

WINDESHEIMREEKS KENNIS EN ONDERZOEK



De Gezonde Stad, driemaal beter: leeft beter, woont beter, zorgt beter

Joop ten Dam

Lectoraat De Gezonde Stad

Colofon

Dr. J.J.M. (Joop) ten Dam (2008)

De Gezonde Stad, driemaal beter: leeft beter, woont beter, zorgt beter

Trefwoorden: gezondheidsbevordering, gezondheidsbeleid, gezondheidsverschillen

ISBN/EAN: 978-90-77901-18-2

Dit is een uitgave van de Christelijke Hogeschool Windesheim

Postbus 10090, 800 GB Zwolle, Nederland

Concept en vormgeving: WEDA te Leeuwarden

Fotografie: Amber Beckers (HH), Frans Davids, Maarten Hartman (HH), Sake Rijpkema (HH)

Druk:

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

**De Gezonde Stad, driemaal beter:
leeft beter, woont beter, zorgt beter**

De Gezonde Stad, driemaal beter: leeft beter, woont beter, zorgt beter

Joop ten Dam

Lectorale rede in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van het lectoraat
De Gezonde Stad aan de hogeschool Windesheim te Zwolle op vrijdag 23 januari 2009

INHOUDSOPGAVE

1	Inleiding	7
2	Gezondheid	9
2.1	Gezondheidsverschillen	9
2.1.1	In beeld	9
2.1.2	Oorzaken en gevolgen	11
2.2	Overgewicht	12
2.2.1	In beeld	12
2.2.2	Oorzaken en gevolgen	14
2.2.3	Ongelijk verdeeld	15
2.3	Voorlichting?	16
2.4	Aanpak	16
2.4.1	De wijk in	16
2.4.2	Betrek de huisarts	17
2.4.3	Neem de omgeving mee	19
2.5	Samenvattend	21
3	Zwolle	23
3.1	ChecKid en Samen Gezond	23
3.2	EPODE	26
3.3	OPOZ	28
4	Het lectoraat De Gezonde Stad	29
4.1	Onderzoek en de kenniskring	30
4.1.1	Gezond Leven	31
	Onderzoek Samen Gezond	31
4.1.2	Gezonde Zorg	31
	Academische Thuiszorgwerkplaats	31
	Integrale zorgaanpak flats Palestrinalaan	32
4.1.3	Gezonde Omgeving	32
	Kinderen in Beweging	32
	Beleidsinstrumenten op het sociale en fysieke domein	33
	Gezonde en duurzame herstructurering Diezerpoort	33
4.2	Onderwijs	34
4.2.1	Minor De Gezonde Stad	34
4.2.2	Bachelor Public Health	34
4.2.3	Major Health and Community Studies	34
	Tot slot	35
	Curriculum Vitae	37
	Gebruikte afkortingen	39
	Literatuur	41

Lectoraten spelen een belangrijke rol in de ontwikkeling van Windesheim tot regionaal kenniscentrum. Windesheim heeft zijn lectoraten ontwikkeld vanuit maatschappelijke thema's. Deze thema's zijn: normen en waarden, gezondheid, veiligheid, duurzaamheid, en bestuurbaarheid. Elk lectoraat bestaat uit een of twee lectoren en een kenniskring. De leden van de kenniskring zijn inhoudsdeskundigen die binnen of buiten Windesheim werkzaam zijn. Door stelselmatig onderzoek, dat aansluit bij de behoeften in de markt en het beroepenveld, ontwikkelen de lectoraten nieuwe kennis. Het onderzoek staat in het teken van kenniscirculatie. Samen met het werkveld bepaalt Windesheim welke kennis wordt ontwikkeld, waar die wordt toegepast en met wie die kennis wordt gedeeld. Uitgangspunt is dat het onderzoek altijd een praktische waarde heeft voor het onderwijs en voor het werkveld.

Sinds februari 2008 is binnen Windesheim het lectoraat De Gezonde Stad gestart. Het lectoraat bestaat uit de lector, Joop ten Dam en een kenniskring met leden van binnen en buiten Windesheim. Het lectoraat bestudeert de factoren die in de stad van belang zijn voor een gezonde leefstijl en wil deze factoren daadwerkelijk beïnvloeden. Deze kennis wordt dicht bij de praktijk ontwikkeld, op het niveau van de stad of de wijk. Het lectoraat 'De Gezonde Stad' stimuleert binnen Windesheim praktijkgericht onderzoek en helpt het onderwijs te ontwikkelen.

Deze tekst is de uitgeschreven versie van de uitgesproken lectorale rede. Aan de orde komt eerst de thematiek van het lectoraat, gezondheid. Het gaat hierbij speciaal om ongelijkheid in gezondheid en over de toespitsing van het lectoraat: aanpak en preventie van overgewicht. Dan volgt een schets over de aanpak hiervan en de verschillende lijnen die hierin te onderkennen zijn: voorlichting, de community-benadering, de ketenbenadering en integraal gezondheidsbeleid. Vervolgens wordt de 'natuurlijke omgeving' van het lectoraat beschreven: de stad Zwolle en het Onderzoekscentrum Preventie Overgewicht Zwolle van VU-Windesheim. Tenslotte bespreekt de tekst de opzet van het lectoraat in de drie lijnen die ontwikkeld worden: Gezond Leven, Gezonde Omgeving en Gezonde Zorg.

2.1 Gezondheidsverschillen

2.1.1 In beeld

Gezondheid is een groot goed voor iedereen. Maar toch hebben mensen in achterstandswijken 50 procent meer kans om vóór hun 65e te overlijden dan mensen in de betere wijken. Onze postcode vertelt ons dus in zekere zin hoe lang wij leven. Verschillen horen bij de samenleving, maar hoe acceptabel is een dergelijk groot verschil in één gemeente?

Bij verschillen in gezondheid gaat het vooral om de kansen die eenieder heeft op gezondheid. Deze kansen blijken voor een groot deel bepaald te worden door de sociaal-economische positie die mensen innemen. Hierdoor leven mensen met een hogere sociaal-economische status 4 jaar langer dan mensen die een minder riant positie hebben. Zij leven zelfs 10 jaar langer zonder lichamelijke en geestelijke beperkingen. Het verschil in levensjaren in een als goed ervaren gezondheid is nog veel groter, gemiddeld 15 jaar. Deze verschillen nemen niet af in de tijd (zie ook www.monitorgezondheidsachterstanden.nl van het RIVM). Deze achterstand in gezondheid concentreert zich vooral in de achterstandswijken van de grote steden. Dit is een onwenselijke situatie, zowel vanuit de norm van solidariteit als vanuit sociaaleconomisch oogpunt. Gelijke kansen op gezondheid is een voorwaarde voor individuen om een eigen verantwoordelijkheid te kunnen nemen in het maken van gezonde keuzes. En een stad is tenslotte net zo vitaal als zijn burgers. De economische gevolgen van ongelijkheid in gezondheid voor de samenleving, in de vorm van verzuim en zorgkosten, zijn groot (Jansen & ten Dam 2003; Jansen, ten Dam, & Jagt 2004; ten Dam 1997, 2006). Gezondheid is ongelijk verdeeld en dit heeft voor een groot deel te maken met de sociaal-economische status (SES) van bepaalde groepen. In SES zijn drie indicatoren verwerkt: beroepsstatus, inkomen en opleiding. Van deze drie indicatoren levert de laatste, opleiding, de sterkste verklaring voor gezondheid. In de tabel hieronder ziet u wat de SES doet met de gemiddelde levensverwachting, de gezonde levensverwachting (zonder beperkingen) en de ervaren gezondheid van groepen burgers. Een lage SES staat voor lager (basis)onderwijs als hoogst genoten opleiding, een hoge SES voor een HBO of universitaire opleiding.

SES	laag	hoog	verschil
Mannen			
Levensverwachting	63,8	78,0	-5
Zonder beperkingen	63,8	73,7	-10
Goed ervaren gezondheid	52,9	68,7	-16
Vrouwen			
Levensverwachting	79,5	82,1	-3
Zonder beperkingen	64,7	73,3	-9
Goed ervaren gezondheid	54,2	68,2	-14

Tabel 1 Levensverwachting (RIVM 2008b).

Sociaal-economische verschillen in gezonde levensverwachting zijn veel groter dan die in levensverwachting. Lager opgeleide mannen en vrouwen leven respectievelijk 9,9 en 8,6 jaar korter zonder lichamelijke beperkingen (zie tabel 1). Zo leven mannen met alleen een lagere schoolopleiding gemiddeld 64 jaar van hun leven zonder lichamelijke beperkingen en 9 jaar met beperkingen. Hun totale levensverwachting, 73 jaar, is zelfs lager dan de levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen van mannen met een hogere opleiding. Deze laatste groep leeft namelijk gemiddeld 74 jaar zonder en 'maar' 4 jaar met beperkingen.

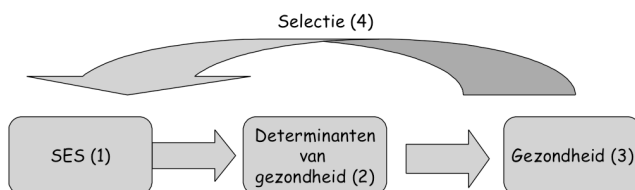
In november 2008 kwam het CBS met cijfers die nog scherper zijn. In 'Gezondheid en zorg in cijfers 2008' schrijft het CBS: "Een hogere opleiding betekent dubbele winst: een langer leven én meer jaren in goede gezondheid. Hoogopgeleide mensen leven 6 à 7 jaar langer dan laagopgeleide mensen. Het verschil in het aantal levensjaren waarin mensen de gezondheid als goed ervaren, bedraagt zelfs 16 à 19 jaar." (CBS 2008a). Het is niet duidelijk of dit betekent dat gezondheidsverschillen inmiddels weer toenemen of dat er sprake is van andere meetmethoden.

Dit verschil in levensverwachting verhoudt zich slecht met een hoogontwikkelde democratische samenleving. Vooral het grote verschil in gezonde levensverwachting is opvallend. Voor sommige groepen in de samenleving is het een regelrechte aanslag op de kwaliteit van leven. Naast een geringe welvaart, een mindere woning en woon-omgeving, minder aantrekkelijk werk, komt hierbij veel lichamelijk en geestelijk ongemak. Ziekten, chronische aandoeningen, en de handicaps die hieruit voortkomen, drukken veel zwaarder op het leven van deze groepen dan op het leven van de beter bedeelenden.

