

Als je maar gezond bent...

bewoners en buurten in beweging

Author(s)

den Broeder, Lea

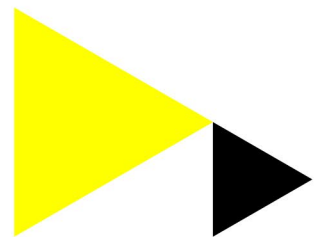
Publication date

2018

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

den Broeder, L. (2018). *Als je maar gezond bent... bewoners en buurten in beweging*.

**General rights**

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please contact the library: <https://www.amsterdamuas.com/library/contact>, or send a letter to: University Library (Library of the University of Amsterdam and Amsterdam University of Applied Sciences), Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

ALS JE MAAR GEZOND BENT...

BEWONERS EN BUURTEN IN BEWEGING

Lea den Broeder



CREATING TOMORROW

Als je maar gezond bent...

Als je maar gezond bent...

Bewoners en buurten in beweging

Lectorale rede

in verkorte vorm uitgesproken op 9 oktober 2018

door

Lea den Broeder

Lector Gezondheid en Omgeving
Hogeschool van Amsterdam



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*



Hogeschool van Amsterdam

Het lectoraat Gezondheid en Omgeving is opgezet in samenwerking met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Wilt u meer weten over het lectoraat Gezondheid en Omgeving?
Kijk dan op: <http://www.hva.nl/gezondheidenomgeving>

Cover image: BertZuiderveen.nl
Graphic design: Textcetera, The Hague
Productie: Uitgeverij Eburon, Delft

ISBN: 978-94-6301-206-5

© Lea den Broeder / HvA Publicaties, Amsterdam 2018.

Een pdf versie van deze rede kunt u gratis downloaden van:
<http://www.hva.nl/gezondheidenomgeving>

Inhoud

1	Van ziekte naar gezondheid	7
1.1	Definitie van gezondheid	7
1.2	Determinanten van gezondheid	7
1.3	Wicked problems	9
2	Wijkgerichte benadering in een superdiverse stad	12
2.1	Whole-of-Society-aanpak	14
2.2	Citizen science	15
2.3	Buiten de spreekkamer kijken	17
3	Maatschappelijke trends	18
3.1	Eigen regie en keuzestress	18
3.2	Hightech en lowtech	20
4	Gezondheid en omgeving: Grand challenges en citizen challenges	21
4.1	Complex care, complex public health	22
4.2	Urban vitality	23
5	Onderzoek, onderwijs, praktijk	24
5.1	Gezondheid en Omgeving in actie: doe het lokaal, doe het samen, volg de energie	25
	Dankwoord	27
	CV Lea den Broeder	30
	Referenties	31

**“Voici mon secret. Il est très simple: on ne voit bien qu’avec le cœur.
L’essentiel est invisible pour les yeux”**

(“Dit is mijn geheim, het is heel eenvoudig: alleen met het hart kun je goed zien.
Het wezenlijke is voor de ogen onzichtbaar.”)

Uit: Antoine de Saint-Exupéry (1943) Le petit prince

1 Van ziekte naar gezondheid

1.1 Definitie van gezondheid

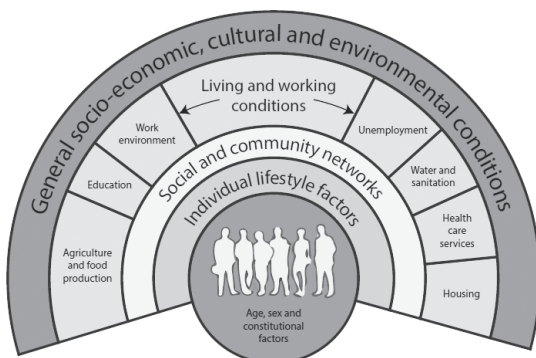
Gezondheid is meer dan de afwezigheid van ziekte of beperkingen; de Wereldgezondheidsorganisatie WHO stelde dit al meer dan 70 jaar geleden vast (1). De definitie van gezondheid van de WHO is sindsdien gemeengoed: een staat van fysiek, psychisch en sociaal welbevinden. Enkele jaren geleden liet de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) zien dat het voorkomen van ziektes en ervaren gezondheid niet een-op-een matchen. De zelfgerapporteerde gezondheid van de Nederlanders, gemeten in de Nationale Gezondheidsmonitor, was erop vooruitgegaan. Tegelijk was er een toename van het aantal gediagnosticeerde patiënten. Door medicatie en goede begeleiding van de praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk kan iemand met diabetes bijvoorbeeld haar of zijn leven leiden en maatschappelijk participeren zoals zij of hij dat graag wil. Ontwikkelingen zoals nieuwe medicijnen en nieuwe vormen van medische behandeling hebben ervoor gezorgd dat mensen met sommige aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten en kanker, langer leven dan vroeger. In zekere zin zijn dit een soort chronische ziekten geworden. Er is dus meer ziekte, maar niet minder gezondheid schreven VTV-projectleiders Fons van der Lucht en Johan Polder al in 2010. Ook met een ziekte of beperking kan iemand zich gezond voelen (2). Gelukkig maar, want gezondheid is voor veel mensen het allerbelangrijkste in het leven (3).

Vaak hoor je dan ook, in geval van tegenspoed of moeilijkheden in het leven, de verzuchting: 'Als je maar gezond bent'. Maar gezondheid is niet alleen maar iets dat je zomaar ten deel valt of niet, afhankelijk van het toeval. Natuurlijk is er sprake van zaken die kunnen zorgen voor ongezondheid, maar waaraan mensen zelf niet veel kunnen veranderen, zoals aanleg of erfelijkheid. Er zijn echter ook beïnvloedbare factoren die van betekenis zijn voor de gezondheid of ongezondheid van mensen. Samen vormen al die factoren de *determinanten* van gezondheid.

1.2 Determinanten van gezondheid

De factoren die gezondheid vorm geven zijn door Whitehead en Dahlgren in een eenvoudig model weergegeven (4). Dit regenboogmodel (Figuur 1) uit de vroege jaren negentig van de vorige eeuw is nog altijd gangbaar in de publieke gezondheid. Het laat zien dat er een gelaagdheid zit in de totstandkoming van gezondheid. Op individueel niveau is, naast de aangeboren en erfelijke aanleg en

toeval, het eigen gezonde of ongezonde gedrag van belang. Zo is een disbalans tussen bewegen en voeding een van de belangrijkste oorzaken van overgewicht en ernstig overgewicht ofwel obesitas. En obesitas verhoogt vervolgens ook het risico op een aantal aandoeningen zoals diabetes, hart- en vaatziekten, sommige vormen van kanker en gewrichtsproblemen. De leefstijlfactoren bewegen en voeding zijn dus, gezien de hoge prevalentie van overgewicht onder de bevolking, aan te merken als belangrijke gezondheidsdeterminanten. Daarover later meer.



Figuur 1 Regenboogmodel van Whitehead en Dahlgren (4)

Gezondheid wordt bovendien, zoals ook te zien is in het model van Whitehead en Dahlgren, voor een deel gevormd in relatie tot de omstandigheden waaronder mensen leven, dus daar waar zij wonen, werken, leren en spelen. Het maakt uit of je in een goed huis woont en in een veilige woonomgeving, of je werk hebt en een inkomen, of je toegang tot goede zorg hebt, maar ook hoe je sociale netwerk eruitziet. We noemen dit de maatschappelijke determinanten van gezondheid. Bredere maatschappelijke ontwikkelingen waaronder economische, technologische en sociaal-culturele, geven hier richting aan en bepalen zo dus mede hoe gezond mensen kunnen zijn. Dat betekent dan ook dat we ons bij de bevordering van gezondheid niet kunnen beperken tot het aanpakken van individuele oorzaken of individueel gedrag. Dat gaat niet werken zolang niet ook de oorzaken van die oorzaken in beeld zijn. We moeten, in de woorden van Michael Marmot, op zoek naar deze 'causes of causes' (5).

Bij het bevorderen, verbeteren en beschermen van de volksgezondheid is niet alleen aandacht voor deze determinanten belangrijk, er moet ook op geacteerd worden. In 2007 benoemden de lezers van het British Medical Journal het aanleggen

van waterleiding en riolering als belangrijkste bijdrage aan de volksgezondheid sinds 1840, het jaar waarin BMJ voor het eerst verscheen (6). Ook nu nog speelt het creëren van een veilige en gezonde omgeving een belangrijke rol. Daarvan zien we in ons dagelijkse leven legio voorbeelden, van voorschriften over werkomstandigheden en -tijden tot geluidsschermen langs de snelweg. Daarbij is in de publieke gezondheidszorg de nadruk, naast het voorkomen van ziekte, steeds meer komen te liggen op gezondheidsbevordering. We willen dus niet alleen meer weten wat de oorzaken van ziekten zijn en deze aanpakken, maar we kijken nu ook nadrukkelijk hoe gezondheid tot stand komt en hoe we hier positieve invloed op uit kunnen oefenen. Van pathogenese verschuift de aandacht – voor een deel – naar *salutogenese* (7).

