

Klasien Horstman & Mare Knibbe

Gezonde stad

**Uitsluiting en ontmoeting
in de publieke ruimte**



de Graaff

GEZONDE STAD

GEZONDE STAD

UITSLUITING EN ONTMOETING IN DE PUBLIEKE RUIMTE

KLASIEN HORSTMAN & MARE KNIBBE

Gezonde Stad

Uitsluiting en ontmoeting in de publieke ruimte

Klasien Horstman & Mare Knibbe

ISBN 978-94-93127-21-0

NUR 740 / 758

Tekstredactie: Tekstbureau Taallent, Apeldoorn

Foto's hoofdstuk 3, 5 en 7: Hakim Hasanov

Ontwerp omslag: Jannie de Groot grafische vormgeving, Hilversum

Vormgeving binnenwerk: MOL grafische vormgeving, Utrecht

© De auteurs | Uitgeverij de Graaff, 2022

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden overgenomen, vermenigvuldigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever en vermelding van de auteur(s) van het boek.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j°, het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever (Uitgeverij de Graaff, www.uitgeverijdegraaff.nl) te wenden.

Aabonneer u op de nieuwsbrief van Uitgeverij de Graaff: www.uitgeverijdegraaff.nl

U ontvangt dan regelmatig informatie over nieuwe titels en blijft ook op de hoogte van aanbiedingen en kortingsacties.

Volg ons tevens op Facebook www.facebook.com/Uitgeverijdegraaff

INHOUD

INTRODUCTIE	7
1. DENKEN OVER GEZONDE STEDEN	11
Van individueel gedrag naar Gezonde Steden	12
Sociale ongelijkheid en diplomademocratie	15
Gezondheidsverschillen en ‘de onbereikbare lage SES’	18
Stad-maken door planning of improvisatie?	21
Welke kennis over de Gezonde Stad telt?	24
De waarde van etnografie	30
2. STRESS EN HERSTEL IN LAGE-INKOMENSBUURTEN	35
Van psychiatrische categorieën naar verhalen van lijden	37
Bianca in de buurt: een narratieve benadering	40
Enscenering van Fabiënne en Harie	42
Idiomen van pijn	43
Veerkracht in de buurt	47
Onbereikbare instituties	49
Slot	52
3. VEILIGE HAVENS IN ONVEILIGE BUURTEN	55
Van ‘gebroken ramen’ naar publieke ontmoetingsplekken	57
Een groene en een stenige buurt	59
Versterkte woningen en gezellige stoepen	61
Vervreemding en familiariteit in de straat	63
Hoge hekken en ambivalente gebouwen	68
Professionals in een spagaat	72
Slot	75
4. WOONPIJN IN EEN CHIQUE STAD	79
Verschuivingen in huizenmarkt en zorglandschap	80
Betekenis van ‘goed wonen’	83
Wel een dak boven het hoofd, maar geen rust	85
Zwerven, verdwalen en overleven	88
Betrokken professionals en een gastvrije stad	92
Slot	95

5. GEOGRAFIE VAN EEN ZORGZAME STAD	99
Ruimte, kennis en macht	100
De micropolitiek van micropublieke plekken	103
‘Het voorliggend veld’	105
Organisatie van inclusie en integratie	106
De werking van woorden	112
De impact van financiële arrangementen	114
Slot	118
6. VAN ASOCIAAL GROEN NAAR EEN LEVENDIG PARK	123
Een therapeutisch landschap	125
Gras doet niets	127
Dansen in het park	130
Plaatsmaken tijdens een pandemie	133
Zichtlijnen of beschutting	134
Hoe vloeibaar is de publieke ruimte?	137
Slot	142
7. EEN GEZONDE OMGEVING ALS DEMOCRATIEPROBLEEM	145
Publieke verantwoording als democratische praktijk	148
Verwetenschappelijking van vertrouwen	150
Sociale plekken versus individuele zorgindicaties	154
Zorgzaam wonen zonder professionele protocollen	157
Openbare kunst, geld en vergunningen	161
Slot	164
8. WERKEN AAN EEN GEZONDE STAD	167
Gezonde Stad als assemblagewerk	169
Lokale kennis in een stedelijke democratie	171
Een publieke ethiek van Gezonde Steden	175
Gezondheid publiek maken	178
HANDREIKING VOOR EEN INCLUSIEVE EN GEZONDE STAD. EEN PARTICIPATIEVE AANPAK VAN DE PUBLIEKE RUIMTE	181
LITERATUUR	187
VERANTWOORDING	199
DANKWOORD	203

INTRODUCTIE

De snackbar staat bijzonder laag in aanzien. Vanwege de lage prijs en de slechte kwaliteit van de voeding – een hoge energiewaarde, voornamelijk vet en suiker, een lage voedingswaarde, gebrek aan verse groente en vers fruit – worden de snackbar en zijn moderne variant, het fastfoodrestaurant, als medeboosdoeners van ‘de obesitasepidemie’ beschouwd. De snackbar schreeuwt ongezondheid. Daarnaast is de snackbar een symbool geworden van een slechte kwaliteit van leven: hij wordt verbonden met armoede, haast, ongeduld, instant-genot, vervreemding en ecologische onverantwoordelijkheid. De snackbar is een symbool van culturele armoede (Horstman, 2013).

Dat is wel anders geweest. Na de Tweede Wereldoorlog mochten de snackbar en de kleine cafetaria zich in een groeiende belangstelling verheugen. Met de totstandkoming van vestigingsregels, scholingseisen en wettelijke sluitingstijden werd deze ‘kleine horeca’ een stabiel element in de Nederlandse eetcultuur. De snackbar gaf een sterke impuls aan het ‘buiten de deur eten’ voor ‘de massa’ en heeft bijgedragen aan de emancipatie van de lagere middenklasse. De opkomst van de snackbar drukte uit dat lagere-inkomensgroepen meer ‘gevestigd’ raakten en dat vrouwen recht hadden op een kookvrije dag per week.

Het is de vraag of de tegenwoordige snackbar haar negatieve imago verdient. Eten brengt mensen samen en snackbars zijn een plek waar nieuwkomers zich verbinden met Nederland op een manier die op veel andere plekken niet voorkomt. Waar eerder de bamibal zijn intrede deed in het menu, is er nu de kapsalon: een vette combinatie van patat met shoarma, kaas en saus. Volgens historicus Van de Laar (2011) is deze snack, uitgevonden in Delfshaven door een Turkse fastfoodwinkel en een Kaapverdiaanse kapper, een uitdrukking van de ontwikkeling van een transnationale stedelijke cultuur in Rotterdam. Niet alleen in Rotterdam, maar ook in andere steden en regio’s hebben snackbars naast frikandellen inmiddels pizza’s en kebab in de aanbieding. De vegetarische snack is in opmars en ook de salade is aan het repertoire toegevoegd. Nieuwe varianten van snacks creëren nieuwe verbindingen tussen verschillende bevolkingsgroepen met een smalle beurs en spelen een niet te onderschatten rol in de dynamiek tussen gevestigden en buitenstaanders. Niet iedereen kan naar Ottolenghi. De snackbar om de hoek in de buitenwijk is ook een venster op een wereld die steeds groter wordt.

