werd gezien als een belangrijk middel om zichzelf en anderen te beschermen tegen het virus. Maar er werd ook een keerzijde ervaren, omdat het de kwaliteit van zorg beperkte. Het was daarmee vaak een zoektocht om een balans te vinden tussen het waarborgen van veiligheid en het verlenen van goede zorg.

“Je moet er toch niet aan denken dat je het meeneemt het huis in. Je wilt niet de boosdoener zijn. Maar afstand bewaren lukt niet, dat kan echt niet bij deze doelgroep, contact is zo belangrijk. Op een gegeven moment moesten we mondkapjes op, en dat vind ik nog steeds lastig. Niet voor mijzelf maar meer voor de bewoners: dat je het contact niet hebt dat je normaal hebt. Ze horen je vaak heel slecht door het mondkapje, en ze zien geen mimiek. Ik ben iemand met humor, maar dat kun je niet laten zien. [...] Het contact is minder, je probeert het wel maar het is ook vermoeiend als je continu dingen moet herhalen. En mensen doen minder mee, omdat ze het niet goed meekrijgen.” (agogisch medewerker)

– Waarborgen coronaveiligheid versus sociaal en mentaal welzijn (en contact tussen bewoners en naasten)

Vooraf toen beperkt bezoek na de eerste lockdown weer mogelijk was, ervaarde de agogisch medewerker spanningen door de veranderende dynamiek met mantelzorgers en naasten. Want hoe verhoud je je tot mantelzorgers die anders denken over het naleven van de maatregelen in het contact met hun naaste? De agogisch medewerker voelde vaak een dilemma in het wel of niet aanspreken van naasten die zich tijdens bezoek niet aan de maatregelen hielden. Enerzijds voelde zij zich verantwoordelijk voor het beschermen van andere bewoners, anderzijds had zij ook ervaren hoe belangrijk contact met bewoners voor hun welzijn was:

“Sommige familieleden zag je ook met hun naasten knuffelen. Ja, wie ben ik om te zeggen dat dit niet mag?” (agogisch medewerker)

En hoe ga je om met jongeren in de buurt die zich niet aan de maatregelen houden? Hoe onrechtvaardig is het als door respectloos gedrag van anderen de deuren weer dicht moeten? De maatregelen zetten de solidariteit tussen jong en oud dan ook onder druk.

“Ik ben soms heel boos als mensen de regels niet naleven. Dan komen we er nooit meer vanaf.” (mantelzorger)

“Een bewoner kun je makkelijk opsluiten, maar jongeren niet, en dat voelt krom.” [...] “Aan de ene kant ben ik dan blij dat de regels weer verder aangescherpt worden, maar het is wel jammer, het is echt jammer [voor bewoners en naasten]. Ook met het oog op het beperkte bezoek dat bewoners mogen ontvangen.” (agogisch medewerker)

Enkele voorbeelden van oplossingen die de betrokkenen vonden:

– Faciliteren van contact

Gedurende de eerste lockdown probeerden zorgprofessionals zo goed en zo kwaad als dat ging het contact tussen bewoners en hun naasten (op afstand) te faciliteren. Onder meer door het raambezoek en online videobellen mogelijk te maken. Hoewel dit niet voor alle bewoners geschikt bleek (het zorgde soms voor meer onbegrip en verwarring), bood het voor sommige bewoners en hun naasten toch even een contactmoment.

“En in het begin met Zoom hebben we het geprobeerd. Dat ging wel heel moeilijk hoor. Ik denk dat heel veel mensen dat niet konden, mijn moeder kon dat nog net, maar ook niet echt makkelijk. [...] En aan weerszijden van het raam, mijn moeder aan de ene kant van het raam en mijn man en ik aan de andere kant, dan konden we elkaar tenminste zien en zwaaien. [...] Met dat raam was ze zo snel moe. [...] We moesten altijd goed opletten dat we niet te lang met haar daar praatten. Je moest er ook mee om leren gaan. Dan zaten we gewoon even rustig, zeiden we niet zoveel en keken we elkaar een beetje aan.” (mantelzorger)

– **Creëren van wederzijds begrip door kunst**

Na de eerste lockdown initieerden onderzoekers en kunstenaars van het lectoraat 'Image in Context' (Coumans et al., 2020; Van de Ree, 2022) het project 'Aan beide kanten van het raam'. Een groep zorgverleners, mantelzorgers en vrijwilligers nam hieraan deel. Met het project werd beoogd om de consequenties van de lockdown – vooral de fysieke scheiding tussen de dementerenden en hun familie en vrijwilligers – in beeld te brengen en bespreekbaar te maken, en om de betrokkenen te helpen deze ervaringen te verwerken. Het project was ook bedoeld om met elkaar nieuwe perspectieven te vinden en te kijken naar wat er ondanks de beperkingen wel mogelijk was. Binnen het project werd met diverse creatieve methoden gewerkt. Deze co-creatie bood kansen om op een andere manier ervaringen en gevoelens te illustreren en uit te wisselen. Dit doorbrak de spanning.

“Doordat je nu op een hele andere manier contact hebt, ontstaat het gevoel het samen te moeten doen. Dat vond ik echt winst hoor. We konden van elkaar leren en kregen begrip voor elkaar.” (mantelzorger)

'Aan beide kanten van het raam' langs de lat van sociale kwaliteit

Dit voorbeeld laat zien dat er door de coronacrisis grote spanning kwam te staan tussen de systeemwereld, waarin zorg voor mensen met dementie is georganiseerd, en de leefwereld van cliënten, waarin ook mantelzorgers een belangrijke plaats innemen. Dit deed voor alle betrokkenen in het zorgproces afbreuk aan de ervaren sociale kwaliteit. Er stond veel op het spel:

- Door de lockdown en het bezoekverbod werd het thuis ('thuis') voor cliënten juist een onveiligere en onleefbare plek. Het bezoekverbod en later het beperkte contact met naasten, bedoeld als bescherming van de bewoners, deed afbreuk aan de *bestaanszekerheid* én tastte het mentaal welbevinden van bewoners aan.
- Door de maatregelen viel de verbinding en ervaren *cohesie* tussen betrokkenen weg. Door deel te nemen aan het onderzoeksproject 'Aan beide kanten van het raam' van het lectoraat 'Image in Context' van de Hanzehogeschool Groningen werden de ervaringen van alle partijen inzichtelijker voor elkaar gemaakt en zo ontstond er een gesprek. Dit droeg voor hen bij aan de beleefde gezamenlijkheid ('togetherness').
- De zorgprofessional heeft een belangrijke rol in de *inclusie* van de mantelzorger in het zorgproces en ziet dit als een belangrijke waarde. Door de maatregelen kon de zorgverlener deze inclusie niet meer faciliteren. De mantelzorger werd buitengesloten, wat ook afbreuk deed aan de identiteit van de zorgverlener. Het faciliteren van het raamcontact deed zeker iets maar bleek toch onvoldoende.
- In dit voorbeeld werd op alle fronten *machteloosheid* ervaren. Door hun frustraties op papier te zetten en te tekenen kregen de mantelzorgers en zorgverleners een 'stem' en konden ze zich beter in elkaar verplaatsen. Dit versterkte het wederzijds begrip en empathie voor elkaar en droeg bij aan *empowerment*.

Vignet 4: Krachtig in kwetsbaarheid (datum interviews: juni 2021, m.m.v. X. Mensinga)

Over de doelgroep en context

Voor sommige mensen is het minder makkelijk om een weg te vinden in de Nederlandse kunst- en cultuurwereld. Het kan voor kunstenaars met een lhbtq+ achtergrond en voor kunstenaars met een migratieachtergrond onveilig voelen om hun stem te laten horen, omdat ze zich minder geaccepteerd voelen in de samenleving. Beide groepen hadden het zwaar tijdens de crisis. Mensen uit de queer-community hebben dikwijls last van psychische problemen, waaronder depressie (Movisie 2020a). Migranten die zich identificeren als lhbtq+ zijn vaak nog kwetsbaarder. Deze groep heeft vaak traumatische ervaringen opgedaan in het land van herkomst vanwege hun achtergrond [Movisie, 2020b].

In dit vignet komen twee verschillende – elkaar overlappende – gemeenschappen aan bod, een queer-community en een migranten-art-community. De grondleggers en initiatiefnemers van de gemeenschappen Centrum X en Centrum Z vertellen hun verhaal over de coronatijd. Centrum X is een podium voor queer kunstenaars. Het is opgericht om de queer-community te ondersteunen op het vlak van cohesie en expressie. Centrum Z is een platform gericht op het verbinden van kunstenaars met een multiculturele achtergrond waaronder ook leden van de lhbtq+ gemeenschap. Beide platforms moesten inspelen op de coronamaatregelen. Waar Centrum X zich genooddaakt voelde om te sluiten besloot Centrum Z door te gaan in een online vorm met onder andere coaching-trajecten en ‘sound performances’.

“Wat al snel bleek, is dat het voor kunstenaars die net nieuw in Nederland aankomen ontzettend moeilijk is om hun weg te vinden in het culturele landschap. Er is eigenlijk een ontbrekende schakel als het gaat over begeleiding, toegang tot museale instellingen, opdrachtgevers en de community. Centrum Z is een plek waar we samenkomst bieden via samenwerkingsprojecten met culturele instellingen die atelierruimte hebben.” (initiatiefnemer Centrum Z)

De belangrijkste dilemma’s die in dit voorbeeld opspeelden:

– Coronaveiligheid versus (mentale) veerkracht van mensen en sectoren

Beide instanties namen de geldende coronamaatregelen zeer serieus om de fysieke veiligheid te waarborgen, maar gingen hier op een andere manier mee om. De grondleggers van Centrum X vonden het een te groot risico om open te blijven mét anderhalve meter afstand en mondkapjes. Ze voelden zich verantwoordelijk voor de fysieke veiligheid en voorzagen dat het voor hun community lastig zou worden om de maatregelen vol te houden. Er werd gekozen voor de fysieke veiligheid, maar hierdoor werd er ingeleverd op het mentale welzijn: mensen voelden zich afgezonderd, ze konden minder makkelijk contact met elkaar maken.

“Queer mensen zijn ook vaak kwetsbaar op verschillende manieren. Soms mentaal kwetsbaar, soms in relatie tot gezondheid. Wij vonden niet dat we hier het risico in konden nemen, met een soort van anderhalve meter afstand, om toch open te blijven. We voelden ons te huiverig om die verantwoordelijk op ons te nemen. [...] Als je even niet oplet dan zitten mensen toch weer dicht bij elkaar of is de ruimte niet groot genoeg en dergelijke.” (initiatiefnemer Centrum X)

Het opleggen van beperkingen was volgens de initiatiefneemster van Centrum Z extra heftig voor de kunstsector. De sector kampt meer dan andere sectoren al langer met een beperking van mogelijkheden.

“Ik leef graag in een wereld waar verschillende stemmen gehoord kunnen worden en waar er een diversiteit aan kunstvormen en mensen bestaat. Ik vind het heel verdrietig dat de beperkingen niet alleen een weerslag hebben op het bewegingsverkeer van mensen, maar dat het de schaarste die al in de sector zat versterkt.” (initiatiefnemer Centrum Z)

– Ontmoetingen met troost en inspiratie versus beperkingen van de online wereld

Voor velen is kunst een uitingsvorm waarmee je voor afleiding zorgt en vreugde creëert. Ook kan gezamenlijk kunst maken zorgen voor troost en verbinding. Deze twee aspecten vielen grotendeels weg tijdens de pandemie, terwijl juist in tijden van stress sociale steun hard nodig is.

“De combinatie van alle moeilijkheden die verder kunnen spelen, qua gezinsomstandigheden of werk, maakt het gewoon extra zwaar. Je hebt geen uitlaatklep meer. Je hebt geen plek om het af te kunnen reageren of elkaar te kunnen opzoeken. Dus we hebben wel depressie en burn-outklachten gezien.” (initiatiefnemer Centrum Z)

Er waren mogelijkheden om elkaar online te ontmoeten of om via social media elkaar een beetje ‘in de gaten te houden’. Toch was dit niet voldoende volgens de initiatiefnemer van Centrum Z.

“Wij hebben problemen met de mentale gezondheid, maar in de community van [queers met een migratieachtergrond] zijn er verschillende mensen die zelfmoord hebben gepleegd het afgelopen jaar, die het echt niet trekken thuis, die het echt niet volhouden zonder community en dat is heel ernstig. [...] Als je uit een gemarginaliseerde groep komt en de community is echt je ‘lifeline’, je ontleent er je bestaansrecht aan, dan is het de enige plek waar je jezelf kan zijn. Dan is het een noodzaak.” (initiatiefnemer Centrum Z)

Belangrijke oplossingen die de leiders van de gemeenschappen vonden:

– Doorgaan met sociale media en online bijeenkomsten

Anders dan het besluit van Centrum X probeerden de initiatiefnemers van Centrum Z de community juist open te houden, zoals door ontmoetingen via social media. Ze kwamen er al snel achter dat niet iedereen daar gebruik van maakte, waardoor het lastig was om in verbinding te blijven. Voor de mensen die wel gebruik maakten van social media heeft Centrum Z in de coronatijd een online programmering opgezet. Hiermee probeerden de initiatiefnemers de fysieke veiligheid te waarborgen, maar ook in te spelen op de mentale gezondheid van de community. Toch bleek dat online sessies beperkingen hadden. Angst voor herkenning door familie en andere culturele barrière maakten het voor sommige migranten lastig om het programma te volgen en zich bloot te geven in (online) groepsverband. Hier vond Centrum Z een creatieve en speelse oplossing voor.

“We gaan starten met een soort alternatieve inburgeringscursus. Dat is ontstaan doordat we ons realiseerden dat er juist in deze tijden van een pandemie behoefte is om, naast de basisdingen zoals het leren van een taal, te begrijpen hoe het culturele veld in Nederland in elkaar zit. De taalcursussen die opéé taalscholen worden geboden zijn niet altijd bedoeld voor kunstzinnige mensen.” (initiatiefnemer Centrum Z)

– ***Eén-op-één afspraken, ervaringen uitwisselen en sociale steun verlenen***

Binnen de maatregelen was het wel mogelijk om één-op-één af te spreken en beide community's deden dit dan ook, al kostte dat soms meer energie dan het samenkomen in grotere groepen. Toch konden deelnemers elkaar op deze manier steun verlenen. Sommige migranten die bijvoorbeeld in Syrië al meerdere crisissituaties hadden meegemaakt konden aan anderen – in de een-op-een gesprekken – tips geven hoe om te gaan met de lockdown, bijvoorbeeld door yoga te beoefenen en hoe je kunst kan blijven maken. Ze deelden waardevolle kennis en gaven een ander perspectief op de situatie.

“Het was een eyeopener. We denken vaak over kwetsbare groepen dat we ze moeten helpen, maar als we naar ze luisteren, kunnen we ook van ze leren. Ze hadden tips over voeding, yoga, iedere dag schrijven en kunst blijven maken, want anders word je depressief. Waar andere mensen in de knel kwamen waren zij al gewend aan een crisis. Dus ze hadden zoiets van: ‘Welkom in de wereld van beperkingen.’” (initiatiefnemer Centrum Z)

‘Krachtig in kwetsbaarheid’ langs de lat van sociale kwaliteit

De pandemie heeft binnen de culturele sector de sociale kwaliteit onder druk gezet:

- Eén community vond het nodig hun deuren tijdelijk (volledig) te sluiten. Gelukkig kon de andere community, door alternatieve oplossingen te bedenken, mensen toch toegang bieden tot de sociale voorzieningen en de gemeenschap, wat voor deze groepen in crisis een *voorwaarde van bestaan* is.
- Door de oplossing van de alternatieve inburgeringscursus te bedenken werd letterlijk gewerkt aan de *sociale inclusie* van de migrantengroepen. Ondanks dat de officiële inburgeringscursussen sloten ging het proces van integratie in Nederland in principe door, al was het op een lager pitje.
- Door de organisaties van de kunstplatforms werd geprobeerd om met social media, online-programmering en één-op-één afspraken de *sociale cohesie*, het gevoel van verbondenheid, te behouden. Dit was in ieder geval iets maar toch ook onvoldoende en leidde in één gemeenschap tot sociale fragmentatie en isolatie.
- Door de migranten en vluchtelingen die al langer in Nederland wonen aan elkaar te koppelen werd gewerkt aan *empowerment*. Zowel de een-op-een gesprekken met mensen die eerder een crisissituatie hebben meegemaakt als de inburgeringscursus droegen hieraan bij.

Vignet 5: Sportvereniging midden in de samenleving (datum interviews: mei 2021, m.m.v. K. Vegt)

Over de doelgroep en context

Nederland telt ruim 26.000 sportverenigingen, waar ruim drie op de tien Nederlanders lid van zijn [CBS, 2021]. Samen met alle vrijwilligers en de sportbonden zijn zij cruciaal in het faciliteren van de sportgelegenheid.

De coronamaatregelen hadden veel impact op de sportverenigingen en haar leden. In het eerste coronajaar kon bij ongeveer 50% van de verenigingen, met trainingen, lessen en cursussen voor jeugdleden, minder dan de helft van de trainingen plaatsvinden. Voor twee derde van de volwassenen was dit eveneens het geval. Binnensport-verenigingen waren minder vaak open dan buitensportverenigingen, voor zowel jeugdleden als seniorenleden (Pulles et al., 2021). De coronamaatregelen hadden voor elke sportvereniging andere consequenties. Factoren als type sport, binnen-, of buitensport, individueel of in een groep, de leeftijd van sporters speelden daarbij een rol bij de impact van de maatregelen.

In dit vignet vertellen vijf bestuursleden en trainers van een voetbalclub en een (synchroon) zwemvereniging over de impact van de coronamaatregelen op hun club en hun leden. Ze vertellen over de worstelingen met de constante afweging tussen coronaveiligheid en het welzijn van sporters, trainers en vrijwilligers en laten zien hoe lastig het was om het plezier in het geven en ontvangen van trainingen vast te houden.

“Met een hele brede geleding uit de vereniging hebben we gepraat over wat en wie we nodig hebben als we voetballen mogelijk willen maken in de pandemie [...]. Hier is een actielijst uitgekomen en die zijn we gewoon uit gaan uitvoeren. [...] Er waren gelukkig veel positieve geluiden maar ook zo her en der wel wat incidenten. [waarin onbegrip werd geuit]. Dan voel je je toch ongemakkelijk als je zo aangesproken wordt; vooral het onbegrip is dan apart. Wij voeren uit, hè. We hebben hier zelf niet voor gekozen, het is een situatie waar we met z’n allen het beste van moeten maken.” (bestuurslid voetbalvereniging)

De belangrijkste dilemma’s die in dit voorbeeld opspeelden:

– Coronaveiligheid versus sociale verbinding en ontmoeting bij de sportclub

Bij de sportverenigingen werd tijdens de pandemie ten diepste gevoeld hoezeer sporten een bredere maatschappelijke functie vervult, naast het faciliteren van lichaamsbeweging. Tijdens de periodes dat leden en vrijwilligers niet naar de sportclub konden viel er een plek weg in de wijk waar men elkaar kon ontmoeten en ontspannen. De sportverenigingen liepen tegen de vraag aan hoe het verenigingsgevoel en de onderlinge verbondenheid in stand te houden nu betrokkenen elkaar niet meer als vanzelfsprekend konden ontmoeten.

“In mijn ogen is een voetbalclub veel meer dan alleen maar een plek die voetbal faciliteert. [...] het is een plek waar je jezelf sociaal-emotioneel ontwikkelt en waar je je passie kan uiten en kan uitvoeren; dat geldt voor iedere sportvereniging. Je vindt er ontspanning na de dagelijkse stress, dus het heeft een veel grotere functie. Dus toen dat wegviel vond ik dat wel heftig.” (trainingscoördinator voetbalvereniging)

“We zijn echt een dorpsvereniging. Maar inmiddels komen mensen vanuit heel de stad, en ook soms uit omliggende dorpen [...]. Toch is dat hele karakteristieke ‘ons kent ons’ en het dorpse nog steeds één van de kernwaarden van onze vereniging.” (trainer voetbalvereniging)

“Wij zijn een sociale, gezellige vereniging. Prestaties zijn natuurlijk belangrijk, maar het gaat vooral om het plezier voor iedereen. En dan hakken die maatregelen er behoorlijk in.” (trainer zwemvereniging)

– **Coronaveiligheid versus de (ervaren) werkkwaliteit & het werkplezier van de trainer**

Op veel verschillende vlakken hadden trainers bij sportverenigingen het gevoel dat de kwaliteit van hun werk leed onder de coronamaatregelen. Vanaf het moment dat er weer meer mogelijk werd, moesten sportverenigingen alle zeilen bijzetten om te voldoen aan de maatregelen voor een veilige sportomgeving. Er werden bijvoorbeeld corona-coaches of -coördinatoren (zowel vrijwilligers als trainers) aangesteld. Zij wezen waar nodig op de maatregelen. Dit gaf spanningen, want vaak voelden trainers zich in deze rol een soort scheidsrechter op de coronamaatregelen, waardoor ze minder goed op de sport zelf konden focussen.

“Nou ja, als trainer is het gewoon heel vervelend [...] je bent continu bezig of mensen zich aan de afspraken houden [...] gaan ze niet over de lijn heen, blijven ze op afstand? [...] Ja, dan is het wel een kwestie van ‘joh, hou je aan de afspraken’. Maar dat maakt het niet leuk, zeg maar.” (trainer voetbalvereniging)

De coronaregels zorgden er voor dat er minder tijd was voor lessen, of dat lesschema's steeds moesten worden omgegooid. Een zwemtrainer legt uit dat zij minder goed les kon geven en hoe dat haar stress gaf:

“Het meeste stress geeft mij eigenlijk dat ik die kinderen klaar wil maken om de basishouding helemaal goed te hebben, maar je hebt daar veel minder tijd voor. Ze leren het namelijk heel snel weer af. Ze krijgen daardoor heel veel achterstand. (...) En je wilt ze natuurlijk gemotiveerd houden.” (trainer zwemvereniging)

Op sociaal-emotioneel vlak hadden trainers het gevoel dat ze sporters niet altijd konden bieden wat nodig was zonder de maatregelen met voeten te treden. Sporten is in essentie een fysieke bezigheid, waarbij trainers soms niet anders kunnen dan door een aanraking iets over te brengen qua techniek of aandacht.

“Vorige week viel een meisje op haar hoofd. Ja, dan zeg ik ook niet van: ‘joh, blijf daar, ga daar maar huilen en ik doe niks’.” (trainer zwemvereniging)

De belangrijke oplossingen die de sportverenigingen vonden:

– **Aanpassingen in de omgeving**

Naast het aanbrengen van markeringen voor eenrichtingsverkeer, zoals het sluiten van kleedkamers en het beperken van het aantal mensen op het veld, werden er ook andere manieren bedacht om toch tegemoet te komen aan de behoeften die het samen sporten vervult. Bijvoorbeeld in de buitenlucht trainen of wedstrijden organiseren tussen een beperkt aantal teams binnen de vereniging, in plaats van de amateurcompetitie.

“Wij hebben bijvoorbeeld heel vaak interne mixtoernooien gespeeld. Ondanks dat de kinderen de echte competitie leuker vinden, was het wel zo dat kinderen van onze vereniging veel vaker met elkaar in aanraking kwamen. Daarmee creëer je veel meer onderlinge verbondenheid.” (trainingscoördinator voetbalvereniging)

– **Belangen tegen elkaar afwegen en knopen doorhakken**

In coronatijd wogen daarbij sommige belangen zwaarder dan in ‘normale tijden’, zoals de sociale component bij het sporten ten opzichte van de (technische) kwaliteit van de training.

“De kinderen zijn al de hele week thuis en zien geen andere kinderen. Dit is het moment dat ze eindelijk even met leeftijdsgenoten kunnen uitrazen. Dus voor de kinderen vonden we het dan verstandig om toch te zeggen dat de training doorgaat.” (trainingscoördinator voetbalvereniging)

– **Out of the box-denken**

Waar mogelijk combineerden sportverenigingen op creatieve wijze zowel het bewegen als sociale verbinding.

“Toen kwam het idee van de ‘postcodeloperij’, waarbij we met een estafettestokje onze leden aan elkaar hebben verbonden. Men kon opschrijven hoeveel kilometer ze naar elkaar wilden hardlopen, fietsen, skeeleren, noem maar op... als mensen elkaar het stokje gaven maakten ze vaak ook een foto op afstand en werd dit via social media gedeeld. Dat was eigenlijk heel leuk.” (bestuurslid voetbalvereniging)

‘Sportvereniging midden in de samenleving’ langs de lat van sociale kwaliteit

Dit voorbeeld laat zien dat het wegvallen van sportmogelijkheden in coronatijd voor veel betrokkenen in het verenigingsleven (leden, vrijwilligers en trainers) de sociale kwaliteit onder druk zetten. Mogelijkheden om te sporten én het faciliteren van ontmoeting tussen bewoners in de wijk, dragen bij aan sociale kwaliteit.

- Door tal van maatregelen konden mensen blijven sporten en bewegen. Dit had een positieve invloed op *de bestaanszekerheid*. Een sportvereniging is een sociale voorziening die voor veel mensen grote meerwaarde heeft, die het leven zinvol maakt en betekenis geeft en ook structuur biedt.
- Door creatieve oplossingen in de buitenruimte konden kinderen elkaar blijven ontmoeten. Dit bevorderde de onderlinge *cohesie en het plezier*. Kinderen konden ook spanningen afreageren.
- Door meer interne trainingen te organiseren leerden kinderen binnen verenigingen elkaar beter kennen. Dit versterkte de *inclusie en bonding* binnen de vereniging. Kinderen voelden zich meer lid van de club.
- *Empowerment* van buurtbewoners: door uit te gaan van wat mensen binnen de beperkingen nog wél kunnen, werden mensen ‘empowered’ en gestimuleerd om zelf aan de slag te gaan.

11.6. Twee exemplarische dilemma's ontleed

Hieronder neem ik twee exemplarische dilemma's onder de loep die in bovenstaande vignetten aan de orde komen en die te maken hebben met ervaren rechtvaardigheid. Tevens belicht ik de oplossingen die langs de lat van sociale kwaliteit zijn gelegd. Welke waarden lichten hier op en wat zien we hier aan het werk als het om de oplossingen gaat? Welke complexiteiten ontvouwen zich hier en hoe zijn deze vanuit het assenstelsel van de theorie van sociale kwaliteit te verklaren?

Dilemma 1

In vignet 2 zien we dat de landelijke maatregelen op veel niveaus doorwerken en voor alle betrokkenen op verschillende niveaus spanningen opleveren rond *ervaren rechtvaardigheid*:

- De jongeren doen er alles aan om in contact te blijven met hun vrienden en zoeken de randen van de maatregelen op. Ze vinden het onrechtvaardig dat zij hun vrienden niet kunnen zien terwijl ze zelf nauwelijks kans lopen om ernstig ziek te worden. Ze komen in botsing met BOA's die een gele of rode kaart uitdelen of boetes geven. Ze leren voor de BOA's op hun hoede te zijn.
- De jongerenwerkers kunnen door de maatregelen de kernwaarden die horen bij hun 'vak' – zoals 'nabijheid', 'naast jongeren staan' en 'werken aan vertrouwen' – niet hoog houden. Door de sociaal beperkende maatregelen komen ze in een spagaat terecht. Ze kennen de jongeren in hun wijk en zien dat het thuisblijf-advies voor hen onrechtvaardig uitpakt en in onveiligheid en mentale problemen resulteert. Ze weten dat het opgebouwde vertrouwen snel verdampt als ze niet voor de jongeren opkomen en niet loyaal aan hen zijn. Door voor hun waarden te blijven staan en hen niet te 'verraden' komen ze echter in conflict met de BOA's en de gemeente.
- De gemeente moet en wil consequent zijn en – vanuit het oogpunt van rechtvaardigheid – alle burgers op dezelfde manier behandelen. De gemeente trekt extra BOA's aan die de straat op worden gestuurd om de rust te bewaren er ervoor te zorgen dat de maatregelen worden nageleefd. Dit roept frustratie op bij het jongerenwerk en het voelt als onrechtvaardig. Zij zijn de afgelopen jaren immers flink gekort in het aantal jongerenwerkers (zie ook H. 12).
- De leiding van het jongerenwerk ziet de problemen en tracht met de jongerenwerkers tot oplossingen te komen om de spanningen met de BOA's en de gemeente te verminderen. Door de film wordt verbinding tussen de betrokkenen gemaakt en kunnen de spanningen mogelijk wegvloeien. Er ontstaat door deze respons meer 'togetherness' en begrip voor elkaars situatie.

Dit vignet belicht de spanningen op de horizontale as (tussen systeem- en leefwereld) in het diagram van sociale kwaliteit. Jongerenwerkers zijn ook onderdeel van de systeemwereld, maar staan in taal en werkwijze veel dichterbij de jongeren dan bijvoorbeeld de BOA's of de hulpverleners in de jeugdzorg, die zich aan veel striktere

regels moeten houden en *'de taal van de wet'* spreken. In het contact tussen de professionals (jongerenwerk, BOA's, Jeugdzorg) kan dat oorzaak zijn van spanningen en fricties. Jongerenwerkers werken preventief en kunnen voor verbinding zorgen (*'niet straffen maar in gesprek gaan'*). Op de verticale as zien we spanningen tussen de individuele en de collectieve identiteit. De individuele ontwikkeling (*'zelfrealisatie'*) van jongeren hangt samen met het onderdeel zijn van een groep en participeren in de samenleving (*collectieve identiteit*).

Voor beleidsmakers is dit vignet van belang omdat het laat zien hoe het samenspel tussen verschillende professionals verloopt en hoe subtiel kwesties rond ervaren rechtvaardigheid en vertrouwen liggen. De regels én de BOA's, als representanten van de wet, roepen afstand op, wat bij de jongeren wantrouwen in de hand werkt. De verschillende professionals, groepswerkers enerzijds en BOA's anderzijds, werken vanuit hun eigen beroepscode en waarden, kijken op een andere manier naar jongeren en benaderen hen op eigen wijze. De inzet op meer BOA's was vanuit (corona)-veiligheid gezien misschien een logische zet van gemeenten. Deze verhoogde inzet zette echter druk op de broze relatie tussen de jongeren en de jongerenwerkers en bemoeilijkte de pogingen van de jongerenwerkers om in verbinding te blijven. Dit was funest voor het vertrouwen. Iedereen had eigenlijk wel een reden om zich onrechtvaardig behandeld te voelen. Door het maken van de film met de jongeren en het gesprek met de raad, de wethouder en de burgemeester, was er een mogelijkheid tot leren. Hierdoor ontstond er meer begrip en konden spanningen wegvloeien.

Dilemma 2

In vignet 3 zien we dat *'thuis zijn'* en op je gemak bij familie zijn (het onder *'ons'* zijn wat een belangrijke waarde is) ineens een heel andere betekenis krijgt. Het tehuis moest van de landelijke overheid ineens de deuren sluiten. Dit besluit pakte voor alle betrokkenen anders uit:

- Voor de directie was het een kwestie van kiezen tussen twee kwaden. De keuze van de instelling de deuren te sluiten was begrijpelijk vanuit de morele plicht de meest kwetsbaren extra te beschermen tegen het virus en de op dat moment zichtbare hoge sterfte onder ouderen en mensen met onderliggende co-morbiditeit. Daar komt bij dat iedereen dacht dat de situatie tijdelijk was. De brief was *'coronaproof'* maar schepte afstand en wekte onbegrip op.
- Voor de cliënten was het afgesloten zijn van hun dierbaren mentaal een zware beproeving. Tijdens de eerste lockdown stierven veel ouderen alleen zonder hun dierbaren. Dat was traumatisch voor iedereen. De rechten van de stervenden werden geschonden.
- Voor de professionals leverde het besluit van de directie een dilemma op. Het sluiten van de instelling botste met hun beroepscode en -code. De professionals werden sterk beperkt in hun vrijheid van handelen en kwamen tussen de directie en de mantelzorgers in te zitten.

- Voor mantelzorgers was vooral de manier waarop de directie het besluit om de instelling te sluiten communiceerde, namelijk per brief, een nare ervaring. Zij voelden zich niet gezien en erkend in hun rol en raakten buitengesloten van het zorgproces. Uit onderzoek blijkt dat dit bij veel mantelzorgers tot frustratie en eenzaamheid leidde (cf. André et al., 2023, p. 118).

Pas achteraf kon er gezamenlijk op gereflecteerd worden of het bezoekverbod een juiste en proportionele beslissing was geweest. Een kwaliteitsmedewerker blikt terug op het besluit:

“Ja, dat we die volledige lockdown nooit meer willen. En als we daarop terugkijken, dat dat veel kwaad heeft gedaan, zeg maar... waarbij het nu achteraf niet echt in verhouding stond tot de risico's die er gelopen werden. Ik denk dat landelijk in de zorg je dat ook wel terug hoort, van: 'daar willen we echt niet meer naar terug'... dus dat er wel een leermoment was... maar goed, daar zaten we allemaal met elkaar in, als hele gezondheidszorg.” (medewerker zorgorganisatie voor mensen met een beperking)

Afbeelding 11.2.

Tekening van Mantelzorger



Uit narratief; uit 'Aan beide kanten van het raam' (zie tabel 10.1 verhaal 12)

Dit vignet maakt ook duidelijk dat de spanningen op de horizontale as, namelijk tussen de formele directie en de informele zorg, om een oplossing vragen. Ook hier wordt rechtvaardigheid door alle betrokken net iets anders ingevuld. Hier zien we spanningen optreden in de identiteit van alle betrokkenen. Voor een mantelzorger was het 'zorgen voor haar moeder' onderdeel van haar identiteit als dochter. Dat werd aangetast doordat haar verantwoordelijkheid haar van de een op andere dag werd ontnomen. De professionals in de zorginstelling merkten dat er inbreuk werd gemaakt op hun beroepsidentiteit. Professionals zijn belangrijke schakels tussen cliënten, mantelzorgers en de directie en konden deze verbinding door het besluit van de directie niet meer maken. Ook de solidariteit tussen de ouderen en de jongeren kwam in dit voorbeeld door de maatregelen onder druk te staan. Door de deelname aan het kunstproject van

het lectoraat (zie ook Van de Ree, 2022) konden de verschillende perspectieven van alle betrokkenen belicht worden en ontstond er wederzijds begrip en meer ‘togetherness’. Het leed voor de cliënten, dat door de lockdown was ontstaan, kon echter niet meer ongedaan gemaakt worden. Door samen terug te blikken kon er wel van worden geleerd. Ook in de andere vignetten en narratieven zagen we soortgelijke dilemma’s en oplossingen.

11.7. Reflectie: het handelen van sleutelfiguren tegen de lat van de theorie van sociale kwaliteit

De diepteanalyse van de vignetten en de toetsing aan de theorie van sociale kwaliteit heeft een kader geboden voor het beter begrijpen van de logica van het preventief handelen van de sleutelfiguren tijdens de pandemie, binnen alledaagse praktijken in niet-alledaagse omstandigheden. Mensen die zich tijdens de pandemie in kwetsbare omstandigheden bevonden hadden profijt van het handelen van de sleutelfiguren. Zij traden de dilemma’s en spanningen, die ontstonden bij het opvolgen van de maatregelen, op verschillende en creatieve wijze tegemoet. De vignetstudie heeft met name inzicht geboden in het reactiepatroon van sleutelfiguren (vanuit verschillende standpunten gezien) bij de ervaren onrechtvaardigheid voor wat betreft de impact van de maatregelen bij kwetsbare groepen. Sleutelfiguren ondernamen tal van activiteiten om te voorkomen dat mensen door de maatregelen nog meer in de knel kwamen. Hieronder licht ik nog enkele inzichten uit die te maken hebben met de hoofdvraagstelling van dit proefschrift, te weten: wat betekent dit onderzoek en deze analyse voor preventie bij mensen bij wie de gezondheid kwetsbaar is en bij wie de kwaliteit van leven onder druk staat? Op welke wijze kan het discours van preventie worden verrijkt vanuit de theorie van sociale kwaliteit?

De vier kernelementen

Het was voor ons als onderzoekers een eyeopener dat de vier kernelementen van de theorie van sociale kwaliteit binnen de door ons onderzochte gemeenschappen en organisaties in alle vignetten concreet en tastbaar werden. De vier elementen (bestaanszekerheid, inclusie, cohesie en empowerment) werden in tal van woorden en begrippen steeds benoemd als motief en drijfveer van handelen (zie begrippenkader in tabel 11.1). Afhankelijk van de omstandigheden en de noden van de doelgroep in kwestie werden uiteraard verschillende activiteiten ontplooid; niet altijd waren er meteen oplossingen voorhanden, maar steeds kwamen de kernelementen op diverse manieren in beeld. Er werd niet bewust op aangestuurd van hogerhand. Het handelen van de sleutelfiguren was ook niet gegarandeerd en steeds afhankelijk van de omstandigheden. Formele en informele sleutelfiguren handelden – elk vanuit hun eigen waarde – bijna ‘als vanzelf’ maar hun handelen was ‘niet vanzelfsprekend’. De sleutelfiguren en organisaties waren actief als ‘verbinders’ en ‘schakelaars’ maar soms zelf ook kwetsbaar en beperkt in hun energie en mogelijkheden (zie H. 10 en paragraaf

11.5.2). Niet altijd was er voldoende ruimte, geld, energie of draagvlak om het goede en juiste te doen. Dan staken de tegenhangers, zoals sociale fragmentatie, uitsluiting en isolatie de kop op.

De dilemma's en spanningen op de assen

In de vignetten is extra aandacht besteed aan de dilemma's die optraden door de komst van de pandemie en de implementatie van de maatregelen in diverse sectoren. Elk dilemma kan uiteindelijk worden teruggebracht tot het maken van een keuze tussen (fysieke) coronaveiligheid aan de ene kant en sociaal, mentaal en fysiek welzijn aan de andere kant. Kiezen voor de ene waarde bracht verlies op een andere waarde met zich mee. Dit leidde tot spanningen die op de assen van het diagram van sociale kwaliteit kunnen worden geduid, op de horizontale as en verticale as. De specifieke context en de doelgroep, maar ook de opvatting, rol of taak die een sleutelfiguur had, waren bepalend voor hoe men de dilemma's oploste; de keuzes die men maakte en de risico's die men daarbij nam. In vrijwel alle gevallen ging het over complexe situaties en afwegingen waarbij met name de ervaren onrechtvaardigheid een rol speelde. Voor de ene partij voelde het als rechtvaardig om iedereen dezelfde generieke overheidsregels op te leggen. Men wilde uit het oogpunt van gelijkheid geen uitzonderingen maken. Voor de ander partij was de ervaren onrechtvaardigheid en het ongelijke effect van de maatregelen bij kwetsbare groepen (e.g., jongeren) een reden om de regels aan te passen of soms zelfs te negeren. De oplossing voor de ene persoon (e.g., strak de regels volgen en dat ook van anderen vragen) leverde een dilemma op voor anderen waar zij zich toe moesten verhouden. De opeenvolgende dilemma's en gekozen oplossingen zorgden voor een soort kettingreactie die soms tot gevolg had dat groepen *tegenover elkaar kwamen te staan* of van elkaar vervreemd raakten. Dat merkten we ook door het gebruik van woorden als *'verraad'* en *'het vertrouwen op het spel zetten'*.

Dialoog om spanningen te laten afvloeien

Van alle oplossingen en werkbare ingrediënten om de spanningen verminderen zijn *'samenspraak'* en *'een continue dialoog'*, naast het *'stem geven'* aan kwetsbare groepen en een *'luisterend oor'* van overheden en organisaties, als belangrijkste naar voren gekomen. Ook het samen deelnemen aan creatieve activiteiten (zoals een kunstproject) of samen sporten of plezier maken hielp lucht te geven aan frustraties en droeg aan wederzijdse erkenning, compassie en empathie. Deze factoren hielpen de *'morele betrokkenheid'* van de sleutelfiguren vorm te geven. Als instellingen *'op bevel'* van bovenaf gedwongen worden maatregelen strak op te volgen ontstaan er spanningen die om een oplossing vragen, zo constateerden wij. Volgens Ricoeur heeft het *'goede leven'* het primaat over het juiste ofwel de (algemene) rechtvaardigheid. Daarbij stelt hij dat het particuliere altijd getoetst moet worden aan de normen van de moraal (de rechtvaardigheid). *"The norm puts the wish 'to live well' to the test"* (Ricoeur, 1994, p. 204). De Amerikaanse politiek filosoof Michael Sandel stelde daarnaast naar Aristoteles – dat je ethische keuzen nooit alleen maakt: *"De mens is mens doordat hij deel uitmaakt*

van de gemeenschap.” (cf. Meester, 2010). Individuele en collectieve identiteit zijn in wisselwerking met elkaar, zoals de theorie van sociale kwaliteit ook laat zien. In bovenstaande uitkomsten zien we dat praktische wijsheid zich hoe dan ook ontvouwde in nabijheid van de sleutelfiguren en in de ‘samenspraak’ die zij mogelijk maakten. Al vroeg dit ook om het kunnen uithouden van het ‘anders zijn’ en soms ook het conflict dat in de verschillende standpunten optrad.

Waardenwerk op alle niveaus

De pandemie heeft mensen op een bepaalde manier zicht gegeven op belangrijke waarden in het leven. Het concept van ‘sociale kwaliteit’ herbergt een aantal waarden die naast gezondheid centraal staan in tijden van een pandemie en crisis. Het gaat om waarden die in hoofdstuk 10 al naar voren kwamen zoals sociale rechtvaardigheid, solidariteit en menselijke waardigheid. Het gaat hierbij ook om geven en nemen of wederkerigheid en een denken vanuit gelijkheid (gedeelde kwetsbaarheid) wat een versterking van het sociaal weefsel tot gevolg heeft (zie H. 10 en ook Bredewold, 2022). Minder expliciet aan de theorie van sociale kwaliteit verbonden is de waarde ‘zin- en betekenisgeving’ die volgens Ricoeur (1992) zit in de gerichtheid op de ander, en in het gezamenlijk handelen (zie H. 9 en H. 10). Volgens de filosofe Susan Wolf is betekenisgeving (meaningfulness) een waarde op zichzelf die bijdraagt aan menselijk welzijn in de zin van een ‘goed leven’. Deze waarde heeft invloed op menselijke drijfveren die zelfs los gezien moet worden van doelen als eigenbelang, geluk en moraal (Wolf, 2010, p. 2). Over deze drijfveren zegt zij: “They are the reasons and motives that engage us in the activities that make our lives worth living; they give us a reason to go on; they make our worlds go round”. Wolf citeert de filosoof Bernard Williams: “What gives meaning to our lives gives us reasons to live, even when we do not care much, for our own sakes, whether we live or die.” (p. 56).

‘Community engagement’ en ‘the social value of commitment’

Het beeld dat hier wordt geschetst – van actoren die hun verantwoordelijkheid pakken en nemen en ‘engaged’ zijn bij betekenisvolle activiteiten in de samenleving – sluit tot slot naadloos aan bij het beeld van actieve en betrokken gemeenschappen in crisistijd, zoals de WHO beschrijft in haar communiqué over ‘community engagement’ (WHO, 2021; zie ook Michener et al., 2021). De WHO ziet de gemeenschap niet als passieve maar een actieve factor die vooral opkomt voor de rechten van kwetsbare mensen. Het versterken van vertrouwen staat daarbij centraal (zie het Tekstvak 11.1).

Tekstvak 11.1

Community engagement

‘Community engagement’ tijdens de coronapandemie

“Through community engagement for health, the community is not a passive actor but rather has an active role in addressing and helping to resolve health issues. Past viral public health emergencies of international concern, such as the 2014 Ebola outbreak, have highlighted the importance of engaging communities early and meaningfully to best prepare for and respond to community transmission, particularly in settings where the health systems are at risk of being saturated or overwhelmed. Trust building is central to the practice and success of community engagement.”

Bron: WHO, 2021, p. 1

De theorie van sociale kwaliteit hielp ons om beter te begrijpen hoe ‘community engagement’ werkt en wat de rol van waardenwerk en nabijheid is voor de responsiviteit (vergelijk met de term ‘responsive openness’ in H. 9) van sleutelfiguren. Sleutelfiguren hebben een belangrijke intermediaire rol tussen mensen en de instituties, wat van belang is voor het vertrouwen in het beleid van deze instituties. Dit komt overeen met de resultaten van veel onderzoek naar vertrouwen. Zo blijkt uit onder meer Brits onderzoek dat er altijd sprake is van een cognitieve alsook een affectieve component in het opbouwen van vertrouwen (Taylor-Gooby, 2004 in Lin & Herrmann, 2015, p. 515). Vooral die waardenkant – de waarde van oprechte betrokkenheid van anderen bij de belangen en noden van individuen (*the social value of commitment*) – wordt in de regel sterk veronachtzaamd en blijkt dé sleutel te zijn voor vertrouwen en verandering (p. 519).²⁵² In dit kader dient hier tevens de rol van *not-for profit* organisaties en netwerken in de zogeheten *third-sector of civil society*²⁵³ worden geduid in het versterken van sociale kwaliteit. De informele sector heeft unieke kwaliteiten en vertegenwoordigt verschillende waarden, denk aan solidariteit, sociale steun, coöperatie, burgerparticipatie en sociaal ondernemerschap. Deze sector staat daarmee voor een bijzondere vorm van ‘lokaal en pluraal sociaal kapitaal’ (zie Evers, 2001 in Beck et al., 2001; zie ook Thys et al., 2019). Het belang van deze sector bij het behoud en de opbouw van vertrouwen, waar we in de verhalen en vignetten voorbeelden van hebben gezien, wordt vooral zichtbaar in tijden van crisis en sociale nood.

252 Niet alleen de directe ervaring en kennis (gerelateerd aan rationele en instrumentele beoordelingen), maar vooral het onderschrijven van onderliggende waarden die instituties uitdragen (respect en empathie) en de mogelijkheid tot identificatie met belangrijke anderen zijn van grote invloed op vertrouwen, zo bleek uit onderzoek naar vertrouwen in de National Health service in Engeland (zie Taylor-Gooby, 2004).

253 Bestaande uit vrijwilligersorganisaties en particuliere burgerinitiatieven, informele netwerken, co-operaties, NGO's, e.d.

11.8. Samenvatting en conclusie: sociale kwaliteit als voedingsbodem en bron voor preventie

Dit onderzoek voorziet in een kwalitatieve diepte-analyse van de narratieven (en onderliggende interview-transcripten die in hoofdstuk 10 zijn beschreven) via een data-softwareprogramma MAXQDA en een vignetstudie. De preventiologica van de sleutelfiguren als *hulptroepen*, *verbinders*, *schakelaars*, *evenwichtskunstenaars* en *hoeders van kernwaarden* (zie H. 10) – die zich in alle verhalen en vignetten ontvouwt – wordt in dit hoofdstuk nader verklaard en begrepen vanuit de theorie van *sociale kwaliteit* als richtinggevend baken of ‘yardstick’ voor preventie.

De vier kernelementen van de theorie van sociale kwaliteit zijn: 1) bestaanszekerheid, 2) sociale cohesie, 3) inclusie en 4) empowerment. Daaronder liggen belangrijke kernwaarden die in het geding zijn als er verlies wordt geleden op de kernelementen, namelijk: rechtvaardigheid, solidariteit, menselijke waardigheid en sociale gelijkheid en hun tegenhangers (armoede, sociale fragmentatie, sociaal isolement en uitsluiting, zie figuur 11.2). De theorie van sociale kwaliteit biedt ruimte om spanningen, dilemma’s en conflicten te analyseren (en te begrijpen) die in dagelijks praktijken mede ontstaan door confrontaties tussen actoren binnen de systeem- en leefwereld, maar ook door spanningen in het streven naar individuele én collectieve identiteit. In deze dilemma’s en spanningen zagen we dan ook de confrontatie tussen algemene en specifieke rechtvaardigheid (zie H. 9). Moesten mensen de regels van de overheid en instituties volgen (wat de algemene rechtvaardigheid dient) of deze naar eigen hand zetten binnen de bijzondere lokale context en leefwereld (van belang voor specifieke rechtvaardigheid)? Moesten ze vooral hun eigen belang dienen (t.b.v. de eigen individuele identiteit) of gaan voor het algemeen belang (collectieve identiteit)? In de vele worstelingen binnen de praktijken die we onderzochten kwamen al deze elementen en waarden samen.

De analyse in dit hoofdstuk gaf zicht op hoe de *kernelementen en waarden* die centraal staan in de theorie van sociale kwaliteit doorwerken in het handelen van de sleutelfiguren in dagelijks leven en ook een motief voor dit handelen bieden (al is dat soms onbewust). Op grond van de analyse worden enkele preventieve handelingen en *werkzame ingrediënten* benoemd die bepalend zijn voor het handelen van de sleutelfiguren (en de organisaties, netwerken en gemeenschappen waar zij deel van uitmaakten) om samen om te gaan met spanningen en dilemma’s.

De analyse in dit hoofdstuk gaf inzicht in drie preventieve *handelingen* van sleutelfiguren:

- *Zichtbaar en bespreekbaar maken van de ervaren onrechtvaardigheid en van het veronachtzamen van de menselijke waardigheid en van de spanningen en fricties als gevolg daarvan.* Dit bevordert reflectie en wederzijds begrip.

- *Streven naar gezamenlijkheid ('togetherness') via het bevorderen van 'community-engagement', continue dialoog en gezamenlijke actie.* Dit dient vele doelen: verbinding, welzijn, betrokkenheid, zingeving, de individuele en collectieve identiteit ('civic meaningfulness').
- *Bereiken en beïnvloeden van beleidsbepalers:* het was vaak nodig dat sleutelfiguren schakelden tussen kwetsbare groepen (netwerken, gemeenschappen) en zorgverleners, bestuurders en beleidsbepalers van gemeenten of zorginstellingen om de complexiteiten rond de ervaren rechtvaardigheid aandacht te geven. Dit versterkte het vertrouwen in beleid en de instituties.

Werkzame ingrediënten

Enkele werkzame ingrediënten en kenmerken van de logica die zich hier ontvouwen waren:

- *Echte betrokkenheid* ('the social value of commitment') en *responsiviteit vanuit nabijheid*. Dit blijkt een belangrijke factor bij het vergroten van het gevoel van ervaren rechtvaardigheid en het vertrouwen in de instituties. Vooral informele spelers in het welzijnslandschap in buurten en wijken hebben unieke kwaliteiten op dit punt die van waarde zijn in tijden van crisis.
- *Context-gebonden normen stellen:* stellen en herijken van de sociale contextuele norm ('zo doen wij het hier') en de routines en protocollen daarop aanpassen. Dit maakt het opvolgen van de coronaregels gemakkelijk en versterkt het gevoel van veiligheid en samenzijn ('togetherness')
- *Een constructieve dialoog op gang brengen* en onderhouden over de gedragsregels en gevolgen ervan met inzet van *creativiteit, humor en zelfrelativering, compassie en empathie*. Dit helpt om spanningen te laten afvloeien en mensen begrip te geven voor het perspectief van anderen.
- *Samen zinvolle dingen doen* die wel kunnen of mogelijk zijn (*doen wat wél kan*). Dit versterkt de zin- en betekenisgeving, geeft afleiding en werkt verbindend. Hier komen kunst en cultuur, maar ook sport en beweging en het welzijnswerk als betekenisvolle richting-gevers in beeld.
- *Een stem geven aan mensen die niet gehoord worden*, hen niet in de steek laten. Dit is cruciaal voor het erkennen van de problemen van kwetsbaren en het verbinden met beleidsmakers en werkt positief op het vertrouwen.

De theorie van sociale kwaliteit die voor de analyse in dit hoofdstuk is gebruikt, heeft waarde gehad. De theorie heeft aandacht gevestigd op belangrijke kernelementen, de onderliggende waarden en unieke kwaliteiten van formele en vooral ook informele sleutelfiguren, zodat zij op juiste wijze kunnen handelen in complexe situaties. In het volgende hoofdstuk (12) trek ik de resultaten van het empirisch onderzoek door naar het niveau van beleid en communicatie en onderzoek ik welke condities nodig zijn om het handelen van de sleutelfiguren te versterken.

12. Rechtvaardige preventie: strijden en schakelen voor de mensenrechten (empirisch onderzoek fase D)

We zijn het gewoon allemaal zat. En dat is herkenbaar, maar dat betekent dat nu die waardes gaan wat verschuiven. We hebben eerst voor de gezondheid alles gelaten en heel veel welzijn ingeleverd, en nu neemt het gevoel toe van ja.... Maar het welzijn doet er ook toe.

Lector Hogeschool, 2022, focusgroep (fg.) 5

12.1. Inleiding

In dit laatste empirische hoofdstuk wordt verslag gedaan van de resultaten van de vijf focusgroep-gesprekken die in februari 2022 samen met onderzoekers van de Corona Gedragsunit van het RIVM zijn uitgevoerd. Het doel van de focusgroepen was enerzijds om met de respondenten uit verschillende sectoren en contexten vooruit te kijken naar toekomstig coronabeleid op basis van drie toekomstscenario's. Anderzijds hadden de gesprekken ook ten doel de eerdere resultaten uit het narratief en vignetonderzoek (zie H. 10 en 11) te valideren. Voor deze gesprekken zijn vooral sleutelfiguren uitgenodigd uit sectoren die met kwetsbare groepen te maken hadden.

Werkwijze

Door het RIVM is in maart 2022 een eerste analyse gedaan op de vijf transcripten van de focusgroepgesprekken. De analyse is uitgevoerd met behulp van het kwalitatief data-analyse programma MAXQDA (Germany, verbi 2022). Voor dit proefschrift heeft daarnaast een handmatige verdiepende thematische analyse plaatsgevonden die in dit hoofdstuk centraal staat (Braun & Clarke, 2006). Doel hiervan was een beter beeld te krijgen van de rol van het beleid van de overheid en instituties bij de preventie van COVID-19, met name bij mensen die extra kwetsbaar waren voor het virus of voor de impact van de corona-maatregelen. Waar de resultaten van de eerste analyse samen met onderzoekers van de Corona Gedragsunit zijn beschreven is de tweede analyse geheel voor eigen verantwoordelijkheid. Voor deze analyse is in dit hoofdstuk een aanvullende onderzoeksvraag opgesteld. Bij de analyse is wederom gebruik gemaakt van de theorie van sociale kwaliteit (zie voor een uitgebreide toelichting voor de theorie van sociale kwaliteit H. 11. Voor een toelichting op de werving van de respondenten en de analysemethoden en aanpak zie bijlage 12.1).

Leeswijzer

In paragraaf 12.2 ga ik dieper in op het doel en de aanpak van de focusgroepen en de werving van de respondenten. Ook belicht ik hier op hoofdlijnen de resultaten weer van de eerste analyseslag die samen met het RIVM is uitgevoerd. In paragraaf 12.3 formuleer ik een aanvullende onderzoeksvraag voor de tweede handmatige thematische analyse. Daarna beschrijf ik in zes afzonderlijke sub-paragrafen de belangrijkste resultaten van deze analyse die ik speciaal voor dit proefschrift heb uitgevoerd. In paragraaf 12.4 reflecteer ik op de resultaten van de eerste en tweede analyse tezamen. Daartoe verdiep ik me en vergelijk ik twee verschillende opvattingen over rechtvaardigheid: een filosofische opvatting (Ricoeur)²⁵⁴ en een sociologische en meer beroepsmatige opvatting (Nachtergaele et al., 2017; Reynaert et al., 2023). In paragraaf 12.5 trek ik

254 Voor de verwijzingen naar Ricoeur baseer ik me, zoals in eerdere hoofdstukken, grotendeels op de masterscriptie van Iris Hartog (2012).

enkele conclusies in het licht van de vraagstelling van dit proefschrift en blik ik vooruit naar de inhoud van hoofdstuk 13.

12.2. Fase D: Focusgroepen

Van 31 januari tot 4 februari 2022 zijn vijf online focusgroepen gehouden met 23 representanten van het maatschappelijk middenveld.²⁵⁵ In onderstaande paragraaf belicht ik beknopt de onderzoeksvraag, de respondenten en de eerste resultaten die door het RIVM in maart 2022 naar buiten zijn gebracht (RIVM, 2022a en 2022b). Zie ook RIVM website²⁵⁶ en het eerder genoemde onderzoeksrapport.²⁵⁷

12.2.1. Aanleiding, vraagstelling en doel van de focusgroepen

Het primaire doel van de focusgroepen was om met de respondenten uit verschillende sectoren en diverse contexten terug te blikken op het gevoerde pandemiebeleid van de overheid en van aan de overheid gerelateerde instituties. Daarnaast kon via de terugblik worden vooruit gekeken naar een nog onbestemde toekomst. Toen de gesprekken plaatsvonden was er sprake van de omikron variant van het COVID-19 virus, die zeer besmettelijk bleek, maar (naar het zich toen liet aanzien) een minder ernstig ziektepatroon tot gevolg gehad. Dit had versoepelingen in de maatregelen tot gevolg. Heel voorzichtig durfden mensen te spreken over een overgang naar een endemische situatie, waarin de samenleving weer van het slot af kon en men het normale leven kon hervatten en met het virus zou kunnen leren leven. Het was niet uitgesloten dat er een heropleving van het virus zou plaatsvinden of dat er in de toekomst sprake zou kunnen zijn van een nieuwe variant, op basis waarvan een herinvoering van strenge maatregelen zouden moeten worden afgekondigd. Voor de Corona Gedragseenheid van het RIVM vormde de situatie aanleiding om met respondenten terug- en vooral vooruit te blikken aan de hand van een drietal toekomstscenario's.

Voor de terugblik waren de eerste lessen uit de analyse van het narratief onderzoek richtinggevend (zie H. 10). Voor de vooruitblik werden drie preventiescenario's²⁵⁸ voor de (nog onvoorziene) toekomst als uitgangspunt genomen, te weten: een *basisscenario*, een *seizoensgebonden scenario* en een *noodscenario* (zie bijlage 12.2 voor een omschrijving van de drie scenario's).

255 Het maatschappelijk middenveld verwijst naar vormen van niet uit de staatsautoriteiten voortkomend en geleid maatschappelijk handelen van individuen of groepen.

256 <https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/voorbeelden-uit-de-praktijk>

257 <https://www.rivm.nl/publicaties/hoe-speelden-organisaties-netwerken-en-gemeenschappen-in-op-coronamaatregelen>

258 Deze scenario's zijn een vereenvoudiging van de scenario's van de Wetenschappelijke Raad van het Regeringsbeleid (WRR, Gezondheidsraad, Raad van State, Raad voor het Openbaar Bestuur en Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2022)

De oorspronkelijke onderzoeksvraag van het RIVM voor de focusgroepen luidde als volgt:

Hoe kan – binnen verschillende toekomstscenario's – de verspreiding van het coronavirus met gedragsmaatregelen effectief bestreden worden, met (zoveel mogelijk) behoud van kwaliteit van leven, werk en zorg?

Aan het onderzoek deden 23 leidinggevende en beleidsadvies-gevende professionals en sleutelfiguren mee uit de volgende sectoren: onderwijs/kinderopvang, sociaal domein algemeen (gemeente/armoedebelid, regio-coördinator), welzijn/sociaal werk (jeugd- en ouderenwerk), gezondheid- en sportstimulering, vrijwilligerswerk in wijken en buurten, evenementen en amateurmuziek. De deelnemers zijn willekeurig verspreid over vijf groepen. Zie voor de verdeling bijlage 12.1.

12.2.2. Resultaten van de eerste analyseslag in een notendop

In Tekstvak 12.1 worden de resultaten beschreven op basis van de eerste onderzoeksvraag (RIVM analyse) die vooral te maken heeft met de vooruitblik op de toekomst aan de hand van de drie scenario's.

De resultaten van de focusgroepen versterkten de resultaten uit fase A, B en C van dit onderzoek. Veel van wat in hoofdstuk 10 en 11 aan de orde is gekomen hoorden we in de focusgroepen terug. Omdat in de interviews de mensen uit verschillende sectoren op elkaars bevindingen konden reageren kwamen er rijke gesprekken op gang die ook weer een aanvullende inkijk gaven in de verschillende perspectieven en contexten.

Tekstvak 12.1

Samenvatting resultaten focusgroepgesprekken

Focusgroepgesprekken (februari 2022)

Uit de resultaten van de focusgroepgesprekken blijkt duidelijk dat sleutelfiguren uit het middenveld – naar de toekomst kijkend – een bredere benadering van de pandemie in alle scenario's wenselijk vinden. Vooral in de eerste urgente fase van de pandemie werd de aanpak ervan als te medisch en te weinig sociaal beoordeeld. Van hieruit geredeneerd wordt de aanbeveling gedaan dat de overheid met het oog op een mogelijke pandemie in de toekomst inzet op het zowel fysiek (bijvoorbeeld via de beïnvloeding van leefstijl) als sociaal en mentaal weerbaarder maken van de samenleving tegen infectieziekten.

Sociaal contact

Uitgangspunt voor een toekomstige (uitbraak van een) pandemie is dat sociaal contact in de toekomst niet zonder meer mag worden ingeperkt. Het sluiten van de samenleving wordt alleen onder voorwaarden acceptabel gevonden in het noodscenario (3) als het *'echt niet anders kan'*. Echter, ook dan gaat men ervan uit dat essentiële sectoren, zoals het onderwijs, kinderdagverblijven, de welzijnssector en buitensport, zeker voor kwetsbare groepen openblijven. Het inzetten op het behoud van sociaal contact tussen mensen dient, naast het bestrijden van het virus en het voorkomen van besmettingen, prioriteit te krijgen, om zodoende mentale problemen te voorkomen. Zelfs wanneer strenge sociale restricties nodig zijn, kan de overheid laten zien wat de alternatieve en laagdrempelige mogelijkheden zijn voor verbinding en interactie. Dit contact dient door gerichte investering te worden gefaciliteerd. Ook hier gaven respondenten aan dat groepen en sectoren die extra kwetsbaar zijn voor de gevolgen van de maatregelen voorrang dienen te krijgen.

Beleid en communicatie

Veel sleutelfiguren pleiten daarnaast voor een meer transparant (met nadruk op de logica erachter) en consistent beleid. De behoefte aan consistentie nam evenwel niet weg dat tevens wordt gepleit voor ruimere mogelijkheden voor lokaal en sectoraal maatwerk, waarbij enig verschil tussen de sectoren – zij het met mate, goed onderbouwd en uitlegbaar – mogelijk moet zijn. Het motto daarbij is: *'centraal als het moet, decentraal als het kan'*. Door de respondenten van de focusgroepen werd het volgende onderstreept: het goed betrekken van het maatschappelijk middenveld bij de uitwerking voor een coronastrategie voor de toekomst, het leren van de lessen (ook uit het buitenland) en het sterk inzetten op onderlinge kennisuitwisseling. Wat daarnaast opviel, was de intensiteit van deze gesprekken en ook de behoefte van de respondenten om over eigen ervaringen te spreken en deze met elkaar uit te wisselen.

Bron: Kolner et al., 2022b, p. 22

12.3. Aanvullende en verdiepende analyse voor dit proefschrift (analyse fase D)

Voorafgaand aan de extra thematische analyse is een aanvullende vraag geformuleerd, namelijk:

Wat zou bij een toekomstige pandemie – mede met het oog op het behoud van sociale kwaliteit – rechtvaardige preventie kunnen betekenen?

‘Rechtvaardige preventie’ definieer ik hier ter aanvulling op wat aan het einde van hoofdstuk 8 is voorgesteld als:

een preventieaanpak, die 1) ongelijkheid waar mogelijk bij de wortels aanpakt; die 2) recht doet aan de situatie en context en ten goede komt van de potenties en kracht van mensen bij wie de gezondheid het meest kwetsbaar is en bij wie de kwaliteit van leven onder druk staat; die 3) het preventief en moreel betrokken handelen van formele en informele sleutelfiguren (in organisaties, netwerken en gemeenschappen) versterkt; en 4) noodzakelijke sociale en politieke veranderingen daartoe bevordert.

Het gaat hier om een extra vraag in het kader van de onderzoeksvraagstelling in dit proefschrift waarmee de transcripten opnieuw zijn doorgenomen (zie voor een toelichting op de analyse bijlage 12.1). Deze analyse is ingestoken vanuit zowel de inhoud van de theorie van sociale kwaliteit (de kernelementen, de waarden en hun tegenhangers, de spanningen op de assen, zie H. 11) als de kwestie van sociale rechtvaardigheid. Het is goed voor ogen te houden dat deze begrippen en elementen niet op het netvlies stonden van het RIVM tijdens het onderzoek en ook niet expliciet aan de orde zijn gesteld in de gesprekken.

In deze paragraaf selecteer ik relevante citaten uit de focusgroepen die van belang zijn voor de analyse voor de beantwoording van bovengenoemde vraagstelling. Hoewel vooral de vooruitblik naar de toekomst in de focusgroepgesprekken centraal stond, is er in alle gesprekken ook veel teruggeblikt. Oftewel: vanuit het kijken naar wat beter kon, kon een blik op de wenselijke toekomst geworpen worden.

Ik belicht in de eerste sub-paragraaf allereerst twee relevante aspecten met betrekking tot het *onder druk staan* van de *sociale kwaliteit* en *rechtvaardigheid* tijdens de pandemie. Ik leg hierbij de focus op twee overstijgende bevindingen die in de eerdere hoofdstukken minder aandacht hebben gekregen. In de paragrafen daarna beschrijf ik hetgeen de respondenten hebben aangedragen op de vraag ‘*wat is er nodig*’ om in de toekomst beter op een pandemie te zijn voorbereid zodat deze preventie-aanpak *niet alleen werkzaam* maar ook *rechtvaardig* is met het oog op kwetsbare groepen. Omdat

de respondenten in discussies op elkaar reageerden geef ik soms langere citaten weer zodat de context van het gesprek duidelijk wordt.²⁵⁹

12.3.1. Sociale kwaliteit en rechtvaardigheid onder druk

- **Bezuinigingen in het ‘voorveld’ wreken zich**

Een punt dat vaak aan bod kwam tijdens de gesprekken was de (al eerder) verzwakte positie van het sociaal domein. Bezuinigingen in het ‘voorveld’²⁶⁰ van het sociaal domein hebben er de laatste jaren flink ingehakt, zo blijkt uit meerdere reacties van de respondenten. Dat voelde als onrecht, omdat juist daar (in het algemeen, maar vooral in crisistijd) veel uitdagingen liggen als het om mensen gaat die in kwetsbare positie verkeren en dikwijls met een stapeling van problemen te maken hebben, zo hoorden we. Er was al langere tijd sprake van een gebrek aan menskracht in het brede sociaal domein (zie H. 3) wat zich tijdens de pandemie wreekte. Voor het halen van de preventiedoelen was dit niet bevorderlijk (zie H. 11, vignet 2). Er wordt veel verwacht van sleutelfiguren, zo wordt gesteld, maar niets is vanzelfsprekend als er niet ook in het sociaal domein wordt geïnvesteerd.

“En wat ik ook wel zie, is dat door heel die transitie en transformatie van het sociaal domein naar de gemeente toe, er heel veel zorg van de gemeente naar de complexe en moeilijke zorg gaat, terwijl juist de aandacht voor de sociale basis²⁶¹ in het ‘voorveld’, om het zo maar eens te noemen, dat dat in heel veel gemeenten ook onder druk staat. Terwijl steeds benadrukt wordt, er moet heel veel gebeuren en het is heel belangrijk, wordt er tegelijkertijd vaak op bezuinigd of is er weinig geld voor beschikbaar. Dus wil je in dat eerste scenario ook op het gebied van positieve gezondheid en op het gebied van leefstijl en preventie het nodige doen, dan moet dat lokaal gebeuren, maar dan moeten er dus ook voorzieningen voor gecreëerd worden voor gemeenten, om hier de lead te nemen en stappen op te zetten. Dat kan, maar dat gaat niet vanzelfsprekend. Ik vind dat gemeenten daar ook slecht op gefaciliteerd zijn en ook het vertrouwen tussen de gemeente en de landelijke overheid is op dit punt natuurlijk niet beter geworden, als je kijkt naar wat er rondom jeugdzorg en dergelijke gebeurt.” (lector, hogeschool, fg. 5)

Uit onderstaande citaten blijkt dat het vooral het domein welzijn is waarover wordt gesproken:

259 Omdat de drie scenario’s tijdens de gesprekken meer als achtergrond dienden dan dat ze als ordeningsprincipe zijn gebruikt, haal ik deze alleen aan als deze in de citaten genoemd worden.

260 Zie definitie H. 3: Het gaat over de civil society (third sector) en de voorliggende sociale voorzieningen waar mensen zonder indicatie gebruik van kunnen maken. Denk aan een buurthuis, een informatiewinkel, een netwerkbijeenkomst of andere buurtactiviteiten.

261 Zie voor de definitie van de sociale basis H 3.

“Stel ik werk bij de Jeugdzorg, dan hoef ik maar iets te vragen en ik krijg er geld voor, bij wijze van spreken. WMO? Hop. Dat is een open einde financiering. Terwijl als ik zeg van ik wil een extra jongerenwerker, ja dan is dat in het welzijnscomponent, en dan wordt het héél ingewikkeld. Dus het, het is helemaal uit balans. En nu zijn de oplossingen... ook nu hè, er is tachtig miljard volgens mij in heel covid gestopt, en dat zit vooral in de zorg, in weet ik wat voor dingen, terwijl in het welzijn, daar zijn de uitdagingen op dit moment, en dat is in de sociaal-emotionele hoek.”

(directeur Jeugd- en jongerenwerk, fg. 1)

“Wij hebben kortgeleden nog te horen gekregen dat we acht uur opbouwwerk in moesten leveren in een zeer kwetsbare buurt. Nou dat is, vind ik zo slecht als je nagaat dat er alleen maar meer problemen onze kant opkomen.” (medewerker welzijnswerk, fg. 2)

• Wat op macroniveau gebeurt heeft gevolgen op microniveau

Wat daarnaast in veel gesprekken terug kwam was dat de gevolgen van het preventieve overheidsbeleid op samenlevings- of macroniveau zich vooral openbaren op microniveau. De gevolgen waren meteen tastbaar en voelbaar in de directe relatie en omgangsvormen tussen mensen en tastten de *sociale kwaliteit* aan. In hoofdstuk 10 en 11 is hier al veel over geschreven: jongeren die zich op zichzelf terugtrekken, die niet meer achter het scherm vandaan komen, maar ook ouderen, leden van de lhbtqia+ gemeenschap en migrantengroepen die tal van mentale klachten krijgen als gevolg van sociale isolatie of het verlies van bestaanszekerheid. In de focusgroepen werd de verwachting uitgesproken dat de effecten van de pandemie op de mentale gezondheid nog een lange nasleep zouden hebben.

“En ik denk dat die eenzaamheid, dat dit nog wel een grote rol gaat spelen, ook al zouden we helemaal los mogen in dit land. De eenzaamheid blijft denk ik heel erg. Dat is denk ik een heel belangrijk punt, vooral voor jongeren, dat het onderschat wordt, wat hen eigenlijk ontnomen is door de pandemie.” (medewerker welzijn, fg. 2)

Net als bij de vignetten hoorden we in de focusgroepen dat er in het directe contact tussen mensen, oftewel in de interpersoonlijke relatie, veel spanningen optraden. Door meerdere respondenten werd openhartig gesproken over de pijnlijke ervaringen en spanningen in hun contact met anderen, zowel thuis, in de openbare ruimte als op het werk. De sociaal beperkende maatregelen die door de overheid werden opgelegd (de 1,5 meter afstand, beperkingen voor bezoek thuis, het samenscholingsverbod en de avondklok), maar vooral het gebruik van de QR code, en de kwestie van wel of niet vaccineren zette de relatie tussen mensen dikwijls op scherp.

“Ja, het is heel persoonlijk, ze beginnen heel aardig en heel persoonlijk, ze zoeken echt je naam op internet op en dan begint het met ‘beste xx’, dan krijg je zo’n epistel en daar

wordt heel erg op je geweten ingespeeld, dat ik dan eigenlijk degene ben, die zorgt dat het halve volleybalteam niet mag volleyballen, omdat ze geen QR-code hebben, maar dat ik dan verantwoordelijk ben, dat haar kind ... Dat gaat heel ver, vind ik, dat ben ik niet gewend, laat ik het zo zeggen. Het idee dat dat zo persoonlijk wordt gedaan, dat is wel echt nieuw.” (JOGG²⁶² regisseur, fg. 2)

“Mijn zus is echt van de complete complot World Economic Forum, Klaus Schwab hoek. Daar ben ik heel erg van geschrokken, dat heeft echt een splijtzwam in mijn familie veroorzaakt. Ik vind dat heel ingewikkeld.” (beleidsadviseur Kinderopvang, fg. 5)

“Wij merken het ook in ons buurthuis. Die eigen verantwoordelijkheid is heel sterk hier. Het koor, het XX-koor, ze hebben mij één keer gevraagd, zou je de QR-codes willen checken, ‘want ons koor, ze willen niet naar mij luisteren, maar misschien wel naar de voorzitter’. Nou, dat doe ik dan. Dat heb ik één avond gedaan, drie van die mannen zijn boos weggelopen en die komen nooit meer terug. Die zeggen ‘wij nemen onze verantwoordelijkheid, ik voel me fit en gezond en ik wil komen zingen, ik wil mijn ding doen’. En ik moest dat dan van hen ontnemen. De week daarna zei ik, ik ga dit niet meer doen, want ik wil die ruzie niet. Dus iedereen eigen verantwoordelijkheid.” (voorzitter dorpshuis, fg. 5)

Ook wetenschappers kregen in coronatijd veel over zich heen, een deelnemer uit het hoger onderwijs kon daarover meepraten:

“Onderzoekers, naar corona in dit geval, krijgen ongelooflijk veel bagger over zich heen, wat het veel minder aantrekkelijk maakt om je daarover uit te spreken, en om je uit te spreken over wat er dan volgens onderzoek nodig is om goed om te gaan met de scenario’s. Al heb je het niet over scenario’s, maar gewoon over punten – die in de afgelopen twee jaar steeds aan de orde zijn geweest – dan volgt onvermijdelijk een enorme stroom bagger via social media.”

(adviseur integrale veiligheid – hoger onderwijs, fg. 3)

We zien hier een ander soort kwetsbaarheid, een kwetsbaarheid die van relationele aard is. Deze kwetsbaarheid ontstaat als mensen zich door anderen niet begrepen of onheus bejegend voelen of agressief tegemoet getreden worden op grond van een verschil in visie over het opvolgen van de gedragsregels of het coronabeleid in het geheel. Mensen schoten soms door in hun frustraties en reageerden dat op elkaar en op sleutelfiguren af. Dit ging soms heel ver. Digitale en sociale media speelden een belangrijke rol in het aanjagen van de spanningen en in het gebrek aan respect voor

262 JOGG staat voor ‘Gezonde jeugd, gezonde toekomst’. JOGG wil de maatschappij zo gezond maken dat welvaartsziekten als overgewicht en obesitas geen kans meer maken. JOGG richt zich zowel op gezonde leefstijl als op een gezonde omgeving.

elkaar of voor de wetenschap, zo blijkt uit de gesprekken. Vanuit de veilige dekking van een Twitter (nu X), een emailbericht, of via Facebook of Instagram was het redelijk gemakkelijk elkaar te bestoken en verwijten te maken. Mensen hoefden elkaar dan immers niet diep ‘in de ogen’ te kijken.

In de gesprekken kwamen op basis van de ervaringen veel suggesties en aanbevelingen los voor een meer rechtvaardig preventiebeleid voor kwetsbare groepen in het geval van een (heropleving van de) pandemie in de nabije toekomst. Ik belicht hieronder de belangrijkste thema's die uit de handmatige analyse naar boven zijn gekomen.

12.3.2. Breder kijken naar gezondheid en welzijn

Uit de terugblik op twee jaar corona tijdens de focusgroepgesprekken wordt duidelijk dat er onevenredig veel aandacht (en geld) was voor de fysieke kant van gezondheid terwijl de sociale en de mentale kant onderbelicht zijn gebleven. Deze eenzijdige focus in de preventieve aanpak heeft, zo gesteld, onrechtvaardig zwaar uitgedaagd voor mensen die extra kwetsbaar waren voor de sociaal beperkende maatregelen (zie H. 10 en 11). Op de vraag of in het eerste basisscenario (scenario 1) gezonde leefstijl meer aandacht moest krijgen werd verschillende gereageerd. Opvallend waren de geluiden van de respondenten om gezondheid bij een toekomstige pandemie breder aan te vliegen. In onderstaande citaten komt ook de relatie tussen fysieke en mentale gezondheid en vertrouwen in jezelf (self-esteem) en de waarde van het leven (meaningfulness) voorbij. Over de precarie situatie van jongeren werd veel en vaak met zorg gepraat.