1.3 *Wicked problems*

De maatschappelijke determinanten van gezondheid spelen een rol in drie grote en complexe gezondheidsvraagstukken ofwel ‘wicked problems’ waarmee wij in Nederland, en ook in Amsterdam en de andere grote steden, te maken hebben. Het eerste vraagstuk is overgewicht. Uit de gezondheidsmonitor 2016 bleek dat 40% van de volwassen Amsterdammers overgewicht heeft en dat 12% lijdt aan obesitas, ofwel ernstig overgewicht – sinds 2008 zijn deze percentages niet veranderd. Hoewel deze percentages lager zijn dan die van de andere grote steden, blijft het een zorg voor de publieke gezondheid. Zoals eerder al genoemd: overgewicht en obesitas zijn belangrijke risicofactoren voor, onder meer, diabetes, hart- en vaatziekten en gewrichtsproblemen (8). Daarnaast vermindert obesitas ook in het hier en nu de kwaliteit van leven (8-10).

Overgewicht ontstaat zoals boven vermeld voornamelijk door een disbalans tussen bewegen en energie-inname. De oorzaken daarvan moeten niet uitsluitend gezocht worden in ongezond gedrag of gebrek aan bewustzijn van de impact daarvan bij mensen zelf, maar ook bij omgevingsfactoren die dit gedrag uitlokken, de zogeheten obesogene leefomgeving: een fysieke en sociale omgeving die bewegen ontmoedigt en te veel en ongezond eten stimuleert (11). Het verminderen van overgewicht betekent dan ook dat enkel het geven van voorlichting over voeding en over het belang van bewegen niet werkt; ook de obesogene leefomgeving verdient aandacht.

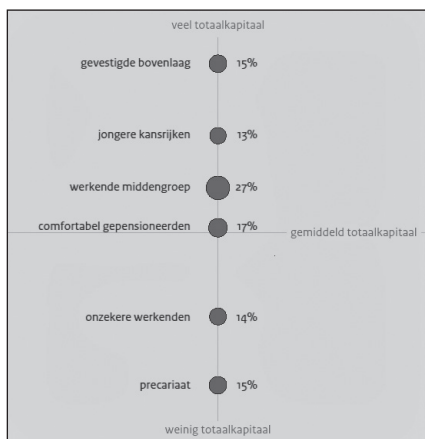
Het tweede vraagstuk is eenzaamheid. In Amsterdam gaf in 2016 de helft van de bewoners aan zich eenzaam of ernstig eenzaam te voelen (12). Er is sprake van een toename; in 2012 en ook in 2008 lag het percentage rond de 40%. Vaak, maar niet altijd, leidt eenzaamheid tot gevoelens van ongelukkig zijn (13). In Amsterdam is vaker sprake van sociale eenzaamheid, dat wil zeggen het

missen van een groep sociale contacten (30%) dan van emotionele eenzaamheid ofwel het ervaren van een gemis aan betekenisvolle sociale relaties (19%). Het verminderen van eenzaamheid is een prioriteit voor de Gemeente Amsterdam. Hoewel Amsterdammers iets vaker eenzaam zijn dan andere Nederlanders (10% in 2016), is eenzaamheid ook onderwerp van aandacht in het landelijke publieke gezondheidsbeleid, onder meer in het actieprogramma Eén tegen eenzaamheid, dat gericht is op terugdringen van eenzaamheid onder 75-plussers (14).

De oorzaken van eenzaamheid liggen, net als die van overgewicht, niet uitsluitend bij het individu. Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) schrijft, in navolging van Hawkey et al. (15), dat dit komt door een samenspel van een hele reeks factoren. De leefomgeving is hiervan een belangrijk onderdeel (13). Zo ervaren ouderen barrières in de openbare ruimte die hen hinderen in hun maatschappelijke participatie (16). Niet alleen gaat het dan om barrières zoals drempels of trappen, maar ook om de beleving van de ruimtelijke omgeving in de wijk waarbij herkenbaarheid en 'zich thuis voelen' een belangrijke rol spelen (17). Omdat een goed inzicht in de dynamiek van de verschillende oorzaken van eenzaamheid nog ontbreekt, zijn effectieve aanpakken nog niet beschikbaar (13). Wel zijn er volgens het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) kansrijke interventies, zoals het programma Sociaal Vitaal, gericht op fitheid in combinatie met het verminderen van eenzaamheid en de BoodschappenPlusBus waarbij ouderen samen met vrijwilligers boodschappen doen of een uitstapje maken (18). Vooralsnog lijkt de beste strategie er een van praktijkleren, zien wat werkt en hierop voortbouwen.

Het derde vraagstuk betreft de verschillen in gezondheid tussen de hoger en lager opgeleide mensen, ofwel sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Het SCP beschrijft sociaal-maatschappelijke verschillen aan de hand van vier soorten hulpbronnen waarover mensen beschikken, namelijk het economisch, sociaal, cultureel en persoonskapitaal. Op basis hiervan schetst het planbureau een continuüm met aan de boven- en onderzijde twee maatschappelijke klassen. De hoogopgeleide klasse van de 'gevestigde bovenlaag', naar schatting 15% van de bevolking, beschikt over veel hulpbronnen. Aan de andere zijde van het spectrum staan twee laagopgeleide groepen, de 'onzeker werkenden' en zij die nog slechter af zijn, het 'precariaat', samen 29% van de bevolking. Deze mensen zijn op allerlei terrein slecht af, beschikken over weinig hulpbronnen en leiden een onzeker bestaan met slechtbetaald en tijdelijk werk of als werkloze. Daartussen zijn drie andere groepen te onderscheiden, de 'jongere kansrijken', de 'werkende middengroep' en de 'comfortabel gepensioneerden' (Figuur 2). De groepen met minder hulpbronnen zijn minder gezond dan die met meer hulpbronnen.

De maatschappelijke kloof wordt dus weerspiegeld in een gezondheidskloof. Maar tegelijk kan gezondheid zelf ook gezien worden als een factor die de kans op maatschappelijk succes mede bepaalt (19).



Figuur 2 Vrooman, 2014:279

Net als in veel andere landen zijn de sociaaleconomische gezondheidsverschillen ook in Nederland hardnekkig. Het trendscenario van de VTV 2018 liet zien dat tussen 2011 en 2014 er een verschil van zeven jaar in levensverwachting was tussen hoog- en laagopgeleiden. Ook ervaren laagopgeleiden hun gezondheid minder vaak als (zeer) goed en de verwachting is dat dit ook in de toekomst het geval zal zijn (20). Dit derde 'wicked problem' is onlosmakelijk verbonden met de eerste twee. Overgewicht en eenzaamheid komen beide meer voor onder laagopgeleide groepen (21, 22). Reden te meer voor een integrale aanpak bij de gezondheidsbevordering, waarbij meerdere interventies en strategieën worden toegepast.

2 Wijkgerichte benadering in een superdiverse stad

De genoemde groepen zijn ruimtelijk niet gelijk verdeeld. Zo laat het SCP zien dat hoogopgeleiden in de grotere steden sterk vertegenwoordigd zijn, terwijl in sommige regio's er sprake is van een oververtegenwoordiging van de groepen met de minste hulpbronnen. Het RIVM laat met kaarten zien hoe gezondheid en ongezondheid verdeeld zijn. Zo is nog duidelijker te zien dat Amsterdam een van de gemeentes is met veel eenzaamheid (Figuur 3).

Eenzaamheid 2016

Per gemeente, volwassenen van 19 jaar en ouder

Percentage

26 - 37

37 - 41

41 - 45

45 - 56

— GGD-regio's

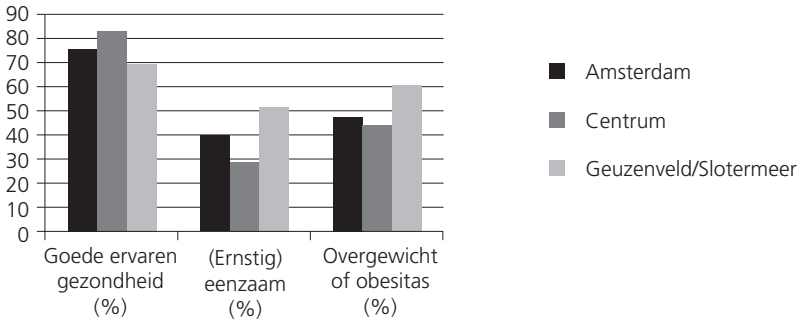


Figuur 3 RIVM 2018

De ruimtelijke invalshoek laat ook zien dat Amsterdam relatief veel hoogopgeleiden telt, maar tegelijk net zo veel mensen met een onzeker bestaan als andere delen van het land – de groepen daartussen zijn juist minder aanwezig (23). De tegenstelling tussen de groep met een goede maatschappelijke positie en zij die in lastiger omstandigheden verkeren is daardoor in Amsterdam scherper zichtbaar dan op veel andere plekken. Nog verder inzoomend zien we bovendien dat de verschillende groepen in verschillende delen van de stad wonen. Groepen met een lagere sociaaleconomische positie zijn immers vaak op wijken met lagere huurprijzen aangewezen.