De veranderende menukaart van de snackbar drukt uit dat ze een knooppunt is in de stad. Een mengeling van vaste klanten en incidentele bezoekers, vaak uit de buurt, soms van ver, maakt van de snackbar een ontmoetingsplek. Om de wachttijd te doden maken mensen een praatje, een geintje, in verschillende talen en dialecten. Sommigen blijven langer hangen en delen wat ze hebben meegemaakt. In de snackbar worden vreemden bekende vreemden. Dat de snackbar in veel wijken een van de weinige ontmoetingsplekken is voor mensen met weinig geld, geeft te denken. Dat sommige buurten qua voedselaanbod woestijnen zijn eveneens en de wegrationalisering van het sociale in grote fastfoodketens is zorgelijk. Maar wie verder kijkt dan calorieën, zal de snackbar niet meteen uit het straatbeeld laten verdwijnen.

Deze blik op de snackbar geeft aan waar dit boek over gaat: over gezondheid en normen voor gezondheid, over ongelijkheid, uitsluiting en ontmoeting, over publieke ruimte en democratie. Met dit boek over de Gezonde Stad sluiten we aan bij de trend om, na decennia van individualisering van gezondheid, weer een sociaal perspectief op gezondheid te ontwikkelen. Het boek gaat over gezondheid als een publieke zaak. Daarbij gaan we met name in op de vraag welke kennis eigenlijk nodig is bij het werken aan een Gezonde Stad. Kennis van calorieën kan daarbij niet richtinggevend zijn, maar wat voor soort kennis dan wel?

We situeren dit boek op het snijvlak van vier wetenschappelijke discussies. Het eerste debat gaat over *sociale ongelijkheid en democratie*. Het tweede debat gaat over *sociale gezondheidsverschillen* tussen zogeheten hoge- en lage-inkomensgroepen. Ten derde putten we uit discussies over *stadsontwikkeling en de publieke ruimte*. Deze drie discussies zijn van groot belang voor Gezonde Steden, maar ze worden ook gekenmerkt door een blinde vlek. In deze discussies is namelijk weinig aandacht voor de rol van de *kenniscultuur* in de definitie van problemen en oplossingen. In het discours over Gezonde Steden worden kennisclaims over gezondheid, sociale ongelijkheid, participatie en publieke ruimte door de bank genomen als een gegeven gebruikt: ze zijn amper onderwerp van reflectie en discussie. Met andere woorden, de *kennispolitieke dimensie* van discussies rond de Gezonde Stad is sterk onderbelicht. In dit boek willen we dat rechtzetten. Daarom verbinden we de drie discussies met een vierde over de vraag *welke kennis telt* in de ontwikkeling van een Gezonde Stad.

In het eerste hoofdstuk schetsen we het filosofische en sociologische landschap voor onze analyse van een Gezonde Stad en leggen we onze methodische benadering uit. We richten ons op publieke plekken die, net als de snackbar, door bestuurders en experts gezien worden als plekken met een kennistekort: lage-inkomensbuurten, daklozen-

opvang et cetera. In de volgende hoofdstukken draait het steeds om de vraag hoe de publieke ruimte die centraal staat juist gezien kan worden als een plek waar lokale kennis wordt gemaakt over de Gezonde Stad.

In hoofdstuk 2 laten we zien hoe kennis van bewoners in een lage-inkomensbuurt over gezondheid en stress met behulp van een interactieve narratieve aanpak ontsloten kan worden. In het derde hoofdstuk richten we ons op de lokale kennis van (on)veiligheid in twee lage-inkomensbuurten met veel criminaliteit, maar een hele verschillende ruimtelijke inrichting, stenig versus groen. Hoofdstuk 4 laat mensen aan het woord die worstelen met veerkracht en gezondheid in een stad die voor mensen met weinig geld steeds minder toegankelijk wordt. Zij vertellen hoe het woon-zorglandschap en de publieke ruimte in de stad 'woonpijn' versterken dan wel verzachten. Het volgende hoofdstuk gaat over de geografie van zorg in de stad. Hoe dragen publieke plekken, waar mensen niet in hokjes worden geplaatst, bij aan een sociale en inclusieve stad, en welke kennis wordt op deze plekken gemaakt? In hoofdstuk 6 schetsen we hoe bewoners in een lage-inkomensbuurt een saai park in een levendige ontmoetingsplek proberen te veranderen en hoe de werkwijzen van bewoners en van instituties zich tot elkaar verhouden. In hoofdstuk 7 gaan we in op de spanningen tussen burgerparticipatie en publieke verantwoording bij het maken van een gezonde, zorgzame, groene, inclusieve omgeving. Verantwoording afleggen hoort bij democratie, maar verwetenschappelijking en bureaucratisering van verantwoordingsregimes sluiten grote groepen burgers uit. Welke obstakels levert dat op voor het maken van een Gezonde Stad? In het slothoofdstuk reflecteren we op de inzichten die in deze hoofdstukken naar voren zijn gekomen. Wat vertellen ze over het maken van een Gezonde Stad en gezonde omgevingen en hoe kan daaraan gewerkt worden zonder bewoners en hun kennis uit te sluiten? Het boek sluit af met een praktijkgerichte handreiking voor makers van Gezonde Steden. Waar moeten ze aan denken als ze een participatieve aanpak van de Gezonde Stad voorstaan?

1. DENKEN OVER GEZONDE STEDEN

De ‘Gezonde Stad’ is in opmars. Van Amsterdam en Rotterdam tot Zwolle, Emmen en Roermond zetten veel steden gezondheid hoog op de agenda. Doordrongen van het idee dat veel mensen overgewicht hebben en te weinig bewegen en dat de klimaatcrisis een grote impact heeft op de leefomgeving, wordt gewerkt aan de fietsbare stad, de duurzame stad, de wandelbare stad en de groene stad. In de eerste Nederlandse Gezonde Stad Index 2020 bleken Groningen, Nijmegen en Maastricht de Nederlandse top 3 uit te maken (Boon et al., 2020). In deze index werden punten toegekend voor Gezonde Gebouwde Omgeving, Gezonde Mobiliteit, Gezonde Buitenruimte, Gezond Milieu en Gezonde Gemeenschap. Middelgrote steden deden het op die criteria klaarblijkelijk beter dan de grootste steden of juist de kleinere. Maar wat betekent een ‘Gezonde Stad’ eigenlijk en waar komt dit idee vandaan?