“Ja, je moet natuurlijk naar heel de mens kijken hè? Dus in, in alle aspecten. De mentale gezondheid, dus het, het wegnemen van al die angst- en doemscenario's bijvoorbeeld is daar ook een belangrijke in. En jongeren perspectief bieden, in plaats van lockdown naar lockdown lopen. Je ziet dat in de coronaperiode heel veel jongeren zich helemaal teruggetrokken hebben achter het scherm, en dus verleerd zijn om vriendjes te maken, verleerd zijn om zich te gedragen in een groep, om contact te maken en... Ja, die periode is gewoon veel te lang geweest, zeker in het leven van jongeren en van kinderen.” (bestuurder Sociaal Domein, Sociaal Werk, fg. 3)

“Nou ja, dan komen we eigenlijk ook [te spreken, ck] over het vertrouwen hebben in jezelf en het willen kijken naar de toekomst voor jezelf, of blijven hangen in een negatieve spiraal, zeg maar, in negatieve gedachten. Nou, dat heeft natuurlijk ook meteen invloed op je gezondheid. We zien ook gewoon dat onder jongeren, dat veel drank- en drugsgebruik, nou, ik denk bij ons in de noord-oostpolder ook wel steeds zorgwekkender wordt. Dus ja, hoe kunnen we dat weer omdraaien, dat ze, nou ja, weer naar een gezonde leefstijl, waar jullie het eigenlijk elke keer over hebben, hoe we daar naartoe kunnen gaan.” (jongerenwerker, fg. 2)

“Ik moet heel eerlijk zeggen, dat ik het bevorderen van een gezonde leefstijl breder zie en niet alleen maar voeding en bewegen, maar ook echt dat mentale. Nogmaals, ik merk dat bij de jongeren die ik dagelijks zie en spreek, dat ze op een gegeven moment, ja, in een isolement zijn gestapt of geduwd, en op een gegeven moment maar zoiets hebben van joh, dit is het en daar blijf ik. Dat ze helemaal niet toekomen aan beweging, daar zijn ze helemaal niet mentaal aan toe, want ze hebben al zoiets van joh, waar komt mijn volgende maaltijd vandaan. Die zijn met hele andere dingen bezig, dus dat met bewegen of gezond leven of voldoende slapen, of minder drugs gebruiken of minder alcohol gebruiken, daar zijn ze nog helemaal niet. Dus ik denk dat we daar echt nog wel een slag te winnen hebben, door ze weer het besef te geven, wat het leven waard is.” (armoedeconsulent Sociaal Domein, fg. 2)

Het pleidooi voor een bredere benadering van gezondheid was in alle focusgroepen terug te beluisteren. Het was vooral een pleidooi voor breed welzijn én voor een paradigmaverschuiving.

“Dat appèl [op gezonde leefstijl, ck] is een verkeerd appèl. Ik zou zeggen: doe dat appèl op een breder welzijn. Op dat contact, op sociaal, op die mentale belasting. Dus richt dat alsjeblieft anders in, zodat we meer oog krijgen voor de mensen voor, voor wie het lastiger is om daar een goeie omgang mee te vinden, die niet alleen fysiek, maar ook sociaal-emotioneel voor hen veilig is, zal ik maar zeggen.” (bestuurslid organisatie voor amateurmuziek, fg. 3)

“Wat eigenlijk voor alle drie de scenario’s wel geldt, dat is dat wij in de toekomst toch graag een bredere blik willen hebben dan van de afgelopen twee jaar. Gezondheid gaat niet alleen maar over leefstijl, maar gaat ook over aandacht, ontmoeten, verbinding voelen, je erbij horen voelen, dat soort zaken. Dus ik denk dat wij wel degelijk een hele belangrijke rol spelen in het vergroten van gezondheid en weerbaarheid tegen dit soort ziektes. Maar dan, dat kan alleen maar onder de omstandigheden dat mensen ook gewoon verder kunnen met hun leven, en dus elkaar kunnen blijven zien en ontmoeten. En zoals in instellingen in de beginperiode werd omgegaan met mensen, dat is zó verschrikkelijk schrijnend geweest, ik denk dat dat nergens helpend kan genoemd worden.” (bestuurder Sociaal Werk, fg. 3)

Gezondheid betekent voor sommigen ook het gesprek voeren over de eindigheid van het leven.

“En ik heb meer gevallen gehoord, echt uit de medische wetenschap, van, nou ja, direct uit eerste hand van dat die, dat daar een soort paradigmaverschuiving moet komen dat je iemand ook mag laten gaan, en dat je niet willens en wetens maar gewoon om, ja, in leven moet houden en maar door moet blijven gaan. En ik vind dat echt fundamentele, ja, vragen waar we mee aan de slag moeten.” (directeur evenementenorganisatie, fg. 3)

12.3.3. Preventie in het ‘voorveld’ vanuit een welzijnslogica

Met name respondenten uit het sociaal domein pleiten voor meer aandacht voor preventie van de sociale en mentale problemen van mensen (en dus voor welzijn) aan de voorkant van het sociaal domein in de toekomst. Dit vraagt volgens hen om een omslag in denken en doen.

“De oplossingen die gezocht worden, dat zijn allemaal technische oplossingen. Daarom zei ik ook van ‘gezonde leefstijl... tja dan wordt er weer heel veel geld gestopt in gezonde leeftijdsinterventies, dus dat er veel geld naar sportcoaches en dat soort dingen gaat. Terwijl het, het zit hem echt op het mentale van jongeren die dat niet meer kunnen. Dus ik zou zeggen van een blik jongerenwerkers opentrekken om die jongeren echt te ondersteunen, en echt naast die jongeren te gaan staan. En betrek inderdaad welzijnsorganisaties en jeugdhulporganisaties hier veel nadrukkelijker bij.” (directeur Jeugd- en jongerenwerk, fg. 1)

Ook in onderstaand citaat wordt het denken in verschillende logica’s helder, wat zich uit in hoe je naar problemen kijkt en welke oplossingen je bedenkt. Herkenbaar zijn de waardenverschuivingen (Buchanan, 2000) die in hoofdstuk 9 worden voorgesteld:

“We zijn het gewoon allemaal zat. En dat is herkenbaar, maar dat betekent dat nu die waardes wat gaan verschuiven. We hebben eerst voor de gezondheid alles gelaten en heel veel welzijn ingeleverd, en nu neemt het gevoel toe van ja, maar het welzijn doet er ook toe. Wat X cultuur noemt en het sociale en dat soort dingen, de kwaliteit van het leven wordt niet alleen door het biomedische, zeg maar, bepaald, maar ook door het sociale en door het culturele. En daar hebben we lang op ingeteerd en het lijkt alsof de tolerantie daarvoor afneemt.” (lector, hogeschool, fg. 5)

Volgens een andere respondent, die zei namens velen te spreken, is het de hoogste tijd afscheid te nemen van de marktwerking in het sociaal domein.

“Ik moest meteen denken aan echt alle experts, iedereen die, nou, laat ik zeggen 90 procent die werkzaam is in het, in het sociaal domein is echt klaar met die marktwerking in de zorg. En je ziet ook meteen als er natuurlijk zo’n [lacht] pandemie is, dat alle ziekenhuizen opeens moeten samenwerken hè, terwijl, terwijl je twee jaar daarvoor nog echt de marktwerking promootte als overheid. Dus volgens mij, ja, als je ballen hebt als overheid dan trek je die lijn door en hopen dat meneer Kuipers²⁶³ dat doet.” (directeur Jeugd- en jongerenwerk, fg. 1)

263 E. Kuipers was de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Niet alleen overbelasting van de zorg moet als uitgangspunt voor preventiebeleid worden genomen. Ook sociale indicatoren, zoals ruimte voor ontmoeting en zingeving, zullen in de toekomst moeten meewegen, en niet alleen in cijfers.

“Die ziekenhuiscijfers, zijn niet het enige hè. En dat er dus sprake is van hele andere risico’s. Want mensen met onbegrepen gedrag, die moeten toch voldoende begeleiding hebben op een dag. Dus daar liggen [voor ons] de risico’s. Maar ook de impact op kinderen, en de enorme achterstand die is gaan ontstaan. Dus, nou, ik hoop echt in de toekomst dat we rekening houden met al deze drie scenario’s, maar dat de IC gewoon even wat minder belangrijk is. Ja. Hoe erg ook hoor, maar ik bedoel maar.” (bestuurder sociaal werk, fg. 3)

“En we proberen studenten in te zetten om bij anderen weer langs te gaan. Dus we koppelen ook weer mensen aan elkaar. En want dat geeft studenten ook weer een gevoel van zingeving. Waar ik van denk dat we een beetje vanaf moeten is die enorme focus op de cijfers, en op aantallen en zo. Dus dat, dat derde scenario, dat komt eigenlijk alleen maar in beeld als dat voortdurend hè, in ieder journaal en in iedere nieuwsbulletin naar boven komt van dit zijn de besmettingscijfers, dit zijn de bezettingscijfers, laten we daar nou eens gewoon helemaal vanaf stappen en gewoon doorgaan met ons leven, en, en kijken wat dan mogelijk en nodig is.” (adviseur integrale veiligheid, hoger onderwijs, fg. 3)

Kiezen voor preventie in het ‘voorveld’ betekent ook aandacht voor de sociale basis (infrastructuur) of structurele sociale voorzieningen. Dat komt ook de fysieke gezondheid ten goede:

“En ik denk dat we veel meer zou moeten inzetten aan die voorkant, aan de kant van preventie en het voorzieningenniveau ook opkrikken, om te voorkomen dat mensen op de plekken terechtkomen waar ze verder geen andere kans meer hebben.” (bestuurder sociaal werk, fg. 3)

“Ja, echt de aandacht voor preventie en veel consequenter. En ik weet wel, dat heb je dan van vandaag op morgen misschien niet gedaan, maar heel radicaal gaan kiezen ook voor preventie, en aan die kant gaan zitten. Want ik bedoel, als er ergens veel [lacht] gerookt wordt dan is het natuurlijk onder onze doelgroepen. Maar als je ook kijkt, wanneer zie je dat roken ook toenemen? Bij verveling. Dus als je, wat er afgelopen jaren echt is gebeurd door het wegvallen van de dagbesteding omdat alles dicht was... Mensen zijn meer gaan roken, ja gewoon van de stress en van de verveling. Dus, ja, het zou enorm helpen juist door het van de andere kant te gaan benaderen, dat je hierin dus ook, ja, heel serieus dingen kunt aanpakken.” (beleidsmedewerker maatschappelijke opvang, fg. 3)

12.3.4. *Gezamenlijke verantwoordelijkheid door te schakelen*

In velerlei bewoordingen is in de interviews over het belang van gezamenlijke verantwoordelijkheid gecommuniceerd. Over het hoe en waarom is in sommige focusgroepen goed doorgepraat. Met name vanuit het sociaal domein en het onderwijs, maar ook door ondernemers in de culturele sector, wordt gepleit voor meer gezamenlijke verantwoordelijkheid bij toekomstig pandemie-beleid.

“Kijk want een arts is, het is, zeker specialisten, zijn twaalf jaar lang geschoold om te kijken naar het individu op een specifiek probleem bij een individu. Wat niks afdoet aan de kwaliteit hoor, ik bedoel het heeft een ongekende hoge kwaliteit van zorg en welzijn met zich meegebracht, maar we zijn daar echt in doorgeslagen. Omdat we daar zo op zijn gaan leunen zijn we gewoon vergeten dat we ook verantwoording bij onszelf hebben om weer gezond te worden.”

(ondernemer evenementenorganisatie, fg. 3)

“Er zijn veel welzijnsorganisaties, die worden ook vertegenwoordigd door Sociaal Werk Nederland bijvoorbeeld hè? En die zijn in gesprek met de overheid, maar die weten héél goed, die staan het dichtste bij de kwetsbare mensen. En als je het via hen bij wijze van spreken laat verdelen op een of andere manier, of hen daar een hele duidelijke stem in laat geven, ik denk dat dat heel goed is. En, nog steeds is het een fractie van geld wat er allemaal in omgaat, maar ik denk dat het, echt, dat je een heel hoog rendement hebt als je het daar, als je het via hen speelt.”

(bestuurder jongerenwerk, fg. 1)

‘Ik kan me ook voorstellen dat docenten of mensen die een bepaalde verantwoordelijkheid hebben in het maatschappelijke middenveld. Ja, dat die de opdracht krijgen zo gauw er iets weer van het virus omhoog komt. Dat mensen dan hun verantwoordelijkheid daarvoor nemen, misschien nog los van een persconferentie. Dat je dan al meteen weet van oh ja, nu wordt er iets van mij verwacht.’ (opbouwwerker, fg. 1)

Om de gezamenlijkheid (‘togetherness’, zie het diagram van theorie van sociale kwaliteit in H. 11) te stimuleren pleitten enkele respondenten voor een breed maatschappelijk debat met sterke inbreng vanuit de sectoren. Voor professionals zijn de sectoren en hun vertegenwoordigende instituties belangrijke bakens in crisistijd waar ze zich bij de uitvoering van hun beroep door laten leiden.

“Ja, wij volgen gewoon de regels die vanuit Sociaal Werk Nederland komen.”

(medewerker sociaal werk, fg. 4)

“Natuurlijk, uiteindelijk moet de overheid dan de juiste besluiten [nemen, ck]. Maar wel op basis van een maatschappelijk debat, een maatschappelijk gesprek, dat breder

nu zou moeten gaan plaatsvinden dan alleen met de zorg of over de ic-capaciteit zou moeten gaan. Dus je moet wel eerst een aantal dingen proberen op orde te krijgen in die zorg. Maar ja je moet ook echt dat maatschappelijk debat aan willen gaan.” (ouderenwerker, fg. 1)

Ook pleitte men voor veel beter schakelen binnen en tussen de verschillende niveaus met een belangrijke rol voor burgers zelf. Dit is ook de boodschap die in de theorie van sociale kwaliteit besloten zit. Meer en betere afstemming tussen de niveaus betekent ook betere samenwerking tussen de partijen die nu vaak nog vanuit verschillende kokers werken. Maak daarbij gebruik van de verschillende samenwerkingsverbanden die er al zijn, zo luidde het advies.

“Nou, eigenlijk gebeurt het al, maar ik denk dat de afstemming tussen die landelijke koepels, zo noem ik het maar even, en het lokale en het regionale en met mensen zoals [voorzitter buurthuis], want die hebben wij ook allemaal in onze netwerken zitten, die moet je schakelen. Dat is eigenlijk ons werk. Dat is mijn werk ook. De kennis die er is, breng je ook weer in die samenleving terug. Dus die wisselwerking, maar ook waar we nu hier voor zitten, wat horen wij en wat zien wij, en waar blijf je eigenlijk star in het scenario-denken. Kijk naar wat er wel kan en pak die mogelijkheden ook.” (regio-coördinator van 25 regio's – Gezondheid en Sociaal Domein, wethouder, fg. 5)

“De gemeente en de GGD zijn per gemeente ook wel grote aanjagers. En ik denk, als je met de verschillende partijen, diëtistenpraktijken, fysiotherapeuten, welzijnsorganisaties, dat je heel ver kan komen, als je het met elkaar doet.” (teamfit, medewerker, fg. 2)

“Er wordt toevallig nu vanuit de branche ook best wel veel onderzoek gedaan naar wat er allemaal al bestaat. Je hebt inderdaad Gezonde Kinderopvang, dat is een, een programma, je hebt Gezonde Start, daar hoort het bij, je hebt Kansrijke Start van VWS, je hebt het Preventieakkoord, je hebt het Sportakkoord, er zijn zoveel landelijke programma's met een lokale infrastructuur. Dus, dus wat jullie ook gaan optuigen naar aanleiding van deze gespreksreeks, tuig alsjeblieft niet nog iets nieuws op, maar verbind wat er al is, want er is echt heel veel. Een VNG kan daar ook goed in bemiddelen, ja.” (medewerker Sociaal Domein, fg. 5)

12.3.5. Cruciale sectoren voor kwetsbare groepen openhouden

Uit de focusgroepen bleek dat de respondenten (achteraf) unaniem van mening waren dat essentiële sectoren (onderwijs, kinderdagverblijven, buurthuizen, informatiewinkels, dagbesteding e.d.) voor kwetsbaren juist in crisistijd open hadden moeten blijven ('*tenzij het echt niet anders kan*') om zodoende de sociale en mentale gezondheid van mensen te beschermen.

“Omdat die mentale belasting dusdanig zwaar door gaat wegen dat je zegt: ja, is dat [sluiten van voorzieningen en instellingen, ck] nou verstandig om te doen? Dus denk daar ook in je maatregelen over na, dat je hoe dan ook ervoor zorgt dat mensen contactmogelijkheden hebben en houden, en daar ook in de voorlichting rekening mee houden, ook als mensen heel voorzichtig zijn.” (programmaleider Samen Ouder, fg. 1)

Vooraf het welzijnswerk profileerde zich in de focusgroepgesprekken. Deze sector was tijdens de interviews niet alleen goed vertegenwoordigd en drukte daarom een stempel, maar kreeg vanuit andere sectoren in de gesprekken veel steun en bijval. Het welzijnswerk draagt bij aan de versterking van de sociale cohesie en professionals staan dichtbij kwetsbare groepen. Welzijnsvoorzieningen moeten, net als het onderwijs en kinderdagverblijven, daarom altijd open blijven, tenzij het echt niet anders kan, zo werd gesteld door meerdere respondenten. In onderstaande citaten klinkt de wanhoop door van medewerkers die aan de slag gaan als andere voorzieningen gesloten zijn of vol zitten. Ergens moeten de deuren toch open blijven zodat mensen hun verhaal kunnen doen, was de reactie.

“En je ziet ook met contacten in de wijk met kwetsbare mensen... Sommige mensen zitten nog steeds binnen, komen nog steeds niet buiten hè, al twee jaar niet, en om dat weer naar ons toe krijgen, dat is best wel ingewikkeld. Om mensen weer uit hun huis krijgen en minder angst laten beleven. Elke keer als al die regels weer veranderen, en zeker voor migrantengroepen en laaggeletterden, kwetsbare groepen, die begrijpen er hé-le-maal niks meer van. Ik denk dat bij ons vooral leeft: we gaan nooit meer op slot, dat kunnen we niet meer maken om mensen te laten zitten. Dat leeft heel erg bij mijn collega's. Dus wat er ook gebeurt, we gaan niet op slot. We gaan niet meer stoppen, we gaan niet onze winkels sluiten, we gaan niet alle groepen stoppen, we blijven contact houden. Ja natuurlijk, als echt alles weer op slot moet dan doen we het, maar er is enorme drive om open te blijven.” (organisator collectieve activiteiten welzijn, fg. 4)

Dezelfde medewerker licht toe waarom zij het sluiten van de welzijnsvoorzieningen een slechte zaak vindt.

“Wij zijn er voor de meest kwetsbaren, dus we hebben informatiewinkels voor mensen die informatie nodig hebben, of die een brief niet kunnen lezen. Daar gaan mijn collega's bij helpen. Ik heb collega's die hebben groepen voor mensen met psychische kwetsbaarheid die heel vaak digitaal helemaal niet vaardig zijn. Ze missen dus echt grote delen van informatie. We hebben heel veel migrantengroepen die echt thuis op de bank gingen zitten, lamgeslagen, en allerlei klachten kregen, gezondheidsklachten en depressieve klachten. We hebben op een gegeven moment gezegd: we gaan gewoon toch een groep doen, want het, gaat slecht met de mensen. Mensen hebben plekken nodig om naartoe te kunnen, om hun verhaal te delen. En daar hebben wij heel veel groepen voor, gewoon je verhaal delen.” (organisator collectieve activiteiten/welzijn, fg. 4)

Wat wel en wat niet cruciaal of essentieel is of wat rechtvaardig is, daar valt natuurlijk over te twisten en dat gebeurde ook. Een betrokken ondernemer die werkte aan ‘klimaatbewustzijn’ vond het onrechtvaardig dat hij met zijn activiteiten moest stoppen. Vooral ook omdat andere sectoren wel door mochten gaan met hun activiteiten. Hij stond borg voor veilige evenementen in coronatijd, maar leed desondanks zwaar verlies. De ondernemer vond dat hij wel degelijk bijdroeg aan het verbinden van mensen en het verzachten van het leed. Dat sluit aan bij eerdere bevindingen (zie H. 10 en H. 11).

“Het is goed gekomen, maar ik schoot er voor de kerst voor 150k bij in. Ja, dan heb je een beroerde kerst als ondernemer, weet je. Dan zie je gewoon alles verdampen omdat je een risico hebt genomen om toch er uit te komen. De overheid zegt, we gooien alles dicht maar je mag wel op vakantie: dan staan wij met de rug tegen de muur, hebben we geen enkel handvat om iets, om te acteren. Ook daar zijn we weer uitgekomen, maar dit is gewoon echt zo niet werkbaar. Wij proberen echt met langjarige trajecten met onze klanten te kijken: hoe kunnen we proactief werken en bijdragen aan de gezondheid en het welzijn van de medewerkers? Dus niet meer de klassieke vertier-uitjes, maar ze eigenlijk een ervaring mee te geven die zo veel impact op ze maakt dat ze gaan nadenken over hun eigen rol in de samenleving, en daarmee, hopen wij, bij te dragen aan een betere, aan een mooiere wereld.” (ondernemer evenementenorganisatie, fg. 3)

12.3.6. Koester de waarde van het welzijnswerk en het ‘informele’

De informele sector en het welzijnswerk waren zeer actief in coronatijd en werkten veel samen. Ze kwamen in actie daar waar mensen en vooral kwetsbare groepen in de knel kwamen en ondersteuning nodig hadden (zie ook de vignetten 1 en 4 in H. 11 en paragraaf 11.7). Door het informele karakter kunnen de sleutelfiguren in deze sector meer flexibel zijn dan sleutelfiguren in de formele sector. Dat kan echter ook tot wrevel en wrijving leiden.

“Wij zitten in dat informele gedeelte, dus wij hebben ook meer mogelijkheden om die ruimte te maken. Ik heb me echt heel boos gemaakt toen ik een mailtje kreeg van het, het buurthuis, wat door een formele organisatie geëxploiteerd wordt, waarin gewoon geadviseerd wordt aan een vrijwilliger, die daar een activiteit doet, om aan iedereen te vragen of die gevaccineerd is, en het advies te geven dat als iemand niet gevaccineerd is hem te weigeren bij de activiteit. Dan denk ik: hoe haal je het in je hoofd? Echt, ik vind het afschuwelijk, en dat daar veel te krampachtig ook door zorgorganisaties mee omgegaan wordt. Wij hebben de verantwoordelijkheid steeds bij de mensen zelf neergelegd. Van joh, als jij het belangrijk vindt dat deze activiteit er is en dat we dit doen, dan is dat een gezamenlijke verantwoordelijkheid.” (opbouwwerker achterstandswijk, fg. 3)

“Dus veel meer aandacht voor de sociaal-emotionele kant van de mens, dat is wat wij doen. Wat we geleerd hebben dat die informele zorg, dus echt die ongeorganiseerde,

informele, die onbetaalde hulp, dat die zeer waardevol is en dat die in de haarvaten van de samenleving zit.”

(welzijnswerker, achterstandswijk, fg. 3)

Tegelijkertijd werden de netwerken en sleutelfiguren in de informele sector zelf ook zwakker omdat veel vrijwilligers zelf besloten om, soms heel onnodig, te stoppen met hun ondersteunende werk.

“Dus de eenzaamheid aanpakken, het stimuleren van vrijwilligerswerk, maar ook het jongerenwerk stimuleren, dus écht die sociale cohesie versterken. En daar is echt, nou, de afgelopen twee jaar enorm op ingeleverd. Wij hebben heel veel vrijwilligersverenigingen die bij ons aangesloten zijn, en nou, we hadden een taalhuis, daar zaten 120 man, daar zitten d'r nu nog 80. Dus dat is een derde.... Weg, gewoon opgelost, om verschillende redenen. Ik denk dat je dat voor al onze vrijwilligers-verenigingen kan zeggen, dat moet weer verstevigd worden.” (directeur jeugd en jongerenwerk, fg. 1)

De informele sector en de welzijnssector worden vaak weinig gehoord in focusgroepen die door public health instituten worden georganiseerd. Dit kan tot wantrouwen in deze instituties leiden.

“Ik heb het gevoel dat wij allemaal heel erg de behoefte hebben om gewoon een boodschap over te brengen en dat daar heel veel energie in zit. Tegelijkertijd merk ik ook wel dat ik er een beetje moedeloos van word, dat ik denk: ja, maar jullie hebben zoveel sleutelposities. Ik ben heel blij dit geluid te horen. En, ja, ik zou willen dat dit verder komt, maar of ik er nou heel veel vertrouwen in heb, dat heb ik ook niet zo. Maar we hebben ons best gedaan.” (medewerker opbouwwerk, diaconie, fg. 3)

12.3.7. Maatwerk onder centrale regie, verbindende taal en 'stijlvolheid'

Het nadenken over scenario's in de toekomst was in principe gemakkelijk omdat alle scenario's (basis-, seizoensgebonden- en noodscenario) in de twee jaar daarvoor al praktijk waren geweest. Toch bleek het lastig voor de respondenten om in de focusgroep tot overeenstemming te komen en om samen eenduidige voorstellen voor de toekomst te formuleren. Eigenlijk alleen in het hoger onderwijs en in de evenementensector waren dergelijke scenario's al in ontwikkeling. Kritiek leveren op het gevoerde beleid is altijd makkelijker dan samen tot een voorstel te komen voor een ongewisse toekomst, merkten we. Hieronder belicht ik nog enkele algemene aanbevelingen voor beleid en communicatie. Deze aanbevelingen zijn ook, maar niet exclusief, voor kwetsbare groepen van belang.

Ruimte voor maatwerk, continuïteit en transparantie

Meer maatwerk moet in de toekomst mogelijk zijn. Dit kan rechtvaardigheid bij kwetsbare groepen helpen, vonden meerdere respondenten. Een te strakke opvolging en toepassing van de maatregelen kan tot onrechtvaardigheid leiden.

“Eigenlijk wat we afgelopen jaren ook wel hebben gedaan: oog voor de mens en voor het maatwerk, en zeg maar daarin zoveel mogelijk linksom, rechtsom iets van continuïteit kunnen bieden. En dat je daarin op een gegeven moment nog weleens kan zeggen: oh jongens, ga nu weer eens even wat doen met beschermingsmiddelen. Dat. Maar laat het leven zo goed mogelijk doorgaan en verplaats je mensen niet naar een nog meer risicovoller isolement zeg maar?”

(directeur Maatschappelijke opvang, fg. 3)

“Liever twee maanden heel streng, dan ons steeds dat kleine worstje voorhouden, want... dat is in ieder geval in de sector waarin ik werk ‘killing’. En dan heb je inderdaad ook vrijwilligers die dan vol goeie moed denken: we gaan dat doen, en een week later mogen ze weer niet.... Nou ja. Zo.”

(directeur Jeugd- en jongerenwerk, fg. 1)

Maatwerk mag tegelijkertijd niet leiden tot willekeur en onrechtvaardigheid – sommige respondenten gaven nadrukkelijk aan hoe belangrijk ook centrale regie en een sterke besluitvormingsstructuur in crisistijd is. In één focusgroep werd over het ‘jojobeleid’ van de overheid gesproken, waarmee op het voortdurende op- en afschalen van maatregelen werd geduid. Dit op- en afschalen raakte vooral de lokale informele sector, die weliswaar flexibel kan reageren maar ook een minder strakke aansturingscultuur kent.

“Ik denk dat het wel van belang is om vanuit de overheid één rechte lijn te trekken en dat diverse sectoren gemeenten en provincies vanuit daar wel kunnen aanpassen, daar waar nodig. Maar dat je wel één lijn hebt, want anders krijg je weer eilandjes op een eilandje en uiteindelijk help je denk ik de samenleving daar niet mee.” (armoedeconsulent, fg. 2)

“Ik hecht veel waarde aan het lokale en het regionale, maar het onvermogen van de centrale overheid om in te grijpen regionaal, ook op het gebied van gezondheidszorg qua structuur, dat is wel aan het licht gekomen in deze situatie. Dus ik denk dat één van de effecten van scenario één en twee, met dat eventuele jojobeleid, dat dit ook in zich moet houden: wat is het moment waarop de regie weer centraal gepakt moet worden? Omdat het [beleid, ck] lokaal tekort schiet. En dat moet niet in een verwijtende vorm. Ik denk dat er echt een besluitvormingsstructuur moet komen voor als er centraal wat gebeuren moet. Ja, volgens mij moet dat echt tot stand komen.” (lector hogeschool, fg. 5)

In de focusgroepen komt het belang van meer transparantie en consistentie in het beleid naar voren. Dit komt overeen met wat ook in de narratieven en vignetten is belicht (zie H. 10 en 11). Jojobeleid is duidelijk iets anders dan vooraf gepland seizoensgebonden beleid. Met seizoensgebonden beleid zou mee te leven zijn. Zeker als dat vanuit een centrale regie goed zou worden aangestuurd. Het motto wat daaruit naar voren kwam en zoals wij dat vertaalden was: *‘centraal als het moet, decentraal als het kan’*. Zie onderstaand citaat.

“Terwijl ik me voor kan stellen dat je dan niet kiest voor het jojobeleid, als dat inhoudt dat je van het één op het andere moment, of zoals het nu steeds ging hè, zo van, het lijkt slechter te worden, we gaan nu weer 1,5 meter, en dan we gaan weer thuis werken, en dan we gaan weer dit, en dan we gaan weer dat. Ik zou er erg voor zijn dat die scenario’s, voor dat moment, dat het weer slechter gaat, dan min of meer klaar liggen.” (leidinggevende Sociaal Domein regionaal, fg. 5)

Verbindende en positieve taal

Om polarisatie tegen te gaan is door meerdere respondenten gepleit voor meer verbindende en meer positieve taal van de kant van de overheid. Ook moet de overheid veel beter zelf het goede voorbeeld geven en op ‘stijlvolle wijze’ de dialoog aangaan.

“We moeten als samenleving een taal vinden, om weer de sociale controle rondom dit geheel op gang te brengen. En dat vraagt in deze gepolariseerde tijd heel veel voorbeeldgedrag van de overheid en ook handreikingen om dit te communiceren. Dus ik denk dat ook in publieksvoorlichting, de taal zo moet zijn, dat het publiek helpt om dit ook tegen elkaar te gaan zeggen. En dan helpt het niet als ministers zeggen, ik snap er helemaal niets van, als mensen zich niet laten vaccineren. Dit vind ik volstrekt belachelijk. Kijk, als je dat zegt, dan versterk je de polarisatie en ik vind juist, we moeten naar een taal, die niet polariserend is maar verbindend werkt en iets van stijlvolheid in zich terugbrengt, die ook in de samenleving weer iets van stijl terug kan brengen, waarmee we dingen weer gewoon bespreekbaar kunnen maken. Dat heeft ook heel veel te maken met tolerantie van iedereen hè.” (voorzitter van een dorpshuis, fg. 5)

“In Nederland geven we zoveel aandacht aan de negativiteit, dat we soms vergeten hoe groot het sociale weefsel wel is en vanzelfsprekend dat ook is. En ik denk dat we daar, daar veel meer uitnodigend over kunnen spreken. Ik zou een positievere taal zoeken.” (medewerker kinderopvang, fg. 5)

Tot slot: praktische wijsheid achteraf

In de focusgroepen zie je tot slot ook veel ‘praktische wijsheid achteraf’ terug. Achteraf is het uiteraard makkelijk oordelen over wat anders had moeten vanuit de overheid. Echter, met de kennis van nu mag je niet vergeten dat handelen in crisistijd plaatsvindt

in grote onzekerheid en iedereen met ‘vallen en opstaan’ leert van ervaringen, zoals deze respondent zich liet ontvallen.

“Kijk, we kunnen allemaal honderd voorbeelden noemen van dingen die zielig waren en fout zijn gegaan, en, maar we wisten het niet, hè? We wisten niet wat het virus was, we wisten niet dat je d'r aan dood zou gaan, we wisten niet dat de jeugd er niet aan dood gaat, we wisten niet wat longcovid was. Ik heb een trompettist van dertig jaar, die heeft het in maart vorig jaar gehad, die kan nooit meer spelen. Die komt er nooit meer vanaf. Wisten we allemaal niet. Daarom zei ik: er is nauwelijks verwijtbaar gedrag aan te wijzen, maar laten we vooral lessen trekken en proberen om het fenomeen virus te omarmen, zo noem ik het maar, en, ja, we weten nu hoe we het niet meer moeten doen, de volgende keer.” (medewerker organisatie voor amateurmuziek, fg. 1)

Praktische wijsheid is voor deze en vele andere respondenten vooral ook samen lessen trekken uit de COVID-19 pandemie, want *“we weten nu hoe we het niet moeten doen, de volgende keer.”*

12.4. Overstijgende reflectie op de notie van ‘rechtvaardigheid’ en de uitkomsten van de focusgroepen

In deze laatste paragraaf reflecteer ik op de resultaten van de focusgroepgesprekken vanuit de extra geformuleerde onderzoeksvraag. Alvorens dit te doen sta ik eerst stil bij het begrip rechtvaardigheid, omdat dit één van de gezamenlijke noemers lijkt in de respons. Hierbij kies ik voor twee invalshoeken. In paragraaf 12.4.1 belicht ik enkele aspecten van de betekenis die Ricoeur aan rechtvaardigheid koppelt vanuit zijn opvattingen over het menselijk handelen en de rol van de instituties (zie H. 9 en H. 10). Ricoeur bouwt hierbij voort op eerder beschreven opvattingen van Aristoteles (zie H. 9). In paragraaf 12.4.2 ga ik in op de relatie tussen rechtvaardigheid en het respecteren van de mensenrechten zoals deze door Nachtergaele et al. (2018) en Reynaert et al. (2023) op toepasbare wijze is uitgewerkt voor het sociaal werk en het sociaal domein. Deze laatste beschouwing vormt tevens de brug naar hoofdstuk 13 waar ik dieper inga op preventie binnen het sociaal werk en sociaal domein. Ik acht beide beschouwingen van belang met het oog op de verbinding met de theorie van sociale kwaliteit.

12.4.1. Rechtvaardigheid en de rol van instituties

Ricoeur werkt zijn opvatting van rechtvaardigheid enerzijds uit in de betekenis van de deugdenethiek van Aristoteles dat onder andere betrekking heeft op het interpersoonlijke niveau (‘ik-jij’); anderzijds verwijst hij naar het idee voor rechtvaardigheid voor ‘allen’ (of ‘ieder’) en de rol van de instituties. Voor wat betreft de deugdenethiek stelt hij dat de deugd steeds in ‘het juiste midden’ gezocht moet. Ricoeur legt dat ‘juiste midden’ als volgt uit: *“De rechtvaardige mens is degene die zichzelf niet*

te veel van de voordelen toebedeelt, en niet te weinig van de lasten.” (zie ook H. 9). Als het gaat om ‘rechtvaardigheid voor allen’ hebben de instituties een cruciale rol in het zorgen voor rechtvaardigheid of in het vinden van dat juiste midden, aldus Ricoeur. Hij verwijst hierbij naar de openingszin in *A Theory of Justice* van Rawls (in Hartog, 2012, p. 121): “Justice is the first virtue of social institutions, as truth is of system of thought” (Ricoeur, 1992, p. 197; Hartog, 2012, p. 121). De bemiddeling van instituties betreft dan bovenal het bevorderen van ‘proportionele gelijkheid’. Het zorgen voor gelijkheid door instituties is volgens Ricoeur vergelijkbaar met de zorgzaamheid op het interpersoonlijke niveau: “Equality ... is to life in institutions what solicitude is to interpersonal relations” (Hartog, 2012, p. 123). De rol van de instituties in het bevorderen van sociale gelijkheid (én daarmee ook meer gelijkheid in gezondheid, ck) door zorgzaamheid op het niveau van ‘iedereen’ wordt daarmee benadrukt. Voor preventie in tijden van pandemie is dit een belangrijke notie. In de focusgroepen werd dan ook duidelijk dat de respondenten van de overheid verwachten ervoor zorg te dragen dat de lasten van de pandemie rechtvaardig worden verdeeld. Het gaat er om dat de sterkste schouders de zwaarste lasten dragen. Hieronder licht ik dit aan de hand van Ricoeur nader toe.

Instituties definieert Ricoeur als *structuren van het ‘samenleven’ in een gemeenschap*. Deze zijn niet te reduceren tot interpersoonlijke relaties maar zijn *‘daar wel uit opgebouwd’*. Het is daar waarin de gerichtheid op *‘iedereen’* gestalte krijgt (zie H. 10 paragraaf 10.4): het samenleven en samenwerken op grotere schaal. Volgens Ricoeur zijn het niet de begrenzendende regels die instituties karakteriseren, maar de *“bond of common mores”* (1992, p. 194): de gedeelde ‘zeden en gewoonten’ die zich in onze samenleving hebben gevormd en zijn neergeslagen. Het is precies deze betekenis die het Griekse *ēthos* (ἦθος) heeft waar het begrip ‘ethiek’ aan is ontleend (uit Hartog, 2012, p. 121).

In het begrip van ‘iedereen’ komt tevens de anonimiteit van personen en pluraliteit in gemeenschappen in beeld. Ricoeur: “Pluraliteit veronderstelt altijd anonimiteit, want veel van deze anderen zullen voor mij anoniem blijven: oftewel nooit ‘een gelaat’ worden waar ik een relatie van zorgzaamheid mee kan aangaan” (Hartog, 2012, p. 120). Het niveau van instituties (*‘ieder’*) vormt volgens Ricoeur dan ook dikwijls de achtergrond voor onvermijdelijke conflicten op het interpersoonlijke niveau (*‘ik’- ‘jij’*). Dit heeft onder andere te maken met het produceren van *formalisme op het interpersoonlijke niveau*, als macht of overheersing aan de orde is (bijvoorbeeld als regels van ‘bovenaf’ worden opgelegd) en vooral als wederzijdse erkenning tussen de opponenten uitblijft (Hartog, 2012, p. 157). Bij een conflict ervaren beide partijen de angst om tekort te worden gedaan. In een complexe en pluralistische samenleving is het uitblijven van wederzijdse erkenning aan de orde van de dag. Tijdens de pandemie hebben we vele voorbeelden gezien van mensen die zich tegen het coronabeleid verzetten uit angst in de eigen vrijheid en autonomie beknot te worden. Denk onder andere aan de virusontkenners, maar ook het onder druk staan van de solidariteit tussen jongeren en ouderen tijdens de

pandemie. Volgens Ricoeur is het enige dat helpt in dit soort situaties: terug te gaan naar “de ethische basis waartegen de moraliteit zich aftekent, als de weg tot [praktische, ck] wijsheid in het situationele oordelen” (ibid., p. 157). Hier zien we het ‘ethisch streven’ van de sleutelfiguren terug zoals in hoofdstuk 10 en 11 beschreven is.

In dit onderzoek zagen we steeds de spanning die zichtbaar werd tussen veralgemeniserende wetgeving (de coronaregel als ‘norm’ die in principe voor iedereen geldt) en de zorgzaamheid die juist gericht is op de *enkelvoudige, onvervangbare ander* (Hartog, 2012, p. 158; Ricoeur, 1992, pp. 249-250). Preventie kreeg hier gestalte door regels van ‘bovenaf’ én besluiten van ‘onderop’. Deze laatste zijn erop gericht de negatieve gevolgen van de regels te voorkomen, te verzachten of op te vangen. Van belang hierbij was het contextualiseren van de maatregelen maar ook het bevorderen van zorgzaamheid. Zorgzaamheid op interpersoonlijk niveau, zo stelt Ricoeur, is – overigens net als vriendschap – een voedingsbodem voor rechtvaardigheid.²⁶⁴ Cruciaal is dat personen elkaar in particuliere situaties (wederzijds) beschouwen als ‘onvervangbaar’. Wat de rechtvaardigheid (van instituties) met de notie van ‘gelijkheid’ op haar beurt toevoegt aan de zorgzaamheid, is het vergroten van het ‘veld van anderen’ tot de schaal van de gehele mensheid (Ricoeur, 1994, p. 202; Hartog, 2012, p. 123). Het zijn aldus de instituties die ervoor moeten zorgen dat gelijkheid wordt bevorderd en dat zorgzaamheid gericht op ‘anonieme anderen’ (via solidariteit) wordt ondersteund.²⁶⁵ Solidariteit verwijst altijd naar collectieve verantwoordelijkheid, stelt ook Michael Sandel, want: “ergens bijhoren brengt verantwoordelijkheid met zich mee” (Sandel, 2021, p. 277).²⁶⁶ Volgens Ricoeur kunnen mensen – daar waar de collectieve verantwoordelijkheid wordt veronachtzaamd en onrechtvaardigheid blijft bestaan – hun individuele vermogens bundelen tot een ‘*gezamenlijk vermogen*’. Rechtvaardigheid (*justice*) is in dat geval gericht op het in evenwicht brengen en houden van het *gezamenlijk* en *kritisch* vermogen enerzijds en de ‘macht’ of ‘overheersing’ anderzijds (Ricoeur, 1994, pp. 256-257). Ricoeur suggereert dat dit een eindeloze taak is, die veel dialoog en discussie vergt en de democratie definieert (Hartog, 2012, p. 161; cf. Levinas, 1981, p. 191).²⁶⁷ Dit in evenwicht brengen van of verzachten van de gevolgen van ‘maatschappelijk onrecht’ werd onder andere in de analyse van de vignetten, maar ook in de focusgroepen helder.

264 Ricoeur verwijst hier ook naar de rol van vriendschap, welke door Aristoteles wordt opgevat als de overgang van enerzijds het streven naar een goed leven en anderzijds rechtvaardigheid. Vriendschap was volgens Aristoteles een deugd en voorwaarde voor een goed en gelukkig leven. Rechtvaardigheid is volgens hem een deugd van menselijke pluraliteit in politieke sfeer (Hartog, 2012, p. 112, zie ook H. 9).

265 Overigens mag solidariteit (gericht op de anonieme ander) niet verward worden met loyaliteit (gericht op de bekende ander). Loyaliteit kan solidariteit in de weg zitten (zie Sandel, 2021, vanaf p. 277).

266 Het vermogen tot schaamte en trots over het gedrag van anderen uit dezelfde gemeenschap is gerelateerd aan het vermogen tot collectieve verantwoordelijkheid (Sandel, 2021, p. 277).

267 Levinas (1981, p. 191): “In het gesprek stel ik mij bloot aan ondervraging door de Ander en deze druk om te antwoorden – de scherpe spits van de tegenwoordigheid – wekt mij op tot verantwoordelijkheid”.

De filosofie van Ricoeur impliceert in dit onderzoek mijns inziens dat voor rechtvaardige preventie door de sleutelfiguren moet kunnen worden geput uit een voedingsbodem of humuslaag van *ethische en morele betrekkingen* en (*kritische*) *zorgzaamheid*²⁶⁸ (als het ware vriendschap of vriendschappelijkheid) tussen mensen. Zelf dragen ze daar op hun beurt ook aan bij en verrijken ze die betrekkingen. Het gaat dan over betrekkingen waarin mensen vanuit nabijheid en een gerichtheid op de ander aandacht voor elkaar hebben en voor elkaar zorgen (*solicitude*) maar er ook op toezien dat de lasten evenredig worden verdeeld. Die zorgzaamheid ontstaat uit de erkenning van (het leed van) de ander en diens waarde als persoon, maar bevestigt die erkenning ook. Deze aandacht en zorgzaamheid bevestigt ook het naleven van de *rechten van de mens*, die in de universele Verklaring van de mensenrechten in bijna alle landen van de Westerse wereld zijn geratificeerd, maar lang niet overal in de wereld wettelijk zijn verankerd of worden nageleefd (zie Hartog, 2012, p. 180). Instituties dienen er voor te zorgen dat zij die naleving van de mensenrechten en zorgzaamheid tussen mensen ondersteunen en dat dit in hun beleid wordt uitgedragen. Dit komt overeen met wat we in dit onderzoek hoorden. De respondenten vertelden ons dat het voorbeeldgedrag van de overheid, goed luisteren en erkenning van de problemen van mensen, het bieden van steun en ook ‘taal van de instituties’ (het gesproken woord van de gezagsdrager) veel impact had op het vertrouwen in het beleid, én op de vermogens van sleutelfiguren (zie ook H. 10 en H. 11). Blijft die erkenning en steun uit – wordt onrechtvaardigheid toegedekt, gebagatelliseerd of ontkend – of wordt de dialoog erover onmogelijk gemaakt en wordt ‘stem’ van mensen niet gehoord dan verdwijnt het vertrouwen en de hoop op rechtvaardige instituties.

Samenvattend: vanuit het ‘verstaan’ van rechtvaardigheid door Ricoeur wordt een duidelijk verband gelegd tussen zorgzaamheid op het interpersoonlijke niveau en de rol van de instituties om die zorgzaamheid te ondersteunen en toe te zien op een eerlijke verdeling van de lasten. Dit komt de gezamenlijke en kritische vermogens van mensen en gemeenschappen ten goede. Ricoeur benadrukt dan ook de noodzaak voor continue dialoog om steeds opnieuw de discussie rond het respecteren van de mensenrechten te voeren (Hartog, 2012, p. 180).

In de volgende paragraaf onderzoek ik hoe rechtvaardigheid en het respecteren van de mensenrechten door het sociaal werk worden gezien en uitgewerkt.

12.4.2. *Rechtvaardigheid via het respecteren van mensenrechten door het sociaal werk*

Vanuit de sociaal werk theorie is de waarde van het respecteren van mensenrechten uit het oogpunt van rechtvaardigheid pragmatisch en toepasbaar uitgewerkt als grondbeginsel van het beroep sociaal werk (Nachtergaele et al., 2018; Reynaert et

²⁶⁸ Zie H. 10 voor de uitleg van dit begrip.

al., 2023). In de conclusie van het boek van Nachtergaele wordt het uitgangspunt van het werken vanuit mensenrechten in het sociaal werk vooral vanuit een ‘bottom up’ benadering beschouwd. Mensenrechten krijgen vorm in lokale contexten, in concrete dagelijkse levenspraktijken, waar men vaak wordt geconfronteerd met ervaringen van mensenwaardigheid of sociale onrechtvaardigheid, stellen de auteurs (zie ook Reynaert et al., p. 210). De onderlinge ‘interactie’ en de relatie tussen sociaal werkers, cliënten en andere belanghebbenden staat hierbij centraal (vanuit Ricoeur gedacht gaat het dan om het ‘ik-jij’ niveau). Reynaert (p. 202) stelt echter ook dat het van belang is om het werken van ‘onderop’ voortdurend te verbinden met de benadering van ‘bovenaf’ (niveau van het ‘ieder’).

De auteurs werken het handelen en verbinden tussen ‘van onderaf’ en van ‘bovenop’ uit in vijf verschillende bouwstenen, namelijk: 1) systeemwereld-gericht-, 2) leefwereldgericht-, 3) participatief-, 4) politiserend- en 5) ontgrenzend handelen (Reynaert et al., 2023). Deze bouwstenen zijn nauw aan elkaar verbonden en geven concreet gestalte aan het werken aan mensenrechten. Het gaat om je verdiepen in en begrijpen van wat zich in de leefwereld van mensen afspeelt (*leefwereldgericht handelen*), maar bijvoorbeeld ook in het toegankelijk maken van de systeemwereld (*systeemwereld gericht handelen*). Het gaat om mensen betrekken in het verbeteren van hun situatie en om ‘mensen een stem te geven’ (*participerend handelen*). Soms is het echter ook nodig om collectief op te treden om een gezamenlijk kritisch geluid te laten horen richting de politiek indien er sprake is van onrechtvaardig beleid (*politiserend handelen*). Dit zagen we heel concreet terug bij de jeugd- en jongerenwerkers die een film maakten met de jongeren om de gemeenteraad te informeren en het gesprek aan te gaan. Sociaal werkers moeten tot slot in staat zijn de verschillende werelden te overbruggen en grenzen of schotten tussen de systemen te doorbreken (*ontgrenzend handelen*).

Nachtergaele en coauteurs (2018) beschouwen het staan voor en werken aan mensenrechten als een ‘open leerproces’ en geven daar ‘taal’ aan. Dit leerproces veronderstelt nooit een vaste uitkomst maar “betekent dat we telkens opnieuw in een particuliere context moeten nagaan welke betekenis aan deze grondwaarden wordt gegeven, door wie en in welke omstandigheden” (p. 153). Het leerproces vindt zowel op individuele basis plaats als op collectief niveau. Vaststellen wat rechtvaardigheid en menselijke waardigheid in de praktijk kunnen zijn gebeurt immers altijd in interactie met anderen ‘in een groep, in een gemeenschap, in een wijk, in een samenleving’. Hier zie ik het betoog van Ricoeur in terug. Het hele proces van het beschermen van de mensenrechten draagt hiermee bij aan zowel de individuele als de collectieve identiteit van een groep, gemeenschap, wijk of samenleving. Het gaat hierbij mijns inziens om het vorm geven aan collectieve verantwoordelijkheid. Dit sluit ook aan bij de theorie van sociale kwaliteit (zie H. 11).

De spanningen tussen de leef- en systeemwereld (zie de horizontale as van de theorie van sociale kwaliteit) worden door Nachtergaele en coauteurs (ibid., p. 155) als de meest uitdagende beschouwd. Vooral het versterken van de complementariteit tussen systeem- en leefwereld maakt van de mensenrechtenbenadering in het sociaal werk een complexe en ambigue praktijk (Reynaert et al., 2023, p. 212). Sociaal werk is een mensenrechtenberoep, dat cruciaal is als het om preventie gaat met het oog op 'social equity' en 'health equity' (zie H. 14). Dit laat overigens onverlet dat ook veel 'niet-sociaal werkers' uit de interviews als 'strijders' voor de mensenrechten naar voren kwamen.

In de volgende paragrafen reflecteer ik – vanuit bovenstaande uitweidingen in de literatuur – nog op enkele uitkomsten van het focusgroeponderzoek. Ik leg daarbij de focus op de respons van de respondenten op de vraag wat rechtvaardige preventie zou kunnen zijn in tijden van een pandemie en wat dit betekent voor de rol van de instituties.

12.4.3. Van onrecht en onmacht naar mogelijkheden die rechtvaardigheid bevorderen

Onrecht en onmacht op microniveau

Wanneer de sociale kwaliteit op het niveau van de samenleving door een pandemie onder druk komt te staan - bijvoorbeeld door het sluiten van essentiële voorzieningen - is dat op alle niveaus, ook op interpersoonlijk niveau, voelbaar. In de focusgroepen werd dit op veel manieren duidelijk gemaakt. Het beperken van de verbinding en de aantasting van de kwaliteit van de onderlinge relatie tussen mensen genereert pijn en een gevoel van onmacht. Voor preventie is dit van belang. Het antwoord voor het herstel van de sociale kwaliteit ligt deels op microniveau en bij mensen zelf, zo gaven de respondenten van de focusgroepen aan. Echter ook op mesoniveau en vooral op het niveau van de samenleving, op het niveau van de instituties en de overheid, kan veel worden gedaan om de sociale kwaliteit op gemeenschapsniveau te bevorderen. Eigen verantwoordelijkheid is een groot goed, zo hoorden we, maar daar is ook 'iets' anders – in de zin van rechtvaardig beleid van rechtvaardige instituties – voor nodig. Niet alleen in dit onderzoek maar ook uit een ander (onafhankelijk) onderzoek van de Corona Gedragsunit van het RIVM (RIVM, 2021c) bleek dat ervaren 'rechtvaardigheid' van het beleid door burgers een rol speelt bij het creëren van draagvlak voor en vertrouwen in het coronabeleid. Het draagvlak en vertrouwen zijn sterker als beleid als rechtvaardig wordt ervaren. Burgers gaven hierbij tevens aan het belangrijk te vinden om op een eerlijke en respectvolle manier behandeld te worden. Dit wordt *procedurele rechtvaardigheid* genoemd. Zij vonden dit feitelijk belangrijker dan altijd de voor hen meest gunstige uitkomst te krijgen: *distributieve of verdelende rechtvaardigheid* (cf. Hulscher et al., 2023). Het gevoel van onrechtvaardigheid werd door corona versterkt en niet alleen in Nederland (zie Tekstvak 12.2).

Ervaren onrechtvaardigheid in tijden van de coronapandemie

Volgens de Amerikaanse filosoof Michael Sandel heeft het strenge coronabeleid in Amerika en in veel Europese landen het gevoel van onmacht en onrechtvaardigheid, die veel mensen aan de onderkant van de samenleving toch al voelden, versterkt (Sandel, 2022; zie ook Sandel, 2021). De al sluimerende ontevredenheid en woede door de toenemende sociale ongelijkheid in de samenleving werd door corona gevoed. Ook het individualistische ‘de burger als consument’ perspectief dat zich door de marktwerking in Westerse landen heeft ontwikkeld wreekte zich. Terwijl de overheden overal opriepen tot solidariteit (‘Alleen samen krijgen we corona onder controle’) en mensen op hun gedrag aanspraken was de koek bij veel mensen eigenlijk al op. Op velen, die zich al langer niet meer om hun medemens bekommerden, had dit appèl geen invloed meer. Bij anderen versterkte het de sluimerende woede. Corona versterkte daarnaast de al langer gevoelde onmacht om de levensomstandigheden in eigen hand te kunnen hebben en houden (ibid., p. 11). De afstand van mensen tot de politiek werd door de verplichtende maatregelen vergroot. De paradox die schuil ging in deze oproep tot solidariteit, middels de andere slogan “Houdt afstand” maakte het er niet gemakkelijker op.²⁶⁹ Corona werkte daarmee niet alleen als een ‘splijtzwam’ in families, maar ook in de samenleving als geheel en bedreigde de democratie.

Bron: Sandel, 2022

Sociale kwaliteit en de sociale basis als indicator voor rechtvaardige preventie

Een andere kwetsbaarheid die door corona versterkt werd en in dit onderzoek opviel (zie paragraaf 12.3.1), was de precaire staat van instituties en de sociale voorzieningen in het sociaal domein. Dit belemmerde rechtvaardige preventie, zo valt op te maken uit de reacties van de respondenten (zie de citaten in paragraaf 12.3.2). Langdurige hervormingen en bezuinigingen in het sociaal domein hebben gaten geslagen in het sociale weefsel tussen mensen en ondermijnden de kracht van de sleutelfiguren. Het gaat hierbij ook om het verbrokkelen van het morele weefsel (eerder genoemd door Buchanan, zie H. 9). Dat weefsel dient in het dagelijks leven steeds opnieuw gerepareerd en vernieuwd te worden willen er tussen mensen betrokken relaties ontstaan waarin bijvoorbeeld ook conflicten kunnen de-escaleren en een constructieve uitkomst kunnen krijgen. Door de coronamaatregelen kwamen de sociale voorzieningen en hulpbronnen, zoals morele betrokkenheid tussen mensen, in een rap tempo verder onder druk te staan. Toen de pandemie de sleutelfiguren voor grote uitdagingen stelde, om bovenal goed voor kwetsbaarste mensen te zorgen en hen verbonden te houden, brak hen dit op. Het was een al langer bestaand gebrek aan menskracht en laagdrempelige voorzieningen in de zogeheten ‘sociale basis’, die scherp voelbaar en tastbaar werd.

269 Dit laat onverlet dat uit onderzoek van de Corona Gedragsunit van het RIVM ook is gebleken dat voor veel mensen het afstand nemen tot anderen soms ook positief werd beleefd. Zie RIVM (2021d)

De sociale basis is de kern voor de ervaren sociale kwaliteit in gemeenten, wijken en buurten, stelt lector 'sociale kwaliteit' Lisbeth Verharen (2019; zie ook Engbersen & Sprinkhuizen, 2022). Het is daar waar de basis wordt gelegd voor 'togetherness' en andere belangrijke waarden zoals cohesie en solidariteit, die centraal staan in de theorie van sociale kwaliteit. Deze waarden zijn gekoppeld aan de kracht van de gemeenschap en vormen de kern van '*community engagement*' (zie H. 11 en 14). Het is daar waar informele en formele sleutelfiguren vanuit nabijheid met kwetsbare mensen werken en naast hen staan. De theorie van sociale kwaliteit kan dan ook helpen, volgens Verharen: "om vanuit de verhalen en ervaringen van inwoners, vrijwilligers, professionals en beleidsmakers – samen goed te kijken naar wat er allemaal speelt in die sociale kwestie. Wat er speelt, manifesteert zich op en tussen verschillende niveaus." (Verharen, 2019, p. 4). Tijdens de pandemie speelden er veel kwesties op verschillende niveaus, zo beluisterden we in de focusgroepen. De crisis legde niet alleen kwetsbaarheden bij mensen bloot, maar ook in organisaties, in sectoren, in families, wijken en buurten en in de samenleving als geheel. Het is vooral een cumulatie van gebrek aan hulpbronnen die ervoor zorgt dat men kwetsbaar is (cf. Engbersen et al., 2020, p. 45). Dit had impact op de preventie van de infectieziekte COVID-19 én op de bescherming van mensenrechten. De sociale basis kan daarmee als graadmeter dienen voor de sociale kwaliteit en tevens als sociale indicator voor rechtvaardig preventiebeleid in tijden van een pandemie.

Factoren die rechtvaardigheid bevorderen

Werkzame oplossingen voor de rechtvaardige preventie van COVID-19 – zo zagen we in de vignetten en zo werd bevestigd in de focusgroepen – lagen soms op microniveau maar veelal op meso- en macroniveau. Op micro- en mesoniveau zagen we dat oplossingen zaten in het *handelen en balanceren* van de formele en informele sleutelfiguren die vanuit nabijheid zagen wat er nodig was en *maatwerk* leverden. Dit maatwerk zat onder andere in het *openhouden van essentiële lokale voorzieningen en het op maat toepassen van de regels in lokale praktijken*. We hoorden daarnaast ook hoe belangrijk *hulp- en persoonlijke zingevingsbronnen* voor mensen en sleutelfiguren waren. Vaak zat de oplossing in de toegewijde aandacht van collega's of burens, in het samen '*zinnvolle dingen doen*' maar soms ook in het gezamenlijk *opzoeken van de grenzen*, de focus op *wat wél mogelijk was* of juist openlijk *verzet* (vanuit het '*gezamenlijke kritische vermogen*') tegen de regels. Verzet tegen de regels werd vooral nodig gevonden als de *mensenrechten of menselijke waardigheid* op het spel stonden, als mensen voelden dat hun vrijheid van handelen onevenredig zwaar werd aangetast of er sprake was van een *onmogelijkheid* in het opvolgen van de maatregelen.²⁷⁰ Oplossingen werden daarnaast dikwijls op macroniveau gezocht: in *transparent beleid* en in politici die *luisteren* en het *goede voorbeeld* geven, die *verbindende en positieve taal* spreken, met *empathie*

270 Soms wisselden de regels elkaar zo snel af dat mensen moeite hadden zich aan te passen. Er was als het ware geen mogelijkheid tot *adaptatie* en *accommodatie* (cf. Van Ewijk, 2014, p.21). Zie H.3, par. 3.6.

en compassie reageren en zorgdragen voor een rechtvaardige verdeling van steun en hulpbronnen.

Voor een deel zijn in de focusgroepen nog aanvullende oplossingen op meso- en macroniveau aangedragen: zoals het bewaken van de *stijlvolheid* in het discours en het op gang brengen van *maatschappelijk debat* tussen opposanten. Mensen willen inspraak, willen meepraten, gemeenschappelijk engagement voelen en gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen voor de problemen die op hun bord liggen en hun dagelijks leven beïnvloeden. Dit zou onverkort uitgangspunt van toekomstig pandemisch beleid moeten zijn (zie ook RIVM, 2021a).

Ricoeur, Nachtergaele en Reynaert (en hun coauteurs) indachtig lijkt het mij nodig om het woord ‘oplossingen’ in dit hoofdstuk tussen aanhalingstekens te zetten. In de gesprekken openbaarden zich immers ook diverse onoplosbare dilemma’s, waar spanningen uit voortkwamen. In de focusgroepen kwam namelijk ook de betekenis en indringendheid van de conflicten die tussen mensen ontstonden scherp naar voren. Deze riepen emoties op bij de respondenten die een en ander graag van zich af praatten. Sociale professionals vertelden hoe ze tijdens de pandemie – door de eerder geschetste paradoxale situatie – haast tegen onmogelijke opgaven aanliepen. Rechtvaardige preventie in complexe situaties zonder nabijheid, kan dat eigenlijk wel?

12.4.4. Botsende preventiologica’s

Uit de aanvullende analyse van de focusgroepgesprekken blijkt dat de sleutelfiguren dikwijls ‘taal’ gaven aan de botsende logica’s daar waar het over preventie ging. In het sociaal domein vonden veel respondenten de benadering en aanpak van de pandemie te ‘medisch’ en op ‘beheersing van COVID-19’ gericht. De indicatoren voor beleid vonden men te zeer gebaseerd op ‘cijfers’, te zeer gericht op de ‘ic-capaciteit’ en het ‘kost wat kost langer leven adagium’. De oplossingen die werden aangedragen vonden sommigen ‘te technocratisch’. Met een ‘marktgerichte’, vooral op individuen gefocuste, aanpak in de zorg waren ze ‘helemaal klaar’. Informele sleutelfiguren voelden zich niet thuis bij de vaak formalistische wijze waarop met de regels werd omgegaan. Ze liepen tegen een te starre opvatting en uitvoering van de regels aan en zochten naar een meer flexibele werkwijze.

Uit de gesprekken kwam een sterk gevoelde behoefte aan een langetermijnvisie naar voren. Daarnaast was er behoefte aan een ‘andere visie op preventie’, een visie die passend is bij de logica van nabijheid en betrokkenheid. Men hoopte op een focus op breed welzijn en op een pandemiebeleid waarbij sociale indicatoren als onderlegger voor beleid worden meegewogen. De sleutelfiguren die voor meer maatwerk en flexibiliteit pleitten gaven overigens blijk van een besef van het risico van ‘willekeur’ aan de ene kant en een ‘te star opvolgen van de regels’ aan de andere kant. Onder het motto ‘*centraal als het moet en decentraal als het kan*’ pleitten ze voor meer flexibiliteit

en dialoog onder een ‘kader-stellende’ regie. Anders gezegd: men had wel behoefte aan duidelijke kaders om die vervolgens in nood ter discussie te kunnen stellen. Ricoeur omschrijft dit als praktische wijsheid ofwel “het ‘uitvinden van gedrag’ dat het beste tegemoet komt aan de uitzondering die de zorgzaamheid – vanuit een respect voor personen – vraagt, terwijl de schending van de regel zo klein mogelijk is” (zie H. 10). Het faciliteren van dialoog en debat maar ook een transparante besluitvormingscultuur zijn daar wezenlijke voorwaarden voor.

12.5. Conclusie: richtingwijzers voor rechtvaardige preventie en pandemische paraatheid op basis van de focusgroepen

In dit laatste empirische hoofdstuk is verslag gedaan van de resultaten van de vijf focusgroepgesprekken (feb. 2022) met 23 respondenten uit het sociaal domein²⁷¹ die met verschillende kwetsbare groepen te maken hebben gehad tijdens de coronapandemie. Het doel van de focusgroepen was om met de respondenten uit verschillende sectoren en contexten terug te blikken en vooruit te kijken naar toekomstig coronabeleid op basis van drie toekomstscenario's (een basis-, seizoens- en noodscenario). Middels een extra thematische analyse is in het bijzonder gekeken naar richtingwijzers voor een meer rechtvaardig preventiebeleid in de nabije toekomst, mocht er opnieuw sprake zijn van een (oplaaiende) pandemie. Hieronder benoem ik eerst enkele tekortkomingen van het pandemiebeleid van de overheid die consistent uit de interviews naar voren kwamen en waar uit geleerd kan worden (zie Tekstvak 12.3). Deze tekortkomingen laten onverlet dat er ook goede kanten aan het overheidsbeleid zaten (zoals het ruime pakket aan financiële steun). Het gaat hier dan ook niet om het aanwijzen van ‘schuldigen’. Ook wordt ervan uitgegaan dat de regering het beste met iedereen voor had, niet de verkeerde intenties had en gaandeweg leerde van tal van praktijken, net als iedereen.

271 D.w.z.: onderwijs/ kinderopvang, sociaal domein algemeen (gemeente/armoedebelid, regio-coördinator) welzijn/sociaal werk (jeugd- en ouderenwerk), gezondheid- en sportstimulering, vrijwilligerswerk in wijken en buurten, evenementen en amateurmuziek.

Tekstvak 12.3

*Tekortkomingen beleid tijdens de coronapandemie*²⁷²

Tien tekortkomingen van het corona preventiebeleid

Belangrijke tekortkomingen die uit dit (deel)onderzoek naar rechtvaardig preventiebeleid naar voren zijn gekomen en van belang zijn om van te leren in de toekomst zijn respectievelijk:

1. Een te smalle, medische en technische benadering van gezondheid tijdens de pandemie;
2. Het ontbreken van een ‘welzijnslogica’ vanuit een breed perspectief op welzijn en zingeving ook vanuit een maatschappelijke (macro)perspectief;
3. Het ontbreken van een duidelijke visie gericht op gemeenschappelijke waarden zoals het bevorderen van sociale rechtvaardigheid en gelijkheid, respect voor mensenrechten en behoud van menselijke waardigheid, onderlinge solidariteit, inclusie en sociale cohesie;
4. Het niet of te laat ‘luisteren’ naar de noden van mensen of het geven van een ‘stem’ aan mensen in kwetsbare posities of aan hun vertegenwoordigers uit diverse sectoren (verpleeghuiszorg, wijken en buurten, jeugd – en jongerenwerk e.d.).
5. Het geringe besef (gebrek aan erkenning en wellicht ook compensatie van) van de negatieve gevolgen van de coronamaatregelen, met name daar waar sprake was van een mensonwaardig verlies aan contact en sociale kwaliteit bij kwetsbare groepen;
6. Het niet of te laat betrekken van (formele en informele) sleutelfiguren uit het sociaal domein bij het ontwikkelen van het preventiebeleid
7. Het verwaarlozen van de ‘sociale basis’ in wijken en dorpen en het niet includeren van de sociale basis als indicator voor sociale kwaliteit en pandemiebeleid²⁷³;
8. Te weinig transparant en continue beleid waarbij perspectief wordt geboden;
9. Onvoldoende goed voorbeeldgedrag van gezagsdragers, het dikwijls ontbreken van positieve en verbindende (niet-polariserende) taal van overheidsfunctionarissen;
10. Te weinig schakelen tussen de het micro-, meso-, en macroniveau (daarbij gebruik maken van wat er al is aan sterke netwerken) en het daarbij delen van relevante kennis en leren van lessen.

Om op deze bevindingen te reflecteren is in dit hoofdstuk ‘rechtvaardigheid’ vanuit twee invalshoeken beschreven en met elkaar vergeleken: een filosofische (Ricoeur, 1994) en een sociologisch-beroepsmatige gericht op sociaal werk professionals (Nagtergaele & Reinaert, 2017; 2023). Ik concludeer hier dat beide normatieve benaderingen elkaar aanvullen en versterken. Vaststellen wat rechtvaardig is en hoe de menselijke waardigheid in een lokale en concrete praktijk het beste kan worden gerespecteerd, dient volgens beide benaderingen in een ‘kritische dialoog’ en ‘open

272 De formulering van de tekortkomingen is de verantwoordelijkheid van de auteur van dit proefschrift en kan niet worden geïnterpreteerd als een opvatting van het RIVM.

273 Deze verwaarlozing werd overigens door sommige respondenten als inherent gevolg van het invoeren van marktwerking in de zorg en het verwaarlozen van preventie in het ‘voorveld’ van het sociaal domein van de afgelopen regeringsperiodes beschouwd.

leerproces' in interactie met anderen ('in een groep, in een gemeenschap, in een wijk, in een samenleving') plaats te vinden. Centrale noties daarbinnen zijn respect voor de mensenrechten, kritische zorgzaamheid vanuit een zo min mogelijk schenden van de uniforme coronaregels (en dus het waarborgen van de coronaveiligheid) en rechtvaardige instituties die toezien op een eerlijke verdeling van de lasten. Dit komt de potentiële vermogens van mensen en gemeenschappen, maar ook het vertrouwen in het pandemiebeleid, ten goede.

Fundamentele condities of richtingwijzers voor de toekomst

Vanuit beide noties over rechtvaardigheid, op basis van de lessen uit de interviews en de in dit hoofdstuk geconstateerde tekortkomingen van het preventiebeleid van de Nederlandse overheid die in de focusgroepen naar voren kwamen, kunnen een aantal conclusies worden getrokken. Dit onderzoek bevestigt allereerst dat het er, bij het denken over mogelijke toekomstige scenario's voor pandemieën, vooral om gaat dat relevante formele en informele sleutelfiguren, die 'in de haarvaten van de samenleving zitten', zich *gehoord, erkend, ondersteund en geëquipeerd voelen* om het 'goede' en het 'juiste' te doen (zie H. 11). Het betreft hier het zorgzaam handelen vanuit nabijheid, betrokkenheid en praktische wijsheid ter bescherming van mensen die onevenredig hard door de pandemie getroffen worden.

Richtingwijzers of condities voor toekomstig pandemiebeleid die uit deze analyse komen zijn:

1. *Collectieve verantwoordelijkheid voor transparant preventiebeleid*: een mogelijke toekomstige pandemie vraagt erom dat vertegenwoordigers en uitvoerders van instituties, die op macro- en mesoniveau betrokken zijn, collectief verantwoordelijkheid nemen voor rechtvaardige preventie en dit uitdragen in (voorbeeld)gedrag en transparante communicatie.
2. *Visie en regie*: deze gezamenlijke verantwoordelijkheid in crisistijd komt, volgens de respondenten, het best tot stand onder een *domein-overstijgende visie* en *kaderstellende regie* van waaruit een korte- en langetermijnstrategie op de aanpak wordt voorbereid. Daarbinnen kunnen per sector goed uitlegbare afspraken over maatwerk worden gemaakt.
3. *Co-creatie en maatschappelijk debat*: deze visie en regie wordt op zijn best vanaf het begin af aan en tijdens de pandemie gevoed door een (liefst 'stijlvol') maatschappelijk debat, waarbij kwetsbare groepen zelf en relevante sleutelfiguren of vertegenwoordigers uit de samenleving en het maatschappelijk middenveld betrokken worden.

4. *Toegankelijkheid van essentiële voorzieningen*: juist in tijden van crisis is het noodzakelijk dat bepaalde voorzieningen, die essentieel zijn voor het welzijn van kwetsbare groepen, toegankelijk blijven, mits de coronaveiligheid wordt gerespecteerd. Deze voorzieningen zijn mede van belang omdat zij een signalerende functie hebben en mensen kunnen ondersteunen (denk aan kinderdagverblijven, buurthuizen en scholen maar ook aan ‘kunst en cultuur’ voorzieningen).
5. *Sociale indicatoren*: het is nodig niet alleen indicatoren uit de zorg maar ook ‘sociale indicatoren’ in te bouwen, zoals graadmeters voor ‘sociale kwaliteit’ (en de waarden die daar onder schuil gaan, inclusief zingeving) én een sterke ‘sociale basis’. Alleen op deze manier kunnen mogelijkheden voor (lokaal of sectoraal) maatwerk al schakelend snel en wijs worden benut en kunnen sleutelfiguren waar nodig worden *ondersteund, gehoord en geëquipeerd*.
6. *Brede blik op gezondheid, welzijn en op gelijkheid (equity)*: beleidsmakers handelen op verschillende niveaus vanuit een brede en domein-overstijgende welzijnslogica. Daarbij hebben zij oog voor sociaaleconomische oorzaken van sociale ongelijkheid en houden zij rekening met het feit dat niet alle burgers dezelfde uitgangspositie van handelen en zelfbescherming hebben.
7. *Investeren vóór de volgende pandemie zich aandient*: de kosten gaan zagezegd voor de baat uit. Investeren in de sociale basis loont niet alleen in tijden van crisis. Voor het behoud van het vertrouwen in het overheidsbeleid is het van belang voor, tijdens én na een pandemie de unieke kwaliteiten in beschouwing te nemen van zowel professionals uit het sociaal werk in het sociaal domein maar vooral ook van de informele (*‘the third’*) sector.

In de volgende twee hoofdstukken ga ik nader in op het welzijnsbeleid. Dat zal ik doen vanuit de literatuur alsook op basis van beschikbare cijfers over de sociale staat van Nederland. Daarop volgt een analyse van het welzijnsbeleid vanuit de historie. Hier zoek ik ook antwoord op de vraag die ook in dit proefschrift (zie o.a. H. 9) aan de orde kwam, namelijk wat houdt een ‘welzijnslogica’ voor rechtvaardige preventie nu precies in?

13. Nederlands sociaal beleid in een historisch perspectief van welzijn, sociale kwaliteit en rechtvaardigheid

Inequality is a violation of human dignity; it is a denial of the possibility for everybody's human capabilities to develop.

Thernborn, 2013, p. 7

13.1. Inleiding

In de komende twee hoofdstukken bouw ik voort op de hoofdstukken 9 tot en met 12 en zoek ik verder naar richtingwijzers voor rechtvaardige preventie in het sociaal domein zoals bedoeld in de deelvragen 3 en 4 van dit proefschrift. Ten eerste start ik dit hoofdstuk met een weergave van de huidige sociale staat van Nederland (anno 2023). Wat gaat goed, wat kan beter? Welke aanbevelingen worden gedaan door gerenommeerde onderzoeksbureaus die de kansenpositie en het welzijn van kwetsbare groepen in Nederland hebben onderzocht en willen verbeteren? In eerdere hoofdstukken is meer dan aannemelijk gemaakt dat een deel van de gezondheidsverschillen is te voorkomen via het pad van het verbeteren van de kansengelijkheid oftewel (in public health termen) het verbeteren van de sociaaleconomische determinanten van gezondheid (zie H. 5, 6 en 7). Hoe lastig dat misschien ook is. Wat reikt deze beschrijving in het huidige hoofdstuk over de huidige sociale staat van Nederland aan voor de beantwoording van mijn hoofdvraagstelling? Waar hebben we het nu over als het over kwetsbare groepen in Nederland gaat, hoe kan die situatie verklaard worden en wat zegt dit over de taak of opdracht voor preventie van kansenongelijkheid de komende jaren?

In het tweede deel van dit hoofdstuk belicht ik vanuit de historie enkele thema's aangaande de ontwikkeling van het sociaal beleid in Nederland. Ik belicht in het bijzonder het discours en enkele patronen in de geschiedenis van het welzijnsbeleid die primair van belang zijn voor rechtvaardige preventie. Via deze thematisch aangevlogen historische schets probeer ik te achterhalen op welke wijze en in welke mate het welzijnsbeleid heeft gestuurd op de preventie van kansenongelijkheid van mensen, wat daarvan het resultaat is geweest en welke factoren daarbij een rol speelden.

Werkwijze

De belangrijkste gebruikte onderzoeksmethode voor dit hoofdstuk is een discours- en beleidsanalyse. De focus in dit hoofdstuk ligt op het sociaal domein, op sociaal beleid en het welzijnsbeleid en op een aantal relevante feiten aangaande de positie van groepen in Nederland die in sociaaleconomisch of sociaal-cultureel opzicht kwetsbaar zijn. Ik onderzoek de achtergrond hiervan met het oog op mijn vraagstelling. Voor mijn analyse heb ik zoektermen als lens ingezet die betrekking hebben op de inzet van de deelvragen 3 en 4 (zie H. 2). Denk onder andere aan preventie, het voorkomen van kansenongelijkheid en problemen van kwetsbare groepen. Ik heb ook gebruik gemaakt van meerdere begrippen die gebruikt zijn in de theorie van sociale kwaliteit (zie H. 11) en onderliggende waarden als sociale rechtvaardigheid, het respecteren van de mensenrechten, sociale cohesie, inclusie en empowerment. De zoekterm 'preventie' bleek overigens niet beslissend omdat deze term nauwelijks voorkomt in de literatuur die ik voor dit hoofdstuk heb gebruikt.