De wijken in de stad die aangeduid worden als focus- of aandachtswijken, waar veel mensen met een ongunstige sociaaleconomische positie wonen, zijn vindplaatsen van ongezondheid waar de eerdergenoemde complexe problemen

sterk naar voren komen. Een voorbeeld is de wijk Geuzenveld-Slotermeer waar de bewoners een minder goed ervaren gezondheid, meer overgewicht en meer eenzaamheid hebben dan in Amsterdam als geheel. In het centrum van Amsterdam is dat juist andersom (24) (Figuur 4).



Figuur 4 Bron: Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2016 (24)

Tegelijk heeft de sociale en fysieke leefomgeving in deze wijken zelf impact op hun gezondheid (25). Kamphuis et al. (26) liet door onderzoek in focusgroepen zien dat bewoners met een lagere sociaaleconomische positie hun leefomgeving meer als barrière voor gezond gedrag zien dan mensen met een hogere sociaaleconomische positie. Een wijkgerichte benadering is dan ook een veel toegepaste manier om de gezondheid van bewoners te verbeteren. Bij zo'n benadering is samenwerking met vele sectoren en op allerlei niveaus nodig (27). Er moet gezocht worden naar verbinding tussen verschillende belanghebbenden, van stedenbouwkundige, wijkopbouwwerker en winkelier tot buurtsportcoach en diëtist. Ook loont het de moeite om naar bewoners te luisteren want zij zijn de ervaringsdeskundigen in eigen buurt.

Hierbij zijn, specifiek voor Amsterdam, twee aanvullende aspecten van belang. Ten eerste: om de grote gezondheidsvraagstukken aan te pakken is het nodig daar te investeren waar deze zich het meest voordoen. Toch blijft het ook verstandig aandacht te besteden aan mensen met een lage sociaaleconomische positie en een slechte gezondheid die in meer welvarende wijken wonen – omdat zij daar niet groot in aantal zijn dreigen zij in het gemeentelijk beleid vergeten te worden. Ten tweede krijgen de geschetste vraagstukken in een stad als Amsterdam een bijzondere dynamiek. Wij hebben hier namelijk te maken met een *superdiverse* stad. Door alle drie de wicked problems heen spelen ook talrijke culturele en sociale verschillen tussen groepen en generaties. Het beeld dat we te maken hebben met

enkele duidelijk omliggende groepen migranten klopt niet meer, de stad is sociaal en cultureel veel gedifferentieerder geworden, met inwoners van alle rangen en standen en uit alle delen van de wereld (28). Tegelijk blijft kwetsbaarheid van specifieke groepen zoals ouderen, kinderen en mensen met een beperking, iets waarvoor aandacht nodig blijft. De grote uitdaging voor de komende jaren wordt om aanpakken in de publieke gezondheid in de wijk te ontwikkelen met aandacht voor superdiversiteit, zonder terug te vallen op een ouderwetse individu-gerichte benadering.

2.1 Whole-of-Society-aanpak

“The primary determinants of disease are mainly economic & social, and therefore its remedies must also be economic & social. Medicine & politics cannot and should not be kept apart.”

Geoffrey Rose (29: 129)

De ‘wicked problems’ voor de volksgezondheid zijn zoals hierboven beschreven multifactorieel en zijn niet door de publieke gezondheidsprofessional alleen aan te pakken. Samenwerking met allerlei partijen buiten de zorg is noodzakelijk. De beroemde arts en epidemioloog Geoffrey Rose (zie tekstkader) stelde al dat zulke samenwerking, bijvoorbeeld voor het verbeteren van woningen, niet zo indrukwekkend lijkt als hightech geneeskunde, maar dat de impact er des te meer toe doet, omdat hier de belangrijkste oorzaken van ziekten liggen (29).

Integraal gezondheidsbeleid ofwel *Health in All Policies* is een onderdeel van de integrale aanpak. Storm (30) beschrijft dit als een horizontale vorm van samenwerking tussen beleidsmakers vanuit verschillende sectoren, met gezondheid als gezamenlijk doel. In zekere zin zijn alle Nederlandse gemeentes verplicht tot integraal gezondheidsbeleid; artikel 16 van de Wet Publieke Gezondheid stelt dat de GGD dient te adviseren over alle besluiten die gevolgen voor de gezondheid kunnen hebben. Beleidsmatige samenwerking alleen is echter onvoldoende. Deze moet vergezeld gaan van betrokkenheid van alle relevante maatschappelijke partners, dus naast overheden ook bijvoorbeeld winkels en bedrijven, zorg en welzijn, stedenbouwkundigen en woningcorporaties. Deze aanpak heet een ‘Whole-of-Society’-benadering (31).

Omdat prioriteiten van al die verschillende belanghebbenden kunnen verschillen moet er gezocht worden naar win-win mogelijkheden. Zo kan onder meer goed

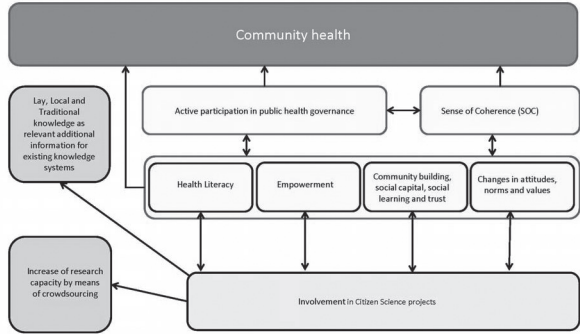
aangesloten worden bij de Duurzame Ontwikkelingsdoelen van de Verenigde Naties, waaraan ook Nederland zich verbonden heeft. Een voorbeeld zien we in het Europese project INHERIT, waarin het RIVM partner is. Het vraagstuk hoe leefstijlgedrag te veranderen om de gezondheid te verbeteren wordt daar gecombineerd met de vraag: wat moet er gebeuren om mensen duurzamer te laten leven. Op basis van een gezamenlijke analyse van de factoren die van invloed zijn op gezondheids- EN duurzaamheidsgedrag worden bestaande en veelbelovende interventies rondom bijvoorbeeld groen, ecologie en voeding, of anders bewegen in een duurzame transportomgeving, opgespoord en geëvalueerd (32).

2.2 *Citizen science*

Juist ook de bewoners zelf spelen bij de Whole-of-Society-aanpak een belangrijke rol: het gaat immers over henzelf, hun familie of hun kinderen. Gezondheid bevorderen lukt bovendien beter als je de doelgroep betreft. Onderzoek naar interventies in aandachtswijken in Nederland laat zien dat deze effectiever zijn naarmate de doelgroep zelf meer betrokken is (33).

Een manier om bewoners te betrekken is hen ook deelgenoot te maken van de kennisopbouw. Een gezamenlijke, sociaal robuuste kennisbasis is van belang om aanpakken te ontwerpen voor de publieke gezondheidsproblemen van vandaag. Bewoners hebben leken- en lokale kennis, dat wil zeggen ze hebben ervaringskennis en kennen hun leefomgeving van binnenuit. Zij weten daardoor goed welke knelpunten en kansen voor verbetering er zijn. Bewoners hebben bovendien gemakkelijker toegang tot die groepen die we vanuit de publieke gezondheid maar moeilijk bereiken, bijvoorbeeld omdat zij zelf als buurtgenoten deel van die groepen uitmaken. Een innovatieve manier om zulke kennis aan te boren is toepassing van burgerwetenschap, ofwel 'Citizen Science'. Citizen Science of burgerwetenschap betekent dat niet-wetenschappers actief meedoen aan wetenschappelijk onderzoek, anders dan als onderzoeksobject (proefpersoon of respondent). Bewoners kunnen helpen door data te verzamelen of analyses uit te voeren, ook kunnen ze meehelpen om onderzoeksvragen vast te stellen, een onderzoeksaanpak te ontwikkelen en aanbevelingen op te stellen. Naast extra onderzoekscapaciteit en de voornoemde integratie van leken- en lokale kennis levert Citizen Science ook voordelen op voor de burgeronderzoekers zelf in termen van kennis, sociale netwerken, nieuwe normen en waarden en handelingsopties (Figuur 5) (34). Deze voordelen zijn meer dan een aardige bijkomstigheid. De principes voor Citizen Science van de European Citizen Science Association (ECSA) laten er geen twijfel over bestaan: Citizen Science is een kwestie van nemen EN

geven. Dat stelt dan ook eisen aan ontwerp en uitvoering van zulk onderzoek. Het project met burgerwetenschappers dat het lectoraat Gezondheid en Omgeving in de aandachtswijk Slotermeer uitvoerde liet zien dat de deelnemers na afloop betere gezondheidsvaardigheden hadden, dat betekent dat het gemakkelijker voor hen was geworden om informatie te vinden over gezond zijn en blijven, deze te begrijpen en toe te passen. Ze ontdekten ook nieuwe mogelijkheden om hier actief mee aan de slag te gaan en gingen zich samen inzetten voor hun eigen gezondheid en die van hun buurtgenoten. Citizen Science kan dus behalve als bron van nieuwe inzichten fungeren als een gezondheidsbevorderende interventie (35). Toch is er nog veel werk te doen om Citizen Science in de praktijk van de publieke gezondheid door te ontwikkelen en nieuwe aanpakken te testen. Het onderzoek van het lectoraat Gezondheid en Omgeving biedt kansen voor het uitvoeren en evalueren van zulke experimenten.