Nadat we de beweging naar Gezonde Steden hebben geïntroduceerd, schetsen we in dit eerste hoofdstuk de sociologische en filosofische discussies die de achtergrond vormen voor dit boek. Het zal duidelijk worden dat sociale ongelijkheid en gezondheidsverschillen geen problemen zijn die door wetenschap en beleid kunnen worden opgelost, omdat beide onderdeel zijn van het probleem. We lichten de focus van dit boek op de publieke ruimte toe en vertellen waarom we een etnografische-participatieve werkwijze hebben gebruikt om de relatie tussen publieke ruimte en gezondheid beter te begrijpen. Die methodische benadering helpt om kennis van mensen die worstelen met gezondheid en veerkracht – vanwege stress, schulden, dakloosheid, of criminele burens – te ontsluiten en voor het voetlicht te brengen. Maar we beginnen met de beweging voor Gezonde Steden.

In historisch perspectief worden steden zelden geassocieerd met gezondheid. Verstedelijking en urbanisatie worden vaak in een adem genoemd met industrialisering, ongezond werk, ongezond wonen, luchtverontreiniging, openbare riolen en de verderfelijke invloeden van drank en prostitutie. Hoewel sommige steden in de zeventiende eeuw al regels hadden voor afval, zoals de verplichte aanleg van een beerput, was de stank in veel steden eeuwenlang niet te harden (Van Oosten, 2015). In zijn boek *Het koninkrijk der sloppen. Achterbuurten en vuil in de negentiende eeuw* laat Van der Woud (2010) zien hoe arme stadsdelen een plek waren van overbevolking, armoede, honger, ziekte en stank. Omdat zulke effecten niet tot arme buurten beperkt bleven en ook de betere buurten er last van gingen ondervinden, ontstonden eind negentiende en begin twintigste eeuw initiatieven om de stedelijke omgeving gezonder te maken, de bevolking te verheffen en de welvaart te vergroten (Houwaart, 1991; De Swaan, 1989). Waterleiding en riolering, hygiëne, betere arbeidsomstandigheden, de eerste verzekeringen – een heel scala aan arrangementen droeg bij aan de vermindering van armoede- en infectieziekten.

In de loop van de twintigste eeuw verdween de Gezonde Stad van de publieke agenda. De succesvolle bestrijding van infectieziekten, het succes van de klinische geneeskunde en de groeiende toegang tot de gezondheidszorg leidden ertoe dat het collectieve en preventieve karakter van de gezondheidszorg achter de coulissen verdween. Meer en meer ging men gezondheid zien als een zaak van de individuele patiënt. Toen in de tweede helft van de twintigste eeuw uit epidemiologisch onderzoek bleek dat hart- en vaatziekten en later kanker de grootste sterfterisico's waren, werden wel preventieve strategieën ontwikkeld, maar deze waren vaak farmaceutisch van aard en gericht op individueel gedrag. Statines en bètablokkers waren aantrekkelijker en sneller effectief dan maatschappijverandering. Tegen het einde van de twintigste eeuw werd echter duidelijk dat er grenzen zijn aan wat in de medisch-klinische praktijk kan worden gerealiseerd. De naoorlogse groei van chronische ziekten maakte de schaduwzijde van welvaart en van armoede zichtbaar en de gezondheidseffecten van CO₂ kwamen ook nadrukkelijker voor het voetlicht. Dit resulteerde in een hernieuwde roep om een gezonde leefomgeving.

De internationale beweging voor Gezonde Steden die aan het einde van de twintigste eeuw ontstond (WHO, 1986), introduceerde een holistisch en ecologisch perspectief op gezondheid. Voortrekkers van deze beweging waren er namelijk van overtuigd dat de gewoonte om preventie te richten op enkelvoudige risico's (bijvoorbeeld roken of

luchtverontreiniging) of specifieke ziekten van individuen (bijvoorbeeld hart- en vaatziekten of kanker) geen zoden aan de dijk zou zetten. De stapeling van dit soort individualistische programma's deed volgens hen geen recht aan gezondheid als een maatschappelijk fenomeen. Deze nieuwe beweging omarmde principes voor gezondheidsbevordering, zoals gemeenschapsparticipatie, rechtvaardigheid en samenwerking. Net als rond 1900 zouden medici en infectieziektenskundigen moeten samenwerken met ingenieurs, sociologen, stadsplanners en architecten om een brede aanpak te ontwikkelen voor gezondheid. Deze visie vond onderdak bij de Wereld Gezondheid Organisatie (WHO) en had ook de beweging van de Gezonde Steden een sterke impuls kunnen geven, maar ondanks deze bondgenoot kwam de beweging niet echt van de grond. Dat had te maken met timing en context.

Toen de beweging voor Gezonde Steden opkwam, ontwikkelde zich namelijk internationaal een neoliberal politiek klimaat met een nadruk op marktwerking, concurrentie en zelfredzaamheid van burgers. Deze trend zat de Gezonde Stedenbeweging op minstens twee manieren in de weg. In de eerste plaats was de publieke sfeer vanaf de jaren 1990 doortrokken van het zogenoemde 'new public management' met de nadruk op doelmatigheid, efficiency en effectiviteit. Snel succes behalen op zogeheten SMART (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden) geformuleerde doelen werd een vereiste voor politiek en beleid. Complexe stedelijke veranderingsprocessen ten behoeve van gezondheid, welzijn en leefbaarheid kunnen echter moeilijk SMART geformuleerd en efficiënt uitgevoerd worden. Dergelijke processen vragen om democratisch overleg, samenwerking, wrijving, collectief leren en creativiteit – processen die eerder *slow* dan SMART zijn – maar daar bood het neoliberale klimaat weinig ruimte voor.

In de tweede plaats was ook de wetenschappelijke cultuur weinig behulpzaam als het ging om Gezonde Steden. In samenhang met de opkomst van neoliberale idealen van autonomie en eigen verantwoordelijkheid, werden gezondheid en welzijn als individuele problemen gedefinieerd. Dit bood een goede voedingsbodem voor sociaal-psychologisch onderzoek naar individuele kenmerken van gezond gedrag – motivatie, cognities, sociale steun, zelfvertrouwen – en versterkte individualistische benaderingen van gezondheid. Bovendien bewerkstelligden de nieuwe doelmatigheidsidealen voor het publieke domein een eenzijdig kwantitatieve kenniscultuur op het terrein van gezondheid. Het statistisch methodisch repertoire creëerde een onderzoekscultuur van 'meten is weten' (Brinkgreve et al., 2017; Van der Kolk, 2021). Deze onderzoekscultuur bood weinig ruimte om de samenhang tussen gezondheid, werkgelegenheid, inkomen, mobiliteit, sociale cohesie en natuur voor het voetlicht te brengen, anders dan

in termen van 'een veelvoud van factoren'. Perspectieven van antropologen en sociologen kregen in deze kennispolitieke cultuur weinig kans en de vele betekenissen van 'worstelen met gezond leven' raakten ondergesneeuwd in de gemiddelden (Horstman & Houtepen, 2005).

