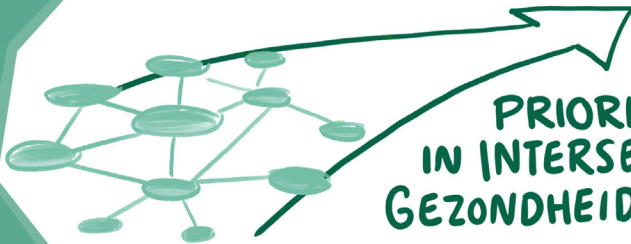


KANSENGELIJKHEID ALS ETHISCHE KWESTIE

Dilemma's in de
Volksgezondheidsbeleidspraktijk



PRIORITEITEN
IN INTERSECTORAAL
GEZONDHEIDSBELEID



Deze gids is gebaseerd op bevindingen uit het onderzoek *Balancing Responsibility for health: ethical dilemmas in policies aiming at promoting health in socioeconomically disadvantaged groups*.

Dit onderzoek werd gefinancierd door ZonMw en uitgevoerd door [Beatrijs Haverkamp en Marcel Verweij](#) (Filosofiegroep Wageningen) in samenwerking met de gemeente Utrecht, afdeling Volksgezondheid, Meetellen Utrecht en Pharos.



Inleiding | 5

1. Kansengelijkheid als ethische kwestie | 9

- 1.1 Waarom gelijke kansen op gezondheid bevorderen? | 9
- 1.2 Wat zijn mogelijke dilemma's bij kansenongelijkheid | 10?
- 1.3 Hoe ga je om met zulke dilemma's? | 12

2. Prioriteiten in intersectoraal gezondheidsbeleid | 21

- 2.1 Waarom intersectoraal gezondheidsbeleid? | 21
- 2.2 Wat maakt intersectoraal beleid lastig? | 23
- 2.3 Hoe kom je tot een gedeelde visie op prioriteiten? | 23

3. Participatie voor gelijke kansen op gezondheid | 27

- 3.1 Waarom burgerparticipatie in volksgezondheidsbeleid? | 27
- 3.2 Wat zijn mogelijke dilemma's? | 29
- 3.3 Hoe ga je om met zulke dilemma's? | 31

Inleiding

‘Wat voor verantwoordelijkheid heb ik of heeft mijn organisatie?’ Dit is een kernvraag voor ethische reflectie. Voor jou als gemeentemedewerker op het gebied van volksgezondheid draait het onder meer om de vraag voor de gezondheid van welke mensen je (mede)verantwoordelijkheid draagt en in welke mate je dat doet. Veel en steeds meer gemeenten zien bijdragen aan gelijke kansen op gezondheid als een kerntaak.

Kansengelijkheid is een onderdeel van sociale rechtvaardigheid. Maar wat betekenen de waarden *kansengelijkheid* en *rechtvaardigheid* in de praktijk? Hoe bevorder je die op een goede manier? En hoe ga je om met de dilemma’s die erbij komen kijken? Over deze vragen in gesprek gaan én blijven met collega’s, bestuurders en burgers is een voorwaarde voor verantwoord beleid maken.

Om dat gesprek te ondersteunen, biedt deze gids drie handreikingen voor ethische reflectie om gelijke kansen op het gebied van gezondheid te bevorderen, namelijk ethische reflectie op:

- dilemma’s bij het maken en uitvoeren van beleid;
- prioriteiten in intersectorale samenwerking;
- dilemma’s bij burgerparticipatie.

Hoe is deze gids opgebouwd?

[Hoofdstuk 1](#) helpt je om het gesprek aan te gaan over ethische dilemma’s bij het bevorderen van gelijke kansen op gezondheid. Enkele dilemma’s van de afdeling Volksgezondheid van de gemeente Utrecht zijn hiervoor

het vertrekpunt. Welke wijken geef je voorrang bij het werken aan een gezonde voedselomgeving, op zo'n manier dat je gelijke kansen op gezondheid bevordert? Hoever ga je in het bijstaan van mensen voor wie de standaard publieke voorzieningen niet toereikend zijn voor hun welzijn? Hoe ga je om met hulpvragen van ouders van kansrijke kinderen als die je belemmeren om tijd en energie te besteden aan ouders van minder kansrijke kinderen? We presenteren vier lessen die wij in Utrecht leerden over centrale discussiepunten in het werken aan gelijke kansen op gezondheid.

Hoofdstuk 2 gaat in op samenwerking met andere beleidsterreinen, zoals ruimtelijke ordening, veiligheid en armoedebeleid. Juist daar zijn er allerlei mogelijkheden om gelijke kansen op gezondheid na te streven. Maar die samenwerking brengt wel complicaties met zich mee, want collega's op andere terreinen hebben misschien heel andere prioriteiten. We presenteren een methode om gezamenlijk op zoek te gaan naar omstandigheden die evident onrechtvaardig zijn, en die daarom prioriteit zouden moeten krijgen.

Hoofdstuk 3 biedt ideeën om met dilemma's rond burgerparticipatie om te gaan. We laten zien waarom burgerparticipatie van belang is voor rechtvaardigheid en kansengelijkheid, en hoe deze participatie in de praktijk tegelijkertijd op gespannen voet kan staan met het bevorderen van gelijke kansen op gezondheid. Om bewustere keuzes te maken bij het bevorderen van burgerparticipatie, eindigen we dit slothoofdstuk met een methode om na te gaan waar onder burgers de interesse voor participatie naar uitgaat, en een stappenplan om rechtvaardige participatie te faciliteren.

De achtergrond van deze gids

De handreikingen in deze gids zijn gebaseerd op filosofische en wetenschappelijke literatuur over rechtvaardigheid en gezondheid, over intersectoraal gezondheidsbeleid en over burgerparticipatie. Daarnaast putten we uit gesprekken en bijeenkomsten met mensen uit de gemeentelijke beleidspraktijk van (vooral) Utrecht. Voor hoofdstuk 1 spraken

we circa 25 gemeentemedewerkers van de afdeling Volksgezondheid in Utrecht en met ambtenaren die zich inzetten voor gelijke kansen op gezondheid in vijf andere gemeenten, namelijk: Diemen, Helmond, Schiedam, Tilburg en Weststellingwerf. De centrale vraag bij deze gesprekken was welke ethische dilemma's zich voordoen bij de uitvoering van beleid voor gelijke kansen op gezondheid. Hoofdstuk 2 is gebaseerd op een discussiebijeenkomst bij de gemeente Utrecht met medewerkers van Volksgezondheid en van Ruimtelijke ordening, over prioriteiten in intersectoraal gezondheidsbeleid. Voor hoofdstuk 3 interviewden we de coördinator van **Meetellen Utrecht** en hielden we een enquête onder de leden van het Participatienetwerk van de gemeente Utrecht over dilemma's bij, en de waarde van burgerparticipatie.

