

De constructie van een ‘domme doelgroep’

Gezondheidsongelijkheid en epistemisch onrecht in de publieke gezondheidszorg

Het is een publiek feit dat mensen met lagere inkomens ongeveer zeven jaar korter leven dan mensen met hoge inkomens en dat ze ook vele jaren meer met chronische ziekten kampen. Hoewel dit statistische feit natuurlijk al veel langer bekend was, komt het tegenwoordig – in de slipstream van de politieke aandacht voor ‘bestaansonzekerheid’ – steeds prominenter in discussies naar voren. De groeiende aandacht voor het fenomeen sociaaleconomische gezondheidsverschillen gaat samen met een pleidooi om veel meer naar sociale omgeving en de institutionele context van gezondheidsongelijkheid te kijken en minder naar de individuele leefstijl. Het voelt in toenemende mate ongemakkelijk om mensen die niet in hele gunstige omstandigheden wonen, leven en werken achter de broek te zitten met adviezen over gezonde voeding en meer bewegen, zonder met hen in gesprek te gaan over hoe zij hun leven en hun gezondheid zien. Het is bovendien weinig effectief gebleken: gezondheidsbevorderaars buigen zich al decennia over de vraag waarom interventies zo’n ‘gebrekkig bereik’ hebben.

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving nam in 2020 in een essay over gezondheidsverschillen expliciet afscheid van een individualistische benadering en stelde dat: “het huidige nationale beleid te eenzijdig focust op het individu. Aanvullend daaraan is een bredere blik nodig om gezondheidsverschillen en daarmee samenhangende achterstanden daadwerkelijk te verkleinen” (RVS, 2020)*. Deze ontwikkeling roept de vraag op hoe het eigenlijk komt dat een individualistische benadering van sociaaleconomische gezondheidsverschillen in Nederland zo dominant is geworden. In antwoord op deze vraag wijzen onderzoekers en professionals vaak op de grote invloed van neoliberal beleid dat structurele oorzaken van ongelijkheid negeerde: inkomen, arbeid en woningen werden aan de markt overgelaten. Leefstijlinterventies



PROF. DR. KLASIEN HORSTMAN
 Professor Philosophy of Public Health
 Faculty Health, Medicine, Life Sciences
 Dept. Health, Ethics and Society
 Care and Public Health Research
 Institute (Caphri)
 Maastricht University
 E-mail: k.horstman@maastrichtuniversity.nl
 www.klasienhorstman.nl



ILSE DIJKSTRA
 Promovenda, Fac. Health, Medicine and
 Life Sciences
 Dept. Health, Ethics and Society
 Care and Public Health Research Institute
 (Caphri)
 Maastricht University
 E-mail: ilse.dijkstra@maastrichtuniversity.nl

kunnen niet tegen de ongelijk makende effecten daarvan opboksen. Hoewel daar wellicht wel iets in zit, is deze verklaring ook te eenvoudig: ze negeert dat de publieke gezondheidszorg geen neutrale buitenstaander was, maar een relevante actor in de omgang met gezondheidsverschillen. Het taai karakter van gezondheidsverschillen noopt daarom niet alleen tot reflectie op beleid, maar ook tot *reflectie op de kennispraktijken* in de publieke gezondheidszorg en de gezondheidsbevordering. Hebben wetenschappelijk onderzoek en professionele interventies weerwerk geboden tegen een individualistisch discours van gezondheidsongelijkheid of zijn ze er juist onderdeel van geworden? Of hebben ze het wellicht zelfs versterkt?¹ Dit is een belangrijke vraag voor de toekomst van de aanpak van gezondheidsverschillen. Immers, hoe dieper individualistische benaderingen verankerd zijn in de kennisinfrastructuur van de publieke gezondheidszorg, hoe meer werk er verzet zal moeten worden om een nieuw perspectief op gezondheidsongelijkheid te ontwikkelen.

Wat is het probleem - gezondheidsverschillen of achterstandsgroepen?