Figuur 5 Model van de voordelen van Citizen Science (34)

2.3 Buiten de spreekkamer kijken

Het in de voorgaande paragrafen geschetste perspectief is ook relevant voor de zorg op lokaal niveau. De schijnbaar strikte scheiding tussen 'zorg' in de spreekkamer en 'publieke gezondheid' of gezondheidsbevordering in de wijk is een relatief recent verschijnsel dat we vooral zien in landen zoals Nederland, met een 'Bismarck' zorgsysteem (36). De laatste jaren is er toenemende aandacht voor preventie binnen de zorg, bijvoorbeeld gericht op het voorkomen van complicaties bij mensen met diabetes. Maar ook vinden steeds meer pogingen plaats om vanuit de zorg samen te werken met partijen in de wijk (37).

Gezondheidsprofessionals merken dagelijks dat wat zich buiten hun spreekkamer afspeelt, in andere dimensies van het regenboogmodel, belangrijke impact heeft op cliënten, hun gezondheid en de effectiviteit van de behandeling. Of, in de woorden van McNamara (38), wat is de zin van behandelen als je de onderliggende oorzaken ongemoeid laat? Bovendien zijn gezondheidsprofessionals vaak de eersten die veelvoorkomende problemen in een wijk of gemeente signaleren. Dat is niet nieuw; eind 19^{de} eeuw pleitte bijvoorbeeld de arts Aletta Jacobs al voor toegang tot anticonceptie voor alle vrouwen, omdat zij op haar spreekuur zag hoe veelvuldige zwangerschappen hun gezondheid ondermijnden (39). De hedendaagse zorgprofessional is dus niet alleen betrokken bij de individuele cliënt, maar ook bij de publieke gezondheid – én zij of hij plaatst deze betrokkenheid in een maatschappelijk perspectief. Andersom kan men er in de publieke gezondheid niet omheen om ook nadrukkelijk de samenwerking met de zorg te zoeken en te versterken.

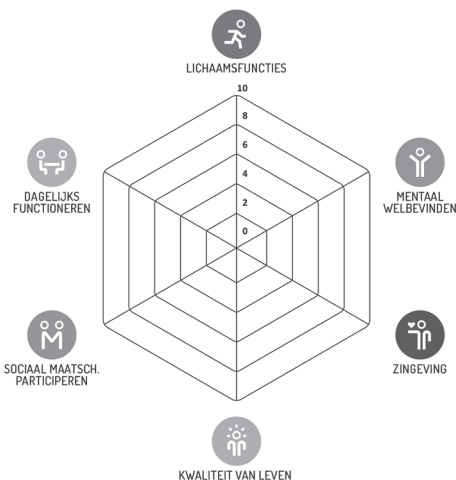
Hoewel de nadruk in de voorgaande paragrafen lag op publieke gezondheid en preventie zal, ook in dat verband, de zorg in de wijk niet buiten beeld kunnen blijven. Immers, verbinding tussen zorg en publieke gezondheid wordt steeds belangrijker.

3 Maatschappelijke trends

Als het gaat om gezonde bewoners in gezonde wijken, zijn er twee maatschappelijke trends waarmee rekening moet worden gehouden. Er lijkt allereerst een trend tot individualisering en een oproep tot zelfredzaamheid van burgers aan de gang te zijn. Daarnaast kunnen we niet om nieuwe technologische ontwikkelingen heen, in het bijzonder die in de ICT.

3.1 Eigen regie en keuzestress

In toenemende mate worden mensen in de participatiesamenleving individueel verantwoordelijk gehouden voor hun eigen welbevinden en door de overheid wordt steeds meer van bewoners zelf verwacht (40). Het is geen toeval dat het concept 'positieve gezondheid', ofwel de mate waarin iemand in staat is om te gaan met de uitdagingen die het leven stelt (41), zo stevig wordt omarmd. In hoeverre iemand zichzelf als gezond beschouwt kan vanuit dit concept bekeken worden vanuit verschillende dimensies (Figuur 6), waarbij op elke as verschillend gescoord kan worden op verschillende momenten in de tijd (42).



Figuur 6 Dimensies van positieve gezondheid (42)

Eigen regie is voor de aanhangers van dit concept een sleutelwoord. Op zich is dat winst; het doet recht aan de gezondheidsbeleving van velen (zie bijvoorbeeld (43)). Toch is het vermogen eigen regie te voeren relatief; niet iedereen is immers in gelijke mate in de positie om dit ideaal voor zichzelf te realiseren. Verschillende kwetsbare groepen mensen hebben, zoals beschreven, te maken met structurele maatschappelijke en persoonlijke barrières voor gezondheid en voor gezond gedrag. Deze komen in het Positieve Gezondheidsmodel niet voldoende tot hun recht. Er moet nog veel werk verzet worden voordat we weten wat de mogelijkheden en onmogelijkheden zijn van de toepassing van het concept 'positieve gezondheid' in de praktijk van de publieke gezondheid (44). De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid pleit in dit verband voor een realistisch perspectief: mensen maken nu eenmaal niet altijd de keuze die beleidsmakers verwachten. Allerlei factoren spelen een rol zowel wat betreft de vermogens van mensen zelf als wat betreft de manier waarop keuzes zich aan hen voordoen, de *keuze-architectuur*. Ofwel, in de woorden van de WRR: 'weten is nog geen doen' (45).

De kreet 'Als je maar gezond bent' moet dan ook niet veranderen in een imperatief. Eigen gezonde keuzes (moeten) maken kan ook leiden tot keuzestress en niet weten wat te doen. In dit verband is, wat Antonovsky noemde, de *Sense of Coherence* van bewoners van belang. De *Sense of Coherence* is de mate waarin zij de werkelijkheid ervaren als begrijpelijk, zinvol en hanteerbaar (46). Een hogere *Sense of Coherence* hangt samen met een betere gezondheid en gezonder gedrag. Er is nog weinig bekend over of en hoe deze *Sense of Coherence* echt te versterken valt, maar het vermoeden bestaat dat dit met behulp van doordachte interventies wel mogelijk is (47).

Onderzoek door het RIVM onder professionals in zorg en welzijnswerk in Slotermeer laat zien dat zij in elk geval nog weinig vertrouwen hebben in de eigen kracht van bewoners. Maar ook geven deze ervaren professionals, die de wijk en zijn bewoners goed kennen, een belangrijke oplossingsrichting aan. Zij zien kansen in groepsaanpakken en het versterken van de collectieve eigen kracht. En ze grijpen die kansen ook, bijvoorbeeld door in plaats van mensen één-op-één aan het bewegen te krijgen gewoon een wandelgroep te starten – en zelf mee te wandelen (48).

3.2 *Hightech en lowtech*

Voor de publieke gezondheid lijken daarnaast nieuwe mogelijkheden in het verschiet te liggen door innovatieve technologieën en ICT-oplossingen. Er bestaan bijvoorbeeld al enorm veel gezondheidsapps. Je kunt rennen met een app, de mooiste of handigste fietsroutes vinden, of bekijken of de producten die je koopt passen in een gezond voedingspatroon. De verwachtingen zijn hoog, met apps zou iedereen laagdrempelig zijn eigen gezondheid kunnen verbeteren. Bijna iedereen heeft een smartphone en gebruikt mobiele data, mensen met een hoger inkomen slechts een fractie vaker dan diegenen die een laag inkomen hebben (49). Toch is er nog een lange weg te gaan totdat deze verwachtingen realiteit worden. Van de smartphonebezitters gebruikt een vijfde gezondheidsapps. Daarbij gaat het doorgaans om mensen met een intrinsieke belangstelling voor gezondheidsaspecten en het zelf meten van gezondheidsgedrag (50). Dit zijn veelal hoger opgeleiden. De apps zijn bovendien lang niet altijd geschikt voor laaggeletterde mensen of groepen met lage gezondheidsvaardigheden (51). Omdat juist zij baat hebben bij een gezondere leefstijl zou het goed zijn om bij het ontwerpen van apps of andere ICT-toepassingen specifiek aandacht te besteden aan laagopgeleide groepen en hen hierbij te betrekken.