Deze gids is bedoeld om je uit te nodigen tot en te inspireren bij ethische reflectie. De gids is daarmee een aanvulling op andere beleidstools, zoals *health impact assessments* en participatiemethoden. Het is aan jou om datgene eruit te halen waar jij iets aan hebt.

KANSENGELIJKHEID ALS ETHISCHE KWESTIE

Dilemma's in de volksgezondheidsbeleidspraktijk

WAAROM ZOU JE EROVER NADENKEN?

WERKEN AAN GELIJKE KANSEN OP GEZONDHEID IS EEN MORELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN GEMEENTEN, MAAR WAT BETEKENT DAT CONCREET?



DILEMMA'S

WELKE WIJKEN & GROEPEN GEEF JE VOORRANG?

HOE VEEL ENERGIE STEEK JE IN UITZONDERLIJKE GEVALLEN?

GA EROVER IN GESPREK! DEZE 5 VRAGEN HELPEN JE...

1. IN WELKE ZIN IS HIER SPRAKE VAN KANSENGELIJKHEID?
2. WAAROM IS DEZE ONGELIJKHEID PROBLEMATISCH, OF ZELFS ONRECHTVAARDIG?
3. WELKE VERANTWOORDELIJKHEID HEEFT DE GEMEENTE?
4. WELKE OPTIES ZIJN ER OM DE ONGELIJKHEID TE BEPERKEN?
5. WELKE OPTIE HEEFT OP BASIS VAN DE BESPREKING DE VOORKEUR?*

CASUS: X
FACILITATOR
MAX 7 DEELNEMERS
90 MIN
NOTULIST

*DEZE VRAAG KAN OOK LATER WORDEN BEANTWOORD

WERKEN AAN KANSENGELIJKHEID IN DE PRAKTIJK BETEKENT:

BALANCEREN TUSSEN IDEALISME EN REALISME

GEEF PRIORITEIT AAN DE MEEST ACHTERGESTELDEN

ONGELIJK BEHANDELLEN VOOR FEITELIJKE KANSENGELIJKHEID

PATERNALISME IS NIET ERG

ILLUSTRATIE: BETINA VAN METER

1. Kansengelijkheid als ethische kwestie

1.1 Waarom gelijke kansen op gezondheid bevorderen?

Kansengelijkheid is een breed gedeeld ideaal en een belangrijke dimensie van rechtvaardigheid. Volgens politiek filosoof [John Rawls](#) is rechtvaardigheid 'de eerste deugd van sociale instituties': overheidsinstellingen en andere maatschappelijke instituties moeten bijdragen aan een samenleving waarin mensen elkaar zien en elkaar behandelen als gelijken. Dat betekent voor lokale overheden dat zij constant moeten blijven nagaan hoe beleid uitwerkt in de verdeling van kansen op een goed leven.

Gezondheid is een cruciaal element bij kansengelijkheidsbeleid. Niet alleen worden verschillen in gezondheid in belangrijke mate veroorzaakt door maatschappelijke structuren, opleidingsniveau en inkome. Ook zorgen gezondheidsproblemen op hun beurt weer voor sociale problemen, werkloosheid en belemmeringen in mogelijkheden voor jezelf of je kinderen. Deze wederkerige relatie tussen kansen op gezondheid en kansen op andere zaken – gezondheid als uitkomst en gezondheid als voorwaarde – maakt dat gelijke kansen op gezondheid een kernverantwoordelijkheid is in het kansengelijkheidsbeleid.

1.2 Wat zijn mogelijke dilemma's bij kansengelijkheid?

In de praktijk is het lang niet altijd duidelijk wat je het best kunt doen om kansengelijkheid te bevorderen. Er is geen algemeen recept dat altijd werkt en rechtvaardig is. Bovendien zijn er verschillende ideeën over wat *rechtvaardigheid* inhoudt. De meest controversiële dilemma's worden – op hoofdlijnen – politiek beslecht in het college of de gemeenteraad, maar het is onvermijdelijk dat zich bij de uitvoering van beleid alsnog ethische vragen voordoen. Want welke groepen en wijken verdienen prioriteit als je kansengelijkheid wilt bevorderen?

Om dit te illustreren, presenteren we drie dilemma's die zich op de afdeling Volksgezondheid (VG) van de gemeente Utrecht voordeden.

Casus 1: Clustering van sociale problemen

Vaak gaan gezondheidsproblemen samen met een bredere sociale problematiek, armoede en onveiligheid. Wat kun je als VG-medewerker dan nog bieden? Volksgezondheid zal vaak gericht zijn op het voorkomen van ziekte en verminderen van stress en andere risico's voor kwetsbare cliënten en hun familie. Dit kan schuren met taken van een afdeling Veiligheid, die overlast moet proberen te managen, en met de beperkte mogelijkheden van sociale woonvoorzieningen en zorginstellingen. Het valt niet mee om aan de cliënt, familie en betrokken hulpverleners uit te leggen dat de gezondheid van een cliënt niet voor iedereen prioriteit heeft. Dit leidt niet alleen tot frustraties, maar ook tot dilemma's bij VG-medewerkers: hoe hard moet je je best doen – met extra telefoontjes en overtuigingskracht en dergelijke – om de gezondheid en het welzijn van deze individuen toch voldoende aandacht te geven? En wanneer leg je je bij de situatie neer?

Casus 2: Gezonde voedselomgeving

De gemeente Utrecht wil een gezonde voedselomgeving stimuleren. Toegang tot gezonde voeding lijkt een belangrijke factor om het hoge aantal

gevallen van overgewicht in sommige wijken terug te brengen. In die wijken is de behoefte aan een gezonde voedselomgeving noodzakelijker dan in andere. Het is echter niet vanzelfsprekend om als eerste in te zetten op de wijken waar de nood het hoogst is, want voor mensen die weinig te besteden hebben en die andere sociale problemen hebben, heeft gezond eten vaak niet de hoogste prioriteit. En als mensen het belangrijk vinden, dan is gezonde voeding nog altijd relatief duur. Dat maakt het voor aanbieders van gezonde voeding minder aantrekkelijk om zich te vestigen in armere stadsdelen. Welke wijken moet je dan voorrang geven bij het stimuleren van een gezonde voedselomgeving: die waar de gezondheidsachterstanden het grootst zijn of liever in andere delen van de stad, waar bewoners al bewust met gezonde voeding bezig zijn, bijvoorbeeld in een buurtmoestuin?