Wat eind twintigste eeuw niet van de grond kwam, lijkt anno 2022 meer kans van slagen te hebben. Mede door klimaatveranderingen en de internationale afspraken voor CO₂-reductie zit het ideaal van een Gezonde Stad weer in de lift (De Leeuw, 2017). Zorgen over de wereldwijde 'epidemie' van overgewicht en te veel zitten en over de toename van sociale ongelijkheid en gezondheidsverschillen ondersteunen de roep om een andere inrichting van steden. Hoeveel ruimte hebben auto's, fietsers, spelende kinderen en vossen in de stad en hoeveel McDonalds kan een stad verdragen? Hoe de Gezonde Stad vorm gaat krijgen, valt echter te bezien.

Want wie gaat eigenlijk over de inrichting van de stad? In haar studie over Amsterdam *Van wie is de stad* stelt Milikowski (2018), in navolging van stadssocioloog Rath, dat grote steden 'pretparken voor hoogopgeleiden' (p. 23) zijn geworden waar vastgoedhandel, hippe koffieketens en commercieel toerisme de dienst uitmaken. Voor mensen met minder draagkracht, zoals verpleegkundigen, onderwijzers, productiemedewerkers en kunstenaars, is amper plek meer. Hoewel er inmiddels veel kritiek is op deze trend, is ze nog niet gekeerd. De analyse van Milikowski maakt duidelijk dat internationale bedrijven een flinke vinger in de pap hebben bij de vormgeving van steden, dat er een grote kloof gaapt tussen bestuurders en bewoners van de wijken waar de bestuurders niet wonen en dat het bewoners aan macht ontbreekt om een serieuze tegenbeweging te organiseren. In zijn boek *Er was eens een stad. Visionaire planologie*, een analyse van veertig jaar planologie in Amsterdam, kritiseert Hemel (2021) de neiging van gemeentelijke planologen om 'burgers op afstand te houden' (p. 26). Hij pleit voor een narratieve ruimtelijke planning die burgers niet tegen zich in het harnas jaagt, die duurzaam en rechtvaardig is en waarvoor planologen de stad ingaan om te luisteren, te kijken en te leren. Deze analyses roepen de vraag op of het nieuwe elan rond Gezonde Steden vorm krijgt via de idealen van gemeenschap, participatie en ecologie, of dat het aanhaakt bij het ideaal van het zelfredzame individu als de motor van een florerende stedelijke economie. Is het maken van Gezonde Steden een zaak van bestuurders, planologen en andere experts of ook van bewoners?

Tegen de achtergrond van deze discussies over Gezonde Steden, hebben wij vanaf 2012 onderzoek gedaan naar gezondheid, veerkracht, welzijn en leefbaarheid in een middelgrote stad, Maastricht. Dit boek is de neerslag van onze bevindingen. De lezer is nu

wellicht op zoek naar definities van gezondheid of veerkracht, maar die komen er niet. We vatten gezondheid breed op: gezondheid verwijst naar een breed palet aan *beteekenissen* in alledaagse *praktijken* van gezondheid, veerkracht, veiligheid en participatie. En terwijl het gebruikelijk is om in onderzoek naar een Gezonde Stad veel statistiek ten tonele te voeren, bevat dit boek weinig cijfers. We zetten noch de gezondheidsdefinities en de statistische kennis van gezondheidsexperts centraal, noch de ideeën van beleidsmakers die vaak op die cijfers geënt zijn. Er worden in het boek ook weinig dokters ten tonele gevoerd. We richten ons op de *alledaagse praktijken, kennis en ervaringen* van bewoners en buurten die, volgens epidemiologisch onderzoek en gemeentelijke monitoring, als het minst gezond gelden. Deze praktijken worden namelijk in het gezondheidsdiscours weinig zichtbaar gemaakt, alle participatie-idealen ten spijt. Middelgrote steden zoals Maastricht laten op kleinere schaal vergelijkbare tendensen zien als Amsterdam: een woningmarkt die werkt voor mensen met ruim voldoende financiële middelen, een stadscentrum dat sterk gericht is op toeristen en studenten, een economie voor hoogopgeleide kenniswerkers en een groeiende segregatie van rijkere en armere buurten. Juist in het licht van deze trends is het belangrijk om te leren van de praktijken en ervaringen van bewoners die niet aan het langste eind trekken.¹

SOCIALE ONGELIJKHEID EN DIPLOMADEMOCRATIE

Wie onderzoek doet naar een gezonde en leefbare stad, kan niet om vraagstukken van sociale ongelijkheid heen. De schrijnende sociale verschillen die het einde van de negentiende en het begin van de twintigste eeuw karakteriseerden, mogen dan verdwenen zijn, iedereen weet waar in de stad de meer en minder bemiddelden wonen, wat florerende wijken zijn en welke buurten als problematisch te boek staan. De verwachting dat de gestage afname van sociale ongelijkheid in de twintigste eeuw door de opkomst van een grote middenklasse zich in de eenentwintigste eeuw zou voortzetten, is niet uitgekomen. Met de flexibilisering van werk en de groei van los-vaste contracten op de arbeidsmarkt

¹ In discussies over ongelijkheid worden veel termen gebruikt om mensen aan te duiden die wel en niet aan het langste eind trekken. In statistisch onderzoek worden bijvoorbeeld groepen onderscheiden met een hoge en lage sociaal-economische status (hoge en lage SES) of mensen in hoge en lage sociaal-economische posities (hoge en lage SEP). Om buurten aan te duiden waar veel mensen met lage inkomens wonen, zijn de afgelopen jaren vele termen geïntroduceerd: krachtwijken, prachtwijken, aandachtswijken, achterstandswijken, kwetsbare wijken en prioriteitswijken. In dit boek gebruiken we de term 'lage-inkomensbuurten', omdat die het meest concreet aangeeft wat deze buurten karakteriseert en geen aannames doet over 'kwetsbaarheid', 'kracht', of 'pracht'.

is de klassieke tegenstelling tussen kapitaal en arbeid eerder scherper dan minder scherp geworden. Een aanzienlijke groep mensen in Nederland leeft in armoede. Volgens het CBS (2020) leefden in 2019 iets meer dan 1 miljoen mensen in een huishouden onder de lage-inkomensgrens, van wie een aanzienlijk deel al ten minste vier jaar achtereen. Volgens het Nibud (2019) kon in 2019 38% van de huishoudens moeilijk en iets meer dan 10% heel moeilijk rondkomen. De econoom Piketty heeft in zijn boek *Kapitaal in de 21^e eeuw* (2014) laten zien dat naast inkomensongelijkheid de sluipende toename van vermogensongelijkheid het grote probleem is. Kapitaal is al heel lang lonender dan arbeid: wie leeft van vermogen (huizen, aandelen) hoeft relatief minder belasting te betalen dan wie werkt en in Nederland is dat in vergelijking met andere landen zeker het geval (CBS, 2015). Het meritocratische ideaal dat mensen met gelijke talenten gelijke kansen hebben om een goede plek te verwerven in de maatschappij, is geen werkelijkheid geworden.