Het kennislandschap van gezondheidsverschillen is een ingewikkelde kluwen van nationaal en lokaal beleid,

financieringsstromen, onderzoeksprogramma's, opleidingen, interventies, media etc. Het vergt diepgaand onderzoek om de dynamiek van die kluwen te analyseren, en in dit artikel geven we slechts een eerste aanzet.

Het is opvallend dat het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen de afgelopen decennia vooral vorm kreeg door beleid, onderzoek en interventies te richten op mensen in sociaaleconomische achterstandssituaties. Niet de dynamiek van ongelijkheid stond centraal, maar de groepen die als

Gezondheidsbevorderaars buigen zich al decennia over de vraag waarom interventies zo'n 'gebrekkelig bereik' hebben

het meest ongezond golden: niet de ongelijkheid werd geproblematiseerd en aangepakt, maar de mensen met overgewicht. Het is interessant dat met de opkomst van sociaal-epidemiologische en sociaalpsychologische analyses van ziekte- en sterftepatronen, mensen in slechte sociaaleconomische posities en met weinig formele diploma's als 'risicogroep' werden geïdentificeerd omdat gedrag zoals roken en vet eten bij deze groep statistisch meer voorkomt. In een individualiserende sociaal-politieke context was het 'logisch' om op basis van deze kennis 'LSES doelgroepen' tot object van beleid en interventies te maken: deze groepen zouden hun leefstijl moeten veranderen. De 'gezonde groep' – met goede opleidingen, inkomens en huizen – werd impliciet tot norm verheven, terwijl de achterstandsgroep als 'afwijkend' en problematisch werd gezien (Dijkstra & Horstman, 2021; Scott-Samuel & Smith, 2015). Pogingen om deze 'ongezonde doelgroep' gezonder te maken, hadden echter weinig resultaat. In 2018 stelde de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid dat, hoewel Nederlanders over de gehele linie gezonder worden en langer leven, de kansen op gezond oud worden tussen hoge en lage sociaaleconomische groepen nog steeds sterk verschillen (Broeders et al., 2018).

Het is opvallend dat het gebrek aan impact van gezondheidsprogramma's voor het terugdringen van gezondheidsverschillen zelden een aanleiding was om onderliggende 'evidence' of de gebruikte interventies kritisch te bekijken. De diagnose luidt vrijwel altijd: 'gebrekkelig bereik'. Lage SES-groepen zijn moeilijk bereikbaar, daarom blijven effecten uit. Hoezeer ook werd geprobeerd om deze groepen te bereiken, gezondheidsverschillen werden niet kleiner. Dit roept de

vraag op of 'gebrekkelig bereik' niet juist het *resultaat* is van de gekozen aanpak. Met andere woorden, hoe construeren de infrastructurele kennispraktijken rond het verkleinen van gezondheidsverschillen – onbedoeld – het tegendeel van wat ze beogen?

Epistemisch onrecht

Om te reflecteren op het kennislandschap rond gezondheidsverschillen gebruiken we het concept *epistemic injustice*, oftewel kennisonrecht. Dit concept is geïntroduceerd door de filosoof Miranda Fricker (2007; zie ook Moes et al., 2019) om te laten zien dat kennispraktijken en normen voor 'goede kennis' onrechtvaardig kunnen zijn als ze mensen ten onrechte uitsluiten als geloofwaardige bron van kennis. Fricker onderscheidt twee vormen van kennisonrecht: *testimonial injustice* en *hermeneutical injustice*, getuigenisonrecht en betekenissonrecht. Het eerste refereert naar de uitsluiting van iemand als 'kenner' op basis van machtsrelaties en sociale vooroordelen. Klassieke voorbeelden zijn dat van een vrouw wier menstruatieklachten niet serieus worden genomen door een mannelijke arts en de getuigenis van een man van kleur die niet geloofd wordt door een witte rechter. Het vooroordeel van de luisteraar zit luisteren in de weg. De spreker wordt bij voorbaat uitgesloten als 'kenner' en 'relevante getuige'. De tweede vorm van kennisonrecht verwijst naar situaties waarin ervaringen van mensen niet begrepen worden, omdat er geen gedeelde taal voorhanden is om relevante betekenissen te kunnen delen. Bijvoorbeeld, iemand met psychoses kan deze ervaring niet delen omdat de dominante taal daarvoor maar twee categorieën kent, 'normaliteit' en 'stoornis'. Een idioom voor andere ervaringen van psychoses die niet in deze hokjes passen is niet beschikbaar. Het werk van Fricker helpt om kennislandschappen niet als gegeven te zien, maar als historisch gevormde morele ruimtes, waarin sommigen wel en anderen niet als 'kenner' vertrouwd en erkend worden.