Casus 3: Collectieve opvoedondersteuning

Met collectieve opvoedondersteuning speelt VG tijdig en snel in op veelvoorkomende vragen die leven in de wijk op het gebied van opvoeden en opgroeien. Het uitgangspunt is om dit samen te doen met groepen ouders of jongeren. Het VG-team Gezond en Veilig Opgroeien organiseert bijeenkomsten voor ouders die vragen hebben over thema's als voeding, grenzen stellen aan je kind en vaccinatie. Het doel ervan is om de sociale basis in wijken te versterken door ouderschap te versterken, en door te stimuleren dat ouders elkaar ondersteunen bij opvoedvragen en zorgen die horen bij de ontwikkeling van kinderen. Hoogopgeleide inwoners weten de adviseurs Collectieve opvoedondersteuning sneller te vinden dan ouders in sociaaleconomisch kwetsbaardere posities. Hoogopgeleide ouders hebben ook problemen, maar de vraag is of ze hier niet al op eigen kracht oplossingen voor kunnen vinden. Een zorg die leeft bij het VG-team Gezond en Veilig Opgroeien is dan ook dat deze ouders de tijd innemen van ouders die de ondersteuning veel harder nodig hebben. Wat is goed om te doen: zorg blijven bieden aan ouders die toch al relatief sterk staan, of meer tijd steken in het bereiken van ouders die niet uit eigen beweging hulp vragen?

1.3 Hoe ga je om met zulke dilemma's?

Voer een gesprek met collega's

Voor een goede ethische afweging bij een dilemma is het nodig om naar specifieke omstandigheden te kijken. Dat kun je het best doen in gesprek met collega's. Welke handelingsopties zijn er? En hoe pakken ze uit voor het ideaal van gelijke kansen op gezondheid? Door een dilemma systematisch te bespreken, kun je een bewuste keuze maken die goed te verantwoorden is. Een ethisch gesprek met anderen kan ook tot ideeën leiden over hoe je met de kwestie omgaat. Deze vijf vragen kunnen structuur bieden aan het ethisch gesprek over een lastig dilemma rond kansengelijkheid:

GESPREKSSTRUCTUUR

1. In welke zin is er hier sprake van kansengelijkheid?
2. Waarom is deze ongelijkheid problematisch of zelfs onrechtvaardig?
3. Welke verantwoordelijkheid heeft de gemeente?
4. Welke opties zijn er om de ongelijkheid (effectief) te beperken?
5. Welke optie heeft op grond van de bespreking de voorkeur?

TIPS VOOR EEN GOEDE DISCUSSIE

- Neem zo'n anderhalf uur de tijd voor een gesprek over een casus.
- Het hoeft niet om een casus te gaan die nu speelt. Soms is het heel verhelderend om een dilemma dat eerder speelde nog eens goed te bespreken.
- Maak de discussiegroep niet te groot. Liefst niet meer dan zes of zeven deelnemers.
- Een gespreksleider ziet erop toe dat elke vraag binnen de tijd aan bod komt. Een ander kan aantekeningen maken van de overwe-

gingen, zodat de uiteindelijke keuze goed verantwoord kan worden.

- De ervaring leert dat de vijfde vraag niet per se meteen beantwoord hoeft te worden, daarvoor is soms meer tijd nodig.
- Neem na afloop de tijd om de conclusies te bespreken met collega's die niet konden deelnemen aan het gesprek, maar die wel nauw betrokken zijn bij de casus.

VOORBEELD

Prioriteiten in collectieve opvoedondersteuning

We bespreken casus 3 in [paragraaf 1.2](#) aan de hand van de vijf vragen

1. In welke zin is hier sprake van kansengelijkheid?

Hier zijn verschillende soorten kansengelijkheid relevant. Ten eerste is er een ongelijke toegang tot aangeboden ondersteuning en voorzieningen. Niet alle ouders hebben voldoende mentale ruimte, zelfvertrouwen en (taal)vaardigheden om zich te informeren over welke gemeentelijke diensten worden aangeboden en om daar een beroep op te doen. Ten tweede zijn er ongelijke kansen op een gezond leven (door verschillen in gezondheidsproblemen). Ten derde gaat het ook om kinderen in achtergestelde groepen, die al vanaf heel jonge leeftijd gezondheidsachterstanden kunnen oplopen (door verschillen in gezondheidsrisico's).

2. Waarom is deze ongelijkheid problematisch, of zelfs onrechtvaardig?

De ongelijkheden die we noemden ontstaan door een complex aan factoren waar mensen zelf weinig aan kunnen veranderen, zoals:

- culturele verschillen in opvattingen over overgewicht;
- het feit dat grenzen stellen lastig is als er weinig sociale en

- financiële zekerheden zijn;
- het gegeven dat buitenspelen in sommige buurten veel onveiliger is dan elders;
 - dat het door de gezinssituatie voor een ouder soms moeilijk is om met kinderen naar buiten te gaan.

Deze ongelijkheden zijn vooral onrechtvaardig omdat mensen er zelf weinig aan kunnen doen, en omdat de ongelijkheden voor een deel het gevolg zijn van vaste maatschappelijke en economische structuren.

3. Wat is de verantwoordelijkheid van de gemeente?

Juist vanwege die onrechtvaardigheid, dus het feit dat mensen zelf weinig kunnen veranderen, ligt hier een taak voor de gemeente. De gemeente heeft een morele verantwoordelijkheid om een vangnet te bieden voor de meest achtergestelde groepen en om het welzijn van kinderen in die groepen te beschermen. Je kunt de opvoeding niet overnemen, maar wel ondersteuning organiseren voor de ouders.

4. Welke opties heeft de gemeente om de ongelijkheid (effectief) te beperken?

Er zijn voor de gemeente een aantal mogelijkheden om de ongelijkheid tegen te gaan:

- Breng ouders met meer en minder vaardigheden met elkaar in contact, zodat ze elkaar kunnen helpen (maatjes vormen).
- Organiseer bijeenkomsten voor specifieke groepen met gelijke vragen of in gelijke situaties.
- Organiseer bijeenkomsten voor iedereen, waarbij je extra aandacht besteedt aan het bereiken van de meest achtergestelde groepen. Organisaties in de wijk, zoals buurtstichtingen of moskeeën, slagen er soms goed in om laagdrempelige bijeenkomsten te organiseren. Je daarbij

aansluiten helpt om ouders te bereiken die de opvoedondersteuning het meest kunnen gebruiken.

5. Welke optie heeft op basis van de bespreking de voorkeur?

De derde optie is goed verdedigbaar: geef vooral aandacht aan het bereiken van de meest achtergestelde groepen. Het fundamentele uitgangspunt van de Jeugdgezondheidszorg – zorg dragen voor ieder kind – moet daarbij wel gewaarborgd blijven; ook hoogopgeleide ouders kunnen met hun kind in een achtergestelde positie terechtkomen.

Werken aan gelijke kansen op gezondheid: vier lessen

Op basis van dit soort gesprekken over dilemma's in de praktijk en van filosofische literatuur over rechtvaardigheid, kunnen we vier lessen trekken over werken aan gelijke kansen op gezondheid. Deze lessen kunnen verder helpen bij het kiezen voor kansengelijkheid.