Veel sociologen en politicologen zien de afbouw van klassieke verzorgingsstaten vanaf de jaren 1990 en de opkomst van neoliberale participatiemaatschappijen als een verklaring voor de toename van sociale ongelijkheid. Deze veranderingen leidden er immers toe dat de vaste lasten stegen, terwijl de duur, de omvang en de voorspelbaarheid van zorgarrangementen, zoals werkloosheidsvoorzieningen, arbeidsongeschiktheidsregelingen, bijstand en maatschappelijke ondersteuning, gestaag afnamen. Het idee van de neoliberale participatiemaatschappij is dat burgerkracht centraal moet staan, dat iedereen moet participeren en dat mensen elkaar moeten helpen in plaats van een beroep doen op publieke zorg en steun. Volgens velen is dit veel te ver doorgeschoten. Tonkens & De Wilde (2013) hebben de keerzijde van de participatiemaatschappij onder de noemer 'als meedoen pijn doet' ruim in beeld gebracht: de dwang tot zelfzorg en participatie betekent eenzaamheid, schaamte en uitsluiting voor mensen die juist niet in staat zijn om veel zaken zelf op te lossen. Onderzoekers als Matthies en Uggerhoy (2014) hebben laten zien dat in de meeste Europese landen participatiebeleid en marginalisering nauw met elkaar verbonden zijn.

Andere auteurs hebben erop gewezen dat het meritocratische ideaal – iedereen met gelijke talenten heeft dezelfde kansen op sociale stijging – zelf onderdeel is van het probleem van sociale ongelijkheid, omdat dit het maatschappelijke leven inricht als een wedstrijd. Bovens en Wille (2014) stellen dat het onderwijs werd gezien als een perfecte sorteermachine om talenten en maatschappelijke posities goed op elkaar af te stemmen, maar dat deze sorteermachine zo heeft uitgepakt dat hoger opgeleiden een nieuwe elite zijn geworden 'met erfelijke trekken' (zie ook De Beer & Van Pinxteren, 2016). In de praktijk pakt de meritocratie uit als een aristocratie met aangeboren posi-

ties. Kinderen van hoogopgeleide ouders krijgen na de dood van hun ouders niet alleen huizen en geld in de schoot geworpen, maar kunnen van jongs af aan gebruikmaken van bijles, internationale reizen en netwerken van bekenden. Bovens en Wille (2014) betogen dat het belangrijk is om bij het bestrijden van ongelijkheid niet alleen naar startposities van mensen te kijken, maar ook naar uitkomsten van onderwijs en arbeidsmarkt. Ook zouden overwegingen van sociale rechtvaardigheid een belangrijke rol moeten spelen bij de inrichting van deze institutionele praktijken.

Het fatale karakter van een meritocratische maatschappij schuilt volgens de filosoof Sandel (2020) niet alleen in de productie van ongelijkheid als zodanig, maar ook in het feit dat mensen, zowel bemiddelden als mensen in armoede, het gevoel hebben dat zij hun lot verdienen, omdat ze het in eigen hand hadden. Het meritocratische idee dat winnen of verliezen in de maatschappij maakbaar is, maakt verliezen in de meritocratische prestatie maatschappij vernederend. Wie verliest, heeft zijn of haar talenten verkwanseld en niet de goede keuzes gemaakt. Door overerving van diploma's en kapitaal is sociale mobiliteit voor mensen die beide ontberen, geheel tot stilstand gekomen en zij ervaren schaamte over deze stilstand alsof ze het aan zichzelf te wijten hebben. In *The Tyranny of Merit. What's Become of the Common Good?* (2020) betoogt Sandel dat het gebrek aan erkenning en waardigheid voor de 'losers' in de maatschappij, in combinatie met de totale uitzichtloosheid qua verbetering van hun sociaal-economische positie, een van de verklaringen is voor de opkomst van het populisme in de Verenigde Staten en West-Europa. Populistisch stemmen is volgens hem een reactie van mensen die op vele manieren is duidelijk gemaakt dat zij – hun werk, hun talenten en hun bijdragen aan de maatschappij – er niet toe doen.

Het venijnige van de aristocratisering van meritocratie is dat de mensen die worden uitgesloten dit politiek amper kunnen repareren. Sociale ongelijkheid manifesteert zich immers ook juist in democratische organen en procedures. Bovens en Wille (2014) spreken van diplomademocratie. Mensen met de hoogst gewaardeerde diploma's hebben niet alleen de beste maatschappelijke posities, de hoogste inkomens en de beste huizen. Ze zijn ook het best gerepresenteerd in internationale, nationale en lokale politieke organen en in informele participatieve processen. Uit hun werk blijkt dat in alle stappen van democratische processen burgers met diploma's veel meer middelen hebben om te zorgen dat hun wensen in democratische arena's worden geadresseerd. Bovens en Wille suggereren dat de opkomst van populistische partijen en stemmers wellicht een 'blessing in disguise' is: het geeft de verliezers in de meritocratie, die weinig op hebben met Europa en immigratie, tenminste een politiek gezicht. Van Reybrouck ziet in dat verband 'democratisch

populisme' als een politieke uitingsvorm die mogelijk kan voorkomen dat de maatschappij geheel uiteenvalt (Van Reybrouck, 2011). Het is interessant dat auteurs als Sandel, Bovens en Van Reybrouck de opkomst van het populisme in verband brengen met processen van politieke uitsluiting en sociale marginalisering; met niets te verliezen hebben. Anderen stellen daartegenover dat populisme vooral aanslaat onder mensen die juist wel iets te verliezen hebben. Zo stelt Roxane van Iperen in *Eigen welzijn eerst. Hoe de middenklasse haar liberale waarden verloor* (Van Iperen, 2022) dat de angst van de middenklasse om haar welvaart en positie te verliezen een voedingsbodemp is voor antidemocratische sentimenten.