De afgelopen jaren heeft het lectoraat Gezondheid en Omgeving samen met het RIVM in het project 'Kijk! Een gezonde wijk' gewerkt aan het ontwerpen van een app voor het beoordelen van de wijk op gezondheidsbevorderende elementen. Dat deden we samen met de bewoners van de aandachtswijk Slotermeer. Het project liet zien dat de bewoners vooral de sociale aspecten van het project, dus bijeenkomsten en gezamenlijke wandelingen door de wijk, hoog waardeerden; individueel appgebruik zelf bleek minder aantrekkelijk. Hightech-benaderingen moeten, om voor deze groepen aantrekkelijk te zijn, dus gecombineerd worden met lowtech-benaderingen waarin ontmoeting en samen doen centraal staan.

4 Gezondheid en omgeving: Grand challenges en citizen challenges

De maatschappelijke determinanten van gezondheid in de wijken van het superdiverse Amsterdam staan centraal in het lectoraat Gezondheid en Omgeving. In het bijzonder gaat de aandacht uit naar de genoemde complexe problemen die in Amsterdam op de agenda staan. Een stap die daarbij van belang is, is die van het benoemen en analyseren van problemen – wicked problems – naar het formuleren en aanpakken van uitdagingen, de *grand challenges*. Dat er geen eenduidige oplossing bestaat wil immers niet zeggen dat we niet aan de gang moeten gaan met als doel om de kansen op gezondheid voor alle Amsterdammers te verbeteren. De genoemde grand challenges, het aanpakken van overgewicht, bestrijden van eenzaamheid en verkleinen van de gezondheidskloof, leven echter niet bij alle Amsterdammers even sterk. Velen ervaren hun eigen uitdagingen rond gezond leven in de wijk. Vanuit de visie dat bewoners en buurten actieve partners zijn in het onderzoek van het lectoraat zullen daarom ook de *citizen challenges* een plek in dit onderzoek krijgen. Drie daarvan staan nu al op de onderzoeksagenda van het lectoraat Gezondheid en Omgeving. Ten eerste kwam de afgelopen jaren in de samenwerking met bewoners in Nieuw-West naar voren dat zij zich zorgen maken over de kwaliteit van hun woningen, in het bijzonder vocht en schimmel en de mogelijke effecten daarvan op de gezondheid. Hier samen onderzoek naar doen is een manier om deze zorgen serieus te nemen en eventuele problemen te helpen oplossen. Een tweede onderwerp is de lokale voedselomgeving. Bewoners gaven aan dat zij leven in een *food jungle* die hen belemmert bij het realiseren van een gezond eetpatroon. Ook hier bieden participatieve aanpakken, met bewoners en andere belanghebbenden in de wijk, mogelijk nieuwe oplossingsrichtingen. Het onderwerp sluit bovendien naadloos aan bij de eerdergenoemde grand challenges, maar krijgt door uit te gaan van bewonerservaringen voor hen een eigen betekenis. Ten derde ervaren bewoners een gebrek aan sociale samenhang in hun leefomgeving. De superdiversiteit in hun buurt is een bron van trots, maar ook een drempel om als buurt saamhorigheid te ervaren. Samenwerking in onderzoek door en met bewoners, onder meer rond het thema levensloopbestendige stad, kan bijdragen aan het verbeteren van deze situatie (52).

Aandacht voor participatie, kennisagendering door bewoners en citizen science in de leefomgeving sluit aan bij recente ontwikkelingen bij het RIVM. Leefomgeving in relatie tot gezondheid is hier een strategisch thema en participatie is een kernwoord. Experimenteren met en doorontwikkelen van citizen science is bovendien een RIVM-brede ambitie (53, 54). Bij dit alles is ook aandacht voor de kwaliteit en effecten van deze betrokkenheid van bewoners op zijn plaats, want bij participatie geldt: baat het niet, het kan wel schaden. Slecht uitgevoerde

participatietrajecten en te weinig aandacht voor spanning tussen de bewoners als ervaringsdeskundigen in de wijk en de onderzoekers als buitenstaanders kunnen leiden tot betekenisloze betrokkenheid, teleurstelling bij bewoners en potentieel slechtere beslissingen (55, 56).

4.1 Complex care, complex public health

Het lectoraat Gezondheid en Omgeving sluit aan bij het kenniscentrum ACHIEVE van de Hogeschool van Amsterdam. Het heeft raakvlakken en overeenkomsten met het onderzoeksthema Complex Care van dit kenniscentrum. In dit thema ligt de focus op complexe problematiek in de zorg. Maar ook in de publieke gezondheid is daar sprake van. Net als bij patiënten met bijvoorbeeld multimorbiditeit hebben we in aandachtswijken te maken met een samenstel van allerlei moeilijk te ontwarren omstandigheden. De eerdergenoemde 'Whole-of Society'-aanpak vertoont parallellen met de interprofessionaliteit die complexe zorg vereist. Bij ACHIEVE bestaat veel aandacht voor de mens achter de ziekte. Alleen de patiënt zelf weet immers hoe het is om te leven met zijn of haar aandoening(en). Voor het lectoraat Gezondheid en Omgeving zijn het de bewoners die ervaringsdeskundigen zijn over hun leefomstandigheden. Daarom is hun bijdrage aan een analyse van wat er in de wijk aan de hand is essentieel, bijvoorbeeld door participatieve Health Impact Assessment, dat is het inschatten van de gezondheidseffecten van ingrepen in de leefomgeving, of door community based systems dynamics waarbij opties voor beleid en interventies worden ontwikkeld en vergeleken samen met bewoners en wijkprofessionals.

Het lectoraat levert door de focus op de publieke gezondheid en de preventie een aanvulling op het huidige onderzoek van de Faculteit Gezondheid. Dit sluit aan bij de ambitie van de onderzoekers binnen ACHIEVE om de zorg in een breder maatschappelijk kader te plaatsen, bijvoorbeeld door inzicht te zoeken in die factoren in het dagelijks leven en/of de omgeving die patiënten helpen om gezond gedrag te realiseren. Onderzoekers van ACHIEVE zijn daarbij actief in kijken, zoals de Indische buurt en Amsterdam Zuidoost. Zo is er de samenwerking met lector Margo van Hartingsveldt die met haar onderzoeksgroep en samen met (oudere) bewoners belangrijk werk verzet op het gebied van participatie en gezondheid. Er zijn mogelijkheden tot aansluiting bij het werk van lector en hoogleraar Bianca Buurman rond het buurtziekenhuis met als belangrijke vraag: wat gebeurt er met oudere en kwetsbare mensen na ontslag uit het ziekenhuis en hoe kan goede samenwerking binnen en buiten de zorg mensen weer kans op gezondheid geven.

Daarnaast zijn er linken met onderzoekslijnen over belemmeringen en kansen voor mensen om hun gezondheid zelf te verbeteren (lector Bart Visser) en het mentaal en sociaal welbevinden van kwetsbare groepen die hun eigen positieve gezondheid niet zo eenvoudig kunnen vormgeven (lector Corine Latour). Het lectoraat zoekt ook aansluiting bij het Sarphati Institute dat zich voornamelijk richt op het bevorderen van een gezonde leefstijl en het voorkomen van overgewicht bij de Amsterdamse jeugd. En het zal aanhaken bij het Sprong traject waar drie faculteiten van de Hogeschool van Amsterdam samenwerken rond de thema's voeding, bewegen en pervasieve technologie in de groot-Amsterdamse context.

4.2 Urban vitality

Voor onderzoekscentrum ACHIEVE is het speerpunt Urban Vitality de tweede grote onderzoekslijn. Urban Vitality draagt bij aan 'een stad waar bewoners gezond leven, voor elkaar zorgen en zelfstandig participeren'. Beweging en een gezond voedingspatroon, de twee belangrijkste onderwerpen in dit speerpunt, zijn noodzakelijke randvoorwaarden voor vitale bewoners in gezonde buurten. De grootstedelijke leefomgeving heeft, zoals eerder aangegeven, impact op het gedrag en de gezondheid van deze bewoners en buurten. De aanpakken waaraan het lectoraat wil bijdragen hebben dan ook betrekking op deze specifieke omstandigheden. Daarnaast is het een uitdaging om het 'voor elkaar zorgen en participeren' vorm te geven. Dat kan alleen in samenspraak met de bewoners, waarbij er niet alleen dialoog moet zijn, maar vooral ook goede doorlopende evaluatie. Een van de vragen daarbij is wat die participatie voor effect op de bewoners zelf heeft in termen van empowerment en betrokkenheid bij de wijk maar ook in termen van gezond gedrag. Een begrip als positieve gezondheid kan daarbij nieuwe invulling krijgen; tot op heden ligt de nadruk bij dit begrip op individueel ervaren dimensies van gezondheid. Omdat community-aanpakken juist voor bewoners van de aandachtswijken passend lijken te zijn ligt het in die context voor de hand te proberen om de (collectieve) positieve gezondheid van een wijk te definiëren (48).