1. Kansengelijkheid bevorderen vraagt om balanceren tussen idealisme en realisme

Strikte gelijkheid van kansen is een onhaalbaar ideaal. De tweede casus in [paragraaf 1.2](#) illustreert dit goed. In een (relatief) vrije markt wordt de voedselomgeving bepaald door factoren waarop lokale overheden doorgaans weinig invloed hebben en die een gelijk en gezond voedselaanbod in de weg staan, zoals de prijsstellingen van voedsel en de vestigingsvrijheid van ondernemers. Ook kunnen gemeenten sociale normen over wat 'goed' of 'normaal' eten is niet eenvoudig veranderen. Hierdoor is het vaak moeilijker om het aanbod van gezond voedsel te vergroten in wijken waar de gemiddelde gezondheid slechter is dan in meer welvarende en gemiddeld gezondere wijken.

Rechtvaardigheid is een mooi ideaal, maar hoe helpt ons dat in een niet-ideale wereld? Is het bijvoorbeeld rechtvaardiger om een grote groep die al wel redelijk gezond is verder te helpen, of verdient het de voorkeur om je te richten op kleinere groepen die de grootste gezondheidsproblemen hebben en voor wie het misschien onhaalbaar is dat deze problemen volledig worden opgelost? En is het beter te proberen om structurele oorzaken te veranderen, of om in te zetten op verbeteringen binnen het systeem? Bij het streven naar kansengelijkheid in het voedselaanbod bewegen VG-medewerkers heen en weer tussen idealen en realiteit. Enerzijds kaarten ze de structurele oorzaken van ongelijkheid aan, bijvoorbeeld door te lobbyen voor regulering van het voedselaanbod bij de nationale politiek, door ondernemers en organisaties in de stad aan te spreken op sociale verantwoordelijkheden of door in gesprek te gaan met andere gemeentelijke afdelingen. Anderzijds zetten ze in op de best mogelijke uitkomsten binnen de gegeven (en verre van optimale) structuren. Dat doen ze door gebruik te maken van hun bevoegdheid om de vestigingsvrijheid van cateraars te beperken, door initiatieven voor gezond eten in wijken en buurten te stimuleren en door in eigen huis voor een gezond voedselaanbod te zorgen. Daarmee werken medewerkers aan wat we hierna *feitelijke kansengelijkheid* noemen.

2. Feitelijke kansengelijkheid vraagt om ongelijke behandeling

De spanning tussen idealen en realiteit zien we terug in het onderscheid tussen formele en feitelijke kansengelijkheid. *Formele kansengelijkheid* gaat ervan uit dat als alle mensen op papier maar dezelfde rechten hebben, ze ook gelijke kansen op gezondheid en welzijn zullen hebben. In werkelijkheid pakt dit natuurlijk niet zo uit: om échte, dus *feitelijke kansengelijkheid* te bereiken, is het vaak nodig om mensen ongelijk te behandelen.

We zagen dit bijvoorbeeld in de casus over clustering van sociale problemen in [paragraaf 1.2](#). Voor formele kansengelijkheid volstaat het om op ieder individu algemene voorzieningen en regels van toepassing

te laten zijn voor wonen, rechtsspraak en gezondheidszorg. Maar als in een groep de sociale problemen zich opstapelen en hun effect hebben op het persoonlijke welzijn, dan is het noodzakelijk om daar extra ondersteuning en begeleiding te bieden. Feitelijke kansengelijkheid bevorderen vergt dus veel energie, waarbij het steeds weer de vraag is hoeveel ondersteuning je moet bieden en in welke vorm.

3. Kansengelijkheid betekent: minimumniveaus garanderen of prioriteit geven aan de meest achtergestelden

Strikt gelijke kansen realiseren is niet alleen onhaalbaar, maar volgens sommigen ook onwenselijk; mensen zijn nu eenmaal verschillend en dat heeft gevolgen voor hun feitelijke kansen en mogelijkheden. Om al die verschillen weg te nemen, zou de overheid op alle terreinen in het leven van de burger moeten ingrijpen. Daarnaast is het de vraag of we uit het oogpunt van rechtvaardigheid vooral verschillen moeten terugdringen, of andere doelen moeten nastreven. Het 'levelling down'-gedachtenexperiment kan dat verduidelijken: stel dat de overheid alleen meer gelijkheid in gezondheid kan bereiken door gezondere mensen ziek te maken. Dat is natuurlijk moreel onaanvaardbaar.

Het garanderen van minimumniveaus is een realistischer en aanvaardbaarder ideaal dan verschillen wegnemen. Dat gaat ervan uit dat het moreel gezien primair van belang is dat mensen *voldoende* hebben of kunnen, in plaats van dat mensen *hetzelfde* hebben of kunnen. Het waarborgen van een welzijnsminimum hoeft daarbij geen laag niveau te betekenen, want we kunnen de drempelwaarde zo hoog of laag maken als we nodig vinden. Maar hoeveel dan genoeg is, is politiek én ethisch lastig vast te stellen. Wanneer is een gezinssituatie gezond genoeg om zonder ondersteuning te kunnen? Of hoeveel gezonde voedselaanbieders moet een buurt hebben?

Een goed alternatief is dan om prioriteit te geven aan mensen die het slechtst af zijn. Dus: wie heeft de minste kansen op een gezond leven als je kijkt naar allerlei (elkaar versterkende) maatschappelijke risico-

factoren? Vanuit dat perspectief ligt het voor de hand dat gemeenten bij het aanbieden van collectieve opvoedondersteuning meer tijd en moeite steken in ondersteuning van gezinnen in achterstandssituaties, dan van gezinnen die het relatief goed hebben. En hetzelfde geldt voor investeringen in een gezonde voedselomgeving: kansengelijkheid kun je soms het best bevorderen door keuzes te maken waarin je prioriteit geeft aan de gezondheid van mensen in ‘achterstandswijken’.

4. Kansengelijkheid bevorderen vraagt vaak om paternalisme

Het bevorderen van kansengelijkheid, of dat nu via minimumniveaus of prioriteiten voor de minst bevoordeelden gebeurt, vraagt om een *doelgroepenbeleid*. Dat betekent dat je dan vaak een oordeel hebt over wat een specifieke groep mensen nodig heeft, wat goed voor hen is: ondersteuning bij het opvoeden van kinderen bijvoorbeeld, of een beperking van het aantal snackbars in de buurt. Mogelijk denken deze mensen er zelf anders over, en daarom is zo’n beleid al gauw paternalistisch. Maar is paternalisme een probleem als het gericht is op kansengelijkheid? Als gelijkheid in kansen het doel is, laat je mensen feitelijk vrij om die kansen wel of niet te benutten. Bij het aanbieden van collectieve opvoedondersteuning zien medewerkers reden om sommige ouders meer (of andere) ondersteuning te bieden – sommige kinderen lopen door een sociale omgeving nu eenmaal meer risico om het verkeerde pad op te gaan, of om met huiselijk geweld in aanraking te komen. Maar de ouders die extra ondersteuning in de opvoeding krijgen aangeboden hóéven er geen gebruik van te maken. Ook meer in het algemeen is een paternalistisch beleid niet problematisch zolang je waarborgt dat je individuen respectvol en als gelijkwaardig behandelt. Dat is des te belangrijker als je specifieke achtergestelde groepen of individuen aanspreekt; de beste bedoelingen kunnen immers worden ervaren als kleinerend of stigmatiserend, en daarmee als respectloos. Tegelijk moeten we niet over het hoofd zien dat in een samenleving waarin ‘zelfredzaamheid’ breed wordt gepropageerd, het vragen om hulp moeilijk kan zijn. Het aanbod van extra ondersteuning kan dan juist ook als bevrijdend worden ervaren in plaats van als respectloos.