In haar boeken *De depressie-epidemie* (2008) en *Betere mensen* (2014) laat Dehue zien dat het meritocratisch vocabulaire van individuele kansen en keuzes op een geniepige wijze gepaard gaat met de sociale plicht tot continue zelfverbetering. Maatschappelijk succes wordt voorgesteld als een individuele prestatie, als het resultaat van 'motivatie' en 'goede keuzes'. Deze denkwijze zien we niet alleen terug als het gaat om opleidingen of werk, maar ook als het gaat om gezondheid. Mensen die ziek worden lijden dan drievoudig: ze lijden aan klachten, aan gebrek aan maatschappelijk succes en aan de schaamte over hun eigen 'falen'. De prestatie maatschappij betekent dat mensen continu onder druk staan. Dit roept de vraag op hoe de meritocratische blik zich manifesteert in discussies over gezondheidsverschillen en de Gezonde Stad.

GEZONDHEIDSVRSCHILLEN EN 'DE ONBEREIKBARE LAGE SES'²

De hernieuwde beweging voor Gezonde Steden is mede ingegeven door zorgen over groeiende sociale ongelijkheid en gezondheidsverschillen. Uit veel publicaties blijkt dat het verschil in levensverwachting tussen mensen met 'de hoogste en laagste sociaal-economische posities' in Nederland ongeveer zes jaar is, terwijl het verschil in gezonde levensjaren ongeveer vijftien jaar bedraagt. Door COVID-19 werden deze verschillen nog versterkt (Haker et al., 2019). Hoewel recentelijk iedereen erg geschrokken is van deze cijfers, is dit fenomeen al decennia bekend. In 1980 vroeg het zogenoemde *Black Report* (DHSS, 1980) aandacht voor de schrijnende gezondheidsongelijkheid in Engeland. Dit

² SES is een afkorting voor sociaal-economische status van een persoon en verwijst naar een combinatie van kenmerken, zoals inkomen, opleiding en sociale netwerken. In veel onderzoek worden 'lage SES-groepen' (LSES-groepen) en 'hoge SES-groepen' (HSES-groepen) onderscheiden. We zijn, zo zal blijken, kritisch over deze categorisering.

rapport vormde de opmaat voor de uitbouw van sociaal-epidemiologisch onderzoek in Engeland, maar ook in Nederland. Dat onderzoek vertrok vanuit het idee dat gezondheidsongelijkheid onrechtvaardig is en het probeerde beleidsmakers van de urgentie van verandering te overtuigen. Vier decennia van onderzoek en beleid hebben de ongelijkheid echter niet kleiner gemaakt (Smith et al., 2016; RVS, 2021A; RVS, 2021B). De neoliberale sociaal-economische context na 1980 bleek geen vruchtbare bodem voor de sociaal-economische maatregelen die Black en zijn werkgroep voorstonden. Het onderzoek naar ‘gezondheidsongelijkheid’ werd geherdefinieerd in ‘neutralere’ termen als onderzoek naar ‘gezondheidsverschillen’. Aandacht voor de sociaal-economische kanten van deze verschillen maakte daarbij plaats voor een focus op individuele leefstijlverandering van lage-inkomensgroepen. Gezondheidsexperts zagen de taaiheid van gezondheidsverschillen als een probleem van de verkeerde keuzes van LSES-groepen en van de ‘onbereikbaarheid van de LSES-groepen’ voor interventies. Er was, zo stelden gezondheidsexperts, steeds meer kennis beschikbaar over gezondheidsrisico’s van roken, vet eten en weinig bewegen, maar deze kennis bereikte de LSES-groepen maar niet.

In een analyse van drie decennia onderzoek en beleid inzake gezondheidsverschillen hebben Dijkstra en Horstman (2021) laten zien dat de statistische categorie ‘LSES-populatie’ sluipenderwijs een reëel bestaande groep is geworden, die meer en meer werd geproblematiseerd. In epidemiologisch onderzoek werden ‘LSES-groepen’ en ‘HSES-groepen’ met elkaar vergeleken, waarbij de ‘HSES-groepen’ als de norm fungeerden en de ‘LSES-groepen’ bijgevolg slecht scoorden. Het is opvallend dat in dat statistische onderzoek alle ‘LSES-individueen’ op een hoop werden gegooid: verschillen tussen mensen werden over het hoofd gezien. Negatieve bevindingen over ‘LSES-groepen’ kregen bovendien meer aandacht dan positieve. In sommige publicaties werd ‘LSES-groepen’ in de vergelijking met ‘HSES-groepen’ expliciet een negatief persoonlijkheidsprofiel toegeschreven: ze zouden weinig openstaan voor verandering, traditionele opvattingen hebben over gezonde voeding en cognitief niet in staat zijn om accurate informatie over hun leefstijl te verschaffen (Dijkstra & Horstman, 2021; Dijkstra, 2022). In onderzoek naar gezondheidsverschillen is sprake van reïficatie: wat begon als een statistische categorie, een LSES-populatie, transformeerde in vele publicaties tot een reëel bestaande groep met vele negatieve trekken. ‘LSES-mensen’ werden als ‘een ander’ negatief gekwalificeerd. Epidemiologisch en interventie-onderzoek versterkten de stigmatisering van mensen die tot LSES-groepen werden gerekend.

De opkomst van neoliberale politiek is er mede debet aan dat de aanvankelijke zorg over onrechtvaardige ongelijkheid plaatsmaakte voor bezorgdheid over de gezondheid van lage-inkomensgroepen vanuit economische overwegingen: het idee dat mensen met een slechtere gezondheid minder lang inzetbaar zijn op de arbeidsmarkt en hogere zorgkosten genereren. Terwijl in discussies over sociale ongelijkheid de individualistische meritocratische denkstijl expliciet bekritiseerd wordt, is deze denkstijl in het debat over gezondheidsverschillen nog behoorlijk dominant. Er mag dan in toenemende mate worden gewezen op de relatie tussen omgeving en gezondheid, toch gaat het gezondheidsdiscours primair over ongezonde keuzes. Ook hier geldt dat de mensen die het betreft eerder vernedering ten deel valt dan waardering. Met enige regelmaat wordt de vraag opgeworpen of mensen die roken, of die dik zijn, niet meer eigen verantwoordelijkheid zouden moeten dragen voor hun zorgkosten en lager op wachtlijsten zouden moeten worden geplaatst: ze hadden immers ook 'gezonde keuzes' kunnen maken. Hoewel de 'gezonde omgeving' de laatste jaren weer hoger op de politieke agenda staat, is de aandacht voor individuele leefstijl nog steeds veel dominanter dan de aandacht voor de impact van arbeidsomstandigheden, woonsituatie, armoede, schulden, de voedings- en genotsmiddelenindustrie en onbetrouwbare instituties.