2.1.2 Oorzaken en gevolgen

Waardoor ontstaan gezondheidsverschillen? Uit de rapporten die hierover zijn verschenen sinds het 'Black report' in Groot-Brittannië (Black 1980) kan een schema worden opgesteld, dat is gepresenteerd in het eindrapport van de tweede programma-commissie SEGV, de commissie Albeda (Programmacommissie SEGV II 2001; Stronks & Hulshof 2001). Gezondheidsverschillen ontstaan doordat de maatschappelijke gelaagdheid in sociaal-economische status (naar opleiding, inkomen en beroep; nummer 1 in figuur 1) zich vertaalt in een ongelijke verdeling in de determinanten van gezondheid (nummer 2).

Oorzaken gezondheidsverschillen



Figuur 1 Verklaring gezondheidsverschillen.

Het breed geaccepteerde determinantenmodel van Lalonde onderscheidt vijf groepen van factoren (determinanten) die invloed hebben op gezondheid: erfelijke factoren, de fysieke en de sociale omgeving, leefwijzen en de gezondheidszorg (Lalonde 1974). Personen met een lage sociaal-economische status (SES) hebben gemiddeld gezien een ongezonder leefpatroon en leven vaker in een ongunstiger sociale en fysieke omgeving.

Zo hebben laagopgeleide groepen weinig keuze als het gaat om het type wijk waarin ze wonen. Dat zijn doorgaans de achterstandswijken in de steden. Daar concentreren zich dan ook gezondheidsachterstanden. De sociale en fysieke omstandigheden zijn er bedreigender voor de gezondheid dan elders. Daarbij komt dat laagopgeleiden

vaker in gevaarlijker beroepen werken, minder de financiële middelen hebben om te beschikken over veilige en gezonde producten, veelal over minder vaardigheden beschikken om te kunnen omgaan met stress en tegenslag, vaker in een positie van sociaal isolement verkeren en tenslotte een minder gezonde leefwijze hebben. Roken, te weinig bewegen en een ongezond voedingspatroon zijn hiervan voorbeelden. Gezondheidsachterstanden zijn sterk verweven met achterstanden op tal van andere terreinen. Dat maakt dat de vrijheid om zelf te kiezen voor gezond gedrag in de praktijk vaak beperkt is.

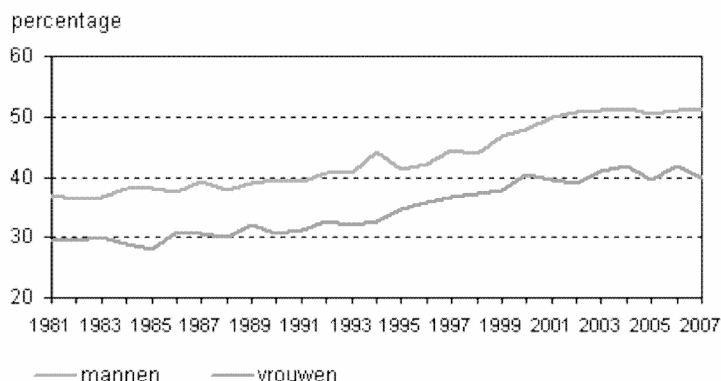
De 'scheve' verdeling in deze determinanten van gezondheid leidt tot een ongelijke verdeling van gezondheid, waarbij de slechtere toegankelijkheid en kwaliteit van gezondheidszorg, zoals die door groepen met een lage SES wordt ervaren, een nieuw knelpunt oplevert (nummer 3 in figuur 1). Ten slotte kan de aanwezigheid van gezondheidsproblemen leiden tot terugval in sociaal-economische status doordat men minder kans maakt om te klimmen op de maatschappelijke ladder (de pijl terug in figuur 1). Te denken valt aan chronisch zieke kinderen, die vanwege hun ziekteverzuim tijdens de schoolperiode al starten met een achterstand op de arbeidsmarkt, ten minste, als er geen actie wordt ondernomen om de gevolgen van het schoolverzuim op te vangen.

2.2 Overgewicht

“Overgewicht is één van de grote gezondheidsproblemen van de toekomst en een speerpunt in de landelijke preventienota Langer Gezond Leven. Het is na roken een van de belangrijkste doodsoorzaken en een belangrijke factor bij de stagnatie van gezondheid in Nederland. Voor de openbare gezondheidszorg ligt er een belangrijke taak om overgewicht en andere aan leefstijlproblemen gerelateerde gezondheidsproblemen te voorkomen.” Zo begint de inspectie voor de volksgezondheid een hoofdstuk uit Staat van de Gezondheidszorg 2005 (Inspectie voor de gezondheidszorg 2005). We hebben met overgewicht een stevig en groeiend probleem in huis.

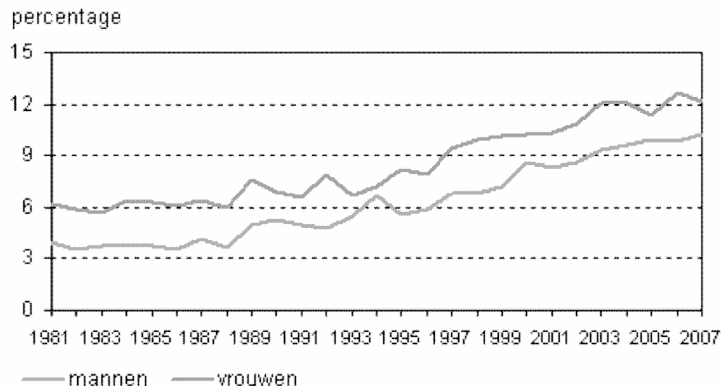
2.2.1 In beeld

Het percentage volwassenen met matig dan wel ernstig overgewicht is tussen 1981 en 2007 fors gestegen (zie figuur 2).



Figuur 2: Percentage mensen (20 jaar en ouder) met matig dan wel ernstig overgewicht in de periode 1981-2007, gestandaardiseerd naar leeftijds- en geslachtverdeling in 1981 (CBS 2008b; RIVM 2008a).

In dezelfde periode trad een nóg sterkere stijging op in het percentage volwassen mensen met ernstig overgewicht. Het percentage volwassenen van 20 jaar en ouder met ernstig overgewicht steeg van 5,1% in 1981 tot 11,2% in 2007 (figuur 3).



Figuur 3: Percentage mensen (20 jaar en ouder) met ernstig overgewicht (obesitas) in de periode 1981-2007, gestandaardiseerd naar leeftijds- en geslachtverdeling in 1981.

Ook het percentage kinderen met overgewicht is gestegen. Het percentage kinderen van zeven jaar en ouder dat te dik was in de periode 2002-2004 is ten opzichte 1997 sterk gestegen en bij sommige leeftijden zelfs verdubbeld. Het percentage kinderen

met ernstig overgewicht is in diezelfde periode nog sterker toegenomen en soms meer dan verdrievoudigd.

Wanneer deze trend zich voortzet, zal het percentage volwassenen met ernstig overgewicht de komende twintig jaar met 50% toenemen. Er zijn aanwijzingen dat de stijging in ernstig overgewicht bij kinderen de laatste jaren zelfs toeneemt. Ook in landen om ons heen zijn stijgende trends te zien. Het RIVM verwacht dat veranderingen in de omgeving de keuze voor een hogere energie-inname en een lager energieverbruik zullen bevorderen (RIVM 2008a).

2.2.2 Oorzaken en gevolgen

Waar het bij gewichtsstijging om gaat, is de balans tussen energiegebruik en energie-inname, de energiebalans. Wanneer het energiegebruik lager is dan de energie-inname zal het lichaamsgewicht toenemen. “Als men één suikerklontje per dag te veel in de koffie gebruikt of 20 minuten per week te weinig wandelt, zal de gewichtstoename over een jaar één kilogram bedragen. Dergelijke veranderingen in gedrag leiden tot sterke stijgingen in het percentage mensen met obesitas” (Visscher 2004)

Een belangrijke oorzaak hiervan is het gegeven dat de omgeving waarin mensen leven meer en meer ‘obesogeen’, of wel dikmakend wordt. Zowel de sociale omgeving (wat is bijvoorbeeld de norm), de fysieke omgeving (de automaat met zoete frisdranken op school en te weinig gelegenheid om de fiets veilig te stallen) als de economische omgeving (de hogere prijs van gezond en mager voedsel) leveren hieraan een bijdrage (Seidell & Visscher 2003).

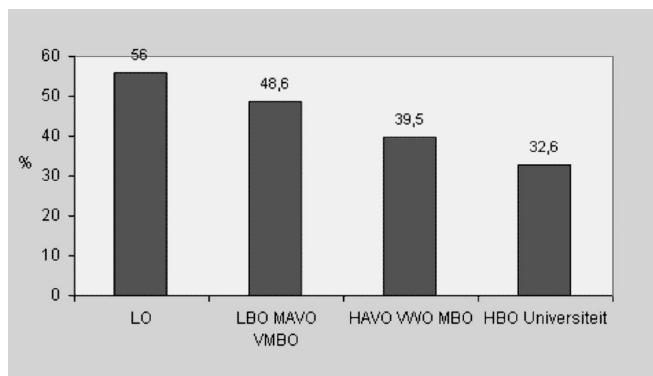
Zoals gezegd heeft de stijging van obesitas grote invloed op de volksgezondheid:

“Obesitas is gerelateerd aan sterfte, hart- en vaatziekten, type 2 diabetes mellitus, sommige vormen van kanker, artrose, en andere aandoeningen van het bewegingsapparaat, maar ook aan arbeidsongeschiktheid en lichamelijke beperkingen in bijvoorbeeld functies die nodig zijn voor een goed algemeen dagelijks leven. Mensen met obesitas hebben een kortere levensverwachting dan mensen met een normaal gewicht. Omdat obesitas nog sterker is gerelateerd aan ziekte en lichamelijke beperkingen dan aan sterfte, zal iemand met obesitas niet alleen korter leven maar ook gedurende zijn of haar leven meer ongezonde levensjaren doormaken.” (Visscher 2004).

Overgewicht heeft een levenslange impact op ziekte en beperkingen. Een toekomstige toename van overgewicht zal dan ook leiden tot een toename van ongezonde levensjaren en tot een stijging van direct en indirecte kosten in de gezondheidszorg (Visscher et al. 2004).