Ten aanzien van de relevante literatuur heb ik mij grotendeels gebaseerd op een selectie van recente onderzoekrapportages en essays van een aantal Nederlandse toonaangevende adviesraden, onderzoeksbureaus en beleidsbrieven en notities van

de landelijke overheid. Naast de overheidsnotities gaat het specifiek om onderzoek en adviezen over preventie en kwetsbare doelgroepen van onder andere het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL), de Raad voor de Leefomgeving en Infrastructuur (RLI), het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS), de Raad voor het Openbaar Bestuur (ROB) en de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). Voor het opstellen van een overzicht van de geschiedenis van het welzijnsbeleid heb ik geput uit de website en publicaties van de Canon Sociaal Werk. Daarnaast heb ik gebruik gemaakt van enkele gedegen analyses over ontwikkelingen van de verzorgingsstaat in Nederland waarvan ik vond dat ze hier niet mochten ontbreken (zie literatuurlijst). Op de valreep trof ik het laatste essay van Andries Baart aan onder de titel *Een precair bestaan* (Baart, 2023). In dit essay wordt een invoelbaar overzicht gegeven van de problemen van groepen mensen die in een kwetsbare positie verkeren.²⁷⁴

Leeswijzer

In paragraaf 13.2 bespreek ik enkele resultaten van recent onderzoek door toonaangevende kennisorganisaties over de positie van kwetsbare groepen in Nederland. In 13.3 belicht ik een aantal ontwikkelingen binnen de geschiedenis van het welzijnswerk. In 13.4 breng ik de inzichten bij elkaar en sluit ik dit hoofdstuk af met conclusie en opmaat voor het laatste inhoudelijke hoofdstuk van dit proefschrift.

13.2. De sociale staat van Nederland (in woorden en cijfers)

13.2.1. *Klassensystemen en een stapeling van problemen*

Er is de laatste vijftig jaar veel onderzoek gedaan door onderzoeksbureaus en adviesorganen naar de situatie van (kwetsbare) Nederlanders. De zeven rapportages die het SCP in 2023 uitbracht en die vallen onder de lijn *'50 jaar spiegel van de samenleving'* geven een indringend beeld van de problemen en zorgen van de meest kwetsbare groepen in Nederland. Het rapport *Eigentijdse verschillen* doet verslag van recent onderzoek naar de klassenverschillen in Nederland. Dit rapport geeft een genuanceerd beeld van het klassensysteem in Nederland (Vrooman et al., 2023). De Nederlandse postindustriële klassenstructuur is subtieler dan een simpele tweedeling tussen *'haves and have-nots'*, de top één procent en de rest van de bevolking, of het traditionele onderscheid in een economische boven-, midden- en onderklasse, stelt het onderzoeksbureau (p. 55).

Het SCP onderscheidt zeven verschillende klassen in Nederland (zie Figuur 13.1). Uit dit onderzoek blijkt dat verschillende soorten kapitaal (economisch, sociaal-, cultureel- en persoonskapitaal) niet gelijk over de klassen zijn verdeeld. Hulpbronverschillen slaan in uiteenlopende combinaties neer in zeven sociale klassen in de Nederlandse

²⁷⁴ Gezien de datum van verschijnen van dit essay verwijs ik hier slechts enkele malen naar, echter zonder de relevante inhoud ervan nog in zijn geheel te hebben kunnen verwerken.

samenleving. Die vormen gezamenlijk een maatschappelijke hiërarchie van veel naar weinig kapitaal.

Het SCP omschrijft onder andere de situatie van de drie groepen die onderaan de ladder staan: het precariaat, de onzekere werkenden en laagopgeleide gepensioneerden, die samen 34,4 % van de bevolking vormen. Veel van deze mensen (ongeveer een derde daarvan) hebben te maken met een stapeling van problemen op verschillende terreinen, zoals problemen met het doen van het huishouden, financiële problemen of sociale problemen (cf. De Klerk, et al., 2023, p. 10). Het gaat volgens het SCP om meer dan gebrek aan geld (financieel kapitaal) maar ook om het gebrek aan persoonlijke of mentale en niet materiële hulpbronnen zoals veerkracht en eigen regie.

Voorals de onderste twee groepen (de onzekere werkenden en het precariaat), ongeveer één op de zes volwassenen, hebben beduidend minder hulpbronnen, een lagere maatschappelijke positie, minder levenskansen, een lager welbevinden, ervaren minder cohesie en hebben minder vertrouwen in de politiek (ibid., p. 6). Voor mensen in deze laatste groepen geldt dat ze minder vaak participeren in de samenleving, minder tevreden zijn met het leven en vaker te maken hebben met problemen als uitsluiting, sociale isolement en eenzaamheid (De Klerk et al., 2023).

Het SCP beschouwt het gebrek aan dergelijke hulpbronnen als een kwetsbare situatie. Bij deze groepen kan de balans tussen draaglast en draagkracht bij het minste of geringste negatief uitvallen (cf. Bakker et al., 1998). Dit werd onder andere in de coronatijd heel tastbaar.

Er is ook een aanzienlijke groep van deze kwetsbaarste mensen die zich veel zorgen maakt over de stapeling van problemen die ze ervaart (Geurkink & Miltenburg, et al., 2023). Dit wordt beaamd door een onderzoeksrapport van de WRR (Tiemeijer & Keizer, 2023) dat rapporteert dat met name mensen die zich in de onderste groepen bevinden, een sombere toekomstverwachting hebben.

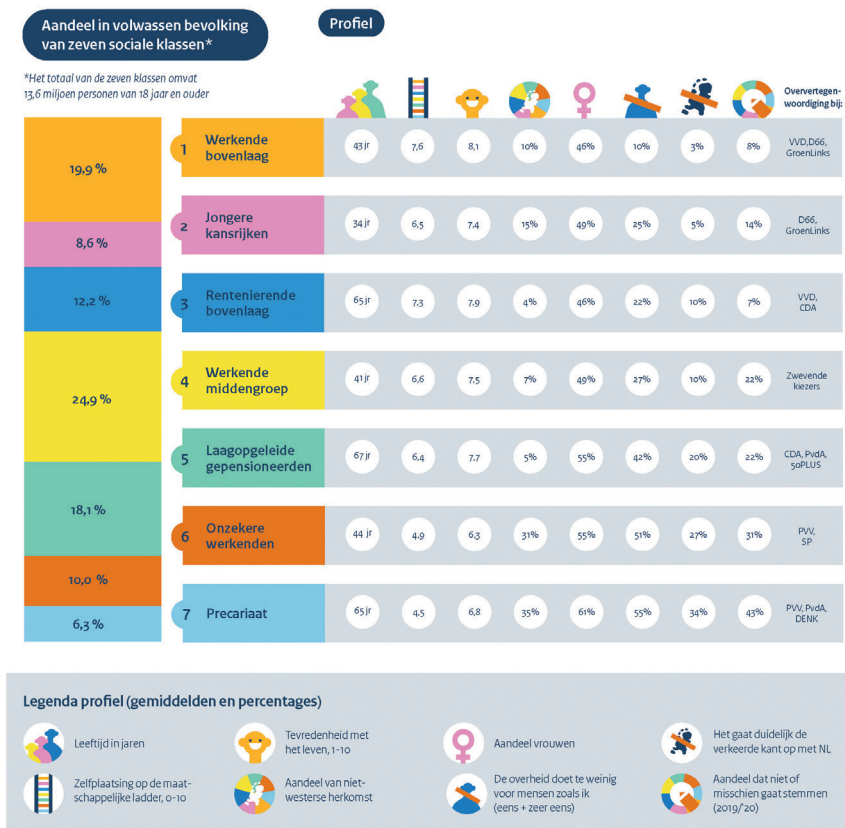
De onderzoekers spreken ook van ‘hulpbroncompetitie’ waardoor de laagste klassen niet makkelijk vooruit komen. Dit is bijvoorbeeld het geval in het onderwijs, waar de beste plekken worden bezet door kinderen van rijke ouders. De recente wetenschappelijke literatuur duidt er bovendien op, zo stelt het SCP, dat verschillen in economisch kapitaal verstrengeld zijn met ongelijkheid in andere hulpbronnen: ‘wie je kent’ (sociaal kapitaal), ‘waar je bij past’ (cultureel kapitaal) en ‘wie je bent’ (persoonlijk kapitaal: gezondheid en aantrekkelijkheid, Vrooman et al., 2023, p. 6, zie H. 3 en 4).

Volgens de SCP onderzoekers wijzen de grote verschillen tussen de sociale klassen in de verdeling van hulpbronnen erop dat de verzorgingsstaat in het geding is: het bereikte onderwijspeil; werk, uitkeringsafhankelijkheid en pensioenen; het geld waarover men beschikt; de woonsituatie; en de fysieke gezondheid. Ergens is dus iets mis gegaan, want was de verzorgingsstaat er niet met name voor mensen die in een kwetsbare positie verkeren (zie ook de RMO, 2004 in H. 6)?

Chapter 13

Figuur 13.1

Zeven sociale klassen en hun profiel



Bron: Vrooman et al., SCP, 2023

Grenzen aan de kracht van de samenleving

Volgens de SCP onderzoekers redden veel mensen uit deze onderste groepen op de ladder het vaak zelf of met de (soms particuliere) hulpbronnen die ze wel tot hun beschikking hebben.²⁷⁵ Er is nog veel 'kracht' in de samenleving, stellen ze (De Klerk et al., 2013, p. 7). Echter, in hun analyse wijzen de onderzoeken op diverse 'mechanismen' die het moeilijk maken voor kwetsbare groepen om gebruik te maken van nog aanwezige hulpbronnen. Deels liggen de oorzaken van deze mechanismen bij de overheid, die bijvoorbeeld regelingen te ingewikkeld maakt of diverse uitsluitingscriteria inbouwt waardoor mensen buiten de boot vallen. Deels liggen deze belemmeringen in de beperkte vermogens van mensen zelf, bijvoorbeeld doordat ze een lage opleiding hebben, de taal niet spreken of te veel door stress bevangen zijn en de vereiste veerkracht missen. Ook schaamte en een gevoel van trots en behoefte aan 'onafhankelijkheid' kunnen het aanvragen van hulp belemmeren.

Er mag nog wel veel 'kracht' in de samenleving zijn, maar er zijn ook grenzen aan die kracht. Zoals in hoofdstuk 2 al is vermeld kampt de informele sector met een teruglopend aantal mantelzorgers en vrijwilligers – cruciale hulpbronnen in het sociaal domein (zie Tekstvak 13.1) – om mensen bij te staan en hulp te bieden. De Boer en coauteurs van het SCP voorspellen in de toekomst dat dit tekort in de toekomst alleen nog maar groter wordt (De Boer et al., 2019 in De Klerk, 2023, p. 8). Ook professioneel zijn er grenzen aan de mogelijkheden om zorg te bieden. De WRR gaf in 2021 een duidelijke waarschuwing af voor wat betreft de financiële, personele en maatschappelijke houdbaarheid van de zorg (WRR, 2021b). Het zijn verontrustende cijfers, mede met het oog op een snel vergrijzende samenleving en een groeiend aantal hulpbehoevenden. Dit zal ook de druk verhogen op de mensen die nog wel in de informele, sociale en zorgsector werkzaam zijn, met een verhoogde kans op burn-out als gevolg.

Tekstvak 13.1

Hulpbronnen

Hulpbronnen

Voorbeelden van economische hulpbronnen zijn opleiding, betaald werk en inkomen. Voorbeelden van persoonlijke hulpbronnen zijn een goede gezondheid, veerkracht en regie. Hulpbronnen kunnen mensen helpen hun problemen het hoofd te bieden of ondersteuning te organiseren.

Bron: SCP, 2023-4, p. 17

275 Ongeveer 3 % van deze groep maakt geen gebruik van ondersteuning, zoals hulp in het huishouden, terwijl ze er wel behoefte aan hebben. Dikwijls omdat ze het niet willen of omdat ze denken dat ze er geen recht op hebben.

Gezondheidsverschillen als ongelijkheidsdimensie

Een belangrijke nieuwe factor die het SCP in het eerder genoemde onderzoek belicht is de belemmerende werking die gezondheidsverschillen hebben op het al dan niet vooruit komen of achterop raken van mensen (Vrooman et al., 2023). Uit onderzoek blijkt dat deze verschillen in gezondheid als een *selectiemechanisme* werken en vrijwel beleidsresistent zijn. Volgens die redenering veroorzaakt een slechte gezondheid sociale achterstand, terwijl een goede fysieke en mentale gesteldheid ervoor zorgt dat mensen niet achterop raken.

Pogingen om gezondheidsverschillen terug te dringen falen meestal, ook in ontwikkelde landen in Europa met een uitgebreid stelsel van zorg en sociale bescherming, stellen de onderzoekers (zie ook Thernborn, 2013).²⁷⁶ Vooral de multidimensionale oorzaken en consequenties van sociale ongelijkheid zijn lange tijd door de politiek en bepalende instituties genegeerd, stelt Thernborn. Naast *selectie* als mechanisme speelt ook *sociale causatie* een rol. Vooral dit laatste mechanisme wordt door het SCP als een belangrijkste in stand houdende factor van de gezondheidsverschillen beschouwd. Sociale causatie duidt op het fenomeen dat langdurig leven aan de onderkant van de samenleving tal van risico's met zich meebrengt. Veel van die risico's hangen samen met een ongezonde leefomgeving en dit vertaalt zich op den duur in *structurele ongelijkheid*. De onderzoekers benoemen: "slechte huisvesting, luchtverontreiniging, risicovolle arbeidsomstandigheden en weinig winkels die gezonde en betaalbare voeding aanbieden. Sociale causatie zorgt er ook vaak voor dat men minder toegang heeft tot goede gezondheidszorg, een ongezondere levensstijl ontwikkelt en meer chronische stress ervaart." (Vrooman et al., 2023, p. 21; cf. Baart, 2023²⁷⁷; cf. Mullainathan & Safir, 2013).

Systematisch literatuuronderzoek duidt erop dat in de praktijk zowel selectie- als causatie-mechanismen een rol spelen (Vrooman et al., 2023). De onderzoekers spreken van 'zichzelf versterkende mechanismen'. Wanneer mensen eenmaal in de negatieve

276 Thernborn (2013, pp. 252-256) geeft aan dat er lange tijd in zowel de wetenschap als in de toonaangevende instituties zoals de VN, de EU en de World Bank te weinig aandacht is geweest voor de langetermijneffecten van ongelijkheid. Die ongelijkheid kan verschillende gedaanten hebben, te weten: vitale, existentiële en hulpbronnen-ongelijkheid. Hij benoemt verschillende factoren die invloed hebben op het proces om gelijkheid te bevorderen, zoals: het respecteren van de mensenrechten, arbeidersorganisatie en emancipatie bewegingen, voorlichting aan vrouwen (vooral van belang in ontwikkelingslanden) en inzet op solidariteit ('*solidaristic individualism*'), het herstel van sociale cohesie en het aanpakken van uitsluitingsmechanismen alsook het bewustzijn van klimaat-gerelateerde ongelijkheid en onrechtvaardigheid (van belang voor Westerse landen). Hij onderscheid drie politieke strijdpunten die bepalend zullen zijn voor het maken van een omslag: 1) het vergroten van het bewustzijn en kennis over ongelijkheid wat 'afkeer van de rijken' in de hand kan werken, 2) de transformatie van de bepalende instituties (op het niveau van de familie, het kapitalisme en de staat) die de ongelijkheid in stand houden en 3) het bevorderen van sociale loyaliteit (p. 258).

277 Baart noemt in zijn essay Precair Bestaan (2023) zeven dimensies of kenmerken van armoede, nl. financiën, fysiek, participatie, habitat, competenties, mentale weerbaarheid en waardigheid. Op al deze vlakken lopen mensen met weinig financiële middelen, een lagere sociaaleconomische status of die anderszins kwetsbaar zijn haast onoverbrugbare en elkaar verstekende achterstanden op.

spiraal belanden van economische rampspoed lukt het mensen steeds minder makkelijk uit het dal te komen, onder meer omdat door toenemende stress de veerkracht afneemt. Andersom werkt het ook zo. Eenmaal in goede doen gaan ‘meer deuren open’ en werken hulpbronnen in positieve zin versterkend op elkaar.

Sociale minima in de knel

De zorgwekkende bevindingen van het SCP zijn onlangs onderstreept door de WRR die in een recent advies, als resultaat van het werk van de Commissie Sociaal Minimum, alarm slaat over het financieel tekort van ongeveer 200 tot 500 euro per maand voor de sociale minima, waar ongeveer een miljoen mensen in Nederland²⁷⁸ – in overigens verschillende gradaties – tegen aan loopt (Commissie Sociaal Minimum, 2023). Voor deze groep, waarvan de helft een migratieachtergrond heeft, komt de bestaanszekerheid in het geding. De overheid laat daarmee zien, zo stelt de WRR, dat ze “in onvoldoende mate in staat is recht te doen aan artikel 20 van de Grondwet en aan artikel 25 van het Universele Verklaring van de Rechten van de Mens, waarin het recht op bestaanszekerheid is vastgelegd”. De groep die door de WRR wordt geschetst en grotendeels samenvalt met de onderste twee lagen van de classificering van het SCP loopt niet alleen een risico op schulden, maar ook een toenemend risico op ongezondheid en het verlies van vertrouwen in de overheid (Commissie Sociaal Minimum 2023, pp. 9, 10). Zie het volgende veelzeggende citaat:

Financiële bestaansonzekerheid [...] gaat ten koste van de eigenwaarde van volwassenen en van hun lichamelijke en mentale gezondheid. Het vergroot de kans op eenzaamheid en vermindert het vermogen om verstandig met geld om te gaan. Ook verkleint het de veerkracht om de eigen positie te verbeteren. Velen trekken zich terug in hun eigen privéwereld, verliezen het vertrouwen in de overheid, en nemen niet meer deel aan de samenleving. Daarnaast zien we dat bestaansonzekerheid gevolgen heeft voor de leerprestaties, gezondheid en toekomstkansen van kinderen die opgroeien in armoede.

Verminderde bereikbaarheid en verschralling van voorzieningen in de regio

Het onderzoek dat de Raad voor de Leefomgeving en Infrastructuur (RLI) uitvoerde met de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) en de Raad voor het Openbaar Bestuur (ROB) onderstreept bovengenoemde tendensen. De raden uiten hun zorgen over de aantasting van de *brede welvaart* (RLI, 2023; zie ook H. 3 en bijlage 13.2) die er in grote delen van Nederland zijn. De samenwerkende organisaties zijn vooral verontrust over de verminderde bereikbaarheid en de verschrallende voorzieningen in combinatie met de fors toenemende vergrijzing in een aantal gebieden in Nederland, waar relatief veel mensen met een achterstandspositie wonen die tevens een

278 Dit cijfer is op moment van schrijven al iets omlaag gebracht door steunmaatregelen vanuit de overheid eind 2023.

lagere levensverwachting hebben. Het lijkt alsof ook de rijksoverheid zélf zich heeft teruggetrokken uit delen van Nederland, aldus de onderzoekers.

In het bijzonder in Zeeuws-Vlaanderen, de Kop van Noord-Holland, de Veenkoloniën, Twente en Parkstad Limburg zijn de gezondheidsverschillen groot, stellen de raden. Casper van den Berg, hoogleraar bestuurskunde van de Rijksuniversiteit Groningen stelt als reactie op het rapport (Rli, 2023, 3:34) “[...] dat de niet te rechtvaardigen verschillen reëel en niet slechts ingebeeld zijn”. Deze verschillen drukken op mensen en hebben een grote impact op de politieke geloofwaardigheid: “[Mensen hebben, ck] een gevoel dat er in ‘Den Haag’ geen weet van is en geen wil om er iets aan te doen,” stelt Van den Berg (3:56). Veel investeringen van het Rijk gaan naar regio’s die al sterk zijn. Dit blijft niet zonder gevolgen:

Geografisch gestapelde en elkaar versterkende achterstanden die mensen belemmeren in hun zelfredzaamheid en ontplooiingsmogelijkheden zijn naar ons oordeel niet te rechtvaardigen – niet in de huidige situatie, en al helemaal niet als de ongelijkheid blijft groeien. De toenemende regionale ongelijkheid is direct voelbaar in de regio’s die het betreft, maar ook schadelijk voor Nederland als geheel. In de eerste plaats omdat deze ongelijkheid de ‘ruimtelijke en politieke’ gemeenschap die Nederland vormt, ondermijnt (Van den Berg & Kok, 2021). In de tweede plaats omdat deze de effectieve aanpak van urgente nationale vraagstukken zoals de energietransitie, de woningbouwopgave en klimaatadaptatie compliceert. (RLI, 2023, p. 13)

13.2.2. Adviezen voor de preventie van kansenongelijkheid

Door genoemde kennisorganisaties worden tal van adviezen gegeven om de situatie van kwetsbaren in de samenleving te verbeteren. Het gaat om adviezen die kunnen bijdragen aan de preventie van ‘een stapeling van problemen’. Het SCP bijvoorbeeld presenteert in haar rapportage *Eigentijdse ongelijkheid* (Vrooman, et al., 2023-3, pp. 10-12) drie handelingsrichtingen die perspectief kunnen bieden:

1. de overheid kan specifiek beleid voeren dat hulpbrontekorten aanvult;
2. aanpassingen doorvoeren in het systeem van instituties en organisatievormen;
3. zich richten op en zich rekenschap te geven van de bevinding dat structurele ongelijkheid tot op zekere hoogte verweven is met maatschappelijke cohesie en met de mate waarop het beleid gelegitimeerd kan worden met het oog op de impact op kwetsbare groepen.

Het SCP verwacht – overigens net als de WRR²⁷⁹ – het meest van het aanvullen van de hulpbronnen, zoals het budget van mensen (denk bijvoorbeeld aan huur-, zorg-, of energietoeslag). Deze richting impliceert een ‘levelling up’ strategie. Door de hulpbrontekorten per kapitaalgroep gericht aan te vullen, kunnen de achterstanden ten opzichte van de bovenkant tot op zekere hoogte worden ingelopen. Zodoende kunnen de onderlinge verschillen afnemen. Echter, zo stelt het SCP, het is onwaarschijnlijk dat ze er volledig door zullen verdwijnen (Vrooman et al., 2023). Dit laatste lijkt ook aannemelijk gezien het feit dat in de afgelopen decennia tal van regelingen zijn bedacht om de tekorten van minima aan te vullen. Deze regelingen waren echter vaak te ingewikkeld en bereikten lang niet altijd de mensen die dit het meest nodig hadden.

Daarnaast kan zeker heil worden verwacht van *systemische veranderingen*²⁸⁰ die de situatie van mensen die in een precare positie verkeren kunnen verbeteren. Hiermee worden veranderingen beoogd in het functioneren van de instituties (via regels en procedures) daar waar onrechtvaardige mechanismen mensen aan de onderklasse benadelen (denk aan geïnstitutionaliseerd racisme bij de belastingdienst en de toeslagenaffaire). Onder de systemisch-organisatorische oplossingen valt ook het zogeheten preventief ‘pre-distributief’ beleid waarbij de nadruk ligt op maatregelen die ervoor zorgen dat al te grote vermogensverschillen met negatieve maatschappelijk consequenties worden voorkomen. Denk bijvoorbeeld aan goed onderwijs (in het bijzonder in achterstandswijken), talentontwikkeling of aan maatregelen die discriminatie in sollicitatieprocedures tegengaan (Vrooman et al., 2023). Deze ‘remediëringstrategie’ vormde altijd al de grondslag van de moderne verzorgingsstaat na de Tweede Wereldoorlog, maar heeft blijkbaar onvoldoende geholpen.

Voor het doorbreken van de samenhang tussen *kapitaalverschillen en welbevinden, sociale cohesie en legitimiteit* (het derde punt) kan het SCP geen eenvoudig beleidsrecept noemen. Het is echter wel van belang dat:

[...]beleid en politiek voldoende responsief zijn ten opzichte van de manier waarop veranderende maatschappelijke omstandigheden inwerken op het leven en gedrag van groepen burgers met uiteenlopende hulpbronnen. Goede wet- en regelgeving en uitvoeringsprocessen die effectief en begrijpelijk zijn, kunnen daarbij behulpzaam zijn. (Vrooman et al., 2023, p.11)

Dit vereist er dat er binnen de overheid domein-overstijgend wordt gewerkt, oftewel: “het onderstreept het belang van een brede kijk op het dagelijks leven van burgers en

279 Heel concreet adviseert de WRR te overwegen de bijstand en het minimumloon te verhogen maar bijvoorbeeld ok de huurtoeslag, de kinderbijslag of het kind-gebonden budget te verhogen, in het bijzonder de bedragen voor oudere kinderen. Tot slot adviseert de Commissie om in te blijven zetten op een verlaging van niet-gebruik van voorzieningen, zodat zo veel mogelijk mensen ontvangen waar ze recht op hebben.

280 Het SCP heeft het hier onder andere over institutioneel-organisatorische preventie gericht op het voorkomen dat multidimensionale hulpbrontekorten en -overschotten neerslaan in een klassenstructuur.

het leveren van maatwerk” (ibid.). Deze strategie sluit naadloos aan bij de conclusies uit het RIVM onderzoek rond corona (H. 10-12).

Uit het eerder genoemde onderzoek dat de Raad voor de Leefomgeving en Infrastructuur met een aantal andere raden uitbracht worden diverse maatregelen genoemd gericht op het *verbeteren van regionale en lokale voorzieningen* in regio's, wijken en buurten (RLI, RoB, RVS, 2023). Het gaat vooral om regio's, wijken en buurten waar veel mensen leven met een hogere achterstand in opleiding en werk en een lagere levensverwachting. Dit advies verwijst naar het versterken van de 'sociale infrastructuur' (zie ook paragraaf 13.3.3). Dit vraagt echter om een langdurige investering in de betreffende gebieden en een vitale relatie tussen die regio's en de landelijke overheid.

Van andere aard is het advies van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2023) die pleit voor een stevig fundament voor de publieke gezondheidszorg door het wettelijk verankeren van (brede) gezondheidsdoelen gericht op het aanpakken van de gezondheidsverschillen door gemeenten. Dit vergroot volgens de Raad *een eerlijke kans op gezond leven voor iedereen* (RVS, 2022). De raad pleit ook voor het aanstellen van een regeringsfunctionaris die op de uitvoering van de doelen toeziet. De Raad zegt hierover: “dat fundament is niet alleen nodig voor het uitvoeren van reguliere taken en het kunnen doorstaan van een mogelijke crisis in de toekomst, maar ook om een brede benadering van gezondheid daadwerkelijk handen en voeten te geven.” (p. 4). Interessant is het voorstel van de RVS om de publieke gezondheidszorg op deze wijze voor de lange termijn structureel te versterken waardoor deze minder speelbal wordt van politieke beïnvloeding. Aan het einde van dit hoofdstuk kom ik hier nog op terug.

Op de vraag *hoe* het mogelijk is dat bovengenoemde situatie zich in Nederland, een land dat zich in de top 10 bevindt van de meest welvarende landen ter wereld (zie Brede Welvaart, CBS, 2023), zich zodanig heeft ontwikkeld dat zoveel mensen onder het bestaansminimum dreigen te zakken is alleen een meervoudig antwoord te geven. Aangezien het verleden altijd doorwerkt in het heden en leerzaam is, belicht ik in het volgende deel van dit hoofdstuk enkele hoofdlijnen uit de geschiedenis van het welzijnsbeleid in Nederland.

13.3. Preventie in het licht van het welzijnsbeleid in Nederland: een thematische terugblik

In Nederland opereren de *preventieve gezondheidszorg* en *het sociaal beleid* al lange tijd als gescheiden beleidscircuits onder hetzelfde ministerie. De respectievelijke doelen als het *'terugdringen van de gezondheidsverschillen'* (zie H. 6 en 7) en *'voorkomen van (de gevolgen van) kansonmogelijkheid'* hebben elkaar daardoor niet of in onvoldoende mate versterkt. Dit heeft naast vele oorzaken ook meerdere gevolgen gehad waarvan de betekenis zich het best achteraf laat duiden. Het belangrijkste gevolg is dat beide sectoren elkaar tot op heden niet voldoende 'nabij' zijn en vanuit verschillende modellen en logica's opereren. Vertegenwoordigers van de sectoren spreken elkaars 'taal' niet

en er zijn aparte opleidingen organisatiestructuren opgetuigd die elkaar in de praktijk vaak moeilijk weten te vinden (cf. De Haan & Duyvendak, 2002, p. 302).

In onderstaande schets uit het verleden zoek ik naar een aantal factoren dat licht werpt op deze situatie. Ik vervolg daarmee mijn zoektocht naar richtingwijzers voor toekomstig rechtvaardig preventiebeleid. Omdat ik de rijke geschiedenis van het welzijnsbeleid in deze paragraaf geen recht kan doen licht ik er enkele thema's uit om rechtvaardige preventie in het sociaal domein te kunnen plaatsen.²⁸¹ De nadruk ligt daarbij op de zorg voor kwetsbare burgers en de pogingen om de kansenongelijkheid te bedwingen binnen de Nederlandse verzorgingsstaat. Ik maak hier en daar grote stappen in de tijd om een en ander goed leesbaar te houden.

13.3.1. Zorg voor de allerarmsten en de ontwikkeling van 'welzijn' als beleidsterrein

Het welzijnswerk en -beleid vinden hun oorsprong in de zorg voor de allerarmste en kwetsbare mensen van de samenleving. De armenwet (1912, zie ook H. 5) biedt hiervoor in eerste instantie lange tijd de basis. Het gaat na de Tweede Wereldoorlog naast hulp aan oorlogsslachtoffers ook om maatschappelijke zorg voor mensen die aan de rand van de samenleving staan en moeite hebben met overleven. *'Help de armen zichzelf te helpen'* is een leus die stamt uit het jaar 1820 toen het vooral priesters, predikanten en andere kerkelijke functionarissen waren die zich met de armenzorg bezig hielden (Van der Linde, 2007, p. 117). Armoedebestrijding en (her)opvoeding tot gezond en moreel gedrag liepen toen hand in hand (Dercksen & Verplanke, 1987).²⁸² Dit was overigens niet zonder eigenbelang van de heersende elites die een bedreiging zagen in rovende bendes en onhygiënische lieden die besmettelijke ziekten met zich meedroegen (zie H. 5; zie ook De Swaan, 1996, p. 229).

Lange tijd is welzijn en zorg voor armen vooral een kwestie van particulier initiatief en gelden het subsidiariteitsbeginsel (katholiek) en soevereiniteit in eigen kring (protestant): "Beide beginselen stelden de autonomie en de onderlinge verantwoordelijkheid en zorg binnen de eigen kring voorop" (Trommel & Van der Veen, 1999, p. 31). Maatschappelijke organisaties en (religieuze, sociale en culturele) voorzieningen moesten de nood van de 'eigen kring' ledigen. Pas als dat niet lukte mocht de overheid bijspringen (cf. Hortulanus et al., 1997, p. 8). Vlak na de Tweede Wereldoorlog wordt de rol van de overheid belangrijker en maakt het welzijnswerk een bloeitijd door. Door de ontzuiling en het

281 Ik put onder andere uit de Canon Sociaal werk (www.canonsociaalwerk.eu) en publicaties die door de Vereniging Canon Sociaal Werk zijn uitgebracht. Dit vul ik aan met onder ander literatuur over de herziening en afbouw van de verzorgingsstaat in Nederland.

282 Dit is overigens met de tijd niet veranderd. Zie het boekje *'Er gebeurt meer. Hoe kan ik voor jou een naaste zijn'. Met 25 diaconale initiatieven uit het aartsbisdom Utrecht* (2022). Diaconaten (maar bijv. ook moskeeën) doen op wijk- en buurtniveau van oudsher veel voor kwetsbare groepen; denk aan voedingsprojecten, bestrijding van alcoholgebruik e.d..

zich los maken van de religieuze kaders professionaliseert het welzijnswerk en wordt het uiteindelijk vrijwel geheel gesubsidieerd (Krijnen et al., 2021, p. 10).

Vanaf 1952 heeft Nederland een welzijnsminister in de persoon van Van Thiel. In datzelfde jaar wordt de Werkeloosheidswet ingevoerd, die een belangrijk vangnet vormt voor mensen die buiten hun schuld zonder werk en inkomen kwamen te zitten. Marga Klompé voert van 1956 tot 1963, als eerste vrouwelijke minister, het Ministerie van Maatschappelijk Werk aan. De aandacht komt onder haar bewind vooral te liggen op het verzorgen, verzekeren en verheffen (talenten ontwikkelen door scholing) van mensen (Van Dam et al., 2016, p. 6). Na de invoering van de Algemene Bijstandswet in 1965 vertolkt Marga Klompé in het kabinet De Quay de motivatie daarvoor met de woorden: “van genade naar recht”. Zij wilde mensen niet meer afhankelijk laten zijn van de kerk, familie en burens en de daarbij behorende beklemming en willekeur (cf. Van Dam et al., 2016, p. 6).

Naast het maatschappelijk werk wordt ook samenlevingsopbouw – wat later met de Amerikaanse naam ‘*community development*’ wordt geduid – als een onmisbare taak van de regering gezien. Samenlevingsopbouw nam vooral in de jaren 50 een hoge vlucht, onder invloed van de Marshallhulp die de wederopbouw financierde.²⁸³ Vanaf 1963 wordt het zelfs *beleidsnoemer* van het Ministerie van Maatschappelijk Werk (Krijnen et al., 2021, p. 22). Onder invloed van Marie Kamphuis (grondlegger van het maatschappelijk werk) en mede onder invloed van de filosoof Milikowski,²⁸⁴ verhoudt samenlevingsopbouw zich in die jaren niet langer met het paternalisme en de ‘aanpassingsretoriek’. Milikowski verzette zich met name tegen de wijze waarop de onmaatschappelijkheidsbestrijding in Nederland werd aangepakt. Niet alleen de mensen hebben problemen, maar vooral de samenleving heeft een probleem, was zijn stelling. Vanaf dat moment gaan “sociaal werkers niet langer ‘boven’ maar ‘naast’ kansarme mensen staan” (Van Dam, 2016, p. 7). Dit luidt een belangrijke paradigmashift in, waarbij “minder naar individuen maar vooral ook naar systemen” wordt gekeken (zie ook Dercksen & Verplanke, 1987, p. 240).

Vanaf medio jaren ‘60 groeien de budgetten voor welzijn spectaculair. Ook de functies bijstandsmaatschappelijk werk en gezinsmaatschappelijk werk worden toegevoegd en later volgen het bedrijfsmaatschappelijk werk en schoolmaatschappelijk werk.²⁸⁵ Het ministerie voor Maatschappelijk werk gaat in 1974 over in het ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk werk (CRM) en in 1987 luidt de naamgeving

283 Dit had ook te maken met de angst dat het communisme wortel zou schieten, bv. onder de textielarbeiders (via: canonsociaalwerk.nl)

284 Milikowski uit in de jaren ‘60 in zijn proefschrift *Lof der onaangepastheid* flinke kritiek op de onmaatschappelijkheidsbestrijding. In zijn optiek is onaangepastheid ook een symptoom van slechte leefomstandigheden en andere oorzaken, zoals de politiek. Hij noemt het ‘niet -aanpas gedrag’ van mensen juist een vorm van sociale creativiteit die de emancipatie bevordert (zie Dercksen & Verplanke, 1987, p. 218).

285 De werkers van sociale diensten, opbouwwerkers en het netwerk van vrijwilligers in het welzijnswerk vormen lange tijd aparte secties (Canon Sociaal werk, 2022).

Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC). Gezondheid valt in die tijd onder het brede perspectief van welzijn. De bloeitijd van het welzijnswerk loopt tot medio jaren tachtig.

In die jaren is de Kaderwet Welzijn in de maak, die burgers meer inspraak zou geven in de uitvoering van het welzijnsbeleid. In dit wetsvoorstel zijn ook concrete plannen geformuleerd om het gezondheidszorgbeleid en het welzijnsbeleid in de toekomst beter met elkaar te integreren en af te stemmen. Deze plannen zijn echter nooit van de grond gekomen (zie De Haan & Duyvendak, 2002, p. 185). De Kaderwet wordt na vier jaar debatteren in 1983 uiteindelijk door toenmalig Minister Brinkman naar de prullenbak verwezen. In die tijd houden drie discussies de gemoederen rond het welzijnswerk bezig. De eerste discussie gaat over de mate waarin de overheid zich mag bemoeien met het leven van mensen (grote of kleine overheid). De tweede discussie gaat over de mate waarop het welzijnswerk als professie afhankelijk makend is en zichzelf als het ware in stand houdt. Het derde discussiepunt betreft de mate waarin en wijze waarop welzijnswerkers misstanden in de samenleving aan de kaak moeten stellen (de politiserende functie, cf. Hortulanus et al., 1997 en H. 3). In 1987 komt er uiteindelijk een definitieve Welzijnswet die niet de burgers maar gemeenten meer verantwoordelijkheid geeft op het terrein van het welzijnsbeleid (De Haan & Duyvendak, 2002, p. 191). Deze wet luidt aldus een belangrijke decentralisatie in.

In 1994 wordt 'welzijn' na de kabinetsformatie achter de V van het nieuwe ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) geplaatst en dat behelst meer dan een naamsverandering. Vanaf dat moment komt het preventiebeleid in het teken van gezondheid, zorg, ziektebestrijding en individueel gedrag te liggen (Broeders et al., 2018). Voor 'welzijn' breken moeilijke tijden aan. Toch stond de sector ook toen bepaald niet stil (De Haan & Duyvendak, 2002, p. 320).

13.3.2. Preventie door sociale zekerheid en de verzorgingsstaat

13

Zoals in hoofdstuk 5 is beschreven kan preventie niet los worden gezien van de positie van de 'armen' en andere kwetsbare groepen en van de ontwikkeling van de verzorgingsstaat in Nederland. Volgens Trommel (1999) richt de verzorgingsstaat zich niet op enkel het 'verzorgen van afhankelijken of kwetsbare sociale groepen'. Kenmerkend voor de verzorgingsstaat is immers dat zij zich "in haar arrangementen (denk aan het onderwijs, gezondheidszorg en sociale zekerheid) richt op de collectieve welvaart en het collectieve welzijn." (p. 23). Uit deze visie spreekt impliciet dat mensen in principe allemaal 'kwetsbaar' en afhankelijk (kunnen) zijn of worden op een bepaald moment in de levensloop. Wetten zoals de Bijstandswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten waren er immers voor iedereen die ondersteuning nodig had.

Ondanks de reikwijdte ervan kan de verzorgingsstaat worden gezien als een 'sociaal en economisch vangnet' voor mensen die tijdelijk of juist langdurig hulp nodig hebben vanwege een staat van 'verhoogde kwetsbaarheid', waarin ze niet in staat zijn tot 'zelfzorg' en onvoldoende steun kunnen verwachten van hun directe sociale omgeving. Van belang zijn de grondslagen onder het stelsel, zoals de onderlinge afhankelijkheid

van mensen, de behoefte aan sociale zekerheid, de noodzaak tot onderlinge solidariteit en het eerder genoemde en daaraan gekoppelde 'welbegrepen eigenbelang' (zie Trommel & Van der Veen, 1999, pp. 23-27). Volgens Schuyt speelde naast solidariteit, ook sociale rechtvaardigheid (verdeling van inkomen) en de economische noodzaak voor werkgelegenheid na de oorlog een grote rol (Schuyt, 1991).

Volgens Trommel & Van der Veen (1999) was de totstandkoming van de verzorgingsstaat vanaf de Tweede Wereldoorlog, met collectieve arrangementen, professionele diensten en voorzieningen, onlosmakelijk verbonden met de industrialisatie en de verplaatsing van arbeidskrachten naar de grote stad en de arbeidsdeling die daarvan het gevolg was. Het 'in huiselijke kring' voor elkaar zorgen bleek onvoldoende en zorgde ervoor dat goedkope arbeiders in de steden dikwijls in erbarmelijke omstandigheden moesten leven (zie H. 5). 'Nabije zorg' gevoed door *sociaal gevoel* van naasten en de lokale, particuliere en verzuilde liefdadige instellingen werd daarom na verloop van tijd vervangen door zorg die 'meer abstract, professioneel en op afstand' was. Abram de Swaan spreekt in zijn boek *Zorg en de staat* van een 'collectivering en verstatelijking' van de zorg (De Swaan, 1996 p.227). Dit betekende met name dat lokale actoren (destijds de steden) door de staat ('bovenstedelijke autoriteiten') gedwongen moesten worden tot het regelen van arrangementen voor de arme bevolking (Trommel & Van der Veen, 1999). Schuyt heeft het over een toenemend geloof in maakbaarheid en controleerbaarheid van maatschappelijke processen, maar ook over onmogelijke verwachtingen ten aanzien van het inlossen van de belofte van sociale rechtvaardigheid ('met torenhoge claims') dat hiermee gepaard ging. Naast materiële zaken claimden mensen immers in toenemende mate immers ook 'immateriële zaken' zoals welzijn (Schuyt, 1991, pp. 8-9).

Nadat de verzorgingsstaat is uitgebouwd met tal van zorg- en welzijnsarrangementen en voorzieningen, waarvan het gebruik in de loop van de jaren exponentieel toenam, domineerde aan het einde van de 20ste eeuw het gevoel dat de uitgaven sterk beteugeld moesten worden (Van Doorn & Schuyt, 2012). Veel factoren speelden een rol bij het toenemende beroep op de algemene voorzieningen voor zorg en welzijn, zoals 'huishoudens-verdunning', de emancipatie met als gevolg een toenemende arbeidsparticipatie van vrouwen, een hoger opleidingsniveau met meer mondigheid en calculerend gedrag van burgers, individualisering²⁸⁶ alsook de migratie en vergrijzing (Trommel, 1999; De Haan & Duyvendak, 2002, p. 183).

Invoering van marktwerking in het welzijnswerk

Veel beheersings-, en bezuinigingsmaatregelen in de verzorgingsstaat troffen het sociaal beleid en het welzijnsbeleid. Volgens Peper (2012) had dit onder andere te maken met "de geringe 'concretie' van de doelstellingen, het feit dat veel voorzieningen in private

286 Zijdeveld (1983) en Schuyt (1995) spraken ook wel over de individualisering van de moraal in die zin dat persoonlijke vrijheid en ontplooiing veel meer op de voorgrond gingen treden (zie Trommel, 1999, p.44).

handen waren en de geringe concreetheid van de instrumenten die werden ingezet.” (Peper in Van Doorn & Schuyt, 2012, p. 104). Het was hard nodig dat de ‘zachte’ sector ging verzakelijken en haar productiviteit ging aantonen (zie De Haan & Duyvendak, 2002, pp. 182-188). Het was nodig dat de verzorgingsstaat naar de logica van marktwerking werd ingericht (ibid., p. 278). De marktwerking die rond 1986 in welzijn en zorg werd ingevoerd zou immers een kwaliteitsslag kunnen geven aan de diensten en producten van het welzijnswerk en van mensen ‘kritische consumenten’ maken, althans zo was de gedachte. Door in de toekomst publieke voorzieningen op bedrijfsmatige wijze aan te sturen, onder het mom van New Public Management (NPM), zou de efficiency en doelmatigheid ervan kunnen verbeteren. Mensen die hulp nodig hadden werden vanaf dat moment als ‘consument’ of ‘klant’ met een ‘vraag’ gezien en niet meer als hulpvrager of client (Tonkens, 2008, p. 53; Van Dam et al., 2016, p. 5).

Bovengenoemde ontwikkelingen leidden in de periode daarna tot fervente pogingen om de werkzaamheid van het welzijnswerk te verbeteren en aan te tonen. De termen ‘input’, ‘output’, ‘outcome’, ‘impact’, ‘accountability’ en ‘evidence-based practice’ slopen vanaf dat moment in de ‘taal’ en de ‘body of knowledge’ van het welzijnswerk. ‘Meten is weten’ en monitoren en benchmarking golden als nieuwe norm (De Haan & Duyvendak, 2002, p. 316-317). Ook werd het aanbesteden van werk een alom geaccepteerde methode om voor de goedkoopste aanbieder te kiezen, wat dikwijls ten koste ging van een jarenlange opgebouwde relatie tussen hulpverlener en client (cf. Tonkens, 2008, 65, zie ook H. 14).²⁸⁷ Het begrip ‘goed werk’, waar in oorsprong een normatieve component in besloten zit, kantelde. Niet de competenties (‘handen, hart, hoofd’) van de professionals of waardering van cliënten zelf waren leidend, maar een ‘objectieve empirische blik’ van wetenschappers en (overigens discutabele) maatschappelijke ‘kostenbatenanalyses’ van ingehuurde consultants werden maatstaf voor de kwaliteit en vooral productiviteit van het welzijnswerk (cf. Steyaert et al. 2010, pp. 57-58; Van Arum, 2014). Deze ontwikkelingen hebben ook geleid tot een verschraving van de inhoudelijke (sociologische) expertise op het departement van VWS (Tjeenk Willink, 2021, 2023; cf. WRR, 2004, p. 11). Vanaf dat moment worden vooral economen, juristen en communicatiedeskundigen ingehuurd. Deze praktijken hebben ertoe geleid dat vragen rond ongelijkheid en onrechtvaardigheid en de maatschappelijke achtergronden daarvan effectief naar de achtergrond worden verbannen.

De Haan en Duyvendak stellen in 2002 overigens enigszins cynisch vast dat de gezondheidszorg als sector nooit te boek kwam te staan als ‘onproductief’ (p. 182). Ook maken ze melding van het verweer van het ministerie en het veld destijds, “dat de uitgaven van welzijn niet onproductief waren maar gezien moesten worden als een investering waarbij de kosten voor de baat uitgingen.” In woorden van Idenburg, als voorzitter van de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid (1983): “sociale vooruitgang is

287 Tonkens werkt in haar boek *Mondige burgers, getemde professionals* (2008) de gevolgen van marktwerking in de zorg uit. Veel van haar argumenten zijn onverkort en zo niet nog meer van toepassing op het welzijnswerk.

niet het resultaat van, maar voorwaarde voor economische ontwikkeling” (De Haan & Duyvendak, p. 182). Dit mocht in de periode daarna echter weinig meer baten.

13.3.3. *De sociale infrastructuur: omwille van de sociale kwaliteit van menselijke relaties*

In eerdere hoofdstukken (H. 3 en H. 12) kwam de zogenoemde sociale infrastructuur (‘sociale basis’) aan de orde. Dit begrip is nauw verbonden met het welzijnsbeleid, met sociale kwaliteit (zie H. 11) en met de zorg voor kwetsbare mensen. De aandacht voor de sociale infrastructuur past in een lange traditie van pogingen om sociale uitsluiting te voorkomen en sociale cohesie en maatschappelijke participatie van (kwetsbare) mensen te bevorderen. Het concept heeft sinds de Tweede Wereldoorlog verschillende namen gekend en talloze keren hernieuwde beleidsaandacht gehad.²⁸⁸ Afhankelijk van het tijdperk en de beleidstaal die gangbaar was werd het begrip geassocieerd met samenlevingsopbouw, sociale vernieuwing, stadsvernieuwing en sociale kwaliteit. Vakinhoudelijk werd sociale infrastructuur vooral in verband gebracht met het opbouwwerk en vormen van samenlevingsopbouw. In al die bewegingen was aandacht voor lichte en preventieve voorzieningen in het ‘voorveld’ van het sociaal domein aan de orde en speelde het welzijnswerk een belangrijke verbindende rol (cf. De Haan & Duyvendak, 2002, p. 302).

Op de achtergrond speelde na de oorlog de strijd mee tussen de verschillende ministeries (Binnenlandse zaken, Sociale Zaken en Maatschappelijk Werk) en de beleidsafdelingen die een rol hadden in de sociale zekerheid en het sociaal beleid (ibid.). Het voert te ver om hierbij stil te staan, maar het voortdurend ‘getouwtrek’ rond het welzijnsbeleid lijkt een rol te hebben gespeeld in de gemankeerde ontwikkeling van het werkveld. Zoals in de tekst hierna wordt beschreven moest het welzijnswerk steeds meer vechten voor haar bestaansrecht, terwijl ze te maken kreeg met de steeds nijper wordende bestaansvragen en problemen van mensen in de marge van de samenleving.

Het schema hieronder geeft weer welke formele én informele basis-, preventieve en curatieve elementen tot de sociale infrastructuur werden gerekend en ook welke verschillende ministeries hierbij betrokken waren (Tabel 13.2 letterlijk overgenomen uit: De Haan & Duyvendak, 2002, p. 304). Zoals uit het overzicht blijkt rekende men ook veiligheid tot de sociale infrastructuur.

288 Zie o.a. de canonsociaalwerk.nl, en de publicatie *Samenlevingsopbouw van de Vereniging Canon Sociaal Werk* (2021). Maar ook: RMO (p. 36): “‘Weinigen zullen weten dat reeds in 1963 de term sociale infrastructuur als zodanig figureert. In dat jaar noemt minister Klompé de “verbetering van de sociale infrastructuur” een van de wezenlijke functies van het Ministerie van Maatschappelijk Werk.”

Tabel 13.2²⁸⁹

Componenten van sociale infrastructuur 1998

Componenten sociale infrastructuur	Formeel	Informeel
Algemene infrastructuur	Sociale zekerheid	Uitkeringsgerechtigdenorganisaties
	Onderwijs	Leesmoeders
	Kinderopvang	Gastouders
	Wijk- en buurtwerk	'Marokkaanse vaders'
	Ouderenzorg	Mantelzorg
	Jeugd- en jongerenwerk	Huiswerkbegeleiding
	Maatschappelijke opvang	Straatkrantverkoop
Preventieve sociale infrastructuur	Enz.	Enz.
	Wijkagent	Buurtnetwerken
	Sociaal beheerder	Buurtoudsten
	Justitie in de buurt	Buurtbemiddeling
Curatieve infrastructuur	Enz.	Enz.
	Jeugdhulpverlening	Pleeggezinnen
	Reclassering	Slachtofferhulp
	Criminaliteitsbestrijding	Nachtsurveillance door bewoners
	Enz.	Enz.

Originele bron Engbersen & Sprinkhuizen, 1998.

Niet de voorzieningen, maar de mensen

Het concept 'sociale infrastructuur' was dus onderhevig aan turbulente ontwikkelingen en wisselende aandacht. In 2000 bracht de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) echter een opmerkelijk advies uit waar ik graag bij stil sta. Onder andere wegens "zorgen over de 1 á 1,5 miljoen mensen in Nederland die langs de kant staan"²⁹⁰ (RMO, 2000, p. 5) vond de RMO expliciete aandacht voor de sociale basis-infrastructuur in het jaar 2000 namelijk wederom dringend nodig:

289 Het schema uit 2002 kan anno 2023 aangevuld worden met hedendaagse professies en netwerken. Een groot aantal daarvan zijn vertegenwoordigd in het eerder besproken RIVM onderzoek en via de sleutelfiguren die daar actief waren (zie H. 10 t/m 12).

290 De RMO heeft het specifiek over (langdurig) werklozen, (allochtone) arbeidsongeschikten, ouderen met een beperkt sociaal netwerk, dak- en thuislozen en jeugdigen in problematische situaties. Paul Schnabel van het SCP onderscheidde vier factoren die maakten dat mensen in de marge van de samenleving terecht kon komen: lage opleiding, werkloosheid, een laag inkomen en beperkte zelfredzaamheid (Schnabel, 2000 in RMO, 2000). Participatie van deze groepen wordt volgens Schnabel bemoeilijkt door een gebrek aan sociaal, cultureel en economische kapitaal

Een goed functionerende maatschappij is gebaat bij betrokkenheid van de burger bij de samenleving en burgers die zich kunnen ontplooien. Het kabinet zet daarom zwaar in op preventie van uitval enerzijds en het wegnemen van belemmeringen voor deelname aan de maatschappij anderzijds. [Sociale infrastructuur is] het geheel van organisaties, diensten, voorzieningen en betrekkingen die het mogelijk maken dat mensen in redelijkheid in sociale verbanden (buurten, groepen, netwerken, huishoudens) kunnen leven en kunnen participeren in de samenleving. (p. 29)²⁹¹

Directe aanleiding voor de hernieuwde aandacht voor de sociale infrastructuur²⁹² is onder andere de in 1999 verschenen welzijnsnota *Werken aan sociale kwaliteit* (VWS, 1999). In deze nota komen de concepten sociale kwaliteit, sociale cohesie en de sociale (basis)infrastructuur concreet samen (zie H. 11). De zorg voor de meest kwetsbare mensen, die vanwege psychosociale problematiek moeilijk sociaal en maatschappelijk functioneren, staat hoog op de agenda:

Naast een sterke economische en ruimtelijk-fysieke infrastructuur behoeft de samenleving die het kabinet voor ogen staat, ook een krachtige sociale infrastructuur. Het Regeerakkoord 1998 geeft daar blijk van. Dit uitgangspunt berust primair op normatieve opvattingen over de relaties tussen burgers en bevolkingsgroepen onderling, en over hun relaties met de samenleving. Tegelijk komt het voort uit het breed gedragen inzicht dat het economische, het ruimtelijk-fysieke en het sociale domein elkaar over en weer beïnvloeden – in het positieve of in het negatieve. (VWS, 1999, p. 9)

Uit de geschiedschrijving van de RMO (door het Verwey Jonker instituut) blijkt dat de aandacht voor de sociale infrastructuur, naast frequente toezeggingen over investeringen, steeds gepaard gaat met geworstel over de definitie van de sociale infrastructuur, en wederom met discussies over de mate waarop burgers al dan niet zelfredzaam (kunnen) zijn of middels voorzieningen zouden moeten worden ondersteund en gefaciliteerd in het alledaagse leven (RMO, 2000, p. 5). Vragen die opspeelden waren: was de sociale infrastructuur ‘doel of middel’, ging het om ‘de voorzieningen’ of meer om ‘de mensen’, was het ‘iets van professionals’ of ‘iets van burgers zelf’? (ibid., pp. 35-36).

Veelzeggend is dat de Raad in haar advies niet pleitte voor een versterking van de sociale basis (door uitbreiding van voorzieningen), maar inzette op het bevorderen

291 Deze definitie wijkt niet erg af van definities die momenteel in omloop zijn (zie H. 3). De commissie Peper (1998) bracht de volgende definitie in omloop: ‘Vanuit de individuele burger bekeken is de sociale infrastructuur opgebouwd uit drie dimensies: (1) persoonlijke netwerken (2), organisaties waar men lid van is en (3) instellingen waar zij belang bij hebben’ (p. 10, in RMO, 2000).

292 De RMO refereert – in een paragraaf over de geschiedenis van de sociale infrastructuur (RMO, 2000, p. 36) – aan de steeds wisselende termen zoals ‘sociale cohesie, sociale vernieuwing, sociale kwaliteit’ om ‘de aandacht voor ‘het sociale’ niet te laten verslappen’. Aan het eind van de jaren negentig vindt de sociale infrastructuur ingang in het (lokaal) sociaal beleid, en later ook in het Grotestedenbeleid (via de zogeheten ‘sociale pijler’).

van het ‘zelf-organiserend vermogen’ van de burger en het scheppen van ruimte aan gemeenten om te ‘differentiëren en te experimenteren met onbeproefde methodieken’ (RMO, 2000, p. 5). De RMO koos dus voor de mensen, voor het ‘relationele’ en niet voor de voorzieningen of versterking van de infrastructuur.

Dit investeren ‘in mensen’ *in plaats van* ‘in voorzieningen’ was conform de tijdgeest van dat moment, waarin de angst voor ‘afhankelijkheid van voorzieningen’ en een niet te stuiten uitbreiding daarvan er goed inzate (zie ook paragraaf 13.3.4). Die ‘angst’ was gegrond in de vele perverse prikkels, die als gevolg van de marktwerking, de vraag naar voorzieningen almaar opstuwde (zie De Boer & Van der Lans, 2013). De Boer en Van der Lans spreken naar Trommel van een ‘gulzige institutionele logica’ (ibid., p. 8, zie ook H. 14). Het geloof in het zelf-organiserend vermogen van (alle) mensen was ongekend groot²⁹³ en dat moest ondersteund worden. Echter, dit moest gebeuren door het bevorderen van zelforganisatie (van bijv. ‘allochtone groepen’) en door nieuwe burgerinitiatieven op het gebied van samenlevingsopbouw (cf. De Haan & Duyvendak, 2002, p. 311). Bovenal moest voorkomen worden dat mensen een beroep zouden doen op professionele hulp (cf. Duyvendak & Tonkens, 2018 in Bredewold et al., 2018 p. 9). Het was nodig dat gemeenten de regierol zouden pakken en via het opstellen van een ‘lokale sociale structuurschets tot innovatieve plannen’²⁹⁴ zou komen. Hierbij werd veel aandacht gegeven aan de participatie van het zogeheten *maatschappelijk middenveld* in de sociale basis, ook wel de *burgermaatschappij* geheten, zoals sportclubs, kerken, buurthuizen en speeltuinverenigingen (RMO, 2000, p. 21). Voor de zeer kwetsbaren was het ‘opbouwwerk’ (naast hulpverlening en opvang) de aangewezen functie. ‘Sociale activering’ was het instrument om mensen, indien mogelijk via arbeidsrehabilitatie maar vaak ook als vrijwilliger, te laten participeren, mede om daarmee hun zelfvertrouwen te vergroten.

Wat in de paragraaf hieronder echter blijkt is dat de expliciete aandacht voor de sociale infrastructuur tussen de jaren ’65 van de vorige eeuw tot ver in de 21ste eeuw niet verhoedde dat er vanaf het einde van de vorige eeuw veelvuldig op de sociale infrastructuur werd bezuinigd. De voornemens van de nota *Werken aan sociale kwaliteit* en de adviezen van de RMO zouden uiteindelijk weinig gehoor vinden.

293 Vergelijk de geschiedenis van de public health en het geloof in eigen verantwoordelijkheid, H. 5.

294 De Raad was van mening dat gemeenten meer aandacht besteedden aan het meetbaar maken van hun prestaties dan dat men “van gebaande paden durfde af te stappen”. (RMO, 2000, p. 19).

13.3.4. *Preventie in het welzijnsbeleid: bevorderen van participatie door bezuinigen...*

Welzijn onder druk (vanaf de jaren '80)

Het 'breed welzijnswerk', dat in de jaren '70 in een waaier van specialismen²⁹⁵ resulteert, mede als gevolg van vergaande professionalisering, valt vanaf de jaren '80 ten prooi aan talloze herstructureringsoperaties en bezuinigingen, ook wel 'efficiency kortingen' genoemd (De Haan & Duyvendak, 2002, p. 197; zie ook Hueting, 1986). Opeenvolgende economische recessies vanaf de jaren '80 dragen ertoe bij dat het tot dan toe almaar uitdijende welzijnswerk daarna in een neerwaartse spiraal terecht komt. De filosoof Hans Achterhuis bracht in 1979 een geruchtmakend boek uit: *De markt van welzijn en geluk*. Hij betoogt daarin dat het 'almaar uitdijende marktgerichte welzijnswerk' vooral profijtelijk was voor welzijnswerkers en aan burgers hun autonomie en eigen kracht ontnam. Zijn boek draagt bij aan een slecht imago voor welzijnspreventie (De Haan & Duyvendak, 2002, p. 182; Duyvendak, 2009). De Haan en Duyvendak zeggen hierover: deze linkse klachten over perverse effecten – de verzorgingsstaat in het algemeen en het welzijnswerk in het bijzonder – bereikten het tegenovergestelde van wat werd beoogd en klonken als muziek in de oren van degenen die op zoek waren naar een onderbouwing van bezuinigingen. (ibid., p. 182)

Vanaf medio jaren '90 wordt er, mede op grond van – eerder genoemde – toenemende neoliberale ideeën over de eigen verantwoordelijkheid en toenemende zorgkosten, verder bezuinigd op het 'niet productieve' welzijnswerk en op de onderliggende sociale basisinfrastructuur (zie ook Tjeenk Willink, 2021, p. 17). Deze bezuinigingen treffen in de loop van de jaren op lokaal niveau onder andere buurthuizen, het jongerenwerk, inburgeringsprogramma's, verzorgingstehuizen, muziekscholen en bibliotheken.²⁹⁶ Dikwijls gaan die bezuinigingen gepaard met ronkende en ideologische mantra's die de 'zorg thuis' verheerlijken en de loftrompet steken over mantelzorgers en vrijwilligers (Duyvendak & Tonkens, 2018 in: Bredewold, 2018, p. 23-24).

In de decennia na de eeuwwisseling wordt verder bezuinigd op de zorgverzekering, op onderwijs, de sociale werkvoorzieningen, de geestelijke gezondheidszorg, *community policing* (de wijkagent) en op de woningmarkt en volgen huurverhogingen elkaar op (cf. Moorman, 2022). Het is duidelijk dat deze bezuinigingen de grootste impact hebben op personen die van zichzelf al minder zelfredzaam zijn. De zekerheid van het bestaan van mensen van de onderklasse en van de lagere middenklasse wordt vanaf dat moment

295 Naast reeds genoemde vormen ook openbaar bibliotheekwerk, vorming en sociaal cultureel werk, emancipatie- en opbouwwerk, maatschappelijke opvang en hulpverlening, sport en recreatie, jeugdhulpverlening, seksualiteit-hulpverlening en verslaafdenzorg.

296 Het aantal bibliotheekorganisaties in Nederland nam vanaf 1990 van 606 organisaties af naar 137 in 2022. Het aantal uitleningen van boeken daalde in diezelfde tijd van 173.009 naar 53.221. Cijfers CBS: <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/82469NED>.

verder aangetast, met alle gevolgen van dien (Van Yperen, 2022; Tjeenk Willink, 2021, 2023; RVS, 2020).

Tekstvak 13.2

Ontwikkelingen in muziekscholen in Nederland

Muziekscholen in Nederland: nog maar 12 muziekscholen in heel Nederland.

Op verzoek van Zembla heeft branchevereniging Cultuurconnectie in 2012 onderzocht hoeveel vrijgevestigde muziekscholen er zijn. Dat wordt pas sinds 2007 bijgehouden. In dat jaar waren er nog (maar) 108. Daarvan waren er in 2021 nog slechts 12 over. In sommige gemeentes zijn de muziekscholen opgegaan in de zogenoemde centra voor de kunsten. Daarvan zijn er nu in Nederland nog 98. Het aandeel muziek is daar beduidend minder. Het vak moet er concurreren met alle andere kunsten. Volgens George Wiegel, directeur van het Rotterdams Philharmonisch Orkest neemt vooral de aanwas van Nederlandse blazers af: “Historisch was het Rotterdams Philharmonisch beroemd om zijn Nederlandse blazers. Het Concertgebouworkest was beroemd om zijn Nederlandse blazers.” Volgens Wiegel zegt de teloorgang van de muziekscholen iets over hoe er in Nederland met cultuur wordt omgegaan. “Je ziet natuurlijk, dat als er minder Nederlanders instrumenten gaan spelen, dat in de Nederlandse cultuur het één en ander gaat verdwijnen. Dat is een soort gevolg van beleid, waar niet heel goed over nagedacht is als je de muziekscholen laat verpauperen of opheft. Dat je je eigen bevolking tekort gaat doen.”

Bron: <https://www.bnnvara.nl/zembla/artikelen/minder-nederlandse-musici-door-verdwijnen-muziekscholen>

In plaats van structureel te investeren in ‘het voorveld’ en stevig in te zetten op sociale kwaliteit, op sociaal kapitaal en op preventie in zorg én welzijn (care) is sindsdien meer geld nodig geweest voor ‘de achterkant’ (cure). Gebrek aan sociale kwaliteit (aan bestaanszekerheid, inclusie, cohesie, en empowerment, zie H. 11) uit zich dikwijls in gezondheidsklachten die bij verwaarlozing een beroep op kostbare gezondheidszorg nodig maken. Dit leidt tot overbelasting van de zorg. Om overbelasting van de zorg te voorkomen worden deze mensen met problemen weer ‘teruggeduwd’ waardoor een vicieuze cirkel ontstaat. De functies ‘voorkomen’ enerzijds en ‘zorgen en genezen’ anderzijds zijn daarmee volledig in disbalans geraakt. Of dit proces ondanks of dankzij de Wet maatschappelijke ondersteuning en andere wetten in het sociaal domein plaats kon vinden is en blijft een vraag. Zoals eerder vermeld en ook in de volgende paragraaf wordt behandeld komt de intentie van een wet lang niet altijd in de praktijk tot leven (zie H. 5).

13.3.5. Van verzorgingsstaat naar een 'zorgzame samenleving': de Wmo 2007

De Wet maatschappelijke ondersteuning (2007)

De Wmo was de zoveelste decentralisatiewet voor het welzijnswerk.²⁹⁷ De Wmo (zie H. 7) richt zich voor een belangrijk deel op kwetsbare groepen²⁹⁸ en biedt tevens een wettelijk kader voor de concrete lokale praktijk van samenlevingsopbouw²⁹⁹ (VWS, 2005; Movisie, 2010, p. 14). De regering kiest er met de Wmo voor de verantwoordelijkheid voor de maatschappelijke ondersteuning decentraal en dus bij gemeenten neer te leggen. Gemeend wordt dat de gemeente het best in staat is vernieuwende arrangementen van maatschappelijke ondersteuning te organiseren en maatwerk te bieden. Het belangrijkste doel van de Wmo is 'meedoen' en de wet bouwt daarmee voort op de participatie-gedachte. De wet moet ervoor zorgen dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen en kunnen meedoen in de samenleving. Al of niet geholpen door vrienden, familie of bekenden. Als dit niet lukt, biedt de gemeente ondersteuning. De Wmo benadrukt de eigen verantwoordelijkheid en verantwoordelijkheid van burgers voor elkaar (VWS, 2005). Hiervoor is een krachtige sociale structuur nodig met preventieve voorzieningen en ondersteuning.

De intentie van de welzijnswet is veelbelovend. De Wmo heeft impliciet een preventieve doelstelling (zie VWS, MvT Wmo 2007) en wil voorkomen dat kwetsbare groepen 'buiten de (voorzieningen)boot vallen'. Kansen en talenten aanboren en niet problemen oplossen moet uitgangspunt van werken worden. De wet schrijft gemeenten niet voor welke voorzieningen ze dienen te leveren, maar slechts dat ze op een of andere manier burgers compensatie moeten bieden voor belemmeringen die ze ervaren bij deelname aan de samenleving. Dit heet het 'compensatie-beginsel (ibid.)'. Preventie wordt alleen expliciet in het zogeheten prestatieveld 2 (een doelstellingsparagraaf uit de Wmo) benoemd en dit betreft het 'gezond opgroeien van jeugdigen'.³⁰⁰ Het komt er op neer dat burgers meer voor elkaar moeten gaan doen. Eigen verantwoordelijkheid, zelfhulp, zelforganisatie en maatschappelijke binding zouden daarbij moeten dienen als vertrekpunt voor een krachtiger sociale (infra)structuur (ibid., p. 9).

De Wmo veronderstelt dat gemeenten middelen weten vrij te maken door preventieve maatregelen te nemen die een beroep op individuele voorzieningen tegengaan, stelt het SCP in het eerste evaluatierapport dat over de wet verschijnt in 2010. Onder deze *substitutie* wens lijkt echter niet alleen een *preventie-ambitie* maar

297 Het decentralisatieproces van het welzijnsbeleid stamt al uit de jaren '80: denk aan de drie decentralisatiewetten 1) De Wet op de Bejaardenoorden (1985), 2) de Welzijnswet (1987) en de Wet op de Jeugdzorg (1992).

298 Zie voor de prestatievelden het concept Memorie van Toelichting Wmo, VWS, 2005, p. 11.

299 Heel concreet met prestatieveld 1 maar ook de andere prestatievelden bieden veel kansen voor samenlevingsopbouw.

300 In de tekst van de prestatievelden ligt meer impliciet de verwachting van preventie besloten. Denk aan *het bevorderen van sociale cohesie en leefbaarheid ...* (prestatieveld 1) als *'het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning...'* (prestatieveld 3) en *'het bevorderen van verslavingsbeleid'* (prestatieveld 9).

vooral ook een *bezuinigingsopdracht* schuil te gaan, al wordt in het eerste (concept) wetsvoorstel beloofd dat de overheveling van taken gebeurt zonder te bezuinigen (ibid., p. 6). Gemeenten dienen het werk niet zelf uit te voeren maar te beleggen bij ‘derden’ waarmee professionele organisaties en private partijen worden bedoeld die daarvoor nu eenmaal de kennis en ervaring hebben (ibid.). Daarnaast kunnen burgers ook zelf ‘*producent van buurtprojecten*’ worden (zie ook De Boer & Van der Lans, 2013; Steyaert et al., 2010, p. 105).

Ook het “voorkomen of beëindigen van tehuisopname van zeer hulpbehoevende burgers en daarmee van het beroep op kostbare AWBZ-voorzieningen” (AWBZ, zie § 5.3.1) moet door de Wmo worden bevorderd, stelt het SCP (ibid., p. 302). Preventie in de zin van het *voorkomen van zorg* lijkt hier echter een belangrijker doel dan *het voorkomen van problemen van mensen*! Niet de mensen moeten geholpen worden, maar het systeem of de zorg mag niet overbelast raken of te veel geld kosten. Sociale gelijkheid garanderen lijkt hier als horizon uit het zicht te zijn verdwenen.

13.3.6. *Preventie en de decentralisaties: naar een ‘participatiesamenleving’*

Met de invoering van de nieuwe wetgeving van zowel de nieuwe Wmo 2015, de Wet op de Jeugdzorg en de participatiewet in 2015 (zie ook H. 7) wordt een verdergaande decentralisatie van taken op het gebied van welzijn naar gemeenten beoogd.³⁰¹ Regelgeving voor zorgbekostiging die onder de AWBZ viel wordt nu ondergebracht bij de nieuwe Wmo en de Wet Langdurige zorg. De nieuwe wetgeving zet nog intensiever in op het breed verantwoordelijk maken van gemeenten voor het bieden van ondersteuning aan mensen met beperkingen binnen het sociale domein. Het is de bedoeling dat mensen ondersteuning en zorg aangeboden krijgen die aansluit op hun persoonlijke behoeften, omstandigheden en levensfase. Ook wordt nog meer inzet van gemeenten verwacht om – vanuit het ‘eigen kracht’ adagium – de betrokkenheid van mensen bij elkaar te vergroten. De Memorie van Toelichting constateert: “De mogelijkheden van mensen of hun sociale omgeving om zelf te voorzien in hulp en ondersteuning is te veel op de achtergrond geraakt” (Memorie van Toelichting, WMO 2015, pp. 1-2).

Om het wonen in de eigen leefomgeving langer mogelijk te maken en het aantal mensen dat zich eenzaam voelt te verlagen, zal een groter beroep gedaan moeten worden op het sociale netwerk van mensen en op vrijwilligers (MvT, WMO 2015). Dit wordt ook wel de transitie en transformatie³⁰² van het sociaal domein genoemd. Mantelzorg-, vrijwilligers-, en clientondersteuning zijn naast ‘eigen kracht conferenties’

301 Door het RIVM worden deze drie wetten naast de Wet Langdurige Zorg en de Wet Publieke Gezondheid ook wel de *vijf preventie-wetten* genoemd (zie H. 7).

302 Bij transities gaat het om de veranderingen in wet- en regelgeving en om de verschuivingen in geldstromen van Rijk en Provincies naar gemeenten. Bij transformatie gaat het om de nieuwe inhoudelijke inrichting van het sociale domein, de veranderende verhoudingen tussen alle spelers en de noodzakelijke cultuuromslag hierbij (Kolner & Sprinkhuizen, 2014).

(EK-c)³⁰³ en de ‘zelfredzaamheidsmatrix’ de instrumenten waarmee gemeenten zich kunnen bedienen om deze doelen te realiseren. Gemeenten krijgen daarbij overigens wel een taakstelling voor besparing van de kosten mee. De belofte dat er niet bezuinigd zou worden is blijkbaar gesneuveld.

Uit de vervolgevaluatie van het SCP (2020) naar de beoogde transitie en transformatie van de verzorgingsstaat blijkt dat het niet makkelijk is de resultaten en gevolgen van de Wmo en andere decentralisatiewetten te concretiseren.³⁰⁴ De verwachtingen van de overheid van de decentralisaties zetten die van de oorspronkelijke Wmo uit 2007 voort en overtreffen deze, stellen de SCP-onderzoekers. Ook integrale samenwerking en ontschotting worden bij de decentralisaties hoog op de agenda gezet. Deze laatste doelstellingen lijken inmiddels ook op mantra’s die de gedurende de lange geschiedenis van het welzijnswerk te beluisteren waren (zie ook De Haan & Duyvendak, 2002). Ondanks de gesuggereerde noodzaak van deze doelstellingen blijkt het lastig de verwachtingen in de praktijk waar te maken. Immers, in de conclusies van het SCP rapport worden veel tegenvallende resultaten vermeld. Niet alleen de verwachtingen van ‘outreaching werken’ (‘er op af’) maar ook het vervangen van individuele door algemene voorliggende preventieve voorzieningen, preventie en integraal werken lijken in de praktijk niet of nauwelijks te worden waargemaakt (zie ook paragraaf 13.3.7).³⁰⁵ De belangrijkste tekortkoming in het onderzoek is dat er geen zicht is op de mensen die wel problemen hebben, maar niet aankloppen bij de gemeente of hulpverlenende instanties (SCP, 2020, p. 13).

Ook eerder onderzoek van het SCP toont aan dat veel bedoelingen van de decentralisaties, zoals de Participatiewet, niet naar verwachting hebben gewerkt (SCP, 2019). Een aantal onderzoekers van de Universiteit van Humanistiek, stelt in 2020 snoeihard dat de praktijken rond de Participatiewet en de Bijstandswet tot onrechtvaardigheid hebben geleid. Met name de bijstand biedt mensen te weinig herverdeling (geen eerlijke verdeling van de hulpbronnen), te weinig erkenning (van de menselijke waardigheid en respect) en vertegenwoordiging (‘stem’ van de burger, Kampen, et al. 2020).³⁰⁶ Vooral het streng afdwingen van ‘wederkerigheid’, in de vorm van een tegenprestatie onder de dreiging van een boete bij tegenvallende resultaten, kan door mensen als vernederend worden ervaren. Ook komt het leveren van maatwerk

303 Eigen-kracht conferenties zijn een vertaling van de ‘*family group conference*’ uit Nieuw Zeeland. Het betreft een bijeenkomst waarbij een persoon samen met familie, vrienden en bekenden een plan voor de toekomst maakt. Een onafhankelijke Eigen Kracht coördinator organiseert de bijeenkomst.

304 Niet altijd zijn de juiste gegevens voorhanden en gemeenten verschillen onderling sterk in de mate waarin en de wijze waarop ze de wetten op lokaal niveau hebben doorgevoerd (SCP, 2020). Mede daarom en door de korte invoeringstijd wordt een slag om de arm gehouden.

305 Voor een positiever verhaal over de decentralisaties, zie het essay van Nico de Boer en Jos van der Lans uit 2013. Er zijn ook vernieuwende bewegingen en initiatieven geweest: zoals de Eropaf en de Achter de Voordeur beweging.

306 De definitie van rechtvaardigheid van deze auteurs, is gestoeld op die van Nancy Fraser. Dit komt nauw overeen met Ricoeurs opvattingen (zie H. 12).

bij bijstandsgerechtigden te weinig van de grond en zijn meer mensen door de verlaging van de bijstand onder de armoedegrens terecht gekomen (ibid., pp. 246-249). Kampen pleit dan ook voor meer ‘menselijkheid’ in de uitvoering van de bijstand (Kampen, 2021).

13.3.7. *Sociale wijkteams en de belofte van preventie en nabijheid*

Voorop papier is de preventieve belofte van de integrale wijkteams breed uitgedragen (MvT Wmo, 2015). “Er is in het algemeen een brede positieve verwachting dat de sociale teams succesvolle dragers zijn van een nieuwe overzichtelijke sociale zorgstructuur, waarin een andere, betere manier van maatschappelijk ondersteunen kan plaatsvinden: vroegtijdiger, dichterbij, lichter en meer integraal.” (Sprinkhuizen et al., 2014). De teams worden geacht de ‘menselijkheid’ terug te brengen in de ondersteuning en zorg en een brugfunctie te vervullen tussen de systeem- en leefwereld. Menig gemeente ziet het inzetten van de teams als dé nieuwe oplossing in de aanpak van sociale problematiek, vooral voor kwetsbare bewoners in zogeheten aandachtwijken (Van Arum & Lub, 2014). De teams zouden moeten voorzien in systeeminnovatie en in de behoefte om ‘lokaal dingen voor elkaar te krijgen’. Wat echter opvalt is dat veel gemeenten overgaan tot het inrichten van de teams zonder zich van te voren bezinnen op de doelen en de uitvoering ervan. ‘Eropaf!’ en ‘outreaching werken’ (dicht bij de burger) zijn ook hier bij aanvang termen waarmee deze teams gelanceerd worden en waarmee de professionals de systeeminnovatie handen en voeten moeten geven (De Boer en Van der Lans, 2011, 2013).

