

# Pleidooi voor een publieke ethiek van gezondheidsbevordering

Ethiek van publieke gezondheid gaat volgens veel ethici over populaties en de relatie tussen gezondheidsprofessionals en populaties. Daarmee onderscheidt dit veld zich van de medische ethiek waarin de art-patiëntrelatie en andere relaties tussen zorgverleners en zorgontvangers centraal staan (Parmet et al., 2005). Om de gezondheidsbelangen van een populatie te kunnen dienen wordt vaak de vraag opgeworpen of de vrijheid van individuen ingeperkt mag worden met het oog op het algemene belang.

**E**thici in dit veld hebben dan ook veel geschreven over autonomie en het rechtvaardigen of verwerpen van paternalisme (Childres et al., 2002). Deze ethiek van preventie beweegt mee met een individualiserende gezondheidsbevordering: veel verhandelingen gaan over ongezonde gedragingen als keuzes die al dan niet bewust gemaakt worden. Intussen is er veel kritiek op zowel individualiserende gezondheidsbenaderingen als de focus op paternalisme en autonomie (Lamont, 2019; Smith and Anderson, 2018; Buchanan, 2008; Marmot, 2020).

Het groeiende inzicht in sociale determinanten van gezondheid en sociaaleconomische gezondheidsverschillen werpt de vraag op waar ethiek van publieke gezondheid over moet gaan en wie daarbij betrokken moeten zijn. De focus op autonomie en paternalisme gaat goeddeels voorbij aan gezondheid als sociaal fenomeen. Michael Marmot (2020) die in Groot-Brittannië al decennia gezondheidsverschillen in kaart brengt, stelt dat gezondheidsbevordering meer moet inzetten op zorg voor bestaanszekerheid en minder op individuele gedragingen en gezondheidsinterventies. Hoe is het gesteld met de beschikbaarheid en kwaliteit van wonen, werk, scholing en inkomenszekerheid? Ook in Nederland worden inzichten in de beperkingen van individualiserende gezondheidsbevordering ('s Jongers 2022) en de mogelijkheden van een integrale aanpak en inzet op bestaanszekerheid



**DR. MARE KNIBBE**

Researcher  
Dept. Health, Ethics and Society  
Maastricht University  
E-mail: m.knibbe@maastrichtuniversity.nl



**PROF. DR. KLASIEN HORSTMAN**

Hoogleraar filosofie van de gezondheidszorg  
Dept. Health, Ethics and Society  
Researchschool Public Health and  
Primary Care  
Maastricht University  
E-mail: info@klasiensorstman.nl

steeds breder gedeeld (Duivenvoorden et al., 2020; [www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl); [www.kansfonds.nl](http://www.kansfonds.nl)). Dit sluit aan bij het pleidooi van de ethicus Buchanan (2008) die voorstelt dat publieke gezondheidsprofessionals zich meer verdiepen in vragen over sociale rechtvaardigheid. Hij stelt dat professionals daarbij ook het publiek moeten betrekken. Gezondheidsprofessionals zouden bijvoorbeeld publieke debatten op gang kunnen brengen over 'capabilities'. Capability is een benadering van welvaart en welzijn die niet enkel kijkt naar materiële voorwaarden maar ook naar de voorwaarden om een goed leven te leiden. Capability gaat over de mogelijkheid om een specifieke manier van *doen of zijn* te bereiken, zoals goed doorvoed zijn of zonder schaamte de publieke ruimte kunnen betreden (Robeyns & Byskov, 2021; Sen, 2005). Welke capabilities komen in publieke debatten naar voren als essentieel, en hoe komen deze onder druk te staan door sociale ongelijkheid? Buchanan (2008) stelde voor om in het veld van gezondheidsbevordering debatten op gang te brengen waarbij 'het publieke belang' centraal staat en privébelangen of specifieke overtuigingen de publieke rede niet overvleugelen. Deze benadering van publieke ethiek bouwt voort op het werk van John Rawls, die voorstelt om over rechtvaardigheid te denken vanachter een 'sluier van onwetendheid' over de eigen sociale positie en belangen (Rawls, 1971).