Onbedoelde machinerie van uitsluiting

Het infrastructurele kennislandschap rond gezondheidsverschillen zou je als een machinerie van uitsluiting kunnen beschouwen. Ondanks de goede bedoelingen van veel betrokkenen, is het onbedoelde effect van het dominante discours van individuele leefstijlverandering van 'risicogroepen' dat deze groepen als kenner gemarginaliseerd worden. In het kennislandschap spelen, gefaciliteerd door beleid en financieringsstromen, drie infrastructurele machines een belangrijke rol: wetenschappelijk onderzoek, professionele opleidingen en professionele interventies.²

In het kennislandschap rond gezondheidsverschillen spelen sociaal-epidemiologisch en sociaalpsychologisch *onderzoek* een grote rol. In gezondheidsanalyses worden bevindingen gepresenteerd op een manier waardoor groepen in slechtere sociaaleconomische omstandigheden niet alleen qua gezondheid slechter scoren, maar ook anderszins negatief gekwalificeerd worden. In onze analyse vonden we bijvoorbeeld dat mensen met een lage sociaaleconomische achtergrond werden omschreven als “vijandiger” dan mensen uit hoge sociaaleconomische milieus, en ook als “minder open voor verandering, conservatiever” en minder geneigd om “hun eigen egocentrische zorgen te overstijgen en ... het welzijn van anderen en de natuur te bevorderen” (vertaald uit Dijkstra en Horstman, 2021, 5) Daarnaast werd herhaaldelijk gesteld dat “achtergestelde groepen” zich hun leefstijlgedragingen minder goed herinneren, en deze ook minder nauwkeurig kunnen omschrijven en kwantificeren dan hun “meer bevoorrechte tegenhangers” (idem). Eigenschappen van mensen met een hogere sociaaleconomische achtergrond werden daarentegen in positieve termen omschreven: “hogere sociaaleconomische groepen waarderen gezondheid meer dan lagere sociaaleconomische groepen” en “hogere inkomensgroepen vonden het belangrijker dat een maaltijd gezond en lekker was dan lage inkomensgroepen” (idem, 4). Zulke uitspraken verraden een impliciete, normatieve denkstijl die lage sociaaleconomische groepen een gebrek aan vaardigheden, kennis en moraal toeschrijft waar mensen met een hoge sociaaleconomische achtergrond wel over zouden beschikken. Los van het feit dat het hier gaat om gemiddelden en generalisaties, besteedt de sociaal-epidemiologische en sociaalpsychologische denkstijl van gezondheid weinig aandacht aan wat deze groepen wel kunnen, welke capaciteiten zich in moeilijke leefsituaties kunnen ontwikkelen, en aan hoe ‘de ongezonden’ zelf naar gezondheidsproblemen en -verbetering kijken.