Sociologen als Elias (2011) en Bourdieu (1984) hebben erop gewezen dat macht geen eigenschap is van een individu, maar een kenmerk van een relatie: individuele mensen leven in wederzijdse machts- en afhankelijkheidsrelaties. Sociale ongelijkheid is dan ook niet te begrijpen door te wijzen naar de 'foute handelingen' van de minst machtige groep, maar door inzicht in de dynamiek van sociale competitie tussen mensen. In die dynamiek spelen meritocratische normen voor gezondheid als een prestatie en individuele keuze een cruciale rol. Discussies over roken en obesitas kunnen een uitdrukking zijn van interesse of medeleven, maar ze zijn ook een middel voor de bovenklasse om zich te onderscheiden en haar positie te verstevigen. Aandacht voor het overgewicht van anderen is het symbolisch kapitaal van de slanken: 'het lukt mij wel om mezelf onder controle te hebben'. Op deze manier wordt, vaak maar niet altijd onbedoeld, schaamte toegebracht en zelfrespect beschadigd en worden verschillen vergroot in plaats van verkleind. Datgene wat mensen mogelijk delen en waardoor ze van elkaar afhankelijk zijn, raakt uit zicht. De vraag hoe de competitie tussen hoog en laag en het handelen van 'hoog', mede debet zijn aan groeiende gezondheidsverschillen, blijft in de discussie over gezondheidsverschillen goeddeels onbesproken. 'Laag' moet veranderen (Dijkstra en Horstman, 2021). Maar 'laag' is door toenemende ongelijkheid goed-

deels ‘onbereikbaar’ geworden voor beleid en interventies die hen in de goede richting zouden moeten sturen, en die onbereikbaarheid wordt hen nog aangerekend ook.

Het fenomeen van diplomademocratie leidt ertoe dat de politieke en beleidsmatige aanpak van gezondheidsongelijkheid in handen is van groepen die zelf goede perspectieven hebben op een lang en gezond leven en voldoende financiële middelen hebben voor het geval zich gezondheidsproblemen voordoen. Ook andere institutionele praktijken die bijdragen aan gezondheid, zoals de arbeidsmarkt, de woningmarkt, zorgverzekeringen, financiële markten en de publieke dienstverlening, worden bestuurd en uitgevoerd door mensen die daar zelf het minst afhankelijk van zijn, omdat ze zichzelf goed kunnen redden. In termen van de filosoof Taleb (2018), ontberen velen die betrokken zijn bij beslissingen die het lot van anderen ernstig raken ‘skin in the game’. Bestuurders nemen ingrijpende beslissingen, terwijl de consequenties van hun beslissingen hen zelf amper raken. Volgens Taleb is dat een slechte morele basis voor politiek handelen: het genereert onverschilligheid bij bestuurders over de praktische effecten van hun handelen voor anderen. Hun eigen leven is dermate onaantastbaar – werk, wonen, inkomen, vermogen – dat ze niet gedwongen worden zich ervan te vergewissen wat hun beslissingen teweegbrengen. Dat roept de vraag op met hoeveel ‘skin in the game’ de Gezonde Stad vorm krijgt.

STAD-MAKEN DOOR PLANNING OF IMPROVISATIE?

De Gezonde Stad gaat over de publieke ruimte. De leefomgeving van mensen met lage inkomens bevat vaak meer bedreigingen van gezondheid dan de publieke ruimte van hoge inkomensgroepen. Het gaat dan niet alleen om luchtvervuiling, maar ook om lawaai, verwaarlozing, overlast, criminaliteit, minder groen en minder ontmoetingsplekken. Het streven naar een Gezonde Stad impliceert dat deze leefomgeving van mensen wordt verbeterd, maar het is de vraag hoe dat dan kan. In onze verkenning van ‘de Gezonde Stad’ sluiten we aan bij drie perspectieven op de publieke ruimte.

Het eerste perspectief gaat over sociale bindingen in de publieke ruimte in een stedelijke omgeving. Veel mensen zien de stad, in tegenstelling tot het dorp, als een plek van anonimiteit en onveiligheid. Stadssociologen hebben echter laten zien dat de tegenstelling tussen stad en dorp niet moet worden overdreven. Blokland (2009) heeft bijvoorbeeld het begrip ‘publieke familiariteit’ geïntroduceerd. Zij bedoelt daarmee

dat de publieke ruimte – de straat, het park, het café en de winkel – in plaats van een bron van onveiligheid, juist de plek is waar vreemden elkaar tegenkomen en aan elkaar vertrouwd raken. Vertrouwde gezichten en zwakke verbindingen zijn belangrijk voor thuisgevoel en ervaring van veiligheid. In het alledaagse leven op straat vormt zich als het ware ‘het sociale’.

Halls onderzoek naar het leven in straten met veel kleine winkels in een multiculturele wijk in Londen laat zien hoe mensen in vele zogenaamde micro-interacties (door gebaren, kleding, of groetrituelen) praktijken van samenleven creëren (Hall, 2012). De publieke ruimte moet deze interacties echter wel mogelijk maken. Als er weinig publieke plekken zijn die ervoor zorgen dat mensen elkaar als vanzelfsprekend tegenkomen (in winkels, in het straatverkeer, op markten, in kerken, op schoolpleinen, in parken, op sportvelden en in speeltuintjes), dan worden mensen überhaupt geen ‘bekende vreemden’ en ontstaat er ook geen gevoel van veiligheid. Dan wordt de stad inderdaad een plek waar individuen op zichzelf zijn teruggeworpen. Deze inzichten over de publieke ruimte roepen de vraag op hoe het gesteld is met de kwaliteit van de publieke ruimte in een stad. En hoe manifesteert ongelijkheid zich in zorg voor de publieke ruimte? Biedt de publieke ruimte voor bewoners van hoge, lage en midde inkomensbuurten dezelfde mogelijkheden om zich thuis te voelen in de buurt?

Een tweede perspectief op ruimte in de stad ontleen we aan de internationale beweging van ‘placemaking’ (vanaf nu noemen we dit plaatsmaken). Deze beweging kan gezien worden als een reactie op de modernistische planologie en architectuur die vooral werd uitgedragen door de architect en stedenbouwkundige Le Corbusier. Zijn filosofie ademde een geloof in de maakbaarheid van steden: een stad kon op de teken-

tafel gebouwd worden (Scott, 1998). Een belangrijk kenmerk daarbij was dat alle functies ruimtelijk gescheiden werden: wonen, werken, besturen, wandelen, autoverkeer – alles kreeg een eigen ruimte. Universele esthetische normen en gestandaardiseerde materialen stonden in zijn werk centraal, zodat gebouwen als het ware overal neergezet zouden kunnen worden. Mensen waren slechts invulling van het ontwerp en moesten zich ernaar schikken. Gebouwen waren zo ontworpen dat er weinig ruimte was voor een persoonlijke touch: geen balkons waar iedereen zijn of haar eigen gang kon gaan, want dat zou afbreuk doen aan de esthetiek van strakke lijnen.