Wij sluiten aan bij de verschuiving naar sociale rechtvaardigheid en het publiek maken van de ethiek, maar situeren ethiek niet in debat. Hoewel een publiek debat waardevol kan zijn, is het belangrijk te beseffen dat elk debat, en zeker een debat dat aan strikte voorwaarden moet voldoen ook veel perspectieven uitsluit. Burgers die zich inzetten voor een gezondere leefomgeving hebben veel relevante inzichten die ze niet in een debat kwijt kunnen, omdat ze niet houden van debatteren, of niet willen abstraheren van de specifieke situatie die hen aan het hart gaat. Burgers die gastvrij zijn voor buurtgenoten, publieke plekken mee onderhouden en veel weten van een buurt dragen in de praktijk bij aan een publieke ethiek en een gezonde buurt, maar niet via een debat. Hoe kan hun inbreng wel serieus genomen worden?

In ons boek *Gezonde Stad* analyseren we de publieke ruimte als vehikel voor gezondheidsbevordering en we pleiten daarin voor een publieke ethiek (Horstman en Knibbe, 2022). In deze bijdrage schetsen we de praktijken, gesprekken en gedeelde leerprocessen in de publieke ruimte die onderdeel waren van een publieke ethiek in ons onderzoeksveld. Vervolgens bespreken we de filosofische conceptualisering van ethiek als praktijk, en Frasers dubbelperspectief op sociale rechtvaardigheid als een zaak van herverdeling en erkenning. In deze benadering van ethiek staan niet beleidsmakers en onderzoekers in gezondheidsbevordering centraal, maar analyse en reflectie op de impliciete normen in praktijken van gezondheidsbevordering: die analyse is onmisbaar voor een publieke ethiek. Als voorbeeld bespreken we een analyse van de manier waarop onderzoekers en beleidsmakers met ongelijkheid omgaan en we sluiten af met een reflectie op de plek van impliciete normen in een ethiek van gezondheidsbevordering.

### Ethiek in publieke ruimte

De publieke ethiek die we in ons onderzoek analyseren bestaat niet uit redeneringen maar uit praktijken in de publieke ruimte. Het gaat bijvoorbeeld om praktijken van alledaagse zorg, onderhoud en reparatie die laten zien wat bewoners, professionals en beleidsmakers van belang vinden voor een goede en gezonde buurt of stad (Raap et al., 2022; Knibbe & Horstman, 2019). Maar het gaat ook over het gebruiken en delen van publieke ruimte. In deze heterogene verzameling praktijken is het interessant om te kijken naar het 'assemblagewerk' of 'tussenwerk' dat mensen verrichten om verschillende plekken, functies van plekken, en sociale groepen met elkaar te verknopen. Tussenwerk wordt verricht bij het inrichten en onderhouden van 'harde' infrastructurele verbindingen zoals wandel- en fiets-

routes, aansluiting op riolering, water elektriciteit maar ook bij het leggen van symbolische, organisatorische en affectieve verbindingen. In ons onderzoek volgden we bijvoorbeeld de transformatie van een kinderboerderij die tussen de flatgebouwen in een buurt staat en al jaren een belangrijke publieke ontmoetingsplek voor de buurt vormt. De kinderboerderij werkte tot 2015 met een klein groepje vrijwilligers en twee betaalde krachten met inkomsten vanuit groenbeheer, winkel, horeca en beschermd werk voor kleine groepen mensen met een verstandelijke beperking. In 2015 schrijft de boerderij een plan om door te ontwikkelen tot een algemene sociale voorziening, met hulp van een sociale innovatie subsidie van de gemeente. Ze blijven actief op het gebied van natuureducatie maar gaan zich meer ontwikkelen als zorgzame en gastvrije plek voor de buurt en voor mensen die worstelen met sociale, financiële, psychiatrische en andere moeilijkheden. In dit proces veranderen de publieke betekenissen van de kinderboerderij. Op deze hybride plek werd veel assemblagewerk verricht om horeca, zorg voor dieren en planten met zorg voor mensen en buurt te verbinden, om het karakter van de kinderboerderij te bewaren en geen 'zorg-instituut' te worden, en om samenwerking met andere organisaties in de zorg voor natuur en mensen in de stad af te stemmen. Waar een ethisch debat veelal bepaalde waarden en betekenissen fixeert, heeft de publieke ethiek die zich in dit assemblagewerk ontwikkelt een dynamisch karakter; de waarden en betekenissen van een plek staan soms op gespannen voet met elkaar maar worden steeds op nieuwe en creatieve manieren samengebracht.