Inmiddels functioneren de wijkteams in 83% van de gemeenten, in de meeste gevallen als een apart ‘loket’ voor toegang tot voorzieningen (Van Arum et al., 2020). In 74% van de teams zitten maatschappelijk werkers. Wmo-consulenten hebben in 73% van de teams namens de gemeente plaatsgenomen (ibid.).

Uit terugkerend onderzoek van Movisie blijkt echter dat de vele beloften van de wijkteams³⁰⁷ in de meeste gemeenten slechts beperkt en onvoldoende wordt waargemaakt. Uit het onderzoek in 2016 blijkt dat niet alleen de substitutiedoelstelling (namelijk ‘afschaling’ naar informele netwerken) niet wordt gehaald. Er zijn ook andere tegenvallers, zoals ten aanzien van de inzet van (collectieve) preventieve voorliggende voorzieningen, het aanboren van burgerkracht (‘eigen kracht’),³⁰⁸ het inschakelen van ervaringsdeskundigheid en het versterken van sociale netwerken in de praktijk (Van Arum et al., 2016). In 2020 zijn de resultaten niet veel anders. Aan de ene kant zegt 68% van de gemeenten dat de inzet van de teams de verwachtingen van de decentralisaties

307 In deze teams participeren sociaal werkers (o.a., maatschappelijk werk, opbouwwerkers en het jeugd- en jongerenwerk) naast verschillende gemeenteambtenaren en andere professionals uit de GGZ, jeugdhulpverlening en wijkverpleging. Medewerkers uit de publieke gezondheidszorg maken in de regel geen deel uit van de sociaal wijkteams.

308 Uit een persoonlijk schrijven van een ambtenaar van de Kenniskring Sociale Teams NH (zie H. 1) blijkt dat het woord ‘empowerment’ in de gemeente niet meer gebruikt mag worden. Het is vervangen door ‘eigen kracht’.

waarmaakt. Aan de andere kant zegt het merendeel van de gemeenten onvoldoende toe te komen aan de kerntaken, zoals preventief werken en vroeg-signalering (59%, zo ook in 2017 en 2020), outreachend werken (52%), het door-ontwikkelen van individueel aanbod naar collectieve voorzieningen (51%), ondersteunen en faciliteren van algemene wijkvoorzieningen (47%) en het verbinden van nuldelijnszorg, informele netwerken en buurthulp (46%) (Van Arum et al., 2016, 2020; zie ook H. 1). Kortom: er wordt nog te weinig aan maatwerk, preventie en integraal werken gedaan. In 2023 luidt de conclusie van het Movisie onderzoek dan ook niet heel anders:

De oorspronkelijke ambitie van veel gemeenten was om met de sociale (wijk)teams ondersteuning en zorg dichtbij, tijdig en aansluitend op het dagelijks leven van mensen in de wijk te organiseren. In iedere peiling komt stevast naar voren dat het team onvoldoende toekomt aan taken als preventief werken en vroegsignalering, gevolgd door outreachend werken en het doorontwikkelen van veelvoorkomende problematiek naar een meer collectieve aanpak. Er gaat (te) veel tijd zitten in individuele ondersteuning en zorg. (Van Arum et al., 2023, p. 53)

Bij het zoeken naar een reden voor deze situatie komen verschillende factoren naar voren. Zo blijkt onder andere dat het creëren van ‘meer ruimte voor professionals’ lastig blijkt door de toenemende druk op de administratieve lasten, de werkdruk, personeelstekorten, de hoge caseload en de opgave tot ‘substitutie’ die de teams krijgen opgelegd (Van Arum et al., 2023; Kampen & Tonkens, 2018 in Bredewold et al., 2018, p. 129, 187; De Lange et al., 2021, p. 8; Kolner et al., 2018; Kolner & Sprinkhuizen, 2014).³⁰⁹ Het inzetten van eigen kracht en hulp vanuit het netwerk roept in de complexe uitvoeringspraktijk veel vragen (samen te vatten als ‘Hoe dan?’) en dilemma’s op. In de meest recente evaluatie van Movisie blijkt dat er sinds 2017 sprake is van een redelijk forse stijging in het percentage teams specifiek voor multiproblematiek, wat verband houdt met de grote hoeveelheid hulpvragen die teams op zich af zien komen en de toename van complexe vragen die om specialistische kennis vragen. Zo is de aanwezigheid van deskundigheid over huiselijk geweld en kindermishandeling in de teams vanaf 2019 toegenomen tot wel 83% (Van Arum et al., 2023).

Uit eerder onderzoek van Oude Vrielink, Van der Kolk en Klok uit 2014 bleek dat het grootste knelpunt voor preventief werken het gebrek aan gelegenheid voor ‘presentie’ is: “bij een hoge werkdruk en caseload van individuele hulpvragen, is het lastig om te werken vanuit presentie in de wijk” (zie ook Van Arum, 2020, p. 41). Daarnaast spelen ook de aanbestedingsprocedures een fnuikende rol. Deze gaan dikwijls ten koste van jarenlange investeringen en opgebouwde netwerken in wijken en buurten. Oftewel: professionals die de wijk en de bewoners goed kenden werden vervangen door professionals die deze kennis en netwerken niet hadden, maar goedkoper waren.

309 In sommige gemeenten krijgen de teams die het minste voorzieningen voorschrijven zelfs een beloning (Kolner & Sprinkhuizen, 2014),

Dergelijke procedures, de voortdurende kosten-baten analyses en de almaar krimpende budgetten in het sociaal domein brengen veel onzekerheid voor professionals en organisaties met zich mee.³¹⁰ Wijkteams: iedereen voelt aan dat het klopt en ze ‘een belofte’ inhouden. Het is echter een ‘onzekere belofte’: “Immers: nergens is nog onomstotelijk bewezen dat wijkteams onder alle omstandigheden effectief zijn” en “We weten niet wat waar hoe waarom werkt” schrijven De Boer en Van der Lans in 2013 (pp. 13-14). De praktijk blijkt weerbarstiger dan bij het opstellen van de wetten werd aangenomen.

In de aanbevelingen onder het kopje ‘*Reken jezelf niet rijk*’ van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP, 2020) wordt de overheid spreekwoordelijk op de vingers getikt: “Onder andere de budgettaire krapte, [...] en de kortdurende contractering van uitvoerders verhinderen de noodzakelijke innovatie en ontwikkeling van het aanbod.” Hierdoor blijven de individuele, relatief dure voorzieningen dominant, aldus de onderzoekers.³¹¹ Dit past bij de bevinding van het Movisie onderzoek naar de wijkteams dat zonder een collectief aanbod en sterke sociale en informele netwerken er voor medewerkers uit de wijkteams ‘niets is om naar af te schalen’, wat verwijst naar de verschaalde sociale basisinfrastructuur (zie H. 14). Zoals ook onderzoek van de Hogeschool Amsterdam naar ‘de waarde van welzijnspreventie in een veranderend sociaal domein’ uitwijst wordt bij preventie als beoogde taak van de wijkteams maar ook in den brede vooral naar de kostenbesparing gekeken (Lange et al., 2021). De menselijke maat lijkt te ontbreken, net als voldoende (collectieve) investeringen om de verwachtingen waar te maken. “Wie voor een dubbeltje op de voorste rij wil zitten, komt bedrogen uit” stellen onderzoekers dan ook (pp. 7, 50).

Achter de invoering van de Wmo en de decentralisatie van de andere wetten blijkt aldus veel ‘wishful thinking’ schuil te gaan. Ondanks de goede bedoelingen lijken de opstellers van de wet vooral met een instrumenteel en financieel oog naar welzijn en de inzet van burgers te hebben gekeken. Naast positieve effecten die ook genoemd moeten worden – denk aan de investeringen in deskundigheid van de teamleden, verbeterde contacten met de huisartsen en de toenemende aandacht voor het belang van collectieve activiteiten in wijken en buurten (zie Van Arum et al., 2023) – is er lange tijd te weinig oog en aandacht geweest voor de beperkingen van het (zelf)oplossend ‘vermogen’ van groepen die (langdurig) aan de kant staan. De ‘zorg van de overheid’ voor de meest kwetsbaren in het land lijkt in de praktijk opvallend vaak op een poging te bezuinigen: daarbij gaat het zowel om bezuinigen op de voorzieningen als op de

310 Professionals en bestuurders waarschuwden al vroeg voor deze gevolgen hiervan, zo bleek uit gesprekken die ik met andere onderzoekers in 2014 voerde in het kader van de Kenniskring Sociale Teams (zie Kolner & Sprinkhuizen, 2014, p. 29; zie ook Sprinkhuizen, et al., 2014, p. 17; zie H. 1). Dit zou ten kosten kunnen gaan van de meest kwetsbare groepen en vooral voor de *zorgwekkende zorgmijders* die liever niet dan wel bemoeienis van de overheid willen.

311 Uit de woordkeus van het SCP blijkt ook hier dat bedrijfsjargon het sociaal domein is binnengeslopen, maar de strekking is duidelijk.

noodzakelijke aandacht voor deze groepen. ‘Meer doen met minder geld’ is en blijft het adagium. Wat ook afwezig lijkt is de verbinding met de publieke gezondheidszorg. Zowel in de Memories van Toelichting uit 2005 en 2014³¹² als in de onderzoeken naar de inrichting en het functioneren van de wijkteams wordt niet expliciet verwezen naar de mogelijkheid voor een gezamenlijke inzet gericht op het aanpakken van de gezondheidsverschillen én kansenongelijkheid.

13.4. Conclusies en adviezen voor rechtvaardige preventie

Doel van dit hoofdstuk was om meer licht te werpen op welke lessen geleerd kunnen worden van het beleid in het verleden zoals dat gericht was op het bevorderen van kansengelijkheid in het sociaal domein. Ik vraag me daarbij tevens of wat deze lessen betekenen voor de directe toekomst en voor preventie in het bijzonder. Op basis van een analyse van een aantal recente onderzoeksrapporten van onderzoeksbureaus en kennisinstellingen heb ik allereerst licht willen werpen op de wijze waarop de groeiende kloof tussen arm en rijk in Nederland de laatste decennia tot een ongelijke verdeling van de welvaart, tot ongelijke kansen op een optimale ontplooiing van de talenten van mensen én tot sociaaleconomische gezondheidsverschillen heeft geleid. Uit dit onderzoek blijkt dat verschillende soorten kapitaal (economisch, sociaal-, cultureel- en persoonskapitaal) niet gelijk over de klassen zijn verdeeld. Hulpbronverschillen slaan in uiteenlopende combinaties neer in zeven sociale klassen in de Nederlandse samenleving. Deze verschillen veroorzaken gezamenlijk een maatschappelijke hiërarchie van groepen mensen met een afnemend kapitaal. Onder hulpbronnen worden ook niet-materiele zaken geschaard zoals veerkracht, eigen regie en geringe draagkracht. Ontmoedigend is de constatering van de onderzoekers van het SCP dat vooral de gezondheidsverschillen die met sociale ongelijkheid samenhangen *beleidsresistent* zijn. Mechanismen als sociale selectie en sociale causatie spelen daarbij een rol en versterken elkaar. Voor preventie zijn dit belangrijke noties.

Op basis van de besproken analyse van de geschiedenis van het sociaal beleid wijs ik drie oorzaken aan die ertoe hebben geleid dat het welzijnsbeleid faalde in een krachtige, gemeenschappelijke aanpak van het verminderen van de gevolgen van kansenongelijkheid:

312 In het MvT op de Wmo 2015 wordt slechts éénmaal verwezen naar het woord preventieve gezondheidszorg (p. 2).

1. *Penny-wise/prevention-foolish beleid*: het jarenlang bezuinigen op essentiële voorzieningen van de verzorgingsstaat heeft mede een rol gespeeld bij de ontwikkeling dat momenteel een kleine miljoen mensen in Nederland onder het bestaansminimum leeft. Deze mensen dreigen de dupe te worden van de vele (nieuwe) bedreigingen voor de gezondheid en welzijn. Onder deze bezuinigingen ligt een voortdurend sluimerend en nu en dan flink opspelend sentiment dat voorzieningen mensen lui en afhankelijk maken en de eigen kracht van mensen belemmeren.
2. *Perverse productiviteit*: de intrede van de logica van New Public Management (publieke voorzieningen naar de markt, de overheid als 'BV Nederland') heeft geleid tot een verharding in de taal, de body of knowledge én de uitvoering van het welzijnsbeleid. De 'zachte' sector is daardoor eerder een 'harde' sector geworden. Door het relationele welzijnswerk als product te zien en cliënten als klanten te benaderen is consumentengedrag en - jargon in de hand gewerkt. Bedrijfsmatige afstand heeft hierdoor de zeer benodigde menselijke nabijheid in het welzijnswerk verdrongen.
3. *Paradoxaal participatiebeleid*: beleidsmakers leunden - dikwijls onder het mom van autonomie - keer op keer sterk op de 'eigen kracht' en zelfredzaamheid van (kwetsbare) burgers. De burger moest participeren en zichzelf helpen met inzet van eigen netwerken en zou minder van de overheid moeten verwachten. Veel kwetsbare burgers hebben echter ook *kwetsbare* netwerken en beschikken over relatief weinig hulpbronnen en capaciteiten. Tegelijkertijd werd het sociale vangnet dat zij zo nodig hebben – in de vorm van een sterke sociale infrastructuur – stap voor stap uitgekleeft. Deze paradox heeft bijgedragen aan een onrechtvaardige verdeling van de middelen en ondersteuning.

Beleidsmakers van de overheid en van een deel van de maatschappelijke organisaties hebben zich – al dan niet bewust – te weinig rekenschap gegeven van de doorwerking van het '*versoberen, afbouwen of verhuizen van de verzorgingsstaat*' op de gezondheid en welzijn van kansarme groepen. In de hoeveelheid publicaties rond de ontwikkeling van het welzijnsbeleid is weinig concrete informatie te vinden over preventie, al komt dit begrip in vele andere gedaanten terug. Het gaat hierbij vooral over het verminderen van de kansenongelijkheid en het voorkomen van erger. Van enig bewustzijn bij beleidsmakers van de raakvlakken met de sterk groeiende gezondheidsverschillen in Nederland lijkt weinig sprake. Met name kwetsbare mensen en gemeenschappen hebben de wrange vruchten geplukt van het falen van de hoofddoelstelling van de verzorgingsstaat, namelijk bescherming van de mensen in de meest kwetsbare posities tegen onrechtvaardigheid. De mensenrechten zijn hiermee in het geding gekomen en de gezondheid en kwaliteit van leven van deze mensen is daarmee geschaad.

In dit hoofdstuk kwam aan de orde dat diverse kennisorganisaties aanbevelingen formuleerden voor een rechtvaardiger sociaal (preventie)beleid. Die wezen onder

andere op het belang van aanvullen van hulpbronnen (*'levelling-up strategie'*, speciaal in achtergestelde gebieden), *systemische veranderingen*, en *pre-distributief* beleid. Wat echter ook opvalt is dat dergelijke inzichten in het verleden tot toepassingen hebben geleid die niet goed hebben gewerkt of niet goed zijn doorgevoerd. Aan goedbedoelde plannen geen gebrek. Echter, vooral de uitvoeringspraktijk van wetten, regels en initiatieven blijkt dikwijls weerbarstiger dan werd voorzien. Een goede wet maakt nog geen goede uitvoering en dat is een belangrijke les. In het licht van het verleden (zie ook H. 5) mag de realiteitszin van het voorstel van de RVS, om gezondheidsdoelen wettelijk te verankeren, dan ook met enige scepsis worden gezien. De geschiedenis leert dat gemeenten zich niet graag de wet voor laten schrijven. Het lijkt hoe dan ook zaak om in de toekomst veel meer aandacht aan de centrale aansturing van en toezicht op de uitvoering van wetten, doelen en plannen te geven. Wat ook helder wordt is dat maatregelen afzonderlijk onvoldoende effect zullen hebben. Het gaat hoe dan ook om een groot aantal maatregelen die – vanuit verschillende domeinen tegelijkertijd – en in samenhang en structureel (voor de lange termijn) zullen moeten worden doorgevoerd. Daar is inderdaad een centrale toezichthouder (advies van de RVS) of een 'centrum van de macht voor nodig' zo leerden we al eerder uit het verleden.

14. Kansen voor preventie: de menselijke factor én maat in het sociaal domein

Social infrastructure that promotes efficiency tends to discourage interaction and the formation of strong ties.

Klinenberg, 2020, p. 18

14.1. Inleiding

In hoofdstuk 13 is een redelijk somber beeld geschetst over ‘hoge verwachtingen’, ‘niet ingelaste beloften’ en teleurstellende resultaten voor preventie van problemen van kwetsbare groepen in Nederland. Dit laat onverlet dat er ook veel hoopvolle activiteiten plaatsvinden in de samenleving die preventieve waarde hebben (zie H. 10-12). Wat opviel in hoofdstuk 13 was dat de oplossingen die werden aangedragen, zoals het aanvullen van inkomensstekorten, het uitvoeren van rechtvaardig beleid van de instituties, het verbeteren van het onderwijs en het geven van aandacht aan de sociale infrastructuur (vooral in achterstandsgebieden) op collectief niveau liggen. De uitdaging voor het bevorderen van kansengelijkheid en voor preventie ligt daarmee voor het grootste deel op het niveau van de systemen en van de samenleving als geheel. In dit hoofdstuk laat ik zien dat we er met collectieve acties alleen toch ook niet zijn.

Wetten, regels en maatregelen die een collectieve waarde hebben staan immers nooit op zichzelf. Ze verschaffen belangrijke condities en randvoorwaarden voor rechtvaardige preventie en dus ook voor proportioneel preventiebeleid, waarbij gestreefd wordt naar sociale gelijkheid (zie het advies van de WRR in H. 2). Zoals we in hoofdstukken 5 tot en met 8 en 13 echter ook hebben kunnen zien, zijn het altijd mensen die invulling en uitvoering aan wetten, regels en systemen geven. Naast de systemische oplossingen is aandacht voor de menselijke factor en de menselijke maat in instituties en in de samenleving dan ook van belang voor preventie in het sociaal domein. In de hoofdstukken 10 tot en met 12 heb ik laten zien dat preventie tijdens een pandemie zich niet alleen laat vertalen in vooraf en van bovenaf bedachte collectieve ‘rationele evidence / practice based’ interventies maar juist ook schuilt in kleine gebaren, in ‘een stem geven aan’, in creatieve oplossingen, in ‘de randen opzoeken’, in tactisch tegenspel en in menselijke en morele betrokkenheid. De oplettende, morele en empathische kwaliteiten van formele en informele sleutelfiguren die in tal van organisaties uit het maatschappelijke middenveld betrokken, actief en creatief waren, maakten het verschil. Dit waren niet alleen cognitieve handelingen, maar ook handelingen naar het hart en de geest.

Sandel haalt in zijn boek *Rechtvaardigheid* (2021) voormalig president Obama aan die in een van zijn toespraken pleitte voor het serieus nemen van de rol die waarden, cultuur en ook religie en andere belangrijke bronnen voor zingeving en betekenisgeving, spelen bij urgente sociale problemen, zoals armoede, racisme en werkeloosheid (Sandel, 2021, p. 290). Zelf toont Sandel op basis van verschillende voorbeelden, onder andere over abortus en legalisering van het homohuwelijk, aan dat morele afwegingen altijd een rol spelen bij complexe situaties en beslissingen waarbij de vrijheid en autonomie van mensen in het geding zijn (p. 298). Die morele afwegingen zijn cultureel bepaald en vormen aanleiding voor een publiek debat. Voor rechtvaardige preventie is dit een essentiële boodschap.

Volgens de preventie-wetenschap is ‘rationele *evidence based*’ preventie de enige echte preventie en de basis voor de publieke gezondheidszorg (zie H. 3, 4 en 5). In dit

boek en dit hoofdstuk toon ik echter aan dat er een reservoir aan collectieve, individuele en inter-relationale preventiemogelijkheden in de civil society en het sociaal domein verscholen liggen die nu in het preventiedebat weinig of geen plek krijgen. Het wordt mijns inziens tijd dat deze preventiemogelijkheden worden gezien, erkend en benut. Wil dit mogelijk worden dan is het nodig er taal en vocabulaire aan te geven en ook om afstand te nemen van niet werkzame terminologie.

Doel en werkwijze

Doel van dit hoofdstuk is het analyseren en benoemen van een aantal kansen voor de realisatie van rechtvaardige preventie vanuit een focus op *well-being* en *welzijn* in het sociaal domein in de Nederlandse samenleving. Waar 'well-being' verwijst naar een focus op een betekenisvol leven en het leven inrichten naar waarden die ertoe doen (zie H. 9) krijgt het concept 'welzijn' in dit hoofdstuk een pragmatische invulling. Pragmatiek past namelijk bij het sociaal domein én ook bijvoorbeeld ook bij het sociaal werk, waarin de kracht van het verbonden zijn centraal staat. In dit hoofdstuk licht ik dit toe, waarmee ik voortbouw op de eerder genoemde hoofdstukken gericht op het beantwoorden van de deelvragen 3 en 4 (H. 2). Echter, ik zet in dit hoofdstuk tevens een stap vooruit in de tijd. Allereerst formuleer ik zeven richtingwijzers die uit eerdere hoofdstukken naar voren zijn gekomen en van groot belang zijn gebleken voor rechtvaardig preventiebeleid. Deze richtingwijzers houden evenwel ook spanningsvelden in voor preventie en die licht ik per punt toe. Daarna zoek ik vanuit deze richtingwijzers op drie verschillende thema's (en daaraan gekoppelde vragen) naar kansen voor preventie, namelijk binnen:

- de *sociale infrastructuur* voor preventie (hoe en onder welke condities werkt deze eigenlijk preventief?);
- de *professie van het sociaal werk* (welke beroepscode, houding, competenties en vaardigheden zijn voor rechtvaardige preventie binnen het sociaal werk van belang?);
- enkele *nationale beleidsprogramma's* van de regering om preventie in Nederland te versterken (in welke mate en hoe sturen deze aan op samenwerking tussen preventie van de publieke gezondheidszorg en het sociaal domein?).

Keuze voor bronnen

Via een aantal relevante auteurs die in dit boek al aandacht hebben gekregen, te weten Richard Sennett, Hartmut Rosa, Harry Kunneman, Hans van Ewijk, Andries Baart, Jan Willem Duyvendak, Thomas Kampen, Evelien Tonkens en enkele anderen onderzoek ik het vocabulaire van richtingwijzers en tevens spanningsvelden die mijns inziens in preventie in het sociaal domein besloten liggen. Tevens reflecteer ik op de vraag hoe we ons hiertoe kunnen en moeten verhouden. Voor het onderzoek in dit hoofdstuk heb ik ook gebruik gemaakt van literatuur uit de Sociaal Werk theorie en de Normatieve Professionalisering. Ik heb voor de analyse van de teksten over de 'sociale basis' en de rol en functie van het sociaal werk onder andere baat gehad bij het onlangs

verschenen *Lexicon Nabijheid en Sociaal Werk* (2022) en de nieuwe uitgave van *De brede basis Sociaal Werk* (2023). Voor de verdieping in de rol van het sociaal werk heb ik een quickscan uitgevoerd van gebruikte terminologie en het vocabulaire in enkele beroepsprofielen van het sociaal werk. Ik heb deze profielen onderzocht op de functie preventie in de zin van het voorkomen van kansenongelijkheid. Aan het einde van dit hoofdstuk vertaal ik de opbrengst van dit hoofdstuk in een doel voor rechtvaardige preventie.

14.2. Zeven richtingwijzers voor rechtvaardige preventie

In deze paragraaf beschrijf ik zeven richtingwijzers voor het preventief handelen in het sociaal domein die mijns inziens cruciaal zijn voor rechtvaardige preventie.³¹³ Het zijn richtingwijzers, die ik – mede omdat ze een normatieve lading hebben – bijeenbreng om rechtvaardige preventie een concrete en normatief inhoudsvolle invulling te geven. Deze invulling heeft in eerste instantie vooral betrekking op micro- en mesoniveau, maar hebben zeker ook gevolgen op macroniveau. Per richtingwijzer vertaal ik deze naar eigenschappen van formele (professionele) en informele sleutelfiguren, die zich in hun werk met preventie bezighouden. Tevens laat ik zien of en waar er sprake is van convergentie of divergentie met de principes van preventie volgens het public health paradigma en welke spanningsvelden dit mogelijk met zich meebrengt. Het gaat om de volgende zeven richtingwijzers:

1. Sociale complexiteit - als gegeven én basis voor collectieve krachtgerichte preventie.
2. De preventieve waarde van nabijheid en afstand in een complementair perspectief.
3. Moreel kapitaal, kritische zorgzaamheid en respect als richtinggevende principes.
4. Co-creatie en maatwerk: gruwel voor de public health, kans voor rechtvaardige preventie.
5. Waardenwerk op alle niveaus!
6. Botsende en confronterende rechtvaardigheid.
7. Mensen in kwetsbare posities in beeld brengen: leren van verhalen.

14.2.1. Sociale complexiteit als gegeven en basis voor collectieve krachtgerichte preventie

Menselijke levens zijn complex en dit geldt ook voor familieverbanden en relaties en in toenemende mate voor de samenleving en wereld als alomvattend ecosysteem. Relaties zijn niet alleen maar warm en ondersteunend, maar dikwijls ook een bron van conflict of onveiligheid. Voor mensen met meervoudige sociale, fysieke en mentale problemen geldt in versterkte mate dat zij van goede en helpende relaties afhankelijk

313 Omwille van de leesbaarheid verwijst ik in dit hoofdstuk veel naar voetnoten met extra uitleg en naar voorgaande hoofdstukken.

zijn. Omgekeerd zijn ze mede daarom extra vatbaar voor destructieve relaties, machtsmisbruik en wantrouwen.³¹⁴

In eerdere hoofdstukken betoogde ik dat complexiteit en de meervoudige of circulaire causaliteit belemmeringen opwerpen bij preventie van problemen van mensen, die zich om meerdere redenen in een kwetsbare positie bevinden. Complexiteit betekent altijd omgaan met onzekerheid. Kennis hebben van onderdelen van een systeem is onvoldoende om het geheel te begrijpen. Complexiteits-denken verliest zich niet in reductionisme of simplificaties. Het vraagt om een herdefiniëring van wat kennis is, stelt Morin. Begrip over de relatie tussen de onderdelen is daarbij een vereiste, net als het contextualiseren van deze relaties (Morin, 2008; cf. Cilliers, 2013). Ik liet in het empirisch onderzoek van het RIVM zien, hoe sociale complexiteit doorwerkt in alle aspecten van het dagelijks leven. Sociale complexiteit heeft dikwijls te maken met een verminderd persoonlijk, sociaal, cultureel en economisch kapitaal en een verminderde ‘*sense of coherence*’ (zie H. 5), stelt Van Ewijk (2014).³¹⁵ Met de nieuwe bedreigingen en complexiteiten, die het leven in deze tijd met zich meebrengt (zie H. 8) wordt het voor mensen steeds moeilijker ‘zichzelf ter hand te nemen en richting te geven’. Het is die sociale complexiteit op micro-, meso-, en macroniveau, die de kwaliteit van leven aantast en waar moeilijk aan te ontsnappen valt (cf. Baart, 2023).

Complexiteitsdenken staat “tegenover het idee van een rationele, paradigmatische, reductionistische wetenschapsbenadering”, stelt ook Van Ewijk (2014, p. 138). Deze benadering richt zich vaak op het gedrag van de ‘gemiddelde mens’ en op enkelvoudige en afzonderlijke problemen en sluit die complexiteit buiten. Dit is één van de redenen dat public health interventies kwetsbare groepen niet bereiken. Voor het omgaan met de vele ‘messy problems’ is volgens Van Ewijk ‘kunstmanschap’ (als variant op vakmanschap) en reflectiviteit (naar Schön ‘reflection-in-action’)³¹⁶ nodig. Dit vraagt om andere manieren van leren, zoals ‘double’ en ‘triple loop learning’,³¹⁷ en andere kennisbronnen. Denk hierbij aan ‘tacit knowledge’ of ‘belichaamde kennis’ (cf. Polanyi, 1966, 2009; Schön, 2013; Kunneman, 2017) en om ervaringskennis (Weerman, 2019). Complexiteit vraagt om normatieve professionals die over de grenzen van hun eigen vak heen kunnen kijken en transdisciplinair samenwerken. Het vraagt om een ander perspectief dan het reduceren van risico’s voor afzonderlijke problemen via op het

314 Zie H. 3 voor informatie over het gebruik van het woord kwetsbaarheid. Kwetsbare mensen kunnen in bepaalde situaties juist heel weerbaar zijn. Kwetsbare mensen zijn soms slachtoffer van destructieve relaties, maar kunnen daar zelf ook een actief aandeel in hebben.

315 Dit verwijst naar Antonovski en zijn public health concept van *salutogenese* (zie H. 5).

316 Reflection-in-action verwijst reflectieve praktijken. Professor Donald A. Schön (Urban Studies Massachusetts) wil met deze term zeggen dat veel kennis verscholen zit (tacit knowledge) in het handelen van professionals, wanneer zij met complexe problemen van mensen geconfronteerd worden. Zelfs als professionals gebruik maken van onderbouwde wetenschappelijke theorie zal het handelen deels ook gebaseerd zijn op taciete kennis (Schön, 2013, p. 50). Baart (2006) noemt taciete kennis ook wel geschoolde intuïtie. Zie ook H. 3 en 4.

317 Double & triple loop learning verwijzen naar de complexiteitstheorie en naar meerdere lagen in het leer- en reflecteerproces. Zie H. 4.

individuele gerichte gedragsinterventies. Het vraagt om een krachtgerichte benadering die uitgaat van een breed relationeel, ecologisch en collectief perspectief (gezin, community, samenleving of het klimaat). Professionals, die veel met onzekere en waarden-conflicterende situaties te maken krijgen dienen zich van dit denkkader bewust te zijn wanneer ze doelen opstellen voor preventie. Het zo mogelijk verminderen of verzachten van de complexiteit door naast mensen te staan is daarbij een eerste en beslissende stap.

14.2.2. De preventieve waarde van nabijheid én afstand in een complementair perspectief

In hoofdstuk 3 en 4 stipte ik al kort aan dat ‘nabijheid’ een kracht is voor preventie in het sociaal domein en direct aansluit bij het uitgangspunt van sociale complexiteit. Nabijheid is een cruciale voorwaarde om mensen en gemeenschappen te kunnen zien in hun eigen context en waarde, om verbinding te kunnen maken zodat formeel of informeel betrokkenen het ‘goede’ kunnen doen.³¹⁸

Zoals ik in de hoofdstukken 10 tot en met 13 liet zien verwijst nabijheid onverkort naar ‘presentie’, oftewel naar de aandachtige aanwezigheid en oprechte betrokkenheid van professionals of (informele) sleutelfiguren (Baart, 2006). Volgens Andries Baart is ‘nabijheid’ niet persé gericht op het oplossen van problemen. Mensen die worstelen met complexe situaties, vragen of problemen proberen ‘greep te krijgen op de (verloren gaande of bedreigde) kwaliteit van leven’. Daarbij zijn *bestaansvragen* in het geding en komt ook *zinervaring* in beeld (ibid., p. 828). Volgens Baart helpen technische oplossingen hier net zomin bij als het louter resultaatgericht, efficiënt of planmatig aanvliegen van de problemen. Mensen hoeven volgen Baart “niet te verbeteren, gezonder of sterker te worden, meer vastbesloten te worden” of “ergens op te worden afgerekend” (ibid., p. 725). Het gaat bij presentie, volgens Baart, om de relatie ‘om-niet’ in de zin dat je er niets voor terug vraagt. Nabijheid als er niets meer te verbeteren valt, betekent dat mensen, hoe complex hun problemen ook zijn, niet in de steek worden gelaten. Nabijheid vraagt vooral om continuïteit en uithoudingsvermogen van de formele of informele professional (Baart, 2006; Engbersen et al., 2022). Nabijheid draagt mogelijk wel bij aan het voorkomen van erger en kan deel van de oplossing zijn, echter zonder dat dit ‘oplossen’ doel op zichzelf is.

Voorals fysieke nabijheid is cruciaal voor preventie, leerden we uit het narratief onderzoek onder sleutelfiguren van het RIVM (zie H. 10). Echter, fysieke nabijheid en informele zorg in buurten en wijken zijn niet vanzelfsprekend meer in deze tijd waarin mensen steeds vaker, en dikwijls ook bewust, op ‘sociale afstand’ van elkaar leven en het aantal fysieke plekken waar mensen elkaar spontaan kunnen ontmoeten

318 Duyvendak en Tonkens (2018 in Bredewold et al. 2018) stellen zelfs dat de decentralisaties in het sociaal domein zijn te begrijpen als “een heroriëntatie op wat van waarde is [en dat] nabijheid zelfs van alomvattende waarde” (p. 17) blijkt te zijn. Ze spreken van een logica van nabijheid in een ‘huiselijke omgeving’ die ze afzetten tegen de civiele logica in de ‘civiele wereld’.

afneemt (cf. Linders, 2009, p. 206).³¹⁹ Naast informele voorzieningen zijn daarom ook professionele voorzieningen onmisbaar voor groepen die ‘het niet’ of ‘niets van’ de buurt moeten hebben (ibid.).

In het *Lexicon Nabijheid en Sociaal Werk* spreken de auteurs in de inleiding over de ‘belofte van nabijheid’ en de ‘nabijheidsfilosofie’ van het sociaal werk. Deze filosofie gaat verder dan professioneel handelen maar betreft ook de inrichting van de fysieke leefomgeving (*safe of third places*)³²⁰ die nabijheid mogelijk maakt (Kremer, 2023, p. 134). De waarde van nabijheid kan worden afgezet tegen de waarde van ‘afstand’ die soms ook hard nodig is en de public health kenmerkt. Het verschil zien tussen beide waarden is van belang voor preventie. Nabijheid, gaat over ‘elkaar in de ogen kijken’, elkaar verstaan en over het verbinden met het levensverhaal van een ander en met diens hoop en zorgen. Nabijheid werkt vanuit vertrouwen, wakkert solidariteit en kritische zorgzaamheid aan en is essentieel om problemen in een vroeg stadium te signaleren (zie paragraaf 14.2.3). Afstand nemen of ‘objectiverend toezien’ is daarentegen nodig voor het analyseren van oorzaak-gevolgrelaties en het maken van afwegingen voor het planmatig inzetten van collectieve interventies (ibid., p. 18). Voor rechtvaardige preventie is het noodzakelijk de balans te vinden tussen nabijheid en afstand. Het is nodig bij professionals het bewustzijn te vergroten over wat op welk moment vereist is en in te zetten op complementariteit.

14.2.3. Moreel kapitaal, kritische zorgzaamheid en respect als richtinggevende principes

“De domeinen ‘zorg en welzijn’ zijn bij uitstek geschikt ‘als proeftuin en leerschool voor het ontwikkelen van het morele kapitaal dat onze samenleving hard nodig heeft om menswaardige antwoorden te ontwikkelen op de grote sociale, economische en ecologische uitdagingen van onze tijd”, zei Harry Kunneman tijdens de Paul Cremers lezing in 2012 (p. 8). En ook: “In de zorg verkeren bestuurders en managers in de bijzondere situatie dat hun werkterrein en dat van hun professionals van huis uit een morele betekenis heeft” (p. 9). Niet alleen (normatieve) professionals binnen zorg en welzijn, maar vooral beleidsmakers en bestuurders moeten van het belang daarvan doordrongen zijn, stelt hij. In de hoofdstukken 10 en 12 kwam de notie van kritische zorgzaamheid van Ricoeur voorbij die naar deze morele betrekkingen verwijst, die als het ware de humuslaag vormen voor een rechtvaardige samenleving. Kritische zorgzaamheid refereert aan nabijheid en aan ‘elkaar in de ogen kunnen kijken’ en aan mensen helpen weer zicht te krijgen op waardevolle doelen in hun leven (cf. Buchanan, 2000; zie H. 9). Dit vraagt om sensitieve sleutelfiguren die ‘het goede doen’ en alert zijn op maatschappelijke oorzaken van individuele problemen. Het vraagt ook om

319 Lilian Linders (2009) toonde met haar onderzoek in een ‘volkswijk’ aan dat mensen graag enige fysieke afstand tot elkaar houden.

320 *Third places* zijn volgens Oldenburg (1983) plaatsen buiten thuis of werk waar mensen zich prettig voelen en elkaar kunnen ontmoeten. Kremer noemt het ook wel ‘attente plekken’.

‘instituties’ die op het niveau van de samenleving, vanuit het respect voor pluraliteit, toezien op goede uitvoeringsprocedures en een rechtvaardige verdeling van de lasten (zie paragraaf 14.2.5).

In aanvulling hierop zoom ik nog dieper in op de eigenschap van *respect*. Richard Sennett werkte de notie van respect uit in 2003 tegen de achtergrond van een samenleving en tijd van toenemende sociale ongelijkheid. Respect tonen voor een ander lijkt mij immers een basisvoorwaarde voor kritische zorgzaamheid en rechtvaardigheid.³²¹ Volgens Sennett echter zijn “handelingen die respect uitdrukken - de kunst om anderen te erkennen - veeleisend en obscuur” (ibid., p. 67).³²² Oftewel: respect tonen is bepaald niet makkelijk. Het is een kwaliteit waarin verschillende aspecten samenkomen, stelt Sennett. Hij benoemt in zijn boek vele kwaliteiten zoals: oog hebben voor menselijke waardigheid, erkenning voor (talenten of verdiensten van) anderen, anderen autonomie toekennen (accepteren dat je niet alles van de ander begrijpt), zelfrespect, wederkerigheid, het streven naar de ideale norm van een persoon, het waarderen van diversiteit en de ander rechtvaardig behandelen. Ongelijkheid is volgens Sennett vaak hardnekkig van karakter en heeft ook een bepaalde mate van verleidelijkheid.³²³ Een zekere mate van ongelijkheid is haast onvermijdelijk, stelt hij. Respect tonen aan anderen is dan ook een lastige en moeilijk afdwingbare eigenschap. Sennett: “Mensen met respect bejegenen is niet een kwestie van bevelen dat het moet gebeuren. Wederzijdse erkenning dient tot stand gebracht te worden, een totstandbrenging waarin de veelvormigheid van het karakter evenzeer een rol speelt als de sociale structuur” (p. 254).³²⁴ Het voelen en tonen van respect zijn verschillende dingen: mensen zijn soms bang elkaar te kwetsen of vernederen en spreken elkaar uit wederzijds ongemak, als gevolg van onderlinge verschillen, liever niet aan. Daarnaast geldt dat vooroordelen die mensen over elkaar hebben vaak diep verankerd en verscholen liggen in het bewustzijn.

321 In H. 4 liet ik al zien dat respect ‘voor mensenrechten en menselijke waardigheid’ een van de bepalingen is van ‘standards of knowledge’ van de Society for Prevention Research (2011). ‘Respect tonen voor menselijke waardigheid en autonomie’ voert ook de kernwaarden van de beroepscode van het sociaal werk aan (BPSW, 2021). Ook past het bij de eigenschappen van presentie, denk aan ‘begrip tonen of ‘articulatie van beleving’ en ‘ook verstaan wat er niet wordt gezegd’ (Baart, 2006, p. 724; 829).

322 Andere woorden waar het begrip mee wordt geassocieerd, zoals ‘status’ of ‘eer’ of ‘zelfrechtvaardiging’ kunnen in een destructieve omgeving (denk aan een criminele organisatie) een perverse betekenis krijgen. Zie Sennett (2003), p. 63.

323 Sennett (2003) verwijst hier naar het essay *Vertoog over ongelijkheid* van Rousseau uit 1756 dat volgens hem nog steeds belangwekkende informatie bevat (p. 95). Rousseau maakt een belangrijk onderscheid tussen *amour de soi* wat staat voor het natuurlijke sentiment ‘zelfvertrouwen’ wat nodig is om je in de wereld te kunnen handhaven en *amour-propre* wat staat voor ‘het verlangen superieur aan anderen te zijn en door hen te worden geacht’. *Amour propre* is volgens Rousseau een sterkere kracht en heeft de overhand (p. 98).

324 Sennett citeert R. H. Tawney die stelt dat het een kenmerk van een beschaafde samenleving is om ongelijkheden te elimineren die hun oorsprong niet in individuele verschillen maar in (maatschappelijke) organisatie vinden. Vergelijk ook de definitie van health equity in H. 3.

Mensen komen daar niet graag voor uit.³²⁵ Veelal maken hardnekkige vooroordelen, die bijvoorbeeld onder racistische of ‘blaming the victim’ opvattingen liggen en soms ook preventieve doelen en interventies beïnvloeden, deel uit van de geaccepteerde sociale orde. Om deze reden komen ze lang niet altijd naar de oppervlakte maar doen ze onderhuids hun werk.³²⁶ Niettemin zijn de hier genoemde eigenschappen, die ten grondslag liggen aan ‘respect tonen aan anderen’ cruciale kwaliteiten van sociaal werkers en andere professionals die binnen hun complexe en pluriforme praktijken dikwijls geconfronteerd worden met onrechtvaardigheid (ibid., p. 254). Bewustwording van onderliggende vooroordelen en van belemmeringen voor het tonen van respect of kritische zorgzaamheid is onontbeerlijk voor rechtvaardige preventie.

14.2.4. Co-creatie en maatwerk: gruwel voor de public health, kans voor rechtvaardige preventie

Bovenstaande eigenschappen honoreren vraagt onverkort om het ‘zien van, goed luisteren naar en verplaatsing in de leefsituatie’ van mensen. Co-creatie en maatwerk zijn daarnaast van belang bij het tegemoet treden van *bestaansvragen* of *trage vragen*, waar niet direct een eenvoudig antwoord op gegeven kan worden (Kunneman in Robbesom, 2013). Luisteren alleen (ook naar ‘wat niet gezegd wordt’) is onvoldoende. Co-creatie is een veelgebruikte term om burgers meer stem te geven in het sociaal domein en beter aan te sluiten bij hun wensen en behoeften. Co-creatie is echter bepaald nog geen gemeengoed, zeker niet als het om de stem van mensen in kwetsbare posities gaat. Al neemt het aantal burgerberaden en onderzoeken onder de noemer van Citizen Science toe, de representatie van kwetsbare groepen daarin is meestal ondermaats (Hurenkamp & Tonkens, 2023).³²⁷

Als mensen (in welke hoedanigheid dan ook) zich niet gehoord voelen roept dit weerstand op. Het tast het vertrouwen van burgers in de overheid aan (wat zich makkelijk vertaalt in wantrouwen in professionals) en werpt vraagstukken op over macht en machtsongelijkheid. Zoals we eerder zagen (H. 10-12)³²⁸ kan co-creatie ook op andere manieren dan een burgerberaad, al kunnen kwetsbare groepen zich daarin laten

325 Bourdieu (1989; 2010) beschrijft het proces waarbij mensen uit geprivilegieerde milieus zich soms niet bewust zijn van een neerkijken op mensen die dat niet zijn of daar niet makkelijk voor uitkomen (zie ook H. 4). Ook komt het voor dat mensen het standsverschil intact willen laten, zie ook ‘the doctrine of philosophical necessity’ van Priestly, par. 5.2.1.

326 Omdat vooroordelen deel uitmaken van de geaccepteerde sociale orde zijn ze gemeengoed geworden en worden ze niet ter discussie gesteld (Bourdieu, 2010, p. 473). Soms kan een plotse gebeurtenis of crisis hier verandering in brengen.

327 Hurenkamp en Tonkens stellen dat zelfs het adequaat inrichten van betrokkenheid en medezeggenschap van vaak hoog opgeleide (‘bekwame’) burgers en het daarbij delen van het gezag met burgers in de praktijk lastig is. Om gezaghebbend advies te geven zijn bekwaamheid, betrouwbaarheid en betrokkenheid nodig. Aan deze voorwaarden wordt lang niet altijd voldaan.

328 Zie het verhaal van de jongerenwerkers die een film maakten met kwetsbare jongeren tijdens de COVID-19 pandemie.

representeren. Door co-creatie (ook in tijden van crisis) kunnen burgers, professionals en overheid in een gelijkwaardige positie met elkaar samenwerken, elk vanuit eigen rollen en belangen. Systeem- en leefwereld kunnen dan elkaar in dialoog beïnvloeden en communicatief handelen bevorderen en dat is hard nodig, stelt Kunneman naar Jurgen Habermas (Robbesom, 2013). Co-creatie levert echter ‘gedoe’ op en dat wreekt zich bijvoorbeeld in crisistijd: vooral het tijdrovende proces en de onzekere uitkomsten ervan schrikken beleidsmakers af.

Ook maatwerk leveren is lang niet altijd zo vanzelfsprekend als het lijkt. Het is een must als het gaat om het bevorderen van ‘equity’, maar kan willekeur in de hand werken. Dit kan leiden tot een persoonlijke of subjectieve bejegening van mensen, met discutabele uitkomsten (cf. Kampen & Tonkens, 2018, p. 188). Ook kan het precedentwerking in de hand werken waar vooral gemeenten bang voor zijn omdat mensen daar vervolgens rechten aan ontfangen (Hurenkamp & Tonkens, 2023, cf. Wagemakers, 2023). Maatwerk leveren is nodig vanwege de complexiteit en de noodzaak voor nuance bij het beoordelen van uitzonderlijke situaties, maar staat haaks op de generalistische principes van de public health en ‘evidence based practice’. Maatwerk is dan een gruwel omdat de ‘situationele omstandigheden’ en de invloed van burgers, de doelen van preventie beïnvloeden, het ‘gelijke monniken, gelijke kappen’ principe geweld aandoen, deugdelijk gestandaardiseerd onderzoek belemmeren en een planmatige implementatie van interventies bemoeilijken (zie H. 6). Het zijn deze spanningsvelden waar preventieprofessionals in het sociaal domein en in de public health zich toe moeten verhouden en die om continue dialoog en uitleg vragen (zie paragraaf 14.2.7).

14.2.5. *Waardenwerk op alle niveaus!*

Dat rechtvaardige preventie met waardenwerk te maken heeft is uit de hoofdstukken 9 tot en met 12 duidelijk geworden. De waarden die gekoppeld zijn aan de theorie van sociale kwaliteit³²⁹ zijn richting-gevers bij uitstek. Daarnaast is ook ‘zin- en betekenisgeving’ (‘meaningfulness’) als waarde op zichzelf aan de orde gekomen. In hoofdstuk 9 is bij monde van Buchanan al aangegeven dat waardenwerk omgaan met pluriformiteit impliceert en ook dat het een misverstand is waarden terzijde te schuiven omdat ze niet tastbaar en moeilijk meetbaar zijn. In aanvulling hierop wil ik hier ook aandacht vragen voor de onvoorspelbaarheid, van de onverwachtheid en ongrijpbaarheid en soms ook onzichtbaarheid van het ‘wezen’ van menselijke relaties enerzijds én van preventie in het complexe sociaal domein anderzijds. Wel beschouwd was wat de geïnterviewde sleutelfiguren in het RIVM-onderzoek deden vaak *onverwachts, ongepland en deels ook ongrijpbaar* en bleef het *onzichtbaar* in kwantitatieve data (zie H. 10-12). Onder andere doordat ze mensen in ‘hun eigen taal’ informeerden behandelden ze mensen die zich in kwetsbare posities bevinden

329 Naast rechtvaardigheid ook menselijke waardigheid, gelijkwaardigheid en solidariteit.

op menswaardige wijze, toonden ze respect en lieten ze mensen (ook als ze geen papieren hadden) ‘in hun waarde’. Bijvoorbeeld door een handendans te organiseren erkenden ze de *emotionele behoefte aan ontmoeting* van mensen met een niet aangeboren hersenletsel. Veel van wat er tussen mensen gebeurde in de relatie was lastig meetbaar, onvoorspelbaar en onzichtbaar omdat het zich tussen de regels en in de relatie afspeelde. Het zijn vaak juist de kleine interacties tussen mensen die waardevol zijn en ertoe doen (cf. Kolner & Sprinkhuizen, 2014).

De Duitse socioloog Hartmut Rosa (2016; 2020; 2023) heeft het in zijn werk over de ‘onbeschikbaarheid’ en ‘onvoorspelbaarheid’ van de waarde *resonantie*.³³⁰ Het gaat bij resonantie volgens Rosa om het door iemand of iets geraakt worden,³³¹ om in verbinding staan met een ander om echte betrokkenheid te ervaren en om de eigen respons op die ander. Het betekent ergens voor open staan en in staat te zijn om met eigen stem en zelfeffectief te reageren (Rosa, 2023, p. 53). Dit lijkt op wat de sleutelfiguren ons vertelden. Resonantie is van belang omdat dit het leven betekenis en zin geeft, maar het is ook een lastig concept omdat het – net als geluk – niet afdwingbaar is. Voor resonantie kan geen stappenplan of protocol ontwikkeld worden. Hier zie ik in meerdere en mindere mate raakvlakken met in de sociaal werk theorie gebruikte concepten als ‘alledaagse attentheid’ of ‘publieke familiariteit’³³² (cf. Kremer, 2023, p. 128), presentie en nabijheid (Baart, 2006), maar ook met kritische zorgzaamheid, vriendschappelijkheid (Ricoeur, 1992), voor mensen opkomen, oprechte belangstelling tonen of respectvolle bejegening (Sennett, 2003) en nieuwsgierigheid (cf. Janssens, 2023).

Wat zowel Sennett (zie paragraaf 14.2.3) als Rosa, maar bijvoorbeeld ook Schön, gemeen hebben is dat zij enerzijds wijzen op de ‘onzichtbaarheid’ en ‘ongrijpbaarheid’ van sommige van deze fenomenen; anderzijds wijzen zij erop dat het wel degelijk mogelijk is de juiste condities voor deze ervaringen en fenomenen te creëren. Denk hierbij aan tijd en ruimte voor professionals, of aan een bepaalde inrichting van de gebouwde omgeving waar ontmoeting, zorgzame interacties, en zoiets als resonantie kunnen plaatsvinden (cf. Kremer, 2023, p. 134). Voor preventie is dit relevant en voor het sociaal werk is dit ‘gefundenes Fressen’ (al heeft het de beroepsgroep ooit het weinig zinvolle predicaat ‘zachte sector’ opgeleverd, zie H. 13; paragraaf 14.3 en 14.4).

330 Rosa (2023) introduceert ‘resonantie’ als tegenovergestelde ervaring of beleving van vervreemding. Resonantie heeft vier kenmerken die hij beschrijft als een moment van ‘aanraking’, ‘zelfeffectiviteit’, ‘transformatie’ en ‘onbeschikbaarheid’. Vervreemding verwijst daarentegen “naar een toestand van verhouding zonder verbinding, waarin het subject en de wereld innerlijk los, onverschillig of zelfs vijandig tegenover elkaar staan.” (p. 47). Rosa vergelijkt deze tegenstelling met onder andere die van Weber. Weber plaatste onttovering tegenover bezieling. Hij noemt ook Blumenberg die het had over ‘onleesbaarheid versus begrijpelijkheid van de wereld’ (p. 45). Zie ook Antonovski’s begrip ‘*sence of coherence*’ (zie H. 5).

331 In dit hoofdstuk gebruik ik het resonantiebegrip van Rosa vooral in de zin van de ervaringen in het onderlinge contact tussen mensen.

332 Publieke familiariteit betekent het herkennen van bekende plaatsen en gezichten. Het ontstaat door herkenbare plekken en vluchtig, maar herhaalde ontmoetingen. De socioloog Talja Blokland introduceerde het begrip aan het begin van deze eeuw (Kremer, 2023, p. 132)

Ook hier zie ik spanningsvolle elementen die wrijving opleveren met het paradigma van de public health. Het denken in bewijsbare en meetbare oorzaak-gevolgrelaties en het hebben van controle over zoveel mogelijk determinanten staat daar centraal. De genoemde ‘zachte’ factoren blijven daardoor in de vele statistieken veelal buiten beeld - de aandacht ervoor zakt achter de horizon weg (zie ook H. 6).

14.2.6. *Botsende en confronterende rechtvaardigheid*

In de hoofdstukken 10 tot en met 12 is al aan de orde gekomen dat voor preventie een rechtvaardige of respectvolle bejegening van kwetsbare groepen noodzakelijk maar niet vanzelfsprekend is. Daarnaast liet ik in hoofdstuk 7 zien dat adviezen van onderzoeks- en kennisorganisaties in de politiek vaak in de la belanden. Het bevorderen van ‘moreel kapitaal’³³³ in instellingen en bij beleidsmakers vraagt dan ook om meer dan een papieren aanbeveling. Kunneman heeft het onder andere over de noodzaak om *morele* leerprocessen binnen zorg en welzijn op gang te brengen om ‘onverschilligheid en misbruik van macht vreedzaam te begrenzen’ (Kunneman, 2012; 2017). Waardig strijden is volgens hem nodig omdat jaren van kapitalisme en individualisme Nederland in een morele crisis hebben gestort, wat zich heeft vertaald in meer kansenongelijkheid en grotere gezondheidsverschillen.

Naast morele leerprocessen (al ingewikkeld genoeg) lijkt er echter meer nodig om het politiek onvermogen, machtsmisbruik of bijvoorbeeld institutioneel racisme te adresseren. Dat we ‘de macht al jaren niet bevragen’ is volgens essayist Maxim Februari ‘angstaanjagend’. Februari waarschuwt onder andere voor de vergaande digitalisering op basis waarvan verkeerde besluiten worden genomen die niemand meer zijn aan te rekenen (Van Geel, 2023). Voor beleidsmakers en professionals gaat het bij het ‘bevragen van de macht’ vooral ook om het tonen van professionele ‘moed, lef en durf’ om sociaal onrecht in het openbaar aan de kaak te stellen (cf. Klaase, 2017). Problemen kunnen soms voorkomen worden als mensen opstaan, nadelige praktijken een halt toeroepen en bestaande machtsverhoudingen ter discussie stellen. Dat is niet afdwingbaar maar moet aangemoedigd en niet tegengewerkt worden. In dit proefschrift worden naast ‘waardig strijden’ nog veel termen genoemd waarin deze ‘professionele moed’ kan worden verpakt, zoals empowerment, politiseren, activeren, structuraliseren, de barricade op, ‘stem geven aan’, waarheidsspreken of parrèsia, strijdvaardigheid en tegenkracht of ‘sociaal weerwerk’ (Sprinkhuizen & Scholte, 2023; Kaulingfreks et al., 2021; De Brabander et al., 2021; Van Regenmortel, 2010; Scholte, 2018; Klaase, 2017). Het lijkt mij duidelijk dat morele betrokkenheid, kritische zorgzaamheid en leerzame wrijving aan professionele moed vooraf gaan.

333 Kunneman definieert ‘moreel kapitaal’ (met verwijzing naar Roel Kuiper die dit begrip als eerste muntte in 2009) als het geheel van de persoonlijke, relationele en culturele bronnen die mensen helpen om *in de context van instituties en organisaties* zorgzaam te zijn voor anderen, ambachtelijk te werken, met elkaar samen te werken en onverschilligheid en misbruik van macht vreedzaam te begrenzen (Kunneman, 2012).

Rechtvaardige preventie heeft dit botsend en confronterend vocabulaire, en het kritisch en verantwoordelijk gedrag van burgers dat daarbij past, in de toekomst hard nodig. Dit is niet alleen nodig om recht te doen aan burgers die in kwetsbare posities verkeren (en hen zelf aan te moedigen te strijden voor rechtvaardigheid). Het is ook nodig om preventieve uitvoeringspraktijken zo nodig tussentijds aan te passen of bij te stellen zodat het niet bij papieren intenties blijft. Dit vraagt om bezinning over wat dit betekent voor preventieprofessionals in de gezondheidsbevordering en het sociaal domein, want ‘tegen de mores ingaan’, door het vuur gaan voor rechtvaardigheid³³⁴ of opstaan tegen macht en de autoriteiten is niet voor iedereen weggelegd of gemakkelijk. Niet altijd is er een verantwoordelijke of een ‘schuldig subject’ aan te wijzen en dikwijls roept het gevoelens van angst en onzekerheid op (Ten Bos, 2012).

14.2.7. Mensen in kwetsbare posities in beeld: leren van verhalen

Deze laatste richtingwijzer betreft het goed in beeld brengen van mensen die kwetsbaar zijn of zich in kwetsbare omstandigheden bevinden en van hun noden, krachten (die er ook zijn), behoeften en wensen. Dat levert de informatie op die van belang is voor het ontwikkelen van rechtvaardig preventiebeleid (zie H. 10). Het gezegde ‘onbekend maakt onbemind’ past hierbij. Zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek kunnen elkaar aanvullen in het beter begrijpen van de alledaagse zorgen en problemen waar mensen met een kwetsbare gezondheid of beperkte kwaliteit van leven tegen aan lopen. Mensen die buiten de gemiddelde range vallen worden lang niet altijd in kwantitatieve risicomodellen meegenomen. Zo ontbraken lage SES groepen, maar ook migranten, lange tijd en vaak nog steeds in het reguliere (vragenlijst)onderzoek van universiteiten en kennisinstellingen. Ook het omgekeerde komt voor: kwalitatief onderzoekers lopen tegenwoordig de armoedewijken dusdanig plat dat voor de inwoners een grens lijkt bereikt.³³⁵ Bewoners zien er zelf te weinig van terug.

Ik heb in hoofdstuk 10 laten zien hoe met name door verhalend (narratief) onderzoek, de gelaagde complexiteit waarin mensen leven en zorgen in crisistijd kan worden blootgelegd. Die complexiteit krijgt daarmee een eigen ‘taal’ en ‘vocabulaire’. Ook andere vormen van kwalitatief onderzoek zijn hiervoor geschikt,³³⁶ denk aan

334 De Rotterdamse huisarts Michelle van Tongerloo is zo’n voorbeeld, lees: [De zelfredzame dakloze? Die bestaat niet - De Correspondent](#)

335 Zie het artikel in de Volkskrant van 20 okt 2023 met de titel: In deze Rotterdamse wijk zijn bewoners nu wel genoeg onderzocht: ‘Ze denken dat ze hier even data kunnen komen halen’. <https://www.volkskrant.nl/a-b67b772b>

336 Denk ook aan andere vormen van kwalitatief onderzoek, zoals actie-onderzoek (Boog et al., 2005) en verschillende vormen van responsieve evaluatie waarbij de kennis, ervaringen en ideeën van verschillende belanghebbenden betrokken worden (Abma & Widdershoven, 2006). Alleen zijn deze in tijden van een pandemie moeilijk uitvoerbaar.

actiegericht onderzoek vanuit co-creatie of werken via zogeheten *Living Labs*.³³⁷ In Living Labs dienen onderzoekers ook de praktische doelen van mensen zelf waardoor kan worden bijgedragen aan het zelfvertrouwen en de zelfwaardering van mensen. Bewoners worden bij de doelen, de opzet en uitvoering van het onderzoek betrokken. De respondenten hebben dan ook baat bij de resultaten van het onderzoek. Ze voelen zich gehoord en erkend maar worden ook geholpen of komen mogelijk een stap verder bij het formuleren van betekenisvolle doelen in hun leven (cf. Buchanan, p. 135, zie H. 9). Onderzoek is in dat geval ook een vorm van interventie. Ook zonder dat er sprake is van crisis is dit een belangrijke bevinding.

Oog hebben voor de context van schrijnende gevallen is een vereiste om diepgaand te begrijpen wat er tussen mensen en in de samenleving gebeurt (zie H. 10-12). Op basis daarvan kan ook een afweging worden gemaakt voor het maken van een 'uitzondering op de regel' of maatwerk. Dat is tijdrovend, maar essentieel om inzicht te krijgen in hoe (preventie)beleid uitpakt bij verschillende groepen in Nederland. Idealiter bestaat het onderzoek daarbij uit een goede mix van kwantitatief onderzoek, kwalitatief onderzoek en (een vorm van) actiegericht onderzoek. Daarbij is het meer dan gewenst om respondenten te betrekken bij de reflectie op de onderzoeksuitkomsten. Een dergelijke, gezamenlijke uitwerking van het onderzoek biedt de juiste basis voor rechtvaardige preventie. Op deze wijze raken sociaal domein en de public health, wetenschap en maatschappij aan elkaar verbonden.'

In de volgende paragrafen onderzoek ik in welke mate bovengenoemde condities en randvoorwaarden binnen het sociaal domein gerealiseerd kunnen worden. Wat is nodig om deze eigenschappen met het oog op rechtvaardige preventie binnen de zogeheten sociale infrastructuur en binnen de doelstellingen en het beroepsprofiel van het sociaal werk te realiseren? En welke kansen biedt het huidige preventiebeleid daarvoor? Dit zijn de laatste stappen om de richtingwijzers naar rechtvaardige preventie tot hun recht te laten komen - op het snijvlak van de publieke gezondheidszorg en het sociaal domein.

14.3. De sociale (basis)infrastructuur en preventie

Het in hoofdstuk 13 genoemde RMO advies uit 2004 en de daar geciteerde SCP onderzoeken, maar ook andere literatuur, bijvoorbeeld van het Verwey-Jonker instituut (Britt et al., 2022), benadrukken de preventieve waarde van de sociale (basis)

³³⁷ Een living lab is een research-concept waarbij nieuwe innovatieve ideeën en concepten samen met maatschappelijke partners en burgers worden ontwikkeld en getest in levensechte situaties. Zie: <https://www.eur.nl/nieuws/living-labs-kunnen-de-kloof-tussen-wetenschap-en-maatschappij-echt-verkleinen>

infrastructuur,³³⁸ met name van laagdrempelige wijkvoorzieningen, vooral voor mensen die zich in een kwetsbare positie bevinden (Vrooman et al., 2023; Engbersen & Sprinkhuizen, 2023; Sprinkhuizen & Kolner, 2022; Van Pelt & Repetur, 2018; Verharen, 2017; Sprinkhuizen et al., 1998). In 2022 erkende ook toenmalige staatssecretaris Van Ooijen de intrinsieke preventieve kracht van de sociale basis (VWS, 2022; zie ook H. 3). Deze hernieuwde aandacht moet evenwel – ook nu weer – zonder meer gezien worden tegen de achtergrond van de eerdergenoemde zorgen die er zijn voor de houdbaarheid van het zorgstelsel in Nederland en de bezuinigen die nodig worden geacht (WRR, 2021b). Hier schuilt het gevaar in dat de sociale basis als een oppervlakkig instrument wordt ingezet, als ‘iets sociaals’ dat gemeenten maar ‘even moeten regelen’, of slechts als middel tot het doel ‘substitutie’. Aan een dergelijke instrumentele kijk ontbreekt nadere verdieping waarom de sociale basis een beschermende werking heeft en wat daarvoor nodig is. Interessant is namelijk de vraag: hoe zit het met die preventieve waarde van de sociale basis en is die waarde altijd aanwezig?

Volgens de Amerikaanse socioloog Eric Klinenberg (2020) is de sociale infrastructuur vaak onzichtbaar in kwantitatieve wetenschappelijke data (p. 4) terwijl ze echter dé sleutel is voor het ontwikkelen van betrokken, gelijkwaardige en een gezonde leefomgeving. Onderzoek in tal van steden in Amerika heeft aangetoond dat het loont om te investeren in de sociale infrastructuur. Het loont vooral om te investeren in veilige plekken (*safe spaces*) en gebouwen waar mensen elkaar kunnen ontmoeten en banden met elkaar kunnen opbouwen. Middels een scherpe analyse van een aantal crises in Amerika, zoals die van dodelijke hittegolven en de opiatencrisis, laat Klinenberg zien dat een sterke sociale infrastructuur een van de meest bepalende preventieve factoren is en een sterkere levensreddende werking heeft dan bijvoorbeeld medicatie.

De sociale infrastructuur creëert volgens Klinenberg een noodzakelijke setting voor participatie (2020, p. 32).³³⁹ In wijken waar de overheid niet of nauwelijks investeert, waar sprake is van een verwaarloosde fysieke infrastructuur (p. 38) of waar de ‘sense of community’ ontbreekt is het aantal doden ten gevolge van een hittegolf of de opiatencrisis dan ook beduidend hoger, zo laat Klinenberg op basis van onderzoek zien (p. 120). Dit zagen we eerder (zie H. 8) bevestigd in Frasers onderzoek (Fraser et al., 2022) die vond dat de mate van sociaal kapitaal in bepaalde buurten en wijken

338 Engbersen en Sprinkhuizen (2022) stellen dat een gezaghebbende definitie van de sociale basis ontbreekt. Ze erkennen vier verschillende invullingen: een non-institutionele, een halfde lijn-, een basisfunctionele- en een infrastructurele benadering. Bij deze laatste, die de auteurs omarmen, gaat het om het geheel aan vrij toegankelijke activiteiten en voorzieningen, zowel formeel als informeel (p. 25; cf. H. 3).

339 Relevant is zijn bevinding – en uitstapje naar de epidemiologie en neurologie – dat ‘opiaten’ een analoog vormen voor sociale verbinding. Opiaten compenseren de ‘natuurlijke aanmaak van positieve hormonen’ die ontstaan bij sociaal contact. Verslavende middelen worden daarom veel gebruikt door mensen die lijden aan psychische of fysieke pijn, die een gevoel van betekenisloosheid hebben (bijv. omdat ze hun baan hebben verloren) of de nadelige gevolgen van sociale isolatie ervaren (Klinenberg, 2020, p. 119).

een verklarende factor was voor coronabesmettingen, met een hoge voorspellende waarde. Fraser verklaart dit door te stellen dat (met name horizontaal ‘overbruggend’ en verticaal ‘linking’) sociaal kapitaal voor mensen een beschermende werking heeft omdat het voorkomt dat mensen in een achtergestelde positie geraken (cf. Granovetter, 1983, zie H. 3). Te veel ‘bonding’ kapitaal kan er juist toe leiden dat men zich alleen binnen de eigen groep begeeft, wat in tijden van pandemie tot groepsbesmettingen kan leiden, zo blijkt uit het genoemde onderzoek van Fraser.

Overbruggend sociaal kapitaal (*bridging social capital*) heeft in de meeste gemeenschappen een positieve impact op vertrouwen, wederkerigheid en bevordert sociale gedragsverandering. Dit effect is onafhankelijk van factoren als ras, religie en politieke voorkeuren bij verschillende groepen (ibid.).³⁴⁰ ‘Linking’ sociaal kapitaal (zie Aldrich & Meyer, 2014; cf. Verharen & Rözer, 2023) maakt dat mensen ook contact hebben met gezag- en machthebbende instanties die helpen in tijden van nood. Het lijkt me overigens evident dat vertrouwen omgekeerd ook een bron is voor overbruggend en ‘linking’ sociaal kapitaal. Zonder vertrouwen is het immers lastig om welke brug dan ook te slaan.

Sociaal kapitaal, en dan met name de overbruggende en ‘linking’ vorm ervan, helpt mensen om vertrouwen te hebben in de overheid. Deze vormen van sociaal kapitaal (ook ‘bonding’ kapitaal) zijn bijvoorbeeld nodig om de nieuwe (sociale) norm voor beschermend gedrag (mondkapjes, fysieke afstand) makkelijker te accepteren en te adapteren tijdens een pandemie. Dit zagen we ook terug in het narratief onderzoek van het RIVM (zie H. 10-12). Organisaties deden er alles aan om de nieuwe (groeps) norm met verve uit te dragen (‘zo doen wij het hier’) in de hoop dat mensen deze norm makkelijker zouden accepteren en hun gedrag zouden aanpassen aan de nieuwe omstandigheden. Zo droegen de organisaties bij aan het ontwikkelen van sociaal kapitaal én aan preventie.

Klinenberg geeft vele voorbeelden die duidelijk maken op welke manier een sterke sociale infrastructuur (o.a. via sociaal kapitaal) ook in ‘normale tijden’ kan bijdragen aan sociaal beschermende en gezonde gemeenschappen.³⁴¹ Denk bijvoorbeeld aan buurtbibliotheken die een functie vervullen voor kwetsbare groepen, want ongeletterdheid en eenzaamheid tegengaan. Andere voorbeelden zijn de aanleg van biologische tuinen in arme wijken of kooklessen die in voedselwinkels worden gegeven en waar tegelijkertijd informatie over gezond leven wordt verstrekt. Ook hier geldt dat de fysieke voorwaarden alleen nog geen sociaal of betrokken gedrag tussen mensen garanderen.

340 Fraser duidt ook het Janus effect bij sociaal kapitaal op basis van onderzoek. Dit betekent dat sommige vormen van bindend sociaal kapitaal juist tot meer besmettingen in eigen kring leiden. Het gaat hier om zeer hechte gemeenschappen waar de ziekte zich makkelijk verspreidt omdat er sprake is van veel onderling contact in de eigen groep.

341 Klinenberg noemt bibliotheken ‘palaces for the people’, vanwege de aantrekkingskracht op kwetsbare mensen die zich er welkom voelen.

Klinenberg heeft de afgelopen jaren veel onderzoekers – onder andere in de VS maar ook in Nederland – geïnspireerd het ‘wezen’ en de werking van de sociale basisinfrastructuur verder te onderzoeken.³⁴² Wat opvalt is dat het wetenschappelijke domein van waaruit het onderzoek plaats vindt invloed heeft op de definitie van de sociale infrastructuur. Antropologen, zoals Simone (2004; 2023) benadrukken vooral de menselijke relaties als wezenlijk voor de infrastructuur (‘people as infrastructure’). Geografen en ook architecten beschouwen vooral de waarde van de fysieke omgeving (gebouwen, publieke ruimte) als een basis voor menselijke ontmoeting en contact (Latham & Layton, 2019, 2022).³⁴³ Sociologen benoemen naast de menselijke interactie tussen burgers, ‘in de wereld dichtbij huis’, ook de laagdrempelige sociale zorg-, en welzijnsvoorzieningen en publieke diensten (zowel formeel als informeel, zoals burgerinitiatieven) die vooral kwetsbare mensen een vangnet kunnen bieden (Engbersen & Sprinkhuizen, 2023). Volgens Klinenberg zijn de harde (fysieke) en de zachte (sociale) infrastructuur onlosmakelijk met elkaar verbonden. In crisistijd is dit aantoonbaar, want: “when hard infrastructure fails, as it did in the great Chicago heat wave, it’s the softer, social infrastructure that determines our fate” (ibid., p. 15).

Wat de sociale basis wel en niet is?

De sociale basis is er altijd, stelt het Verwey Jonker Instituut: krachtig of niet.³⁴⁴ Het meten en bewijsbaar aantonen van het preventieve werking van de sociale basis is echter een complexe aangelegenheid, die nog in de kinderschoenen staat (Deuten & Kwakernaak, 2023). Om de preventieve en beschermende waarde van de sociale basis goed te kunnen duiden, ‘op waarde te kunnen schatten’ en ‘zijn werk te laten doen’ lijkt het van belang om uit de spraakverwarring te komen van wat die sociale basis wel en niet is. Problemen voorkomen gaat immers meestal niet vanzelf en dus is het de vraag wat de sociale basis wel en niet voor preventie kan betekenen en onder welke voorwaarden.

Zoals ik in hoofdstuk 13 heb laten zien kan een te sterk geloof in de ‘eigen kracht’ van (kwetsbare) mensen ten koste gaan van een investering in voorzieningen en steun. Andersom geldt ook dat, als de sociale basis alleen in fysieke gebouwen of formele voorzieningen wordt vertaald, er iets essentieels ontbreekt. Dan wordt over het hoofd gezien dat het juist mensen zijn die open, betrokken en nieuwsgierig zijn, die de noden van kwetsbaren zien en die respons geven op het appèl dat daarvan uitgaat. In de Hoofdstukken 10-12 zagen we hoe de geïnterviewde ‘sleutelfiguren’ in deze menselijke

342 De Erasmus Universiteit in Rotterdam, vakgroep ‘Erasmus School of Social and Behavioural Sciences (ESSB), Department Of Public Administration and Sociology (DPAS), team Policy, Politics and Society’ doet momenteel onderzoek naar de (preventieve en beschermende) werking van de sociale infrastructuur, onder leiding van Prof. Dr. G. Engbersen en onderzoekers G. Enneking en F. Pijpers. Ik dank aan hen enkele artikelen die in deze paragraaf worden geciteerd.

343 Naast bibliotheken noemen Latham en Layton (2019) wasserettes, badgelegenheden, pizzeria’s, parken, pleinen, speeltuinen en scholen.

344 Zie het positon paper van het Verwey Jonkerinstituut (2022) en de definitie van de sociale basis van de commissie Peper (zie H. 13).

maat voorzagen. Het zijn de mensen die 'dingen' doen die 'deugen' met en voor anderen en die daarmee sociaal en moreel kapitaal al doende ontwikkelen. Het zijn deze mensen die de voorzieningen maken en al wat er aan 'signalerend en verbindend potentieel' omheen zit. Menselijke betrokkenheid, die zich dikwijls uit in compassie en empathie, is echter niet vanzelfsprekend. Het is mijns inziens daarom nodig – en daarin volg ik Klinenberg – de sociale basis altijd te bezien vanuit een 'én – én' positie en dus altijd te zien als een complementair geheel, oftewel zoals het Verwey-Jonker Instituut (VJI) stelt als 'overlappende sferen' (Britt et al., 2022, p. 7):³⁴⁵

1. De persoonlijke sociale relaties die mensen zelf onderhouden in de privéwereld (in 'de wereld rond en dichtbij huis') zonder tussenkomst of betrokkenheid van professionals (het spreekwoordelijke pannetje soep).
2. De professionele of formele organisaties en voorzieningen die mensen in het alledaagse leven nodig hebben om te kunnen leven en participeren, die vrij toegankelijk zijn maar waar dikwijls ook vrijwilligers actief zijn (zoals kinderdagverblijven, scholen, sportvoorzieningen, bibliotheken, consultatiebureaus, eerstelijnsorganisaties binnen zorg en welzijn).
3. Informele netwerken, organisaties en voorzieningen die in gemeenschappen en regio's tot stand komen waar een maatschappelijk doel aan is gekoppeld en in meer of mindere mate sprake is van zelforganisatie van burgers (al dan niet ondersteund door professionals of subsidies). Denk aan de particuliere voedselbank; een privaat initiatief, maar op den duur wel licht ondersteund door de gemeente, mede om de voedselbank voor ineenstorting te behoeden.
4. De fysieke infrastructuur die sociaal contact en 'publieke familiariteit' bevordert. De aanwezigheid van een park, buurthuis, kindvriendelijke looproutes naar de school, bankjes op de looproute van een zorgcentrum naar een winkelstrip, een bibliotheek, speeltuintjes, geveltuintjes, zichtbare aangename en goed onderhouden woningen, goede straatverlichting, enzovoort.

De sociale basis bestaat kortom uit formele en informele voorzieningen en diensten in een goed evenwicht, uit harde en zachte infrastructuur: uit gebouwen, openbare ruimte én mensen die elkaar ontmoeten in buurten en wijken en mogelijk een of andere vorm van betrokkenheid op elkaar hebben of krijgen. Zonder werkbare en betekenisvolle relaties tussen mensen zijn er ook geen werkbare en rechtvaardige voorzieningen en kan er van die sociale basis ook geen preventieve werking uitgaan. Vroegsignalering bijvoorbeeld van complexe problemen van inwoners kan alleen dan worden waargemaakt als er 'oplettende' mensen zijn die voelen dat er 'iets niet pluis is'. Deze kenmerken maken ook dat er grenzen zijn aan de maakbaarheid van de sociale basis. Het slagen van de ambities om bijvoorbeeld de persoonlijke en informele basis te verstevigen hangt voor een groot deel af van de mensen die er deel van uitmaken.

345 De indeling die ik hier geef overlapt deels met de indeling van het Verwey Jonker Instituut maar wijkt daar toch ook iets van af (zie H. 3.).

Die mensen kan je ondersteunen en stimuleren maar niet de wet voorschrijven of ‘voor de kar’ spannen (cf. Britt et al., 2022, p. 8).