Een van de critici van de filosofie van Le Corbusier was Jane Jacobs en haar werk *The Death and Life of Great American Cities* vormde een belangrijke inspiratiebron voor de beweging van plaatsmaken (Jacobs, 1961). Jacobs begon niet op de teken-

tafel, maar deed minutieus etnografisch onderzoek naar het leven op de straat. Ze concludeerde

dat monofunctionele bouw volgens strakke architectonische esthetische normen levendige buurten kapotmaakt. Steden worden gemaakt door mensen en bloeien waar verschillende functies organisch samenkomen. Mensen creëren alternatieve looproutes, leggen tuintjes aan waar ze ook groente verkopen, zetten terrasjes op waar dat niet voorzien was, maken rafelranden. Op die manier raken bewoners verbonden met die plekken en maken ze die plekken sociaal en levendig. Deze plekken zijn impliciet multifunctioneel: de bakker waar iemand vaak komt, neemt ook een pakje in ontvangst voor een bekende onbekende buurvrouw.

Voortbouwend op deze inzichten, is 'plaatsmaken' het ideaal dat bewoners, op kleine schaal, de publieke ruimte in hun woonomgeving verbeteren en op die manier gemeenschappen ontwikkelen (Project for Public Places, 2016). Om plaatsmaken mogelijk te maken, dienen publieke ruimtes niet al op de tekentafel dichtgetimmerd te worden. Een stad moet 'vloeibare' ruimte hebben, zodat bewoners zich de stad eigen kunnen maken. Plaatsmaken is een succesvolle sociale beweging en de taal van plaatsmaken is dan ook in menig gemeentehuis gemeengoed geworden. Onderzoekers plaatsen echter ook kritische kanttekeningen bij de populariteit van deze beweging. Madden (2010) en Loughran (2014) betogen bijvoorbeeld dat plaatsmaken in de context van neoliberaal beleid vaak een economische en consumentistische invulling krijgt: 'plaats' wordt dan als een economisch product beschouwd en niet als een organisch proces van bewoners. Planologen ontwerpen multifunctionele plekken voor hippe, creatieve, hoogopgeleide stedelingen, zodat de waarde van straten en buurten stijgt. Voor lage-inkomensbuurten pakt plaatsmaken minder goed uit.

Een derde perspectief op ruimte in de stad gaat over de mogelijkheden om door middel van herstructurering, nieuwbouw en renovatie de stad te verbeteren (Vlerick, 2007). In veel steden wordt met herstructurering aangestuurd op het mixen van bewoners uit verschillende inkomensgroepen. Deze zogenoemde 'sociale mix' wordt gezien als een manier om verschillende soorten sociaal kapitaal bij elkaar te brengen en zo het buurtleven en de sociale cohesie te verbeteren. Met een mix van koop- en huurwoningen in een straat zouden het sociaal kapitaal van de dokter, de onderwijzer en fabrieksarbeider elkaar versterken. Vooral lage-inkomensgroepen zouden hier baat bij hebben, omdat de sociale mix ongelijkheid zou verkleinen: de sociale mix wordt in hoge-inkomensbuurten veel minder toegepast! In de praktijk pakt de sociale mix vaak minder rooskleurig uit. Ten eerste levert een sociale mix juist vaak minder sociale cohesie op, vergeleken met buurten met een homogener samenstelling qua inkomen (Van Kempen & Bolt, 2009). Terwijl hybride publieke plekken (parken, straten, winkeltjes) mensen de

kans geven om vrijblijvend te snuffelen aan mensen met een andere achtergrond, impliceert wonen in een sociale mix een geforceerd contact. Het resultaat is vaak dat mensen afstand bewaren en juist niet mengen. Het idee dat bundeling van verschillende vormen van sociaal kapitaal eenvoudig leidt tot meer sociaal kapitaal, heeft ook weinig oog voor de context en de geschiedenis van mensen en buurten (Shiell et al., 2020). Het geloof in de sociale mix negeert bovendien de kracht van andere plekken om sociaal kapitaal te delen, zoals het schoolplein. Ten tweede doet de aanpak van de sociale mix precies het tegenovergestelde van wat ze beoogt: in de praktijk versterkt deze aanpak processen van gentrificatie, het opwaarderen van een buurt door stijging van huizenprijzen en duurdere voorzieningen. De huurwoningen die beschikbaar komen in sociale-mixbuurten zijn meestal te duur voor de laagste-inkomensgroepen en zij worden bij herstructurering dan ook uit de stad verdreven.

WELKE KENNIS OVER DE GEZONDE STAD TELT?

De discussies over sociale ongelijkheid en diplomademocratie, gezondheidsverschillen en verbetering van de publieke ruimte door plaatsmaken bieden relevante perspectieven op de ontwikkelingen rond de Gezonde Stad. Deze discussies hebben echter weinig oog voor de *kenniscultuur en de kennispolitiek* die tot uitdrukking komt in de Gezonde Stedenbeweging. In discussies over de Gezonde Stad worden tal van kennisclaims gedaan, maar deze worden vaak niet expliciet bevraagd: de kennis van de Gezonde Stad is een black box. Maar juist in de context van de voorgaande discussies is de vraag belangrijk welke kennis over de Gezonde Stad telt. Is het de kennis van experts, zoals planologen, bouwkundigen of epidemiologen, is het kennis van bestuurders, of is het kennis van bewoners? Welke soorten kennis worden in publieke discussies ingebracht, hoe verbinden die zich eventueel met andere soorten kennis en welke kennis is dominant in de definitie van problemen en oplossingsrichtingen? Onderzoek naar de complexe samenhang tussen ongelijkheid, democratie en kennis vormt een vierde belangrijke achtergrond voor dit boek.

In een complexe maatschappij zijn cijfers over trends een onmisbaar oriëntatiemiddel.³ De agenda voor een Gezonde Stad begint dan ook vaak met een schets van de stand van zaken inzake gezondheid in de stad: er worden trends gesignaleerd, problemen ge-

³ Verhalen, geschiedenissen, sprookjes, voorbeelden en andere narratieven zijn overigens ook onmisbare oriëntatiemiddelen!

De gezonde stad is in opmars. Volgens politici en professionals kan gezonde-stedenbeleid helpen om gezondheidsverschillen tussen mensen te verminderen. Maar wat is een gezonde omgeving eigenlijk, hoe komt kennis over de gezonde stad tot stand en welke kennis telt? Dit boek introduceert een verrassend perspectief op de Gezonde Stad.

De auteurs analyseren de publieke ruimte als een vehikel voor ontmoeting, veerkracht, veiligheid en gezondheid. Tegenover kwantitatieve indicatoren voor een gezonde stad stellen zij ervaringen van mensen die in de stad maar weinig aan het woord komen. Wat leren deze verhalen over de dynamiek van ongelijkheid in de publieke ruimte? Welke kansen biedt de stad op ontmoeting, uitsluiting en veerkracht?



NUR 740/758

ISBN 978-94-93127-21-0