Dit assemblagewerk in de publieke ruimte gaat gepaard met veel gesprekken die verschillen - tussen bewoners en beleidsmakers, meer en minder gezond, meer of minder beperkt, hoog en laagopgeleid -overbruggen. De kinderboerderij is een voorbeeld van een hybride plek, andere voorbeelden zijn buurthuis-kamers, een buurtkunstencentrum, of sociaal ondernemers die ondernemerschap, zorg, wonen en een variatie aan dienstverlening combineren (zie hoofdstuk 5 in Horstman en Knibbe, 2022). Dit soort plekken zijn hybride omdat ze verschillende functies combineren en daarmee stellen ze mensen in staat hun sociale kring te verbreden. Maar ook buurtwinkels, cafés, sportvoorzieningen en andere ontmoetingsplekken kunnen een hybride karakter hebben en zo een divers publiek trekken. Als dergelijke publieke plekken ontbreken, bijvoorbeeld in een buurt waar enkel gewoond wordt, of waar de winkels zakelijk en anoniem zijn, kan er ook geen publieke ethiek van een buurt groeien. De gesprekken die op hybride plekken mogelijk worden gemaakt, vormen geen 'reasoned debate', maar

ze dragen wel bij aan een publieke ethiek waarin het publiek zoekt naar manieren van leven met onderlinge verschillen (zie ook Hall, 2012; Amin, 2002). In de kinder- en zorgboerderij werd na een periode van snelle groei die grote aanpassingen in de werkwijze vroeg, voor elke afdeling - horeca, dieren, groenbeheer - een regelmatig kerngroep overleg ingesteld waarin de beheerder en vrijwilligers hun ideeën en zorgen over de boerderij bespraken. In de horecakerngroep hadden beheerder en vrijwilligers bijvoorbeeld gesprekken over de verhouding tussen horecanormen, het toegankelijke karakter van de plek, en goede zorg. De menukaart mocht het luxe eigen vlees aanbieden maar de koffie moest betaalbaar blijven voor mensen uit de buurt. De horeca moest goed en hygiënisch zijn maar niet te veel professionaliseren, want dat zou het werk te stressvol maken voor vrijwilligers die daar met hun eigen worsteling rondliepen. Dit riep weer de vraag op hoeveel de vrijwilligers over elkaar moesten weten. Een vrijwilliger vertelde dat ze werd overvallen door de angstaanval van een collega: zij was graag vooraf ingelicht en vroeg hoe hiermee om te gaan. In dit soort gesprekken worden de waarden en verwachtingen uit de verschillende gecombineerde praktijken onderzocht en bijgesteld.

Dit assemblagewerk, de transformatie van publieke plekken, en de meer en minder georganiseerde gesprekken daarover vormen onderdeel van leerprocessen die gedeeld werden binnen en buiten de boerderij. Inzichten uit het kerngroepenoverleg vonden uitdrukking in de inrichting en organisatie van de ontmoetingsplek, en werden vertaald in andere gesprekken over de kinderboerderij met verwijzende zorg-organisaties, gemeentelijke beleidsmedewerkers en bezoekers, en in gesprekken over ons onderzoek. Deze kennis over wat bijdraagt aan een gezonde buurt en stad is tijd- en plaatsgebonden. Publiek leren betekent dat verschillen tussen plekken, lokale experimenten en verbeteringen niet hoeven te worden weggepoetst in een gestandaardiseerde interventie. Publieke leerprocessen gaan niet over het ontwikkelen van 'effectieve interventies' die kunnen worden 'uitgerold' maar over experimenteren en het delen van bevindingen door burgers, onderzoekers, professionals en beleidsmakers.