Mijn stelling is hier dat de sociale (basis)-infrastructuur (inclusief de fysieke infrastructuur) als hulpbron op zichzelf (en zeker in crisistijd) weinig preventieve waarde heeft als er geen sprake is van betekenisvolle relaties tussen mensen en er onvoldoende betrokken sleutelfiguren zijn. Betekenisvolle relaties worden wel gestimuleerd indien er voldoende uitnodigende en veilige (fysieke) plekken zijn waar mensen elkaar kunnen ontmoeten (Latham & Layton, 2019). Ontmoeting gaat aan betrokkenheid vooraf maar is daar geen garantie voor. Mijn stelling is ook dat het vooral de informele voorzieningen en informele sleutelfiguren zijn die de kracht van de sociale basis bepalen. Informele voorzieningen en sleutelfiguren beschikken over unieke kwaliteiten om kwetsbare groepen te beschermen in tijden van een pandemie (zie H. 11 - 12). Deze kwaliteiten zullen echter wel afhankelijk zijn van erkenning en de juiste vorm van (professionele) ondersteuning. In deze tijd is het overigens een vraag hoe je de sociale infrastructuur, die op zichzelf ook broos en kwetsbaar is, kan beschermen of behoeden voor een al te rigoureuze of instrumentele bureaucratische inmenging en verstoring. Zo kunnen projectontwikkelaars en private investeerders zich, met hulp van gemeenten, voor de buurt belangrijke plekken en buurten toe-eigenen waardoor relevante (informele) infrastructuur verloren gaat (cf. Horton & Penny, 2023).³⁴⁶ Het Verwey-Jonkerinstituut waarschuwt ook voor een te instrumentele benadering van de ‘sociale basis’, immers: “de sociale basis is meer een procesgericht dan een resultaatgericht domein” (Britt et al., 2022, p. 10).

Hieraan gekoppeld kan de theorie van sociale kwaliteit richtinggevend zijn – of als ‘yard-stick’ dienen, om te beoordelen of de sociale basisinfrastructuur op orde is. Oftewel: niet alleen bestaanszekerheid is belangrijk, maar ook sociale cohesie, inclusie en empowerment maken doen ertoe, zo betoogde ik in hoofdstuk 11. Mensen moeten zich welkom voelen in die sociale basis, er moeten voorzieningen zijn waar ze bij kunnen aansluiten of waar ze aan kunnen en mogen bijdragen. Van belang is ook dat mensen respectvol bejegend worden, voldoende gestimuleerd en aangemoedigd worden om te participeren. Het is nodig dat ze zich daar ‘empowered’ genoeg voor voelen en samen met anderen kunnen werken aan het verhogen van hun menselijk en sociaal kapitaal. Juist hier zijn belangrijke anderen voor nodig die mensen op het juiste moment aanspreken, hen in contact brengen met belangrijke anderen of anderszins een helpende hand bieden zonder daar iets voor terug te vragen. Rechtvaardige preventie vraagt om én-én investering: zowel in de mensen en hun morele kwaliteiten als in de voorzieningen en diensten die zij vanuit betrokkenheid en nabijheid realiseren.

346 Horton & Penny (2023) belichten enkele belangrijke risico's en kritiekpunten rond de ontwikkeling van de sociale basis. Zij laten zien hoe de sociale basis door de hogere middenklassen kan worden ‘gekaapt’ (vooral mensen die het niet nodig hebben gebruiken de voorzieningen of de middenklasse moraal bepaalt wat wel en niet als sociaal wordt gezien). De sociale basis weerspiegelt volgens hen dan ook altijd de machtsverhoudingen in de samenlevingen.

14.4. De preventieve kracht van het sociaal werk

Het sociaal werk is van oudsher altijd intentioneel gericht geweest op het bevorderen van sociale rechtvaardigheid in de zin van het opvangen, het ondersteunen en het helpen van mensen met weinig hulpbronnen, vaak levend in de marges of aan de onderkant van de samenleving.³⁴⁷ Het sociaal werk is daarmee in de basis een normatieve professie (Van Ewijk, 2014; Kunneman, 2005; 2017; Klaase, 2017; BPSW, 2021; 2022) en van cruciaal belang voor rechtvaardige preventie.

De laatste 15 jaar zijn er veel veranderingen in het sociaal domein geweest die impact hebben gehad op het sociaal werk. Zo zijn vanaf 1980 de bestuurlijke bevoegdheden voor sociaal werk steeds meer gedecentraliseerd en zijn gemeenten ook steeds vaker de opdrachtgever van het sociaal werk. Gemeenten zijn dicht bij burgers gepositioneerd en kunnen het vereiste maatwerk leveren, zo is de gedachte (zie MvT Wmo, 2007; 2015):

Gemeenten verwachtten met de transitie ook dat er inhoudelijk anders zou worden gewerkt door sociaal werk; meer gericht op eigen mogelijkheden van mensen en hun netwerken. Dit anders werken staat bekend onder de term transformatie van sociaal werk. De transformatie betekent voor het beroep dat sociaal werkers meer beroep doen op eigen draagkracht van mensen en hun sociale netwerk (Bredewold et al., 2018 in BPSW, 2022, p. 40).

Met de invoering van de (nieuwe) Wmo in 2015 stelt het Rijk daarom duidelijke kaders aan het welzijnswerk. Dit betekent dat sociaal werkers mede ingezet worden om de doelen van de overheid te realiseren. Kunneman waarschuwde in 2005 al voor de risico's die dit met zich mee zou brengen: sociaal werkers zijn, door de knellende kaders, soms genooddaakt om 'ondergronds' te werken om daarmee recht te doen aan de noden van hun cliënten en aan hun eigen professionele waarden en normen (Kunneman, 2005 in Kunneman 2017). Bij het realiseren van hun doelen lopen sociaal werkers – door de bezuinigingen en invoering van marktwerking – dikwijls aan tegen (te) krappe budgetten en onzeker makende aanbestedingsprocedures (cf. Gabriels, 2023, p. 296). Die terugkerende aanbestedingsprocedures zetten professionals klem, waardoor de continuïteit van het werk niet gegarandeerd worden. Ook is kritiek uiten op het beleid hierdoor ingewikkelder geworden (cf. Engbersen et al., 2022; Kolner & Sprinkhuizen, 2014). Dit heeft gevolgen voor de wijze waarop sociaal werkers hun werk uitvoeren.

Movisie onderzoeker Radboud Engbersen uitte onlangs in een column zorgen over de frustraties waar veel sociaal werkers en zogeheten buurtverbinders tegenwoordig tegenaan lopen (Engbersen, 2023). Het lukt ze vaak niet om zich succesvol te verbinden met mensen. Hij spreekt over een toenemend aantal mensen met 'verbindingstekorten', omdat ze geen geld, weinig contacten en perspectief hebben. Ze ontberen 'vitale relaties' stelt Engbersen. Door het segregerende woon- en onderwijsbeleid en de

347 Zie de internationaal door de IFSW geformuleerde definitie van het sociaal werk (zie H. 3).

afbrokkelende verzorgingsstaat staan buurtverbinders, net als sociaal werkers: “... voor een bijna onmogelijke opgave. Hoe personen met elkaar te verbinden met zulke tegenkrachten?” (par. 2). Engbersen pleit voor een ‘verbindende verzorgingsstaat’ die de condities schept voor het leggen van betekenisvol contact tussen sociaal werkers, bewoners en cliënten.

Hieronder ga ik dieper in op de beroepsprofielen van de sociaal werker. De vele opleidings- en beroepsprofielen behorende tot het sociaal werk zijn aangepast, sinds het advies ‘Meer van Waarde’ (2014) van de verkenningcommissie hoger sociaal agogisch onderwijs, onder het voorzitterschap van Hans Boutellier. Twee kernkwaliteiten staan voor de verkenningcommissie bij de sociaal werker in ieder geval voorop, namelijk: *grondige kennis* en een *reflectieve houding*. Ik start deze analyse met enkele beschouwende opmerkingen op basis van een ‘kritische lezing’ van vier ‘oudere’ beroepsprofielen van voor 2014 in het licht van mijn vraagstelling.³⁴⁸ Hierbij zal ik aantonen dat preventie ‘als begrip’ weinig expliciete aandacht krijgt maar er wel inherent de basis van vormt. Vervolgens sta ik stil bij het meest recente generieke beroepsprofiel van de sociaal werker uit 2022, en in het bijzonder bij de kansen om vanuit dit beroep in de toekomst preventief invulling te geven aan het voorkomen van kansengelijkheid enerzijds én het verkleinen van de SEGV anderzijds.

14.4.1. Preventie in het sociaal werk ‘oude stijl’ (vanaf 2007)

Met name na de invoering van de WMO in 2007 zijn veel beroepsprofielen van sociaal werkers aangepast. In de loop van de tijd werden veel van de oude profielen die nog door het toenmalige NIZW zijn ontwikkeld onder regie van Movisie Beroepsontwikkeling en in samenwerking met maatschappelijke partners in een nieuw jasje gestoken.³⁴⁹ Hieronder beschrijf ik in drie overkoepelende reflecties wat mij het meest opvalt bij vier verschillende beroepsprofielen,³⁵⁰ te weten de algemeen maatschappelijk werker (Movisie, 2007), de jongerenwerker (Movisie, 2008), de opbouwwerker (Movisie, 2010b) en de belangenbehartiger (Movisie, 2011).

1. *Preventie blijft impliciet maar is expliciet verbonden aan sociale rechtvaardigheid*
Sociaal werk wordt door velen geassocieerd met preventief werken. Echter, wat opvalt is dat preventie als *term* niet vaak voorkomt in de genoemde beroepsprofielen van het sociaal werk. In alle profielen ligt de nadruk op het werken met en voor kwetsbare groepen (zoals ‘armen’, mensen met een

348 Ik beperk me tot een algemene beschouwing en haal daarbij wel begrippen maar geen citaten aan om te voorkomen dat ik zaken uit hun context trek en daarmee tekort doe.

349 Daarnaast zijn ook opleidingsprofielen en kwalificaties voor verschillende sociaal werk specialisaties ontwikkeld voor de HBO opleidingen voor Sociaal Werk door het Landelijke Opleidingsoverleg..

350 Het gaat hier niet om een systematische analyse. Gekozen is voor vier uiteenlopende profielen van veel voorkomende beroepen.

lichamelijke beperking, mensen met geestelijke of psychiatrische problematiek, kwetsbare bewoners, jongeren of cliënten). Het gaat dus om groepen waarbij vaak al sprake is van problemen, waardoor *secundaire en tertiaire preventie*³⁵¹ meer in beeld komen.

Dat de term preventie zelf niet veel voorkomt wil niet zeggen dat preventie niet als waarde wordt onderkend of verondersteld, of dat voor preventie belangrijke functies niet benoemd worden. Integendeel. ‘Signaleren’ en ‘analyseren’ bijvoorbeeld zijn de hoofdcompetentie van de *jongerenwerker* (Movisie, 2008) en de *belangenbehartiger* (Movisie, juni 2011, p. 6). Bij de laatste staat ook ‘het uitvoeren van (politieke) acties binnen en buiten de formele uitvoeringsprocessen om ongelijkheid aan de kaak te stellen’ (ibid., p. 9). ‘Signaleren en agenderen’ staat ook bij de *opbouwwerker* centraal in het takenpakket (Movisie, 2010b, p. 23). In het profiel van de *algemeen maatschappelijk werker* staat het ‘planmatig en gericht interveniëren om terugval te voorkomen, een problematische situatie of toestand draaglijk te maken en de draagkracht te vergroten’. In hetzelfde profiel staat ‘het voorkomen van escalatie en afglijden naar een onhoudbare situatie van zelfverwaarlozing, verloedering en overlast’ door ‘bemoeizorg’ (Movisie, 2007, p. 21). Het gaat hierbij om zowel individuele als collectieve interventies, in de zin van het versterken van vermogens van mensen om sociale veranderingen te bewerkstelligen, op het niveau van het individu, de directe omgeving en de samenleving.

In de profielen worden taken die met primaire preventie te maken hebben vaak in positieve ‘taal’ gegoten. In het profiel van de *opbouwwerker* (2010) bijvoorbeeld worden termen gebruikt, zoals ‘het optimaal ondersteunen en faciliteren van de burger’, ‘het versterken van verbindingen en netwerken’, ‘opbouwen van vertrouwen’, het ‘activeren en mobiliseren van mensen’ en ‘het stimuleren van creativiteit, zelfbeschikking en zelfredzaamheid’. Vooral structurele problemen moeten door de sociale professional bij relevante instanties en partijen geagendeerd worden en worden opgepakt (Movisie, 2010b, p.23). De *opbouwwerker* moet daartoe ‘gebieds- en krachtenveldanalyses’ opstellen, ‘druk uitoefenen’ op de geëigende instanties en ‘schakelen tussen de partijen’ zodat vraagstukken die wijzen op structurele problemen worden opgepakt. Zij moet hierbij ook ‘invloedvergroting’ nastreven (p. 15). Hierbij wordt verwezen naar het bevorderen van rechtvaardig beleid van instituties en het vergroten van kansengelijkheid.

2. Veel van wat sociaal werkers doen past bij het vocabulaire van de Wmo

Het sociaal werk is in haar omschrijving en focus op kwetsbare groepen een kernprofessie in het hart van de Wmo en het sociaal domein te noemen.

351 Voor een definitie en verklaring van deze begrippen, zie hoofdstuk 3.

Wat opvalt in de profielen is dat ingezet wordt op het ‘sociaal functioneren van mensen en het bevorderen van participatie aan de samenleving door collectieve activiteiten’. Hiermee sluiten de profielen nauw aan bij de ‘taal’ en doelstellingen van de Wmo (VWS, Memorie van Toelichting, Wmo, 2005, zie ook Movisie, 2007, p. 37). Ook woorden als ‘participatie’ en ‘zelfredzaamheid’ passen hierbij. In het beroepsprofiel van de *opbouwwerker* worden veel bewonersgerichte taken geformuleerd als ‘present zijn en contact leggen’ en ‘analyseren met betrokkenen’ (Movisie, 2010b). In die van de jongerenwerker staan ‘informatie en advies geven’, ‘vraaggericht werken’ en ‘integraal (samen)werken’ wat ook aansluit bij het WMO vocabulaire (MvT Wmo, 2007). Overigens valt op dat er weinig kritische kanttekeningen worden gemaakt bij deze ‘aanpassing’ van het beroep aan de nieuwe wetgeving, terwijl dit toch ook risico’s met zich mee brengt. Daarbij valt te denken aan het ‘beschuldigen’ of ‘beschamen’ van mensen omdat ze sociaal niet functioneren of participeren, conform de intentie van de wet.³⁵²

3. *De sociaal werker is een relationele acrobaat die moet kunnen omgaan met matige tot zeer complexe situaties en het vooral moet hebben van een onzeker balanceren.*

Het sociaal werk is bij uitstek een relationeel beroep (cf. Driessens 2022). Dat dit geen sinecure is blijkt uit teksten van de profielen. Er staat dat sociaal werkers vooral moeten balanceren. Zo moeten ze de balans bewaren tussen de eigen normen en waarden en die van hun cliënten en omgeving, tussen respons geven op signalen en interveniëren of op de handen zitten, tussen betrokkenheid en nabijheid aan de ene kant en loslaten, distantie (afstand) en vertrouwen geven aan de andere kant (cf. Veldboer et al., 2022, p. 15). Sociaal werkers moeten ‘er op af’ en het hebben van assertiviteit, representativiteit, integriteit en empathie, maar mogen cliënten ook niet afhankelijk maken of beroven van zelfwerkzaamheid of zelf-oplossend vermogen.³⁵³ Ze moeten problemen signaleren en deze analyseren en vroegtijdig aanpakken, maar tegelijkertijd moeten ze ontzorgen en problemen niet etiketteren of problematiseren (cf. Engbersen & Sprinkhuizen, 2022). Het gaat om ‘opdrachten waar maken’ maar ook kostenbewust opereren (Movisie, 2008, p. 51). Uit alle beschrijvingen blijkt dat sociale complexiteit, reflectie en omgaan met onzekerheid en onvoorspelbaarheid tot de kernkwaliteiten van het sociaal werk horen. Voor preventie levert dat ontegenzeggelijk grote uitdagingen op. Voor sociale professionals die aan preventie werken lijkt het erop dat dit vooral veel

352 Het begrip ‘sociaal vermogen’ dat Van Ewijk eerder hanteerde is meer neutraal geformuleerd dan ‘sociaal functioneren’ (zie ook Nussbaum over het woord ‘functionality’ in H. 3; Klaase, 2017).

353 Hier zien we de retoriek uit het RMO rapport terug. Zie par. 13.3.2.

dilemma's met zich mee brengt, oftewel dat ze zich al afwegend en schakelend op een 'wiebelig koord' staande moeten weten te houden.

14.4.2. *Het generieke beroepsprofiel van de sociaal werker (2022): preventie en rechtvaardigheid*

In het generiek beroepsprofiel van de sociaal werker uit 2022 (BPSW, 2022) wordt expliciet aandacht gegeven aan preventie (zie tekstkader). Preventie is ten eerste inherent besloten in de korte typering van het sociaal werk die in het beroepsprofiel wordt gebruikt, namelijk: "Sociaal werk bevordert het sociaal functioneren³⁵⁴ van (kwetsbare) mensen, groepen en gemeenschappen in complexe omgevingen en in wisselwerking met die omgevingen" (pp. 6, 21, zie ook H. 3). Deze definitie beoogt de reikwijdte van het beroep (op micro-, meso- en macroniveau) goed weer te geven en veronderstelt preventief werken. Om het sociaal functioneren te bevorderen, dienen immers tal van belemmeringen en obstakels uit de weg geruimd worden.

Tekstvak 14.1

Uit: Beroepsprofiel Sociaal werk

Sociaal werk is gericht op preventie

Sociaal werkers voorkomen veelal dat een situatie verslechtert of dat problemen onbeheersbaar worden. Bij preventie gaat het om het voorkomen dat mensen vastlopen als ze hinder ondervinden op cruciale levensgebieden, om het bieden van ondersteuning bij het vinden van een aanvaardbaar evenwicht in het dagelijks leven, en om het tegengaan van terugval of stapeling van sociale vragen (Linders, 2019). Sociaal werkers willen de vragen voor zijn, willen niet wachten tot een situatie onoplosbaar is of uit de hand is gelopen. Zij willen voorkomen dat dergelijke situaties optreden. Sociaal werk wordt gekarakteriseerd door vooruitzien en vooruitdenken. Dankzij hun ervaring en theorie voorzien sociaal werkers bijtijds dat situaties kunnen ontsporen en maken zij werk van preventie. Daar waar preventie onmogelijk is, wordt ingezet op langdurige of structurele zorg of ondersteuning of rehabilitatie en herstel (ook wel bekend als het meewerken aan 'cure' en 'care'). Sociaal werk ondersteunt dan in het proces van herstel of ondersteunt langdurig, zodat er in een situatie een mate van sociaal functioneren kan worden bereikt.

Bron: Beroepsprofiel van de sociaal werker, BPSW, 2022, p. 41

Wat opvalt in de hierboven gegeven omschrijving van preventie is dat deze de problemen van individuen (dus op microniveau) als vertrekpunt kiest. Ook valt op dat een algemene definitie van preventie uitblijft en dat er geen aandacht is voor primaire preventie vanuit het kansen- of krachtperspectief of vanuit collectieve activiteiten (mesoniveau)

354 Het begrip 'sociaal vermogen' dat Hans van Ewijk gebruikte in de oorspronkelijke typering van het sociaal werk in zijn boek *Sociale complexiteit* is hier vervangen door 'sociaal functioneren' (zie H. 3).

of het aanpakken van structurele maatschappelijke oorzaken (macroniveau). Het aanpakken van kansenongelijkheid wordt niet als expliciet doel geformuleerd in deze preventietekst.³⁵⁵ Wat tevens opvalt in tekst in het tekstkader over preventie is dat er niet naar een preventietheorie wordt verwezen en dat er weinig concrete handvatten aan professionals gegeven worden. Sociaal werkers moeten het vooral hebben van een ‘vooruitziende blik’, en ‘doorzien dat situaties kunnen ontsporen’ van waaruit zij ‘werk maken van preventie’. Preventie blijft hiermee als mogelijke kerntaak of als uitgangspunt wat onbestemd en ambigue van aard.

De normatieve professional

Zoals reeds gesteld wordt de sociaal werker in het meest recente beroepsprofiel en in de bijbehorende beroepscode beschreven als een ‘normatieve professional’ (BPSW, 2021; 2022). Het normatieve karakter van het vak ligt volgens het profiel besloten in het volgen van de beroepscode waarin deels eerdergenoemde uitgangspunten zijn te herkennen, namelijk: mensenrechten en sociale rechtvaardigheid, respect voor diversiteit, empowerment en een presente grondhouding.

Bij normatieve professionaliteit gaat het mede om reflectiviteit en het daarbij hanteren van persoonlijke waarden,³⁵⁶ zo staat in het beroepsprofiel te lezen: “Het betreft [eigen, ck] ervaringen met en opvattingen over ethische vraagstukken en praktische wijsheid in concrete gevallen waarin morele overwegingen – dus ook waarden en normen van mensen, groepen, gemeenschappen – en de gehele werkcontext aan de orde zijn.” (BPSW, 2022, p. 27, zie H. 3, 4, 11 en 12). De sociaal werker brengt daarbij altijd ook zijn ‘eigen persoon’ in en een eigen ‘rugzakje’ mee.³⁵⁷ Volgens de beroepscode (artikel 28) moet de sociale professional maatschappelijke ontwikkelingen en beleidseffecten die het ‘tot hun recht komen van mensen’ belemmeren ten alle tijden signaleren en agenderen: “hiermee geeft de professional het streven naar een sociaal rechtvaardige samenleving gestalte” (BPSW, 2021, p. 33).³⁵⁸

Normatieve sociale professionals kunnen volgens het beroepsprofiel (ibid., p. 25, zie H. 4) putten uit verschillende bronnen van kennis, te weten wetenschappelijke (‘evidence based’), normatief ethische en filosofische kennis, kennis afkomstig uit beroepsinzichten (waaronder tradities en cultuur, praktijktheorieën, professionele ervaringen en morele overtuigingen), kennis afkomstig uit clientperspectieven en groepen om wie het gaat met eigen levenservaringen en tot slot ervaringsdeskundige

355 Elders in de tekst van het beroepsprofiel wordt het woord ‘kansenongelijkheid’ één keer genoemd (op p. 20). Ook wordt één keer verwezen naar het feit dat andere beroepen werken aan het verkleinen van de gezondheidsverschillen en werken met het concept ‘positieve gezondheid’ (BPSW, 2022, p.44).

356 Volgens Klaase gaat het bij sociaal werkers niet alleen om de expliciete maar ook impliciete normativiteit. Bij de laatste gaat het om eigen normen en waarden die professionals zich vaak niet bewust zijn, maar die wel invloed hebben op hun inschattingen van situaties.

357 Kunneman noemt dit de ‘persoonlijke factor’ of het eigen ‘betekenis gevend kader’ die het werk en de uitkomsten ervan altijd mede bepalen (Robbesom, 2017, p. 61 en 87).

358 Volgens Klaase (2017) is er lang niet altijd sprake van voldoende besef van de maatschappelijke oorzaken van problemen.

kennis. Het gaat hierbij vooral om het putten uit morele kennisbronnen, oftewel uit modus 3 kennis, zoals Kunneman voorstelt (zie H. 4). Vanwege het mogelijk botsende karakter van deze soorten kennis, zeker in complexe situaties³⁵⁹ lijkt mij dit tegelijkertijd ook een pleidooi voor continu ‘afwegen, reflecteren en balanceren’. Immers, hoe weeg je wetenschappelijke kennis en een daarop gebaseerde algemene regel of procedure af tegen ervaringskennis gebaseerd op een specifieke situatie en context van een in nood verkerende burger?

Uit de analyse blijkt dat het sociaal werk bij uitstek een mensenrechtenberoep is waar rechtvaardige preventie een stevige plek in dient te krijgen. Het denken over de preventieve waarde van het sociaal werk staat of valt mijns inziens bij het besef en de waardering voor de omvang en de complexiteit van de opgave van rechtvaardige preventie. Rechtvaardige preventie kan niet zonder het sociaal werk, maar het sociaal werk kan rechtvaardige preventie alleen waarmaken als ze deze opgave in het beroepsprofiel expliciteert, er ‘taal’ aan geeft en in de praktijk uitwerkt en waarmaakt. Daar moeten professionals in de toekomst voldoende waardering, erkenning en ruimte voor krijgen.

14.5. Kansen voor verbinding tussen sociaal en gezond in de nabije toekomst

In deze laatste paragraaf bespreek ik hoe rechtvaardige preventie een kans kan krijgen in de toekomst. De laatste jaren wordt een roep voor een paradigmashift in zorg en welzijn steeds luider (cf. andere Movisie, 2015;³⁶⁰ 2020; RVS, 2023). Het besef groeit dat er meer en beter tussen partijen in het voorveld en inter- en transdisciplinair moet worden samengewerkt om de gezondheidsverschillen af te laten nemen. Deze samenwerking en inzet op preventie beslaat meerdere domeinen tegelijk (cf. het ‘Health in All Policies’ of HiAP principe, H 6). In de praktijk zien we de laatste tijd bijvoorbeeld een beweging gericht op het samenbrengen van de preventieve gezondheidszorg en het sociaal domein (zie H. 7). Verschillende stimuleringsprogramma’s voor preventie pleiten hiervoor.

De in hoofdstuk 5 genoemde beweging rond *positieve gezondheid* bijvoorbeeld neemt mentaal welbevinden en zingeving als dimensies serieus. Wel blijft het conceptueel ingewikkeld dat (het brede concept van) ‘kwaliteit van leven’ hier los staat van mentaal

359 Kunneman maakt duidelijk dat de eerste twee kennismodi meestal dominant zijn waardoor kennismodus 3 in het gedrang komt.

360 Onder de noemer Sociaal Werk Versterkt (2015) bracht Movisie een eigen beroepsprofiel van de sociaal werker uit waarin lichamelijke gezondheid een van de leefgebieden is. Hier wordt preventie als taak gezien binnen een bredere missie gericht op sociale en economische gelijkheid, het bevorderen van menselijke waardigheid, werken aan omgevingsgerichte en gemeenschappelijke duurzaamheid en de erkenning van het belang van persoonlijke relaties. De taken onder het leefgebied ‘lichamelijke gezondheid’ overlappen met die van de gezondheidsbevordering. Preventie wordt in dit profiel sterk gekoppeld aan het voorkomen van risico’s op lichamelijke problemen.

welbevinden en zingeving en hier als een determinant van gezondheid wordt gezien en niet andersom (cf. Arnoldus et al., 2017). Programma's en initiatieven als het Gezond en Actief Leven akkoord (GALA), het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO), het Integraal Zorg Akkoord (IZA) en de specifieke doeluitkering voor gemeenten (SPUK) voor onder andere 'sport en bewegen, cultuurparticipatie, gezondheidsbevordering, en de sociale basis', gericht op een gezonde generatie in 2040, zijn ambitieus wat betreft het koppelen van gezondheidsbevordering aan het bevorderen van welbevinden van mensen. Het preventie-akkoord uit 2019 en de programma's IZA,³⁶¹ GALA, WOZO, Kansrijke start en SPUK uit 2022 roepen op tot meer samenwerking tussen de publieke gezondheidszorg en het sociaal domein (VWS, 2018, 2022). Dit is kansrijk.

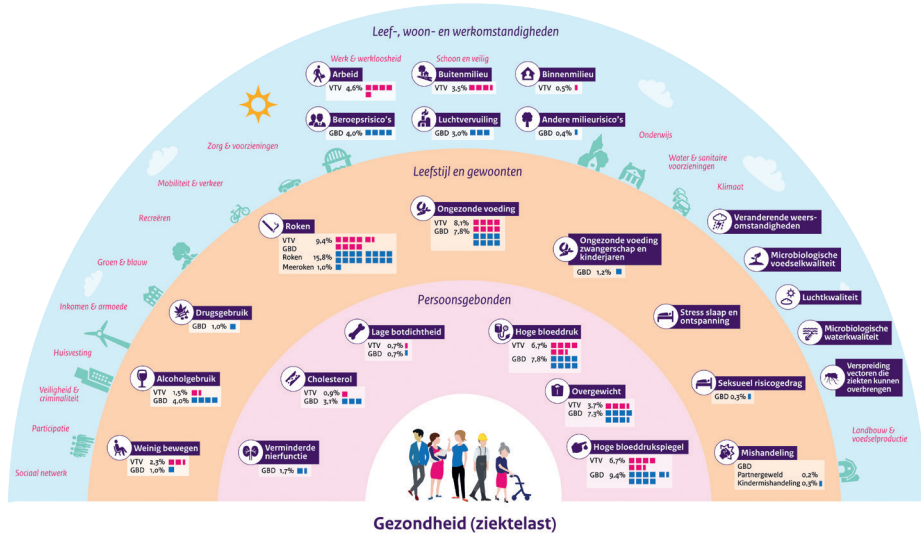
Rond deze initiatieven zijn echter ook een aantal kanttekeningen te plaatsen. Een nadere beschouwing van de teksten op de website van VWS³⁶² en de onderliggende programma's bijvoorbeeld maakt duidelijk dat 'gezondheid' als begrip centraal staat en 'gezonde leefstijl' het belangrijkste aangrijpingspunt is en blijft. De intentie daarbij is breder te kijken naar gezondheid, wat een positieve verandering is. De vraag is echter of deze brede blik ook een 'anders kijken' naar mensen, hun vermogens en problemen inhoudt. Deze vraag stel ik omdat in bv. in het GALA document begrippen als zorg- en ziektelast, biomedische risicofactoren, leefstijl gerelateerde determinanten – kenmerkend voor het medisch paradigma – dominant lijken te zijn. Zie het determinantenschema van het RIVM in Figuur 14.1 (VWS, GALA, 2023, p. 6).

361 In het IZA is een paragraaf opgenomen over preventie (paragraaf 3.5). Het gaat hierin vooral over de verbinding tussen publieke gezondheidszorg en de curatieve zorg. Dat wil zeggen: over individuele preventie (geïndiceerde en zorg-gerelateerde preventie) en niet over collectieve preventie in het sociaal domein (Uit RVS, 2023, p. 29)

362 Zie: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/01/31/gala-gezond-en-actief-leven-akkoord>

Figuur 14.1

Determinanten van gezondheid



In bovenstaand schema staat (het hebben van) 'een sociaal netwerk' in dezelfde buitenring als het klimaat en dat geeft te denken. Een nadere beschouwing van de tekst van de documenten laat zien dat het er inderdaad op lijkt dat de public health 'de kleren van het sociaal werk steelt' (zie H. 4) oftewel dat 'welzijn' en 'kwaliteit van leven' worden ingelijfd binnen het op het individu gericht gezondheidsparadigma. Welzijnspartijen of het sociaal werk lopen het risico vooral een instrumentele rol in relatie tot gezondheid- en zorgthematiek toebedeeld te krijgen, bijvoorbeeld door buurthuizen rookvrij te maken of door het stimuleren van beweegactiviteiten om overgewicht aan te pakken (Verharen et al., 2023; zie ook H. 2). De eigen intrinsieke waarde van het sociaal werk, in het contact maken met de zogeheten 'moeilijke doelgroepen' via sociale interventies en het opbouwen van vertrouwen (zie SWN, 2023),³⁶³ lijkt daarbij grotendeels buiten beeld te blijven. Dat neemt niet weg dat er veel kansen binnen deze programma's liggen die benut kunnen worden om het medisch, gezondheids- en sociaal domein aan elkaar te verbinden met het oog op rechtvaardige preventie.

363 Hier wordt gerefereerd naar de Handreiking Sociaal binden op basis van onderzoek van Sociaal Werk Nederland (SWN) uit 2023.

14.6. Conclusie: opmaat voor een paradigmashift naar rechtvaardige preventie

In dit hoofdstuk heb ik zeven richtingwijzers benoemd die taal geven aan rechtvaardige preventie en die tegelijkertijd spanningsvelden ten aanzien van preventie binnen de public health inhouden.

1. *Sociale complexiteit*: het zien, begrijpen en accepteren van *sociale complexiteit* vormt de basis van rechtvaardige preventie vanuit een *collectieve krachtgerichte benadering*. Wetenschappelijke kennis schiet dikwijls tekort en moet aangevuld worden met andere, zoals ethische, morele, en op ervaring gebaseerde kennisbronnen. Een reflectieve en lerende houding van professionals is nodig om deze kennis continu aan te vullen en te vernieuwen.
2. *Nabijheid en presentie*: dit zijn onontbeerlijke *eigenschappen* van sociale professionals om kwetsbare mensen in hun context, hun waarde en eigenheid te zien en te begrijpen. Deze eigenschappen vormen een cruciaal tegenwicht voor de distantie die de benadering kenmerkt van preventie binnen het public health discours.
3. *Betrokkenheid, kritische zorgzaamheid en respect*: deze drie eigenschappen betreffen het ontwikkelen en aanboren van *moreel kapitaal*. Alhoewel deze eigenschappen moeilijk afdwingbaar zijn en door veel factoren worden belemmerd (denk aan hardnekkige vooroordelen) zijn het belangrijke principes die rechtvaardige preventie houvast geven. Zij vormen de humuslaag voor een rechtvaardige samenleving.
4. *Co-creatie en maatwerk* leveren zijn daarnaast essentiële *werkwijzen* om de mensen om wie het gaat en hun sleutelvertegenwoordigers recht te doen, in te sluiten en een stem te geven.
5. *Waardenwerk op alle niveaus*: rechtvaardige preventie impliceert vanuit vaste waarden te werken alsmede je te verhouden tot pluriformiteit (wat ook een waarde is). Naast de waarden die onderliggend zijn aan de theorie van sociale kwaliteit noem ik daarbij ook de waarde zin- en betekenisgeving (*meaningfulness*) en de waarde van betrokkenheid (*the social value of commitment*). Tegenover de meetbare en grijpbare zaken die zo kenmerkend zijn voor de public health wijs ik daarom ook op de vele *ongrijpbare, onnoembare en onzichtbare factoren* die in de relationele verhoudingen tussen professionals en cliënten het verschil maken en die een beschermende werking kunnen hebben. Het is noodzaak hier condities of *randvoorwaarden* voor te scheppen (denk aan het creëren van *safe spaces*).
6. *Botsende rechtvaardigheid*: als de *stem van mensen in kwetsbare posities* onvoldoende gehoord wordt is het nodig om 'botsend en indien nodig confronterend' aan te sturen op *leerzame wrijving of sociaal weerwerk*. Kritische zorgzaamheid is alleen mogelijk als kansenongelijkheid én de machtsstructuren die dit in stand houden aan de kaak worden gesteld.

7. *Het in beeld brengen van noden, behoeften en problemen van kwetsbare groepen.* Het is voor rechtvaardige preventie van belang om *mensen in kwetsbare posities goed in beeld te brengen*: niet alleen door middel van kwantitatief onderzoek maar eveneens door verschillende vormen van *kwalitatief onderzoek* waarin doelgroepen zelf betrokken worden en waar ze zelf iets aan hebben.

In het laatste deel van dit hoofdstuk heb ik betoogd dat het welzijnsbeleid niet alleen versnipperd en verzwakt is geraakt (zie H. 13) maar ook haar taal en vocabulaire voor preventie is kwijtgeraakt. Rechtvaardige preventie heeft een eigen krachtige en verbindende taal nodig die inhoud geeft aan de morele ondersteuning van formele en informele sleutelfiguren die handelen volgens bovenstaande richtingwijzers. Een sterke sociale basis(infrastructuur) kan daarbij dienen als een *sociaal en moreel fundament* voor gezondheid én welzijn. Dit fundament kan preventieve waarde hebben, mits er sprake is van een duurzame investering in mensen én voorzieningen. Het *sociaal werk* als ondersteunende professie kan daarbinnen een belangrijke rol spelen als professionals daarbij tijd en ruimte krijgen en met public health professionals de dialoog aangaan over spanningsvelden die in de verschillende paradigma's besloten liggen. *Invloedvergroting en kritisch vermogen* organiseren ten behoeve van rechtvaardige preventie is daarbij een essentiële taak van het sociaal werk, zeker als nieuwe bezuinigingen kritische zorgzaamheid onmogelijk maken.

Rechtvaardige preventie vraagt om een bij welzijn behorend doel en het daarbij passende engagement, logica, discours en vocabulaire van een 'betekenisvol leven', waarbij de 'stem' van mensen zelf bepalend is. Kansrijke preventieve programma's lopen het risico dat er te instrumenteel of slechts vanuit het oogpunt van kostenbeheersing (substitutie) naar het sociaal werk, naar de sociale basis of bijvoorbeeld informele zorg (zoals mantelzorg) wordt gekeken. Voorkomen dient te worden dat wordt weggekeken van de maatschappelijke oorzaken die bijdragen aan een tekortschietend vermogen van mensen, aan onrechtvaardigheid en aan hardnekkige kansengelijkheid. Het is daarnaast noodzakelijk dat gezamenlijk wordt gereflecteerd op hardnekkige vooroordelen en andere sentimenten die het betuigen van respect aan de mensenrechten belemmeren.

Slot: Conclusie hoofdstuk, inclusief discussie en epiloog

Het laatste hoofdstuk 15 is het slothoofdstuk waar ik alle hoofdstukken samenvat en de deelvragen en hoofdvraagstelling beantwoord. Ik sluit dit proefschrift af met een discussie en nabeschuiving.

Hoofdvraagstelling

Hoe kan het preventiediscours – op het snijvlak van de publieke gezondheid en het sociaal domein – zodanig worden verrijkt dat het preventiebeleid en de daarmee verbonden praktijken meer ten goede komen aan mensen bij wie de gezondheid kwetsbaar is en bij wie de kwaliteit van leven onder druk staat?

De vier deelvragen:

1. *Hoe is het public health preventiediscours en -beleid in Nederland vanuit de historie (internationaal, nationaal) te begrijpen?*
2. *Welke ontwikkelingen, dominante discussies en wetgeving hebben bijgedragen aan het public health preventiebeleid gericht op het verkleinen van de gezondheidsverschillen?*
3. *Welke lessen kunnen worden geleerd en welke kernbegrippen lichten op uit een ethische, empirische en inhoudelijke analyse van het preventiediscours en -beleid met het oog op sociale gelijkheid en het welzijn van mensen?*
4. *Welke richtingwijzers zijn hieraan te ontleen voor het preventiebeleid in de toekomst op het snijvlak van de public health en het sociaal domein?*

Introductie: hoofdstukken 1-4

Inleiding, probleemstelling, hoofdvraagstelling en deelvragen, begripsdefiniëring, ontwerp van het onderzoek en theoretische inkadering

Deelvragen 1 en 2: hoofdstukken 5-8

Algemene verkenning van de public health (geschiedenis, beleid en praktijk over veertig jaar)

Deelvragen 3 en 4: hoofdstukken 9-14

Zoeklichten ter verdieping op en verrijking van preventie vanuit de ethiek/filosofie, de COVID-19 pandemie en het sociaal werk

Conclusie: hoofdstuk 15 en epiloog

Beantwoording hoofdvraagstelling en deelvragen, discussie en reflectie op het onderzoek, en nabeschuiving

15. Beantwoording onderzoeksvragen, samenvatting en conclusie

Metaphorically, life is matter with meaning.

Pattee, 1995 in Giampietro, 2012

15.1. Inleiding

De afgelopen jaren is er veel gebeurd in het maatschappelijk debat rond preventie. De samenleving ontwikkelt zich in een snel tempo. Bij het schrijven van dit conclusiehoofdstuk is de pandemie endemisch geworden en lijkt de ergste ontwrichting tot het verleden te horen. Dat geeft tijd voor terugblikken, lessen leren en bezinning. Ondanks de opluchting over het einde van de pandemische situatie in Nederland en de rest van de wereld, zijn andere en nieuwe bedreigingen voor het welzijn en de gezondheid van inwoners van onze samenleving heel concreet en urgent geworden (zie H. 8). Er zijn inmiddels dermate veel urgente kwesties in Nederland en in de wereld dat ook wel wordt gesproken van een ‘perfecte storm’ (Beugelsdijk, 2021).

In dit proefschrift laat ik zien dat het zetten van stappen in de goede richting voor preventie vaak zwaar bevochten moet worden en bijna nooit vanzelfsprekend is. Er is een groeiend besef dat er in Nederland sprake is van structurele ongelijkheid en dat veel individuele gezondheids- en welzijnsproblemen van mensen maatschappelijke en structurele oorzaken hebben. Deze problemen zijn niet slechts een gevolg van ongezonde en onverantwoorde keuzes van mensen zelf. Mijn hoop bij het schrijven van dit concluderende hoofdstuk is dat dit besef mogelijk een keerpunt kan inluiden en als hefboom kan dienen voor rechtvaardige preventie.

In dit proefschrift pleit ik voor een ingrijpende omslag in het denken over preventie. Het gaat hierbij om een omslag die niet op de gezondheid of het functioneren van individuen alleen is gericht, maar die betrekking heeft op de vermogens van mensen en het functioneren van gemeenschappen en de samenleving als geheel. Ik pleit voor een omslag van het ‘systeem’ van denken over preventie en vooral van de wijze waarop naar menselijke vermogens, het ontstaan van problemen van mensen met de gezondheid of problemen in het dagelijks leven wordt gekeken. Het gaat om een paradigmashift waarin het brede welzijn van alle mensen en gemeenschappen centraal staat. Bij deze paradigmashift staat de erkenning centraal dat veel mensen complexe levens leiden in complexe omgevingen, en hulpbronnen en ondersteuning nodig hebben om betekenisvolle levens te kunnen leiden. Dergelijke ondersteuning en hulp is door sommigen over de loop van tijden (al sinds de 19^e eeuw, maar ook begin 21^{ste} eeuw) op negatieve wijze afgeschilderd, alsof het zou gaan om onnodige hulp omdat mensen zelf niets zouden kunnen doen of lui of afhankelijk zouden willen zijn. Een dergelijke visie vind ik niet alleen onvoldoende gefundeerd, maar ook onhoudbaar. Deze ondersteuning en hulp is rechtvaardig vanuit het besef dat het neoliberale en kapitalistische systeem dat onze samenleving al lange tijd domineert, naast enkele winnaars ook veel verliezers kent, en in Nederland *de relatie tussen ongelijkheid en ongezondheid* lange tijd niet is erkend.

Hoe ik rechtvaardige preventie invul en voor me zie werk ik uit aan de hand van de deelvragen en hoofdvraag van dit proefschrift. Ik sluit af met een voorstel voor

een definitie van rechtvaardige preventie op basis van hetgeen dit proefschrift heeft opgeleverd en de taal die ik er aan heb gegeven. Na dit hoofdstuk volgt nog een persoonlijke nabeschuiving.

15.2. Het public health preventiediscours: inzichten en ontwikkelingen (deelvragen 1 en 2)

Deelvraag 1: *Hoe is het public health preventiediscours en -beleid in Nederland vanuit de historie (internationaal, nationaal) te begrijpen?*

Deelvraag 2: *Welke ontwikkelingen, dominante discussies en wetgeving hebben bijgedragen aan het public health preventiebeleid gericht op het verkleinen van de gezondheidsverschillen?*

Ik beantwoord bovengenoemde deelvragen door eerst de belangrijkste thematische inzichten vanuit de hoofdstukken 5 tot en met 8 langs te lopen. Daarna formuleer ik enkele overstijgende observaties als samengesteld antwoord op de deelvragen.

In hoofdstuk 5 ben ik teruggegaan naar de geschiedenis van preventie binnen het dominante public health paradigma en onderzoek ik waar de public health als wetenschap en professie haar *basiskenmerken* aan heeft ontleend. In hoofdstuk 6 ben ik dieper ingegaan op de missie en inspanningen binnen de public health, vanaf het einde van de 20ste eeuw, om gelijkheid in gezondheid (health equity) te bevorderen. Ik laat zien wat daar voor nodig is, maar ook welke factoren deze opgave compliceren. In hoofdstuk 7 heb ik licht geworpen op enkele relevante gebeurtenissen en mijlpalen binnen veertig jaar preventiebeleid, met als doel om te begrijpen waar het de regering bij preventie om te doen was en met welk 'resultaat'. In hoofdstuk 8 stond ik stil bij de waarde van de public health preventie, haar verworvenheden en ook haar grenzen. Aan het einde van hoofdstuk 8 introduceerde ik het begrip rechtvaardige preventie als leidend grondbegrip voor de zoektocht naar richtingwijzers in de daaropvolgende hoofdstukken.

15.2.1. Thematische inzichten per hoofdstuk (5 t/m 8)

De ontstaansgeschiedenis van de publieke gezondheidszorg in Nederland (H. 5)

Een beknopte historische terugblik aan de hand van literatuur laat zien dat de basis voor preventie binnen de public health zoals we die nu kennen³⁶⁴ is gelegd in de 18de en 19de eeuw. Voor de totstandkoming van het dominante preventieparadigma en -discours zijn revolutionaire ontdekkingen en ontwikkelingen in de bestrijding van

364 Ik hanteer in dit proefschrift de beknopte term public health voor de (openbare) publieke gezondheidszorg. Het is niet alleen een kortere schrijfwijze maar de term is in Nederland en vele Westerse landen redelijk goed ingeburgerd.

de infectieziekten (de pest, cholera, tyfus, dysenterie) bepalend geweest. Het gaat dan met name om de ontdekking van slechte sanitaire condities als oorsprong van veel infectieziekten en aan ontwikkelingen in de medische wetenschap, zoals van vaccins en antibiotica. Vooral ziektepreventie kwam in deze periode tot bloei. Deze benadering houdt ook later stand als de welvaartsziekten qua sterfte en prevalentie de infectieziekten verdrongen hebben. Aan de basis van ziektepreventie ligt een sterk geloof in de maakbaarheid van gezondheid. Men vertrouwt er in deze tijd sterk op dat alle ziekten met de technologische vooruitgang, de nieuw verworven medische en wetenschappelijke kennis én met een groot verantwoordelijkheidsgevoel van de burger, die zijn of haar hygiëne en leefstijl aanpast, op den duur overwonnen zouden kunnen worden. Het denken in 'één oorzaak, één oplossing' (*germ theory*) is daarbij lange tijd leidend geweest.

De (arts)hygiënist in de 18de en 19de eeuw, die preventie een warm hart toedroegen, signaleerden al vroeg dat veel ziekten samenhangen met armoede en slechte leefomstandigheden en dat dit verschillen in gezondheid met zich mee bracht. Ziekte was daarom niet alleen een individuele aangelegenheid en de publieke gezondheid was per definitie een politieke kwestie. Ondanks de snel toenemende kennis en onvermoeibare inzet van deze voorvechters van de openbare hygiëne en de publieke zaak, moest het belang van preventie keer op keer bevochten worden. Deels met succes, wat we kunnen aflezen aan de totstandkoming van beschermende wetgeving in de loop van de 19de en 20ste eeuw, de gestaag groeiende infrastructuur van de public health en de verwetenschappelijking van preventie. Dit moest de gezondheid van alle mensen ten goede komen. In deze periode zijn een aantal spanningsvelden te zien rond preventie:

- *Preventie concurreert lange tijd met curatie.* De medische sector is in sterk ontwikkeling en dat drukt een stempel op preventie. Het belang van preventie wordt lang niet altijd onderkend en dit belemmert het aanpakken van de bronnen van sociale ongelijkheid.
- *Preventie raakt aan economische belangen en schuurt met daaraan gekoppelde waarden* zoals vrijheid en autonomie. Vooral ondernemers, maar ook artsen laten zich niet graag de wet voorschrijven. Het voortdurende verzet tegen staatsbemoeienis blijkt uiteindelijk een cruciale factor. Het compliceert preventiebeleid en belemmert een snelle ontwikkeling van publieke voorzieningen.
- *Preventie staat dikwijls haaks op hardnekkige overtuigingen en sentimenten.* De gedachte overheerst dat te veel steun aan kwetsbaren onwenselijk is, omdat deze steun hen afhankelijk en lui zou maken. Ook zou niet mogen worden getornd aan de heersende rangen en standen.

- *Preventie moet wedijveren met andere politieke ambities* in een samenleving, die meer en meer in de greep raakt van het opkomend industrieel kapitalisme. De landelijke overheid ziet daarbij een steeds kleinere rol voor zichzelf en delegeert veel taken naar lagere overheden vanuit de gedachte dat deze meer nabij burgers zijn en samen met GGD-en beter beleid kunnen maken. Het Rijk verliest hierdoor echter ook sturingsmogelijkheden voor preventie en wordt afhankelijk van lokale prioriteiten en luimen. Preventie krijgt op het niveau van de lagere overheden helaas vaak geen urgentie. Dit past bij de inmiddels vaste overtuiging dat mensen zelf verantwoordelijk zijn voor hun gezondheid.

De medische oriëntatie op ziektepreventie blijft tot in de 21ste eeuw dominant. Niettemin heeft de WHO getracht een ambitieuze paradigmashift te bewerkstelligen: van pathogenese naar salutogenese; en van gezondheid als doel an sich naar het benutten van kansen voor welzijn en kwaliteit van leven voor iedereen. De WHO verkondigde deze ambities via het Ottawa charter in 1986 met de ferme aankondiging van de zogeheten derde revolutie en *New Public Health*. Het komt er op neer dat er voldoende kennis is over de sociaaleconomische determinanten van veel ziekten. Deze kennis biedt mogelijkheden de sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) te verkleinen. Het blijkt politiek echter lastig om er naar te handelen. De ontzuiling, de vele bezuinigingen op preventie, de decentralisatie van taken en de ‘vermarkting’ van publieke diensten zijn slechts enkele factoren die de positie van preventie verzwakken.

Het bevorderen van ‘health equity’ als doel van preventie (H. 6)

Een verdere verdieping in het vraagstuk van ‘health equity’ (gelijkheid in gezondheid) vanuit de geschiedenis leert dat hygiënist(en) al in de 18de eeuw het besef hadden dat ziekte en gezondheid van mensen een resultaat zijn van het succes en falen van de samenleving als geheel. Aan de basis van de public health ligt overtuiging dat sommige ziekten vermijdbaar zijn door het veranderen van de levenswijze en -omstandigheden van mensen, ook in hun sociale en fysieke omgeving. Tegelijkertijd maakt dit besef duidelijk dat het beïnvloeden van gezondheid een grote uitdaging is. Bij de totstandkoming van de gezondheid spelen immers veel factoren een rol die moeilijk controleerbaar zijn. Het inzicht van de epidemioloog Geoffrey Rose bijvoorbeeld is dat effectieve preventie om een collectieve benadering vraagt die met name is gericht op de grootste groep met het laagste risico. Dit werpt echter niet alleen ethische maar ook methodische en financiële drempels op. Immers, hoe minder hoog het risico is, des te lager is de gevoelde urgentie om iets aan een probleem – dat nog ver in de toekomst ligt – te doen. Ook het aanpakken van de dieperliggende oorzaken van de problemen (the ‘cause of the cause’) brengt moeilijkheden met zich mee. Dit komt mede door complexe en meervoudige oorzaak-gevolg-relaties en het feit dat sommige problemen systemische oorzaken hebben (denk aan de toegankelijkheid van de gezondheidszorg). Het aanpakken van het systeem vereist breed draagvlak, doorzettingsmacht en geduld. Beide voorwaarden zijn moeilijk realiseerbaar binnen een complexe, grillige en altijd

vertragende politieke context. Daar komt bij dat de aangrijpingspunten voor verbetering van de gezondheid vaak buiten de gezondheidszorg liggen en dikwijls botsen met andere maatschappelijke belangen en behoeften.

Aan het einde van de 20ste eeuw is het *Health for All Policies*' en *'health targets'*-beleid van de WHO toonaangevend voor veel westerse landen, ook voor Nederland. Dit beleid roept lidstaten op aandacht te geven aan de sociaal economische determinanten van ongezondheid ('close the gap') door *domein overstijgend* beleid. Dit beleid krijgt in Nederland vertaling in de Nota 2000, die echter in de decennia daarna wel tot nieuwe wetgeving en meer onderzoek aanleiding geeft, maar niet geheel conform de WHO-ambities wordt uitgewerkt. Het onderliggende sentiment en mensbeeld is en blijft: mensen zijn zelf verantwoordelijk voor hun gezondheid en (zorg)-voorzieningen mogen dit niet belemmeren.

In de periode naar de overgang van de 21ste eeuw komen het doel, de missie en vooral de uitvoering van public health ambities steeds vaker onder druk te staan. Hiervoor zijn verschillende redenen aan te wijzen. Wat meespeelt is dat preventieve interventies vaak onbedoelde gevolgen hebben, maar ook dat er grenzen zijn aan de staatsbemoeienis (zeker in tijden waarin neoliberale waarden hoog staan aangeschreven) en dat het beknotten van de vrijheid van mensen en professionals meestal veel weerstand oproept. Daar komt bij dat lagere overheden veelal liever wachten tot de nood aan de man is en de verantwoording van en het aantonen van het effect bij preventie zeer complex is. Ook raakt preventie aan vele morele kwesties die lang niet de vereiste maatschappelijke aandacht krijgen.

Veertig jaar preventiebeleid gericht op het terugdringen van de SEGV (H. 7)

Een analyse van gebeurtenissen rond de aanpak van de SEGV in een periode van veertig jaar (aan de hand van een tijdlijn)³⁶⁵ geeft een breder inzicht in de factoren die een dominante rol hebben gespeeld bij het preventiebeleid. Dit beleid had namelijk tot expliciet doel de gezondheidsverschillen te verkleinen. Door de ontwikkelingen en gebeurtenissen in drie perioden na te lopen – het *visionaire* tijdperk (periode 1975-1990), het *optimistische* tijdperk (1990-2010) en het *pragmatische* tijdperk (2010-2019) – komen patronen en terugkerende lastigheden rond preventie en de aanpak van de SEGV scherper in beeld. Deze betreffen:

365 Ontleend aan de WRR (Broeders et al., 2018) maar voor het betreffende hoofdstuk verder aangevuld door de onderzoekster.

- *Weerbarstige praktijken:* door de WHO geïnspireerde visies rond preventie geven eind 20ste eeuw hoop op een paradigmashift van ziektepreventie naar een meer sociaal-maatschappelijke benadering van gezondheid gericht op het beïnvloeden van de determinanten voor gezondheid, welzijn en kwaliteit van leven. Echter, de praktijk blijkt weerbarstig en de financiële belangen zijn dikwijls te sterk om de ambities in een langetermijnvisie, in daden en concrete resultaten om te zetten. Een maatschappelijk debat over preventie ontbreekt meestal, net als doorzettingsmacht.
- *Gedelegeerde regie die versnippert:* de nationale overheid delegeert steeds meer preventietaken naar gemeenten, maar de lokale overheid neemt niet de vereiste stappen voor een krachtig preventiebeleid en investeert te weinig in de structuur voor preventie. Het beleid blijft vooral reactief in plaats van proactief en de uitvoering en financiering blijven versnipperd (dit heeft ook te maken met de niet gevoelde urgentie).
- *Geringe bewijslast preventie:* de voortdurende vraag om de bewijslast van afzonderlijke (leefstijl)interventies leidt de aandacht af van de aanpak van de determinanten van ongelijkheid in gezondheid (armoede, slechte huisvesting, leven in een ongezonde omgeving etc.). De aandacht blijft lange tijd hoofdzakelijk gericht op gezond gedrag en de eigen keuze en dus op de verantwoordelijkheid van burgers zelf.

Op de achtergrond van veertig jaar preventiebeleid speelt een aantal terugkerende sentimenten en overtuigingen een rol in de wisselende aandacht voor preventie. Ik noem hier onder andere het mensbeeld dat wordt gehanteerd en de onderliggende overtuiging dat de burger zelf (ook de 'arme, luie, domme en gulzige burger'!) verantwoordelijkheid moet nemen voor de gezondheid en zou moeten werken aan de eigen weerbaarheid. Vooral voorlichting moet mensen de goede weg wijzen. Er is vrees dat hulp en voorzieningen afbraak doen aan de eigen regie van mensen en de afhankelijkheid voeden. Daarnaast verzwakken bezuinigingen de beroepsgroepen die preventie uitvoeren en vindt de publieke gezondheidszorg onvoldoende aansluiting bij de eerste lijn (curatie) én het sociaal domein.

Preventie tussen oude en nieuwe bedreigingen? (H. 8)

De public health heeft veel verworvenheden, maar kent ook complexe uitdagingen en belemmeringen en loopt tegen haar eigen grenzen aan. Dit beeld wordt bevestigd in een aantal analyses en (zelf)reflecties op zowel wetenschappelijk- als beleidsniveau. Dit werd ook duidelijk tijdens de coronapandemie die Nederland en de wereld van 2020-2022 in zijn greep hield.

Volgens een analyse van de epidemioloog Mackenbach (2020) heeft de public health een aantoonbare bijdrage geleverd aan de spectaculaire dalingen in de incidentie van afzonderlijke ziekten, die na een piek vaak een daling laten zien (zoals infectieziekten en hart- en vaatziekten). Door de snelle technologische en medische ontwikkelingen

(screening, vroege opsporing en medicatie) kan de public health ook in de toekomst verder bijdragen in het terugdringen van bepaalde ziekten (denk aan kanker). Hier zijn echter ook grenzen aan. Eén belangrijke les uit Mackenbachs analyse is dat elke vooruitgang in gezondheid een prijs of schaduwzijde heeft. Spectaculaire vooruitgang bij de ene ziekte gaat vaak gepaard met de opkomst van weer andere ziektes (denk aan dementie). Verder wordt helder dat de aanpak van sociale ongelijkheid via de public health slecht van de grond komt door het uitblijven van rechtvaardige politieke keuzes en het gebrek aan maatschappelijke instituties die hiervoor verantwoordelijkheid nemen. De public health is zeer afhankelijk van politieke wil en besluitvorming en beperkt in haar inspanningen in een tijd waarin de overheid zich terugtrekt en – in het opkomende neoliberale klimaat – steeds meer aan de markt overlaat. Met het oog op de nieuwe mondiale bedreigingen die het welzijn en de gezondheid onder druk zetten (denk aan de klimaatcrisis, oorlogen en AI) is een heroriëntatie nodig op de doelen van preventie en het preventiebeleid. Dit vraagt om een grondige herbezinning op de public health taken en prioriteiten, aldus Mackenbach.

Een beknopte analyse van de maatschappelijke impact van de coronapandemie en een beleidsmatige zelfanalyse van de WHO werpen licht op de complexe verstrengeling tussen de wetenschap en de politiek op mondiaal, nationaal en lokaal niveau. Nationale overheden lijken bijvoorbeeld vaak niet opgewassen tegen het heersende neoliberale klimaat. Het lijkt daarom nodig om in de toekomst te voorzien in een sterke tegenbeweging en strijd, zodat moedige politieke keuzes worden gemaakt en instituties rechtvaardig handelen vanuit een scherp moreel en sociaal kompas. Ook dienen overheden en instituties zich voor te bereiden op de impact die ecologische rampen en politieke ontwikkelingen op mondiale schaal op het menselijk welzijn kunnen en zullen hebben.

Op basis van deze analyse beantwoord ik de deelvragen 1 en 2 en vervolg ik mijn zoektocht in het licht van de deelvragen 3 en 4 met extra notie voor het begrip rechtvaardige preventie.

15.2.2. Antwoord op de deelvragen 1 en 2:

- 1) Hoe is het public health preventiediscours vanuit de historie te begrijpen?**
- 2) Welke ontwikkelingen, dominante discussies en wetgeving hebben bijgedragen aan het public health preventiebeleid gericht op het verkleinen van de SEGV?**

Ter beantwoording van deelvragen 1 en 2 geef ik hier een aantal punten beknopt weer:

- *Pathogenese is dominant.* Twee revoluties binnen de preventie (gericht op het voorkomen van de infectie- en welvaartsziekten) hebben een zware stempel gedrukt op het preventiemodel in Nederland. Deze revoluties (zie H. 5-8) hebben in belangrijke mate de basis gelegd voor een positivistisch en op epidemiologische leest geschoeid public health-model. Dat model richt zich op ziektepreventie

en legt de focus op gezond gedrag (risicoreductie) en de omgeving ('host' en 'environment'). De beoogde 'derde revolutie' die een focus op (kansen voor) breed welzijn ('salutogenese') voorstond en inzette op de aanpak van sociaaleconomische determinanten van gezondheid kwam niet van de grond.

- *Preventie vraagt om visie en een centrale regie, maar deze ontbreekt vaak of verzandt in de uitvoering.* Een langetermijnvisie ontbreekt meestal en wetenschappelijk en voortschrijdend inzicht over de oorzaken van sociale ongelijkheid leidt lang niet altijd tot politiek handelen. De rijksoverheid delegeert veel taken naar gemeenten die reactief zijn en die er niet in slagen om facetbeleid gestalte te geven. Men vertrouwt vooral op het gezond verstand van de burger én op de markt.
- *Preventie is politiek en wordt kind van de rekening.* Het ontbreekt vaak aan politieke wil, moed, macht en regie om preventie te agenderen, te adresseren en duurzaam in preventie te investeren. Dit hangt samen met het feit dat effecten van preventie en zelden op de korte termijn zichtbaar zijn. Kortzichtige bezuinigingen verzwakken de beroepsgroep van de publieke gezondheidszorg en de lokale infrastructuur voor preventie.
- *Preventie is complex.* Er zijn veel obstakels om preventie en het verlagen van de SEGV prioriteit te geven. De volgende beperkende factoren zijn vrij constant door de eeuwen heen:
 - Politici zijn ongeduldig en er ontbreekt bij hen vaak een gevoel van preventie-urgentie. Preventie kenmerkt zich daarom door ad hoc initiatieven op de korte termijn.
 - Factoren op mondiaal niveau zijn niet op nationaal niveau niet wezenlijk te beïnvloeden, maar hebben wel impact op het niveau van de samenleving, gemeenschappen en individueel.
 - Een te sterke focus op kosteneffectiviteit, evidence based interventies en op deelproblemen heeft tot gevolg dat het grotere plaatje uit beeld raakt.
 - De focus op ziekte en risicomijding gaat ten koste van de aandacht voor het ontwikkelen en benutten van kansen, krachten en het bieden van compensatie voor de negatieve gevolgen van ontwikkelingen (zoals een pandemie), met name bij kwetsbare groepen.
 - Onderliggende sentimenten en overtuigingen belemmeren preventie (zoals 'mensen zijn vooral zelf verantwoordelijk voor hun gezondheid' en 'voorzieningen maken mensen lui').
 - Er is weinig betrokkenheid van burgers zelf en te weinig aandacht voor hun persoonlijke doelen en het debat over de morele dimensie van preventie wordt weinig tot niet gevoerd.
- *Preventie is kwetsbaar:* vanaf 2014 wordt er gewerkt aan vitale partnerships en public health structuren en is er aandacht voor preventie op landelijk en lokaal niveau. Preventie blijft echter broos en vatbaar voor politieke grillen. Dit is alarmerend met het oog op nieuwe bedreigingen die de gezondheid en het welzijn van mensen aantasten en een uitdaging vormen voor de toekomst.

- *Preventie vereist altijd strijd:* preventie heeft door de eeuwen heen steeds bevochten moeten worden. Dit geldt met name waar het gaat om de rechten van kwetsbare groepen. In deze groepen cumuleren de ongezonde gevolgen van sociale ongelijkheid.
- *Preventie moet sociaal rechtvaardig* zijn om de gezondheid en het welzijn van alle groepen te beschermen. De ontwikkeling van nieuwe bedreigingen in de maatschappij (zoals racisme) en op mondiaal niveau (klimaat) hebben de grootste negatieve invloed op mensen die om tal van redenen in precaire en sociaal economische ongunstige omstandigheden leven. Preventiebeleid bereikt deze mensen niet. Gebrek aan vertrouwen in de overheid en in het handelen van experts hangt hier mee samen.

15.3. Preventie en de bijdrage aan welzijn en sociale gelijkheid: lessen en richtingwijzers (deelvragen 3 en 4)

***Deelvraag 3:** Welke lessen kunnen worden geleerd en welke kernbegrippen lichten op uit een ethische, empirische en inhoudelijke analyse van het preventiediscours en -beleid met het oog op sociale gelijkheid en het welzijn van mensen?*

***Deelvraag 4:** Welke richtingwijzers zijn hieraan te ontleen voor het preventiebeleid in de toekomst op het snijvlak van de public health en het sociaal domein?*

In paragraaf 15.3.1 beantwoord ik bovengenoemde deelvragen door de belangrijkste opbrengsten en bijdragen vanuit de hoofdstukken 9 tot en met 14 langs te lopen. Ik doe dit aan de hand van een aantal thematische inzichten per hoofdstuk. Daarna formuleer ik in paragraaf 15.3.2 de belangrijkste lessen als beknopt antwoord op deelvragen 3 en 4.

In hoofdstuk 9 heb ik public health preventie vanuit een ethisch filosofische reflectie benaderd en me verdiept in een ander paradigma dat is gericht op *well-being* en de horizon van een betekenisvol leven. In de hoofdstukken 10 tot en met 12 presenteerde ik een empirisch narratief onderzoek dat ik vanuit het RIVM heb uitgevoerd naar de impact van de coronamaatregelen in verschillende sectoren binnen het maatschappelijk middenveld in Nederland. In het bijzonder is stilgestaan bij het handelen van relevante sleutelfiguren door middel van 32 ontwikkelde narratieven (H. 10). Hierna volgde een verdieping op basis van een vignet-studie en diepte-analyse van diverse dilemma's en knelpunten die deze sleutelfiguren tegenkwamen (H. 11). Tot slot heb ik de resultaten van een aanvullend onderzoek belicht dat is uitgevoerd door de analyse van vijf focusgroepen met 23 sleutelfiguren die betrokken waren bij de implementatie van het COVID-19 preventiebeleid (H. 12). In hoofdstuk 13 wierp ik licht op de sociale staat van Nederland en belichtte ik op hoofdlijnen het gevoerde welzijnsbeleid in Nederland sinds het einde van de vorige eeuw. In hoofdstuk 14 resumeerde ik veel informatie uit

de hoofdstukken 9 tot en met 13 in zeven richtingwijzers voor rechtvaardige preventie. Tot slot stond ik in dat hoofdstuk stil bij een aantal kansen voor een meer rechtvaardig preventiebeleid op het snijvlak van de publieke gezondheidszorg en het sociaal domein in de toekomst.

15.3.1. *Thematische inzichten per hoofdstuk (9 t/m 14)*

Preventie en de aanpak van ongelijkheid vanuit een ethisch-filosofisch perspectief (H. 9)

Door *well-being*, in de zin van ‘living according to values that matter’, boven in de waarde-hiërarchie te zetten en als doel op zichzelf te beschouwen verandert er volgens de Amerikaanse filosoof Buchanan iets essentieels. *Well-being* vraagt namelijk om een preventiediscours dat ruimte biedt aan normatieve vragen. In het bijzonder gaan die vragen over wat de *algemene en/of specifieke rechtvaardigheid* dient als sociale gelijkheid op het spel staat. Aandacht voor waarden-evaluaties (*‘strong evaluations’*) en voor pluriformiteit, spanning en conflict is hierbij noodzakelijk. Bij dit discours past een drietal verschuivingen (of paradigmashifts):

1. van het denken over ‘controle en beheersing van het gedrag van mensen’ naar het ondersteunen van een moreel leerproces gericht op *well-being* van mensen;
2. van het denken over individueel welzijn naar het denken over welzijn in relatie tot anderen, van gemeenschappen en de samenleving als ecosysteem als geheel (*‘civic en society well-being’*);
3. van het inzetten van instrumentele rede naar het inzetten van ‘praktische rede’ (praktische wijsheid) waarbij naast cognitie ook waarden en emoties in beschouwing worden genomen.

Ik concludeer hier op basis van een beschouwing van literatuur³⁶⁶ dat in ethisch-filosofisch opzicht preventie in het licht van *well-being* en *rechtvaardigheid* veronderstelt dat mensen hun eigen doelen voor een waardevol of betekenisvol leven formuleren. Dat betekent ook dat mensen daarbij waar nodig worden ondersteund in het realiseren van die doelen. Preventie vanuit dit ethisch filosofisch discours impliceert dat er vanuit een niet-op-het-individueel gebaseerde logica wordt gekeken naar de vermogens van mensen, naar kwetsbaarheid (van mensen, gemeenschappen en de samenleving als geheel), naar problemen en naar mogelijke oplossingen of perspectieven.

Vanuit meerdere invalshoeken (Buchanan, 2000; Sandel 1996, 2023; Putnam, 2000; Nussbaum, 2013, Dohmen, 2012; Taylor, 2011, 2016; Rosa, 2016; 2019, 2023; Kunneman, 2009, 2015, 2017; Ricoeur, 1992) wordt in dit hoofdstuk gewezen op het belang van *intense morele betrokkenheid bij anderen* (solicitude, Ricoeur), van *wederkerige relaties*

366 Ik baseer me hierbij in het bijzonder op een publicatie van de Amerikaanse filosoof David Buchanan (2000).

en van het toevoegen van *maatschappelijke waarde* ('*civic meaningfulness*'). Nussbaum verrijkt het discours van preventie door te wijzen op het belang van rechtvaardigheid door het garanderen en beschermen van grondrechten of 'capabilities' en wat daarvoor qua *hulpbronnen* nodig is. Denk hierbij aan *goede levenscondities* (wonen, voedselgarantie, inkomen, inclusie) maar ook aan *sociale steun, zorg, empathie en compassie* die essentieel zijn met het oog op menselijke kwetsbaarheid. Volgens de Nederlandse politiek filosoof Harry Kunneman impliceert dit dat er *morele leerprocessen* op gang gebracht worden en er ook naar de rol van de gemeenschap en instituties in de samenleving wordt gekeken. Dit betekent dat weerbaarheid en '*waardig strijden*' voor gerechtigheid en verzet tegen een onrechtvaardige verdeling van hulpmiddelen of het gebruik van macht of dwang soms nodig zijn. Het impliceert tot slot dat er *morele kennisbronnen* nodig zijn (modus 3 kennis, zie H. 4) en dat zowel interventies als wetenschappelijke onderzoeksmethoden bijdragen aan het bevorderen van *sociaal, cultureel, moreel en economisch kapitaal* van groepen (in het bijzonder kwetsbare) mensen (zie H. 3). Doel daarbij is dat mensen hun potentieel zo optimaal kunnen ontwikkelen waardoor ze een 'zo goed als mogelijk' leven kunnen leiden en waarbij ze zelf een actieve bijdrage kunnen leveren aan het verbeteren van hun welzijn (well-being) en gezondheid, die van hun gemeenschap en van het welzijn van de samenleving als ecosysteem als geheel (society-well-being).

Sleutelfiguren op de bres voor de preventie van COVID-19 (empirisch onderzoek fase A en B, H. 10)

Door te leren van verhalen uit de coronatijd kunnen filosofisch-ethische beschouwingen over gezondheid en welzijn in een praktische context worden geplaatst. Hier werd in voorzien door een empirisch narratief onderzoek *Voorbeelden uit de praktijk* dat tussen 2020 en 2022 tijdens COVID-19 bij de Corona Gedragsunit van het RIVM is uitgevoerd.³⁶⁷ Doel van het onderzoek was te onderzoeken hoe mensen in diverse sectoren, contexten en praktijken de coronamaatregelen naleefden en volhielden en welke factoren hierop van invloed waren.

De resultaten van dit onderzoek werpen licht op het preventieve handelen van formele en informele sleutelfiguren in een tijd van de pandemie. In de logica van dit preventieve handelen ontvouwt zich een continu proces van menselijk afwegen vanuit 'praktische wijsheid' van de sleutelfiguren die veel kennis en ervaring hebben met de groepen binnen hun context. Het afwegen diende enerzijds de bescherming van de gezondheid én anderzijds het behoud van de kwaliteit van leven, werk en zorg van burgers in het algemeen en groepen die het extra moeilijk hadden door de pandemie in het bijzonder. Wat we zagen was namelijk dat de pandemie de kwetsbaarheid van mensen, groepen, wijken en organisaties of gemeenschappen vergrootte en

367 In twee jaar tijd zijn 95 formele en informele sleutelfiguren uit 8 sectoren en 32 verschillende praktijken geïnterviewd. In co-creatie met hen zijn 32 narratieven opgesteld die op de website van het RIVM zijn gezet.

grote impact had op het welzijn en de kwaliteit van leven van groepen die een broze gezondheid hadden of zich in het dagelijks leven al met moeite staande konden houden. De pandemie vergrootte daarmee de ongelijke kansen op gezondheid en welzijn (zie ook H. 8).

De sleutelfiguren brachten vooral specifieke ervaring en kennis in over hun eigen context en doelgroepen en wierpen licht op hun eigen handelden in de dagelijkse praktijk. Die praktijk bleek plots geheel in het teken te staan van de generieke coronaregels die door de nationale overheid werden opgelegd. Ze maakten de uitvoering van de maatregelen binnen de eigen lokale context mogelijk door praktische aanpassingen in de fysieke en sociale omgeving, maar zij deden veel meer dan dat. De logica van preventie, die in dit hoofdstuk duidelijk wordt, kan gekarakteriseerd worden als het *praktisch-ethisch streven* van sleutelfiguren. Dit streven was gericht op het continueren van het dagelijks leven van mensen die zowel risico liepen op besmetting, als op verlies van sociaal en mentaal welzijn en kwaliteit van leven. Er waren belangrijke drijfveren of praktische doelen die de sleutelfiguren tot zorgzaam handelen aanzetten, die met name gericht waren op herstel van sociale verbinding en herstel van het dagelijks evenwicht door het samen zoeken naar (en vinden van) nieuwe routines binnen de eigen context en praktijken. Waar nodig boden de sleutelfiguren praktische, sociale, financiële en morele steun. Hierdoor werden het sociaal, economisch of cultureel ‘kapitaal’ én de veerkracht van mensen, netwerken, organisaties en gemeenschappen – in een tijd van aanhoudende onzekerheid – versterkt. De sleutelfiguren gingen voor en naast kwetsbare mensen staan en zorgden er zo op verschillende manieren voor dat het dagelijks leven voor hen weer enigszins begrijpelijk, coherent en betekenisvol werd.

De sleutelfiguren kunnen op basis van de resultaten worden gezien als personen die zich sterk betrokken voelen bij de mensen die zich binnen hun context ophouden, voor wie ze zich verantwoordelijk voelen en door wie ze worden vertrouwd. Ze kunnen *getypeerd worden als*:

- *Hulptroepen* van de overheid: de informele en formele sleutelfiguren waren van onschatbare waarde voor het implementeren van het coronabeleid.
- *Verbinders*: op tal van manieren zorgden de sleutelfiguren voor herstel van de onderlinge verbinding voor mensen die extra hard getroffen werden door de pandemie.
- *Schakelaars* tussen de verschillende niveaus en werelden. Sleutelfiguren sloten nieuwe allianties en zorgden voor kennisuitwisseling tussen partijen op micro-, meso- en macroniveau.
- *Evenwichtskunstenaars*: zij balanceren voortdurend tussen alle waarden die er in die betreffende context toe doen en de dilemma's die dit met zich mee bracht. Zij hielpen mensen bij de *aanpassing én accommodatie* aan de nieuwe situatie en zorgden er op eigen manier voor dat het leven voor kwetsbaren enigszins coherent en betekenisvol was.

- *Hoeders van kernwaarden als sociale rechtvaardigheid, menselijke waardigheid en sociale gelijkheid ('social equity'):* sleutelfiguren benaderden anderen als 'gelijken' vanuit een besef van 'gedeelde kwetsbaarheid' en sprongen waar nodig voor anderen in de bres.

Sociale kwaliteit als motief en drijfveer voor preventie (empirisch onderzoek C, H. 11)

Voortbouwend op het beschreven empirisch onderzoek van het RIVM is een kwalitatieve diepte-analyse uitgevoerd op de inhoud van de narratieven en 45 onderliggende interview-transcripten met hulp van het data-softwareprogramma MAXQDA en een vignetstudie. De aandacht van deze diepte-analyse richtte zich in het bijzonder op preventie op het snijvlak tussen gezondheid en kwaliteit van leven. Door verbinding te maken met de theorie van sociale kwaliteit is getracht de motieven voor het handelen van de sleutelfiguren beter te begrijpen.

De vier kernelementen van de theorie van sociale kwaliteit zijn: 1) bestaanszekerheid, 2) sociale cohesie, 3) inclusie en 4) empowerment (de tegenhangers zijn: armoede, sociale fragmentatie, uitsluiting en isolement). Daaronder liggen belangrijke sleutelwaarden die in het geding zijn als er verlies wordt geleden op de vier kernelementen, namelijk sociale rechtvaardigheid, solidariteit, gelijkwaardigheid en menselijke waardigheid. De theorie van sociale kwaliteit biedt daarmee een analysekader, waarbij gebruik wordt gemaakt van concepten uit de kritische sociale theorie.