Deze generaliserende bevindingen van wetenschappelijk onderzoek vormen belangrijke input voor de *opleidingen voor onderzoekers en professionals*. Handboeken spelen een sleutelrol in dergelijke opleidingen. Ze presenteren specifieke kennis en inzichten als de onomstreden ‘state of the art’ van een professioneel veld en zijn een belangrijk socialisatiemiddel voor nieuwe generaties professionals. Een analyse van handboeken geeft inzicht in de paradigmatische denkstijl van waaruit professionals denken en handelen (Fleck, ([1935] 1981; Latour & Woolgar, 1979). We hebben meerdere edities van Nederlandse handboeken gezondheidsbevordering, die veel gebruikt werden en worden op universiteiten en hogescholen, geanaly-

seerd.³ Het is opvallend dat deze handboeken slechts op kleine onderdelen van elkaar verschillen. Veel generaties professionals hebben dus een specifiek discours over gezondheidsbevordering en haar doelgroepen aangeleerd. Zo wordt bij voortdurend benadrukt dat ‘doelgroepen’ zelf geen adequate kennis hebben van gezondheid: “Mensen denken bijvoorbeeld vaak dat zij gezond eten, terwijl ze ondertussen te veel verzadigd vet en te weinig groenten en fruit eten” (Brug et al., 2022, par 4.1) en “Men weet onvoldoende dat het eigen gedrag ongezond is” (Stronks & Burdorf, 2022, 79). Ook wordt met regelmaat gesuggereerd dat doelgroepen uit zichzelf niet gezond *willen of kunnen* leven:

“Maar hoe doe je dat [gezondheidsbevordering], vooral als mensen niet willen veranderen?” (Lemmers & De Greeff, 2018, 128)

“[W]eten wat gezond en ongezond gedrag is, is niet hetzelfde als dat gedrag willen veranderen, en willen is niet hetzelfde als kunnen” (Brug et al., 2022, voorwoord).

“Mensen willen wel veranderen, maar om de een of andere reden lukt dit niet. Dit gebeurt onder andere wanneer mensen moeite hebben met het sturen van de eigen emoties en cognitieve processen die nodig zijn voor het uitvoeren van doelgerichte acties” (Stronks & Burdorf, 2021, 79).

Het is opvallend dat deze handboeken oude Hegeliaans-Marxistische vervreemdingsideeën (Nauta, 1981) gebruiken om de doelgroep te beschrijven. Zoals marxistische filosofen schreven over de vervreemding van de arbeidersklasse van haar eigen objectieve belang, waardoor ze maar niet in opstand kwam, zo beschouwen gezondheidsbevorderaars hun doelgroepen als vervreemd van zichzelf: ze zijn niet in staat de eigen situatie en behoeften te duiden en daardoor gaan ze niet aan de slag gaan met hun leefstijl. Verwijzend naar het Stages of Change model van Prochaska en Di Clemente, een theorie voor gedragsverandering die in de jaren 1980 werd ontwikkeld in de context van gedragstherapie, wordt bijvoorbeeld gesteld: “De persoon herkent niet dat zijn of haar eigen gedrag negatieve gevolgen heeft voor zichzelf of voor anderen. Diverse afweermechanismen zoals ontkenning, het goedpraten van gedrag ... kunnen worden waargenomen in dit stadium” (Lemmers & De Greeff, 2018, 129).

Er wordt geprobeerd om compassie op te brengen voor het leven van mensen in achterstandssituaties, maar dat gebeurt door een psychologische redenering die stelt dat mensen die stress ervaren minder

helder kunnen denken: “Op alle fronten zijn mensen in achterstandsituaties in het nadeel. Vanuit de theorie van schaarste geredeneerd zou het kunnen dat de cognitieve bandbreedte hierdoor beperkt is en de aandacht veel meer gericht is op overleven dan op gezond leven” (Lemmers & De Greeff, 2022, 52). Door dergelijke beschrijvingen wordt steeds, in wetenschappelijk-technische termen, gesteld dat de doelgroepen van gezondheidsbevordering niet overzien aan welke risico’s ze worden blootgesteld. En passant wordt gesuggereerd dat mensen die aan het overleven zijn een ‘beperkte cognitieve bandbreedte’ hebben. We plaatsen twee kanttekeningen bij dergelijke formuleringen. Ten eerste weten veel mensen, en ook de doelgroepen van gezondheidsbevordering, best dat roken, teveel vet eten, te veel alcohol et cetera als “ongezond” gelden, maar er zijn veel redenen om te leven zoals men leeft (Horstman en Houtepen, 2005). Ten tweede is de veronderstelling dat academici, advocaten aan de Zuidas en andere welgestelden wél over een ‘brede cognitieve bandbreedte’ beschikken, absurd: iedereen heeft per

Het individualistische denken zit diep verankerd in het kennislandschap

definitie een beperkt perspectief, ook welgestelden met diploma’s. Toekomstige professionals wordt echter met de paplepel ingegoten dat doelgroepen voor gezondheidsbevordering beperkter zijn in hun denken en handelen dan zij zelf.