In deze leerprocessen ontwikkelt zich ook een publieke ethiek. Daarin gaan centrale vragen voor professionals, beleidsmakers of onderzoekers in de publieke gezondheid niet over het respecteren of juist beperken van autonomie maar over de vraag hoe ze deel kunnen nemen aan deze publieke ethiek door mee doen, spreken en leren, en welke aanpassingen dit vraagt van hun eigen organisatie en professionaliteit. Deelname aan publieke leerprocessen vraagt veelal om aanpassin-

gen van de verantwoordingscultuur in onderzoek en beleid. Verantwoordingsregimes die sterk gericht zijn op SMART-doelen, effectmetingen, doelgroepen en controle verhinderen vaak dat de kennis opgedaan in gedeelde leerprocessen wordt meegenomen in beleid en professionele organisaties. Als doelen, groepen en normen vooraf vastgesteld worden, is er geen ruimte voor het publiek om de belangrijkste vragen te stellen, sociale grenzen op te schuiven en doelen of normen bij te stellen.

### **Ethiek als praktijk**

De voorgestelde publieke ethiek van een gezonde leefomgeving sluit aan bij benaderingen uit de feministische filosofie, die ethiek niet zien als theoretisch normatief kader maar als praktijk (Walker, 1998; Fraser, 1998; Tronto, 2013). Deze benaderingen gaan niet uit van een ideale situatie van publieke deliberatie en rechtvaardigheid maar ze analyseren concrete bestaande onrechtvaardigheden, uitsluiting of marginalisering en de acties die mensen in antwoord daarop ondernemen. Walker (1998) stelt dat ethiek een praktijk is van het toekennen en interpreteren van verantwoordelijkheden waarin reflectie wordt ingebouwd. Die reflectie richt zich op impliciete normen en narratieven over identiteiten, relaties en waarden en hoe deze gekoppeld zijn aan bepaalde machtsverhoudingen. Als we dit vertellen naar een ethiek van gezondheidsbevordering, dan kan deze gevoed worden door analyses van cultuuroscologen, historici, antropologen en anderen die helpen om de gelaagdheid, betekenissen en waarde van praktijken van gezondheidsbevordering te begrijpen.

Om te reflecteren op sociale rechtvaardigheid pleit Fraser (1998) voor een dubbelperspectief waarbij het niet alleen gaat over herverdeling maar ook over sociale erkenning. Miskenning - bijvoorbeeld van vrouwen - gevoed door stereotypen of onbegrip in de omgang met verschillen ziet ze als een vorm van onrechtvaardigheid, want dit ontnemt mensen de mogelijkheid om als volwaardige partners in sociale interacties deel te nemen. Hervreiding van middelen blijft daarnaast ook een belangrijk thema, dat soms ondergesneeuwd raakt in de strijd om sociale erkenning van emancipatiebewegingen. Zo is er bijvoorbeeld meer publieke aandacht voor 'glazen plafonds' aan de top dan voor de bestaansonzekerheid en worstelingen van de 99% andere vrouwen (Arruzza et al., 2019). Als één van beiden, herverdeling of sociale erkenning, ontbreekt leidt dat tot onrechtvaardigheid door symboolpolitiek of miskenning. Erkenning van zorgmedewerkers met een landelijk applaus zonder verbetering van arbeidsomstandigheden en salaris (hervreiding) wordt een leeg gebaar, en het toekennen van een uitkering (hervreiding) koppelen aan vernedering en stigma-

tisering van ‘uitkeringstrekkers’ is een schadelijke vorm van miskennen (zie bijvoorbeeld Zwaneveld, 2015). Hervreiding en erkenning moeten gericht zijn op het scheppen van voorwaarden om verschillen te respecteren en op voet van gelijkheid gehoord te worden: ‘*participatory parity*’.