De theorie van sociale kwaliteit biedt tevens (morele) ruimte om spanningen, dilemma's en conflicten te begrijpen die in dagelijkse praktijken ontstaan door confrontaties waarvan de actoren waren te positioneren op twee verschillende assen: enerzijds op de as systeemwereld versus leefwereld, en anderzijds op de as van individuele identiteit versus collectieve identiteit. In deze dilemma's en spanningen zien we ook de confrontatie tussen de begrippen algemene en specifieke rechtvaardigheid terug. Konden mensen het beste de regels van de overheid en instituties volgen (wat de algemene rechtvaardigheid dient) of deze naar eigen hand zetten binnen de bijzondere lokale context en leefwereld (van belang voor specifieke rechtvaardigheid)? Moesten ze vooral hun eigen belang dienen (ten behoeve van de eigen individuele identiteit) of gaan voor het algemeen belang (collectieve identiteit)? In de vele worstelingen binnen de praktijken die we onder de loep namen kwamen al deze elementen en waarden samen en vormden ze motieven voor het handelen. Op grond van de diepte-analyse belicht ik enkele preventieve componenten van het handelen van de sleutelfiguren (en van de organisaties, netwerken en gemeenschappen waarvan zij deel uitmaakten) en de werkbare ingrediënten daarbij.

Preventieve kernfuncties van het handelen van de sleutelfiguren waren:

- *Zichtbaar en bespreekbaar maken van a) de ervaren onrechtvaardigheid, b) het veronachtzamen van de menselijke waardigheid en c) de spanningen en fricties als gevolg daarvan.* Het gaat om het vroegtijdig signaleren, adresseren en agenderen van problemen rond 'sociale kwaliteit' die met ongelijkheid en onrechtvaardigheid te maken hebben zodat deze op structureel niveau kunnen worden aangepakt. Dit bevordert reflectie en wederzijds begrip.
- *Streven naar gezamenlijkheid ('togetherness') via het bevorderen van 'community-engagement', continue dialoog, reflectie en gezamenlijke actie.* Dit dient doelen als: verbinding, potentieel vermogen, welzijn, gezondheid, betrokkenheid, zingeving, individuele én collectieve identiteit.
- *Kritisch bevragen, inschakelen en beïnvloeden van beleidsbepalers op verschillende niveaus.* Het was vaak nodig dat sleutelfiguren schakelden tussen kwetsbare groepen (netwerken of gemeenschappen), zorgverleners en bestuurders van zorginstellingen en beleidsbepalers van gemeenten, en de nationale overheid om de complexiteiten rond de ervaren rechtvaardigheid de juiste aandacht te geven. Dit is van belang voor het vertrouwen in beleid en de instituties.

Onder deze preventieve handelingen gaan veel werkzame *ingrediënten* schuil, al kunnen sleutelfiguren beslist niet alles. Sleutelfiguren die veel met kwetsbare groepen te maken hebben waren waarachtig betrokken bij hun doelgroepen (*'the social value of commitment'*) en hadden veel kennis van de problemen waar deze mensen tegen aan liepen bij het opvolgen van de coronaregels. Door het voeren van een constructieve dialoog stimuleerden zij *reflectie*, bijvoorbeeld op verstoorde omgangsvormen. Door activiteiten te organiseren gericht op *gezamenlijkheid* en het snel handelen in noodsituaties of als de spanningen hoog opliepen, hielpen ze mensen met het vinden van een *nieuw evenwicht* volgens een nieuwe sociale norm ('zo doen we het hier') en herstelden ze het onderlinge contact en de verstoorde omgangsvormen (wat vaak nodig was). Ze droegen hierdoor bij aan het hervinden van *zin- en betekenisgeving*, al was het dikwijls niet genoeg. Vooral het geven van *een stem aan* mensen in kwetsbare posities, het feit dat ze voor hen opkwamen en problemen bij beleidsmakers agendeerden, werkte positief op de naleving van de regels en het vertrouwen in het pandemiebeleid. Met name informele sleutelfiguren werkzaam in wijk- en buurtnetwerken hebben unieke kwaliteiten om de vele nadelige gevolgen van de pandemie te verzachten of voorkomen. Dit heeft onder andere te maken met het feit dat ze naast mensen staan en dat sociale kwaliteit een belangrijk (vaak onbewust) motief van hun handelen vormt.

Strijden en schakelen op niveau voor de mensenrechten als fundament voor preventie (empirisch onderzoek fase D, H. 12)

Als laatste stap in het empirisch onderzoek wordt verslag gedaan van de resultaten van de vijf focusgroepgesprekken (februari 2022) met 23 respondenten³⁶⁸ uit het sociaal domein en het maatschappelijk middenveld die met verschillende kwetsbare groepen te maken hebben. Het doel van de focusgroepen was om met de respondenten uit verschillende sectoren en contexten vooruit te kijken naar toekomstig coronabeleid op basis van drie toekomstscenario's (een basis-, seizoens- en noodscenario). In dit hoofdstuk wordt rechtvaardigheid vanuit twee invalshoeken benaderd: een filosofische (Ricoeur, 1993) en een sociologisch-beroepsmatige, gericht op professionals in het sociaal werk (Nagtergaele & Reinaert, 2017; 2023). Ik stel hier vast dat beide normatieve benaderingen elkaar aanvullen en versterken. Vaststellen wat rechtvaardig is en hoe de menselijke waardigheid in een lokale en concrete praktijk het beste kan worden gerespecteerd, dient volgens beide benaderingen in een 'kritische dialoog', een 'open leerproces' en soms 'met strijd' in interactie met betrokkenen plaats te vinden ('in een groep, in een gemeenschap, in een wijk, in een samenleving'). Centrale noties daarbinnen zijn respect voor de mensenrechten, kritische zorgzaamheid vanuit de wens de uniforme coronaregels zo min mogelijk te schenden en rechtvaardige instituties die toezien op een eerlijke verdeling van de lasten. Dit komt de gezamenlijke vermogens van mensen in gemeenschappen, de sociale kwaliteit en het vertrouwen in het pandemiebeleid ten goede. De focusgroepen bevestigen dat sleutelfiguren veel kunnen maar ook niet alle dilemma's kunnen oplossen. Sleutelfiguren lopen, zeker na verloop van tijd, tegen grenzen aan en hebben bescherming en ondersteuning nodig.

Ik concludeer hier dat, bij het denken over mogelijke toekomstige scenario's voor pandemieën, het er vooral om gaat dat relevante formele en informele sleutelfiguren, die met 'de voeten midden in de samenleving staan', zich *gehoord, erkend, ondersteund en geëquipeerd voelen* om het 'goede' en het 'juiste' te doen bij mensen die onevenredig hard door de pandemie worden getroffen.

Uit de focusgroepen kwamen een aantal belangrijke *condities* of randvoorwaarden naar voren voor toekomstig pandemiebeleid, zoals het organiseren van *collectieve verantwoordelijkheid* vanuit een *domein-overstijgende visie* op breed welzijn en een *kader-stellende regie*. Die visie en regie dient in continu beleid én in transparantie communicatie, maar ook door *geloofwaardige personen*, te worden uitgedragen. Dit beleid dient vanuit een maatschappelijk debat gevoed te worden, waar relevante formele en informele sleutelfiguren vanaf het begin af aan bij betrokken worden. Het is daarbij van belang dat *essentiële voorzieningen* voor kwetsbare personen en groepen - mogelijk op alternatieve wijze - in principe open blijven. Uiteraard moet de

368 Onderwijs/ kinderopvang, sociaal domein algemeen (gemeente/armoedebelaid, regio-coördinator) welzijn/sociaal werk (jeugd- en ouderenwerk), gezondheid- en sportstimulering, vrijwilligerswerk in wijken en buurten, evenementen en amateurmuziek.

coronaveiligheid daarbij in acht worden genomen. Maatwerk moet mogelijk zijn als de situatie daarom vraagt, maar mag niet tot willekeur leiden. Vooral door het bieden van steun, korte lijntjes en snel schakelen tussen verschillende netwerken en organisaties op micro-, meso-, en macroniveau kan het handelen van sleutelfiguren worden versterkt. Naast indicatoren uit de zorg (denk aan overbelasting op de IC) dienen ook *sociale indicatoren* betrokken te worden bij het ontwikkelen van preventiebeleid. Vooral de staat van de *sociale basis(infrastructuur)* zou als sociale indicator tijdens een pandemie kunnen dienen.

Nederlands sociaal beleid in een historisch perspectief van welzijn, sociale kwaliteit en rechtvaardigheid (H. 13)

In hoofdstuk 5 en 6 heb ik aandacht besteed aan de geschiedenis van de public health. Dit heeft geholpen om de doelen en kenmerken van de public health vanuit de maatschappelijk en politieke context in de tijd beter te begrijpen. Om deze reden is in hoofdstuk 13 ook een analyse van de geschiedenis van het welzijnsbeleid (op hoofdlijnen) uitgevoerd. Het doel hiervan was om beter zicht te krijgen op logica van preventie in het licht van well-being en breed welzijn (of brede welvaart)³⁶⁹ binnen het sociaal domein, mede met het oog op sociale kwaliteit en rechtvaardigheid. Een analyse van een aantal recente onderzoeksrapporten van onderzoeksbureaus en kennisinstellingen³⁷⁰ in dit hoofdstuk geeft allereerst aanleiding tot de conclusie dat de groeiende kloof tussen arm en rijk in Nederland de laatste decennia tot een ongelijke verdeling van de welvaart, tot ongelijke kansen op een optimale ontplooiing van de talenten van mensen en tot grotere verschillen in gezondheid heeft geleid. Uit deze onderzoeken blijkt dat verschillende soorten kapitaal (economisch, sociaal-, cultureel- en persoons-kapitaal) niet gelijk over de klassen zijn verdeeld. Hulpbronverschillen slaan in uiteenlopende combinaties neer in zeven sociale klassen in de Nederlandse samenleving. Die vormen gezamenlijk een maatschappelijke hiërarchie van veel naar weinig kapitaal. Onder hulpbronnen worden ook niet-materiële zaken geschaard zoals veerkracht, eigen regie en geringe draagkracht. Interessant maar ook ontmoedigend is dat de onderzoekers stellen dat de gezondheidsverschillen die met sociale ongelijkheid samenhangen nagenoeg beleidsresistent zijn. Mechanismen als *sociale selectie* en *sociale causatie* spelen daarbij een rol en versterken elkaar. Daarnaast is ook ‘hulpbroncompetitie’ een fenomeen om rekening mee te houden.

Uit mijn beknopte analyse van de geschiedenis van het welzijnsbeleid komt naar voren dat dit beleid mede was gericht op het inperken van de negatieve gevolgen van sociale ongelijkheid en kansenongelijkheid. Het beleid is echter door de jaren heen

369 Welzijn wordt hier afgezet tegen de normatieve betekenis van well-being en eerder opgevat als Brede Welvaart. Zie voor de definitie bijlage 15.1. Hier valt op dat beide definities elkaar niet veel ontlopen. Drie nationale planbureaus omschrijven het als ‘alles wat mensen van waarde vinden’ (PBL/SCP/CPB 2017)

370 Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP), het Planbureau voor de leefomgeving (PBL), het Centraal Plan Bureau (CPB) en de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR).

sterk belemmerd door talrijke bezuinigingen en hervormingen. Tevens laat ik zien dat door de intrede van de logica van New Public Management (publieke voorzieningen naar de markt, de overheid als 'BV Nederland') er 'iets hards' in de taal, in de 'body-of-knowledge' én de uitvoering van het welzijnsbeleid is geslopen wat de positie van kansarme mensen in Nederland verder heeft verzwakt. Burgers en cliënten werden vanaf dat moment als ('vermogende') 'consumenten' of 'klanten' gezien. Tot slot hebben beleidsmakers ook hier – net als bij de public health – ondanks de vele goede bedoelingen en intenties te makkelijk hun oren laten hangen naar het 'eigen kracht' adagium, wat bijna een geloof op zichzelf werd. Hierbij is stelselmatig weggekeken van de werkelijke oorzaken van problemen van mensen en de afnemende vermogens om zichzelf uit moerassige situaties te bevrijden. Het sociale vangnet dat zij zo nodig hadden – in de vorm van een sterke sociale basis – is de laatste decennia stap voor stap afgebouwd.

Ik concludeer op basis van de analyse in dit hoofdstuk tevens dat beleidsmakers van de overheid en van een deel van de maatschappelijke organisaties zich weinig rekenschap hebben gegeven van de doorwerking van het '*versoberen, afbouwen of verhuizen*' van de verzorgingsstaat' op de gezondheid en welzijn van kansarme groepen. Met name mensen die zich in kwetsbare posities bevinden hebben de wrange vruchten geplukt van het falen van de hoofddoelstelling van de verzorgingsstaat, namelijk opkomen voor de meest kwetsbaren. De mensenrechten zijn hiermee in het geding gekomen en ook de gezondheid en kwaliteit van leven van mensen is daarmee geschaad.

Van enkele adviezen die kennisorganisaties geven voor een rechtvaardiger sociaal (preventie)beleid wordt duidelijk dat deze in het verleden ook in de praktijk zijn gebracht. Denk aan het aanvullen van hulpbronnen ('*levelling-up strategie*') – *systemische veranderingen* en zorg voor *voorzieningen in achtergestelde gebieden*. Vaak hebben deze maatregelen echter niet goed gewerkt of zijn deze niet goed doorgevoerd. Aan goedbedoelde plannen is geen gebrek geweest. Vooral de uitvoeringspraktijk van wetten, regels en initiatieven blijkt dikwijls weerbarstiger dan werd voorzien. Geconcludeerd kan worden dat de overheid zich (zeker in het begin) te weinig responsief en empathisch heeft getoond voor de noden en problemen van mensen die in een achterstandspositie verkeren. Ten behoeve van rechtvaardige preventie dienen zich twee doelen aan voor passend beleid in de toekomst. Het eerste gaat het om de sensitiviteit van de overheid te vergroten voor kwetsbaren in de samenleving. Het tweede doel is om preventieve maatregelen in samenhang én gezamenlijkheid gestalte te geven. Het gaat om maatregelen die – vanuit verschillende domeinen tegelijkertijd – duurzaam moeten worden doorgevoerd. Deze maatregelen dienen regelmatig te worden getoetst op haalbaarheid en rechtvaardigheid.

Zeven richtingwijzers en kansen voor rechtvaardige preventie in het sociaal domein (H. 14)

Op basis van mijn zoektocht gericht op het beantwoorden van deelvraag 2 formuleer ik *zeven richtingwijzers* voor rechtvaardige preventie op het niveau van professioneel handelen die implicaties zullen hebben voor een rechtvaardig preventiebeleid. Tevens belicht ik enkele spanningsvelden ten aanzien van preventie binnen de public health:

- 1 *Sociale complexiteit*: het zien, begrijpen en accepteren van *sociale complexiteit* vormt de basis van rechtvaardige preventie vanuit een *collectieve krachtgerichte benadering*. Wetenschappelijke kennis schiet dikwijls tekort en moet aangevuld worden met andere (en ook ethische en morele, ervarings-) kennisbronnen (modus 3 kennis). Een reflectieve en lerende houding van professionals is nodig om deze kennis continu aan te vullen en te vernieuwen.
- 2 *Nabijheid en presentie*: dit zijn onontbeerlijke fysieke *eigenschappen* van sociale professionals om mensen in kwetsbare posities in hun context, hun waarde en eigenheid te zien en te begrijpen. Deze eigenschappen vormen een cruciaal tegenwicht voor de distantie die de benadering kenmerkt binnen het public health discours.
- 3 *Betrokkenheid, kritische zorgzaamheid en respect*: deze drie eigenschappen betreffen het ontwikkelen en aanboren van *moreel kapitaal*. Alhoewel deze eigenschappen moeilijk afdwingbaar zijn en door veel factoren worden belemmerd (denk aan hardnekkige vooroordelen) zijn het belangrijke principes die rechtvaardige preventie houvast geven. Zij vormen de humuslaag voor een rechtvaardige samenleving.
- 4 *Co-creatie en maatwerk* zijn daarnaast essentiële *werkwijzen* om mensen die zich in een kwetsbare positie bevinden, en hun sleutelvertegenwoordigers, in te sluiten en een stem te geven.
- 5 *Waardenwerk op alle niveaus*: rechtvaardige preventie impliceert vanuit vaste waarden te werken alsmede je te verhouden tot pluriformiteit (wat ook een waarde is). Naast de waarden die onderliggend zijn aan de theorie van sociale kwaliteit (zie H. 11) noem ik daarbij ook de waarde zin- en betekenisgeving ('meaningfulness') en de waarde van betrokkenheid ('the social value of commitment'). Tegenover de meetbare en grijpbare zaken die zo kenmerkend zijn voor de public health wijs ik daarom ook op de vele *ongrijpbare, onnoembare en onzichtbare factoren* die in de relationele verhoudingen tussen professionals en cliënten het verschil maken en die een beschermende werking kunnen hebben. Het is noodzaak hier condities of *randvoorwaarden* voor te scheppen (denk aan het creëren van *safe spaces*).
- 6 *Botsende rechtvaardigheid*: als de *stem van mensen in kwetsbare posities* onvoldoende gehoord wordt is het nodig om '*botsend en indien nodig confronterend*' aan te sturen op *leerzame wrijving of sociaal weerwerk*. Kritische zorgzaamheid is alleen mogelijk als kansenongelijkheid én de machtsstructuren die dit in stand houden aan de kaak worden gesteld.

- 7 *Het in beeld brengen van noden, behoeften en problemen van mensen in kwetsbare posities.* Het is voor rechtvaardige preventie van belang om *mensen in kwetsbare posities goed in beeld te brengen*, niet alleen door kwantitatief onderzoek maar eveneens door vormen van *kwantitatief onderzoek* waarin doelgroepen zelf betrokken worden en waar ze zelf iets aan hebben.

In het laatste deel van dit hoofdstuk heb ik betoogd dat rechtvaardige preventie, volgens bovenstaande richtingwijzers, morele ondersteuning van formele en informele sleutelfiguren nodig heeft. Deze sleutelfiguren moeten kunnen handelen vanuit een sterke sociale (basis)-infrastructuur als een *sociaal en moreel fundament* voor gezondheid én welzijn. Deze sociale-(basis)-infrastructuur kan echter alleen preventieve waarde hebben indien er sprake is van een duurzame investering in mensen, in sociale kwaliteit én laagdrempelige voorzieningen. Het *sociaal werk* als ondersteunende professie, gericht op het 'bevorderen van het sociaal functioneren van (kwetsbare) mensen, groepen en gemeenschappen in complexe omgevingen en in wisselwerking met die omgevingen' dient daarbinnen een belangrijke rol te spelen. Zij zijn bij uitstek in staat informele sleutelfiguren, die unieke waarden vertegenwoordigen, te ondersteunen. Dit werkt alleen als professionals daarbij tijd en ruimte krijgen en met public health professionals de dialoog aangaan over spanningsvelden die in de verschillende paradigma's besloten liggen. *Invloedvergroting van het sociaal werk en kritisch vermogen* organiseren is daarbij essentieel, zeker als nieuwe bezuinigingen kritische zorgzaamheid onmogelijk maken en de sociale rechtvaardigheid onder druk blijft te staan. Rechtvaardige preventie vraagt om een bij welzijn behorend doel en het daarbij passende engagement, logica en discours van een 'betekenisvol leven'. Daarbij dient de pluriforme 'stem' van mensen gehoor te vinden en mee te tellen.

Tot slot signaleer ik het risico dat kansrijke nationale en lokale preventieprogramma's die een versterking van de sociale basis te doel hebben - ondanks goede bedoelingen - te eenzijdig vanuit kostenbesparing of een gezondheidslogica (leefstijl) worden ingestoken. Dit brengt het risico met zich mee dat daarbij wederom wordt weggekeken van de maatschappelijke oorzaken die bijdragen aan problemen van mensen en aan hardnekkige kansenongelijkheid. Wanneer sociale werkers maar ook informele sleutelfiguren daarbij (instrumenteel) voor de kar van de publieke gezondheidszorg gespannen worden, blijven hun eigen merites, kunde en werkwijzen buiten beeld.

15.3.2. *Antwoord op deelvragen 3 en 4:*

- 3) Welke lessen kunnen worden geleerd en welke kernbegrippen lichten op uit een ethische, empirische en inhoudelijke analyse van het preventiediscours en -beleid met het oog op sociale gelijkheid en het welzijn van mensen?
- 4) Welke richtingwijzers zijn hieraan te ontleen voor het preventiebeleid in de toekomst op het snijvlak van de public health en het sociaal domein?

De hoofdstukken 9 tot en met 14 hebben veel begrippen en richtingwijzers opgeleverd, die kunnen worden samengevat in het begrip rechtvaardige preventie. In hoofdstuk 8 was een voorlopige smalle definitie van rechtvaardige preventie opgesteld die in hoofdstuk 12, op basis van het empirisch onderzoek, werd aangevuld tot:

Een preventieaanpak die 1) ongelijkheid waar mogelijk bij de wortels aanpakt; 2) recht doet aan de situatie en context en ten goede komt aan de potenties en kracht van mensen bij wie de gezondheid het meest kwetsbaar is en bij wie de kwaliteit van leven onder druk staat en 3) het preventief en moreel betrokken handelen van formele en informele sleutelfiguren (in organisaties, netwerken en gemeenschappen) versterkt; en 4) de noodzakelijke sociale en politieke veranderingen daartoe bevordert.

Op basis van het voorafgaande, kan ik nu een bredere omschrijving van rechtvaardige preventie geven. Vooruitlopend op de definitie waarmee ik dit proefschrift zal besluiten, formuleer ik allereerst mijn antwoord op deelvragen 3 en 4 in de volgende vier bevindingen en lessen:

1. Rechtvaardige preventie vraagt om een bij het sociaal domein en breed welzijn (brede welvaart) behorend doel en daarbij passende *logica, discours en vocabulaire*. Leidend daarbij is het leven van een *‘goed en betekenisvol leven’*, waarbij de pluriforme ‘stem’ van mensen zelf bepalend is.
2. Rechtvaardige preventie heeft een *eigen krachtige en verbindende taal* nodig die inhoud geeft aan de beschermende ondersteuning van formele en informele sleutelfiguren, zodat deze kunnen handelen volgens zeven richtingwijzers (zoals geformuleerd in hoofdstuk 14).
3. Rechtvaardige preventie vraagt om een sociaal en moreel fundament, dat is geworteld in een stevige sociale infrastructuur waar formele en informele sleutelfiguren zich, in hun bijdrage aan preventie, gehoord, gesteund en geëquipeerd voelen om het ‘goede’ en het ‘juiste’ te doen. De vier kernelementen van sociale kwaliteit kunnen als maatstaf dienen om het beleid te monitoren en om de juiste condities te scheppen om het handelen van de sleutelfiguren tot hun recht te laten komen.
4. Er zijn veel kansen om rechtvaardige preventie gestalte te geven. Daar is echter veel voor nodig. Voortbouwend op het voorafgaande noem ik hier vijf acties ten behoeve van de verdere ontwikkeling van rechtvaardige preventie:
 - Het verder ontwikkelen van de taal en het instrumentarium voor rechtvaardige preventie (onderzoek, beleid, interventies) samen met vertegenwoordigers van de public health en het sociaal werk.

- Brede inzet van het concept rechtvaardige preventie in relevante beroepen die met preventie en kwetsbare groepen bezig zijn (in het bijzonder het sociaal werk), gekoppeld aan een stevig kennisprogramma dat continue reflectie en praktijkleren mogelijk maakt.
- De vertaling en verankering van het begrip rechtvaardige preventie in nationaal en lokaal sociaal beleid en in nationale en lokale preventieprogramma's.
- Het concept meenemen in het ontwikkelen van een plan van aanpak voor het geval we in Nederland met crisis of pandemie te maken krijgen die mogelijk ongelijkheid produceert.
- Het ontwikkelen van een onderzoeksagenda en waarderingssysteem als opmaat om samen met sleutelfiguren uit het sociaal domein, de publieke gezondheidszorg en het maatschappelijk middenveld rechtvaardige preventie te onderzoeken en te monitoren.

Het lijkt een gemiste kans dat een belangrijk doel van het welzijnsbeleid – *de preventie van kansenongelijkheid* in de zin van het *voorkomen, verzachten of verminderen* van de negatieve gevolgen daarvan – vanaf eind vorige eeuw niet sterker ter hand is genomen en is gekoppeld aan de inspanningen gericht op *het terugdringen van de gezondheidsverschillen* binnen de public health. In bijlage 15.1 zijn de definities te vinden van verschillende begrippen die worden gebruikt in de publieke gezondheidszorg en in het sociaal domein (sociaal werk). Hier is te zien hoeveel gezamenlijkheid en overlap er is in het streven van de in Nederland (bijna) los van elkaar functionerende domeinen. De 'derde' revolutie van de WHO – vertaald in het Ottawa charter (1986) – bood een inspirerend kader om in dit gezamenlijk streven de krachten te bundelen (zie H. 5, 8). Dit had rechtvaardige preventie ongetwijfeld kunnen bevorderen en de pogingen om de gezondheidsverschillen terug te dringen kunnen versterken. Mogelijk biedt dit charter alsnog richtingwijzers voor de toekomst.

15.4. Beantwoording hoofdvraag van dit proefschrift: overwegingen en implicaties voor professionals

15

15.4.1. Een verrijking van het preventiediscours

De hoofdvraag van dit proefschrift was: *Hoe kan het preventiediscours – op het snijvlak van de publieke gezondheid en het sociaal domein – zodanig worden verrijkt dat het preventiebeleid en de daarmee verbonden praktijken meer ten goede komen aan mensen bij wie de gezondheid kwetsbaar is en bij wie de kwaliteit van leven onder druk staat?*

Mijn antwoord op deze vraag is:

Het dominante en medisch geëngageerde discours van preventie binnen de public health behoeft integrale aanvulling en kan worden verrijkt met het concept rechtvaardige preventie zoals in dit proefschrift wordt beschreven. Dit begrip legt een sociaal en moreel

fundament onder ziektepreventie, een fundament dat ten goede komt aan het brede welzijn (brede welvaart) van mensen, groepen, gemeenschappen en de samenleving als geheel. Door duurzaam te investeren in de kernelementen van sociale kwaliteit kan de kwaliteit van leven én de gezondheid worden bevorderd van inwoners in Nederland. Dit dient met name ten goede te komen aan die mensen die op een bepaald moment in hun levensfase kwetsbaar zijn of dreigen te worden.

15.4.2. Naar een definitie van rechtvaardige preventie

Rechtvaardige preventie in het sociaal domein zal professionalisering van het preventiewerk in het sociaal werk kunnen ondersteunen. Bovendien kan rechtvaardige preventie alle formele en informele sleutelfiguren in het sociaal domein inspireren bij hun preventieve taken. Ook voor public health professionals opent zich op die manier een nieuw perspectief.

Ik definieer **rechtvaardige preventie** als conclusie van dit proefschrift als volgt (brede definitie):

***Rechtvaardige preventie** is een collectieve verantwoordelijkheid en vraagt om collectieve inspanningen gericht op mensen, groepen, gemeenschappen en de samenleving als geheel.*

***Rechtvaardige preventie** bevordert dat (kwetsbare) mensen betekenisvolle levens kunnen leiden, volgens waarden die voor hen belangrijk zijn, waarin hun stem meetelt, ze hun sociale, morele, economische en gezamenlijke kritische vermogens optimaal kunnen ontwikkelen en ze zich verbonden voelen met anderen (met hun naasten, met hun gemeenschap en met de samenleving).*

*Werken vanuit de horizon van **rechtvaardige preventie** zorgt ervoor dat de daarvoor noodzakelijke condities worden vervuld en hulpbronnen worden aangereikt, zodat het sociaal, moreel, cultureel en economisch kapitaal van mensen, groepen en gemeenschappen wordt versterkt. Het betekent dat er responsief en domein-overstijgend preventiebeleid gevoerd wordt dat – gevoed door kritische zorgzaamheid vanuit een sterke sociaal en moreel fundament – bescherming en weerstand biedt tegen niet te rechtvaardigen bedreigingen die kansenongelijkheid vergroten.*

*Ten behoeve van **rechtvaardige preventie** werken formele en informele sleutelfiguren, professionals en beleidsmakers in organisaties, netwerken en gemeenschappen in co-creatie met burgers samen in het brede sociaal- en (publieke) gezondheidsdomein. Hier schakelen ze met elkaar, voeren ze ‘mix-methods’ onderzoek uit, delen ze continu kennis en leren ze van praktijken. Hier leveren ze waar mogelijk en noodzakelijk maatwerk en signaleren en adresseren ze kansen en problemen die structurele aandacht nodig hebben. Waar en wanneer dit nodig is (en zeker in tijden van crisis) worden ze daarvoor naar behoefte toegerust en ondersteund.*

***Rechtvaardige preventie** vormt een noemer waaronder steeds opnieuw kritisch kan worden nagedacht over de samenleving die Nederland in de toekomst wil zijn.*

15.5. Discussie, reflectie en rol van de onderzoeker

In deze discussieparagrafen reflecteer ik als onderzoeker op de opbrengst van dit onderzoek, op de gekozen methoden, op de wijze van aanpak en op de resultaten. Ik doe dit in drie stappen. Ten eerste reflecteer ik op het onderzoek als geheel. Ik ga daarbij in op de keuzes die ik heb gemaakt en mijn werkwijze. Ten tweede belicht ik enkele voor- en nadelen van het empirisch onderzoek van het RIVM en ten derde benoem ik enkele blinde vlekken die mogelijk zijn opgetreden bij de uitvoering van dit onderzoek en het empirisch onderzoek in het bijzonder.

Reflectie: de rol van de onderzoeker

Het belangrijkste punt dat ik in deze discussie wil noemen heeft te maken met de bril en blik van de onderzoeker. Ik ben kritisch geweest op het gevoerde preventiebeleid van met name de rijksoverheid in het verleden. Dat heeft met mijn eigen ervaringen in het verleden te maken die ik uitgebreid beschreven heb in de proloog en inleiding. Daar komt een beeld uit naar voren van verwarring, soms verbazing en misschien soms ook moedeloosheid, die mij gaandeweg in mijn carrière in de preventie overviel. Als je maar lang genoeg in een bepaald werkveld werkt wordt je blik anders. Je staat minder te juichen als er weer eens een 'akkoord' gesloten wordt, het zoveelste (subsidie)project wordt opgetuigd of er weer eens lippendienst aan preventie wordt bewezen. Een van de redenen voor dit proefschrift was dat ik wilde voorkomen moedeloos en cynisch te worden.

In dit proefschrift staan meer zaken genoemd die niet dan wel goed zijn gegaan. Het veld van de preventie is echter heel breed en zeer gevarieerd en het was onmogelijk om alles in beschouwing te nemen. De mensen die mijn proefschrift lezen kunnen zeggen 'ja maar, er zijn ook heel veel goede dingen gebeurd of op zijn minst geprobeerd'. Deze mensen hebben natuurlijk helemaal gelijk. Binnen en buiten het werkveld dragen veel mensen positief bij aan de publieke gezondheidszorg en aan het sociaal domein. Het gaat daarbij om beleidsmakers, onderzoekers, professionals, bewoners en (andere) sleutelfiguren die goede en juiste 'dingen' doen. Het gaat om professionals die al lang samenwerken met elkaar op het snijvlak van de publieke gezondheidszorg en het sociaal domein en mooie resultaten boeken. Ik heb veel 'goede praktijken' belicht in de hoofdstukken 10 tot en met 12. Graag was ik nog op veel meer plekken gaan kijken om te zien wat er in de praktijk allemaal gebeurt. Toch is het hopelijk duidelijk: voor al deze mensen heb ik dit onderzoek ook uitgevoerd. Ik ben namelijk van mening dat er veel te gemakkelijk geroepen wordt dat 'preventie' de uitkomst zou moeten zijn als er weer iets mis is gegaan. Mijn wens is dat nog beter wordt beseft dat preventie complex is en dat er veel bij komt kijken. Dat er structurele investeringen nodig zijn. Dat preventie een sociaal en moreel fundament nodig heeft en een andere taal en vocabulaire die beter passen bij het complexe sociaal domein. We zijn het vooral aan preventieprofessionals verschuldigd om deze taal aan te reiken en investeringen te doen. Het zijn immers deze 'frontliniewerkers' die aan het einde van de dag met een rotgevoel naar huis gaan, als

het aan ze knaagt dat er problemen zijn ontstaan die in principe voorkomen hadden kunnen worden. We zijn het ook verschuldigd aan die mensen voor wie het dominante preventiebeleid tot nu toe weinig tot niets uithaalt en die daardoor extra belast worden terwijl ze het al moeilijk genoeg hebben.

Wat mijn werkwijze betreft: ik heb – wat betreft het literatuuronderzoek – geen systematische literatuursearch gedaan. Ik heb aan het begin van het promotietraject wel een search gedaan (op begrippen als preventie, welzijn, gezondheid etc.) via tal van databanken als Google Scholar, Scopus en PubMed. De opbrengst daarvan echter, was aan de ene kant te uitgebreid en aan de andere kant te beperkt voor dit onderzoek. Wie op preventie zoekt krijgt vooral veel effectiviteit- en doelmatigheids-onderzoeken opgeleverd en dat was niet passend bij het doel van deze studie dat zich op een ander niveau afspeelt. Het meeste zoekwerk heeft daarom plaatsgevonden via de ‘sneeuwbalmethode’ (zie H. 2). De in hoofdstuk 3 benoemde termen waren mijn zoektermen in het vinden en het doorlezen van de stukken. Na verloop van tijd kreeg ik er als het ware een ‘oog’ voor en wist ik wat voor het beantwoorden van de vragen daadwerkelijk bruikbaar was. Dat hier een vorm van subjectiviteit insluip is niet te voorkomen. Het is onvermijdelijk dat ik in mijn zoektocht ook bronnen heb gemist.

Reflectie op de onderzoeksmethodologie van het empirisch onderzoek

Met het kwalitatief en narratief onderzoek dat onderdeel is van deze studie en uitgebreid is beschreven (zie de hoofdstukken 10 t/m 12) is inzicht gegeven in de praktijk van de naleving van de coronamaatregelen in het dagelijks leven van mensen. Dit onderzoek is binnen meerdere sectoren van het maatschappelijk middenveld en binnen uiteenlopende praktijken uitgevoerd. Ik heb bewust gekozen voor narratief onderzoek omdat deze vorm van onderzoek vooral in de public health vrij zeldzaam is en eigenlijk ook niet goed past bij het paradigma van de public health. Deze vorm van onderzoek heeft voor- en nadelen. Een voordeel van narratief onderzoek – en vooral in combinatie met een diepgaande vignetstudie en aanvullende focusgroepen – is dat diepgaander inzicht wordt verkregen in de ervaringen en beleving van mensen die in een specifieke context leven, werken of zorgen (Czarniawska, 2004, zie H. 2). Maso & Smaling (2004) zeggen hierover: “het gaat vooral om alledaagse betekenisgeving en om alledaagse betekenisrelaties tussen verschijnselen, zoals die gedragen worden door het gewone taalgebruik” (p.10). Brohm en Jansen (2010) zien verhalen dan ook als ‘dynamische betekenisnetwerken’. Als onderzoeker kun je flexibel inspelen op de situatie en doorvragen als je iets niet begrijpt of meer wilt weten. Zeker als er weinig voorkennis is en situaties complex, onzeker en veranderlijk zijn biedt kwalitatief of narratief onderzoek een uitkomst, stellen Maso en Smaling (2004, p. 11) dan ook. Narratief onderzoek levert (in principe) genuanceerde diepte-informatie op en het biedt een inkijk in het leven en de worstelingen van alledag, gerelateerd aan een bepaalde context en praktijken. Het zijn vooral de persoonlijke opvattingen en context-gebonden ervaringen, die de complexiteit van een specifieke werkelijkheid beter weergeven dan

gestandaardiseerd en context-onafhankelijk onderzoek. Hierdoor worden andere bronnen van kennis aangeboord, die veel meerwaarde kunnen hebben. Ook minder makkelijk meetbare zaken als waarden, compassie en empathie, zin- en betekenisgeving kunnen daar een plek in krijgen.

Narratief onderzoek of kwalitatief onderzoek in het algemeen heeft uiteraard ook beperkingen en nadelen (Czarniawska, 2004; Maso & Smaling, 2004; O'Brien, 2014). Het gaat dan over kwesties aangaande de methodologische kwaliteit, de validiteit (deugdelijkheid) van het onderzoek en betrouwbaarheid (herhaalbaarheid) van de uitkomsten. Een eerste nadeel is dat het vaak gaat om een *relatief kleine groep respondenten* binnen een specifieke context die onderzocht kan worden. Dit kan een *vertekening in de onderzoeksresultaten* en een *beperkte generaliseerbaarheid* tot gevolg hebben, waardoor het onderzoek als minder valide kan worden beschouwd. In dit geval is deze beperking teruggebracht, aangezien we met 95 mensen uit uiteenlopende contexten een diepte-interview hebben kunnen afnemen. We hebben 32 verhalen over hetzelfde fenomeen (corona en de maatregelen) vanuit verschillende contexten beschreven en geanalyseerd. Ook hebben we nadien nog met 23 mensen uit vergelijkbare contexten gesproken in de focusgroepen. We creëerden daarmee als het ware een netwerk van verhalen die vanuit verschillende perspectieven werden verteld. Door het onderzoek in verschillende tijdsperiodes gedurende de pandemie uit te rollen, hebben we ook het tweede nadeel - of veelgehoorde bezwaar - van de '*momentopname*' zo goed als mogelijk was trachten te ondervangen. Een derde nadeel is dat deze vorm van onderzoek *arbeidsintensief* is. Dit maakt dit soort onderzoek minder geschikt voor snelle besluitvorming. Overheden zitten in tijden van crisis meestal niet te wachten op zeer genuanceerde informatie. Ze willen concrete 'do's and don'ts' in hapklare brokken gepresenteerd krijgen. Daar leent narratief onderzoek zich echter minder voor, alleen al omdat het een tijd duurt voordat voldoende interviews zijn gehouden ten behoeve van de saturatie, transcripten zijn gegenereerd, en codering en verdere analyse van de transcripten (vaak een iteratief proces) heeft plaatsgevonden. Toch zijn we in staat geweest vrij snel de hoofdlijnen en resultaten van het onderzoek in een beleidsmemo te presenteren. Een ander en laatste nadeel dat ik hier wil noemen is het gevaar van de *eenzijdige of subjectieve interpretatie*. Dit hebben we enerzijds ondervangen door de bevindingen en kernboodschappen in elk verhaal steeds goed met elkaar door te spreken (door minimaal twee personen) én te bespreken met de respondenten. Anderzijds hebben we dit ondervangen door alle verhalen met elkaar te vergelijken en met team van zes mensen te zoeken naar de 'rode draad' in het geheel. Dit was een intensief en iteratief proces.

Zoals reeds gezegd gaven de focusgroepen in 2022 nog meer verdiepende informatie voor wat betreft het gevoerde beleid en gaven deze de mogelijkheid de resultaten van het narratief onderzoek tegen het licht te houden. Door op een later tijdstip enkele verhalen in een vignetstudie langs de lat te leggen van de theorie van sociale kwaliteit hebben we de uitkomsten van het onderzoek een verbindend theoretisch kader kunnen

geven. De theorie van sociale kwaliteit heeft als kapstok gediend voor het doen van aanbevelingen aan beleidsmakers voor de toekomst.³⁷¹

Blinde vlekken van dit onderzoek die het resultaat mogelijk hebben beïnvloed

Tot slot heeft dit onderzoek uiteraard ‘blinde vlekken’. Zoals ik hierboven schreef ben ik op zoek gegaan naar richtingwijzers voor de toekomst om te kijken hoe het preventiebeleid meer perspectief kan krijgen. ‘Beter’ in de zin dat niet alleen vanuit een gezondheid-, en zorgoptiek maar ook vanuit een sociale, maatschappelijke, gedrags- en morele optiek naar het preventiebeleid wordt gekeken.

Wat de mogelijk blinde vlekken van het RIVM onderzoek betreft: we waren door de pandemie genoodzaakt een strenge selectie te maken wat betreft de te onderzoeken sectoren en contexten. Ook hebben we – omdat ook wij ons aan beperkende maatregelen moesten houden – geen mensen of contexten kunnen observeren. Observatie van contexten en mensen had de validiteit van dit onderzoek kunnen versterken, maar dit was gezien de maatregelen helaas niet mogelijk. Dit is ondervangen door, zoals eerder vermeld, meerdere perspectieven op een praktijk te verzamelen: bijvoorbeeld door meerdere mensen per setting te interviewen alsook door mensen te vragen foto’s en relevante beleidsdocumenten en protocollen naar ons toe te sturen. Door vooraf brononderzoek te doen naar de impact van corona in de bestudeerde contexten kregen we ook een goed beeld van de kwesties die daar speelden. Deze informatie is in de verhalen in aparte tekstblokken opgenomen.

We realiseerden ons verder goed dat respondenten zich wellicht minder vrij voelden zich kritisch uit te laten over het COVID-19 beleid en de communicatie daarover, mede omdat wij RIVM-medewerkers waren. Daarom hebben we in de diepte-interviews en in de focusgroepen geprobeerd respondenten expliciet de ruimte te geven en uit te dagen voor een kritische noot en deze kritiek ook een plek te geven in onze analyses. We stopten met verhalen ophalen toen er sprake was van een verzadiging van de informatie, oftewel toen er weinig nieuwe informatie meer naar boven kwam. De validiteit van hetgeen we in dit rapport beweren is daarmee mijns inziens in belangrijke mate gewaarborgd. Dit neemt niet weg dat we mogelijk andere uitkomsten hadden gehad als we andere of nog veel meer contexten in beschouwing hadden genomen.

Een blinde vlek voor wat betreft het resultaat betreft de waarde van de theorie van sociale kwaliteit, de ‘sociale basis’ en het sociaal werk voor preventie. Het is geenszins de bedoeling deze theorie en concepten te idealiseren en als ‘heilige graal’ neer te zetten. Er is ook kritiek op de theorie van sociale kwaliteit (die ik in H. 11 deels in een voetnoot heb beschreven) en ook is er soms sprake van scepsis over de waarde van de sociale basisinfrastructuur. Deze kritiek heeft in dit proefschrift nog minimaal

371 Op het moment van schrijven ben ik vanuit de Erasmus Universiteit in Rotterdam bezig de lessen van het RIVM onderzoek te koppelen aan en te confronteren met kwalitatief onderzoek dat de EUR samen met de Haagse Hogeschool tijdens de coronapandemie (de inmiddels beruchte periode 2020-2022) heeft uitgevoerd en geanalyseerd. Door deze meta-analyse hopen we centrale lessen te formuleren voor het project ‘BePrepared’ dat in 2023 door Zorgonderzoek Nederland is gehonoreerd. .

aandacht gekregen, wat betekent dat het onderzoek hiernaar nog niet klaar is. Ook sociaal werkers en sleutelfiguren in het algemeen zijn geen 'heiligen' die altijd en alleen maar de goede en juiste dingen doen. Het zou een onderzoek op zichzelf zijn geweest om deze theorie, concepten en professies goed tegen het licht te houden en precies te ontrafelen wat wel en wat niet werkt en welke investeringen goed zouden kunnen zijn en welke niet. Ik weet dat dergelijk onderzoek nu (deels al) elders plaats vindt (onder andere bij de Kenniswerkplaatsen Sociaal Domein, op de Erasmus Universiteit en de Universiteit Utrecht). Ik hoop dat onderzoek in de toekomst kan bijdragen aan meer inzicht over de waarde van de sociale basis, de rol van het sociaal werk en andere sleutelfiguren.

Een andere blinde vlek voor het gehele onderzoek tot slot is dat ik geen tijd meer heb gehad om de resultaten van dit onderzoek, samengevat en gebundeld in het concept rechtvaardige preventie, dat zich gaandeweg het onderzoek ontwikkelde, aan public health- en sociale experts in het veld voor te leggen. Het onderzoek nodigt uit tot doorontwikkeling naar beide domeinen, waarbij terugkoppeling van de kant van de professionals een goede eerste stap zou zijn.

Epiloog

Taal doet ertoe.

dit proefschrift, Kolner, 2024

Als mensen het woord preventie in de mond nemen dan denken ze bijna automatisch aan leefstijlpreventie (stoppen met roken, gezonde voeding, meer bewegen etc.). Dit wijst erop dat er sprake is van een dominante zienswijze bij preventie en daaraan gekoppelde handelingsperspectieven en praktijken. Dit automatisme of deze logica, die kenmerkend is voor een ‘paradigma’, heb ik in de eerste hoofdstukken van dit proefschrift vanuit de historie geduid.

Een rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid uit 2018 (Broeders et al., 2018) over preventie en de groter wordende en hardnekkige gezondheidsverschillen was letterlijk de aanleiding voor dit proefschrift. Het rapport concludeerde dat de missie en aanpak van het ‘leefstijldiscours’ (mijn woorden) van preventie, zoals dat door de publieke gezondheidszorg wordt ingezet, niet of onvoldoende werkt bij een belangrijk deel van de burgers in onze samenleving. Waar lag dat aan en wat was er dan nodig om wel iets voor deze mensen te kunnen betekenen?

Taal doet ertoe

In dit proefschrift – dat als een analyse van het discours en beleid van preventie – is uitgevoerd- heb ik vooral andere taal willen geven aan preventie, mede om via die andere taal de rechtvaardigheidsvraag een centrale plek te geven in het preventiediscours. Taal doet ertoe: wat we zeggen en de woorden die we kiezen verraden onze zienswijzen en standpunten en zijn niet neutraal. Het heeft bijvoorbeeld verstrekkende gevolgen als in een gemeente het woord ‘empowerment’ niet meer gebruikt mag worden maar ‘eigen kracht’ daarvoor in de plaats komt. Het zijn maar woorden maar er gaat een wereld achter schuil met andere denkwijzen, een ander mensbeeld en een ander handelingsperspectief. Zo’n ‘woordenwisseling’ is niet onschuldig. De coronacrisis heeft dit duidelijk laten zien. Dat was bijvoorbeeld te merken aan hoe communicatie over de maatregelen gevolgen had voor het vertrouwen in die maatregelen en in de politiek als geheel. Welke woorden gebruikte de premier? Waren die woorden waarachtig, en hoe droegen bestuurders de boodschap uit, in gebaar en gedrag? Het werkte allemaal door in het ‘klimaat’ in de samenleving. Voor mij is dit na het voeren en analyseren van heel veel gesprekken klip en klaar geworden.

Ik heb in dit boek vooral toegewerkt naar het geven van ‘taal aan preventie in het sociaal domein’. Ik merkte namelijk dat de ‘public health zienswijze’ en ‘preventie-taal’ uit de preventiewetenschap, die burgers op hun ongezonde leefstijl aanspreekt, het sociaal domein bepaald niet als een handschoen past. Praten over ziektepreventie in de biologisch medische zin is heel wat anders dan het voorkomen van complexe problemen, zoals chronische stress en mentale problemen, van mensen die in de marge van de samenleving hun hoofd boven water proberen te houden of van mensen die om andere redenen kwetsbaar zijn. En kwetsbaar zijn we natuurlijk allemaal. Ongeluk of pech, een plotse scheiding, verlies van werk of de dood van een dierbare kan elk mens in een kwetsbare positie doen belanden.

Vandaag de dag doen zich vele bedreigingen voor, zoals blijkt uit de klimaatcrisis, oorlog in de wereld en migratiestromen die door beide oorzaken op gang komen. Deze

dreigingen gaan ongelukkigerwijs gepaard met radicalisering en polarisering en laten het dagelijks leven van mensen niet onberoerd. De dreigingen en de ontregeling, angst en onrust die ze met zich meebrengen hebben invloed op ons allemaal. Toch hebben ze op sommigen een grotere impact dan op anderen. Kwetsbaar zijn wil niet zeggen dat je geen respect meer verdient, dat je niet meer meetelt omdat je bijvoorbeeld korte of langere tijd niet meer ‘productief’ kan zijn in de samenleving. Kwetsbaar zijn betekent dat je hulp en hulpbronnen nodig hebt om kwaliteit van leven te kunnen ervaren. Kwetsbaarheid vraagt op macroniveau om respect voor de mensenrechten en op microniveau om compassie en empathie. Mensenrechten respecteren hoort bij een beschaafd en welvarend land. Mensenrechten respecteren we niet alleen omdat wij het misschien morgen zelf zijn die bij een ander aankloppen om hulp, omdat we door pech, ziekte of ongeluk overvallen zijn, maar ook omdat betrokkenheid tonen en solidair zijn met anderen op de lange duur het meeste loont. Het zijn Westerse waarden die we moeten blijven koesteren, ook als dat soms moeilijk en lastig is.

De titel van dit boek: Rechtvaardige Preventie

Ik heb uiteindelijk en gaandeweg besloten – met dank aan Harry Kunneman die deze titel in een gesprek een keer terloops opperde – de naam ‘rechtvaardige preventie’ te gebruiken om krachtige taal en een andere manier van denken over preventie te introduceren. Niet ter vervanging van het dominante paradigma, want dat lijkt me een onmogelijke opgave. Een paradigma stoot je immers niet zomaar van de troon en is in zichzelf ook waardevol. Ik introduceer de term rechtvaardige preventie als naastliggend, ter confrontatie, en zeker als onderliggend gedachtegoed voor het denken over ziektepreventie en de vaak eenzijdige aandacht voor individueel gedrag. Met de term ‘Rechtvaardige Preventie’ vraag ik aandacht voor het collectieve welzijn van mensen, groepen en gemeenschappen. Rechtvaardige preventie kan handvatten bieden als het gaat om het voorkomen van of omgaan met problemen in situaties waarin deze complex zijn en minder goed voorspelbaar of maakbaar zijn. Als uitkomst van dit onderzoek denk ik te kunnen concluderen dat het concept ‘rechtvaardige preventie’ nuttig kan zijn en wellicht zelfs noodzakelijk is om flinke stappen te zetten met preventie. Die stappen creëren kansen voor mensen met een preciaire gezondheid en bij wie de kwaliteit van leven onder druk staat: doel daarbij is dat deze mensen betekenisvolle(re) levens kunnen leiden en hun potentieel kunnen verbeteren. Dit zal op den duur zeer zeker ook vruchten afwerpen voor de gezondheid.

Ik besef me dat het toevoegen van het begrip ‘rechtvaardigheid’ aan een wetenschappelijk gefundeerd begrip als ‘preventie’ mogelijk ook lastig is en onrust met zich meebrengt. Want wie bepaalt wat rechtvaardig is? Rechtvaardig voor wie en welke rol ligt daar voor mensen zelf, voor de instituties, voor de politiek? Als ik aanspraak maak op ‘mijn recht op autonomie’ kan dat immers voor iemand anders als ‘onrecht’ aanvoelen. De coronapandemie maakte dat pijnlijk duidelijk. En hoe meet je wat rechtvaardige preventie is en of dat effectief is? Ik ben me bewust van de vele vragen die het toevoegen van begrip ‘rechtvaardigheid’ aan preventie kan oproepen,

maar ik heb er weloverwogen voor gekozen. Ik hoop daarmee de kans te vergroten dat professionals, die met preventie aan de slag gaan, zichzelf en anderen met lastige en trage vragen confronteren. Daar beoog ik mee dat men er niet zomaar vanuit gaat dat wat zij zelf een belangrijk doel van preventie vinden, dit ook automatisch voor anderen geldt. Ik hoop daarnaast dat beleidsmakers en professionals in het algemeen gaan nadenken over de vele ethische en praktische kwesties die met preventie samenhangen.

De titel van dit boek 'Rechtvaardige Preventie' is dan ook bedoeld om nadenken en dwars-denken te stimuleren. Dwarsdenken is immers een belangrijke bron voor discussie en dialoog. Rechtvaardige preventie mikt op beleid dat gelijkheid ('equity') bevordert, op zin- en betekenisgeving, op sociale kwaliteit vanuit een denken over 'brede welvaart' voor iedereen. Rechtvaardige Preventie veronderstelt altijd een gezamenlijk proces met flexibele en pluriforme uitkomsten. Met andere woorden: het is nodig om samen op rechtvaardige preventie te reflecteren.

Betekenisgeving

Als ik over rechtvaardige preventie nadenk moet ik altijd denken aan één van de wetenschappelijke artikelen die ik las over gedrag en gezondheid. Het artikel belicht de situatie van mensen die in gedepriveerde wijken in Amerika leefden in de tijd dat AIDS de wereld in zijn greep hield. Veel mensen worstelden met obesitas en verslavingsproblematiek. Een respondent gaf antwoord op de vraag of hij het belangrijk vond om op zijn gezondheid te letten, met: "Why bother?" (Kaplan, 2013, p. 6). Veel reacties van respondenten in dat artikel komen erop neer dat het leven wel eerst de moeite waard moet zijn, wil je de wil en kracht vinden om iets aan je verslaving te doen. Ik denk dan ook aan mijn schoonmoeder van 93 die zich liever niet liet vaccineren tegen COVID-19 omdat ze het wel welletjes vond. Ze had weinig plezier meer in het leven en het had voor haar weinig betekenis meer. Als het aan haar lag was COVID-19 misschien wel een welkom geschenk voor een door haar gewenste dood. Ze liet zich uiteindelijk overhalen omdat het van belang was voor anderen, maar voor haarzelf had het niet gehoeven.

Rechtvaardige preventie heeft voor mij dan ook alles te maken met betekenisgeving en de sociale, culturele, morele en materiële bestaansvoorwaarden die een goed en betekenisvol leven mogelijk maken. Het is ook een mogelijke invulling of benadering van het *proportioneel universeel preventiebeleid* waar de WRR in 2018 voor pleitte (zie hoofdstuk 2) én een voltooiing van de 'derde revolutie' in de preventie waar ik in hoofdstuk 5 en 8 uitgebreid bij stil sta.

Het gaat mijns inziens bij preventie ook om de juiste volgorde. Rechtvaardige preventie dient wat mij betreft altijd en per definitie gericht te zijn op de doelen die voor mensen zelf, voor anderen in hun directe omgeving, hun gemeenschap of voor de samenleving betekenisvol en haalbaar zijn. Het streven daarbij is dat mensen kleine stappen in de juiste richting zetten, daarbij geholpen door anderen en ondersteund door rechtvaardige instituties.

Paradigma's

Pas als je je bewust bent van de beperkingen van een dominant paradigma krijg je zicht op wat een paradigma is en betekent. Ik merkte dit onder andere bij het RIVM waar ik twee jaar mocht meewerken aan onderzoek naar de impact van de coronamaatregelen. In eerste instantie dachten enkelen dat wat ik met mijn team deed, geen echt onderzoek was: 'we haalden zagezegd alleen maar wat verhaaltjes op'. Ik merkte daar hoe professionals soms zijn opgesloten in hun eigen wereld, waar ook een 'taal' en bepaalde methoden van (vooral kwantitatief) onderzoek bij horen. Ook werd ik mij ervan bewust dat de politiek gewend is beslissingen te nemen op basis van informatie die ze gewend is aangeleverd te krijgen. Graag in korte bullets met zo weinig mogelijk tekst. Op kwalitatieve gedraginsichten uit verhalen kwamen reacties als: "Wat moeten we daar eigenlijk mee? Hoe hard is dat en tjee wat veel?" Gelukkig veranderde dat toen men in de gaten kreeg dat die 'verhalen' een narratieve rijkdom bevatte, en waar ook een rode draad uit te herleiden was. Het was een rode draad die een ander paradigma aanwees waarin normativiteit, rechtvaardigheid en waardenafwegingen een plaats kregen. Dankzij het hoofd van de Corona Gedragsunit van het RIVM, het hoofd onderzoek en een groep (wetenschappelijke en communicatie-) experts die met mij meedachten en -werkten, kon ik twee jaar gebruik maken van de faciliteiten van het RIVM om het onderzoek verder uit te rollen en de resultaten in een internationale publicatie te verwerken (Kolner et al., 2022a). Dat het biomedisch tijdschrift *Eurosurveillance*, dat normaliter vooral cijfers en statistieken over ziekten publiceert, enthousiast was over het onderzoek en het wilde publiceren was een geweldige opsteker, zagezegd de kers op de taart. Het is daarom jammer dat de politiek belangwekkende inzichten uit de sociale- en gedragswetenschap nauwelijks een plek hebben gekregen in het formuleren van het coronabeleid.

Een bewust eclecticisch narratief

Dit proefschrift herbergt heel veel inzichten uit de theorie, beleid en praktijk. Ik heb geput uit de brede preventiewetenschap en ook verschillende theoretische concepten uit de filosofie, psychologie en sociologie belicht. Ook had ik de normatieve professionalisering als rijke kennisbron waar ik uit kon putten. Ik besef goed dat dit onderzoek voor een deel niet zomaar voldoet aan de gebruikelijke methodologische eisen van reproduceerbaarheid en navolgbaarheid. Ik ben zelf als onderzoeker verantwoordelijk voor veel van de onderliggende keuzes die ik heb gemaakt. Mijn eigen opleiding en werkervaringen (die ik in de inleiding op papier heb gezet) hebben uiteraard een rol gespeeld bij het maken van (pre-analytische) keuzes in de bronnen die ik heb geraadpleegd en de weg die ik heb bewandeld. De hoeveelheid informatie maakte dat ik voortdurend moest schiften.

Wat me opviel was dat – door de jaren heen – niet alleen de wetenschap voor de ontwikkeling van preventie bepalend was. Heel veel factoren waren van invloed op de ontwikkeling van preventie en dan bedoel ik ook de onderliggende sentimenten, die kenmerkend waren voor de tijdgeest en ook tal van machtsfactoren speelden een

rol. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de terloopse opmerking op pagina 387 van de Nota 2000 (1986), dat er voor facetbeleid ‘geen centrum van macht’ aan te wijzen is. Letterlijk staat er “er is voor dit beleid niet één advieslichaam en ook het maatschappelijk draagvlak is zeer verspreid”. Deze zin fascineerde mij, want deze had toen al voorspellende waarde. Het facetbeleid is dan ook op een gegeven moment stilletjes uit het discours verdwenen. Met ‘Health in All Policies’ (HiAP) of ‘Health in and for All Policies’ probeert de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving het ‘facetbeleid’ weer op de agenda te krijgen, nu onder een andere naam en met wettelijk verankerde doelen. Een dappere poging, echter wel een die de lessen uit het verleden ter harte moet nemen. Ik ben bang dat het zonder een ‘centrum van macht’ niet gaat lukken.

Het ging er me bij het maken van keuzes vooral om inzichten uit de theorie te confronteren met ervaringen in de praktijk. Mijns inziens is vooral daar veel van te leren. De COVID-19 pandemie was voor veel mensen een bezoeking, maar ook een confrontatie met een essentie van het bestaan en met ‘overleven’. De pandemie zette het leven van iedereen op z’n kop, voor sommigen een beetje meer dan voor anderen. Voor onderzoekers bood de Corona-periode een belangrijk momentum en soort van ‘sociaal laboratorium’ waar veel van te leren viel. Het is achteraf frappant te zien hoe preventie in beide domeinen – de publieke gezondheidszorg en het sociaal domein – de afgelopen decennia veronachtzaamd is en steeds kind van de rekening is geweest. Vooral in crisistijd wrekt zich dat. Het was nodig deze onrechtvaardige verwaarlozing van beide kanten te belichten.

Over stevige bodems en de kers op de taart

Dat het begrip ‘sociaal en moreel fundament’ uiteindelijk in dit proefschrift terecht is gekomen is een gevolg van literatuurstudie en van de vele gesprekken over mijn vraagstelling met mijn promotoren. Tevens heeft het raakvlakken met mijn persoonlijke geschiedenis. Ik heb het over de tijd dat ik directeur van Jeugd in Beweging was (van 1997 tot 2002). We schreven daar, samen met de Stichting Leerplanontwikkeling, een ‘Inhoudelijk Fundament voor de breedtesport’ (zie H. 1), vanuit de gedachte dat als je geen stevig fundament bouwt onder het bewegen van kinderen je ook niet kan verwachten dat je later gouden medailles wint tijdens de Olympische Spelen. Daar doen we alles voor en dat noemen we topsport. Topsport – daar lopen sponsors en de media warm voor. Maar topsport krijgt alleen kans en glans als er een kwalitatief bewegingsonderwijs is, waar kinderen blij van worden en er een goed verenigingsklimaat in de sport is of sportveldjes in alle wijken en buurten in Nederland. Ik herinner me dat ik op een gegeven moment naar de bestuursvergadering ging, waar Ivo Opstelten (destijds burgermeester van Utrecht) voorzitter van was. Ik ging daar het Inhoudelijk Fundament uitleggen en nam een taart mee die uit drie lagen bestond. De onderste laag was het fundament vanuit de breedtesport, de sportveldjes en voorzieningen in wijken en buurten, de tweede laag was ‘goed’ bewegingsonderwijs op scholen en de derde kleinste laag stond voor de voorzieningen voor de topsport. De slagroom met kers die daar bovenop prijkte symboliseerde de belofte van gouden medailles. Ik zie

de bestuurders (die tal van organisaties vertegenwoordigden) nog smakelijk eten en lachen terwijl ik onze visie uitlegde namens het hele team. We mochten het Inhoudelijk Fundament opstellen en dat deden we dan ook (zie H. 1).



De taartmetafoor wil ik ook gebruiken voor de opbrengsten van dit proefschrift. De eerste laag betreft de rijke sociale en morele voedingsbodem, welke staat voor een sterke basisinfrastructuur. Een 'sociale basis' waar talloze formele en informele sleutelfiguren vanuit nabijheid de sociale kwaliteit in wijken en buurten voeden, verstevigen, in de gaten houden en het 'goede en juiste' doen. Cruciaal daarbij is dat de talloze kleine netwerken en initiatieven (met een onnavolgbare interactie tussen mensen als gevolg) kunnen putten uit en gesteund worden door een tweede laag van professionele voorzieningen en hulptroepen, die mensen, netwerken en organisaties kennen en weten wat er nodig is. De derde laag is het optimaal functioneren en floreren van mensen in de samenleving (ieder vanuit eigen kunnen en op een eigen manier). Een goede gezondheid en optimaal welzijn (spreekwoordelijk gezien) kan dan als de kers op de taart beschouwd worden.

Ik realiseer me dat het zo simpel niet is maar op een bepaalde manier is het dat ook wel. Het kwalitatieve onderzoek dat ik in dit boek presenteren liet zien dat een sterke sociale basisinfrastructuur ertoe doet in tijden van crisis. Daar is geen pasklaar recept voor te geven, maar als die infrastructuur niet sterk is (en ik heb het dan over de 'harde' en 'zachte' infrastructuur) ontbreekt er iets wezenlijks. Investeren in zo'n sociaal en moreel fundament en in de sleutelfiguren, die daar letterlijk dagelijks de handen voor uit de mouwen steken, naar mensen luisteren en hen nabij zijn, zal de staatskas niet leegroven. Voor een deel is die infrastructuur er namelijk vaak al, maar niet overal en niet overal even sterk. Aansluiten bij de reeds bestaande interacties en netwerken tussen mensen, dat is 'penny- en prevention wise' beleid, waarbij de kosten voor de baten uit zullen gaan. Er is al heel veel wetenschappelijke literatuur op dit vlak waaruit duidelijk wordt wat de belangrijkste functies zijn van zo'n 'sociale basis'. Goede sociale verbanden en korte lijntjes hebben, fysieke plekken die ontmoeting mogelijk maken en laagdrempelige formele en informele sleutelfiguren die het appèl horen van mensen die in de knel raken en het mandaat hebben om daar ondersteuning voor op gang te brengen. Aan ons werd verteld dat dit cruciaal is in tijden van crisis (en daarbuiten) en het verschil maakt. Zo'n sociaal fundament moet en mag er in elke gemeente, wijk of buurt anders uit zien. Willen we ons goed voorbereiden op mogelijke crises in de

toekomst, dan is een investering in de sociale basis en in sociale kwaliteit nodig. Deze investering zal zich op de duur vanzelf bewijzen en terugverdienen.

Mijn wens met dit proefschrift is dat rechtvaardige preventie een begrip met inhoud wordt dat handvatten biedt voor wetenschappelijk onderzoekers en beleidsmakers die zich met preventie bezig houden. Vooral hoop ik dat het concept betekenis krijgt voor public health professionals en professionals in het sociaal domein, in wijken en buurten of in instellingen en organisaties. Deze professionals worden immers geconfronteerd met de gevolgen van onrechtvaardig beleid. Als rechtvaardige preventie bevochten moet worden (en dat zal zeker het geval zijn zo leert de geschiedenis) laten we dat dan samen op ferme maar waardige manier doen.

Rechtvaardige preventie is een 'zacht woord' ...

Het Bedoelde

[.....]

Het is een zacht woord, ik voel de omtrek ervan;
geen woord om mee te snijden, geen
woord waarmee je smijlt.

Meer dan een vermoeden is er niet. Misschien een
kwestie van tijd tot ik het heb teruggevonden.
Dan valt zo'n woord vaak tegen.

Het gezochte woord lijkt altijd groter
dan het woord dat je ten slotte vindt:
er paste, toen het er niet was,
meer en mooier zwijgen in.

Uit: Ester Naomi Perquin (2022). *Ongevraagd advies*. Van Oorschot, Amsterdam.
(tekst gebruikt met toestemming van de uitgever en de auteur)

Carla Kolner, 11 mei 2024

Summary of the dissertation on Equitable Prevention

*At the intersection of the public health
and the social domain.*

About this dissertation

In this dissertation I argue for a radical change in thinking about prevention with a view to fairness and justice. This is a change that does not focus on the health, behaviour and functioning of individuals alone, but on the capacities of people and the functioning and wellbeing of communities and society as a whole. On the basis of my findings, I argue for a change in the 'system' of thought about prevention and especially the way in which human capacities, the emergence of people's health problems or problems in daily life are viewed. It is about a paradigm shift in which the wellbeing of people and communities takes up a central position. Key in this paradigm is the recognition that many people lead complex lives in complex environments, and need resources and support to be able to live meaningful lives according to values that matter.

Introduction

This dissertation opens with a personal retrospective of my (professional) past. On the basis of ten lessons I take the reader along in chapter 1 and highlight and substantiate various specifics, dilemmas and problems regarding the development and implementation of prevention. I argue, among other things, that prevention involves hard work and a huge amount of inventiveness, posing considerable challenges on developers and implementers in various domains such as public health and the social sector. In this introduction, in which prevention is discussed in various forms, I also build on the problem-definition and the scientific questions presented in this research.

Occasion

In chapter 2, I start on the basis of literature to search for the answer to the question as to why current public health prevention policy often falls short among groups that would in fact benefit most from prevention, and to establish what is needed to improve prevention policy in the Netherlands. In this search I mainly intend to investigate, challenge and enrich notions about prevention and the language and discourse that we use or are accustomed to.

Problem statement

Over the past 35 years, individuals and groups of precarious health and a life quality most at risk have benefited the least from the dominant prevention policy in the Netherlands.

Main question

How can the prevention discourse - at the intersection of public health and the social domain - be enriched in such a way that prevention policy and related practices benefit people of precarious health and a life quality most at risk?

Summary

The following research questions are addressed:

1. *How can the public health prevention discourse and policy in the Netherlands be understood from the perspective of history (international, national)?*
2. *Which developments, dominant debates and aspects of legislation have contributed to public health prevention policy aimed at reducing health inequalities?*
3. *What lessons can be learned, and what key concepts emerge from an ethical, empirical and substantive analysis of prevention discourses and policies with a view to social equity and people's well-being?*
4. *What signposts can be derived from this for future prevention policy at the intersection of public health and the social domain?*

Purpose

Prevention of complex problems of vulnerable groups is of concern to many policymakers and professionals. A focus on people with multiple and complex problems is more than desirable. For exactly the same reason however, the topic of prevention also requires enrichment and deepening. Possibly, and hopefully, this research and dissertation can support prevention workers in the domain - or at the intersection - of public healthcare and the social field.

Method and theoretical framework

The nature of this research is both analytical (research of theory and policy), qualitative-empirical and critically contemplative. A frequently used method in this dissertation is content and discourse analysis based on literature and policy research. This is generally applied as the analysis and description of existing discourse as it appears in various sources. In the empirical section I describe the design and results of the narrative research conducted at the Corona Behavioural Unit of the RIVM³⁷² in the corona years 2020 to 2022. This empirical aspect of the study focuses on the way in which the corona measures were implemented in different contexts and sectors, and on the dilemmas that arose from this.

To answer my main question and sub-questions, I approach the concept of prevention and critically set off several commonly used definitions (chapters 3) and dominant insights from three theoretical angles (chapter 4) against each other, namely:

1. The science of prevention;
2. The social work theory;
3. The ethics of prevention in light of normative professionalization.

Content of Chapters 5 to 9: in order to answer sub-questions 1 and 2

In chapter 5, I focus from a historical perspective on the public health discourse and its development in the Netherlands and Western European countries. In this chapter I

372 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, the Netherlands

conclude that medical orientation on disease prevention arose at the end of the 18th century, to remain dominant until well into the 21st century, surviving new visions and far-reaching ambitions occurring among governments and authoritative public health institutions. In this chapter it becomes clear that prevention has over the centuries been under considerable tension in major areas. Prevention for example is in prolonged competition with curation and is thwarted by economic interests, while views on prevention clash with values such as ‘freedom and autonomy’. Persistent beliefs and sentiments (such as ‘aid makes the poor lazy and dependent’) also thwart attention to the problems of people from lower socio-economic classes. Because the central government is delegating more and more preventive tasks to local authorities, preventive efforts are becoming fragmented and prevention has to compete with local political ambitions. In 1986 the World Health Organization (by way of the Ottawa Charter) presented a new - and in its own words ‘revolutionary’ - vision of prevention known as ‘new public health’ which advocates a more *social and moral vision* and focuses on addressing socio-economic determinants of health and wellbeing (from pathogenesis to salutogenesis). However, it remains politically difficult to act on it.

In chapter 6, I build on the public health ambitions of the WHO and their translation to the Netherlands, for example in the ‘Nota 2000’ (1986). Here I reflect on the nature and relevance of the socio-economic determinants of disease and health with respect to the goal of ‘health equity’ or the reduction of socio-economic health inequalities (SEHI). I summarize a wide range of factors at a social level that influence people’s health and wellbeing and make it difficult to positively influence the root causes of health inequalities and unequal opportunities. It is becoming clear that effective prevention requires a collective approach, focusing in particular on the largest group with the lowest risk. However, this raises not only ethical but also methodical and financial barriers. Moreover, the complex and multiple cause-and-effect relationships around health and the fact that some problems have systemic causes (think of healthcare accessibility, the neoliberal political climate and how it has put pressure on the welfare state) cause preventive efforts to be often limited to single problems and influencing behaviour at individual level.

In chapter 7, I present a bird’s eye view on the basis of a timeline of important events, developments and policy processes which have been decisive for public health prevention policy in the Netherlands over the past 40 years. Once again I mainly focus on the policy aiming to reduce health inequalities (SEHI reduction). I divide time into three periods, namely 1) the visionary era (1974 - 1994), the optimistic era (1994 - 2010) and the pragmatic era (2010 - 2019). This overview offers a rather disconcerting picture of ambitious goals with a focus on individual behaviour and responsibility for health which have not been achieved, due, among other things, to lack of support, perseverance, patience, continuity of policy and moreover to ad-hoc, fragmented

financing. National as well as local governments routinely look away from people's underlying problems, which stands in the way of effective prevention.

In chapter 8, I turn to literature to reflect on the achievements and limits of public health prevention. In this chapter, and by way of recent analysis by Mackenbach and, in part, analysis of the impact of the recent corona pandemic, I illustrate that the achievements of public health can be called revolutionary on the one hand, whereas on the other hand public health is reaching its limits. New threats to people's health and wellbeing (such as climate change, large migration flows and future pandemics) pose a major future challenge and require reflection on the goals of prevention. This is especially the case with a growing group of people with fragile health and life quality under pressure. At the end of chapter 8, I introduce the concept of equitable prevention as the guiding principle for the sequel of my research.

Content of Chapters 9 to 14: in order to answer sub-questions 3 and 4

In chapter 9, I explore the normative-ethical discourse centred around the promotion of a 'good and meaningful life' for people. I do so first of all on the basis of the critical argument of David Buchanan (2000) who, as a philosopher, reflects on the Public Health paradigm and considers the sources for 'wellbeing' on the basis of a study in deprived neighbourhoods in Boston (USA). In my reflection on his argument, I compare his insights and key concepts with some insights (relevant to prevention) originating from ethics and the art of living discourse (such as those of Nussbaum, Taylor, Dohmen, Foucault and Ricoeur). I conclude here that, from an ethical-philosophical point of view, prevention in the light of wellbeing and justice presupposes that people formulate their own goals for a valuable or meaningful life ('living according to values that matter'). This also means that, where necessary, people are supported in achieving those goals. Prevention based on this ethical-philosophical discourse implies that problems, possible solutions and perspectives are examined from a non-individual-based logic. Not only must the vulnerability and capacities of individuals be accounted for, the well-being of communities and society as a whole must be considered as well.

In chapter 10 (empirical research phase A and B³⁷³) I highlight an empirical narrative study which I conducted at the Corona Behavioural Unit of the RIVM in the period 2020-2022 at the time when the corona pandemic threatened the health of many people and affected the quality of life of many others. Based on analysis of 65 in-depth interviews with *key figures* from civil society (schools, care, art, social work, community services etc.) and 32 'narratives' - developed in co-creation - insight is provided into the preventive actions of important key figures in society during the pandemic. Based on the results, the *key figures* can be regarded as people who feel strongly committed ('engaged') with the vulnerable people within their context. They

373 see appendix 10 -2

feel responsible for them and are trusted by them. I characterize these *key figures* among other things as *auxiliary troops in aid of* the government (not extensions), as *connectors* and *matchmakers* between numerous parties, as *balancing artists* (because they constantly maintain the balance between health and wellbeing, between following up on measures and searching for tailor-made solutions) and, last not least, as *guardians* of important values like justice and human dignity.

In chapter 11 (empirical research phase C) I build on the results of chapter 10 and analyse some narratives in more depth by drawing up five vignettes for more detailed consideration with the help of the theory of social quality. I start by explaining this theory, proceed by presenting the vignettes and next zoom in on some dilemmas that unfold in two vignettes, which dilemmas I review on the basis of additional theories of justice. Doing so, I will identify some basic characteristics of preventive and fair action conducted by the key figures. It is mainly through 1) making dilemmas visible and open for discussion and dialogue 2) striving for commonality and 3) critically questioning the policy of the institutions, that the key figures perform their preventive actions and work on social quality in pluralistic contexts.

Chapter 12 (empirical research phase D) reports on the results of five focus group discussions conducted in February 2022 together with RIVM researchers. The aim of the focus groups was to look ahead to future corona policy with respondents from different sectors and contexts based on three future scenarios. These interviews were conducted with 23 key figures from civil society who worked with vulnerable groups³⁷⁴. I conclude in this chapter that, when considering possible future scenarios for pandemics, the main directive should be that relevant formal and informal key figures with feet firmly planted in society in the vicinity of vulnerable people *feel heard, acknowledged, supported and equipped* to do the 'right' thing for people who are disproportionately affected by the pandemic. Important *conditions* for equitable future pandemic policy include the organization of *collective responsibility* based on a *domain-transcending vision of general wellbeing* and *transparent, framework-setting government* on the part of *fair and just institutions*.

In chapter 13, I build on chapters 9 to 12 and highlight the task of equitable prevention in the social domain. I start this chapter with a rough sketch of the current social state of the Netherlands. This analysis sheds light on the widening gap between rich and poor in the Netherlands, which in recent decades has led to an unequal distribution of wealth, unequal opportunities for optimal development of people's talents and greater differences in health. Some of the causes which gave rise to this gap are examined by way of a historical review of the development of welfare policy in the Netherlands. I conclude, among other things, that government policymakers and several civil society

374 See appendix 12-1

Summary

organisations have taken insufficient account of the impact of the '*austerity, phasing out or relocation*' of the welfare state on the health and wellbeing of disadvantaged groups. In particular people in vulnerable positions reaped the bitter fruits of the welfare state's failure to realise its main objective, namely to stand up for the most vulnerable.

In chapter 14, I describe the possible challenges and opportunities for equitable prevention in the social domain. Based on the previous chapters I start by formulating seven signposts for social professionals who act with a view to giving shape and content to equitable prevention in practice. See textbox.