Professionals die opgeleid zijn in deze denkstijl raken betrokken bij de *ontwikkeling en implementatie van interventies* in de praktijk. Het is wellicht niet verrassend dat deze denkstijl, met de focus op individuele leefstijlverandering en met negatieve kwalificaties van doelgroepen, ook daar te zien is. In evaluaties van een langdurige interventie om overgewicht in achterstandswijken te verminderen wordt het ‘gebrekkige bereik’ van de interventie vaak besproken. Daarin kwamen we bijvoorbeeld sterk generaliserende opmerkingen tegen over het gebrek aan kennis bij de doelgroepen. “Bij de niet-westerse doelgroep spelen onder andere culturele verschillen in voedingsgewoonten, leefstijlen en ideeën over gezondheidsrisico’s een belangrijke rol bij het ontwikkelen van overgewicht of obesitas. Zo is in de Turkse, Marokkaanse en Antilliaanse cultuur het hebben van overgewicht een teken van welvaart en hebben zij vaak een ander voedingspatroon” (terugvertaald uit Dijkstra, 2021, 45). Of we lezen uitspraken zoals: “De mensen spreken erg slecht Nederlands en hebben daarnaast erg weinig kennis over bijvoorbeeld gezonde

voeding. Onze boodschap uitdragen is dan eigenlijk te hoog gegrepen” (idem, 46) en “Het viel de diëtist op dat de vrouwen een onjuist beeld hebben over wat een gezond gewicht is. De misverstanden hierover konden met behulp van het bepalen van de BMI goed duidelijk gemaakt worden. Op basis van de BMI bleken bijna alle vrouwen zelf te zwaar te zijn.” In de interventie gaat het niet om de vraag hoe mensen zelf betekenis geven aan en omgaan met gezondheid; de nadruk ligt op het feit dat de doelgroep niet beantwoordt aan de verwachtingen van de interventie: “Bij de doelgroep van [de interventie] gaat het om mensen met een lage SES en/of een allochtone achtergrond. Deze doelgroep heeft doorgaans een lage betrokkenheid en gezondheid is voor hen eerder een emotioneel dan een rationeel ‘iets’” (idem, 47). Mensen die wel meedoen aan interventies en aan evaluatieonderzoek, worden met scepsis bekeken: “Er moet rekening mee gehouden worden dat deelnemers sociaal wenselijk antwoorden hebben gegeven over hun leefstijl...” (idem, 42). In de evaluatie van interventies wordt een vergelijkbaar beeld geschetst als in de epidemiologische studies en handboeken voor gezondheidsbevordering: de doelgroep vertoont ongezond gedrag en heeft, vanwege culturele achtergrond of gebrek aan kennis, een vertekend beeld over gezondheid en gezond leven. Ook hun morele kwaliteiten – meedoen, eerlijk antwoorden – worden in twijfel getrokken.

De machinerie van onderzoek, opleidingen en interventies in gezondheidsbevordering heeft onbedoeld bijgedragen aan het probleem dat ze wilde oplossen: ze heeft ‘domme doelgroepen’ gemaakt en daarmee bijgedragen aan een vorm van ongelijkheid. Natuurlijk waren er ook pogingen om andere manieren van denken te introduceren. Zo wijdde één handboek in één editie eenmalig een hoofdstuk aan community benaderingen (Brug et al., 2007) dat in de volgende editie weer verdwenen was. De handboeken van Mackenbach besteden meer aandacht aan structurele omgevingsfactoren dan de andere handboeken. Maar deze pogingen om de denkstijl te verbreden konden de dominante trend niet doorbreken.