Urban Vitality is ook de titel van een dit jaar ondertekend convenant van de Gemeente Amsterdam en de Hogeschool van Amsterdam. Gedurende acht jaar zal worden samengewerkt om uitdagingen op het gebied van bewegen, voeding, gezondheid en (top)sport in de stad aan te gaan. De kwetsbare groepen in de stad krijgen daarbij speciale aandacht. Het lectoraat Gezondheid en Omgeving zal ook hieraan bijdragen.

5 Onderzoek, onderwijs, praktijk

Het lectoraat Gezondheid en Omgeving wil de komende jaren werken aan kennis die relevant en bruikbaar is voor professionals in de stad. Aan zulke kennis is grote behoefte, omdat door de decentralisaties in de zorg en het sociale domein meer en nieuwe taken bij deze professionals terechtkomen. Hoewel de decentralisaties het mogelijk maken om aanpakken op maat vorm te geven en zo effectiever te maken, is de kennisbasis hiervoor nog in ontwikkeling, zoals het Rathenau Instituut onlangs vaststelde (57). Het is een van de redenen waarom het RIVM, dat dit lectoraat bekostigt, de samenwerking met de Hogeschool van Amsterdam heeft gezocht. De praktijkgerichte aanpak, met lokale en regionale partners, is voor het RIVM een aandachtspunt, waar de RIVM-regiocoördinatoren een grote bijdrage aan leveren. Zo heeft het RIVM een methode ontwikkeld om wijkprofielen te maken. Deze methode brengt de gezondheid van een wijk in kaart en helpt bovendien om samen met lokale partijen en bewoners vast te stellen welke effectieve interventies geschikt en gewenst zijn. Samen deze kennis en deze aanpakken verder ontwikkelen staat hoog op de agenda.

Door onderzoek met studenten en docenten ontwikkelt de Hogeschool van Amsterdam niet alleen toepasbare kennis. Vanuit het Zorginstituut Nederland klinkt de laatste jaren de behoefte aan zogenaamde 'T-shaped professionals' die diepgaande specialistische kennis combineren met het vermogen met andere disciplines samen te werken (58, 59). De hedendaagse gezondheidsprofessional is niet alleen betrokken bij de individuele cliënt, maar ook bij de publieke gezondheid – én zij of hij plaatst deze betrokkenheid in een maatschappelijk perspectief (60). Kim Putters, de Directeur van het Sociaal en Cultureel Planbureau, betoogt in zijn recente essay over *het nieuwe sociale contract* (tussen overheid en burgers) (61) dat nieuwe benaderingen, waarbij bewoners samen met professionals de verantwoordelijkheid voor hun welbevinden en gezondheid oppakken, alleen kunnen slagen bij de gratie van een lerende uitvoeringspraktijk. Samenwerken over professionele grenzen heen en daar telkens weer van leren is onlosmakelijk verbonden met de integrale aanpak in de stad die centraal staat in het onderzoek van het lectoraat Gezondheid en Omgeving.

Voor deze lerende praktijk is ook samenwerking van het lectoraat met BOOT, de Buurtwinkel voor Onderzoek, Onderwijs en Talentontwikkeling van de HvA, relevant. BOOT is gestart met het opzetten van een doorlopende leerlijn voor studenten in de stad, waarbinnen verschillende kortere projecten een plek kunnen krijgen. De studenten liften als het ware een poosje mee in een rijdende onderzoekstrein, in plaats van telkens opnieuw de behoeften te peilen. Zo werkt BOOT aan continuïteit, een randvoorwaarde voor een effectieve benadering van

zowel grand challenges als citizen challenges. Want, zoals Saan et al.(62) in 2010 al schreven, gezondheidsbevordering is een marathon en geen sprint.

5.1 Gezondheid en Omgeving in actie: doe het lokaal, doe het samen, volg de energie

Lokaal werken in zogenaamde *fieldlabs* – dat zijn wijken waar samen met bewoners en andere betrokkenen experimenten en onderzoek wordt uitgevoerd – is voor dit lectoraat, gericht op gezondheid in de leefomgeving, vanzelfsprekend. Uit het lokale onderzoek zullen desalniettemin ook lessen te trekken zijn die elders toepassing kunnen vinden. Een aanpak regelrecht kopiëren naar een andere context is waarschijnlijk niet altijd mogelijk, maar wel het opsporen van werkzame elementen en bouwstenen voor interventies en aanpakken op andere plaatsen. Amsterdam Nieuw-West is voor het lectoraat zo'n belangrijk fieldlab. Er bestaan al stevige banden met de wijk Slotermeer in Amsterdam Nieuw-West via de samenwerking met lokale partners, zoals Stichting Eigenwijks en WestSide Slotermeer, en met actieve bewoners. Door deze jarenlange samenwerking ligt er een mooie basis voor toekomstige projecten. De bewoners hier zijn belangrijke ervaringsdeskundigen wat betreft hun leefomstandigheden, met wie dan ook eveneens veelvuldig samengewerkt zal worden. De agenda van bewoners en professionals in Nieuw-West biedt dus de inspiratie voor het onderzoek; samen doen is het sleutelwoord.

Een tweede belangrijk fieldlab voor het lectoraat is het Bajes Kwartier in Amsterdam-Oost. AM, de ontwikkelaar van de nieuw te bouwen wijk op het voormalige terrein van de Bijlmerbajes heeft de ambitie om hier een duurzame, maar ook de gezondste wijk van Amsterdam te ontwikkelen. Een wijk met een hoge dichtheidsgraad en tegelijk zo veel mogelijk groen, die bewegen en ontmoeten stimuleert en hittestress verlaagt met als pronkstuk een verticaal park dat voor alle bewoners en gebruikers een rustpunt vormt. De Hogeschool van Amsterdam werkt met AM samen door te onderzoeken hoe deze wens realiteit kan worden. Het lectoraat Gezondheid en Omgeving en het lectoraat Bouwtransformatie gaan hiermee aan de slag. De energie die uitgaat van een nieuw te starten wijk geeft inspiratie voor innovatief onderzoek. De HvA onderzoekers zullen bijvoorbeeld de waarde van buurtmoestuinen en beweegroutes door de wijk bestuderen. Een vraag die opkomt is ook wat de duurzame ambities van deze wijk doen met de leefstijl en gezondheid van bewoners. Komt er een deeleconomie met leenauto's? Gaat men zelfgekte weekte groenten eten? Komt er een buurtkeuken? Wat is daarvan het effect op de gezondheidsbeleving? Ook hier gaat de Hogeschool

samenwerking met de huidige, tijdelijke, bewoners en met toekomstige bewoners aan. Voor zover de toekomstige bewoners nog niet in beeld zijn kijkt het lectoraat naar groepen die hierop lijken, ofwel een *proxy* daarvoor zijn. Een start is al gemaakt door op de open dag van het Bajeskwartier toekomstige bewoners te vragen aan te geven wat volgens hen het belangrijkste aspect van een gezonde wijk is. Ook leverde een inspiratiesessie op locatie interessante nieuwe ideeën voor het onderzoek op. Bovenal zal het lectoraat de energie volgen die van bewoners uitgaat. Met hen praten, naar hen luisteren en ‘kijken met het hart’ is daarbij zeker zo belangrijk als tellen en meten.

Dankwoord

Dankbaarheid is een van de fijnste emoties die ik ken. Het uitspreken van een dankwoord is voor mij dan ook misschien wel het belangrijkste onderdeel van deze rede.

Gezondheid en Omgeving is een bijzonder lectoraat, dat wil zeggen dat het is ingesteld vanuit een organisatie van buiten de Hogeschool. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), dat dit lectoraat faciliteert, wil zich meer in het lokale niveau verdiepen en lokale partners zoals gemeentes en GGD-en met kennis ondersteunen. Er komt immers met alle decentralisaties veel op die partners af. Het RIVM ziet daarnaast samenwerking met de Hogeschool van Amsterdam en met andere hogescholen als een goede kans om praktijkgericht onderzoek te stimuleren.