Textbox:

The 7 signposts of prevention

1. Social complexity - as a notion as well as a basis of collective strength-directed prevention
2. The preventive value of proximity and distance in a complementary perspective
3. Moral capital, critical care and respect as guiding principles
4. Co-creation and customisation: a horror to public health, an opportunity for equitable prevention
5. Values at all levels!
6. Clashing and confrontational justice
7. Visualising people in vulnerable positions: learning from stories.

Here I emphasize, among other things, the importance of acknowledging and understanding social complexity, of showing respect for people with different world views (awkward as they may be) and promoting a critical caring approach. While proximity and presence are basic conditions for action aimed to generate trust, co-creation, clashing language and standing up for people ('social resistance') is sometimes necessary to achieve equitable prevention. Based on a strong social infrastructure, social work and public health experts will in future be able to collaborate, also with citizens, in the way of complementary disciplines, both within national programmes and in daily practice. This can only be achieved if the value and identity of either profession is respected, if citizens are intensively involved and areas of tension and different paradigms are defined and discussed.

Conclusion (Chapter 15)

In chapter 15, I summarize the most important insights derived from all chapters and I conclude this dissertation by giving a concise answer to the main question presented in it, as well as a proposal for a definition of **equitable prevention** in the social domain.

My answer to the **main question** presented in this dissertation is:

*The dominant and medically engaged discourse of prevention within public health needs integral complementation and can be enriched with the concept of **equitable prevention** as described in this thesis. This concept lays a social and moral foundation for disease prevention, which foundation will benefit the general wellbeing of people, groups, communities and society as a whole. Health and life quality of residents of the Netherlands can be promoted by sustainable investment in the core elements of social quality. This should particularly benefit vulnerable people, or people at risk of becoming vulnerable at some point in their lives.*

If the notion of equitable prevention in the social domain is further elaborated in practice together with stakeholders, it can support the professionalisation of prevention in social work and propose a common language. Equitable prevention can moreover inspire all formal and informal key figures in the social domain when performing preventive tasks. This also opens up a new perspective to public health professionals.

I define **equitable prevention** as follows by way of conclusion of this dissertation (broad definition):

Equitable prevention is a collective responsibility requiring a collective effort directed at people, groups, communities and society as a whole.

Equitable prevention promotes that (vulnerable) people can lead meaningful lives 'according to values that matter', in which their voice counts, in which they can optimally develop their social, moral, economic and collective critical capacities and feel connected to others (their neighbours, communities and society).

Working from the horizon of **equitable prevention** ensures that the necessary conditions are met and resources are provided, so that the social, moral, cultural and economic capital of people, groups and communities is strengthened. It implies that responsive and cross-domain prevention policies are pursued which - fuelled by critical care originating from a strong social and moral foundation - offer protection and resistance against unjustifiable threats that increase unequal opportunities.

Formal and informal key figures, professionals and policymakers in organisations, networks and communities work together in co-creation with citizens in the broad social and (public) health domain for the benefit of **equitable prevention**. Here they interact with each other, perform mix-methods research, share knowledge continuously and learn from practice. Wherever possible and necessary, they provide tailor-made solutions and identify and address opportunities and problems that require structural attention. Wherever and whenever necessary (primarily in times of crisis) they are equipped and supported to this end as needed.

Equitable prevention is a denominator which covers the possibility of critical thinking time and time again on the society that the Netherlands wants to be in the future.

Literatuur

- Abbema, E. A., Assema, P. van, Kok, G. J., Leeuw, E. de, & Vries, N. K., de** (2004). Effect evaluation of a comprehensive community intervention aimed at reducing socioeconomic health inequalities in the Netherlands. *Health Promotion International*, 19(2), 141-156. <https://doi.org/10.1093/heapro/dah202>
- Abma, T. A., & Widdershoven, G. A. M.** (2006). *Responsieve methodologie: Interactief onderzoek in de praktijk*. Den Haag: Lemma.
- Aldrich, D. P.** (2012) *Building resilience: Social capital in post-disaster recovery*. Chicago: University of Chicago Press.
- Aldrich, D. P., & Meyer, M. A.** (2014). Social capital and community resilience. *American Behavioral Scientist*, 59(2), 254-269. <https://doi.org/10.1177/0002764214550299>
- Alzheimer Nederland.** (2019). *Factsheet feiten en cijfers over dementie* [Infographic]. <https://www.alzheimer-nederland.nl/factsheet-cijfers-en-feiten-over-dementie>
- Andersson Elfors Felix.** (2013). *Borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD*. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-372485.pdf>
- André, S., Reeskens, T., & Völker, B. (Reds.)** (2022). *De sociologie en de pandemie: Inzichten en vooruitblik na twee jaar coronacrisis*. Tilburg: Open Press Tilburg University.
- Antonovsky, A.** (1979). *Health, stress and coping*. Jossey Bass.
- Antonovsky, A.** (1993). *Some salutogenic words of wisdom to the conferees* [Tekst uitgesproken tijdens een lezing voor gediplomeerden]. NHV, Göteborg, Zweden. <http://www.angelfire.com/ok/soc/agoteborg.html>
- Antonovsky, A.** (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.
- Arnoldus, R., Staa, A. van der, & Walraven, G.** (2017). Hoe bruikbaar zijn de begrippen vitaliteit, veerkracht en positieve gezondheid voor interprofessioneel samenwerken in zorg en welzijn? *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (online)*, 1-4. <https://doi.org/10.1007/s12508-017-0052-7>
- Arum, S. van, Broekroelofs, R., & Xanten, H. van** (2020). *Sociale (wijk)teams: vijf jaar later*. Utrecht: Movisie. <https://www.movisie.nl/publicatie/sociale-wijkteams-vijf-jaar-later>
- Arum, S. van, & Lub, V.** (2014). Wat gemeenten van sociale wijkteams verwachten. *Beleidsonderzoek Online*. <https://doi.org/10.5553/Beleidsonderzoek.000037>
- Arum, S. van, & Schoorl, R.** (2015). *Sociale wijkteams in vogelvlucht: State of the art najaar 2014*. Utrecht: Movisie. <https://www.movisie.nl/publicatie/sociale-wijkteams-vogelvlucht>
- Arum, S. van, & Schoorl, R.** (2016). *Sociale (wijk)teams in beeld: Stand van zaken na de decentralisaties*. Utrecht: Movisie. <https://www.movisie.nl/publicatie/sociale-wijkteams-beeld>
- Arum, S. van, Rooijen, S. van, & Kros, K.** (2023). *Sociale wijkteams: peiling 2022. Vijfde Landelijke Peiling van gemeenten*. Utrecht: Movisie. <https://www.movisie.nl/publicatie/sociale-wijkteams-peiling-2022>
- Azman, A., & Mahadhir, M.** (2017). Application of the vignette technique in a qualitative paradigm. *GEMA Online® Journal of Language Studies*, 17(4), 27-44. <https://doi.org/10.17576/gema-2017-1704-03>
- Baart, A.** (2001). *Een theorie van de presentie*. Den Haag: Lemma.
- Baart, A.** (2023). *Een precair bestaan* [Essay]. Utrecht: Stichting Presentie. <https://www.presentie.nl/kennisbank/essay-een-precair-bestaan-andries-baart/>
- Bakker, J.** (2012). *Kosten en baten van preventie en repressie*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Bandura, A.** (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Banwell, K., & Kingham, S.** (2023). Living well in your local neighbourhood: The value of bumping and gathering places. *Wellbeing, Space and Society*, 4, 100-124. <https://doi.org/10.1016/j.wss.2022.100124>

- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., & Kok, G. (1998).** Intervention Mapping: A process for designing theory- and evidence-based health education programs. *Health Education & Behavior*, 25, 545-563. <https://doi.org/10.1177/109019819802500502>
- Baum, A., Garofalo, J. P., & Yali, A. M. (1999).** Socioeconomic status and chronic stress: Does stress account for SES effects on health? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 131-144. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1999.tb08111.x>
- Beck, U. (1992).** *Towards a modern society*. London, England: Sage.
- Beck, U. (2009).** *World at risk*. Cambridge: Polity Press.
- Beck, W., Maesen, L. J. G. van der, Thomése, F., & Walker, A. (2001).** *Social quality: A vision for Europe*. Den Haag: Kluwer Law International.
- Bem, S. (1997).** *Het bewustzijn te lijf: Een geschiedenis van de psychologie* (4de editie). Amsterdam: Boom.
- Berg, H. van den (2004).** Discoursanalyse: Twee inleidingen ter discussie [Review van: *Discourse analysis: Investigating processes of social construction* door N. Philips & C. Harding en *Discourse analysis as theory and method* door M. Jorgensen & L. Philips]. *KWALON*, 9(2), 56-61.
- Berger, P., & Luckmann, T. (1966).** *The social construction of reality: A treatise in de sociology of knowledge*. London: Penguin Books.
- Beugelsdijk, S. (2021).** *De verdeelde Nederlanden: Hoe een perfecte storm een klein land dreigt te splijten (en wat we daaraan kunnen doen)*. Amsterdam: Uitgeverij Balans.
- Beyens, N. (2021).** *Els Borst: Medicus in de politiek*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Bircher, J. (2005).** Towards a dynamic definition of health and disease. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 8(3), 335-341. <https://doi.org/10.1007/s11019-005-0538-y>
- Black, D., Morris, J. N., Smith, C., & Townsend, P. (1982).** Inequalities in health. In P. Townsend & N. Davidson (Eds.), *The Black Report* (pp. 1-240). Londen: Penguin Books.
- Blaxter, M. (2010).** *Health*. Cambridge: Polity Press.
- Bloom, M., & Gullotta, T. P. (2014).** Definitions of primary prevention. In T. P. Gullotta & M. Bloom, *Encyclopedia of primary prevention and health promotion* (2nd ed., pp. 3-12). Springer New York. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5999-6>
- Boelhouwer, J. (2016).** *Het brede welvaartsbegrip volgens het SCP*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau. <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2016/04/20/het-brede-welvaarts-begrip-volgens-het-scp>
- Boer, M., Dorsselaer, S. van, Looze, M. de, Roos, S. de, Brons, H., Eijnden, R. van den, Monshouwer, K., Huijink, W., Bogt, T. ter., Vollebergh, W., & Stevens, G. (2022).** *HBSC 2021: Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Universiteit Utrecht i.s.m. het Trimbos Instituut, Sociaal Cultureel Planbureau en HBSC. <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2022/09/14/gezondheid-en-welzijn-van-jongeren-in-nederland---hbsc-2021>
- Boer, N. de, & Lans, J. van der (2011).** *Burgerkracht: De toekomst van het sociaal werk in Nederland*. Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. <https://www.raadvr.nl/documenten/publicaties/2011/04/01/burgerkracht.-de-toekomst-van-het-sociaal-werk-in-nederland>
- Boer, N. de, & Lans, J. van der (2013).** *Burgerkracht in de wijk. Sociale wijkteams en de lokalisering van de verzorgingsstaat*. Platform31. https://www.josvdlans.nl/publicaties/2013-10-10_Burgerkracht_in_de_wijk_essay_NicodeBoer-JosvanderLans.pdf.
- Bolscher, A. (2020).** Relationeel begrenzen vanuit het perspectief van de Normatieve Professionalisering. *Journal of Humanistic Studies (Waardenwerk)*, 81, 43-48.
- Bons, J. A. E., & Ophuijsen, J. M. van (Reds.) (1999).** *Aristoteles, Ethica Nicomachea*. Nederlandse vertaling (origineel ca. 4^{de} eeuw v. Chr.). Groningen: Historische Uitgeverij.
- Boog, B., Slagter, M., Jacobs-Moonen, I., & Meijering, F. (Reds.). (2005).** *Focus op Action Research*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Bool, M. (2013).** *Verkenning methoden maatschappelijk Werk*. Utrecht: Movisie.

- Boorse, C.** (1997). A rebuttal on health. In J. Humber & R. Almeder (Eds.), *What is Disease? Bio-medical Ethics Reviews* (pp. 1-134). Totowa, N.J.: Humana Press.
- Boorse, C.** (2014). A second rebuttal on health. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 39(6), 683-724. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhu035>.
- Boumans, J.** (2012). *Naar het hart van empowerment: Een onderzoek naar grondslagen van empowerment van kwetsbare doelgroepen binnen zorg en welzijn*. Utrecht: Movisie. <https://www.movisie.nl/publicatie/naar-hart-empowerment-deel-1>
- Bourdieu, P.** (1984). *Distinction, a social critique of the judgement of taste*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bourdieu, P.** (1989). Economisch kapitaal, cultureel kapitaal, sociaal kapitaal. In P. Bourdieu (Ed.), *Opstellen over smaak, habitus en het veldbegrip* (pp. 120-141). Amsterdam: Van Gennep.
- Boutellier, H.** (2011). *De improvisatiemaatschappij: Over de sociale ordening van een onbegrensde wereld*. Boom Lemma.
- BPSW** (2018). *Beroepscodex voor de sociaal werker*. Een uitgave van het programma 'Sociaal werk versterkt' van de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW) i.s.m. BV jong, CNV Zorg & Welzijn, FNV Zorg & Welzijn. <https://www.sociaalwerknederland.nl/?-file=15783&m=1521200969&action=file.download>
- BPSW** (2021). *Beroepscodex voor professionals in sociaal werk*. BPSW. <https://bpsw.nl/app/uploads/BPSW-Beroepscodex-2021.pdf>
- BPSW** (2022). *Beroepsprofiel van de sociaal werker*. BPSW. <https://www.bpsw.nl/app/uploads/downloads/BPSW-Beroepsprofiel-Sociaal-Werker-digitale-versie-november-2023.pdf>
- Brabander, R. de., Kaulingfreks, F., & Ham, M.** (Eds.) (2021). *Sociaal weerwerk: Maatschappelijke betrokkenheid in zorg en welzijn*. Amsterdam: Van Gennep.
- Brabander, R. de, Hofs, J., Jong, J. de, Kuiper, C., Ročak, M., & Pelt, M. van** (2022). *Oproep tot actie: Pleidooi voor een eco-sociale benadering van het sociaal werk*. BPSW. <https://www.bpsw.nl/app/uploads/Pleidooi-eco-sociaal-benadering-sociaal-werk.pdf>
- Braun, V., & Clarke V.** (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bredewold, F.** (2022). Lemma Wederkerigheid. In L. Veldboer, R. Engbersen, E. Hooghiemstra, J. Jansen, L. Koeter, L. Repetur, J. Rözer A. & Sprinkhuizen (Eds.), *Lexicon nabijheid en sociaal werk* (pp. 21-25). Movisie en de Werkplaatsen Sociaal Domein.
- Bredewold, F., Duyvendak, J. W., Kampen, T., Tonkens, E., & Verplanke, L.** (2018). *De verhuizing van de verzorgingsstaat: Hoe de overheid nabij komt*. Amsterdam: Van Gennep.
- Britt, A., Kwakernaak, M., Meere, F. de, Leches, L., Schell, I., Wit, N. de, Rensen, P., Engbersen R., Zwart, O. de, Voorwinden, M., & Kok, L.** (2022). *Leren, sturen en verantwoorden in de sociale basis: Hoe twaalf gemeenten 'de sociale basis' vormgeven samen met hun welzijnspartijen en inwoners. De kansen en uitdagingen vanuit lokaal beleidsperspectief*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut. <https://www.verwey-jonker.nl/publicatie/leren-sturen-en-verantwoorden-in-de-sociale-basis/>
- Broeders, D. W. J., Das, H. D., Jennissen, R. P. W., Tiemeijer, W. L., & Visser, M. de** (2018). *Van verschil naar potentieel: een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen*, WRR-Policy Brief 7, Den Haag: WRR.
- Bronfenbrenner, U.** (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv26071r6>
- Bronfenbrenner, U., McClelland, P., Wethington, E., & Moen, P., Ceci, S. J.** (1996). *The state of Americans: This generation and the next*. Free Press. <https://psycnet.apa.org/record/1996-98263-000>.
- Bronner, S. E.** (2017). *Critical Theory: A very short introduction*. Hampshire: Oxford University Press.

- Brosschot, J., Dekker, J., Dixhoorn, J. van, Doornen, L. van, Jonge, P. de, Kop, W., Kuijpers, P., Melle, J. van, Roest, A., & Snieder, H. (2014).** *Stress en hart- en vaatziekten: Verbanden in kaart gebracht*. Hart en Vaatgroep / Hartstichting. https://harteraad.nl/wp-content/uploads/2018/03/stress_en_hart_en_vaatziekte.pdf
- Buchanan, D. R. (2000).** *An ethic for health promotion: Rethinking the sources of human well-being*. New York: Oxford University Press.
- Buuren, M. van & Dohmen, J. (2013).** *Van oude en nieuwe dingen: Levenskunst van Aristoteles tot Nussbaum*. Amsterdam: Ambo.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkly, L.C., & Thisted, R. A. (2006).** Loneliness as a specific risk-factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analysis. *Psychology and Aging*, 21(1), 140-151, https://doi.org/10.1037/0882_7974.21.1.140
- Calloni, M. (2000).** Gender relations and daily life: towards a cross cultural approach. In L. Van der Maesen, F. Thomése, & A. Walker (Eds). *Social quality: A vision for Europe* (pp. 69-86). Den Haag: Kluwer Law International.
- Canon Beroepsverenigingen Sociaal Werk (2022).** *Beroepsverenigingen sociaal werk* [Een uitgave van de Vereniging Canon Sociaal werk/ BPSW ter gelegenheid van het 75-jarige bestaan van de BPSW inclusief haar voorgangers]. Canon Sociaal Werk, BPSW.
- CBS (2020).** *Sportclubs: personeel, exploitatie, ledental, gebruik accommodaties* [telling 2018]. CBS Statline [databank]. Geraadpleegd op 23 juli 2020, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/70256NED>.
- CBS (2022).** *Steeds minder mensen doen vrijwilligerswerk*. CBS Statline [databank]. Steeds minder mensen doen vrijwilligerswerk (cbs.nl) en <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/82249NED?dl=FAD3>
- CBS (2023).** Openbare bibliotheken; leden, collectie, uitleningen vanaf 1900. CBS Statline [databank]. Openbare bibliotheken; leden, collectie, uitleningen vanaf 1900 (cbs.nl) Gedownload en gewijzigd op: 15-9-2023 02:00.
- Cheung, K.L. Eggers, S., & Vries, H. de (2021).** Combining the integrated change model with self-determination theory: Application in physical activity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 28. <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph18010028>
- Chin, J., & Lin, L. (2022).** *Surveillance State: Inside China's quest to launch a new era of social control*. New York: St. Martin's Press.
- Cilliers, P. (2013).** A crisis of knowledge: Complexity understanding and the problem of responsible action. In Derkx P., & Kunnenman, H. (Eds). *Genomics democracy: Towards a 'lingua democratie' for the public debate and genomics*. Amsterdam, New York: Rodopi.
- Claassen, R. (2016).** An agency-based capability theory of justice. *European Journal of Philosophy*, 25(4), 1279-1304. <https://doi.org/10.1111/ejop.12195>
- Commissie Albeda (2001).** *Sociaaleconomische gezondheidsverschillen verkleinen: Eindrapportage en beleidsaanbevelingen Programmacommissie SEGV II*. Den Haag: ZonMw
- Commissie Ginjaar (1994).** *Onderzoeksprogramma Sociaaleconomische gezondheidsverschillen: Eindverslag en aanbevelingen Programmacommissie SEGV*. Rijswijk: Ministerie van WVC.
- Commissie Sociaal Minimum (2023).** *Een zeker bestaan: Naar een toekomstig stelsel van het sociaal minimum in Nederland (Rapport I)*, Den Haag: WRR. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/06/30/een-zeker-bestaan-rapport-i-commissie-sociaal-minimum>
- Cordova, D., Estrada Y., Malcolm, S., Huang, S., Hendricks Brown, C., Pantin, H., & Prado, G. (2014).** Prevention science: An epidemiological approach. In Z. Sloboda, & H. Petras, *Defining prevention science* (pp. 1-23). New York: Springer Science+Business Media.
- Cornelis, A. (1998).** *Logica van het gevoel: Filosofie van de stabiliteitslagen in de cultuur als Neseling der Emoties*. Amsterdam: Stichting Essence.
- Coumans, A, Scholma, A., & Schuffelers, I. (2021).** *Aan beide kanten van het raam: Een collaboratief onderzoek naar scenario's voor na de lockdown* (niet gepubliceerd).

- Czarniawska, B.** (2004). *Narratives in social science research*. London: Sage Publications Ltd. <https://dx.doi.org/10.4135/9781849209502>
- Dahlgren G., & Whitehead, M.** (2007). WHOLIS E89384. *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. Copenhagen, Denmark: WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health/University of Liverpool.
- Dallman, M. F., Pecoraro, N. C., & La Fleur, S. E.** (2005). Chronic stress and comfort foods: self-medication and abdominal obesity. *Brain, Behavior, and Immunity*, 19(4), 275-280. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2004.11.004>
- Dam, C. van, Kluft, M., & Scheffelaar, A.** (2016). *Leren van het verleden: Kort historisch overzicht over de veranderende rollen van de sociaal werker in relatie tot de burger en de overheid*. Utrecht: Movisie. <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Leren-van-het-verleden%20%5BMOV-9165719-1.0%5D.pdf>
- Damosio, A.** (2019). *Hoe het gevoel en lichaam ons bewustzijn vormen*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Dercksen, A., & Verplanke, L.** (1987). *Geschiedenis van de onmaatschappelijkheidsbestrijding in Nederland, 1914-1970* (3de editie). Amsterdam/Meppel: Uitgeverij Boom.
- Deuten, J., & Kwakernaak, M.** (2023). *Cijfers en de Sociale Basis. Een verkenning naar de mogelijkheden van kwantificeren en monetariseren in de sociale basis*. Utrecht: Movisie. https://www.verwey-jonker.nl/wp-content/uploads/2023/03/121660_Cijfers-en-de-sociale-basis.pdf
- Diener, E., & Seligman, M. E.** (2004). Beyond money: Toward an economy of well-being. *Psychological science in the public interest*, 5(1), 1-31. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2004.00501001.x>
- Dohmen, J.** (2008). *Tegen de onverschilligheid: Pleidooi voor een moderne levenskunst* (oorspronkelijk uitgave 2007). Amsterdam: Ambo.
- Dohmen, J.** (2012). *Brief aan een middelmatig man: Pleidooi voor een nieuwe publieke moraal* (oorspronkelijke uitgave 2010). Amsterdam: Ambo.
- Dolron, H. van** (2000). Over het realiteitsgehalte van een (gemeentelijk) preventief volksgezondheidsbeleid. *B en M*, 27(3), 153-163. <https://ugp.rug.nl/beleidmaatschappij/article/view/29355/26690>.
- Doorn, J. A. A. van, & Schuyt, C. J. M.** (2012). *De stagnerende verzorgingsstaat*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Driessens, K.** (2022). Lemma Relationeel Sociaal Werk(en). In L. Veldboer, R. Engbersen, E. Hooghiemstra, J. Jansen, L. Koeter, L. Repetur, J. Rözer A. & Sprinkhuizen (Reds.), *Lexicon nabijheid en sociaal werk* (pp. 118-123). Movisie en de Werkplaatsen Sociaal Domein.
- Drosterij, G., & Geffen, B. van** (2023). *Werelddenkers: Een nieuwe geschiedenis van de filosofie tot aan Descartes*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Dubos, R.** (1993) *Mirage of health: Utopias, progress and biological change* (oorspronkelijke uitgave 1959). New Brunswick/New Jersey: Rutgers University Press.
- Duijvestijn P., & Heineke, D.** (2015). *Ontwikkeling van sociale teams in gemeenten met kleine kernen: Eén-meting bij vijf gemeenten in Noord-Holland*. Kenniscentrum Wmo en Wonen Noord-Holland/DSP-groep & Hogeschool Inholland. https://www.dsp-groep.nl/wp-content/uploads/16PD_Kenniscentrum_Wmo_en_Wonen-InHolland-DSP-Groep_Ontwikkeling_sociale-teams_in_gemeenten_met_kleine_kernen_2015.pdf
- Duim-Rogers J. A. van der, Huismans, F.G., Kroef, R. van der, & Lulof, J. H.** (1995). *Bibliografie hooglaren Sociale Geneeskunde en hun promovendi in de jaren 1865-1990*. Groningen: Instituut Sociale Geneeskunde RUG.
- Duyvendak, J. W.** (2009). Hans Achterhuis na 30 jaar herlezen: Ongekende radicale kritiek op het welzijnswerk. *Tijdschrift voor Sociale Vraagstukken*, 9. <https://www.socialevraagstukken.nl/hans-achterhuis-na-dertig-jaar-herlezen-ongekend-radical-kritiek-op-welzijnswerk/>

- Echtelt**, P. van, Eggink, E., & Sadiraj, K. (2023-7). *Een brede blik op bijstand*. Den Haag: SCP.
- Ekamper**, P., & Poppel F., van (2014). Infant mortality in Amsterdam around 1850: Religion, social class and space. *Paper prepared for the 2014 Conference of the European Society of Historical Demography (ESHD) Alghero, Italy, 25-27 September 2014*. Den Haag: Nederlands Interdisciplinaire Demografisch Instituut.
- Engbersen**, G. (2022). De maatschappelijke impact van COVID-19: Sociologie van een pandemie. In S. André, T. Reeskens, & B. Völker (Reds.), *De sociologie en de pandemie: Inzichten en vooruitblik na twee jaar coronacrisis* (pp. 166-181). Tilburg: Open Press Tilburg University.
- Engbersen**, G., Vrooman, J. C., & Snel, E. (2000). *Balans van het armoedebeleid: Vijfde jaarrapport armoede en sociale uitsluiting*. Amsterdam University Press.
- Engbersen**, G., Bochove, M. van, Boom, J. de, Burgers, J., Custers G., Erdem, Ö, Krouwel, A., Lindert, J. van, Snel, E., Toorn, M. van, Wensveen, P. van, & Wentink, T. (2020). *De bedreigde stad: De maatschappelijke impact van COVID-19 op Rotterdam*. Rotterdam: Kenniswerkplaats Leefbare Wijken/EUR.
- Engbersen**, R. (2023). Sociaal werkers missen de verbindende verzorgingsstaat. <https://www.movisie.nl/artikel/sociaal-werkers-missen-verbindende-verzorgingsstaat>
- Engbersen**, R. Jansen, T., & Janssens, R. (2022). *Het geheim van de lange relatie: Continuïteit als voorwaarde voor een effectief sociaal domein*. Utrecht: Movisie.
- Engbersen**, R., & Sprinkhuizen, A. (1998). De noodzaak van investeren in de sociale infrastructuur. In: De Staatscourant (142) 30 juli 1998.
- Engbersen**, R., & Sprinkhuizen, A. (2022). Lemma Sociale basis. In L. Veldboer, R. Engbersen, E. Hooghiemstra, J. Jansen, L. Koeter, L. Repetur, J. Rözer & A. Sprinkhuizen (Reds.), *Lexicon nabijheid en sociaal werk* (pp. 15-20). Movisie en de Werkplaatsen Sociaal Domein.
- Engel**, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine, *Science*, 196 (4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Erikson**, M. (2017). The sense of coherence in the salutogenic model of health. In M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Erikson, G. F. Bauer, J. M. Pelika, B. Lindström, & G. A. Espnes (Eds.). *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 92-96). Springer. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK435812/>
- Ernaux**, A. (2018). La distinction, revolutionair totaalwerk. In: E. Louis (2018). *Pierre Bourdieu: Weerspanning als erfenis*. Editie Leesmagazijn.
- Evers**, A. (2001). *Welfare dynamics, the third sector and social quality*. In W. Beck, Van der Maesen, L., Thomése, F. & Walker, A. (Eds.). *Social quality: A vision for Europe* (pp. 213-235). Den Haag: Kluwer Law International.
- Ewijk**, H. van (2014). *Omgaan met sociale complexiteit. Professionals in het sociaal domein*. Amsterdam: SWP.
- Ewijk**, H. van, & Kunneman, H. (2013). *Praktijken van normatieve professionalisering*. Amsterdam: SWP.
- Ewijk**, H. van, Spierings, F., Spierts, M., & Sprinkhuizen, A. (Reds.) (2016). *Basisboek sociaal werk: Activeren, ondersteunen en verbinden* (3de editie). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Folke**, C., Carpenter, S. R., Walker, B. H., Scheffer, M., Chapin F. S., & Rockström J. (2010). Resilience thinking: integrating resilience, adaptability and transformability. *Ecology and Society*, 15(4), 20. <http://www.ecologyandsociety.org/vol15/iss4/art20/>
- Folke**, C. (2016). Resilience (republished). *Ecology and Society*, 21(4), 44. <https://doi.org/10.5751/ES-09088-210444>.
- Foucault**, M. (2009). *Breekbare vrijheid: Teksten en interviews* (2de editie). Amsterdam: Uitgeverij Boom/Parrèsia.

- Francke, A. L.,** Heide, I. van der, Bruin, S. de, Gijsen, R., Poos, R., & Verbeek, M., Wiegers, T., & Willemse, B. (2018). *Een samenhangend beeld van dementie en dementiezorg: kerncijfers, behoeften, aanbod en impact: Themarapportage van de Staat van Volksgezondheid en Zorg*. Nivel.
- Fraser, T.,** Page-Tan, C., & Aldrich, D. P. (2022). Social capital's impact on COVID-19 outcomes at local levels. *Scientific Reports*, 12(1), 6566. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-10275-z>
- Freidson, E.** (2001). *Professionalism, the third logic: On the practice of knowledge*. University of Chicago Press.
- Frissen, P.** (2013). *De fatale staat. Over de politiek noodzakelijke verzoening met tragiek*. Amsterdam: Van Gennep.
- Frohlich, K.L.,** Corin, E., & Potvin, L. (2001). A theoretical proposal for the relationship between context and disease. *Sociology of Health & Illness*, 23(6), 776-797.
- Gabriels, R.** (2023). Lemma Leefwereld en systeemwereld. In L. Veldboer, R. Engbersen, E. Hooghiemstra, J. Jansen, L. Koeter, L. Repetur, J. Rözer & A. Sprinkhuizen (Reds.), *Lexicon nabijheid en sociaal werk* (pp. 179-183). Movisie en de Werkplaatsen Sociaal Domein.
- Gamut, L. F. T.** (1991). *Logic, language and meaning, volume 1: Introduction to logic*. Chicago/Londen: The University of Chicago Press.
- Geel, J. van** (2023, december). Dat we de macht al jaren niet bevragen, is angstaanjagend. Interview met Maxim Februari. *Vrij Nederland*, 94, 17-25.
- Gemeente Wierden** (2011). *Samenwerken aan de gezondheid van Wierden: Update lokaal gezondheidsbeleid Wierden 2011 - 2013*. Gemeente Wierden, Afdeling Maatschappelijke Ontwikkeling, Eenheid Beleid. https://www.dsp-groep.eu/wp-content/uploads/16ckw-erden_samen_werken_ad_gezondheid_Wierden.pdf
- Geurkink, B., & Miltenburg E.** (2023-6). *Somber over de samenleving? Een studie naar verschillen in maatschappelijk onbehagen in Nederland*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- GGD GHOR** (2016a): *Publieke Gezondheid borgen: Een eerste inzicht in de staat van de GGD 'en*. Utrecht: GHOR.
- GGD GHOR** (2016b). *Naar een toekomstbestendige en proactieve infectieziektebestrijding: De Infectieziektebestrijding door GGD'en verdient een nieuwe impuls. Zeven aanbevelingen*. Utrecht: GHOR.
- Giampietro, M.,** (2003). *Multi-scale integrated analysis of agroecosystems*. Boca Raton: CRC Press.
- Giampietro, M.** (2012). The quality of quantitative analyses for governance: How to choose a relevant perception and a pertinent representation. In M. Giampietro, K. Mayumi & A. Sorman (Eds.). *The metabolic pattern of societies: Where economists fall short* (pp. 62-103). New York: Routledge.
- Giampietro, M.** (2023). Reflections on the popularity of the circular bioeconomy concept: the ontological crisis of sustainability science. *Journal of Sustainability Science*, 18, 749-754. <https://doi.org/10.1007/s11625-022-01267-z>
- Giampietro, M.,** Allen, T. F. H., & Mayumi, K. (2006). The epistemological predicament associated with purposive quantitative analysis. *Journal of Ecological Complexity*, 3, 307-327. <https://doi.org/10.1016/j.ecocom.2007.02.005>
- Gillespie, N. K.** (2009). An integrated conceptual model of quality of life for older adults based on a synthesis of the literature. *Applied Research Quality Life*, 4, 259-282. <https://doi.org/10.1007/s11482-009-9075-9>
- Glatzer, W,** Below, S. van, & Stoffregen, M. (2004). *Challenges for quality of life in the contemporary world: Advances in quality of life studies, theory and research*. Dordrecht: Springer Science+Business Media. <https://doi.org/10.1007/978-1-4020-2903-5>.
- Gobbens, R. J. J.** (2012). Fragiliteit bij jonge ouderen: Meting met de Tilburg Frailty Indicator. *Tijdschrift Gerontologie & Geriatrie*, 43, 296-307.

- Gobbens, R. J. J., & Assen, M. A. L. M., van** (2016). Psychometric properties of the Dutch WHO-QOL-OLD. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0508-5>
- Gobbens, R.J.J., & Remmen, R.** (2019). The effects of sociodemographic factors on quality of life among people aged 50 years or older are not unequivocal: Comparing SF-12, WHOQOL-BREF, and WHOQOL-OLD. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 231-239. <https://doi.org/10.2147/CIA.S189560>
- Granovetter, M.** (1983). The strength of weak ties: A network theory revisited. *Sociologic Theory*, 1, 201-233. <https://doi.org/10.2307/202051>
- Green, J., Tones, K., Cross, R., & Woodall, J.** (2015). *Health Promotion: planning and strategies*. Londen: Sage publications.
- Gullotta, T. P., & Bloom M.** (Eds.) (2014). *Encyclopedia of primary prevention and health promotion* (2nd edition). <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5999-6>.
- Haak, N. van den** (2013). *De Machinemens: De machinemetafoor in de geneeskunde en in het denken over ziekte en gezondheid*. Amsterdam: Eburon.
- Haan, I. de, & Duyvendak, J. W.** (2002). *In het hart van de verzorgingsstaat. Het Ministerie van Maatschappelijk werk en zijn opvolgers (CRM, WVC, VWS). 1952-2002*. Verwey-Jonker Instituut: Walburg Pers.
- Hancock, T.** (2011). The Ottawa Charter at 25. *Canadian Journal of Public Health*, 102(6), 404-406. <https://doi.org/10.1007/BF03404186>
- Hart, 't. M.** (2018). *Johan Sebastian Bach*. Amsterdam: Arbeiderspers.
- Hartog, I.** (2012). *Goed en rechtvaardig professioneel handelen: Implicaties van de ethiek van Ricoeur voor de relatie tussen het ethische en het morele in normatieve professionalisering*. [Masterscriptie]. Universiteit voor Humanistiek, Utrecht Afstudeerrichting: Kritische Organisatie- en Interventiestudies.
- Heerwaarden, Y. van, & Schaafsma, K.** (2005). *Je ziet het pas als je het gelooft. Preventie en bestrijding van ouderenmishandeling*. Amsterdam: DSP-groep.
- Heijink, R., & Struijs, J.** (2015). *Preventie in het zorgstelsel: Wat kunnen we leren van het buitenland?* RIVM. <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2015-0182.pdf>
- Henderson, J.** (2019). *Florence under siege: Surviving plague in an early modern city*. New Haven and London: Yale University Press.
- Herten, van L. M.** (2001). *Health targets: Navigating in health policy* [Dissertatie]. University of Amsterdam.
- Hoeymans, N., Melse, J.M., & Schoemaker, C.G.** (2010). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. *Gezondheid en determinanten: Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter*. Bilthoven: RIVM.
- Holland, S., & Scourfield J.** (2015). *Social work: A very short introduction*. Hampshire: Oxford University Press.
- Hollander, A. E. M., Hoeymans, N., Melse, J. M., Oers, J. A. M. van, & Polder, J. J.** (2006). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. *Zorg voor gezondheid*. Bilthoven: RIVM
- Honigsbaum, M.** (2019). *The pandemic century: One hundred years of panic, hysteria and hubris*. New York/London: W.W. Norton & Company.
- Hopman, M.** (2017). Het evidence-beest en de normativiteit van opvoeding. *Pedagogiek online*, 37(2), 143-155 <https://doi.org/10.51117/PED.2017.2.HOPM>.
- Horstman, K.** (2016). *Struggling with science and democracy: Public Health and citizenship in the Netherlands*. In F. Huisman, & H. Oosterhuis (Eds.) (2016). *Health and citizenship: Political cultures of health in modern Europe* (H. 9, pp. 538-584). Oxon-New York: Routledge.
- Horstman, K., & Houtepen, R.** (2005). *Worstelen met gezond leven. Ethiek in de preventie van hart- en vaatziekten*. Amsterdam: Het Spinhuis.

- Horton, A., & Penny, J.** (2023). Towards a political economy of social infrastructure: Contesting “Anti-Social Infrastructures” in London. *Antipode*, 55(6), 1711-1734. <https://doi.org/10.1111/anti.12955>.
- Hortulanus, R. P., Liem, P. P. N., & Sprinkhuizen, A. M. M.** (1997). *Domeinen van welzijn. Welzijnsbeleving en welzijnsbeleid in de jaren '90*. Den Haag: VUGA.
- Houten de Lange, S. ten** (2022). Opgewassen tegen het snelle leven. *Zorgvisie*, 52, 24-25. <https://doi.org/10.1007/s41187-021-1130-7>.
- Houwaart, E.S.** (1991). *De Hygienisten: Artsen, staat & volksgezondheid in Nederland 1840-1890*. Groningen: Historische Uitgeverij. <https://doi.org/10.1007/s11625-022-01267-z>.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad R. J., & Kromhout, D.** (2011). How should we define health?, *British Medical Journal*, 343. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>.
- Huber, M., Vliet, M. van, Van Giezenberg, M., & Knottreus, J.** (2013). *Towards a conceptual Framework relating to 'Health as the ability to adapt and to self-manage. Operationalisering Gezondheidsconcept*. [Publicatienummer 2013-001 VG. Driebergen: Louis Bolk Instituut.
- Huber, M., Vliet, M. van, Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P. C., & Knottnerus, J. A.** (2016a). Towards a ‘patient-centred’ operationalisation of the new dynamic concept of health: A mixed methods study. *BMJ open*, 6(1), 1-11, <https://10.1136/bmjopen-2015-010091>.
- Huber, M., Vliet, M. van, & Boers, I.** (2016b). Heroverweeg uw opvatting van het begrip ‘gezondheid’. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 160, .
- Hueting, E.** (1989). *De permanente herstructureering in het welzijnswerk*. Zutphen: De Walburg Pers.
- Huige, J. J. C.** (2011). *Van kruiswerk tot thuiszorg: De moeizame strijd voor erkenning van een boeiende maar complexe werksoort in de periode 1946-1990*. Tilburg: uitgave van Landelijke Stichting Beheer Kruiswerk.
- Huisman, C.** (2013, 30 juli). Planbureau: Aanpak Vogelaarwijken mislukt. *De Volkskrant*. <https://www.volkskrant.nl/mensen/planbureau-aanpak-vogelaarwijken-mislukt~bb37cfc2/>
- Huisman, F., & Oosterhuis, H.** (Eds.) (2016). *Health and citizenship: Political cultures of health in modern Europe*. Oxon-New York: Routledge.
- Hulscher, S., Vries, A. de, & Toom, V.** (2023). *Rechtvaardigheid als zelfstandig perspectief: Er valt iets te kiezen bij het verdelen van de klimaatkosten* [Essay]. Den Haag: WRR. <https://www.wrr.nl/publicaties/publicaties/2023/04/25/rechtvaardigheid-als-zelfstandig-perspectief-ervalt-iets-te-kiezen-bij-het-verdelen-van-de-klimaatkosten>
- Hurenkamp, M., & Tonkens, E.** (2023). Burgerberaden moeten meer gezag verwerven. *Tijdschrift voor Sociale Vraagstukken*, 2023-2, 20-23.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg** (2005). *Openbare gezondheidszorg: Hoe houden we het volk gezond?* Den Haag: IGZ, november 2005.
- Israëls, H., & Mooij, A.** (2001). *Aan de Achtergracht: Honderd jaar GG&GD Amsterdam*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.
- Jackson, J.S., Knight K.M., & Rafferty, J.A.** (2010). Race and unhealthy behaviors: chronic stress, the HPA axis, and physical and mental health disparities over the life course. *American Journal of Public Health*, 100(5), 933-939. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.143446>
- Jacobs, G.** (2020, 23 januari). *Zin in geestelijke verzorging* [Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Geestelijke Verzorging], Universiteit voor Humanistiek, Utrecht.
- Jacobs, G., Meij, R., Tenwolde, H., & Zomer, Y.** (Reds.) (2008). *Goed werk: Verkenningen van normatieve professionalisering*. Amsterdam: SWP.
- Jambroes, M., Essink-Bot, M. L., Plochg, T., Zaadstra, B., & Stronks, K.** (2013). De Nederlandse Publieke gezondheidszorg: 10 kerntaken en een nieuwe definitie. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 157:A6195

- Jansen, J., Schuit, A. J., & Lucht F. van der** (2002). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV): Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen*. Bilthoven: Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen RIVM.
- Janssens, R.** (2018). *Over preventie bij maatschappelijke opgaven en de rol van gemeenten*. Den Haag: VNG.
- Janssens, R.** (2023). *Nieuwsgierig verbeteren: Over de veranderopgave in de lokale toegang tot hulp en ondersteuning* [Essay]. Den Haag: VNG
- Jong-Gierveld, J. de, & Tilburg, T. van** (2007). Uitwerking en definitie van het begrip eenzaamheid. In J. De Jong-Gierveld, & T. van Tilburg (Reds.). *Zicht op eenzaamheid: Achtergronden, oorzaken en aanpak* (pp. 7-14). Assen: Van Gorcum.
- Jordan, B.** (2007). *Social work and well-being*. Russel House Publications Ltd.
- Jorna, T.** (2012). *Mag een mens eenzaam zijn: Studies naar existentiële eenzaamheid en zingeving*. Amsterdam: SWP.
- Jorna, T., & Voois, W.** (2014). *Onmetelijke eenzaamheid: Eenzaamheid als mogelijkheid tot zelfwording en zingeving*. Delft: Eburon.
- Jungman, N., & Wesdorp, P.** (2017). *Mobility Mentoring®: Hoe inzichten uit de hersenwetenschap leiden tot een betere aanpak van armoede en schulden*. Den Haag: Platform 31.
- Kahneman, D., & Krueger, A.** (2006). Developments in the measurement of subjective well-being. *Journal of Economic Perspectives*, 20(1), 3-24. <https://doi.org/10.1257/089533006776526030>
- Kamp, D. van der, Torensma, M., Vader, S., Pijpker, R., Broeder L. den, Fransen, M. P., & Wage-makers, A.** (2023). Exploring experiences with stressors and coping resources among Dutch socioeconomic groups during the COVID-19 pandemic. *Health Promotion International*, 38, 1-12. <https://doi.org/10.1093/heapro/daac198>
- Kampen, T., & Tonkens, E.** (2018). Ruimte voor professionals? Een kwestie van geven en nemen. In F. Bredewold, J. W. Duyvendak, T. Kampen, E. Tonkens, & L. Verplanke (2018). *De verhuizing van de verzorgingsstaat: Hoe de overheid nabij komt* (pp. 187-210). Amsterdam: Van Gennep.
- Kampen, T.** (2021). *De stofzuiger van Hanny: Naar meer menselijkheid in de bijstand*. Meppel: Van Gennep.
- Kaplan, S., Madden, V.P., Mijanovich, T., & Purcaro, E.** (2013). The perception of stress and its impact on health in poor communities. *Journal of Community Health*, 38(1), 142-149. <https://doi.org/10.1007/s10900-012-9593-5>.
- Kass, N.E.** (2001). An ethics framework for public health. *American Journal of Public Health*, 91(11), 1776-1782. <https://doi.org/10.2105/ajph.91.11.1776>.
- Kaulingfreks, F., Sieckelinck, S., & Walraven, G.** (2021). *Perspectieven op veerkracht: Een inleiding voor professionals in het sociaal domein*. Haarlem: Hogeschool Inholland.
- Kickbusch, I.** (2003). The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *American Journal of Public Health*, 93(3), 383-388. <https://doi.org/10.2105/ajph.93.3.383>
- Kickbusch, I.** (2008). *Healthy societies: Addressing 21st century health challenges*. Department of the Premier and Cabinet: Adelaide, Australia.
- Klaase, F.** (2017). *Professionele moed in het Sociaal Werk: Over sociale rechtvaardigheid, agogisch vakmanschap & het parrèsiastisch ethos*. Delft: Eburon.
- Klerk, M. de, Eggink, E., Plaisier L., & Sadiraj, K.** (2023). *Zicht op zorgen: Kerncijfers over de problemen, hulpbronnen, leefsituatie en ondersteuning van mensen in het sociaal domein*. Den Haag: SCP. <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2023/05/31/zicht-op-zorgen>
- Klinenberg, E.** (2020). *Palaces for the people*. London: Penguin/Vintage.
- Kok, G., Gottlieb, N. H., Peters, G. J. Y., Mullen, P. D., Parcel, G. S., Ruiter, R. A., Fernandez, M. E., Markham, C., & Bartholomew, L. K.** (2016). A taxonomy of behavior change methods: An intervention mapping approach. *Health Psychology Review*, 10(3), 297-312. <https://doi.org/10.1080/17437199.2015.1077155>

- Kolk, B. van der** (2018). *Traumasporen: Het herstel van lichaam, brein en geest na overweldigende ervaringen* (4de editie). Eeserveen: Uitgeverij Mens!
- Kolner, C.** (2001) (Red.). *Beleidsverantwoording Jeugd in Beweging 1996-2001*. Arnhem: Stichting Jeugd in Beweging.
- Kolner, C.** (2018). Preventie van eenzaamheid als complex probleem: Over het voorkomen van complexe problemen in het sociaal domein - begrepen vanuit het medisch, sociaal en publieke gezondheidszorgmodel. *Journal of Humanistic Studies (Waardenwerk)*, 72, 4-21.
- Kolner, C.** (2022). Lemma Preventie. In L. Veldboer, R. Engbersen, E. Hooghiemstra, J. Jansen, L. Koeter, L. Repetur, J. Rözer & A. Sprinkhuizen (Reds.), *Lexicon nabijheid en sociaal werk* (pp. 190-196). Movisie en de Werkplaatsen Sociaal Domein.
- Kolner, C., Nauta, O., Soomeren, P. van, & Steinmetz, C.** (2006). *Goede praktijken tegen geweld: Preventie en bestrijding van ongewenste omgangsvormen op de werkplek*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. https://www.stoppestennu.nl/sites/default/files/uploads/goede-praktijken-tegen-geweld_deel-1-preventie-en-bestrijding-van-ongewenste-omgangsvormen-op-de-werkplek.pdf
- Kolner, C., Soomeren, P. van, Lammers, B., Dautzenberg, M. & Neefjes, K.** (Reds.) (2008). *Wmo-wijkaanpak: een sterk duo. Handreiking leefbaarheid en sociale samenhang*. Amsterdam: DSP-groep.
- Kolner, C., & Sprinkhuizen A.** (2013). *Eén voor allen, allen voor één*. Kenniscentrum Wmo en Wonen Noord-Holland/DSP-groep m.m.v. lectoraat Maatschappelijk werk Hogeschool In-holland.
- Kolner, C., & Sprinkhuizen A.** (2014). *Uit het doolhof: Observaties en reflecties bij de ontwikkeling van sociale (wijk)teams in Noord-Holland. Begeleidende notitie bij het eBook over sociale wijkteams in Noord-Holland*. Kenniscentrum Wmo en Wonen Noord-Holland/DSP-groep m.m.v. lectoraat Maatschappelijk werk Hogeschool InHolland.
- Kolner, C., Sprinkhuizen, A., & Vos, E.** (2014). *Uit het doolhof: Leren van sociale teams in Noord-Holland*. Kenniscentrum Wmo en Wonen Noord-Holland/DSP-groep m.m.v. lectoraat Maatschappelijk werk Hogeschool Inholland. https://www.dsp-groep.nl/wp-content/uploads/16CK_eBook_Uit_het_Doolhof.pdf
- Kolner, C.** (2017). *Preventie en vroegsignalering langs de lat van het medisch, sociaal en publieke gezondheidszorg model*. Kennisplatform Sociaal Domein Noord-Holland. <https://kennisplatformsdnh.nl/documenten/handlerdownloadfiles.ashx?idnv=1785477>
- Kolner, C., & Sprinkhuizen, A.** (2018). *Pleidooi voor preventie*. Haarlem: Kennisplatform Sociaal Domein Noord-Holland.
- Kolner, C., Sprinkhuizen, A. Duijvestein, P., & Heineke, D.** (2018). *Vijf jaar sociale teams in Noord-Holland: Een kijkje in de transformatiekeuken van twaalf Noord-Hollandse gemeenten*. Werkplaats Sociaal Domein Noord-Holland Noord.
- Kolner, C., Borg, W. van der, Sanders, J., Keijsers, J., Joosten, M., & Bruin, M. de** (2022a). Public health measures during the COVID-19 pandemic through the lens of community organisations and networks in the Netherlands (2020-2021): Five lessons for pandemic decision-making. *Eurosurveillance*, 27(42). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.42.2200242>
- Kolner, C., Borg, W. van der, Vegt, K., & Mensinga, X.** (2022b). *Eindrapportage: Hoe speelden organisaties, netwerken en gemeenschappen in op de coronamaatregelen?* Bilthoven: Corona Gedragsunit RIVM. <https://doi.org/10.21945/RIVM-2022-0175>
- Kommer, G. J., Wong, A., & Slobbe, L. C. J.** (2010). *Determinanten van de volumegroei in de zorg* [Briefrapport 270751021/2010]. Bilthoven: Centrum Volksgezondheid Toekomstverkenningen RIVM. <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270751021.pdf>.
- Kooiker, S., Velden, K. van der** (2007). *Een nuchtere kijk op gezond gedrag: Vier thema's voor gezondheidsbevordering*. Den Haag: SCP. https://repository.scp.nl/bitstream/handle/publications/893/Een_nuchtere_kijk_op_gezond_gedrag.pdf?sequence=1

- Korporaal, M. M., Broese Van Groenou, M., & Tilburg, T. van** (2008). Effects of own and spousal disability on loneliness. *Journal of Aging and Health*, 20(3), 306-325. Sage Publications. <https://doi.org/10.1177/0898264308315431>.
- Kremer, M.** (2023). Lemma Vertrouwen. In L. Veldboer, R. Engbersen, E. Hooghiemstra, J. Jansen, L. Koeter, L. Repetur, J. Rözer & A. Sprinkhuizen (Reds.), *Lexicon nabijheid en sociaal werk* (pp. 26-31). Movisie en de Werkplaatsen Sociaal Domein.
- Kremer, M.** (2023). Lemma Alledaagse attentheid. In L. Veldboer, R. Engbersen, E. Hooghiemstra, J. Jansen, L. Koeter, L. Repetur, J. Rözer & A. Sprinkhuizen (Reds.), *Lexicon nabijheid en sociaal werk* (pp. 79-83). Movisie en de Werkplaatsen Sociaal Domein.
- Krijnen, H., & Lans, J. van der** (2021). *Canon Samenlevingsopbouw*. Een uitgave van de vereniging Canon Sociaal werk. www.canonsociaalwerk.nl
- Kuhn, T.** (2013). *De structuur van wetenschappelijke revoluties* (herziene uitgave van oorspronkelijke editie 1962). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Kunneman, H.** (1996). *Van theemutscultuur naar walkman-ego: Contouren van postmoderne individualiteit*. Amsterdam/Meppel: Uitgeverij Boom.
- Kunneman, H.** (2005). *Voorbij het dikke-ik: Bouwstenen voor een kritisch humanisme, deel 1*. Amsterdam: SWP.
- Kunneman, H.** (2010). Ethics of complexity. In P. Cilliers, & Preiser, R. (Eds.), *Complexity, difference and identity: An ethical perspective* (pp. 131-137). New York/Dordrecht: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-90-481-9187-1>.
- Kunneman, H.** (2012, 25 april). *Het belang van moreel kapitaal in zorg en welzijn*. Paul Cremers lezing, Rotterdam. https://www.leeuwendaal.nl/content/uploads/2015/01/Cremerslezing_25-april_2012.pdf
- Kunneman, H.** (2013). *Kleine waarden en grote waarden: Normatieve professionalisering als politiek perspectief*. Amsterdam: SWP.
- Kunneman, H.** (2015). The political importance of voluntary work. *Foundations of Science*, 21, 413-432. <https://doi.org/10.1007/s10699-014-9403-x>
- Kunneman, H.** (2017). *Amor complexitatis: Bouwstenen voor een kritisch humanisme, deel 2*. Amsterdam: SWP.
- Lagasnerie, G. de** (2018). Sociaal meetellen: Leve voorbij de erkenning. In E. Louis, *Weerspannigheid als erfenis* (pp. 71-92). Editie Leesmagazijn.
- Lalonde, M.** (1981). *A new perspective on the health of Canadians: A working document* (originally published in 1974). Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.
- Lange, K. W.** (2022) Rudolf Virchow as a pioneer of both biomedicine and social medicine. *Scandinavian Journal of Public Health*, 50(7), 873-874. <https://doi.org/10.1177/14034948211048289>
- Lange, M. de., Rözer, J., Huber, M., & Veldboer, L.** (2021). *De waarde van preventie in een veranderend sociaal domein: Een quickscan van literatuur*. Hogeschool van Amsterdam.
- Latham, A., & Layton, J.** (2019). Social infrastructure and the public life of cities: Studying urban sociality and public spaces. *Geography Compass*, 13(7), e12444. <https://doi.org/10.1111/gec3.12444>.
- Latham, A., & Layton, J.** (2022). Social infrastructure: Why it matters and how urban geographers might study it. *Urban Geography*, 43(5), 659-668. <https://doi.org/10.1080/02723638.2021.2003609>.
- Lau-IJzerman, A., Habbema, J. D. F., Maas, P. J. van der, Bos, T. van den, Drewes, J. B. J., Verbeek-Heida, P. M., & Oosterbaan, J. W.** (1981). *Vergelijkend buurtonderzoek Amsterdam*. Amsterdam: GG&GD.
- Le Sage, L.** (2022). *De professionele identiteit van de sociaal werker*. Hogeschool Rotterdam, Kenniscentrum Talkentontwikkeling.

- Leathbeater, B. J., Dishion, T., Sandles I., Bradshaw, C. P., Dodge K., Gottfriedson, D., Graham, P. W. Johnson, S. L., Maldonado-Molina M. M., Mauricio A. M., & Smith E. P. (2018).** Ethical challenges in promoting the implementation of preventive interventions: Report of the SPR Task Force. *Prevention Science*, 19, 853-865. <https://doi.org/10.1007/s11121-018-0912-7>
- Leidelmeijer, K., Frissen, J., & Iersel, J. van (2020).** *Veerkracht in het corporatiebezit; de update: een jaar later, twee jaar verder...* Amsterdam: In.Fact.Research.
- Leidelmeijer, K., Middeldorp, M., & Marlet, G. (2019).** *Leefbaarheid in Nederland 2018*. Amsterdam: Rigo.
- Levinas, E. (1981).** *Totaliteit en oneindigheid* (herziene uitgave van oorspronkelijk editie 1961). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Lewis, S. (2013).** Trying to make sense of health. In J. Sturmberg, & C. Martin (Eds.), *Handbook of systems and complexity in health* (pp. 211-216). New York: Springer Science+Business Media.
- Lieber, E. (2011).** De Notie 2025 - duurzame Volksgezondheid, de publieke gezondheid voorbij. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 7, 351-352.
- Lifestyle4Health (2022).** *Gedragswetenschappers roepen op tot actie: Gedragsexpertise is de sleutel tot effectief leefstijlbeleid*. <https://lifestyle4health.nl/wp-content/uploads/2022/07/Lifestyle4Health-Gedragsexpertise-is-de-sleutel.pdf>. Opgeroepen op 14 augustus 2023.
- Lin, K., & Herrmann, P. (2015).** *Social quality theory: A new perspective on social development*. New York/Oxford: Berghahn Books.
- Linde, M. van der (2007).** *Basisboek geschiedenis sociaal werk in Nederland*. Amsterdam: SWP.
- Linders, L. (2009).** *De betekenis van nabijheid: Een onderzoek naar informele zorg in een volksbuurt*. Den Haag: SDU uitgevers.
- Lorijn, S. (2022).** Eenzaamheid onder jongeren: Lessen van de COVID-19 pandemie. In S. André, T. Reeskens, & B. Völker (Reds.), *De sociologie en de pandemie: Inzichten en vooruitblik na twee jaar coronacrisis* (pp. 18-29). Tilburg: Open Press Tilburg University.
- Louis, E. (2018).** *Weerspannigheid als erfenis*. Editie Leesmagazijn.
- Louis, E. (2022).** *Veranderen: Methode*. Amsterdam: de Bezige Bij.
- Lu, P., Oh, J., Leahy, K. E., & Chopik, W.J. (2021).** Friendship importance around the world: Links to cultural factors, health, and well-being. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.570839>.
- Lub, V. (2013).** *Schoon, heel en werkzaam? Een wetenschappelijke beoordeling van sociale interventies op het terrein van buurtleefbaarheid*. Den Haag: Boom/Lemma.
- Lub, V. (2014).** *Kwalitatief evalueren in het sociaal domein: Mogelijkheden en beperkingen*. Den Haag: Boom/Lemma.
- Lucht, F. van der, & Polder, J. J. (2010).** *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010: Van gezond naar Beter! Kernrapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning*. Bilthoven: RIVM.
- Machielse, A. (2016, 24 oktober).** *Afgezonderd of ingesloten: Over sociale kwetsbaarheid van ouderen* [Rede in verkorte vorm uitgesproken ter gelegenheid van de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Empowerment van kwetsbare ouderen], Universiteit voor Humanistiek, Utrecht. <https://www.uvh.nl/actueel/oktober-2016/download-oratie-anja-machielse-over-sociale-kwetsbaarheid-van-ouderen>
- Machielse, A. (2023).** *Afvallers en afhakers: Over eenzaamheid, sociaal isolement en een weerbare samenleving*. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.
- Macintyre, A. (2011).** *After Virtue* (oorspronkelijke editie 1981). Londen, New York: Bloomsbury
- Mackenbach, J. P. (1994).** *Over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland*. Assen: Van Gorcum.
- Mackenbach, J. P. (2003).** Sociale geneeskunde of public health: Historische kanttekeningen bij de Nederlandse situatie. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 8, 450-458.

- Mackenbach, J. P.** (2009a). Politics is nothing but medicine at a larger scale: Reflections on public health's biggest idea. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63, 181-184. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.077032>.
- Mackenbach, J. P.** (2009b). De ontwikkelingen van de academische public health in Nederland: twee eeuwen geschiedenis, nog altijd springlevend. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 87 (5), 216-232.
- Mackenbach, J. P.** (2020). *A history of population health: Rise and fall of disease in Europe*. Leiden/Boston: Brill Rodopi.
- Mackenbach, J. P., & Maas, P. van der** (2008). *Volksgezondheid en gezondheidszorg* (4de editie). Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Maesen, L. van der, & Walker, A.** (2015). Indicators of social quality: Outcomes of the European Scientific Network. In K. Lin, & P. Herrmann (Eds.). *Social quality theory: A new perspective on social development* (pp. 37-50). New York: Berghahn Books.
- Marmot, M.** (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365, 1099-1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Marmot, M.** (2017). The health gap: the challenge of an unequal world: the argument. *International Journal of Epidemiology*, 46(4), 1312-1318. <http://doi.org/10.1093/ije/dyx163>
- Maso, I., & Smailing, A.** (2004). *Kwalitatief onderzoek: Praktijk en theorie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Mays, N., & Pope, C.** (2000). Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal*, 320, 50-52. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7226.50>
- McCave, E. L., & Rishel, C.W.** (2011). Prevention as an explicit part of the social work profession: A systematic investigation. *Advances in Social Work*, 12(2), 226-240. <https://doi.org/10.18060/1444>
- Meadows, D.H.** (2008). *Thinking in systems: A primer*. White River Junction: Chelsea Green Publishing.
- Meester, M.** (2010, 21 september). Michael Sandel: Wat is de juiste keuze? *Filosofie Magazine*, 08-2010. https://www.filosofie.nl/michael-j-sandel-wat-is-de-juiste-keuze/?utm_source=nieuwsbrief_fm&utm_medium=email&utm_campaign=FNL1563_CM5&utm_content=Multi%20template%20artikel_FNL_Nieuwsbrief_Variabele_posities_Nieuwsbrief
- Michener, L., Aguilar-Gaxiola, S., Alberti, P. M., Castaneda, M. J., Castrucci, B. C., & Harrison, L. M.,** (2020). Engaging with communities: Lessons (re)learned from COVID-19. *Preventive Chronic Disease*, 17, E65. <https://doi.org/10.5888/pcd17.200250>
- Milikowski, F.** (2020). *Een klein land met verre uithoeken: Ongelijke kansen in veranderend Nederland*. Amsterdam: Atlas Contact.
- Milner, C.** (2017, 4 december). *Wellness: What's Next? Presented by Colin Milner, CEO, International Council on Active Aging* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=IHt3cdqxohlo>
- Missoni, E.** (2006). Critical analysis of WHO's role in promoting health. *Presented at the International Conference "The Ottawa and Bangkok Charters: from principles to action", SIASS, Firenze, November 21-23, 2006*.
- Mittelmark, M. B., Sagy, S., Erikson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B., & Espnes, G. A.** (Eds.) (2017). *The Handbook of Salutogenesis* [eBook edition]. Springer: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-319-04600-6.pdf>
- Monitor Langdurige Zorg:** Peildatum, 2018. <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/>
- Mooij, A.** (2007). *De onzichtbare vijand: Over de strijd tegen infectieziekten*. Amsterdam: Uitgeverij Balans.
- Moorman, M.** (2022). *Rood in Wassenaar: Pleidooi voor een kansrijk leven (voor iedereen)*. Amsterdam: Ambo/Anthos.
- Morin, E.** (2008). *On complexity*. Cresskill, New Jersey: Hampton Press.

- Movisie** (2008). *Competentieprofiel jongerenwerker*. Utrecht: Movisie. <https://www.sociaalwerk-nederland.nl/?file=4226&m=1320760041&action=file.download>
- Movisie** (2010a). *Methodebeschrijving ABCD: Databank Effectieve sociale interventies*. Utrecht: Movisie. <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2018-03/Methodebeschrijving-AB-CD.pdf>.
- Movisie** (2010b). *Competentieprofiel Opbouwwerker*. Utrecht: Movisie. <https://www.movisie.nl/publicatie/competentieprofiel-opbouwwerker>
- Movisie** (2011). *Competentieprofiel voor collectieve belangenbehartigers*. Utrecht: Movisie.
- Movisie** (2020a, 13 februari). *Inspirerende projecten voor kwetsbare jongeren*. Utrecht: Movisie. <https://www.movisie.nl/artikel/inspirerende-projecten-kwetsbare-jongeren#:~:text=In%20Nederland%20is%20dak%2D%20en,2016%2C%202018%2C%202019>.
- Movisie** (2020b). *Factsheet Peiling 'Effect coronacrisis op LHBTI's in Nederland* [infographic]. <https://www.movisie.nl/publicatie/peiling-ruim-30-lhbt-personen-ervaart-extra-problemen-door-corona>
- Movisie** (2020c, 22 juli). *Nieuw inburgeringsbeleid maakt maatwerk mogelijk voor LHBT-statushouders*. Movisie. <https://www.movisie.nl/artikel/nieuw-inburgeringsbeleid-maakt-maatwerk-mogelijk-lhbt-statushouders>
- Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J.** (1994) New directions in definitions. In P. J. Mrazek, & R. J. Haggerty (Eds.), *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*, Institute of Medicine. Washington DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/2139>
- Mullainathan, S., & Shafir, E.** (2013). *Schaarste: Hoe gebrek aan tijd en geld ons gedrag bepalen*. Amsterdam: Maven Publishing.
- Nachtergaele, S., Reynaert, D., Gobeyn, H., Stercke, N. de, & Roose, R.** (2018). *Social werk en mensenrechten*. Leuven/Den Haag: Acco.
- Nettleton, S.** (2013). *The sociology of health and illness*. Cambridge: Polity Press.
- Nieuwenhuis, M.** (2021, 17 april). Alarm over slagkracht GGD weggehoond. *Algemeen Dagblad*. https://www.ad.nl/binnenland/alarm-over-slagkracht-ggd-weggehoond-bewindsman-zei-infectieziekten-zijn-toch-voorbij~a594f3b2b/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.bnnvara.nl%2F&cb=599dbdee541d09305ace283d7ab330cf&auth_rd=1
- Noord, T. J. C. van.** (2016). Openbare gezondheid en preventie. In H. E. G. M. Hermans & M. A. J. M. Buijsen (Eds.), *Recht en gezondheidszorg* (pp. 461-545). Springer Media B.V. https://doi.org/10.1007/978-90-368-1230-6_11
- Nordenfelt, L.** (1986). Health and disease: Two philosophical perspectives. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 41, 281-284.
- Nordenfelt, L., & Liss, P.** (2003). *Dimensions of Health and Health Promotion*. Amsterdam: Rodopi B.V.
- Nussbaum, M.** (1994). *The therapy of desire: Theory and practice in hellenistic ethics*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Nussbaum, M.** (2000). *Women and human development: the capabilities approach*. Cambridge & New York: Cambridge University Press.
- Nussbaum, M.** (2006). *De breekbaarheid van het goede: Geluk en ethiek in de Griekse filosofie en literatuur*. Amsterdam: Ambo/Anthos.
- Nussbaum, M.** (2018). *Mogelijkheden scheppen: Een nieuwe benadering van de menselijke ontwikkeling* (oorspronkelijke Engelstalige editie 2011). Amsterdam: Ambo/Anthos.
- Nussbaum, M., & Sen, A.** (1993). *The quality of life*. New York: Clarendon Press.
- O'Brien, B. C., Harris I. B., Beckman T. J., Reed D. A., & Cook D. A.** (2014). Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1245-1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>

- Oers, J. A. M. van (Red.) (2002). *Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002*. RIVM. <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270551001.pdf>
- Os, van, J. (2018). *De DSM-5 voorbij. Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ*. Utrecht: Bohn Stafleu van Lochem.
- Oude Vrielink, M., Kolk, H. van der, & Klok, P. J. (2014). *De vormgeving van sociale (wijk)teams: Inrichting, organisatie en vraagstukken*. Den Haag: Platform 31 (september 2014).
- Pattee, H.H., 1995. Evolving self-reference: matter, symbols, and semantic closure. *Communication and Cognition - Artificial Intelligence*, 12, 9-28.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed.). California: Sage Publications.
- Paulussen, T., Schaalma, H., & Aarts, H. Bolman, C. & Nooijer, S. de (1997). *Jongeren en de preventie van hart- en vaatziekten; een samenvatting van een onderzoek naar leefstijlfactoren en een overzicht van resultaten van internationaal effectonderzoek*. Den Haag: Nederlandse Hartstichting.
- Payne, M. (2014). *Modern social work theory*. London: Palgrave Macmillan Publishers.
- PBL, SCP, & CPB (2017). *Naar een Verkenning Brede welvaart*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving, Sociaal en Cultureel Planbureau en Centraal Planbureau.
- Peeters, R. (2015). *Het verlangen naar voorkomen: Hoe het preventieparadigma de overheid veranderde*. Amsterdam: Van Gennep.
- Pelt, M. van, & Repetur, L. (2018). *De sociale basis: Terug van weggeweest*. Utrecht: Movisie.
- Peper, B. (2012). *Beheersproblemen in de welzijnssector*. In J. A. A. Van Doorn & C. J. M. Schuyt, *De stagnerende verzorgingsstaat* (pp. 101-119). Amsterdam: Amsterdam University Press
- Pereira, C. A. (2020). Emergence from emergency: How to hold complexity. *Journal of Humanistic Studies (Waardenwerk)*, 80, 6-17.
- Perquin, E. N. (2022). *Ongevraagd advies*. Amsterdam: Van Oorschot.
- Petras, H., & Sloboda Z. (2014). An integrated Prevention Science Model: A conceptual foundation for prevention research. In Z. Sloboda, & H. Petras, *Defining prevention science* (pp. 251-273). New York: Springer Science+Business Media.
- Pharos (2021). *De kracht van de lokale aanpak: Acht jaar werken aan gezondheidsverschillen*. Amersfoort: Pharos.
- Pharos (2022). Effecten van Corona op gezondheidsverschillen. <https://www.pharos.nl/infosheets/infosheet-corona-en-vergroten-van-gezondheidsverschillen/>
- Phillips, D., & Berman, Y. (2001). Definitional, conceptual and operational issues. In W. Beck, Van der Maesen, L., Thomése, F. & Walker, A. (Eds). *Social quality: A vision for Europe* (pp. 125-146).
- PBL (2021). *Grote opgaven in een beperkte ruimte*. Den Haag: PBL. <https://www.pbl.nl/publicaties/grote-opgaven-in-een-beperkte-ruimte>
- PBL (2022). *Brede Welvaart in Nederlandse gemeenten: Het belang van regionale samenhang*. Den Haag: PBL. <https://www.pbl.nl/sites/default/files/downloads/pbl-2022-brede-welvaart-in-nederlandse-gemeenten-4688.pdf>
- PBL (2023). *Sociaaleconomisch beleid vanuit een Brede Welvaartperspectief. Welke afwegingen spelen een rol?* Den Haag: PBL. <https://www.pbl.nl/publicaties/sociaal-economisch-beleid-vanuit-een-bredewelvaartperspectief>
- Polanyi, M. (2009). *The tacit dimension*. Chicago: University of Chicago Press.
- Pulles, I., Eldert, P. van, Nafzger, P., & Poel, H. van der (2021). *Monitor sport en corona III: De gevolgen van coronamaatregelen voor de sportsector*. Utrecht: Mulier Instituut.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.
- Putters, K. (2019). *Veenbrand: Smeulende kwesties in de welvarende samenleving*. Amsterdam: Prometheus.

- Quak, S., Heilbron, J., & Meijer, J. (2016).** Primaire preventie van chronisch ziekten: Obstakels, stand van zaken en perspectieven. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 94, 34-40.
- Raad voor de Leefomgeving en Infrastructuur (2023).** *Elke regio telt! Een nieuwe aanpak van verschillen tussen regio's*. Publicatie Rli/ROB/RVS 2023/01, maart 2023.
- Raad voor de Leefomgeving en Infrastructuur (2023, 17 april).** *Reactie Caspar van den Berg (hoogleraar Bestuurskunde RUG) op het advies 'Elke regio telt!'* [Video]. YouTube. Geraadpleegd op 6 augustus 2023, <https://www.youtube.com/watch?v=cEUGqf6fIDM>
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2011).** *Preventie van welvaartsziekten: Effectief en efficiënt georganiseerd*. Den Haag: RVZ.
- Raad voor het Jeugdbeleid (1995).** *Jeugd in beweging: Sport is plezier waar je gezond van wordt*. Utrecht: SWP.
- Raad voor de Leefomgeving en Infrastructuur (2023).** *Elke regio telt!* Den Haag: RLI i.s.m. de Raad voor de Samenleving (RVS) en de Raad voor Openbaar Bestuur (RoB), PBL. <https://www.rli.nl/publicaties/2023/advies/elke-regio-telt>.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2000).** *Ongekende aanknopingspunten: Strategieën voor de aanpassing van de sociale infrastructuur*. Den Haag: RMO.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2004).** *Vershil in de verzorgingsstaat: Over schaarste in de publieke sector*. Den Haag: RMO.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2014).** *De verleiding weerstaan: Grenzen aan beïnvloeding van gedrag door de overheid*. Den Haag: RMO.
- Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2020).** *(Samen)leven is meer dan overleven: Breder kijken en kiezen in tijden van Corona*. Den Haag: RVS.
- Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2020).** *Gezondheidsverschillen voorbij: Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal*. Den Haag: RVS.
- Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2021).** *Gezichten van een onzeker bestaan*. Den Haag: RVS.
- Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2022).** *De regio als redding: Over de dilemma's rond regionaal werken aan gezondheid en zorg en het belang van balanceren*. Den Haag: RVS. <https://adviezen.raadrvs.nl/de-regio-als-redding/>
- Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2022).** *Een eerlijke kans op gezond leven*. Den Haag: RVS.
- Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2023).** *Op onze gezondheid: De noodzaak voor een sterkere publieke gezondheidszorg*. Den Haag: RVS.
- Rawls, J. (1973).** *A theory of justice*. Oxford: Oxford University Press.
- Ree, S. van de (2022).** *Kunst verbindt: Analyse van een co-creatief maakproces tussen vier kunstenaars en ouderen die wonen in langdurige zorg*. Kenniscentrum Kunst & Samenleving, Hanzehogeschool Groningen. https://research.hanze.nl/ws/portalfiles/portal/41950095/Analyse_Kunst_verbindt_eindrapport_Saskia_van_de_Ree.pdf
- Regenmortel, T. van (2010).** *Empowerment en participatie van kwetsbare burgers: Ervaringskennis als kracht*. Amsterdam: SWP.
- Reynaert, D., Kemmeren, C., Knevel, J., Lochtenberg, M., Plovie, E., & Trions, M. (2023).** *Sociaal werk als mensenrechtenberoep*. Leuven: Acco Learn.
- Ricoeur, P. (1984).** *Time and narrative* (Vol. 1). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ricoeur, P. (1992).** *Oneself as another*. Chicago/London: The University of Chicago Press.
- Rijk, M. de (2016, 14 september).** De 7 plagen in de zorg. *De Groene Amsterdammer*, 37. <https://www.groene.nl/artikel/de-zeven-plagen-in-de-zorg>
- Rijk, M. (2018).** Zorg en geld: Hoe onbetaalbaar is de verzorgingsstaat? In F. Bredewold, J. W. Duyvendak, T. Kampen, E. Tonkens, & L. Verplanke (Reds.), *De verhuizing van de verzorgingsstaat: Hoe de overheid nabij komt* (pp. 211-229). Amsterdam: Van Gennep.