De publieke ethiek die we in ons boek beschreven, is mede ingegeven door onze zorgen over vormen van miskennen en misdeling in gezondheidsonderzoek en beleid. Wat is de rol van gezondheidsonderzoek, beleid en interventies in de interacties waarin sociale status wordt toegekend, of waarin veel mensen worden uitgesloten omdat vragenlijsten niet aansluiten bij hun leefwerelden? Een ethiek van gezondheidsbevordering gaat niet alleen over de expliciete en beredeneerde waarden, normen en principes, maar ook over praktijken van gezondheidsbevordering en ons begrip van de ‘doelgroepen’ daarin.

### ‘LSES-populaties’ als vorm van miskennen

Sinds de Black report wordt veel ingezet op het bereiken van zogenoemde ‘LSES-groepen’, groepen met een lage sociaaleconomische status. *Evidence based* interventies moesten naar deze ‘moeilijk bereikbare groepen’ gebracht worden om te zorgen dat ook LSES-groepen gingen profiteren van de behaalde gezondheidswinsten. Deze benadering van gezondheidsverschillen gaat voorbij aan het feit dat sociaaleconomische verschillen een manifestatie zijn van culturele repertoires die worden ingezet in sociale en institutionele relaties (Lamont, 2018; Knibbe & Horstman, 2016). Met andere woorden, een lage SES is geen kenmerk van een individu of groep, maar de uitkomst van sociale interacties zoals onderschatting, waardering, erkenning of miskennen die wat zegt over beide kanten van de grens die getrokken wordt om de ‘LSES-groep’. Deze interacties van erkenning of miskennen worden tegenwoordig sterk gevormd door een meritocratische cultuur waarin mensen geloven dat je je positie in de samenleving verdient (Sandel, 2020; Lamont, 2019; Appiah, 2018). Succes en rijkdom worden gezien als het resultaat van talent en hard werken, armoede en lage sociale posities worden gezien als mislukkingen. Hoewel dit zelden zo expliciet wordt gezegd, zijn er veel impliciete signalen die mensen indelen in winnaars en verliezers. De cultuursociologe Lamont (2019) laat bijvoorbeeld zien dat culturele bronnen in de VS zoals tv-series vooral middenklasse professionals en managers als rolmodellen neerzetten, terwijl slechts 10 % van de karakters in 68 jaar televisie over arbeiders gaat, en daarbij worden deze karakters meestal als domkoppen of sukkels neergezet.

Onderzoek naar sociale determinanten van gezondheid toont aan dat zelfwaardering van groot belang is voor gezondheid; het is echter de vraag hoe gezondheidsbevorderaars zich verhouden tot deze meritocratische cultuur, die juist de zelfwaardering behoorlijk onder druk zet. Is ongezondheid de zoveelste mislukking van ‘LSES- mensen’? Dijkstra en Horstman analyseerden hoe epidemiologisch onderzoek en beleidsadviezen bijdroegen aan deze constructie van ‘LSES-groepen’ die gekenmerkt worden als ongemotiveerd en ongezond. Onderzoek vanaf 1977 naar sociaaleconomische status leidde tot een proliferatie van concepten, indicatoren en groepen die gelabeld werden als lage sociaaleconomische status, klasse of positie. Hoewel onderzoekers daarbij enerzijds veel verschillende groepen onderscheidde, presenteerden ze conclusies over gegeneraliseerde LSES-populaties. Deze populaties werden bovendien geconstrueerd als inherent ongezond en personen met een LSES-kwalificatie werden geassocieerd met afwijkende persoonlijkheidskenmerken zoals neuroticisme, vijandigheid, en minder open staan voor verandering. De analyse van Dijkstra en Horstman laat zien dat gezondheidsonderzoek en beleid onbedoeld bijdragen aan schadelijke en onrechtvaardige vormen van miskennen: LSES populaties werden geobjectiveerd en gestigmatiseerd en hun kennis en ervaringen over gezondheid werden niet erkend. De auteurs betogen dat ordeningen en categorieën geen natuurlijk gegeven zijn, maar door mensen worden gemaakt. Reflectie op de vraag welke ordeningen en onderscheidingen gemaakt worden en hoe niet-stigmatiserende ordeningen gemaakt worden, is dan ook urgent.