Het lectoraat Gezondheid en Omgeving is ook bijzonder, omdat het voor het RIVM de eerste keer is dat op deze wijze met een hogeschool wordt samengewerkt. Ik wil dan ook allereerst het RIVM danken voor de kans om hierin een wegbereider te zijn. In het bijzonder ben ik André van der Zande, voormalig Directeur-Generaal van het RIVM, dankbaar voor zijn vertrouwen in mij en de stimulerende gesprekken die wij over dit lectoraat en de inhoud daarvan hebben gevoerd. Mijn grote dank gaat ook uit naar Annemiek van Bolhuis, Directeur Volksgezondheid en Zorg bij het RIVM. Jij hebt steeds geloofd in het belang van dit nieuwe lectoraat en mij daarmee meer geholpen dan je misschien zelf weet. Ook dank ik het voormalige hoofd van het Centrum Voeding, Preventie en Zorg, Jantine Schuit, voor haar vriendschap en steun. Ik dank het huidige hoofd van het Centrum Voeding, Preventie en Zorg, Matthijs van den Berg, en het hoofd van het Centrum Gezondheid en Maatschappij, Mariken Leurs, voor hun enthousiasme voor dit lectoraat. Lieve en leuke collega's van de afdeling Levensloop en Gezondheid en vooral afdelingshoofd Monique Verschuren, wat zijn jullie een fijne groep mensen! Ik hoop jullie allemaal de komende jaren in Amsterdam te mogen begroeten. Loek Stokx, collega, maat, sparringpartner en fijn mens, wat leer ik nog steeds veel van jou! Dank! RIVM-collega's Elise van Kempen, Jeroen Devilee, Ellen Uiters, Lidwien Lemmens, Saskia van den Berg, Jolanda Boer, Brigit Staatsen, Nina van der Vliet, Theo van Alphen, Ilse Storm, internationaal expert Nicoline Tamsma, Hanneke Kruize en de pioniers van Citizen Science in het PROSECCO-team dank ik voor inspiratie zonder welke ik vandaag niet op deze plek zou staan.

Ik wil de rector en het College van Bestuur van de Hogeschool van Amsterdam bedanken voor mijn benoeming als lector Gezondheid en Omgeving. Al een poosje voerde ik mijn onderzoek als 'lector-in oprichting' uit; dat de benoeming nu een feit is, en de 'i.o.' achter de titel verdwenen, is prachtig. Jacomine Ravensbergen,

voormalig decaan van de faculteit Bewegen, Sport en Voeding, ik herinner me als de dag van gisteren dat ik op jouw gezellige werkkamer zat en wij samen de eerste plannen voor dit lectoraat smeedden. Dank hiervoor en dank voor de fijne samenwerking in die eerste jaren. Met Wilma Scholte op Reimer als nieuwe decaan kwam er ook verbinding met de Faculteit Gezondheid. Deze verbinding heeft het voor mij mogelijk gemaakt om drempelloos over te stappen naar die Faculteit, met behoud van de vele fijne samenwerkingspartners bij Bewegen, Sport en Voeding. Wilma, jij hebt mijn benoeming ondersteund, er vaart achter gezet en mij enorm weten te motiveren. Daar dank ik je voor. Ik ben er trots op om de komende jaren onder jouw vlag te mogen varen.

Raoul Engelbert, hoofd van kenniscentrum ACHIEVE, jij bent voor mij een gids en inspirator geweest onderweg naar de benoeming. Elke keer weer verheug ik me op onze gesprekken. Dank daarvoor. Collega-lector Margo van Hartingsveldt, bij wier lectoraat Participatie en Gezondheid ik zal aanhaken: wij zijn al samen aan de slag gegaan om mooie nieuwe projecten te ontwikkelen. Wij zitten vaak op dezelfde lijn; jij maakt dat ik me welkom voel in mijn nieuwe werkomgeving. Alle andere lectoren van ACHIEVE en ook de lectoren van het Kenniscentrum Bewegen, Sport en Voeding, dank ik voor hun collegialiteit en vriendschap. Ik kijk uit naar voortzetting van de samenwerking met lector Stedelijk Sociaal Werken Lex Veldboer – wij gaan samen op zoek naar de gezonde achterstandswijk, een spannende speurtocht. Ook ga ik met veel plezier aan het werk met Frank Suurenbroek, lector Bouwtransformatie, in de keet van het Bajeskwartier. Ben Krose, lector Digital Life, wij hebben een mooie samenwerking achter de rug. Dank voor jouw wijsheid en inspiratie.

Ik dank ook de volgende HvA-collega's met wie ik de afgelopen jaren onderzoek heb mogen doen of nu doe: Joey van der Bie, Nazli Cila, Maarten Groen, Harko van den Hende, Aafke Hofland, Wouter Meys, Fenna van Nes, Nicky Nibbeling, Elvera Overvest, Caroline Rijkers, Anouk van der Steen, Joni Stolk, Fenna Wichers.

Ook buiten de Hogeschool heb ik fijne partners gevonden, onder meer bij de GGD en de gemeente, bij Stichting Eigenwijks in Nieuw-West, bij het Van Eesteren Museum, bij Avans Hogeschool, hogeschool Windesheim, Hogeschool Utrecht, de Vrije Universiteit, Wageningen Universiteit en bij projectontwikkelaar AM en het Bajes Kwartier. Zulke partners maken onderzoek doen tot een bron van plezier en inspiratie.

Ik ben onuitsprekelijk veel dank verschuldigd aan mijn Amsterdamse ouders: mijn moeder die ik helaas moet missen maar met liefde in mijn hart draag, en mijn bijzondere vader, die vanwege zijn gezondheid hier vandaag niet bij kan zijn. Papa, ik weet en voel dat u trots op mij bent.

Ik ben ook blij met mijn 'grote zussen' Marianne en Laura en hun partners Tjoe Liong en Jan, die mij altijd aanmoedigen en opvrolijken. De bijzondere Oostenrijkse tak van mijn familie, hier ook aanwezig, ben ik dankbaar voor alle plezier de afgelopen jaren en vooral hun hulp om af en toe de zinnen te verzetten. Mijn oudste en liefste vriendin José van de Ven, samen groeiden we op in Amsterdam. Jouw vriendschap is uitzonderlijk!

Ik ben blij met en trots op mijn lieve kinderen Sem, Natasja, Joram en Hester. Dat jullie er zijn is het mooiste in mijn leven.

Zonder veel woorden maar met hart en ziel, met huid en haar, dank ik mijn partner, geliefde, lijfarts en soul mate Frans. Ik hoef jou niet te vertellen hoe veel je voor mij betekent. Vorig jaar trouwden we een beetje opnieuw, na 30 jaar. Dat was toen een feest om nooit te vergeten. Het is alle dagen een feest om jouw vrouw te mogen zijn.

Tot slot dank ik u allen hier aanwezig, familie, vrienden, collega's en belangstellenden.

CV Lea den Broeder

Dr. Lea den Broeder (Amsterdam, 1958) studeerde Pedagogische Wetenschappen aan de Universiteit van Amsterdam en behaalde later een Master of Public Health aan de Netherlands School of Public Health. In 2017 promoveerde zij aan de Vrije Universiteit te Amsterdam. Zij is werkzaam bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en is een dag per week werkzaam als bijzonder lector Gezondheid en Omgeving bij de Hogeschool van Amsterdam.

Al meer dan 10 jaar houdt Lea den Broeder zich bezig met Integraal Gezondheidsbeleid en meer specifiek de wisselwerking tussen mensen en hun leefomgeving, eerst bij de Netherlands School of Public Health, later bij het RIVM.

Zij heeft een focus op citizen-science-aanpakken en andere vormen van bewonersparticipatie, in het bijzonder bij kwetsbare groepen. Lea heeft veel werk verricht op het gebied van (community based) Health Impact Assessment; naast methodologie- en instrumentontwikkeling heeft zij binnen en buiten Nederland training en scholing hierover ontwikkeld en uitgevoerd. Zij heeft daarnaast ervaring op het gebied van beleidsanalyse, onder meer bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. En zij paste deze kennis in de praktijk toe door voor het RIVM vele jaren de coördinatie van de contacten met de opdrachtgevende ministeries te verzorgen.

Zij speelt een actieve rol in internationale netwerken rond Integraal Gezondheidsbeleid en Health Impact Assessment. Sinds 2003 is zij actief in diverse bestuursfuncties binnen de International Association for Impact Assessment (IAIA) waaronder lidmaatschap van de Board of Directors van 2009-2012. In 2009 organiseerde zij de 10de editie van de internationale Health Impact Assessment conferentie in Rotterdam.

Lea den Broeder is getrouwd met Frans van der Velde. Samen hebben zij drie kinderen.

Referenties

1. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. New York: World Health Organization; 1946.
2. Van der Lucht F, Polder J. Van Gezond naar beter. Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Bilthoven; 2010.
3. Kooiker S, Hoeymans N. Burgers en Gezondheid. Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: RIVM; 2014.
4. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
5. Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. The Lancet. 2007;370(9593):1153-63.
6. Ferriman A. BMJ readers choose the "sanitary revolution" as greatest medical advance since 1840. BMJ : British Medical Journal. 2007;334(7585):111-.
7. Lindström B, Eriksson M. Salutogenesis. Journal of Epidemiology and Community Health. 2005;59(6):440-2.
8. Gezondheidsraad. Overgewicht en obesitas. Publicatienr 2003/07. Den Haag: Gezondheidsraad; 2003.
9. Kolotkin R, Meter K, Williams G. Quality of life and obesity. Obesity Reviews. 2001;2(4):219-29.
10. Fontaine K, Barofsky I. Obesity and health-related quality of life. Obesity Reviews. 2001;2(3):173-82.
11. Townshend T, Lake A. Obesogenic environments: current evidence of the built and food environments. Perspectives in Public Health. 2017;137(1):38-44.
12. Gemeente Amsterdam. Gezondheid in Beeld. Resultaten Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2016. Amsterdam: Gemeente Amsterdam; 2017.
13. Van Campen C, Vonk F, Van Tilburg T. Kwetsbaar en eenzaam. Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2018.
14. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Actieprogramma - Een tegen eenzaamheid. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2018.
15. Hawkey LC, Hughes ME, Waite LJ, Masi CM, Thisted RA, Cacioppo JT. From Social Structural Factors to Perceptions of Relationship Quality and Loneliness: The Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences. 2008;63(6):S375-S84.
16. Sixsmith A, Sixsmith J. Ageing in Place in the United Kingdom. Ageing International. 2008;32(3):219-35.
17. van Hees S, Horstman K, Jansen M, Ruwaard D. Photovoicing the neighbourhood: Understanding the situated meaning of intangible places for ageing-in-place. Health & Place. 2017;48:11-9.