Epistemische onrechtvaardigheid in het kennislandschap rond gezondheidsverschillen

Ruim 50 jaar geleden verzuchtte de Amerikaanse *district public health officer* van New York, Julius Prince: “Why do so apparently well planned public health programs fail? Why are others ignored, rejected or hotly resisted by the community they are designed to serve? Health educational technics often seem highly refined yet, in the end, when the results are faced, one is often forced to inquire, ‘Who listened?’” (Prince,

1958). Het lijkt erop dat er sinds die tijd niet veel is veranderd. Het kennislandschap van gezondheidsverschillen werkt – onbedoeld – als een uitsluitingsmachine. Wetenschappelijk onderzoek, professionele opleidingen en interventies die beogen gezondheidsverschillen te verkleinen, produceren impliciet en expliciet stereotype en stigmatiserende beelden van mensen die ‘on gezond leven’. De doelgroepen van gezondheidsbevordering worden niet alleen on gezond gemaakt, maar ook on kundig en soms wordt gehint op hun gebrekkige moraal. Met de beschrijving van mensen met overgewicht en andere gezondheidsrisico’s als on deskundig en niet in staat om een ‘juist’ oordeel te vellen over hun eigen gezondheid, produceert het discours rond gezondheidsverschillen ‘dikke domme doelgroepen’.

In termen van Fricker is hier sprake van kennisonrecht op basis van sociaal vooroordeel: mensen die behoren tot zogenaamde lage sociaaleconomische-status-groepen worden uitgesloten als personen met relevante kennis en vaardigheden als het gaat om het duiden van gezondheidsverschillen, omdat ze niet aan de dominante gezondheids- en kennisnormen in het kennislandschap voldoen. Is iemand laagopgeleid, met weinig inkomen en veel leefstijlrisico’s, dan wordt iemand niet serieus genomen: dan wordt er tegen en over deze persoon gepraat, niet met hem/haar. Er is ook sprake van kennisonrecht op basis van gebrekkige uitdrukkingmogelijkheden. Het kennislandschap rond gezondheidsverschillen, zo blijkt uit onze analyse, wordt gekenmerkt door een betrekkelijk arme, kwantitatieve, individualiserende psychologische taal van gezondheidsrisico’s. Er is niet veel taal beschikbaar om alledaagse worstelingen, evenwichtskunsten en onderhandelingsrepertoires met zichzelf en anderen te verwoorden. Wellicht is dat het meest venijnige onrecht: de vershraling van uitdrukkingvormen om het te hebben over ervaringen van gezondheid en ongelijkheid.

Slot

Dat – ook in een welvarend land met een relatief goed gezondheidssysteem – sociaaleconomische ongelijkheid zich vertaalt in gezondheidsongelijkheid, hoeft niemand te verbazen. Dat die ongelijkheid niet verminderde, en wellicht zelfs toenam terwijl het landschap van onderzoek, beleid en interventies om ze te verminderen gestaag groeide, roept vragen op. Onze analyse suggereert dat de kennisinfrastructuur van onderzoek, opleidingen en interventies zich de laatste decennia voegde naar de neoliberale politieke context: het articuleert een individualistische denkstijl waarin gezondheidsverschillen worden aangepakt door leefstijl- en gedragsinterventies en waar ‘gebrek aan bereik’ wordt