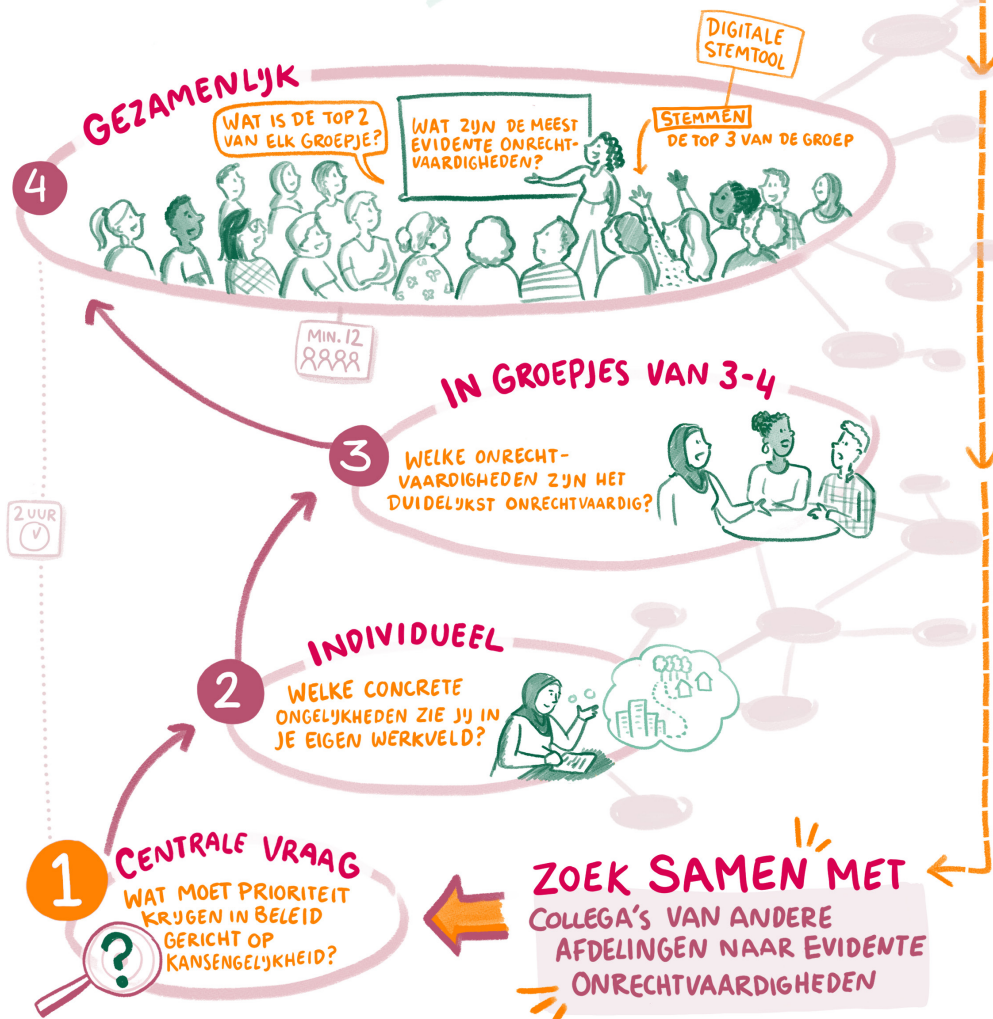
De vraag is natuurlijk wél of de voorgestelde ondersteuning aansluit bij de echte behoeften die er zijn. Dat komt in [hoofdstuk 3](#) aan bod.

PRIORITEITEN IN INTERSECTORAAL GEZONDHEIDSBELEID

WAAROM IS HET BELANGRIJK?

GEZONDHEIDSACHTERSTANDEN VRAGEN OM INSPANNINGEN VAN VERSCHILLENDE AFDELINGEN.

MAAR EEN GEDEELDE VISIE KRUGEN OP BELEIDSPRIORITEITEN KAN LASTIG ZIJN



2. Prioriteiten in intersectoraal gezondheidsbeleid

2.1 Waarom intersectoraal gezondheidsbeleid?

Gezondheidsachterstanden ontstaan in belangrijke mate door maatschappelijke structuren. Of iemand goede mogelijkheden en kansen heeft op een gezond leven hangt af van uiteenlopende sociale, fysieke, biologische en economische factoren. Armoede, een klein sociaal netwerk, een ongezonde woonomgeving en milieuvervuiling: het werkt ongezondheid in de hand. Effectief werken aan gelijke kansen op gezondheid vraagt dan ook om samenwerking met collega's van andere beleidsafdelingen die op dergelijke omstandigheden invloed kunnen uitoefenen.

Dit kwam ook naar voren in een serie discussiebijeenkomsten die we in 2018 organiseerden. Met een grote groep gezondheidsprofessionals, wetenschappers en ethici gingen we op zoek naar situaties die alle deelnemers – ongeacht expertise of politieke voorkeur – als 'evidente onrechtvaardigheden' op het gebied van volksgezondheid zagen. Dit resulteerde in een **top 3 van onrechtvaardigheden**. Namelijk die gezondheidsachterstanden die te wijten zijn aan:

1. Een beperkte toegankelijkheid van voorzieningen waar iedereen recht op heeft

Voorbeeld: mensen in achterstandsgroepen hebben vaak ongelijke toegang tot preventieve medische zorg. Ook inkomensondersteuning die voor hen is bedoeld, is soms lastig bereikbaar.

2. Een ongezonde omgeving waaraan iemand zich redelijkerwijs niet kan onttrekken.

Voorbeeld: kinderen die in sociaaleconomische achterstand opgroeien, hebben vaak een slechte start wat betreft gezondheid als gevolg van ongezonde voeding, stress of psychische problematiek bij ouders.

3. Een oneerlijke verdeling van baten en lasten van welvaartsproductie.

Voorbeeld: welvaartsgroei in Nederland gaat gepaard met milieuvervuiling door onder meer fijnstof. Die milieurisico's doen zich vaker voor in achterstandswijken, waar ze zorgen voor hart- en vaatzieken en kanker.