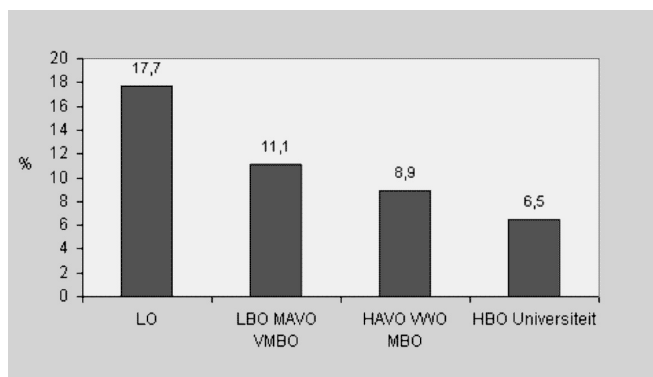
2.2.3 Ongelijk verdeeld

Zoals andere gezondheidsdeterminanten (zie 2.1.2) is ook overgewicht is gerelateerd aan sociaal-economische status. Het percentage personen met overgewicht neemt af naarmate het opleidingsniveau stijgt. Overgewicht is het hoogst in de laagste opleidingscategorie (56%) en het laagst (32,6%) in de hoogste categorie (zie Figuur 4). Dit geldt voor zowel mannen als voor vrouwen (CBS 2003).



Figuur 4 : Prevalentie van overgewicht in de Nederlandse populatie van 18 jaar en ouder, naar opleidingsniveau; gestandaardiseerd naar de bevolking van 2003.

Bij ernstig overgewicht (obesitas) is het patroon hetzelfde, maar zijn de verschillen scherper: 17,7% in de laagste opleidingscategorie en 6,5% in de hoogste opleidingscategorie (zie Figuur 5). Dit geldt voor zowel mannen als voor vrouwen (CBS 2003).



Figuur 5 : Prevalentie van obesitas in de Nederlandse populatie van 18 jaar en ouder, naar opleidingsniveau; gestandaardiseerd naar de bevolking van 2003.

2.3 Voorlichting?

De vraag is natuurlijk: wat te doen aan gezondheidsverschillen en aan overgewicht in het bijzonder? Bij gezondheidsbevordering wordt meestal allereerst aan voorlichting gedacht. Kennis over ziekte, ziekteoorzaken en de wijze waarop mensen die zelf kunnen beïnvloeden is een belangrijke voorwaarde voor het veranderen van gedrag. Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding (GVO) is een horizontale vorm van communiceren, met als doel via kennisoverdracht mensen te stimuleren zelf een bewuste (liefst gezonde) keuze te maken. Voorlichting in de gezondheidssector vindt vooral plaats door functionarissen van de GGD-en, thuiszorginstellingen en GGZ-instellingen, maar ook door sociaal geneeskundigen (bijv. arbeids- en bedrijfsgeneeskundigen en jeugdartsen), sociaalverpleegkundigen, tandartsen, huisartsen en paramedici zoals diëtisten, fysiotherapeuten en arbeidshygiënist (Jansen et al. 2004).

Maar het blijkt dat groepen met een achterstand in gezondheid moeilijk zijn te bereiken met voorlichting. De klassieke manier van gezondheidsbevordering, voorlichting geven, heeft de gezondheidsverschillen niet kunnen verkleinen en mogelijk zelfs bevorderd. De kennis die zo werd verspreid werd vooral door hoger opgeleiden opgepikt. Wellicht zijn daarom vanaf de jaren '50 in de vorige eeuw die gezondheidsverschillen juist toegenomen.

Om deze lage SES-groepen toch te kunnen bereiken is een ander paradigma nodig. Deze paradigmawisseling is de afgelopen decennia ingezet: de uitbreiding en verbreding van de 'klassieke' gezondheidsvoorlichting (jaren 60 en 70) naar de community-benadering (vanaf de jaren 80 en 90), naar een ketenbenadering curatie-preventie en naar integraal gezondheidsbeleid (vanaf ongeveer 2000). De benaderingen bestaan naast elkaar en sluiten elkaar niet uit. In de volgende paragrafen wordt achtereenvolgens ingegaan op de community-benadering ('de wijk in'), de ketenbenadering ('betrek de huisarts') en integraal gezondheidsbeleid ('neem de omgeving mee').

2.4 Aanpak

2.4.1 De wijk in

Het idee van de community- of settingbenadering is dat je dichterbij de mensen moet gaan zitten. Je moet mensen opzoeken op plekken en in situaties die voor hen belangrijk zijn en met hen in gesprek gaan. 'Welke problemen ziet u en in welke richting zouden we oplossingen moeten zoeken?' Deze vorm van gezondheidsbevordering probeert mensen niet te overtuigen van het belang van gezond gedrag, maar probeert mensen te ondersteunen in hun dagelijks leven. Er zijn drie belangrijke settings voor de gezondheidsbevordering: wijk, school en werk.

Een wijkgerichte aanpak, die niet van bovenaf aan de wijk wordt gedictéerd, maar waarbij de bewoners zelf een belangrijke rol krijgen, schept mogelijkheden. De manier om iets met bewoners van de grond te krijgen is door mensen de gelegenheid te geven eigen keuzes te maken en niet vast te houden aan strakke planningen op basis van professionele richtlijnen. Het betekent improviseren en kijken wat er gebeurt. Trial and error. In het wijkproject Gelijke Gezondheid, Gelijke Kansen in Tilburg werd dit gezonde chaos gedoopt.

Met zo'n wijkaanpak kunnen gemeente en GGD gezondheidsbevorderende interventies beter afstemmen op de doelgroep, deze dichter bij de mensen brengen en zo het bereik en het effect ervan verhogen. Op wijkniveau kan de gemeente op een brede manier werken aan gezondheid, met de inzet van bijvoorbeeld scholen, buurtbewoners, huisartsen en andere lokale intermediairs (ten Dam 2006; ten Dam & Jansen 2004).

Het programma Hartslag Limburg heeft laten zien dat een structurele samenwerking tussen GGD, welzijnswerk, gemeenten en wijkbewoners kan leiden tot jaarlijks tientallen activiteiten met daadwerkelijke gezondheidswinst tot gevolg (Bemelmans, Wendel-Vos, Bos, Schuit, & Tijhuis 2004; Ronda et al. 2004). Uit onderzoek van het RIVM is aannemelijk gemaakt dat de wijkaanpak zoals die vanuit Hartslag Limburg is vormgegeven kosteneffectief kan werken (Bemelmans et al. 2007). Overigens kenmerken de Nederlandse Community-projecten zich doorgaans door 'kleine successen' en 'bescheiden effecten' (Harting & van Assema 2007).

2.4.2 *Betrek de huisarts*

Bij de problematiek van overgewicht wordt vaak een onderscheid gemaakt tussen aanpak en de preventie. Aanpak is dan een taak van de gezondheidszorg en preventie een taak van de GGD, scholen en wellicht het welzijnswerk. In zijn algemeenheid is dit wellicht geldig, maar een scheidingswand tussen beide domeinen is een gemiste kans. Een poging om deze muren te slechten heet de ketenbenadering. Hieronder twee voorbeelden. Eerst de ketenzorg van de Academische Thuiszorgwerkplaats en daarna het voorbeeld van de rol die de huisarts kan spelen bij gezondheidsbevordering.

Overgewicht bij kinderen wordt nog onvoldoende gesignaleerd door ouders en zorgverleners. En als dit wel het geval is, is er vaak geen adequaat systeem van doorverwijzing. In het domein van de zorg is ketenzorg hierop een antwoord. Het is een samenhangend geheel van doelgerichte en planmatige activiteiten en maatregelen die gericht zijn op een specifieke patiëntencategorie en in de tijd zijn gefaseerd. Het is een vorm van zorg op maat en het versterkt de afstemming tussen de verschillende zorg-

onderdelen. Er wordt gewerkt vanuit het principe van de opbouw van disease management. In het geval van overgewicht:

- Identificatie van kinderen met (een verhoogd risico op) overgewicht en obesitas;
- Een aanbod van zorg;
- Werken aan therapietrouw;
- Een adequate doorverwijzing;
- Effectiviteit op gedrag, gewicht en op de lange termijn gezondheid;
- Nazorg en herstel.

De Academische Thuiszorgwerkplaats Icare-OPOZ werkt vanuit deze principes (zie verder onder 4.1.2).

Een specifiek vorm van de ketenbenadering is werken aan een verbeterde samenhang tussen preventie en de eerstelijns gezondheidszorg. Een voorbeeld hiervan is Bewegen op Recept (BOR) van STIOM in Den Haag. In Den Haag kunnen huisartsen een recept voorschrijven voor “meer bewegen”. Met dit recept en een eigen bijdrage van € 40,- kunnen bewoners uit Den Haag vervolgens 20 weken, eens per week, onder deskundige begeleiding, sporten. Het feit dat het de huisarts is die een recept uitschrijft heeft invloed, vooral bij sommige migrantengroepen die vanuit hun cultuur niet gewend zijn te sporten. Mensen zijn eerder geneigd om met zo’n recept in de hand te gaan sporten dan wanneer bijvoorbeeld een diëtiste of sociaal cultureel werker sport aanbeveelt. Het doel is het bevorderen van een actieve leefstijl bij mensen met een lage SES met gezondheidsrisico’s, door het ontwikkelen en uitvoeren van diverse op maat gemaakte beweegactiviteiten. De doelgroep zijn mensen met (lichte) gezondheidsklachten, voor wie de drempel om te gaan bewegen, vanwege hun sociaal-economische of sociaal- culturele positie, hoog is (Jagt & Hagen 2007; STIOM 2008). BOR is voor mensen, waarvan de huisarts meent dat:

- meer bewegen noodzakelijk is voor hun gezondheid;
- meer bewegen eventuele functiestoornissen kan verminderen;
- meer bewegen een bijdrage kan leveren aan participatie en integratie;
- meer bewegen een ondersteunende factor kan zijn met betrekking tot het algemeen functioneren.

Enkele duizenden personen hebben tot nu toe aan BOR deelgenomen. Uit onderzoek van het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam (AMC) komt naar voren dat driekwart van deelnemers van plan is om te blijven sporten na deelname aan BOR. Uit interviews met de deelnemers blijkt dat velen zich beter zijn gaan voelen gedurende het BOR traject. Ze voelen zich fitter en ervaren een verbetering van het psychosociale welzijn. Er is een afname van de zorgconsumptie geconstateerd.