### Reflectie op impliciete normen

Kortom, we pleiten voor een ethiek van gezondheidsbevordering die vraagstukken van sociale rechtvaardigheid centraal stelt, waarin aandacht is voor zowel hervreiding als erkenning. Daarbij zoeken we de ethiek niet in een theorie of debat maar in praktijken die verantwoordelijkheden toekennen, grenzen tussen ‘wij en zij’ trekken en uitdrukking geven aan waarden die soms conflicteren. Dat betekent dat we ook de focus verleggen van nadenken over ons ‘sociale contract’ of specifieke beleidsdilemma’s naar bestaande ongelijkheden. Ethische reflectie op gezondheidsbevordering vraagt om analyse van praktijken van burgers die zich inzetten voor een gezonde publieke ruimte, en praktijken van onderzoekers en beleidsmakers. Hoe scheppen deze praktijken gezondere leefruimte, hoe stemmen ze de diverse en soms botsende waarden en narratieven op elkaar af, en hoe resulteren deze praktijken in onbedoelde vormen van miskennen of uitsluiting? Deze

ethiek kan daarbij ook leren van de hybride publieke plekken waar burgers, professionals en beleidsmakers zich inzetten voor een zorgzame leefomgeving, sociale inclusie en ontmoetingen over sociale grenzen heen. Ze kan leren dat een publieke ethiek van gezondheidsbevordering vraagt om geduld met het rommelige alledaagse, met verschillen en tegenstellingen die niet worden weggepoetst of vastgepind in classificaties maar die al doende betekenis krijgen, verharden of juist verzachten en verschuiven.