Dit is een goede basis voor het stellen van beleidsprioriteiten, maar een afdeling Volksgezondheid kan die nooit alléén aanpakken:

1. Om de toegankelijkheid te verbeteren van voorzieningen die relevant zijn voor gezondheid, is inzet op allerlei beleidsterreinen nodig. Denk aan ruimtelijk, economisch en sociaal beleid waar het gaat om het recht op een gezonde woning. En onderwijs als het gaat om toegang tot gezondheidszorg voor laaggeletterden.
2. Een ongezonde omgeving waaraan mensen zich redelijkerwijs niet kunnen onttrekken, kan worden aangepakt met economisch beleid en de regulering van (ongezonde) voedselaanbieders. En door Ruimtelijke ordening waar het gaat om de locatie van industriegebieden en drukke verkeerswegen. Ook in sociaal opzicht kan de omgeving ongezond zijn door onveilige buurten of thuissituaties, en liggen er verantwoordelijkheden bij Werk en inkomen, Onderwijs en Volksgezondheid.
3. Een oneerlijke verdeling van baten en lasten van de welvaartsproductie: hier zijn opnieuw economie en ruimtelijke ordening relevante beleidsterreinen, omdat het gaat om bijvoorbeeld het verminderen van schadelijke effecten van zware industrie, of van uitbuiting in de logistieke dienstverlening.

2.2 Wat maakt intersectoraal beleid lastig?

Gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor gelijke kansen op gezondheid met intersectoraal beleid klinkt – zeker vanuit volksgezondheidsperspectief – mooi, maar de noodzaak daartoe zal niet altijd door iedereen worden erkend. Verschillende afdelingen hebben hun eigen kijk op problemen, hun eigen doelstellingen en prioriteiten en vaak ook hun eigen taal. Ook is het denkbaar dat het stellen van prioriteiten op uiteenlopende beleidsterreinen politieke tegenstellingen naar boven haalt die vooral in het college en de gemeenteraad besproken moeten worden. Het kan dan lastig zijn om op ambtelijk niveau toch te komen tot een gezamenlijke, sectoroverstijgende visie op de prioriteiten voor beleid, die bijdragen aan gezondheid.

Kansenongelijkheid biedt echter een goed aanknopingspunt, want dat is een probleem op féder beleidsterrein. Bovendien leiden grote maatschappelijke ongelijkheden vrijwel altijd tot gezondheidsachterstanden en helpt de aanpak van deze ongelijkheden – ook zonder dat te benoemen – gezondheidsachterstanden te verkleinen.

2.3 Hoe kom je tot een gedeelde visie op prioriteiten?

Medewerkers van de afdeling Volksgezondheid kunnen samen met collega's van een andere afdeling, bijvoorbeeld Ruimtelijke ordening, op zoek gaan naar welke kansenongelijkheden het meest problematisch zijn. En die voor allebei de afdelingen relevant zijn. Hiervoor is de methode bruikbaar die we gebruikt hebben bij de discussiebijeenkomsten over evidente onrechtvaardigheden waarover je las in [paragraaf 2.1](#).

GESPREKSSTRUCTUUR

- **Centrale vraag**
Wat zou op de beleidsterreinen van de deelnemende medewerkers prioriteit moeten krijgen in beleid dat is gericht op kansengelijkheid?
- **Iedereen inventariseert ongelijkheden**
Welke concrete ongelijkheden zie je in jouw eigen werkveld?
- **Bespreek deze ongelijkheden in groepjes van 3 tot 4 personen**
Welke van alle genoemde ongelijkheden zijn het duidelijkst onrechtvaardig? En waarom is dat zo?
- **Bespreek de ongelijkheden plenair**
Inventariseer de twee belangrijkste ongelijkheden uit de verschillende groepjes. Bespreek in het kort de argumenten om die ongelijkheden als onrechtvaardig te beoordelen.
- **Prioriteer door iedereen te laten stemmen**
Welke van de verzamelde ongelijkheden zijn het duidelijkst evident onrechtvaardig?

TIPS VOOR EEN GOEDE DISCUSSIE

- Neem er circa twee uur de tijd voor.
- Voor voldoende opbrengst van situaties is een minimum van twaalf deelnemers aan te raden.
- Zorg ervoor dat van beide afdelingen ongeveer evenveel medewerkers meedoen.
- Voor stap 5 is het handig om een app te gebruiken waarmee je kunt stemmen, bijvoorbeeld Mentimeter of Pollmaker.
- Plan een vervolgbijeenkomst om te bespreken wat de conclusies betekenen voor beleidskeuzes op korte en langere termijn.

VOORBEELD

Medewerkers van Volksgezondheid en Ruimtelijke ordening over evidente onrechtvaardigheden

Tijdens een discussiebijeenkomst bij de gemeente Utrecht benoemden medewerkers van de afdeling Volksgezondheid en van de afdeling Ruimtelijke ordening evidente onrechtvaardigheden op het snijvlak van gezondheid en de fysieke leefomgeving en rangschikten deze naar belang. Daar kwam deze top 5 uit:

1. Sociale huurwoningen worden vooral gebouwd op plekken die overblijven, zoals langs drukke wegen, waar het leefklimaat minder goed is.
2. Niet ieder kind woont in een huis met rust, ruimte, veiligheid en een goed leefklimaat.
3. Zelfs met een gemiddeld inkomen kun je geen huis meer kopen, en dat heeft gevolgen voor het vermogen en de sociaaleconomische status.
4. Er is een ongelijke afstand tot groen.
5. Ongelijkheid in burgerparticipatie zorgt ervoor dat de ene groep beslist voor en over de andere.

Deze top 5 van onrechtvaardigheden werd onderbouwd door deelnemers in verwijzing naar twee terugkerende argumenten: het recht op een goede woning en de verantwoordelijkheid die de overheid moet nemen wanneer de markt tekortschiet. Het gaat hier niet alleen om gezondheid, maar de relatie tussen gezondheid en de leefomgeving is duidelijk. Op basis van zo'n gesprek kun je beleidsinitiatieven bespreken die kansengelijkheid op het snijvlak van leefomgeving en gezondheid kunnen terugdringen.



WAAROM PARTICIPATIE IN VOLKSGEZONDHEID?

PARTICIPATIE KAN BYDRAGEN AAN LEGITIMITEIT EN EFFECTIVITEIT VAN BELEID EN AAN EMPOWERMENT VAN BURGERS



DILEMMA'S

WAT TE DOEN AAN ONGELIJKHEID IN PARTICIPATIE?

HOE OM TE GAAN MET ONGEWENSTE UITKOMSTEN?

Bij **BURGERINITIATIEVEN**

Bij **BURGER-INSPRAAK**



ILLUSTRATIE: BETINA VAN METER

3. Participatie voor gelijke kansen op gezondheid

3.1 Waarom burgerparticipatie in volksgezondheidsbeleid?

Er is steeds meer oog voor burgerparticipatie bij het aanpakken van gezondheidsproblemen en achterstanden. We kijken hier vooral naar burgerinspraak en burgerinitiatieven. Met *burgerinspraak* kunnen inwoners tot op zekere hoogte invloed uitoefenen op het beleid. Bij *burgerinitiatieven* kunnen zij zelf ideeën ontwikkelen, plannen voorstellen en activiteiten organiseren. Dit kan gezondheidsbeleid legitiemer en effectiever maken, en bijdragen aan empowerment van burgers.