2.4.3 *Neem de omgeving mee*

Gezondheid wordt bepaald door veel factoren: biologische factoren, de fysieke en de sociale omgeving, leefwijzen en de gezondheidszorg (zie 2.1.2). Maar desondanks is gezondheidsbeleid redelijk sectoraal georganiseerd binnen de sector volksgezondheid, terwijl de sector volksgezondheid slechts één van de beleidsterreinen is die invloed heeft op gezondheid. Omdat bijna alle beleidssectoren raakvlakken hebben met gezondheid is gezondheidswinst moeilijk te bereiken via de benadering van een verkokerd model. Hieruit volgt logisch voort dat effectieve bevordering van gezondheid zou moeten pogen de factoren die invloed hebben op gezondheid in onderling verband te beïnvloeden. Deze manier van werken heet integraal gezondheidsbeleid. In plaats van integraal gezondheidsbeleid is het beter te spreken van Gezond Beleid. Als term is gezond beleid aansprekender voor andere sectoren dan de term Integraal Gezondheidsbeleid, omdat het minder 'egocentrisch' gericht is op de gezondheidssector. De term gezond beleid sluit ook beter aan bij de internationale termen: Health in All Policies en Healthy Public Policy.

Gezond beleid wordt gekenmerkt door samenwerking op landelijk, maar vooral op lokaal niveau van verschillende beleidssectoren. Het initiatief ligt vaak bij de beleidssector volksgezondheid.

Gezond beleid wordt omschreven als beleid dat buiten de strikte volksgezondheidsfeer valt, maar dat toch ten doel heeft de gezondheid te bevorderen of gezondheidschade te voorkomen. Aspecten van gezond beleid zijn: samenwerking tussen de sector volksgezondheid en één of meerdere andere sectoren; gericht op beïnvloeding van meerdere determinanten (factoren) in onderlinge samenhang; expliciete betrokkenheid van de lokale of landelijke overheid; mogelijke andere betrokkenen: buurtbewoners, patiënten- en consumentenorganisaties, bedrijven en instellingen (Verweij & den Broeder 2006).

Gezond beleid is niet nieuw: al in de 19e eeuw werd grote gezondheidswinst geboekt, niet alleen door artsen maar door ingenieurs die bijvoorbeeld voorstellen deden om drinkwater en afvalwater van elkaar te scheiden door afzonderlijke buizensystemen voor drinkwater en voor riolering. Zo werd de besmettingscyclus van de cholera doorbroken. Ook de verbetering van de woon- en werkomstandigheden zorgen voor een veel betere openbare gezondheid. Wonen en bouwen is al lange tijd een belangrijk aandachtsgebied bij volksgezondheid. Aan het eind van de 19e eeuw brachten de zogenoemde Hygiënisten de slechte woonomstandigheden op de politieke agenda (Houwaart 1991). Met de invoering van de Woningwet (1901) werden eisen gesteld aan o.a. hygiëne en luchttoevoer. Daardoor is veel gezondheidswinst geboekt, met name voor lagere sociaal- economische groepen. Ook zorgde het verbeterde onderwijs en

vooral de invoering van de leerplicht ervoor dat meer mensen kennis konden nemen van informatie over gezondheid.

We moeten weer op deze ‘oude’ manier tegen ziekte en gezondheid leren aankijken. Gezondheid is niet primair afhankelijk van het rook-, eet-, drink-, beweeggedrag van het individu, maar van maatschappelijke omstandigheden zoals het niveau van geletterdheid en opleiding, de mate van welvaart en het te ruim beschikbaar zijn van energierijke voeding. “Vervolgens moeten we, net als 150 jaar geleden, de maatschappij weer als medicijn inzetten.” (Stronks 2007)

Een complex huidig probleem als overgewicht is niet met voorlichting en ook niet enkel vanuit de sector volksgezondheid op te lossen.

“Gezondheidsproblemen ontstaan steeds vaker door een combinatie van een ongezond voedingspatroon en te weinig beweging. Via diëten, sportprogramma’s en allerlei vormen van voedings- en gezondheidsvoorlichting wordt geprobeerd dit proces te keren. Maar ondertussen ontwikkelt de leefomgeving zich in een heel andere richting: die prikkelt steeds minder tot bewegen en tot andere voedingspatronen” (InnovatieNetwerk 2008; Verdonk & Koperen 2007).

Overgewicht kan alleen succesvol in samenwerking met sectoren als Ruimtelijke Ordening, Verkeer, Onderwijs en Sociale Zaken aangepakt worden. “Beweegarmoede” van kinderen heeft te maken met keuzes die ouders maken, maar dat niet alleen. De afwezigheid van veilige fietsroutes in een wijk ‘dwingt’ ouders bijvoorbeeld de kinderen met de auto naar school te brengen (waardoor cynisch genoeg de omgeving weer onveiliger wordt). Een aantrekkelijke speelplek op loopafstand verleidt kinderen tot spelen en bewegen. En door watertaps op school zullen scholieren minder makkelijk naar zoete frisdrank grijpen. Kortom, beleidssectoren als Ruimtelijke Ordening, Verkeer of Onderwijs kunnen veel doen aan bevordering van gezondheid, of specifiek, preventie van overgewicht. Zaak is professionals in die sectoren te laten zien welke maatregelen ze kunnen treffen, zonder de eigen kerndoelen uit het zicht te verliezen. Soms snijdt het mes zelfs aan twee kanten: de Gezonde School methode bevordert op allerlei manieren de gezondheid van kinderen en leerkrachten én leidt tot beter lerende kinderen die hogere CITO-scores halen.

Vanuit het RIVM en TNO is een drietal beleidsinstrumenten ontwikkeld - en later vanuit het NIGZ beschikbaar gesteld - die behulpzaam kunnen zijn bij de uitvoering van gezond beleid. Ze geven elk een eigen antwoord op drie vragen die hierbij rijzen:

- *Hoe pakken we een bepaalde probleem integraal aan?*

De Determinantenbeleidsscreening (DBS) beschrijft de oorzaken van een bepaald probleem in de volksgezondheid en spoort de beleidssectoren op die bij deze oorzaken betrokken zijn (TNO en RIVM 2004).

- *Waar liggen de kansen?*

De Quick Scan Facetbeleid (QSF) stelt de inhoudelijke, politiek- bestuurlijke en instrumentele haalbaarheid van gezond beleid vast. Met dit instrument krijgen gemeenten inzicht in de kansrijkheid van gezond beleid. (TNO 2004).

- *Welke gezondheidseffecten heeft een bepaald beleid?*

De Gezondheidseffectschatting (GES) analyseert de gezondheidseffecten van beleid van een andere sector. Met dit instrument kunnen gemeenten beleidsplannen screenen op voor de gezondheid relevante beleidsvoornemens. De checklist bevat ook vragen over de inhoud van het beleid en over de invloed van het beleid op de volksgezondheid voor specifieke groepen zoals lage SES groepen (RIVM 2004).

Het uitgangspunt van de hogeschool Windesheim om het lectoraat De Gezonde Stad niet bij één School onder te brengen, maar om meerdere Schools in het lectoraat te laten participeren en docenten en studenten van verschillende beroepsopleidingen samen te laten werken, sluit goed aan bij gezond beleid en biedt hiervoor extra kansen.

2.5 Samenvattend

In de aanpak van gezondheidsbevordering zien we een fasegewijze ontwikkeling. Naast Gezondheidsvoorlichting (GVO, ontstaan in de jaren 60 and 70) ontwikkelt zich de community-benadering in de jaren 80 and 90. Vervolgens komt gezondheidsbevordering in een derde en vierde fase: de ketenbenadering en gezond beleid. Gezond beleid is een manier van werken die kan functioneren naast de community-benadering. Het verruimt dit laatste doordat niet enkel de sector Volksgezondheid investeert, maar ook de andere betrokken beleidssectoren. Bovendien ontsnapt gezond beleid aan het projectmatige karakter van de community-benadering omdat het meer structureel en duurzaam is (ten Dam 2008). Zoals eerder gezegd bestaan de benaderingen naast elkaar en sluiten elkaar niet uit

In onderstaand schema zijn de overeenkomsten en verschillen van de vier benaderingen puntsgewijs samengevat.

	Voorlichting	Community- benadering	Keten- benadering	Gezond beleid
startpunt	kennislacune en vooronderstelde veranderwil	leefwereld betrokkenen	leefwereld betrokkenen, zorgvraag	leefwereld betrokkenen en bredere determinanten
methodiek	voorlichten, overtuigen	ondersteunen, verleiden, verbeteren omstandigheden	ondersteunen, verleiden	creëren van een omgeving die gezondheid bevordert
thematiek	smal: gedrag	breed: gezond leven, sociale en fysieke omgeving, zorg	smal: gezonde leefwijze	breed: gezond leven, sociale en fysieke omgeving, zorg
benadering	gesloten: op thema	open	open	open
schaal	individu	setting, community	individu	breedere determinanten van gezondheid
productie	bureau en pretest	in samenwerking betrokkenen	deels in samenwerking met betrokkenen	in samenwerking met verschillende beleidssectoren en de zorg
wie investeert	volksgezondheid	volksgezondheid	gezondheidszorg	volksgezondheid, andere sectoren en de zorg
agenda	professional	debat met betrokkenen	deels debat met betrokkenen	volksgezondheid, andere sectoren en de zorg in debat betrokkenen
type	planmatig	gezonde chaos	planmatig	planmatig
doel	gezond gedrag	kwaliteit van leven, gezondheid	kwaliteit van leven, gezondheid	gezonde leefomstandigheden, kwaliteit van leven, gezondheid
rol GGD	voorlichter	aanbieder interventies	makelaar	makelaar
rol gemeente	inkoper	inkoper	regisseur	regisseur

Tabel 2: vier benaderingen van gezondheidsbevordering

Zwolle is voor het lectoraat de ‘natuurlijke omgeving’. De stad leent zich goed voor een functie als voorbeeldstad. Zwolle streeft ernaar een woonstad te zijn, waar mensen met plezier en in gezondheid wonen en werken. Het bouwt daartoe bijvoorbeeld levensloopbestendige wijken. Gezondheid wordt gezien als een factor van belang in het maatschappelijke leven. In het kader van het Grote Steden Beleid III (2005-2009) heeft Zwolle ingezet op een ombuiging van de stijgende trend van het aantal 0-19 jarigen met overgewicht. Er wordt in Zwolle bovendien structureel samengewerkt tussen gezondheidsbevorderende instellingen en instellingen op het gebied van sport, welzijn en onderwijs.

De keuze van de hogeschool Windesheim voor een lectoraat “De Gezonde Stad” sluit ook aan bij de kaderovereenkomst die VU-Windesheim met het gemeentebestuur van Zwolle heeft getekend. Deze heeft tot doel de economische en maatschappelijke ontwikkeling van Zwolle en de daarbij behorende regio te bevorderen en te versterken. Samenwerking richt zich onder meer op het versterken van de kennisinfrastructuur op het gebied van Gezondheid.