toegeschreven aan de karakteristieken van de doelgroep in plaats van aan sociaaleconomische ontwikkelingen. De filosoof Sandel (2020) analyseerde hoe een meritocratische denkstijl resulteert in een verdubbeling van onrecht. Verschil in maatschappelijke posities wordt begrepen in termen van individuele prestaties en falen, wat leidt tot miskennen en vernedering van mensen die niet alleen in slechte posities verkeren maar ook nog gaan voelen dat ze dat aan zichzelf te danken hebben, want ze hebben kennelijk ‘de verkeerde keuzes’ gemaakt. Dat is precies wat we zien in het kennislandschap rond gezondheidsverschillen: sociaaleconomische ongelijkheid wordt versterkt door epistemische onrechtvaardigheid: mensen in slechte sociaaleconomische posities worden niet erkend en gepositioneerd als kennend subject. De dikkerds, de rokers en de zitters worden als dom beschouwd. In dat licht is ‘gebrekkig bereik’ niet verwonderlijk: wie wil nu meedoen aan initiatieven waarin – hoe aardig de professionals ook zijn – alles ademt dat je als dom en onkundig wordt beschouwd?

Een individualistische kennisinfrastructuur – van gestandaardiseerde vragenlijsten tot gecertificeerde interventies – die over meerdere decennia is ontwikkeld, zal niet eenvoudig in een sociale en participatieve richting kunnen worden omgebogen. Het individualistische denken zit diep verankerd in het kennislandschap. Wat is nodig om de breed gedeelde roep om een nieuw sociaal perspectief recht te doen? Ten eerste is

Wat is nodig om de breed gedeelde roep om een nieuw sociaal perspectief recht te doen?

het belangrijk om het politieke en niet-neutrale karakter van wetenschappelijke en professionele praktijken te erkennen en vormen van onrechtvaardigheid in het kennislandschap te identificeren en analyseren: hoe dragen kennispraktijken die ongelijkheid bestuderen zelf eigenlijk bij aan ongelijkheid? Ten tweede is een rijkere taal nodig om ‘gezondheidsverschillen’ als een sociaal fenomeen te begrijpen dan de taal van ‘risico’s’, ‘doelgroepen’ en ‘interventies’. Daarvoor is het nodig om filosofische en theoretische bronnen, bijvoorbeeld uit de geesteswetenschappen, te introduceren, maar ook door de verhalen en uitdrukkingen serieus te nemen van de mensen die nu niet als kenner worden gezien. Sanne Visser geeft daar in haar etnografische onderzoek naar alledaagse eetpraktijken in Oost Groningen een mooi voorbeeld van. Het blijkt dat voor

de deelnemers aan haar onderzoek 'gewoon et'n' een belangrijkere waarde is dan 'gezond eten' en dat de waarde 'gewoon et'n' dagelijkse eetpraktijken vormgeeft (Visser, 2016). De uitdrukking 'gewoon et'n' geeft aan dat men extremen mijdt, maar dat staat kleine veranderingen in het voedingspatroon niet in de weg. Achter deze uitdrukking gaat een wereld schuil van familieleden, contact tussen generaties, smaken en gewoonten, een wereld die veel rijker is dan termen als calorieën en BMI doen vermoeden. Om de gezondheidsbevordering een sociale praktijk te maken zal deze wereld meer verkend moeten worden.

SAMENVATTING

Hardnekkige gezondheidsongelijkheid en continue worstelingen van gezondheidsbevorderaars met 'gebrekkig bereik' van hun interventies, nopen tot reflectie op de kennisinfrastructuur en de kenniscultuur van gezondheidsbevordering. Geïnspireerd door de notie 'epistemic injustice' van de filosofe Miranda Fricker geven wij een schets van de manier waarop die kennisinfrastructuur kennis van burgers met lage inkomens en weinig formele diploma's systematisch negeert en zo zelf heeft bijgedragen aan ongelijkheid. De dominante denkstijl in onderzoek, in opleidingen van professionals en in implementatie van interventies leidt onbedoeld tot de constructie van een 'dikke, domme doelgroep' die moeilijk bereikt kan worden.

Trefwoorden: *Gezondheidsverschillen; gezondheidsonderzoek en -interventies; epistemic injustice.*

SUMMARY

Persistent health inequalities and continuous struggles of health promoters with a 'lack of reach' of their interventions require reflection on the knowledge infrastructure and the knowledge culture of health promotion. Inspired by the notion of 'epistemic injustice' by the philosopher Miranda Fricker, we provide an outline of how this knowledge infrastructure systematically but unjustified ignores knowledge of citizens with low incomes and few formal diplomas and has thus itself contributed to inequality. The dominant thought style in research, in education and training of professionals, and in implementation of interventions unintentionally leads to the construction of a 'fat, stupid target group' that is difficult to reach.