Legitimiteit

Naast dat beleid rechtvaardigheid zou moeten bevorderen, moet beleid ook *legitiem* zijn. Dat betekent onder meer dat beleid kan rekenen op een zo groot mogelijk draagvlak. Burgerparticipatie draagt hieraan bij doordat deze betrokkenheid burgers in staat stelt beleid zo te beïnvloeden, dat het beter – ook al is het nooit volledig – voorziet in hun eigen behoeften en aansluit bij hun waarden. Legitiem beleid is daarmee een kwestie van democratie: beleidskeuzes voor en door burgers zelf.

Natuurlijk wordt de gemeente al democratisch bestuurd. Maar dat politici democratisch gekozen zijn, betekent nog niet dat hun beslissingen altijd op een breed draagvlak kunnen rekenen. Dat is vooral relevant in het licht

van kansengelijkheid, want zowel lokaal als nationaal is onze democratie een 'diplomademocratie': met name mensen met een hoge opleiding krijgen posities met beslissingsmacht. Lageropgeleide burgers hebben in de praktijk weinig te zeggen, terwijl zij wel de effecten ervaren van politieke beslissingen. Dat geldt op allerlei gebieden, van werken, wonen en de fysieke leefomgeving tot gezondheid. Doordat bestaande gezondheidsverschillen grotendeels samenvallen met verschillen in toegang tot politieke invloed, beslist ook als het gaat om gezondheidsbeleid een politiek-bestuurlijke gezonde elite over de minst gezonde groepen.

De bedoelingen en argumenten van bestuurders en ambtenaren kunnen nog zo goed zijn, maar kennen zij de behoeften en waarden van burgers in achtergestelde posities ook goed genoeg om deze in hun beslissingen mee te wegen? Voorkomen moet worden dat voorzieningen onvoldoende aansluiten bij de mensen voor wie ze bedoeld zijn, of dat het in de beleids wereld veronderstelde probleem ('een lagere levensverwachting') door de doelgroep niet als (belangrijkste) kwestie wordt ervaren. Burgerparticipatie kan ook mensen in een achtergestelde positie een stem geven; beleid laten aansluiten bij die stem maakt het legitiemer.

Effectiviteit

Aansluiten bij de stem van mensen in een achtergestelde positie draagt niet alleen bij aan de legitimiteit van beleid, maar kan het ook *effectiever* maken. Als in beleidskeuzes rekening wordt gehouden met de diversiteit aan waarden en behoeften van die mensen die erbij gebaat moeten zijn, is de kans groter dat die mensen er ook werkelijk baat bij hebben. Over het algemeen kunnen mensen zelf het best aangeven wat hun behoeften zijn of waarom een goed beleidsidee soms onvoldoende passend is. Het stimuleren van meer sporten en bewegen zal bijvoorbeeld meer (gewenst) effect hebben, als het aanbod ook echt toegankelijk en aantrekkelijk is voor mensen met overgewicht of chronische gezondheidsklachten. Om die reden kun je mensen het best zelf bij gezondheidsbevordering betrekken.

Empowerment

Een derde reden voor het stimuleren van burgerparticipatie is dat als dit goed gebeurt (zie hierna ook [paragraaf 3.3](#)), het burgers meer zeggenschap geeft over hun eigen leven en omgeving. Daarmee draagt het bij aan *empowerment* van burgers: meepraten en meedenken over beleidskeuzes en zelf activiteiten organiseren, versterkt het gevoel van eigenwaarde en handelingsbekwaamheid. Dat is op zichzelf een goede zaak. Bovendien kan een sterker gevoel van eigenwaarde ook een positieve uitwerking hebben op iemands gezondheid.

3.2 Wat zijn mogelijke dilemma's?

Burgerparticipatie kan dus bijdragen aan de legitimiteit en effectiviteit van beleid en aan empowerment van burgers, maar het is geen wondermiddel en ook niet altijd toepasbaar. Soms zijn gemeenten bijvoorbeeld wettelijk verplicht om landelijk vastgelegd volksgezondheidsbeleid uit te voeren en is er dus helemaal geen ruimte voor burgerparticipatie. Als die ruimte er wel is, kan participatie ook nog negatief uitwerken en bestaande ongelijkheid juist vergroten. We bespreken in deze paragraaf twee soorten dilemma's die zich bij burgerparticipatie kunnen voordoen.

Ongelijkheid in participatie

Een veelvoorkomende zorg onder gemeentemedewerkers is dat mensen in de meest achtergestelde posities doorgaans minder aanwezig zijn bij burgerinspraak, die daardoor vooral wordt ingevuld door mensen in meer bevoorrechte posities. Dat kan bestaande ongelijkheden juist vergroten. Het is niet gemakkelijk deze ongelijkheid in deelname aan te pakken. Laaggeletterdheid, eenzaamheid en wantrouwen in de overheid vragen extra inspanningen van de gemeente om inspraak echt toegankelijk te maken. Zorgen over schulden en woonlasten beperken je mentale ruimte en energie om na te denken over de gezonde leefomgeving. Als participatie afleidt van urgentere zaken, zoals de zorg voor kinderen of het vinden van werk, is er bovendien helemaal geen sprake van empowerment. Helpt

het als de gemeente burgers zou betalen voor deelname? En hoeveel tijd en moeite moet je als gemeentemedewerker steken in het toegankelijk maken van burgerinspraak?

Als gelijkheid bij inspraak al lastig is, dan is dat bij burgerinitiatieven zeker het geval. Mensen in de meest achtergestelde posities hebben veelal minder vaardigheden, mentale ruimte, tijd en energie om activiteiten te organiseren om de gezondheid te bevorderen, én daar ook nog subsidies voor aan te vragen. Maar als gezondheidsinitiatieven worden georganiseerd door de meer welgestelde bewoners, dragen ze dan nog wel bij aan gelijke kansen? En in hoeverre zou de gemeente moeten voorkomen dat bij de organisatie van buurtactiviteiten sommige bewoners (bedoeld of onbedoeld) worden uitgesloten, als juist het idee is om zo veel mogelijk over te laten aan inwoners zelf?

'Ongewenste' effecten van participatie

Burgerparticipatie biedt geen garanties voor effectiever gezondheidsbeleid. Wat doe je bijvoorbeeld als inwoners op inspraakbijeenkomsten aangeven liever meer parkeerplaatsen te hebben dan een speeltuin of groenvoorziening? En moet je wel inspraak op gezondheidsbeleid faciliteren als ambtenaren horen dat gezondheidsachterstanden niet echt als probleem worden ervaren? Burgerinspraak kan dan op gespannen voet komen te staan met de verantwoordelijkheid van een gemeente om gezondheidsachterstanden terug te dringen.