3.1 CheckKid en Samen Gezond

De gemeente Zwolle heeft in 2005 in het kader van het genoemde Grotestedenbeleid afspraken met het Rijk gemaakt over preventie en aanpak van overgewicht bij 0 tot 19 jarigen. Om zicht te krijgen op de problematiek hebben de GGD IJsselland en Onderzoekscentrum Preventie Overgewicht Zwolle (OPOZ) in 2006 het onderzoek CheckKid uitgevoerd naar overgewicht onder basisschoolleerlingen in Zwolle. Ook ouders hebben de lijst ingevuld. In totaal hebben 4066 kinderen meegedaan aan de metingen en de vragenlijst ingevuld. In de wijken met een sociaaleconomische achterstand waar het latere actieprogramma Samen Gezond zou gaan lopen, Diezerpoort (D) en Holtenbroek (H) hebben 96 en 161 kinderen meegedaan. De belangrijkste resultaten voor deze wijken, in vergelijking met Zwolle als geheel staan hieronder (OPOZ 2008a, 2008b):

%	Zwolle	H	D	%	Zwolle	H	D
Ontbijten (niet elke dag)	3	14	17	Buitenspelen (<60 min /dag)	67	67	78
Suikerh.drank (> 3 glazen / dag)	33	40	31	Sporten (<1 uur / wk)	52	65	66
Fruit (<2 porties / dag)	67	68	62	TV kijken (> 2 uur / dag)	6	18	11
Groenten (niet elke dag)	35	45	44	Computer (> 2 uur / dag)	1	4	4
				TV + computer (> 2 uur / dag)	20	29	33

Tabel 3 Leefwijzen van kinderen in Holtenbroek en Diezerpoort vergeleken met Zwolle als geheel.

	Zwolle	Holtenbroek	Diezerpoort
Leeftijd	8.1 (2.3)	8.2 (2.3)	7.9 (2.4)
Geslacht (% j)	49	51	43
Etniciteit (%)	9	39	26
SES laag	9	24	21
(%) midden	34	50	45
hoog	57	26	34
Gewicht (%)			
ondergewicht	8	6	6
gezond gewicht	80	78	76
overgewicht	10	12	13
obesitas	2	5	5

Tabel 4 Demografische gegevens en overgewicht bij kinderen in Holtenbroek en Diezerpoort vergeleken met Zwolle als geheel.

Uit de tabellen 3 en 4 blijkt dat beide wijken op veel punten afwijkend scoren ten opzichte van Zwolle als geheel:

- een gemiddeld lagere SES
- een hoger percentage allochtonen
- minder ontbijten
- meer suikerhoudende dranken
- minder groente
- meer 'scherm'-tijd
- maar ook meer buiten spelen en sporten
- en tenslotte meer overgewicht en aanmerkelijk meer obesitas

Om overgewicht in deze wijken zowel in preventieve als in curatieve zin aan te pakken, heeft de gemeente Zwolle de GGD IJsselland gevraagd om in het kader van het Grotestedenbeleid het actieprogramma Samen Gezond te ontwikkelen en uit te voeren. Samen Gezond bestaat uit drie delen: Gezonde Wijk, Gezond Gewicht en Gezond Onderzoek. In het plan van aanpak (2006) staan als doelstelling voor het deelprogramma Gezonde Wijk genoemd: ontwikkelen van een community-project voor de hele leeftijdscategorie 0-19 jaar en hun ouders. Einddoel is dat er in 2009 een wijkgerichte aanpak voor een gezonde leefstijl is ontwikkeld in de Zwolse wijken waar een gezondheidsachterstand en veel overgewicht is geconstateerd. Uitgangspunten daarbij zijn:

- Betrekken van de bewoners bij de keuze voor en de ontwikkeling van projecten (participatie);
- Samenwerking met gezondheidszorg, sport, welzijn en onderwijs, bundeling van initiatieven die al bestaan (intersectorale samenwerking) en aansluiten bij wat er al is;
- Gezonde wijk of buurt als uitgangspunt: gezond gedrag en gezonde omgeving
- Sociale netwerkvorming;
- Effectieve interventies gebruiken en ontwikkelen
- Bestuurlijke betrokkenheid.

De wijkgerichte aanpak zal in 2009 zover zijn dat er in deze Zwolse wijken structurele activiteiten zijn die de leefstijl (gedrag) beïnvloeden en dat de wijkgerichte aanpak geëvalueerd is op zowel proces als effect (GGD IJsselland 2006).

Samen Gezond werkt volgens de methode 'Wijkslag' (NIGZ 2005). Het is een terugkerend (iteratief) proces van fasen die achtereenvolgens doorlopen worden: Verkennen, Organiseren, Uitvoeren, Evalueren, Verankeren.

In Samen Gezond is inmiddels een breed palet van activiteiten ontwikkeld met projecten als Club4heroes, een Jongerenkookcafé, Eet GoedKoop Gezond, een Jongeren-

wijkrestaurant, Zwemfestijn, Schoolgezondheidsbeleid en Bewegende school. In beide wijken functioneert nu een wijkcoördinator vanuit Samen Gezond. Er is hierdoor voor professionals in bewoners in de wijk één aanspreekpunt vanuit de GGD. Gezondheid staat in beide wijken op de agenda en er fungeert een sterk netwerk van professionals. Aandacht voor aspecten van de fysieke omgeving en de 'harde sector' bleek nog onderbelicht (Hiemstra-Willemsen 2008).

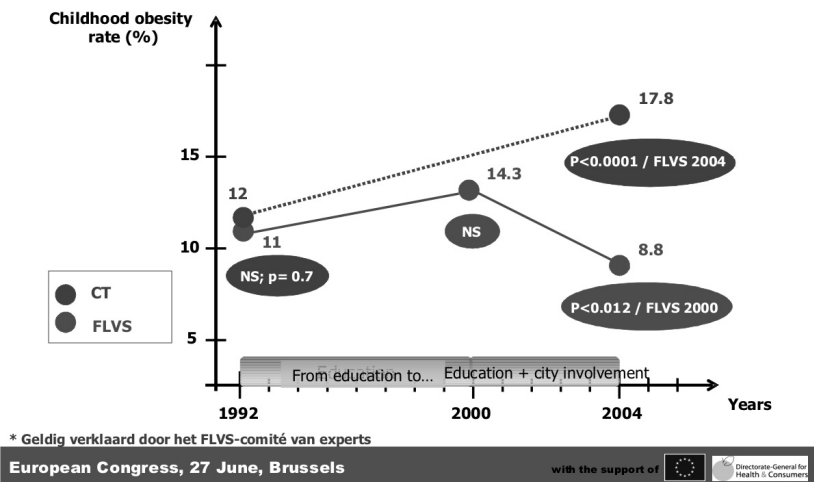
3.2 EPODE

De gemeente Zwolle oriënteert zich op verbreding van Samen Gezond naar de succesvolle EPODE-aanpak. EPODE is een Frans initiatief en staat voor Ensemble Prévenons l'Obésité des Enfants (EPODE 2008). EPODE richt zich specifiek op de aanpak en preventie van overgewicht bij kinderen. De aanpak lijkt op die van de Healthy Cities beweging die in 1986 gestart is (Ashton, Grey, & Bernard 1986; Green & Tsouros 2008). EPODE richt zich op het stimuleren van gezond gedrag (voeding en bewegen), door gezinnen te ondersteunen in hun alledaagse activiteiten. De basis van het programma wordt gevormd door duurzame samenwerking tussen lokale stakeholders, zoals scholen, zorg, welzijn, sport, ambtenaren, woningbouwcorporaties, supermarkten, bibliotheek, horeca, MKB, media en vervoerders.

Een lokale manager aangesteld door de burgemeester heeft de leiding. Deze wordt daarbij ondersteund door een team van professionals, een sociaal marketingteam en door een onafhankelijke wetenschappelijke commissie die de effecten van de interventies onderzoekt. EPODE is een langjarige integrale aanpak die werkt vanuit een sterk politiek commitment. Belangrijk in de aanpak is de wederzijdse samenhang en versterking van beleid, praktijk en onderzoek en de samenhang tussen gemeentelijk en landelijk beleid. In praktijk betekent de EPODE-aanpak: houd het simpel, het gaat tenslotte om kinderen. Zorg dat de aanpak dichtbij, positief, concreet en duidelijk is. Maak de aanpak integraal en duurzaam, en vermijd tenslotte een eenzijdige financiering: werk met public private partnerships.

De EPODE-aanpak is veelbelovend. In Frankrijk zijn de resultaten tot nu toe zeer sterk. In de eerste jaren gebruikte EPODE vooral de methodiek van voorlichting. De resultaten waren gering: evenals in de controlegemeenten (bovenste lijn in figuur 6) bleef het percentage kinderen met overgewicht in de EPODE gemeenten stijgen (onderste lijn).

Children obesity prevalence data in FLVS and in CT



Figuur 6 Ontwikkeling van het % obesitas bij EPODE- en controlegemeenten.

Maar toen vanaf 2000 de aanpak breed en integraal werd, met een sterke politieke betrokkenheid van de gemeentebesturen, werden de resultaten opvallend: niet enkel een afvlakking van de stijging of een stabilisering, maar een daadwerkelijke daling van het percentage kinderen met obesitas. Dit is uniek in de wereld. De Europese Commissie beveelt een aanpak conform EPODE aan voor alle lidstaten.

De gemeente Zwolle wil zich verbinden aan de uitgangspunten van EPODE. Om dit mogelijk te maken wordt een intensieve samenwerking gecreëerd tussen uiteenlopende sectoren van de gemeente en lokale partijen (GGD IJsselland, Icare Thuiszorg, Isala klinieken, Sportservice Zwolle, woningbouwcorporaties, Travers Welzijn, zorgverzekeraars, het basisonderwijs), nationale partijen (TNO Kwaliteit van leven, Fietzersbond, Nationaal Gezondheidsinstituut NIGZ, Het Kenniscentrum Overgewicht, VU / VUmc), het OPOZ en het lectoraat De Gezonde Stad.

3.3 OPOZ

Naast de stad Zwolle behoort het Onderzoekscentrum Preventie Overgewicht Zwolle (OPOZ) tot de 'natuurlijke omgeving' van het lectoraat. Het centrum is opgericht in 2005 vanuit de wens om wetenschappelijk onderzoek van de VU en het VUmc te verbinden met de kennis van de beroepspraktijk van het HBO op Windesheim. De ambitie is om kennis te ontwikkelen op het terrein van gezondheid in de regio Zwolle. De keuze voor de thematiek van overgewicht en obesitas bij kinderen en tieners komt voort uit de urgentie en groeiende maatschappelijke belangstelling voor dit probleem. Zwolle heeft een kennisinfrastructuur van zorgaanbieders en een netwerk van publieke instellingen op het gebied van zorg, welzijn, sport en onderwijs. Bij elkaar biedt dat goede mogelijkheden voor een multidisciplinaire en integrale benadering van de problematiek.