Literatuur

- Broeders DWJ, Das HD, Jennissen RPW, Tiemeijer WL en de Visser M. Van verschil naar potentieel: een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. WRR-Policy Brief 7. Den Haag: WRR, 2018.
- Dijkstra I. Made to be unheard, uninvolved, unresponsive and unhealthy. An analysis of the performativity of Community Based Health Promotion. Maastricht: Masterscriptie Maastricht University, 2021. SocArXiv. DOI: <https://doi.org/10.17605/osf.io/s5kbn>
- Dijkstra I, & Horstman K. 'Known to be unhealthy': Exploring how social epidemiological research constructs the category of low socioeconomic status. *Social Science & Medicine* 2021; 285, 114263.
- Fleck L. Genesis and Development of a Scientific Fact. Chicago: University of Chicago Press, [1934], 1981.
- Fricker M. Epistemic Injustice. Power & the Ethics of Knowing. Oxford: Oxford University Press, 2009.
- Horstman K & Houtepen R. Worstelen met gezond leven. Ethiek min de preventie van hart- en vaatziekten. Amsterdam: Het Spinhuis, 2005.
- Latour B & Woolgar S. Laboratory Life: the Construction of Scientific Facts. Princeton: Princeton University Press, 1979.
- Lemmers L & de Greeff J. Gezondheidsbevordering en leefstijl. Een praktische inleiding. Amsterdam: Boom, 2022.
- Moes F, Houwaart E, Delnoij D & Horstman K. Questions regarding 'epistemic injustice' in knowledge-intensive policymaking: Two examples from Dutch health insurance policy. *Social Science & Medicine* 2020; 245: 112674.
- Nauta LW. De gerealiseerde utopie en andere sociaal-filosofische stukken. Amsterdam: Van Gennip, 1980.
- Prince J. A public philosophy in public health. *Am J Public Health Nations Health*. 1958; 48(7): 903-912.
- Prochaska JO & Norcross JC. Stages of change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2001; 38(4): 443-448.
- RVS. Gezondheidsverschillen voorbij. Den Haag: RVS, 2020.
- Sandel M. The tyranny of merit: What's become of the common good? London: Penguin, 2020.
- Scott-Samuel A & Smith K. Fantasy paradigms of health inequalities: Utopian thinking? *Social Theory & Health* 2015; 13: 418-436.
- Tol D van. Recht op ongezond gedrag? TGE, Tijdschrift voor gezondheidszorg en ethiek 2023; 3, 86-87.
- Visser SS. Gewoon et'n. An ethnographic study of intergenerational perspectives on food practices, overweight, and obesity in Eastern Groningen, the Netherlands. Groningen (thesis), 2016.

Eindnoten

- 1 Het is in dit verband opvallend dat ook de benadering van positieve gezondheid, die met succes probeert het concept van gezondheid te verbreden, een sterke oriëntatie op het individu heeft en dat geldt voor leefstijlgeneskunde (Van Tol, 2023) nog meer.
- 2 Deze voorbeelden zijn ontleend aan ons onderzoek en de meeste citaten zijn ontleend aan gepubliceerd werk. De publicatie van de analyse van de handboeken is in voorbereiding: daar refereren we aan de oorspronkelijke bronnen.
- 3 Dijkstra I, Penders B, Horstman, K. Artikel in voorbereiding, 2024. Het gaat hierbij om edities van handboeken voor volksgezondheid en gezondheidsbevordering van Lemmers & De Greeff (Gezondheidsbevordering en Leefstijl), Brug et al. (Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering) en Mackenbach et al. (Leerboek volksgezondheid), gepubliceerd tussen 1995 en 2022.