Ook bij burgerinitiatieven gericht op het bevorderen van gezondheid kan het de vraag zijn of deze echt bijdragen aan een betere gezondheid van de minder of minst gezonde groepen. Bijvoorbeeld wanneer gezondheidsbevorderende activiteiten worden georganiseerd die alleen aansprekend zijn voor al relatief gezonde inwoners, of wanneer sportactiviteiten voor kinderen worden georganiseerd, waarbij veel ongezonde snacks worden verkocht? Zou je burgerparticipatie moeten beperken vanwege mogelijk negatieve uitkomsten voor gezondheid, of moet je die 'ongewenste' effecten accepteren?

3.3 Hoe ga je om met zulke dilemma's?

Burgerinitiatieven: in gesprek gaan over dilemma's

Voor dilemma's rond burgerinitiatieven geldt dat – net als bij de dilemma's in [paragraaf 1.2](#) – een gesprek met collega's (zie [paragraaf 1.3](#)) meer inzicht kan geven in hoe je het best kunt handelen. Zo kun je de specifieke omstandigheden en belangen in overweging nemen en per situatie een balans zoeken tussen controleren en loslaten. Bij sommige activiteiten zal het bijvoorbeeld goed zijn om voorwaarden te stellen aan initiatieven, bijvoorbeeld alleen gezonde snacks verkopen bij activiteiten, of activiteiten effectief toegankelijk maken voor iedereen. Bij andere activiteiten zal het nadeel van overheidsbemoeienis het afleggen tegen nadelige effecten van burgerinitiatieven (uitsluitingsmechanismen, ongezond eten en drinken).

Burgerinspraak: stappenplan voor goede inspraak

Met dit stappenplan vergoot je de kans dat inspraakprocessen zowel de legitimiteit en effectiviteit van beleid, als empowerment van burgers versterken.

VOORAF

- Bepaal of het onderwerp zich leent voor inspraak. Zijn er alternatieve beleidskeuzes over te maken? Kan de gemeente werkelijk iets doen met de op te halen informatie?
- Bepaal voor welke inwoners het onderwerp van belang is. Wie zullen de consequenties van beleid het meest ervaren en voor wie is het beleid bedoeld?
- Bepaal in welke fase burgerinspraak de meeste waarde heeft. Bij het ontwikkelen van plannen? Bij de precieze uitvoering? Bij de evaluatie?
- Bepaal welke vorm het geschiktst is. Een (online) enquête, een fysieke discussiebijeenkomst, een referendum, een online burgerforum, een internetconsultatie enzovoort?
- Bepaal hoe de beoogde belanghebbende groep het best is te

bereiken. Is het mogelijk om uitnodigingen te verspreiden via buurthuizen, kerken, moskeeën, scholen of sociale media? Is het effectiever per huisadres? Overweeg of een vergoeding voor deelname passend is.

- Bepaal hoe complex of eenvoudig de vraag die je wilt voorleggen en de informatie over het onderwerp mogen zijn. Hoe houd je het zo eenvoudig mogelijk en voorkom je tegelijkertijd dat burgerinspraak een loze belofte wordt, omdat zaken toch ingewikkelder liggen dan je aan burgers communiceerde?
- Creëer realistische verwachtingen. Wat is het doel van het gesprek? Waar hebben deelnemers invloed op en waarop niet? Welke andere actoren dan de gemeente zijn van invloed? Wat gebeurt er met de uitkomsten? Maak bijvoorbeeld ook duidelijk dat de gemeente een verantwoordelijkheid heeft om gezondheid te bevorderen, en dat daarom mogelijk niet alle wensen kunnen worden ingewilligd.

TIJDENS

- Zorg voor een inclusieve en veilige discussie. *Inclusief* betekent dat iedereen evenveel spreektijd krijgt en dat je benadrukt dat ieders mening meetelt. *Veilig* betekent dat deelnemers elkaar respecteren. Ook vertrouwelijkheid draagt bij aan veiligheid. Vooral bij mensen in een achtergestelde positie kan het gevoel van veiligheid toenemen als ze de garantie krijgen dat niets van wat ter sprake komt, wordt doorgespeeld aan bijvoorbeeld de politie. In het ideale geval is het gesprek echter open en publiek toegankelijk voor iedereen, en dat beperkt de mogelijkheid om alles vertrouwelijk te houden.
- Kies een competente en onbevooroordeelde gespreksleider. Behalve het gesprek leiden, moet een gespreksleider goed kunnen luisteren; dat wil zeggen dat hij of zij werkelijk kan horen wat wordt gezegd, zonder dit in te vullen op basis van eigen veron-

derstellingen. Dat betekent bijvoorbeeld altijd doorvragen bij uitspraken die op meerdere manieren zijn uit te leggen.

ACHTERAF

Laat weten wat er met de opbrengst gebeurt, welke voorstellen niet kunnen worden uitgevoerd en waarom dat niet kan.

VOORBEELD

Meetellen Utrecht stimuleert gelijkheid in participatie

Voor het toegankelijker maken van burgerparticipatie valt veel te leren van de werkwijze van [Meetellen Utrecht](#) in samenwerking met de gemeente. Deze organisatie doet onderzoek naar de ervaringen en behoeften van Utrechters in achtergestelde posities en wordt grotendeels gerund door *panelmedewerkers*. Dat zijn mensen die zelf ervaring hebben met allerlei vormen van achterstelling en die als ervaringsdeskundigen een relatief goede afspiegeling zijn van de burgers die meedoen aan onderzoeken van Meetellen Utrecht. Meetellen Utrecht draagt zo bij aan de empowerment van deze groep en aan de legitimiteit van het gezondheidsbeleid dat dankzij hun onderzoek beter kan worden afgestemd op behoeften die mensen zelf ervaren.

Voorafgaand aan de jaarlijkse onderzoeken, bespreken panelmedewerkers van Meetellen Utrecht de vraag welke specifieke kwesties binnen een breder onderzoeksthema aan de orde moeten komen: een vorm van 'burgerinspraak over burgerinspraak'. Dat gebeurde ook bij de tweejaarlijkse inwonersenquête van de stad Utrecht. Deze wordt al jaren door duizenden Utrechters ingevuld, maar de enquête was nooit goed toegankelijk voor mensen met beperkte taalvaardig-

heden. Ook mensen zonder vaste verblijfplaats waren steeds ondervertegenwoordigd. In samenspraak met panelmedewerkers selecteerden medewerkers van de gemeente en van Meetellen Utrecht thema's uit die 'standaardenquête' die relevant zijn voor genoemde groepen. Ook vereenvoudigden zij sommige vraagstellingen. Daarnaast bood Meetellen Utrecht begeleiding aan bij het invullen van de vragenlijsten. De gemeente heeft de uitkomsten opgenomen in haar openbare database, de [Utrecht Monitor](#).

Colofon

Tekst: Beatrijs Haverkamp en Marcel Verweij

Tekeningen: Betina van Meter

Opmaak: studio ds