OPOZ heeft samenwerking gezocht met Schools van Windesheim, met faculteiten van de VU en met lokale publieke instellingen. OPOZ ondersteunt en evalueert de ontwikkeling van integrale programma's die door lokale partners worden uitgevoerd. De evaluaties op proces en effectiviteit dragen bij aan de ontwikkeling van evidence-based kennis die ten goede komt aan de praktijk, het onderwijs en het beleid. OPOZ staat onder wetenschappelijke leiding van Jaap Seidell, hoogleraar Voeding en Gezondheid aan de Vrije Universiteit.

Een jaar na oprichting gaf het College van Bestuur VU-Windesheim opdracht een lectoraat aan te vragen om het onderzoeksprogramma van OPOZ te verbinden met het opleidingsaanbod van de Schools op Windesheim. Het lectoraat De Gezonde Stad werd aangevraagd en toegekend (OPOZ 2008).

Het lectoraat De Gezonde Stad richt zich op de bestudering en beïnvloeding van factoren die in een stad een gezonde leefstijl belemmeren dan wel bevorderen. De nadruk ligt hierbij op 0 tot 19 jarigen uit de lage SES-groepen. Grote steden hebben baat bij gezonde jeugd. Niet alleen nu, maar ook omdat steden jongeren aan zich willen binden voor de toekomst. Jeugd is hierdoor een aantrekkelijke doelgroep om in te investeren. Dit geldt ook voor de stad Zwolle.

Het gaat om gezondheidsbevordering waarin sociale, economische, politieke en fysieke factoren een rol van betekenis spelen. Het lectoraat wil praktische kennis ontwikkelen in de settings van de stad en de wijk. Het gaat daarbij om de vraag welke determinanten op het niveau van de stad, de wijk, de school, het gezin en het kind gezond gedrag kunnen ondersteunen. Kennis daarover is noodzakelijk om beleid en interventies te kunnen ontwikkelen en uitvoeren die gedrag in positieve zin duurzaam kunnen beïnvloeden. Beleid en interventies zullen worden ontwikkeld door multidisciplinaire teams van professionals op het gebied van gezondheid en welzijn, sport, voeding, onderwijs, pedagogiek en sociologie, bouw- en verkeerskunde. Ze zullen worden geëvalueerd op bruikbaarheid, haalbaarheid en effectiviteit.

De keuze voor een lectoraat “De Gezonde Stad” sluit aan bij de kaderovereenkomst die VU-Windesheim samen met het gemeentebestuur van Zwolle heeft opgesteld. Deze heeft tot doel de economische en maatschappelijke ontwikkeling van Zwolle en de daarbij behorende regio te bevorderen en te versterken. Samenwerking richt zich onder meer op het intensiveren van de kennisinfrastructuur op het gebied van Gezondheid. Het lectoraat geeft invulling aan deze samenwerking.

Het lectoraat sluit verder aan bij de beroepsvorming binnen Schools op Windesheim waar competenties op het terrein van gezondheidsbevordering worden ontwikkeld. De thematiek gezondheid – en meer specifiek de preventie en aanpak van overgewicht – komen ook in diverse opleidingen binnen de hogeschool Windesheim aan de orde: sport, educatie, welzijn, verkeer, veiligheid en stedenbouwkundige aspecten. De daar aanwezige kennis op dit terrein is nu nog versnipperd en fragmentarisch. Er is behoefte om de aanwezige kennis te integreren en uit te breiden.

Het lectoraat stimuleert praktijkgericht onderzoek bij Windesheim en legt verbindingen met onderzoek op het terrein van leefstijl en stedelijke omgeving van het Onderzoekscentrum Preventie Overgewicht Zwolle van VU-Windesheim en van de andere lectoraten. Het lectoraat stimuleert studenten om al tijdens de opleiding te leren om vanuit een multidisciplinaire setting te werken aan thema's op het terrein van de gezondheidsbevordering (Hogeschool Windesheim 2007).

Het lectoraat beweegt zich op twee hoofdgebieden: onderzoek en onderwijs. Deze worden hieronder uitgewerkt.

4.1 Onderzoek en de kenniskring

Het lectoraat wil - in samenwerking met het Onderzoekscentrum Preventie Overgewicht Zwolle - de gemeente Zwolle ondersteunen om integraal en duurzaam te werken aan preventie en aanpak van overgewicht. Dit streven van de gemeente is ingebed in het versterken van een gezonde leefwijze van de inwoners van Zwolle en het krijgt vorm binnen bredere ambities van de stad (sociale cohesie, leefbaarheid, differentiatie, ruimtelijke kwaliteit, duurzaamheid). In 2005 besloot het college van B&W dat gezondheid een gedeelde verantwoordelijkheid is. Dit leidde tot deelname van Zwolle aan het thema gezondheid in het Grootstedenbeleid. In het Meerjaren Ontwikkelingsprogramma 2005 – 2009 van Zwolle staat onder het kopje “Gezond en wel in de stad” de volgende afspraak met het Rijk: “In 2009 moet in Zwolse risicowijken een preventieprogramma beschikbaar zijn voor overgewicht bij kinderen van vier tot negen jaar. Voor driekwart van de Zwolse kinderen van nul tot negentien jaar die last van overgewicht hebben of dreigen te krijgen zijn individuele gezondheidsinterventies opgezet” (Gemeente Zwolle 2005).

In het onderzoeksprogramma van het lectoraat De Gezonde Stad hebben zich het afgelopen jaar drie lijnen uitgekristalliseerd: Gezond Leven, Gezonde Zorg en Gezonde Omgeving. Het gaat daarbij respectievelijk om de community-benadering (paragraaf 2.4.1 De wijk in), de ketenbenadering (2.4.2 Betrek de huisarts) en gezond beleid (2.4.3 Neem de omgeving mee). Het zijn ook de drie lijnen waarop de kenniskring is georganiseerd.

Het hart van het lectoraat is de kenniskring. Dit zijn de hogeschooldocenten en andere professionals die het uiteindelijk moeten doen, de lector is initiërend en sturend. De lector verbreedt de onderzoeksfunctie naar de kenniskring en via de kenniskring naar docenten en studenten die geen deel uitmaken van de kenniskring. De kenniskring De Gezonde Stad is georganiseerd op de drie genoemde onderzoekslijnen. Elke lijn wordt getrokken door een associate lector en in de drie lijnen zijn de bijbehorende programma's ondergebracht:

1. *Gezond Leven:*

- a. Onderzoek naar en ondersteuning van het actieprogramma Samen Gezond, de brede community-benadering in twee achterstandswijken in Zwolle

2. Gezonde Zorg:

- b. Onderzoek in het kader van de Academische Thuiszorgwerkplaats Overgewicht voor kinderen en ouderen;
- c. Onderzoek naar een experiment van de gemeente Zwolle met een integrale (zorg)aanpak in drie probleemflats;

3. Gezonde Omgeving:

- d. Het programma Kinderen in Beweging, met aandacht voor de fysieke inrichting van de openbare ruimte voor kinderen en tieners (spelen, fietsen en lopen);
- e. Beleidsinstrumenten op het sociale en fysieke domein;
- f. Gezonde en duurzame herstructurering van wijken.

4.1.1 Gezond Leven

Onderzoek Samen Gezond

Een belangrijk onderdeel binnen het wijkactieprogramma Samen Gezond is het ontwikkelen en evalueren van een wijkgerichte aanpak en community-based interventies in de Zwolse wijken Diezerpoort en Holtenbroek. Het onderzoek draagt bij aan het monitoren, structureren, bewaken en rapporteren van het proces van de ontwikkeling van community-based interventies en de evaluatie daarvan op proces- en effectniveau. Het onderzoek is actieondersteunend van karakter en wordt gezamenlijk uitgevoerd door de GGD IJsselland, OPOZ en het lectoraat.

4.1.2 Gezonde Zorg

Academische Thuiszorgwerkplaats

In de Academische Thuiszorgwerkplaats werkt Icare Thuiszorg samen met de GGD IJsselland, het Onderzoekscentrum Preventie Overgewicht Zwolle en met het lectoraat De Gezonde Stad. De Thuiszorgwerkplaats wordt gefinancierd door ZonMw en is gericht op het ontwikkelen van een evidence-based keten van preventie en behandeling van overgewicht en obesitas in de eerstelijnszorg, conform de adviezen van het Partnership Overgewicht Nederland (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2008). Het werkgebied van de thuiszorgwerkplaats is Zwolle en omgeving. Doelstellingen zijn een adequate signalering en doorverwijzing, het samenstellen van een evidence-based programma overgewicht en het realiseren van randvoorwaarden zoals competente hulpverleners, informatie uitwisseling/kennistransfer en financiering. Er is speciale aandacht voor mensen met een lage SES en allochtonen.

Om de doelstellingen te realiseren worden twee projecten uitgevoerd: de keten van preventie en behandeling van overgewicht en obesitas bij kinderen (0- 19 jaar) en bij ouderen (60 jaar en ouder). Na afronding van het project is een model breed beschikbaar voor de keten van preventie en behandeling van overgewicht en obesitas met goed gedocumenteerde producten (Icare en OPOZ 2008).

Integrale zorgaanpak flats Palestrinalaan

De gemeente Zwolle wil een experiment starten met een integrale (zorg)aanpak in drie flats aan de Palestrinalaan in Holtenbroek. Er wonen gezinnen met 96 nationaliteiten, veel schulden, drankproblemen en psychische problemen. Er zijn rond de flats veel hulpverleners actief, maar deze werken relatief onafhankelijk van elkaar. Het gaat in het experiment om het vormgeven van brede, kleine teams per flat - die ook daar kantoor houden - van mensen met een breed CV met ruime bevoegdheden. Per flat wordt één zorgpartij voor de uitvoering aangewezen. De gemeente Zwolle wil experimenteren of deze brede aanpak goedkoper, efficiënter en prettiger voor de mensen is. Het is een verscherping van de aanpak van minister Rouvoet: niet enkel “1 gezin - 1 plan”, maar “1 gezin - 1 plan - 1 hulpverlener” (de Paus 2008).

De bijdrage van het lectoraat is het onderzoeken van het proces en van de effecten van de aanpak.