## Literatuur

- Amin A. Ethnicity and the Multicultural City: Living with Diversity. *Environment and Planning A: Economy and Space* 2002; 34(6): 959–980. <https://doi.org/10.1068/a3537>
- Appiah KA. *The lies that bind: Rethinking identity*. London: Profile Books, 2018.
- Arruzza C, Fraser N & Bhattacharya T. *Feminism for the 99%*. London: Verso, 2019.
- Blacksher E. Redistribution and recognition: Pursuing social justice in public health. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2012; 21(3): 320-331.
- Buchanan DR. Autonomy, Paternalism, and Justice: Ethical Priorities in Public Health. *American Journal of Public Health* 2008; 98: 15\_21, <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.110361>
- Childress JF, Faden RR, Gaare RD, Gostin LO, Kahn J, Bonnie RJ, Kass NE, Mastroianni AC, Moreno JD, Nieburg P. Public health ethics: mapping the terrain. *J Law Med Ethics* 2002 Summer; 30(2):170-8. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2002.tb00384.x>
- Dijkstra I, Horstman K. 'Known to be unhealthy': Exploring how social epidemiological research constructs the category of low socioeconomic status. *Soc Sci Med*. 2021 Sep; 285:114263. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.114263. Epub 2021 Jul 27. PMID: 34411967.
- Duivenvoorden A, Sterrenberg L en Heemskerk J. *Inspiratie- en werkboek Armoede, schulden & gezondheid*. Werken aan Preventie. Uitgave van Pharos, Gezond In & Platform 31, 2020.
- Hall S. *City, street and citizen: The measure of the ordinary* (Vol. 9). London: Routledge, 2012.
- Horstman K en Knibbe M. *Gezonde Stad*. Uitsluiting en ontmoeting in de publieke ruimte. Utrecht: Uitgeverij De Graaff, 2022.
- Fraser N. *Social Justice in the age of identity politics: Redistribution, recognition, participation*. Lecture given in Berlin, 1998.
- Knibbe M, de Vries M & Horstman K. Bianca in the neighborhood: moving beyond the 'reach paradigm' in public mental health. *Critical Public Health* 2016; 26(4): 434-445.
- Knibbe M & Horstman K. The making of new care spaces. How micropublic places mediate inclusion and exclusion in a Dutch city. *Health & Place* 2019; 57: 27-34.
- Lamont M. Addressing recognition gaps: Destigmatization and the reduction of inequality. *American Sociological Review* 2018; 83(3): 419-444.
- Lamont M. From 'having' to 'being': self-worth and the current crisis of American society. *Br J Sociol* 2019; 70: 660-707. <https://doi.org/10.1111/1468-4446.12667>
- Marmot M. Health equity in England: the Marmot review 10 years on. *Bmj* 2020; 368.
- Parmet WE, Goodman RA, Farber A. Individual rights versus the public's health - 100 years after Jacobson v. Massachusetts. *N Engl J Med*. 2005 Feb 17; 352(7):652-4. <https://doi.org/10.1056/nejmp048209>
- Raap S, Knibbe M & Horstman K. Caring neighbourhoods: maintaining collective care under neoliberal care reforms. *European Journal of Social Work* 2022; 25(5): 867-879.
- Rawls J. *A Theory of Justice*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1971.
- Robeyns I & Byskov MF. "The Capability Approach". The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Winter 2021 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <<https://plato.stanford.edu/archives/win2021/entries/capability-approach/>>.
- Sandel MJ. *The tyranny of merit: What's become of the common good?* London: Penguin UK, 2020.
- Sen A. Human rights and capabilities. *Journal of human development* 2005; 6(2): 151-166.
- 's Jongers T. *Beledigende Broccoli*. Amsterdam: Van Genneep, 2022.
- Smith KE & Anderson R. Understanding lay perspectives on socioeconomic health inequalities in Britain: a meta-ethnography. *Sociology of Health & Illness* 2018; 40(1): 146-170.
- Tronto JC. *Caring democracy: Markets, equality, and justice*. New York: NYU Press, 2013.
- Walker MU. *Moral Understandings: A Feminist Study in Ethics*. Oxford: Routledge, 1998.
- Zwaneveld AM. *Het pad naar werk niet geplevid... wel schoongeveegd*. Onderzoek naar de praktijk van re-integratie van de Wet werk en bijstand (thans Participatiewet). Gemeentelijke Ombudsman Rotterdam, 2015. <https://www.kennisplatformwerkeninkomen.nl/documenten/rapporten/2015/05/01/het-pad-naar-werk.....-niet-geplevid-wel-schoongeveegd>

## SAMENVATTING

De aanhoudend hogere ziektelast van lage inkomensgroepen werpt de vraag op waar ethiek van gezondheidsbevordering over moet gaan en wie daarbij in welke vorm betrokken moet zijn. Wij stellen voor om de aandacht te verschuiven van discussies over autonomie naar sociale rechtvaardigheid, en we pleiten voor een publieke ethiek die de veelsoortige experimenten van burgers serieus neemt en die reflecteert op de impliciete normen in praktijken van onderzoekers, professionals en beleidsmakers. We putten daarbij uit ons 'Gezonde Stad' onderzoek over uitsluiting en ontmoeting in de publieke ruimte, en perspectieven van feministische filosofen op sociale rechtvaardigheid en ethiek als praktijk.

Trefwoorden: *ethiek van gezondheidsbevordering; sociaaleconomische gezondheidsverschillen; sociale rechtvaardigheid*.

## SUMMARY

Socioeconomic health inequalities raise the question what ethics of health-promotion should be about, who should be involved and how. We propose to shift the focus from autonomy to social justice and we make a plea for a public ethics that builds on the manifold experiments of citizens and reflects on the implicit norms in practices of researchers, health professionals and policymakers. We draw from our 'Healthy City' research about exclusion and encounters in public space and from feminist philosophy about social justice and ethics as practice.