

Goed dat Beatrijs Haverkamp onderstreept dat het zo belangrijk is om de burgers om wie het gaat te betrekken bij gezondheidsbeleid. Ook als het gaat om publiek gezondheidsbeleid is dit essentieel, immers, we weten dat dit soort beleid ook niet ‘one-size-fits-all’ moet zijn; ook publieke gezondheidsinterventies en initiatieven zijn alleen effectief als zij zijn toegesneden op de situatie, wensen en mogelijkheden van de groepen burgers die ermee bereikt willen worden. Hoewel de door haar aangehaalde zorgen van gemeentebesturen begripelijk zijn – want zoals voor wetenschappers en artsen geldt ook voor hen dat zij niet gewend zijn om uit hun hoogopgeleide ‘bubble’ te treden – blijkt het gelukkig wel degelijk mogelijk burgers uit alle geledingen te betrekken bij het ontwikkelen van gezondheidsbeleid. Haverkamp noemde het panel “Meetellen” uit Utrecht, dat veel ervaring heeft in meedenken en zo zijn er meerdere voorbeelden: bijvoorbeeld in Wijchen-noord ontwikkelden ouders met weinig geld samen met de gemeente plannen om de gezondheid van hun kinderen te verbeteren. In tegenstelling tot de oorspronkelijke ambitie van de GGD om vooral in te zetten op verminderen van overgewicht, gaven deze ouders prioriteit aan het verminderen van stress. Door o.a. het instellen van een formulierenbrigade om moeilijke (overheids-)informatie te begrijpen,

weer gratis zwembaden in te voeren en een veilig speelplek in hun wijk te bouwen (Wink et al., 2021).

Waarom zouden deze burgers komen aanzetten met voorstellen die slecht voor de gezondheid zijn, zoals meer parkeerplaatsen? Anders dan Haverkamp ben ik daarover niet zo bezorgd, zoals ook de ervaringen leren van het Instituut voor Publieke Waarden, die gemeenten ondersteunt met de doorbraakmethode van “zomaar geld geven” aan mensen met financiële problemen. Geloof in de mensheid, uitgaan van vertrouwen in plaats van wantrouwen en oprecht nieuwsgierig zijn naar de ander – deze morele waarden zijn evenzeer van toepassing op de publieke gezondheidsbeleidsmakers als op individuele zorgprofessionals.

*Maria van den Muijsenbergh*

#### Literatuur

Wink G, Fransen G, Huisman M, Boersma S, van Disseldorp L, van der Velden K, Wagemakers A, van den Muijsenbergh M. Improving Health through Reducing Stress: Parents’ Priorities in the Participatory Development of a Multilevel Family Health Programme in a Low-Income Neighbourhood in the Netherlands. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021; 18: 8145. <https://doi.org/10.3390/ijerph18158145>.

In haar reflectie op ons artikel stelt Beatrijs Haverkamp terecht dat we oproepen tot zelfreflectie op de kennispraktijken rondom publieke gezondheid. Ze concludeert dat onze boodschap is dat ervaringskennis van gezondheidsproblemen serieus moet worden genomen. Dat vinden we inderdaad belangrijk, maar de kern van het probleem dat wij analyseren is venijniger dan dat.

We identificeren de constructie van ‘domme en dikke doelgroepen’ door een machinerie van uitsluiting en stigmatisering – een decennia durende individualistische machinerie van onderzoek, professionele opleidingen en interventies. Deze machinerie maakt het lastig om de taal, de kennis en de praktijken van niet-professionals te begrijpen en op waarde te schatten. Decennialang zijn professionals en onderzoekers opgeleid in psychologiserende en rationalistische paradigma’s. Zo’n wetenschappelijke-professionele bril kan niet eenvoudig worden afgezet: ze is in de infrastructuur van onderzoeksfinanciering, databestanden, curricula, kwaliteitsnormen voor interventies et cetera verankerd en wordt nog lange tijd gereproduceerd, terwijl velen pleiten voor meer sociale benaderingen van gezondheidsongelijkheid. Wetenschappers en andere professionals hebben dus niet zomaar een rijkere

taal en andere theorieën, onderzoeksmethodes en werkwijzen tot hun beschikking.

Onze analyse stelt daarom niet alleen dát ervaringskennis serieus genomen moet worden, maar impliceert ook dat er zaken moeten veranderen in het wetenschappelijke en professionele landschap om dat te kunnen doen. Het betekent dat wetenschappers en professionals in de publieke gezondheidszorg de onbedoelde, soms pijnlijke effecten van hun werk moeten erkennen en onderzoeken. Het betekent ook dat curricula van opleidingen en bijscholingsprogramma’s moeten veranderen zodat huidige en nieuwe generaties wetenschappers en professionals in aanraking komen met nieuwe taal, theorieën, concepten. Ook zijn er in het onderwijs voorbeelden nodig die inzicht bieden in gezondheid en gezondheidsongelijkheid als wetenschappelijk-maatschappelijke constructies en die uitnodigen tot reflectie op de eigen rol van wetenschappers en professionals in die processen.

*Klasien Horstman en Ilse Dijkstra*