18. Herber G-C, Lemmens L, Spijkerman A, De Bruin S, Van Oostrom S. Preventieve activiteiten voor ouderen die onvoldoende bereikt worden: wat zijn kansrijke elementen? Bilthoven: RIVM; 2018.
19. Vrooman C, Gijsberts M, Boelhouwer J. Verschil in Nederland. Sociaal en Cultureel Rapport 2014. Den Haag; 2014.
20. RIVM. Trendskenario VTV2018. Bilthoven; 2017.
21. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Eenzaamheid. Cijfers & Context. Huidige situatie. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2018.
22. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Overgewicht. Cijfers & Context. Huidige situatie. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2018.
23. Vrooman C. De ruimtelijke dimensie van 'Verschil in Nederland'. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2017.
24. Gemeente Amsterdam. Gezondheid in beeld. Amsterdam: Gemeente Amsterdam; 2017.
25. Diderichsen F, Andersen I, Mackenbach JP. Health Inequality - determinants and policies. Copenhagen: Department of Public Health, University of Copenhagen; 2011.
26. Kamphuis CBM, van Lenthe FJ, Giskes K, Brug J, Mackenbach JP. Perceived environmental determinants of physical activity and fruit and vegetable consumption among high and low socioeconomic groups in the Netherlands. *Health & Place*. 2007;13(2):493-503.
27. Gortmaker SL, Swinburn BA, Levy D, Carter R, Mabry PL, Finegood DT, et al. Changing the future of obesity: science, policy, and action. *The Lancet*. 2011;378(9793):838-47.
28. Gemeente Amsterdam. Trendanalyse: diversiteit van de Amsterdamse bevolking. Amsterdam: Gemeente Amsterdam; 2016.
29. Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press; 1992.
30. Storm I. General Introduction. Towards a HiAP cycle Health in All Policies as a practice/ based improvement process. Amersfoort: Ilse Storm; 2016. p. 7-26.
31. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2011.
32. Staatsen B, Van der Vliet N, Kruize H, Hall L, Morris G, Bell R, et al. Inherit: Exploring triple-win solutions for living, moving and consuming that encourage behavioural change, protect the environment, promote health and health equity. Brussel: EuroHealthNet; 2017.
33. Lakerveld J, Verstrate L, Bot SD, Kroon A, Baan CA, Brug J, et al. Environmental interventions in low-SES neighbourhoods to promote healthy behaviour: enhancing and impeding factors. *European Journal of Public Health*. 2014;24(3):390-5.
34. Den Broeder L, Devilee J, Van Oers H, Schuit AJ, Wagemakers A. Citizen Science for public health. *Health Promot Int*. 2018;33(3):505-14.

35. Den Broeder L, Lemmens L, Uysal S, Kauw K, Weekenborg J, Schönenberger M, et al. Public Health Citizen Science; Perceived Impacts on Citizen Scientists: A Case Study in a Low-Income Neighbourhood in the Netherlands. *Citizen Science: Theory and Practice*. 2017;2(1):7.
36. Van der Wilk E, Melse J, Den Broeder J, Achterberg P. *Leren van de burens. Beleid publieke gezondheid internationaal bezien: roken, alcohol, overgewicht, depressie, gezondheidsachterstanden, jeugd, screening*. Bilthoven: RIVM; 2007.
37. Van den Berg M, Post N, Hamberg-van Reenen H, Baan C, Schoemaker C. *Preventie in de zorg. Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*. Bilthoven; 2014.
38. McNamara K. Social determinants of health - why treat without changing what makes people sick? *Australian Pharmacist*. 2012;31(8):638-40.
39. Bosch M, Aletta Jacobs. *Een onwrikbaar geloof in rechtvaardigheid*. Amsterdam: Uitgeverij Balans; 2009.
40. Delsen L. From welfare state to participation society. Welfare state reform in the Netherlands: 2003-2010. NiCE Working Paper 12-103. Nijmegen; 2012.
41. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ*. 2011;343:d4163.
42. Huber M, Van Vliet M, Giezenberg M, Winkens B, Heerkens Y, Dagnelie PC, et al. Towards operationalisation of the new dynamic concept of health, leading to 'positive health'. Towards a new, dynamic concept of Health Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food. Driebergen: Louis Bolk Instituut; 2014. p. 55-82.
43. Dierx J, Kasper J. De meerwaarde van positieve gezondheid voor de gepercipieerde gezondheid. TSG. 2018(online first juli 2018).
44. Haverkamp B, Verweij M, Stronks K. 'Gezondheid': voor iedere context een passend begrip? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*. 2017;95(6):258-63.
45. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. *Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid; 2017.
46. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*. 1996;11(1):11-8.
47. Super S, Wagemakers MA, Picavet HS, Verkooijen KT, Koelen MA. Strengthening sense of coherence: opportunities for theory building in health promotion. *Health Promot Int*. 2016;31(4):869-78.
48. Den Broeder L, Uiters E, Hofland A, Wagemakers A, Schuit AJ. Local professionals' perceptions of health assets in a low-SES Dutch neighbourhood: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2017;18(1):12.
49. Centraal Bureau voor de Statistiek. *Internet; toegang, gebruik en faciliteiten*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2018.

50. Ernsting C, Dombrowski US, Oedekoven M, O'Sullivan LJ, Kanzler M, Kuhlmeij A, et al. Using Smartphones and Health Apps to Change and Manage Health Behaviors: A Population-Based Survey. *J Med Internet Res*. 2017;19(4):e101.
51. Neter E, Brainin E. eHealth Literacy: Extending the Digital Divide to the Realm of Health Information. *Journal of Medical Internet Research*. 2012;14(1):e19.
52. den Broeder JM, Pilon A, Van de Weerd A. Gezondheid verbindt! Evaluatie van het project Gezond Slotermeer. Bilthoven: RIVM; 2015.
53. Den Broeder L. Citizen science. Iedereen expert. Bilthoven: RIVM; 2018.
54. RIVM. RIVM en citizen science. Een nieuwe manier van kijken Bilthoven: RIVM; 2018.
55. Negev M, Davidovitch N, Garb Y, Tal A. Stakeholder participation in health impact assessment: A multicultural approach. *Environmental Impact Assessment Review*. 2013;43:112-20.
56. Minkler M. Community-based research partnerships: Challenges and opportunities. *Journal of Urban Health*. 2005;82(2):ii3-ii12.
57. Faasse P, Koens L. Gezond verstand - Publieke kennisorganisaties in de gezondheidszorg. Den Haag: Rathenau Instituut; 2017.
58. Kaljouw M, van Vliet K. Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. Diemen; 2015.
59. Van Vliet K, Grotendorst A, Roodbol P. Anders kijken, anders leren, anders doen – grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2016.
60. Damoiseaux R, Soethout M. Maatschappelijk betrokken in de artsopleidingen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2017;161:D2326.
61. Putters K. Een lokaal sociaal contract. Voorwaarden voor een inclusieve samenleving. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2018.
62. Saan H, De Haes W, Mootz M, Bolemers M, Kocken P, Ruiter M. Gezondheid duurzaam bevorderen. *TSG*. 2010;88(5):255–66

Amsterdam is een superdiverse stad met belangrijke uitdagingen op het gebied van gezondheid. Overgewicht, eenzaamheid en de gezondheidskloof tussen de gevestigde bovenlaag en groepen die het minder goed getroffen hebben zijn daar enkele van. De wijk als omgeving waar mensen wonen, werken, spelen en leren biedt kansen maar ook belemmeringen voor de gezondheid. Een integrale, 'Whole-of-society'-benadering – dat is een aanpak met alle partijen inclusief bewoners – biedt aanknopingspunten om de gezondheid in grootstedelijke wijken te bevorderen. Lector Gezondheid en Omgeving Lea den Broeder gaat in haar rede in op de achtergronden en oplossingsrichtingen van de uitdagende gezondheidsvraagstukken in de stad. Het bijzonder lectoraat Gezondheid en Omgeving is ingesteld in samenwerking met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.



AFBEELDING
BertZuiderveen.nl