4.1.3 Gezonde Omgeving

Kinderen in Beweging

Aanleiding voor het project Kinderen in Beweging zijn vragen vanuit het werkveld. Zo is de vraag vanuit het stadsbestuur op welke manier de ambities van gezond gedrag voor kinderen zijn te integreren in de reguliere ambities voor de oude stadswijken. Voor de GGD is een vraag op welke manier overgewicht effectief is te bestrijden. De Fietsersbond wil vanuit verkeer- en stedenbouwkundig oogpunt een veilige omgeving realiseren waar kinderen kunnen fietsen. Voor TNO Kwaliteit van leven speelt de vraag op welke manier evidence-based kennis over spelen en bewegen geïmplementeerd kan worden.

De centrale onderzoeksvraag luidt: hoe kan met een integrale wijkaanpak, gericht op zowel het individu als op de sociale en de fysiek omgeving, het beweeggedrag van basisschoolleerlingen in een wijk duurzaam worden bevorderd. Aan welke voorwaarden moet een dergelijk programma voldoen en wat is de effectiviteit van interventies op het beweeggedrag van de kinderen?

OPOZ en het lectoraat evalueren het programma op bereik (participatie van gebruikers) en effectiviteit. De opgedane kennis wordt toegepast in andere wijken in Zwolle en andere steden.

Het project Kinderen in Beweging beoogt een programmatisch samenwerkingsverband op te zetten tussen de hogeschool Windesheim, landelijke kenniscentra, maatschappelijke partners en de gemeente Zwolle. Het beoogt hiermee een concrete invulling te geven aan de kaderovereenkomst die Windesheim en de gemeente Zwolle in 2003 hebben gesloten om onderlinge uitwisseling van kennis en samenwerking te bevorderen. Het project versterkt kennisinnovatie en -circulatie. Het profileert de hogeschool als een maatschappelijke onderneming die bijdraagt aan de ontwikkeling, verbetering en vernieuwing van bedrijven, maatschappelijke instellingen en overheden. Via deelname van het lectoraat krijgen de Schools beschikking over maatschappelijk relevante kennis en competenties.

Beleidsinstrumenten op het sociale en fysieke domein

GGD-en en gemeenten behoeven ondersteuning bij het vorm geven van gemeentelijk gezond beleid. Er is vraag naar mogelijkheden en beleidsmaatregelen die ingezet kunnen worden door andere sectoren dan Volksgezondheid om de gezondheid te bevorderen. Om de gemeenten hierin te ondersteunen is het van belang om deze maatregelen te verzamelen en overzichtelijk te presenteren.

Samen met het NIGZ en het lectoraat Bewegen en Gedragsbeïnvloeding van Windesheim worden beleidsmaatregelen in het fysieke en sociale domein beschreven die bevorderend zijn voor gezondheid en voor gezond voedings- en beweeggedrag in het bijzonder.

De beschreven maatregelen worden in 2009 op een gemeenschappelijke website beschikbaar gesteld aan gemeenten en GGD-en.

Gezonde en duurzame herstructurering Diezerpoort

De komende jaren wordt de wijk Diezerpoort op een relatief bescheiden manier geherstructureerd. De gemeente Zwolle spreekt liever van revitalisering. In tegenstelling tot de herstructurering in Holtenbroek die bijna afgerond is, “gaan we in Diezerpoort niet met bulldozers de wijk in”. Toch biedt een dergelijke revitalisering legio kansen om maatregelen die gezondheid bevorderen in het traject in te vlechten. Het streven is om deze maatregelen in samenhang met Kinderen in Beweging samen met de gemeente Zwolle te ontwikkelen.

Er is samenwerking met het lectoraat Duurzaam Ondernemen. De opgedane kennis wordt toegepast in andere wijken in Zwolle en komt beschikbaar voor andere steden.

4.2 Onderwijs

Directe betrokkenheid van het lectoraat bij het onderwijs van de hogeschool Windesheim komt concreet tot uiting bij drie studieonderdelen. Eén ervan is een al ontwikkeld studieonderdeel - de minor De Gezonde Stad, gestart in september 2008 - de twee andere zijn in ontwikkeling.

4.2.1 Minor De Gezonde Stad

De minor De Gezonde Stad is een verbredende minor op bachelorniveau voor alle studenten van Windesheim (30 EC). In de minor leren studeren hoe gezondheid kan worden bevorderd vanuit verschillende vakgebieden zoals sport & bewegen, sociaal werk, gezondheidszorg, onderwijs, gebouwde omgeving, transport en design. Tijdens de minor wordt de geleerde theorie toegepast op projecten die bijdragen aan het bevorderen van een gezonde en actieve leefstijl voor 0 tot 19 jarigen in Zwolle. Centraal staat een praktijkproject dat in Zwolle op locatie in een wijk of op een school wordt opgezet en ook wordt uitgevoerd. De studenten voeren deelprojecten uit en doen onderzoek. Het lectoraat heeft mede het onderwijs ontwikkeld en voert onderwijstaken uit.

4.2.2 Bachelor Public Health

Binnen de School of Health Care is een opleiding Public Health in ontwikkeling. Deze opleiding tot gezondheidsbevorderaar, preventiewerker en Public Health medewerker leidt op tot beroepen die zich richten op het (mede) ontwikkelen en uitvoeren van programma's op het gebied van gezondheid- en welzijnsbevordering en het adviseren op het terrein van preventie van gezondheids- en welzijnsproblemen. Tot nu toe worden mensen die in deze sector werken vooral door de universiteiten geleverd. Een praktische vierjarige Hbo-opleiding voorziet in Nederland in een behoefte bij het werkveld.

Het lectoraat ontwikkelt mede het onderwijs en maakt deel uit van de Stuurgroep van de bachelor.

4.2.3 Major Health and Community Studies

Het in September 2009 te starten Windesheim Honours College krijgt vier majors: Trade Transport and Logistic (TTL); Health and Community Studies (HCS); Engineering and Innovation (E&I); International Communication and Media Studies. Het lectoraat is betrokken bij de ontwikkeling van de major Health and Community Studies.

Tot slot

De plannen die ik hierboven heb beschreven zijn nog volop in ontwikkeling. De komende maanden zullen de bijdragen aan onderwijs, maar vooral die aan onderzoek verder uitgewerkt worden. Veel hangt, terecht, af van de ontwikkelingen in Zwolle en de Zwolse wijken. Het lectoraat pretendeert niet de wijsheid in pacht te hebben en wil in alle bescheidenheid bijdragen aan deze ontwikkelingen. Wat we hier in Zwolle samen met alle partners succesvol van de grond kunnen krijgen, zullen we actief ter beschikking stellen aan andere gemeenten in Nederland.

Het College van Bestuur van de hogeschool Windesheim heeft mij als lector De Gezonde Stad aangesteld en ik dank het College voor het vertrouwen in mij. Ik zal mijn bijdrage leveren aan de verdere uitbouw van de hogeschool naar een excellente kennisinstelling.

Ik sprak al over de 'natuurlijke leefomgeving' van het lectoraat. Het Onderzoekscentrum Preventie Overgewicht Zwolle is daar een onderdeel van. Saskia van Helden en Jaap Seidell hebben aan de wieg van het lectoraat gestaan en mij een vliegende start gegeven. Een andere leefomgeving is het onderwijs aan de hogeschool. Het team van de brede minor De Gezonde Stad heeft me de kans gegeven mee te werken aan de ontwikkeling van dit onderwijs en me daardoor misschien onbedoeld snel geïntroduceerd bij de Schools van Windesheim en de docenten en studenten. Op de achtergrond zijn de directeur van de School of Human Movement & Sports, Bram Donkers, en de directeur van de School of Heath Care en de School of Social Work, Wim Kromdijk, hierin belangrijk geweest.

Van collega lectoren en van onze coördinator Arie Jansen heb ik steeds veel ondersteuning en enthousiasme ondervonden. De programmatische samenwerking binnen, maar ook tussen de vier Kenniscentra waarin de hogeschool de lectoraten gaat bundelen biedt kansen voor de toekomst. Mijn kamergenoot Hans van Weenen, lector Duurzaam Ondernemen, laat niet na me te wijzen op nieuwe ontwikkelingen en ik zie er naar uit met hem duurzame en gezonde herstructurering verder te verkennen.

Twee partners van buiten de hogeschool zijn belangrijk en worden het de komende jaren nog meer: de gemeente Zwolle en de GGD IJsselland. Wethouder Erik Dannenberg van de gemeente en Henk Ensing en Marja de Jong van de GGD wil ik hier nadrukkelijk noemen. Hierbij horen ook de andere Zwolse partners zoals Icare Thuiszorg en Travers Welzijn, maar ook de Fietzersbond, een inspirerende landelijke partner.

Maar dit was er allemaal niet geweest als ik niet gedurende de afgelopen acht jaren de kans van het Nationaal Gezondheidsinstituut NIGZ had gekregen het vak gezondheidsbevordering verder te ontwikkelen in samenwerking met een breed netwerk van gemeenten en GGD-en. Dank hiervoor.

Maar wie doen uiteindelijk het 'echte' werk? Dat zijn de leden van de kenniskring. We hebben een mooie start gemaakt en ik zie uit naar de samenwerking in de komende jaren met jullie: Ingrid Bakker, Carry Renders, Linda Willemsen, Lubke van 't Hul, Roger Linger en Tommy Visscher.

En tenslotte: Martine Hilgenkamp en Esther Eshuis bedankt voor de uitstekende manier waarop jullie het lectoraat ondersteunen.

Curriculum Vitae

Dr. Joop ten Dam is per 1 februari 2008 benoemd als lector bij het lectoraat De Gezonde Stad bij Windesheim. Hij combineert deze functie met zijn werk bij het Nationaal Gezondheidsinstituut NIGZ.

Ten Dam studeerde Sociale Wetenschappen en werkte daar van 1979 tot 1998 als docent. Hij promoveerde in 1997 op het proefschrift Gezonde stadsgezichten, een studie naar gezondheidsverschillen en stedelijk gezondheidsbeleid.

Het lectoraat De Gezonde Stad weerspiegelt de onderwerpen waarin hij de laatste twee decennia heeft geïnvesteerd: de stedelijke omgeving en factoren die een gezonde leefstijl bevorderen, sociaaleconomische gezondheidsverschillen, de community- en ketenbenadering, de aanpak en preventie van overgewicht bij jeugdigen en gezondheid als element in stedelijk beleid.