- Rive Box**, N. de la (Host). (2022, 7 januari). Omgaan met de coronamaatregelen (6). [Audio podcast aflevering]. In *RIVM podcast Leefomgeving en gezondheid*. RIVM. [https://www.rivm.nl/podcast#:~:text=In%20deze%20zesdelige%20podcastserie%20spreek,\(Per%2D%20en%20polyfluoralkylstoffen\).](https://www.rivm.nl/podcast#:~:text=In%20deze%20zesdelige%20podcastserie%20spreek,(Per%2D%20en%20polyfluoralkylstoffen).)
- RIVM** (2007). *Integraal gezondheidsbeleid: Theorie en toepassing*. Bilthoven: RIVM.
- RIVM** (2018a). *Gezondheidsverschillen*. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 [website]. <https://www.vtv2018.nl/gezondheidsverschillen>
- RIVM** (2018b). *De mentale druk op jongeren lijkt toe te nemen*. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 [Website]. <https://www.vtv2018.nl/druk-op-jongeren>
- RIVM** (2018c). *25 jaar Volksgezondheid Toekomst Verkenning* [Magazine]. Bilthoven: RIVM.
- RIVM** (2020a). *Basisdocument preventiegedrag en welzijn*. Bilthoven: RIVM. <https://www.rivm.nl/documenten/basisdocument-preventiegedrag-welzijn>
- RIVM** (2020b). *Verder kijken dan Corona: Over de toekomst van onze gezondheid* [E-magazine]. <https://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/magazine>
- RIVM** (2020c). *Jongeren in de coronacrisis* [Memo aan VWS, 25 juni]. Bilthoven: Corona Gedragseenheid RIVM. <https://www.rivm.nl/sites/default/files/2020-09/Jongeren%20in%20de%20coronacrisis%20%28juni%202020%29.pdf>
- RIVM** (2021a). *Voortgangsrapportage Nationaal Preventieakkoord 2021*. Bilthoven: RIVM. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/06/30/rivm-voortgangsrapportage-nationaal-preventieakkoord-2021>
- RIVM** (2021b). *Impact van COVID-19 maatregelen op stakeholders in organisaties en netwerken: Vijf lessen uit de praktijk*. [Memo aan VWS, 24 september]. Bilthoven: RIVM. <https://www.rivm.nl/documenten/impact-van-covid-19-maatregelen-op-stakeholders-in-organisaties-en-netwerken-vijf-lessen>
- RIVM** (2021c). *Draagvlak en vertrouwen, het belang van ervaren rechtvaardigheid* [Memo aan VWS, 18 november]. Bilthoven: Corona Gedragseenheid RIVM <https://www.rivm.nl/documenten/draagvlak-en-vertrouwen-belang-van-ervaren-rechtvaardigheid>
- RIVM** (2021d). *Ervaren positieve en negatieve effecten van de coronapandemie* [Memo aan VWS, 30 september]. Bilthoven: Corona Gedragseenheid RIVM. <file:///C:/Users/BCC/Downloads/Ervaren%20positieve%20en%20negatieve%20effecten%20van%20de%20coronapandemie.pdf>
- RIVM** (2020, 2021). *Corona inclusieve (c-) Volksgezondheid Toekomst Verkenning*. Bilthoven: Corona Gedragseenheid RIVM. <https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/onderzoeken>
- RIVM** (2022a). *De langetermijnaanpak van het coronabeleid: Voorkeur van burgers en het maatschappelijk middenveld*. Bilthoven: RIVM. <https://www.rivm.nl/documenten/langetermijnaanpak-van-coronabeleid-voorkeur-van-burgers-en-maatschappelijk-middenveld>
- RIVM** (2022b). *Met professionals in gesprek over COVID-19 in de toekomst*. Bilthoven: RIVM. <https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/met-professionals-in-gesprek-over-covid-19-in-toekomst>
- Ritzer**, G., & Stepnisky J. (2014). *Sociological theory*. New York: The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Robbesom**, D. (2017). *De woorden van Harry Kunneman: 'Werken aan trage vragen'*. Leusen: ISVW Uitgevers.
- Rosa**, H. (2016). *Leven in tijden van versnelling: Een pleidooi voor resonantie*. Nederlandse vertaling van oorspronkelijke publicatie in 2013. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Rosa**, H. (2019). *Resonance: A sociology of our relationship of the World*. [English edition, original 2016]. Cambridge: Polity Press.
- Rosa**, H. (2020). *The uncontrollability of the world* [English edition]. Medford: Polity Press.
- Rosa**, H. (2023). *Onbeschikbaarheid*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Roscam-Abbing**, H. D. C. (1991). Kiezen en delen; rapport van de commissie Keuzen in de zorg (Commissie Dunning). *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 135(47).

- Rose, G. (2008). *Rose's strategy of preventive medicine* (updated edition). USA: Oxford University Press.
- Rosen, G. (1993). *The history of public health* (oorspronkelijke publicatie 1953). Baltimore/London: The Johns Hopkins University Press.
- Rouwenhorst, W. (1981). *Om onze gezondheid: De rol van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO)*. Utrecht: Samson, sociale en culturele reeks.
- Rözer, J., & Volker, B. (2022). Lemma Sociale afstand. In L. Veldboer, R. Engbersen, E. Hooghiemstra, J. Jansen, L. Koeter, L. Repetur, J. Rözer A. & Sprinkhuizen (Reds.), *Lexicon nabijheid en sociaal werk* (pp. 50-56). Movisie en de Werkplaatsen Sociaal Domein.
- Ruijsbroek, J. M. H., & Verwey, A. (2009). Wat zijn mogelijke gezondheidsgevolgen van sociale cohesie? *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.
- Ruiter, A. de, Dronkers, P., & Leget, C. (2022). *Zorgzaam uit de crisis: Vijf uitgangspunten voor beleidsmakers*. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.
- Rusinovic, K., Theisens, H., Engbersen, G., Boom, J. de, & Wensveen P. van (2020). *Berichten uit een stille stad: De maatschappelijke impact van COVID-19 in Den Haag*. Den Haag: Kenniscentrum Governance of Urban Transitions.
- Saan, H., & Haes, W. de (2005). *Gezond effect bevorderen: Het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering*. Rotterdam: Uitgeverij NIGZ.
- Saan, H., & Haes, W. de (2012a). 50 jaar GVO en gezondheidsbevordering. Deel 1: de GVO jaren (1962-1986). *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 90(1), 61-68.
- Saan, H., & Haes, W. de (2012b). 50 jaar GVO en gezondheidsbevordering. Deel 2: verbreding naar gezondheidsbevordering (1986-2011). *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 90(2), 119-125.
- Saan, H., Haes, W. de, Mootz, M., Bloemers, M., Kocken, P., & Ruiter, M. (2010). Gezondheid duurzaam bevorderen: Gezondheidsbevordering is een marathon, geen sprint. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 88(5), 255-268.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine; what it is and what it isn't: It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. *British Medical Journal*, 312, 71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Sandel, M. (1996). *Democracy's discontent: America in search of a public philosophy*. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Sandel, M. (2021). *Rechtvaardigheid: Wat is de juiste keuze?* (oorspronkelijke Engelstalige editie 2009) Utrecht: Uitgeverij Ten Have.
- Sandel, M. (2022). *De tirannie van verdienste: Over de toekomst van de democratie* (oorspronkelijke Engelstalige editie 2009). Utrecht: Uitgeverij ten Have.
- Sandel, M. (2023). *Het onbehagen in de democratie: Denken in tijden van crisis* (oorspronkelijke Engelstalige editie 1996). Utrecht: Uitgeverij Ten Have.
- Sarraci, R. (1997). The WHO needs to reconsider its definition of health. *British Medical Journal*, 314, 1409-1410. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7091.1409>
- Sarvimäki, A. (2006). Well-being as being well - a Heideggerian look at well-being. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 1(1), 4-10. <https://doi.org/10.1080/17482620500518101>.
- Savelkoul, M., Schuit, A. J., & Storm, I. (2010). *Terugdringen van gezondheidsachterstanden door gemeentelijk beleid: Een literatuurverkenning naar effectiviteit van fysieke en sociale omgevingsmaatregelen* [Rapport 270161003/2010]. Bilthoven: RIVM.
- Savelkoul, M., Hagedoorn, M., & Sanderman, R. (2008). Wat zijn mogelijke gezondheidsgevolgen van sociale steun? *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.

- Schaapveld, K.** (1999). Doorbraken in preventie in de afgelopen eeuw. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 143(37), 1876-1880.
- Schaapveld, K., Water, H. P. A. van de, & Bergsma, E. W.** (1991). Prioriteiten in preventie. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 135, 1699-1702.
- Schell-Kiehl, I., & Nieuwboer C.** (2023). Lemma Sociale technologie. In L. Veldboer, R. Engbersen, E. Hooghiemstra, J. Jansen, L. Koeter, L. Repetur, J. Rözer A. & Sprinkhuizen (Reds.), *Lexicon nabijheid en sociaal werk* (pp. 197-202). Movisie en de Werkplaatsen Sociaal Domein.
- Schellekens, H.** (1994, 5 maart). Ongezonde verschillen in inkomen blijven bestaan. *Het Parool*. <https://www.delpher.nl/nl/kranten/view?query=type%3D%22artikel%22+AND+%28%22Ongezonde+verschillen%22%29+AND+%28%28%22Mackenbach%22%29+AND+%28%22J.P.%22%29%29&coll=ddd&identifier=ABCD00101841986:mpeg21:a0490&resultsidentifier=ABCD00101841986:mpeg21:a0490&rowid=1>
- Schmidt, I., & Tonkens, E.** (2019, 1 februari). Wijkteams voorkomen dat mensen zich een monster voelen. *NRC*. <https://www.nrc.nl/nieuws/2019/02/01/wijkteams-voorkomen-dat-mensen-zich-een-monster-voelen-a3652642>.
- Scholte, M., Felten, H., & Sprinkhuizen, A.** (2007). *Opgelet! Systematische signalering in maatschappelijke ondersteuning en eerstelijnszorg*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Scholte, M., & Sprinkhuizen, A.** (2012). *Moedwil en misverstand: Een essay over de gelaagdheid van kennis in de sociale sector*. Utrecht: Movisie.
- Scholte, M., Sprinkhuizen, A., & Zuidhof, M.** (2012). *De generalist: De sociale professional aan de basis. Portretten en conceptuele verkenningen*. Houten: Bohn, Stafleu, Van Lochem
- Scholte, M.** (2018, 14 maart). *Op de barricaden?! Over sociaal werk, probleemfiguraties en de aanpak van structurele problemen in het sociaal domein*. Marie Kamphuis Lezing. <https://mariekamphuisstichting.nl/images/mks-lezing-2018-pdf.pdf>
- Scholten, C., & Elferink, J.** (2011). *Zonder cement geen bouwwerk: Vrijwilligers in de zorg, nu en in de toekomst*. Utrecht: Vilans, Movisie en NOV.
- Schön, D.** (2013). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. London: Ashgate.
- Schrijvers, C. T. M., & Storm, I.** (2009). *Naar een integrale aanpak van gezondheidsachterstanden: Een beschrijving van beleidsmaatregelen binnen en buiten de volksgezondheidssector* [rapport 270171001]. Bilthoven: RIVM).
- Schuylt, C. J. M.** (1991). *Het hart van de verzorgingsstaat*. Leiden/Antwerpen: Stenfert Kroese.
- Sectorraad Hoger Sociaal Agogisch Onderwijs** (2008). *Vele takken, één stam: Kader voor de hogere sociaal-agogische opleidingen. Profileren sociaal-agogische opleidingen*. Amsterdam: SWP. https://www.vereniginghogescholen.nl/system/profiles/documents/000/000/127/original/5997_vele_takken.pdf?1437556753
- Sen, A.** (1993). Capabilities and well-being. In M. Nussbaum, & A. Sen (Eds.), *The quality of life* (pp. 30-53). New York/Oxford: Clarendon Press.
- Sen, A.** (2017). *Collective choice and social welfare* (eerste editie 1970). Penquin Books.
- Sennett, R.** (2003). *Respect in een tijd van sociale ongelijkheid*. Amsterdam: Uitgeverij Byblos.
- Sennett, R.** (2012). *De ambachtsman: De mens als maker* (6de editie). Amsterdam: Meulenhof.
- Shankardass, K., Muntaner, C., Kokkinen, L., Vahid Shahidi, F., Freiler, A., Oneka, G., Bayoumi, A. M., & O'Campo, P.** (2019). The implementation of Health in All Policies initiatives: A systems framework for government action. *Health Research Policy and Systems*, 16, 26. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0295-z>
- Simone, A.** (2004). People as infrastructure: Intersecting fragments in Johannesburg. *Public Culture*, 16(3), 407-429. <https://doi.org/10.1215/08992363-16-3-407>
- Simone, A.** (2021). Ritornello: "People as infrastructure". *Urban Geography*, 42(9), 1341-1348. <https://doi.org/10.1080/02723638.2021.1894397>
- Sloboda, Z., & Petras, H.** (2014). *Defining prevention science*. New York: Springer Science+Business Media.

- Snel, E., Boom, J. de, & Engbersen, G. (2022). De mentale gevolgen van de Coronapandemie. In S. André, T. Reeskens, & B. Völker (Reds.), *De sociologie en de pandemie: Inzichten en vooruitblik na twee jaar coronacrisis* (pp. 30-42). Tilburg: Open Press Tilburg University.
- SCP (2011). *Wonen, wijken & interventies: Krachtwijkenbeleid in perspectief*. Den Haag: SCP. <https://repository.scp.nl/handle/publications/718>
- SCP (2013). *Werk aan de wijk: Een quasi-experimentele evaluatie van het krachtwijkenbeleid*. Den Haag: https://repository.scp.nl/bitstream/handle/publications/625/Werk%20aan%20de%20wijk_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- SCP (2016). *Overall rapportage Sociaal domein 2015: Rondom de transitie*. Den Haag: SCP. <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2016/05/18/overall-rapportage-sociaal-domein-2015>
- SCP (2017). *De sociale staat van Nederland 2017*. Den Haag: SCP. <https://www.scp.nl/publicaties/monitors/2017/12/12/de-sociale-staat-van-nederland-2017>
- SCP (2019). *Eindevaluatie Participatiewet*. Den Haag: SCP. <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2019/11/19/eindevaluatie-van-de-participatiewet>
- SCP (2020). *Sociaal domein op koers? Verwachtingen en resultaten van vijf jaar decentraal beleid*. Den Haag: SCP. <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2020/11/16/sociaal-domein-op-koers>
- SCP (2021). *Een jaar met corona: Ontwikkelingen in de maatschappelijke gevolgen van corona (2021)*. Den Haag: SCP. <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2021/03/03/een-jaar-met-corona>
- SCP (2022). Mentale gezondheid van meisjes verslechterd. *SCP Nieuwsbericht*. <https://www.scp.nl/actueel/nieuws/2022/09/14/mentale-gezondheid-van-meisjes-fors-verslechterd>
- Society for Prevention Research (2011). *Standards of knowledge for the science of prevention*. Society for Prevention Research, Fairfax USA. <https://www.preventionresearch.org/Society%20for%20Prevention%20Research%20Standards%20of%20Knowledge.pdf>
- Sociaal Werk Nederland (2023). *Sociaal binden: in contact komen met moeilijk bereikbare groepen. Een handreiking*. Utrecht: Sociaal Werk Nederland i.s.m. Onderzoeksbureau Labyrinth. <https://www.sociaalwerknederland.nl/content/1308-sociaal-binden-in-contact-met-moeilijk-bereikbare-groepen>
- Spierts, M. (2014). *De stille krachten van de verzorgingsstaat: Geschiedenis en toekomst van sociaal culturele professionals*. Amsterdam: Van Gennep.
- Spierts, M., Sprinkhuizen, A., Scholte, M., Hoijtink, M., Jonge, E. de., & Doorn, L. van (2017). *De brede basis van het sociaal werk: Grondslagen, methoden en praktijken*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Spitzer, M. E. (2019). *Eenzaamheid: De impact van sociaal isolement*. Amsterdam: Atlas Contact.
- Sprinkhuizen, A., Kolner, C., & Heineke, D. (2014). *Eén voor allen, allen voor één: Eerste verkenning Sociale (wijk)teams Noord-Holland*. Kenniscentrum Wmo en Wonen Noord-Holland/DSP-groep m.m.v. lectoraat Maatschappelijk werk Hogeschool Inholland.
- Sprinkhuizen, A., & Scholte, M. (2017). Vorm geven aan methodisch handelen vanuit een brede basis. In M. Spierts, A., Sprinkhuizen, M., Scholte, M., Hoijtink, E. De Jonge, L. Van Doorn, *De brede basis van het sociaal werk: Grondslagen, methoden en praktijken* (pp. 99-122). Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Sprinkhuizen, A., & Kolner, C. (2022). Welzijn aan zet: Wie pakt de handschoen op? *Online Magazine PONT Zorg & Sociaalweb*. <http://magazines.sociaalweb.nl/gemeenten-en-preventie-welzijn-aan-zet/welzijn-aan-zet>
- Staa, A. van der, Cardol, M., & Dam, A. van (2017). Positieve gezondheid kritisch beschouwd. *Tijdschrift Positieve Psychologie*, 4, 32-39. <https://docplayer.nl/128608575-Positieve-gezondheid-kritisch-beschouwd-32-augustus-nr-tpp.html>

- Steekelenburg, E., Kersten, I., & Huber, M. (2016).** *'Positieve gezondheid' in Nederland: Wie, wat, waarom en hoe?* [Rapport in opdracht van ZonMW]. Utrecht: Institute for Positive Health. <https://www.iph.nl/kennisbank/rapport-positieve-gezondheid-in-nederland-wie-wat-waarom-en-hoe/>
- Steketeer, M. (2017, 13 oktober).** *De olifant in de (kinder)kamer: Intergenerationele overdracht van geweld in gezinnen. Hoe doorbreken we de cirkel.* [Rede in verkorte vorm uitgesproken ter gelegenheid van het ambt van bijzonder hoogleraar Intergenerationele overdracht van geweld in gezinnen], Faculteit der Sociale Wetenschappen, Erasmus Universiteit Rotterdam & Verwey-Jonker Instituut. <https://www.verwey-jonker.nl/wp-content/uploads/2020/07/de-olifant-in-de-kinder-kamer-2.pdf>
- Stel, J. van der (2016).** Definitie 'gezondheid' aan herziening toe. *Medisch Contact*, 71, 18-19. <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/definitie-gezondheid-aan-herziening-toe>
- Steyaert, J., Biggelaar, T. van den, & Peels, J. (2010).** *De bijziendheid van evidence based practice: Beroepsinnovatie in de sociale sector.* Amsterdam: SWP.
- Storm, I. (2016).** *Towards a HiAP cycle: Health in All Policies as a practice-based improvement process* [Dissertatie]. Vrije Universiteit Amsterdam.
- Storm, I., Soest, F. van, & Broeder, L. den (2007).** *Integraal gezondheidsbeleid: theorie en toepassing.* Bilthoven: RIVM.
- Storm, I., Koperen, M. van, & Lucht, F. van der, Oers, H. van, & Schuit, J. (2014),** 'Monitoren en evalueren van integraal gezondheidsbeleid', *Beleidsonderzoek Online*. <https://doi.org/10.5553/Beleidsonderzoek.000043>
- Storm, I., Savelkoul, M., Busch, M. C. M., Maas, J., & Schuit, A. J. (2010).** *Intersectoraal samenwerken in de aanpak van gezondheidsachterstanden. Een onderzoek onder zestien gemeenten in Nederland* [RIVM-rapport 270161002]. Bilthoven: RIVM.
- Sturkenboom, M., & Kolner, C. (2010).** *Resultaten verkenning ondersteuning professionals gezondheidsbevordering.* Bilthoven: Centrum Gezond Leven, RIVM. <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/255001015.pdf>
- Sturmans, F. (1982).** *Epidemiologie: Theorie, methoden en toepassing.* Nijmegen: Dekker & van de Vegt.
- Svendsen, S. (2017).** *A philosophy of loneliness.* Oslo: Reaktion Books.
- Swaan, A. (1996).** *Zorg en de staat: Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde staten in de nieuwe tijden.* Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.
- Taylor, C. M. (2011).** *Bronnen van het zelf* (oorspronkelijke Engelstalige editie 1989). Rotterdam: Lemniscaat.
- Taylor-Gooby, P. (2015).** The rational actor reform paradigm: Delivering the goods but destroying public trust? In K. Lin, & P. Herrmann (Eds.). *Social quality theory: A new perspective on social development* (pp. 183-197). New York: Berghahn Books.
- Tengland, P. (2008).** Empowerment: A conceptual discussion. *Health Care Analysis*, 16(2), 77-96. <https://doi.org/10.1007/s10728-007-0067-3>
- Thaler, R., & Sunstein, C. (2008).** *Nudge: Improving decisions about health, wealth and happiness.* New York: Penguin Books.
- Therborn, G. (2013).** *The killing fields of inequality.* Cambridge: Policy Press.
- Thys, R., Branca Prado, C., & Brandão Cruz, A. (2019).** Een Brusselse zelforganisatie voor gemeenschaps-therapie of AETCIS: Een schoolvoorbeeld van 'vermaatschappelijking van de zorg'. In M. Schrooten, R., Thys, R., & P. Debruyne (2019), *Sociaal schaduwwerk: Over informele spelers in het welzijnslandschap* (pp. 80-86). Brussel: Politeia.

- Tiemeijer, W., & Keizer, A.G. (2023).** *Onzekerheid, maatschappelijk onbehagen en persoonlijke controle: Een conceptuele en empirische analyse*. [Working paper nr. 53]. Den Haag: WRR. <https://www.wrr.nl/publicaties/working-papers/2023/05/08/onzekerheid-maatschappelijk-onbehagen-en-persoonlijke-controle>
- Tijhaar, L. (2022).** Descartes laat je nadenken over de manier waarop je denkt [Tijhaar in interview met Han van Ruler], *Blad Filosofie*, 6, 27-29.
- Tilburg, van T., & Jong Gierveld, J. de (2007).** *Zicht op eenzaamheid: Achtergronden, oorzaken en aanpak*. Van Gorcum.
- Timmer, I., & Kanne, P. (2019).** *De YEP van tegenwoordig: de toekomst van nieuwe ouderen: Onderzoek onder 55- tot 75- jarigen in opdracht van Trouw*. Amsterdam: I&O Research. <https://www.ioresearch.nl/wp-content/uploads/2019/10/De-YEP-van-tegenwoordig-de-nieuwe-toekomst-van-nieuwe-ouderen.pdf>
- Tjeenk Willink, H. (2021).** *Kan de overheid crisis aan: Waarom het belangrijk is groter te denken en kleiner te doen*. Amsterdam: Prometheus.
- Tjeenk Willink, H. (2023).** *Het tij tegen: De democratische rechtsorde als fundament*. Amsterdam: Prometheus.
- TK (1998).** *Brief van de formateur betreffende de kabinetsformatie 1998* [Kamerstuk]. Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 26 024, nr. 101. https://www.parlement.com/9291000/d/tk26024_10.pdf
- TK / Ministerie van VWS (1995).** *Nota Gezond en wel (1995-1998)* [Kamerstuk]. Tweede Kamer, vergaderjaar 1994-1995, 24 126, nrs. 1-2. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-24126-1.html>
- TK / Ministerie van VWS (1997).** *Brief van de minister van VWS* [Kamerstuk]. Tweede Kamer, vergaderjaar 1996-1997, 22 894, nr. 13, pp. 1-10. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-22894-13.pdf>
- TK / Ministerie van VWS (1999).** *Welzijnsnota 1999-2002* [Kamerstuk]. Tweede Kamer, vergaderjaar 1998-1999, 26 477, nr. 5. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-26477-5.pdf>
- TK / Ministerie van VWS (2002).** *Memorie van Toelichting WCPV* [Kamerstuk]. Tweede Kamer, vergaderjaar 2001-2002, 28 063, nr. 3. <https://www.parlementairemonitor.nl/9353000/1/j9vvij5epmj1ey0/vi3ajzispnzp>
- TK / Ministerie van VWS (2003).** *Nota Langer gezond leven (2003-2007)* [Kamerstuk]. Tweede Kamer, vergaderjaar 2002-2003, 22 894, nr. 20, bijlage 1. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-22894-20-b1.pdf>
- TK / Ministerie van VWS (2005).** *Memorie van Toelichting Wmo: Nieuwe regels betreffende maatschappelijke ondersteuning* [Kamerstuk]. Tweede Kamer, vergaderjaar 2004-2005, 30 131, nr. 3. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-30131-3.html>
- TK / Ministerie van VWS (2006).** *Kiezen voor gezond leven (2007-2010)* [Kamerstuk]. Tweede Kamer, vergaderjaar 2006-2007, 22 894, nr. 110. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-22894-110.pdf>
- TK / Ministerie van VWS (2007).** *Memorie van toelichting op de WPG* [Kamerstuk]. Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 31 316, nr. 3. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-31316-3.html>
- TK / Ministerie van VWS (2008).** *Naar een weerbare samenleving. Beleidsplan aanpak gezondheidsverschillen op basis van sociaaleconomische achtergronden. Reactie op motie van Van der Veen en Arib* [Kamerstuk]. Tweede Kamer, vergaderjaar 2008-2009, 22 894, nr. 209 <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-22894-209.pdf>
- TK / Ministerie van VWS (2014).** *Memorie van toelichting Wet Maatschappelijke ondersteuning 2015* [Kamerstuk]. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 33 841, nr. 3. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-33941-3.pdf>

- TK** (2022). *Miljoenennota 2022 (Rijksbegroting 2022)* [Kamerstuk]. Tweede Kamer, vergaderjaar 2021-2022, 35 925, nr. 1. https://www.rijksfinancien.nl/sites/default/files/kamerstuk_pdf/kst-35925-1.pdf
- TK / Ministerie van VWS** (2022). *Kamerbrief hoofdlijnen toekomst Wmo (gedateerd 28 maart 2022)*. [Kamerstuk] Tweede Kamer, vergaderjaar X [<https://open.overheid.nl/documenten/ronl-5bdd08f50cb7812c6800913966c2a4d9ff383ad3/pdf>]
- TK / Ministerie van VWS** (2023). *Beleidsbrief Mantelzorg* [Kamerstuk]. Tweede Kamer, vergaderjaar 2022-2023, 30 169, nr. 75. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-30169-76.pdf>
- TK / Ministerie van WVC** (1986). *Nota 2000, over de ontwikkeling van het gezondheidsbeleid. Feiten, beschouwingen en voornemens* [Kamerstuk]. Tweede Kamer, vergaderjaar 1985-1986, 19 500, nr. 2. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/sgd%3A19851986%3A0007890>
- Tong, A., Sainsbury P., & Craig J.** (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Tongerloo, M. van** (2023, 27 september). De zelfredzame dakloze? Die bestaat niet. *De Correspondent*. <https://decorrespondent.nl/14818/de-zelfredzame-dakloze-die-bestaat-niet/2cc5e704-5254-060b-0d48-ac7997dd823c>
- Tonkens, E.** (2008). *Mondige burgers, getemde professionals: Marktwerving en professionaliteit in de publieke sector*. Amsterdam: Van Gennep.
- Tonkens, E., & Wilde, M.** (2013). *Als meedoen pijn doet: Affectief burgerschap in de wijk*. Amsterdam: Van Gennep.
- Trimbos** (2020, 12 februari). *Kwaliteit van leven bij ernstige psychiatrische aandoening blijft fors achter*. Trimbos. <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/kwaliteit-van-leven-bij-ernstige-psychische-aandoening-blijft-fors-achter/> & <https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/nemesis-trends/samenvatting-2/>
- Trommel, W., & Veen R. van der** (Reds.) (1999). *De hervormde samenleving: Ontwikkeling en herziening van de Nederlandse verzorgingsstaat*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Vandenbergh, F.** (2022). Afstemmen op Hartmut Rosa's Systematische Romantiek. *Journal of Humanistic Studies (Waardenwerk)*, 90-91, 126-143 (deel 1); 206-225 (deel 2).
- Veen, M. van, & Westerkamp, K.** (2009). *Deskresearch: Informatie selecteren, beoordelen en verwerken*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Veenhoven, R.** (1987). *Conditions of happiness*. Rotterdam: R. D. Reidel Publishing Company.
- Veldboer, L., Engbersen, R., Hooghiemstra, E., Jansen, J., Koeter, L., Repetur, L., Rözer, J., & Sprinkhuizen, A.** (Reds.), *Lexicon nabijheid en sociaal werk*. Movisie en de Werkplaatsen Sociaal Domein. <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2022-11/Lexicon-Nabijheid-en-sociaal-werk-2022-2.0.pdf>
- Velden, K. van der** (1994). Ongezonde verschillen. *Huisarts en Wetenschap*, 37(8), 373-374. https://www.henw.org/system/files/download/1994_Juli_Article_11.pdf
- Verharen, L.** (2017, 21 september). *Being there: Samenwerken aan het versterken van Sociale Kwaliteit* [Rede in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van lector Versterken van Sociale Kwaliteit], Kenniscentrum HAN Sociaal, Faculteit Gezondheid, Gedrag en Maatschappij van Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. https://www.han.nl/artikelen/2020/11/versterken-van-sociale-kwaliteit/being_there_lisbeth_verharen_def_versie_web.pdf
- Verharen, L., Heessels, M., Jansen, C., & Wolf, J.** (2019). *Sociale kwaliteit voor een sterke sociale basis* [Essay gekoppeld aan interview met L. Verharen, 10 april 2002]. *Tijdschrift voor Sociale Vraagstukken*. <https://www.socialevraagstukken.nl/interview/lisbeth-verharen-de-crisis-mobiliseert-de-sociale-basis/>

- Verharen, L. & Rözer, J. (2023).** Lemma: Menselijk en sociaal kapitaal. In L. Veldboer, R. Engbersen, E. Hooghiemstra, J. Jansen, L. Koeter, L. Repetur, J. Rözer & A. Sprinkhuizen (Reds.), *Lexicon nabijheid en sociaal werk* (pp. 60-68). Movisie en de Werkplaatsen Sociaal Domein.
- Verharen, L., Kolner C., & Sprinkhuizen, A. (2023).** Puzzelen met perspectief. *Vakblad Sociaal Werk*, 6-2023. <https://mijn.bsl.nl/vakblad-sociaal-werk-6-2023/26366422>.
- VNG (2005).** *Werken aan gezondheid: Een introductie op gemeentelijk gezondheidsbeleid*. Den Haag: VNG. https://vng.nl/files/vng/vng/Documenten/Extranet/Sez/ZWS/Werken_aan_gezondheid_Een_introductie_op_gemeentelijk_gezondheidsbeleid.pdf
- VNG (2021).** *De winst van het sociaal domein: Een slimme investering in bestaanszekerheid, kansengelijkheid en gezond samenleven*. [Een propositie van gemeenten aan het nieuwe kabinet]. Den Haag: VNG. https://vng.nl/sites/default/files/2021-04/de-winst-van-het-sociaal-domein-verdieping_def.pdf
- VNG (2023).** *De waarde van het sociaal domein: Een slimme investering in bestaanszekerheid, kansengelijkheid en gezond samenleven* [Een vernieuwde propositie van gemeenten aan het nieuwe kabinet]. Den Haag: VNG i.s.m. Divosa, de NDSD en de gemeentelijke netwerken G4, G40, M50, K80, P10. https://vng.nl/sites/default/files/2021-04/de-winst-van-het-sociaal-domein_def.pdf
- Verkenningcommissie hoger sociaal agogisch onderwijs (2014).** *Meer van waarde: Kwaliteit-simpuls en ontwikkelrichting voor het hoger sociaal agogisch onderwijs*. Den Haag: Vereniging voor Hogescholen. https://www.vereniginghogescholen.nl/system/knowledge_base/attachments/files/000/000/060/original/Rapport_Meer_van_waarde__verkenningcommissie_hsao_def.pdf?1438686489
- Vilans (2014).** *Kwetsbare ouderen: Handreiking voor professionals & multidisciplinaire teams in de eerste lijn*. Utrecht: Vilans. <https://www.mensenmetdementiegroningen.nl/wp-content/uploads/2018/08/Handreiking-kwetsbare-ouderen-in-de-eerste-lijn-Vilans-2014.pdf>
- Vriesema, I. (2019, 17 januari).** Wijkteams maken zorg duurder. *NRC*. <https://www.nrc.nl/nieuws/2019/01/17/wijkteams-maken-zorg-duurder-a3650830>,
- Vrooman, C., Boelhouwer, J., Iedema, J., & Torre, A. van der (2023-3).** *Eigentijdse ongelijkheid: De postindustriële klassenstructuur op basis van vier typen kapitaal. Verschil in Nederland 2023*. Den Haag: SCP.
- Wagendorp, B. (2019, 21 maart).** Roken moest mogen. *Volkskrant*. <https://www.volkskrant.nl/archief/niets-zo-erg-als-roken-moet-mogen~a471169/>
- Wagemakers, T. (2023, 21 oktober).** De gemeente Amsterdam is 'regelverslaafd': 'Ik voelde me genaaid om 750 euro, op zijn Amsterdams gezegd'. *Het Parool*. <https://www.parool.nl/amsterdam/de-gemeente-amsterdam-is-regelverslaafd-ik-voelde-me-genaaid-om-750-euro-op-zijn-amsterdams-gezegd~be008983/>
- Walker, A., & Maesen L. van der (2004).** Social quality and quality of life. In W. Glatzer, S. Von Below, M. Stoffregen (Eds.), *Challenges for quality of life in the contemporary world* (pp. 13-31). Den Haag: Kluwer Academic Publishers.
- Ward, P. R., Meyer, S. E., 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>.
- Weerman, A. (2019).** Integratie van GGZ & samenleving? Pleidooi voor de verbijzondering van de tragiek van mensen met een psychiatrische aandoening. Lectorale rede uitgesproken op 12 juni 2019, Lectoraat GGZ & Samenleving, Hogeschool Windesheim, Zwolle.
- Weiss, R. S. (1973).** *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.

- Welling, B., Feijen, H., & Engelen, J. van (2000).** *Wijkontwikkeling op eigen kracht* [bewerkte vertaling van J. L. McKnight & J. P. Kretzmann: *Building communities from the inside out, a path toward finding and mobilizing a community's assets*]. Canon Sociaal Werk. https://www.canonsociaalwerk.eu/2019_Masterclass-Opbouw/2005-McKnight-Kretzman-ABCD_LSA.pdf
- Welschen, S., Lucas, P., Hoijtink, M., & Veldboer, L. (2020).** *Licht op sociaal schaduwwerk: Literatuurstudie naar (Nederlandse) informele sociaalwerkpraktijken die plaatsvinden onder de radar*. Hogeschool van Amsterdam. <https://www.hva.nl/akmi/gedeelde-content/publicaties/publicaties-algemeen/stedelijk-sociaal-werken/2020/licht-op-sociaal-schaduwwerk.html>
- Welschen, S., Lucas, P., Von Meyenfeldt, L., Hoijtink, M., Rijnders, J., & Veldboer, L. (2020).** *Toegankelijkheid in divers perspectief: Bewoners, verbinders en professionals over de sociale basis in een ontwikkelbuurt. Eindrapportage onderzoek toegankelijkheid basisvoorzieningen Geuzenveld, Amsterdam*. Werkplaats Sociaal Domein Amsterdam en omgeving. <https://www.huisvestingkwetsbaregroepen.nl/wp-content/uploads/2020/11/Toegankelijkheid-in-divers-perspectief-HVA-2020.pdf>
- Welschen, S., Metze, R., Haijen, J., & Rijnders, J. (2018).** *Met elkaar of naast elkaar? Wijkteamprofessionals en informele krachten in Oud Noord over kwesties bij de gezamenlijke ondersteuning aan huishoudens in kwetsbare posities*. Hogeschool van Amsterdam. <https://research.hva.nl/en/publications/met-elkaar-of-naast-elkaar-wijkteamprofessionals-en-informele-kra>
- WHO (1946).** *Constitution*. Geneva: WHO, July 1946.
- WHO (1977).** *Health for all by the year 2000*. Copenhagen: WHO Regional Office Europe.
- WHO (1978).** *Declaration of Alma-Ata*. Alma-Ata, USSR, 6-12, September 1978.
- WHO (1981).** *Global strategy for health for all by the year 2000*. Geneva: WHO
- WHO (1985).** *Targets for health for all: targets in support of the European regional strategy for health for all*. Copenhagen: WHO Regional Office Europe.
- WHO (1986).** *Ottawa Charter for health promotion*. Geneva: WHO.
- WHO (1986).** *The move towards a New Public Health*. Ottawa charter. Ontario: WHO.
- WHO (1997).** *Measuring quality of life: The World Health Organization quality of life instruments (the WHOQOL-100 & the WHOQOL-BREF)*. Geneva: WHO Division of Mental Health and Prevention of substance abuse. <https://www.who.int/tools/whoqol>
- WHO (1998).** *Health for all in the 21 century*. Copenhagen: WHO Regional Office Europe.
- WHO (1999).** *Health21. The health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office Europe.
- WHO (2005).** *The Bangkok Charter for Health Promotion in a globalised world*. Copenhagen: Copenhagen: WHO Regional Office Europe.
- WHO (2008a).** *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health – Final report of the commission on social determinants of health*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- WHO (2010).** *A Conceptual Framework For Action On the Social Determinants of Health*. Social Determinants of Health Discussion, paper 2. Debates, Policy & Practice, Case Studies. Geneva: WHO. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1
- WHO (2020).** *Role of community engagement in situations of extensive community transmission of COVID-19 interim guidance*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/WPR-DSE-2020-016>.
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (2013) (Eds).** *Social determinants of health: The solid facts* (2nd ed.). Copenhagen: WHO Regional Office Europe.
- Winslow, C. E. A. (2001).** Winslow's definition of public health. In *Encyclopaedia Britannica* (Vol. 15). London, England. <https://www.britannica.com/>
- Winter, M. de (2008, 2 november).** *Hoedt U voor het evidence beest!* [Paper presentatie]. De Illustere Domstad Debatten, Utrecht, Nederland.

- Wolf, J. Wolf, R. L. M., & Jonker, I. E. (2020).** Pathways to empowerment the social quality approach as a foundation for person-centered interventions. *International Journal of Social Quality*, 10(1), 29-56. <https://doi.org/10.3167/IJSQ.2020.100103>
- Wolf, S. (2010).** *Meaning in life and why it matters*. New Jersey: Princeton University Press
- Woody, J. D. (2006).** Prevention: Making an shadow component a real goal in social work. *Advances in Social Work*, 7(2), 44-61. <https://doi.org/10.18060/182>.
- WRR (1987).** *De ongelijke verdeling van de gezondheid* [Verslag van een conferentie gehouden op 16-17 maart 1987; Voorstudies Nr. 58]. Den Haag: WRR: Staatsuitgeverij 1987. <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/34241>
- WRR (2004).** *Bewijzen van goede dienstverlening* [WRR-rapport nr. 70]. Amsterdam: Amsterdam University Press. <https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2004/12/01/bewijzen-van-goede-dienstverlening>
- WRR (2006).** *De verzorgingsstaat herwogen: Over verzorgen, verzekeren, verheffen en verbinden* [WRR-rapport nr. 76]. Amsterdam: Amsterdam University Press. <https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2006/10/05/de-verzorgingsstaat-herwogen>
- WRR (2017).** *Weten is nog geen doen: Een realistisch perspectief op redzaamheid* [WRR-rapport nr. 97]. Den Haag: WRR. <https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2017/04/24/weten-is-nog-geen-doen>
- WRR (2021a).** *Gezamenlijk WRR- en KNAW-advies: Navigeren en anticiperen in onzekere tijden*. Den Haag: WRR/ KNAW. <https://www.wrr.nl/publicaties/publicaties/2021/09/02/navigeren-en-anticiperen-in-onzekere-tijden>
- WRR (2021b).** *Kiezen voor houdbare zorg: Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak* [WRR-rapport nr. 104]. Den Haag: WRR. <https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg>
- WRR (2023).** *Grip: Het maatschappelijk belang van persoonlijke controle* [WRR-rapport nr. 108]. Den Haag: WRR.
- WRR, Gezondheidsraad, Raad van State, Raad voor het Openbaar Bestuur en Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2022).** *Coronascenario's doordacht: Handreiking voor noodzakelijke keuzes*. Den Haag: WRR.
- Yperen, P. van (Red.) (2022).** *Bestaanszekerheid onder druk: Stand van zaken*. Utrecht: Movisie.
- Zembla (2021).** *Minder Nederlandse musici door verdwijnen muziekscholen*. BNNVARA: <https://www.bnnvara.nl/zembla/artikelen/minder-nederlandse-musici-door-verdwijnen-muziekscholen>
- Zwet, R. van der (2022).** Lemma Evidence-based werken. In L. Veldboer, R. Engbersen, E. Hooghiemstra, J. Jansen, L. Koeter, L. Repetur, J. Rözer A. & Sprinkhuizen (Reds.), *Lexicon nabijheid en sociaal werk* (pp. 184-189). Movisie en de Werkplaatsen Sociaal Domein.

Bijlagen

Bijlage I. Lijst met afkortingen

AOW	Algemene Ouderdomswet
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Voorzieningen
BPSW	Beroepsvereniging voor Professionals Sociaal Werk
BZK	Binnenlandse Zaken en Koninkrijkrelaties
Cie	commissie
CAD	Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
EBP	Evidence Based Practice
EBM	Evidence Based Medicine
EUR	Erasmus Universiteit Rotterdam
FFM	Free Food Market
GALA	Gezond en Actief Leven Akkoord
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GHOR	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio
HiAP	Health in All Policies (synonym met IGB)
Hvz	hart- en vaatziekten
IGB	Integraal gezondheidsbeleid
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KNMG	Koninklijke Maatschappij Medische Gezondheidszorg
MvT	Memorie van Toelichting (kamerstuk, zie TK)
PBL	Planbureau voor de Leefomgeving
PH	Public Health (publieke gezondheidszorg)
RCT	Randomised Controlled Trial
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RLI	Raad voor de Leefomgeving en Infrastructuur
ROB	Raad voor het Openbaar Bestuur
RMO	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
RVS	Raad voor Volksgezondheid & Samenleving
SCP	Sociaal Cultureel planbureau
SEGV	Sociaaleconomische gezondheidsverschillen
SES	sociaal economische status
SPUK	Specifieke uitkering
STIVORO	Stichting Volksgezondheid en Roken
SW	Sociaal Werk
SWN	Sociaal Werk Nederland
Uni	Universiteit (zie tijdlijn hoofdstuk 7)
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VUT	Vervroegde Uittreding
VWS	Volksgezondheid, welzijn en sport
WAR	Wetenschappelijke adviesraad
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WOZO	Wonen Ondersteuning en Zorg voor Ouderen
WPG	Wet Publieke Gezondheid
WHO	World Health Organization
Wmo	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
WVC	Welzijn volksgezondheid en cultuur

Bijlage 10.1 Leden van de expertgroep

- Prof. Dr. Martine Bouman – Erasmus Universiteit & Centrum voor Media en Gezondheid (ook WAR-lid)³⁷⁵
- Prof. Dr. Moniek Buijzen – Radboud Universiteit (ook WAR-lid)
- Dr. John Dierx – Avans Hogeschool, Bewegen/sport/jeugd
- Drs. Stannie Driessen – Raad voor Volksgezondheid & Samenleving
- Dr. Erna Hooghiemstra – Werkplaatsen sociaal domein. Kenniscentrum Talentontwikkeling. Hogeschool Rotterdam.
- Dhr. Ufuk Kâhya – wethouder Duurzame mobiliteit, Talentontwikkeling en Welzijn 's-Hertogenbosch
- Prof. Dr. Maria van den Muijsenbergh – Radboud Universitair Medisch Centrum, Pharos (ook WAR-lid)
- Prof. Dr. Denise de Ridder – Universiteit Utrecht (ook WAR-lid)

Medewerkers aan het onderzoek tussen 2020- 2022

Onderzoekers en professionals die langere of kortere tijd – voor verschillende werkzaamheden – aan dit onderzoek verbonden waren: Mariken Leurs (hoofd van de Corona Gedragsunit van het RIVM), Marian Sturkenboom, Wieke van der Borg, Kirsten Vegt, Xanne Mensinga, Matthijs Lambooy, Femke van Hamond, Maysa Joosten, Colene Zomer, Annemiek Mi-Jin De Groote, Nanna Kassenaar, Corine van Dijk, Daan Juijn, Hanneke de Bruin, Roderick Gielis, Marcel Paul Scholten, Marie Claire de Vries, Jolanda Keijzers, Pita Spruijt, Frank den Hartog, Annerike Gorter, Sam Krouwel, Jet Sanders en Marijn de Bruin (hoofd onderzoek van de Corona Gedragsunit van het RIVM).

375 WAR = Wetenschappelijke adviesraad van de Corona Gedragsunit van het RIVM.

Bijlage 10.2 Stappenplan kwalitatief coronaonderzoek RIVM 2020-2022

Fase A:

- **Ontwerp van het onderzoek** door het team en de expertgroep.
- **Ontwikkeling van de semigestructureerde vragenlijst** en de checklist (analysistool).
- **Preselectie van contexten & sectoren.**
- **Onderzoek van secundaire literatuur.**
- Selectie van sleutelfiguren/stakeholders.
- **Intake met mogelijke respondenten.**
- **Definitieve selectie contexten en respondenten** - go/no go.
- **Dataverzameling/interviews:** 65 interviews (60/90 min) met 95 geselecteerde stakeholders in 32 contexten in 8 sectoren.
- **Uitwerken transcripten (woordelijk).**
- **Constructie en analyse van narratieven (1):** Elk verhaal wordt geanalyseerd aan de hand van de checklist en minstens door twee experts goedgekeurd (oktober 2020- november 2021).
- **Online publicatie** van de narratieven, ingebed in sector-gerelateerde contextinformatie met kernboodschappen en gedragsinzichten voor communicatie doeleinden (niet anoniem).

Fase B:

- **Overkoepelende thematische analyse (2): weergave van belangrijkste inzichten** (anoniem) met hulp van de narratieven & checklist (mei – juli 2021).
- **Check door experts** – ter verhoging van de betrouwbaarheid m.b.t. bevindingen.
- **Memo voor nationale overheid** (august en december 2021).
- **Podcast** voor algemeen publiek (oktober 2021).
- **Internationaal artikel** opgesteld voor Eurosurveillance, analyse van transcripten (woordelijk) met behulp van MAXQDA (Verbi, Duitsland, 2022 software).

Fase C:

- **Diepteanalyse (3)** aan de hand van 5 vignetten met behulp van de theorie van sociale kwaliteit (v.a. februari 2022), gekoppeld aan een analyse van de 45 diepte-interviews met gebruik van MAXQDA.

Fase D:

- **Focusgroepen ter validatie en verdieping** (februari 2022): **analyse (4)** van 5 focusgroepen met 23 respondenten, naast terugblik op de pandemie ook vooruitblik op beleid in de toekomst.
- **Opstellen eindrapportage: verantwoording en verdieping** (Eindrapportage, najaar 2022).

NB: Voor een detailbeschrijving van al deze stappen wordt verwezen naar het artikel dat in Eurosurveillance is verschenen en naar de rapportage. Het gaat om de literatuurverwijzingen: Kolner, et al., 2022, a en b). Zie de literatuurverwijzing voor de links naar beide stukken.

Bijlage 12.1 Toelichting op de werving en selectie van de deelnemers van de focusgroepen en de gebruikte analysemethode

In deze bijlage wordt informatie gegeven over de werving van de respondenten van de focusgroepen en over de wijze van samenstelling van de focusgroepen. Daarna volgt een toelichting op de tweede verdiepende analyse: de methode van analyseren en de wijze van reflectie daarop.

Deelnemers focusgroepen

Uitnodigingen om deel te kunnen nemen aan de focusgroepen zijn verstuurd naar leidinggevendenden of beleidsadvies-gevende professionals en sleutelfiguren uit het onderwijs, welzijn, de culturele sector, gezondheidsbevordering/sportstimulering en de evenementensector. Het ging vooral om sleutelfiguren met veel ervaring in de sector en een overstijgende blik. In het bijzonder zijn sectoren en organisaties uitgenodigd die te maken hebben met kwetsbare groepen (mensen die extra kwetsbaar waren voor het virus of voor de maatregelen). De genodigden vertegenwoordigden hoofdzakelijk formele en informele sectoren, organisaties en netwerken die actief zijn in het sociaal domein en in gemeenschappen. De deelnemers werden uitgenodigd door een oproep te verspreiden in netwerken van medewerkers van het RIVM en via contactpersonen van een aantal brancheorganisaties, hogescholen en kennisinstellingen. Vertegenwoordigers van de hogescholen en kennisinstituten (met veel kennis van het sociaal domein) werden ook uitgenodigd om te participeren in de gesprekken. Tevens werd een uitnodiging gestuurd naar een deel van de 95 deelnemers aan de eerdere interviews (zie H. 10). Zij werden verzocht om zelf deel te nemen of om collega's of leidinggevendenden af te vaardigen. Een aantal mensen heeft hiervan gebruik gemaakt.

De deelnemers aan de focusgroepen vertegenwoordigden de volgende sectoren: onderwijs/kinderopvang, sociaal domein algemeen (gemeente/armoedebelid, regio-coördinator) welzijn/sociaal werk (jeugd- en ouderenwerk), gezondheid- en sportstimulering, vrijwilligerswerk in wijken en buurten, evenementen en amateurmuziek. De groepen waren gemengd: drie à vijf deelnemers uit verschillende sectoren per groepsgesprek.

Voor de verdeling van de respondenten over de vijf gesprekken zie tabel 12.1. De toewijzing was vooral praktisch, de tijdstippen dat mensen konden deelnemen (soms in de avond) was het meest bepalend. Daarnaast werd ook gekeken naar het aantal deelnemers en de spreiding van de sectoren over de gesprekken. Omdat mensen vaak beperkt tijd hadden konden we geen goede spreiding van alle sectoren over de groepen realiseren. Omdat de nadruk op kwetsbare groepen lag zijn niet alle sectoren uit het middenveld in de focusgroepen gerepresenteerd. Desalniettemin zijn de inzichten uit de gesprekken mogelijk wel overdraagbaar naar andere contexten. Alle gesprekken werden geleid door een (getrainde) moderator van het RIVM en een co-host. De gesprekken vonden plaats via MS-teams en werden met toestemming van de respondenten auditief opgenomen voor transcriptie.

Tabel 12.1

Deelnemers focusgroepen: N= 23

Sectoren ↓ / Focusgroepen à	1	2	3	4	5	N
Onderwijs/kinderopvang			1		2	3
Sport/gezondheidsbevordering		2		2		4
Sociaal domein algemeen (armoede bestrijding, regio coördinator etc.)		1		1	1	3
Welzijnswerk; sociaal werk, opbouwwerk, jongeren-, ouderenwerk	3	1	2	1	1	8
Amateurmuziek/muziekbond	1					1
Vrijwilliger in buurten, dorpen	1				1	2
Ondernemer in sociaal domein			1			1
Maatschappelijke opvang			1			1
Totaal	5	4	5	4	5	23

Informed consent

Alle genodigden hebben van te voren een brief ontvangen over het doel, de thema's en de aanpak van de gesprekken. Aan alle respondenten is toestemming gevraagd voor (audio)recording van de gesprekken, alsook voor de (anonieme) verwerking van de resultaten van de gesprekken voor nader onderzoek. De toestemming is ook op band vastgelegd en getranscribeerd.

Werkwijze analyse 1 (RIVM)

Door het RIVM is in maart 2022 een eerste analyse gedaan op de vijf verbatim getranscribeerde gespreksverslagen (vanaf hier transcripten genoemd) van de focusgroepgesprekken die als de dataset kunnen worden beschouwd. De analyse is uitgevoerd met behulp van het kwalitatief data-analyse programma MAXQDA (Germany, verbi 2022). Doel hiervan was een beter beeld te krijgen van de rol van het beleid van de overheid en instituties bij de preventie van COVID-19, met name bij mensen die extra kwetsbaar waren voor het virus of voor de impact van de corona-maatregelen. Voor het RIVM was onder andere het thema 'gezonde leefstijl' tijdens de pandemie een belangrijk item waar op werd ingezoomd en waar ook in de verslaglegging aandacht naar toe ging (toekomstscenario 1). Alle transcripten zijn voor het beantwoorden van deze vraag gecodeerd aan de hand van een aantal sub-vragen (zie H. 12). Het codeerproces is door meerdere RIVM onderzoekers verricht. Elke onderzoeker werd door minstens één andere onderzoeker gecontroleerd. De conclusies/lessen zijn in samenspraak en via een iteratief proces met alle onderzoekers geformuleerd en gecontroleerd. Hierbij is gezocht naar consensus. Het verslag is enkele weken na het afnemen van de gesprekken op internet gezet. Alle deelnemers zijn hierover bericht. Enkele reacties op het verslag zijn achteraf nog verwerkt.

Verantwoording analyse 2 (voor dit proefschrift)

Voor dit proefschrift is een extra analyse uitgevoerd op de transcripten van de vijf focusgroepgesprekken (de dataset). De reden hiervoor was dat de eerste analyse in verband met de tijd slechts op een beperkt aantal onderzoeksvragen is uitgevoerd. De transcripten bevatten echter veel rijke informatie over welzijn die voor dit proefschrift relevant werd geacht. Voor deze analyse is daarom een extra onderzoeksvraag geformuleerd.

Vraagstelling

Wat zou bij een toekomstige pandemie – mede met het oog op het behoud van sociale kwaliteit – rechtvaardige preventie kunnen betekenen?

Werkwijze

Deze tweede analyse is geheel voor eigen verantwoordelijkheid en staat dus los van de hierboven beschreven RIVM analyse en gepresenteerde resultaten. Een data-agreement is opgesteld door het RIVM, waarmee de data voor deze analyse aan de onderzoekster ter beschikking zijn gesteld. Voor deze analyse is gewerkt volgens de principes van een ‘thematische analyse’ (Braun & Clarke, 2006). Binnen een thematische analyse wordt gezocht naar patronen en thema’s binnen een geselecteerde set data. Volgens Braun en Clarke is de ‘thematische analyse’ een flexibele methode die geschikt is voor de analyse van ‘een rijke, gedetailleerde en complexe kwalitatieve dataset’ (p. 78). De analyse wordt in dit geval door een duidelijke vraagstelling gestuurd maar biedt ook mogelijkheden andere thema’s te detecteren die in de interviews spontaan komen bovendrijven (p. 80). Terwijl de methode vooraf niet gebonden is aan een specifieke theorie, biedt deze wel de mogelijkheid naar de data te kijken vanuit een passende theorie. In dit geval hebben we de - in hoofdstuk 11 beschreven - theorie van sociale kwaliteit gebruikt voor de extra analyse. In hoofdstuk 11 is deze theorie gebruikt om de motivatie achter het handelen van professionals (achteraf) beter te begrijpen. De theorie van sociale kwaliteit is gefocust op een aantal kernbegrippen (zie hieronder) en belicht ook spanningen die plaatsvinden, bijvoorbeeld tussen vertegenwoordigers van de leef- en systeemwereld (zie uitleg H. 11 en zie hieronder). Omdat sociale rechtvaardigheid één van de aan deze theorie gekoppelde waarden is was het interessant de data vanuit deze theorie opnieuw te lezen, te analyseren en hierop te reflecteren. Door bij de analyse deze theorie voor ogen te houden konden de in hoofdstuk 10 en 11 gepresenteerde uitkomsten worden verdiept en gevalideerd.

De analyse is handmatig en deductief verricht door het zorgvuldig doornemen van de transcripten (close reading) en handmatige codering van de kernelementen van de theorie van sociale kwaliteit en vanuit de notie van sociale rechtvaardigheid en andere belangrijke waarden die in de theorie centraal staan. Door de onderzoekster is een Word document opgesteld met daarin de belangrijkste geanonimiseerde citaten en de coderingen aan de hand van de kernbegrippen, te weten.

- De vier kernelementen van theorie van sociale kwaliteit (bestaanszekerheid, inclusie, cohesie en empowerment)

- De onderliggende waarden binnen de theorie van sociale kwaliteit (sociale rechtvaardigheid, gelijkwaardigheid, menswaardigheid en solidariteit) en de tegenhangers (armoede, uitsluiting, isolatie, fragmentatie)
- Spanningen tussen vertegenwoordigers van de systeem- en leefwereld (tussen formeel en informeel, tussen lokaal, regionaal en nationaal beleid), en spanningen die konden worden gerelateerd aan het streven naar individuele en collectieve identiteit.
- De rol van beleid en de instituties bij de preventie van COVID-19 en de impact daarvan op welzijn en kwaliteit van leven (positieve en negatieve waarderings).
- Aanbevelingen voor de toekomst.

In dit PhD onderzoek staat het analyseren van het ‘discours’ rond preventie centraal. Daarom is bij de extra analyse ook gelet op gebruikte ‘taal’ en gehanteerde ‘logica’s’ van het denken over preventie.

Omdat het over een klein aantal gesprekken ging leek een handmatige deductieve analyse het meest efficiënt en snel om relevante patronen en thema’s uit de gesprekken te destilleren die in de eerste analyseslag onderbelicht zijn gebleven. Speciale aandacht is daarnaast uitgegaan naar thema’s die regelmatig (spontaan) naar boven werden gebracht en door meerdere respondenten in de discussie die ter plekke ontstond werden onderstreept. De onderlinge dynamiek in de gesprekken tussen de respondenten speelde dan ook een rol bij de selectie van de thema’s. In deze zin had de analyse ook een inductief karakter. Het WORD document (met de citaten en coderingen) is met de promotoren gedeeld ter controle.

Schrijfproces en reflectie

Na het selecteren van de meest sprekende (geanonimiseerde)³⁷⁶ citaten en het analyseren van de daarin geventileerde ervaringen en overtuigingen van de respondenten, de boodschappen en adviezen, heeft een overstijgende analyse voor dit proefschrift plaatsgevonden aan de hand van theorie. Leidend hierbij zijn uiteraard de onderzoeksvraag en de hierboven genoemde kernbegrippen op grond waarvan ik de transcripten heb doorzocht.

Voor deze reflectie ben ik als het ware boven de citaten gaan ‘hangen’ en heb ik gereflecteerd op wat mij daarbij opviel. Ik zocht daarbij onder andere naar overeenkomsten en verschillen tussen twee verschillende benaderingen rond sociale rechtvaardigheid en naar de verbinding met de kernelementen van de theorie van sociale kwaliteit. Bij de eerste reflectie heb ik onder andere gebruik gemaakt van de eerder in hoofdstuk 9 behandelde theoretische inzichten van de filosoof Ricoeur (Ricoeur, 1994, p. 202; Hartog, 2012). Deze heb ik verbonden met enkele noties uit de mensenrechtenbenadering binnen het sociaal werk van Nachtergaele en Reynaert (Nachtergaele et al., 2018; Reynaert et al., 2023). Bij deze reflectie heb ik ook gebruik gemaakt van een beperkt aantal andere (literatuur)bronnen. Op basis van deze reflectie heb ik dit hoofdstuk afgesloten met een aantal conclusies en richtingwijzers voor (toekomstig) pandemiebeleid.

376 Alleen het beroep en de sector van de respondenten is vermeld.

Bijlage 12.2 Drie toekomstscenario's m.b.t. COVID-19

1. **Basisscenario:** in dit scenario is er sprake van een lage viruscirculatie en hebben mensen immuniteit opgebouwd door herstel/vaccinatie. Om te voorkomen dat de pandemie weer opblaait, vinden preventief allerlei acties plaats, zoals het bevorderen van een gezonde levensstijl, het vaccineren van risicogroepen, vasthouden aan de basisregels (ventilatie, handhygiëne, thuisblijven bij klachten).
2. **Seizoensgebonden scenario:** in dit scenario is er sprake van oplevingen van het virus bijvoorbeeld in de winter, of door opkomst van nieuwe relatief milde varianten die wel telkens een golf veroorzaken. Om te voorkomen dat die besmettingsgolven de zorg of het functioneren van de maatschappij te veel belasten, zijn er wel steeds in meer of mindere mate beperkingen nodig (thuiswerken, mondkapje, afstand houden, maximumaantal bezoekers bij evenementen).
3. **Noodscenario:** in dit scenario krijgen we te maken met nieuwe virusvarianten waarover veel onzekerheid bestaat en die mogelijk gevaarlijk zijn. Dit kan zorgen voor opnieuw een langere periode van hoge druk op de gezondheidszorg. In dit scenario zijn strenge beperkingen nodig (thuiswerken, openingstijden sectoren, CTB).

Bron: WRR, Gezondheidsraad, Raad van State, Raad voor het Openbaar Bestuur en Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2022)

Bijlage 15.1 Definities van de begrippen gezondheid en welzijn en daaraan gerelateerde begrippen

Gezondheid (WHO)	“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” Gezondheid is een toestand van volledig fysiek, mentaal en sociaal welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekte.
Missie gezondheidsbeleid: WHO	‘Health Policy: providing all people with the opportunity to lead a socially and economically productive life.’ (Kickbusch, 2003). Vertaald: Gezondheidsbeleid: alle mensen de mogelijkheid geven om sociaal en economisch productieve levens te leiden.
Health Promotion (Ottawa charter)	‘The process enabling individuals and communities to increase control over their determinants of health, thereby improving their health and enabling an active and productive life, that is, a good quality of life.’ (WHO, Ottawa charter, 1986) Vergelijk Saan en de Haes (2005) als het over de functie gezondheidsbevordering binnen preventie gaat (mijn H. 3) : ‘Gezondheidsbevordering organiseert sociale veranderingen die leiden tot meer en betere gezondheid.’
Gezondheid (Nota 2000)	‘Een situatie van evenwicht dat wordt bepaald door de omstandigheden waarin mensen verkeren en het vermogen dat zij zelf bezitten, of zich met hulp van anderen kunnen verwerven, om zich te verweren tegen verstoringen. Deze verstoringen kunnen hun oorsprong zowel in het lichaam hebben (endogeen) als daarbuiten (exogeen)’ (ibid., zie p. 12).
Positieve gezondheid	‘Een vermogen tot aanpassing aan de vele fysieke, emotionele en sociale uitdagingen die het leven stelt en om eigen regie te voeren.’ (Huber et al., 2011)
Kwaliteit van leven	‘Een perceptie van een individu ten aanzien van zijn/haar positie in het leven, binnen de context van de cultuur en de waardensystemen waarin hij/zij leeft en in relatie tot zijn/haar doelen, verwachtingen, standaarden en interesses’ (WHOQOL Group, 1997).
Well-being	‘Living according to values that matter’ (Buchanan, 2000)
Sociaal werk	Bevordert het sociaal functioneren van (kwetsbare) mensen, groepen en gemeenschappen in complexe omgevingen en in samenwerking met die omgevingen (Beroepsprofiel van sociaal werkers, BPSW 2022)
Sociaal functioneren	 van mensen, groepen en gemeenschappen betreft én het adequaat deel kunnen nemen aan het maatschappelijk leven én het maatschappelijk leven zo inrichten dat dat adequaat deelnemen mogelijk wordt gemaakt (Beroepsprofiel van sociaal werkers, BPSW 2022).

Sociale kwaliteit	'The extent to which citizens are able to participate in the social and economic life of their communities under conditions that enhance their wellbeing and individual potential' (Beck et al., 1998 in Walker et al., 2004)³⁷⁷. Vertaald: 'de mate waarin mensen de mogelijkheden hebben om te participeren in het sociale en economische leven in hun gemeenschap onder randvoorwaarden die hun welzijn en individueel potentieel verbeteren'
Empowerment	'Empowerment is een proces van versterking, waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving en dit via het verwerven van controle, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie (Van Regenmortel, 2010, p. 23). 'Empowerment as a goal is to have control over the determinants of one's quality of life, and empowerment as a process is to create a professional relation where the client or community takes control over the change process, determining both the goals of this process and the means to use.' (Tengland, 2008, p.77)
Veerkracht	'Het vermogen van een persoon of systeem (groep, gemeenschap) om een goed leven te kunnen leiden en zich - ondanks moeilijke levensomstandigheden positief te ontwikkelen en dit op een sociaal aanvaardbare wijze' (Vannistendael in Driessens & Van Regenmortel, 2006. P 115). Veerkracht wordt ook wel 'psychologisch' kapitaal genoemd.
Brede welvaart	Er is geen vastomlijnde formele definitie van brede welvaart, maar de drie nationale planbureaus omschrijven het als 'alles wat mensen van waarde vinden' (PBL/SCP/CPB 2017).

377 In 2015 is de definitie iets aangepast: '*the extent to which citizens are able to participate in the social and economic life and development of their communities under conditions that enhance their wellbeing and individual potential*' (Van der Maesen & Walker in Lin et al., p. 125)

Dankwoord

Dit proefschrift was niet tot stand gekomen zonder de aanmoediging en hulp van velen.

Allereerst wil ik dank zeggen tegen mijn promotieteam. Om te beginnen bij Harry Kunneman, die mij ruim tien jaar geleden inspireerde om het studeren weer op te pakken. Ik leerde Harry kennen via de LESI opleiding en ik had voor het eerst sinds lange tijd weer het gevoel dat ik echt iets nieuws leerde. Tijdens zijn colleges ‘De persoonlijke factor’ bracht Harry me in contact met andere literatuur en taal, onder andere met de normatieve professionalisering en ‘waardenwerk’, en dat verbreedde mijn horizon aanzienlijk. Eén van de belangrijkste inzichten die Harry me bijbracht was dat je jezelf als persoon altijd meeneemt in het onderzoek en het werk en dat het onder ogen zien van je ‘eigen blik, je ervaringen en vooringenomenheid’ het resultaat beter maakt. Harry veel dank voor de mooie gesprekken die we in de loop van de jaren hebben gevoerd en voor je onvoorwaardelijke steun en geloof in de slaagkans van mijn project, al duurde het wat langer dan gedacht. Je was een grote inspiratiebron voor me gedurende dit hele traject. Dank verder ook aan allen die ik tijdens mijn studie ben tegengekomen, inclusief Caroline Suransky die me die eerste jaren veel leerde over wat er bij een promotie zo allemaal komt kijken. ‘Je komt jezelf tegen’ waarschuwde ze me en dat heb ik geweten.

Ten tweede veel dank aan Robbert Gobbens. Ik leerde Robbert kennen op de Hogeschool Inholland waar ik tijdelijk een voucher kreeg om mijn proefschrift te schrijven. Ondanks dat mijn baan daar na een tijdje plots ophield is Robbert al die jaren aan mijn zijde gebleven en heeft hij me steeds aangemoedigd en zinvol commentaar en vertrouwen gegeven. Steeds die ‘waarom’ vraag en vele opmerkingen in de kantlijn: ‘leg uit’ of ‘onderbouw met een referentie’. Maar soms ook gewoon een ‘mooi Carla!’.

Last but not least veel dank aan mijn promotor Arjan Braam. Hij heeft als laatste het promotieteam op een zeer waardevolle manier versterkt. Het was ergens in het najaar 2021, dat hij de rol als eerste promotor van Harry overnam omdat die met emeritaat ging. Als Arjan er niet was geweest had dit boek waarschijnlijk wel 1000 pagina’s aangetikt ;>). Dankzij Arjan is het boek veel beter leesbaar geworden. De wijze waarop hij aan het einde van mijn traject zijn ‘tanden’ in het boek zette door het zorgvuldig doorlopen van alle hoofdstukken zal mij altijd bijblijven!

Ten tweede veel dank aan alle medewerkers (werkzaam voor de Corona Gedragsunit) van het RIVM die het mogelijk hebben gemaakt dat ik het hier beschreven narratief onderzoek (hoofdstuk 10 t/m 12) met veel leuke, professionele en bevlogen mensen in coronatijd heb mogen uitvoeren. Allereerst dank aan Marian Sturkenboom (vriendin, reis- en studiegenoot en soms collega sinds 40 jaar én paranimf!) die me als eerste polste of ik zin had de Corona Gedragsunit te komen versterken. Ook veel dank aan Mariken Leurs die de deur wagenwijd voor me openzette en me alle ruimte gaf het onderzoek ‘voorbeelden uit de praktijk’ op eigen wijze uit te rollen en de juiste mensen hiervoor beschikbaar te stellen. Er is me geen strobreed in de weg gelegd, al was dit narratief onderzoek best een ‘vreemde eend in de bijt’ bij het doorgaans kwantitatief gerichte RIVM. Een gouden tip die Mariken me gaf was om een projectgroep in het leven

te roepen om het onderzoek te begeleiden. Al deze mensen, niet bepaald de minsten, alsook alle onderzoekers die aan het onderzoek hebben bijgedragen en meegewerkt staan in bijlage 10.1 genoemd. Het zijn te veel namen om hier allemaal op te noemen. Allen ben ik zeer erkentelijk voor hun goede advies, hun bemoediging en enthousiasme voor het onderzoek dat ik samen met hen heb mogen uitvoeren. Dank allen voor de enerverende en leerzame tijd, waar we onder hoge druk samenwerkten, terwijl de samenleving in een soort van nachtmerrie terecht was gekomen. Tot slot veel dank aan Marijn de Bruin, voor het vertrouwen in het onderzoek en de goede suggestie en steun om samen te werken aan een artikel voor het tijdschrift *Eurosurveillance*. Zonder zijn aanmoediging en hulp had ik het niet aangedurfd, en zonder zijn ondersteuning maar ook zonder de hulp van de coauteurs en collega's Wieke van der Borg, Maysa Joosten, Jet Sanders en Jolanda Keijzer was het me niet gelukt. Ook wil ik hier Femke van Hamond noemen en dankzeggen. Zij voorzag me tijdens de hele onderzoeksperiode van uitstekend communicatie-advies. En tot slot Kirsten Vegt en Xanne Mensinga die me samen met Wieke hebben geholpen met het opstellen van de vignetten en het eindrapport van ons onderzoek.

Ik wil hier tevens de gelegenheid nemen nogmaals dank te zeggen aan alle sleutelfiguren voor hun medewerking aan het narratief onderzoek. Zij hebben ons – terwijl ze bezig waren met overleven in hun setting – openhartig en onvermoeibaar het verhaal verteld dat ze op de lippen hadden en meegewerkt aan het opschrijven van deze 'narratieven' (hopelijk blijven ze nog lang bewaard op de RIVM website). Velen van hen smeekten ons om iets te doen met hun ervaringen binnen zeer verschillende en vaak complexe praktijken. De hulp en steun van al deze formele en informele sleutelfiguren aan mensen die zich in een zeer kwetsbare positie bevonden was hartverwarmend en indrukwekkend. Zij beschermden hen met hart en hoofd tegen het verlies van gezondheid en welzijn, terwijl ze daar zelf vaak risico's bij liepen. Ik hoop dat ik mede met dit proefschrift mijn belofte ben nagekomen hun 'stem' te laten doorklinken.

Speciaal woord van dank voor Ard Sprinkhuizen (ex-collega, goede vriend en nu ook paranimf). Hij was degene die mij in mijn diepste momenten van wanhoop tijdens dit proces altijd weer net dat zetje gaf en moed om door te gaan. Hij vond dat dit boek geschreven moest worden en hij vond ook dat ik de juiste persoon was om het te doen. Geen moment liet hij zich vermurwen als ik zei dat ik wilde stoppen (en dat is best een paar keer geweest). Ook niet als ik hem stampvoetend wilde overtuigen van mijn gelijk. Ik ben hem dankbaar dat hij me telkens flink, en vaak met veel humor tegensprak en gedurende de hele rit een inhoudelijk klankbord en geweten voor me is geweest.

Tot slot: waar zou ik zijn geweest zonder mijn geliefden: mijn partner Hans, die me jarenlang onvoorwaardelijk steunde terwijl hij me soms meer moest missen dan hem lief was. Onze zonen Sem (samen met Laura) en Charlie, die hun moeder altijd maar achter de computer zagen zitten, maar daar nooit een probleem van maakten. En niet te vergeten alle lieve familie, vrienden en de vele tafelgasten op ontelbare en wekelijkse

pasta-avonden bij wie ik altijd een luisterend oor vond voor alles wat ik zoal meemaakte tijdens mijn promotiereis. Lieverds dank, dank, dank en laten we onze levenservaringen blijven delen en het leven blijven vieren.

Het hele proces van onderzoek en schrijven heeft me gesterkt in mijn overtuiging dat een mens in z'n eentje maar weinig voorstelt of voor elkaar krijgt.

Over de auteur

Carla Kolner is geboren op 21 mei 1962 te Maastricht. Na het doorlopen van het Atheneum aan het Bisschoppelijk college Schöndeln te Roermond studeerde ze Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Maastricht, waar ze ook een student-assistentenschap vervulde bij de vakgroep Medische Psychologie. Ze liep onder andere stage bij het RIAGG te Sittard waar ze een evaluatie van de Gordon opvoedingscursussen uitvoerde. Ook liep ze 3 maanden stage in het voormalig Joegoslavië en in Lapland (Zweden) waar ze (met studiegenoot Marian Sturkenboom) onderzoek deed op thema patiëntenvoorlichting. Na de studie ging ze meteen aan het werk. Ruim 12 jaar was ze werkzaam voor de Nederlandse Hartstichting waar ze verschillende functies bekleedde. Allereerst als junior medewerker bij een gezondheidsvoorlichtingsproject in Limburg, later als onderzoeker bij het Landelijk Centrum GVO te Utrecht en na een paar jaar in Den Haag als coördinator Jeugdvoorlichting. Daarna was het tijd voor een nieuwe werkomgeving. Ze stapte over naar een baan in de sportwereld en bekleedde 5 jaar de functie als directeur van de Stichting Jeugd in Beweging (JIB, een samenwerkings- en netwerkorganisatie van het ministerie van OC&W en VWS). Dit was een leerzame tijd, vooral in de zin van het samen vasthouden aan relevante inhoudelijke doelstellingen in een ‘speelveld’ van meervoudige en soms ook tegenstrijdige belangen.

Toen de stichting JIB op poten stond en overging in het toenmalige NISB¹ en het op en neer reizen van Amsterdam naar Papendal haar uiteindelijk te veel werd vervulde ze deze baan voor een baan als onderzoeker en adviseur bij het onderzoeksbureau DSP-groep te Amsterdam. Daar richtte ze een team Gezondheid en Welzijn op en werkte ze in vele functies en projecten (onder andere voor veel gemeenten, de provincie Noord-Holland, de ministeries van VWS en Sociale Zaken). Het onderwerp ‘preventie’ was een rode draad in veel van haar werkzaamheden (zie de inleiding van dit proefschrift voor een uitvoerig overzicht). Met name door het werk voor de Provincie Noord-Holland – in wiens opdracht ze samen met collega’s het Kenniscentrum WMO en Wonen opzette – kwam Carla veelvuldig in aanraking met de preventie-opdracht in het complexe sociaal domein. Dit was mede de aanleiding voor het opstarten van dit dissertatietraject.

Na een korte periode (3 jaar) werkzaam te zijn geweest voor de Hogeschool Inholland als programmaleider van de Werkplaats Sociaal Domein Noord-Holland, kwam Carla uiteindelijk bij de Corona Gedragsunit van het RIVM terecht als leider van het onderzoek ‘Voorbeelden in de praktijk’. Dit onderzoek vormt het empirisch hart van dit proefschrift.

Momenteel werkt Carla bij de Erasmusuniversiteit in Rotterdam, bij het programma Pandemische Paraatheid aan het project BePrepared. Hier werkt ze samen met een groot aantal universiteiten aan de vraag hoe de samenleving, de wetenschap en de politiek in de toekomst beter kunnen worden voorbereid op de uitbraak van een pandemie. In deze context werkt ze ook verder aan de missie in Nederland meer

1 Het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen

Over de auteur

aandacht te laten uitgaan naar het verstevigen van de sociale (basis-)infrastructuur in wijken en dorpen. Dat kan overigens ook in niet-pandemische tijden een preventieve en beschermende waarde hebben, speciaal voor mensen die in een kwetsbare positie verkeren. Mede en vooral op samenlevingsniveau geldt immers: samen sta je sterker en samen haal je het beste uit jezelf én elkaar.

Voor dit proefschrift stelde Carla Kolner zich de vraag hoe het preventiebeleid en preventiepraktijken in Nederland in de toekomst meer ten goede kunnen komen aan mensen van wie de gezondheid kwetsbaar is en de kwaliteit van leven onder druk staat.

De directe aanleiding voor de zoektocht die in dit proefschrift wordt beschreven was een rapport van de Wetenschappelijke Raad van het Regeringsbeleid uit 2018. In dit rapport werd een verklaring gezocht voor het feit dat de sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) in Nederland steeds groter worden en dat mensen die het juist het meest nodig hebben, de afgelopen 40 jaar onvoldoende zijn bereikt door preventie-inspanningen van de overheid en relevante instituties. In *Rechtvaardige Preventie* broedt Carla verder op deze kwestie. Dit doet ze door verschillende wetenschapsgebieden en domeinen, alsook beleid en praktijk, aan elkaar te verbinden en hier kritisch op te reflecteren vanuit het oogpunt van gelijke kansen voor gezondheid en sociale gelijkheid ('health and social equity').

In *Rechtvaardige Preventie* wordt het hoofdthema 'preventie' belicht vanuit de geschiedenis en theorie van de public health, de ethiek en filosofie van 'het goede leven' maar ook vanuit de geschiedenis van het welzijnsbeleid in Nederland en theorie van het sociaal werk. Een empirisch narratief onderzoek, dat ze tijdens de coronapandemie voor de Corona Gedragsunit van het RIVM uitvoerde, geeft verhalend 'beeld' en inhoud aan een overstijgend pleidooi voor *Rechtvaardige Preventie*. Kolner concludeert aan het einde van haar thesis dat het concept 'preventie', voor mensen die zich om welke reden dan ook in een kwetsbare positie bevinden, verrijkende taal en verbindend vocabulaire nodig heeft. Het begrip *Rechtvaardige Preventie* wordt door haar vertaald in een stevige definitie en in 7 richtingwijzers voor professionals en beleidsmakers die werk willen maken van preventie in de publieke gezondheidszorg en het sociaal domein.

Carla Kolner (1962) is opgeleid als Gezondheidswetenschapper (Universiteit Maastricht). Daarnaast volgde ze opleidingen en cursussen, onder andere bij het Landelijk Expertisecentrum Sociale Innovatie en de Graduate School van de Universiteit voor Humanistiek. Sinds 1985 bekleedde ze vele functies binnen de publieke gezondheidszorg en het sociaal domein. Momenteel werkt Carla voor de Erasmus School of Social and Behavioural Sciences in Rotterdam binnen het ZonMw programma 'BePrepared'.