Via het Steunpunt Lokale Aanpak Gezondheidsverschillen en later via het convenant Lokaal Gezond van het NIGZ heeft hij zich gericht op versterking en verbreding van gezondheidsbevordering. Trefwoorden waren: directe samenwerking met gemeenten en GGD-en in het ontwikkelen en implementeren van effectieve interventies, netwerkontwikkeling (zowel virtueel via ITC, als feitelijk), consultancy en praktijk-gerichte trainingen.

Een nieuwe ontwikkeling die hij de laatste jaren mede heeft helpen opbouwen is integraal gezondheidsbeleid ofwel gezond beleid. Ook dit weer in samenwerking on-the-spot met gemeenten en regionale organisaties.

Gebruikte afkortingen

AMC	Academisch Medisch Centrum Amsterdam
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
DBS	Determinantenbeleidscreening
EPODE	Ensemble Prévenons l'Obésité des Enfants
GES	Gezondheidseffectscreening
GVO	Gezondheidsvoorlichting (en –opvoeding)
NIGZ	Nationaal Gezondheidsinstituut NIGZ
OPOZ	Onderzoekscentrum Preventie Overgewicht Zwolle
POLS	Permanent Onderzoek Leefsituatie, gezondheid en welzijn
QSF	Quick scan facetbeleid
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SEGV	Sociaaleconomische Gezondheidsverschillen
SES	Sociaaleconomische status
STIOM	Stichting ter ondersteuning van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening Den Haag
VUmc	Het Medisch Centrum van de Vrije Universiteit
ZonMw	Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie

- Ashton, J., Grey, P., & Bernard, K. (1986). Healthy Cities - WHO's New Public Health Initiative. *Health Promotion*, 1(3), 319-324.
- Bemelmans, W., Baal, P. v., Wendel-Vos, W., Schuit, J., Feskens, E., Ament, A., et al. (2007). The costs, effects and cost-effectiveness of counteracting overweight on a population level. A scientific base for policy targets for the Dutch national plan for action. *Preventive Medicine*, 46(2), 127-132.
- Bemelmans, W., Wendel-Vos, G., Bos, G., Schuit, A., & Tijhuis, M. (2004). *Interventies ter preventie van overgewicht in de wijk, op school, op het werk en in de zorg - Een verkennende studie naar de effecten*. Bilthoven: RIVM.
- Black, D. (1980). *Inequalities in Health. Report of a research working group*. London: Department of Health and Social Security.
- CBS (2003). *POLS, gezondheid en welzijn. Permanent Onderzoek Leefsituatie, gezondheid en welzijn*. Den Haag: CBS.
- CBS (2008a). *Gezondheid en zorg in cijfers 2008*. Den Haag/Heerlen: CBS.
- CBS (2008b). *POLS, gezondheid en welzijn. Permanent Onderzoek Leefsituatie, gezondheid en welzijn*. Den Haag: CBS.
- de Paus, R. (2008). *Sociale pilot Palestrinalaan*. Zwolle: gemeente Zwolle.
- EPODE. (2008). *Ensemble Prévenons l'Obésité des Enfants*. Retrieved 9 november 2008, from www.epode.fr
- Gemeente Zwolle (2005). *De kracht van Zwolle. Meerjaren Ontwikkelingsprogramma (MOP) 2005 – 2009*. Zwolle: Gemeente Zwolle.
- GGD IJsselland (2006). *Plan van aanpak Gezond Gewicht, Gezonde Wijk*. Zwolle: GGD IJssel-Vecht.
- Green, G., & Tsouros, A. (2008). *City leadership for health. Summary evaluation of Phase IV of the WHO European Healthy Cities Network*. Copenhagen: World Health Organization.
- Harting, J., & van Assema, P. (2007). *Community-projecten in Nederland. De eeuwige belofte?* Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Hiemstra-Willemsen, L. (2008). *Tussenevaluatie deelprogramma Gezonde Wijk*. Zwolle: GGD IJssel-Vecht / OPOZ.
- Hogeschool Windesheim (2007). *Aanvraag lectoraat De Gezonde Stad*. Zwolle: Hogeschool Windesheim.
- Houwaart, E. S. (1991). *De hygienisten. Artsen, staat en volksgezondheid in Nederland 1840-1890 [Physicians, State and Public Health in the Netherlands 1840-1890]*. Groningen: Historische Uitgeverij.

- Icare en OPOZ (2008). Academische Thuiszorgwerkplaats Icare-OPOZ. Zwolle: Icare-OPOZ.
- InnovatieNetwerk (2008). Gezonde Wijk. Retrieved 11 november, 2008, from <http://www.innovatienetwerk.org/nl/concepten/view/49/GezondeWijk.html/>
- Inspectie voor de gezondheidszorg (2005). *Staat van gezondheidszorg 2005. Openbare gezondheidszorg: hoe houden we het volk gezond?*. Den Haag: Inspectie voor de gezondheidszorg.
- Jagt, F. v. d., & Hagen, M. v. (2007). *Handboek Bewegen op recept*. Woerden, Den Haag: NIGZ, STIOM.
- Jansen, J., & ten Dam, J. (2003). Gelijk gezonder. *G - Vakblad voor gezondheid en maatschappij*, 1(4), 22-23.
- Jansen, J., ten Dam, J., & Jagt, F. v. d. (2004). *Onverdeeld gezond. Terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen en bevorderen gezond leven door lokaal beleid*. Den Haag: Vereniging van Nederlandse Gemeenten en GGD Nederland.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2008). *Richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen*. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Ottawa: Health and Welfare Canada.
- NIGZ (2005). WijkSlag. Wijkgericht werken aan gezondheid. Retrieved 12 november 2008, from <http://www.wijkslag.nl/index.cfm>
- OPOZ (2008a). Resultaten ChecKid: (on)gezonder gedrag en overgewicht bij kinderen in Zwolle in vergelijking met Diezerpoort. Zwolle: GGD IJssel-Vecht / OPOZ.
- OPOZ (2008b). Resultaten ChecKid: (on)gezonder gedrag en overgewicht bij kinderen in Zwolle in vergelijking met Holterbroek. Zwolle: GGD IJssel-Vecht / OPOZ.
- OPOZ (2008c). *Position Paper Onderzoekscentrum Preventie Overgewicht Zwolle (concept)*. Zwolle: OPOZ.
- Programmacommissie SEGV II. (2001). *Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen. Eindrapportage en beleidsaanbevelingen van de programmacommissie SEGV-II*. Den Haag: ZON.
- RIVM (2004). *Handboek Checklist Gezondheidseffectscreening*. Bilthoven: RIVM.
- RIVM (2008a). Nationaal Kompas Volksgezondheid. Retrieved 10 november, 2008, from http://www.rivm.nl/vtv/object_document/01254n18950.html
- RIVM (2008b). Nationaal Kompas Volksgezondheid. Retrieved 9 november 2008, from http://www.rivm.nl/vtv/object_document/02793n21022.html

- Ronda, G., Assema, P. v., Candel, M., Ruland, E., Steenbakkers, M., Ree, J. v., et al. (2004). The Dutch Heart Health community intervention 'Hartslag Limburg': results of an effect study at individual level. *Health Promotion International*, 19(1), 21-31.
- Seidell, J., & Visscher, T. (2003). Voeding en gezondheid – obesitas. *Ned Tijdschr Geneeskde*, 147(7), 281-286.
- STIOM (2008). Bewegen op Recept. Retrieved 9 november 2008, from <http://www.bewegenoprecept.nl/>
- Stronks, K. (2007). *Maatschappij als medicijn*. Oratie Universiteit van Amsterdam.
- Stronks, K., & Hulshof, J. (2001). *De kloof verkleinen. Theorie en praktijk van de strijd tegen sociaal-economische gezondheidsverschillen*. Assen: Van Gorcum.
- ten Dam, J. (1997). *Gezonde stadsgezichten. Een studie naar gezondheidsverschillen en stedelijk gezondheidsbeleid [Healthy Cityscapes. A study on inequalities in health and urban health policy]*. Amsterdam: Thesis.
- ten Dam, J. (2006). *Wat kan uw gemeente doen aan sociaal-economische gezondheidsverschillen? Richtlijnen voor een wijkaanpak*. Woerden: NIGZ.
- ten Dam, J. (2008). *De GGD als makelaar voor integraal gezondheidsbeleid*. *G Vakblad voor gezondheid en maatschappij*, 6(1), 23-24.
- ten Dam, J., & Jansen, J. (2004). Communities go for equity in health. In R. Maliepaard & T. Meinema (Eds.), *European challenges and local realities* (pp. 43-47). Utrecht: NIZW International Centre.
- TNO (2004). *Handboek Quick scan facetbeleid*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid.
- TNO en RIVM (2004). *Handboek Determinantenbeleidsscreening*. Bilthoven: TNO Preventie en Gezondheid en RIVM Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen.
- Verdonk, I., & Koperen, M. v. (2007). *Gezonde Wijk – ideeën voor de inrichting en uitrusting van een gezonde wijk*. Utrecht: InnovatieNwetwerk.
- Verweij, A., & den Broeder, J. (2006). Wat is integraal gezondheidsbeleid? Retrieved 12 november 2008, from http://www.rivm.nl/vtv/object_document/03449n28156.html
- Visscher, T. (2004). Obesitas en de gevolgen voor de volksgezondheid. *De Actuaris*, 14-16.
- Visscher, T., Rissanen, A., Seidell, J., Heliövaara, M., Knekt, P., Reunanen, A., et al. (2004). Obesity and Unhealthy Life-Years in Adult Finns. *Arch Intern Med/Vol*, 164, 1413-1420.

WINDESHEIMREEKS KENNIS EN ONDERZOEK

LECTORAAT DE GEZONDE STAD



Joop ten Dam

Dr. Joop ten Dam is per 1 februari 2008 benoemd als lector bij het lectoraat De Gezonde Stad. Hij combineert deze functie met zijn werk bij het Nationaal Gezondheidsinstituut NIGZ.

Het lectoraat De Gezonde Stad weerspiegelt de onderwerpen waarin hij de laatste twee decennia heeft geïnvesteerd: de stedelijke omgeving en factoren die een gezonde leefstijl bevorderen, sociaaleconomische gezondheidsverschillen, de community- en ketenbenadering, de aanpak en preventie van overgewicht bij jeugdigen en gezondheid als element in stedelijk beleid.

Lectoraten spelen een belangrijke rol in de ontwikkeling van Windesheim tot regionaal kenniscentrum. De lectorale rede markeert de start en schetst de onderzoeksvragen van het lectoraat.

Deze publicatie verschijnt bij de rede die Joop ten Dam uitsprak op 23 januari 2009.