



Henk Rosendal

Op naar een gezonde leefomgeving

Werk maken van de wijk

Op naar een gezonde leefomgeving

Werk maken van de wijk



Hogeschool Rotterdam Uitgeverij



Colofon

ISBN: 9789493012066

1^e druk, april 2019

© Henk Rosendal

Dit boek is een uitgave van Hogeschool Rotterdam Uitgeverij

Postbus 25035

3001 HA Rotterdam

Publicaties zijn te bestellen via

www.hr.nl/onderzoek/publicaties

De copyrights van de afbeeldingen (figuren en foto's) berusten bij Hogeschool Rotterdam en de makers tenzij anders vermeld.

Deze publicatie valt onder een Creative Commons Naamsvermelding-NietCommercieel-GelijkDelen 4.0 Internationaal-licentie.



Op naar een gezonde leefomgeving

Werk maken van de wijk

Henk Rosendal

Rotterdam, april 2019



INHOUD

Inleiding	6
1. De basis van het lectoraat De Gezonde Wijk	7
2. Gezondheid	9
3. De (gezonde) wijk	11
4. Factoren die invloed hebben op de gezondheid van mensen	13
5. De theorie en de weerbarstige praktijk	16
6. Onderzoek en ervaringen van andere lectoren	21
7. Naar een integrale aanpak	24
8. Een standaardaanpak?	27
9. De start	30
Literatuur	32
Websites	33
Eerdere uitgaven	34

Inleiding

Deze uitgave verschijnt in het kader van mijn openbare les als lector van het lectoraat De Gezonde Wijk bij Kenniscentrum Zorginnovatie van Hogeschool Rotterdam. De openbare les gaat in op het belang van het stimuleren van de volksgezondheid op wijkniveau (gezonde wijken) en het onderzoek daartoe dat er vanuit dit nieuwe lectoraat zal worden uitgevoerd in de komende periode.

In tegenstelling tot wat gebruikelijk is, bevat deze uitgave niet de integraal uitgesproken tekst van de openbare les. Wat u in handen hebt, bevat wel de grote lijn van het betoog, maar is vooral een verbeelding van de inhoud ervan: foto's, uitspraken, korte toelichtingen en persoonlijke bevindingen geven de rijkdom van dit onderwerp aan. Maar ook de onmacht en de uitdagingen.

De foto's laten Rotterdam zien, de stad waarin het lectoraat is ingebed en waar de meeste activiteiten zullen plaatsvinden. De uitspraken in deze uitgave komen van allerlei mensen die iets hebben ervaren in het kader van een (on)gezonde wijk. Sommige zijn direct betrokken bij het lectoraat, andere staan er verder van af. Iedereen die heeft bijgedragen aan dit gedachtengoed en de beeldvorming hierover en iedereen die dit lectoraat mede mogelijk heeft gemaakt, wil ik hierbij hartelijk danken.

Samen gaan we er de komende jaren iets moois van maken!

Henk Rosendal

Lector De Gezonde Wijk

Hogeschool Rotterdam

april, 2019

De basis van het lectoraat De Gezonde Wijk

Een goede gezondheid is belangrijk: meer dan 80 procent van de Nederlanders beschouwt gezond zijn als belangrijkste voorwaarde voor een goed leven (GfK, 2017). Een goede gezondheid kan een doel op zich zijn, maar kan ook als middel worden beschouwd, bijvoorbeeld als voorwaarde voor een goed leven of voor een gezonde economie. Als lector van het lectoraat Mensen met chronische ziekten heb ik veel kennis opgedaan over de impact van een chronische aandoening op het dagelijks functioneren van mensen en over het belang van samenwerking tussen professionals. Daarna heb ik als lector van het lectoraat Wijkzorg veel mogen onderzoeken en leren over de rol van de wijkverpleegkundige als generalist in de eerstelijnszorg. Daar kwam onder meer de relatie tussen het individu en zijn directe omgeving, de wijk, aan de orde. De uitdaging was (en is) om wijken zodanig in te richten en te organiseren dat deze uitnodigen tot gezond gedrag. Als er uit beide voorgaande lectoraten één ding duidelijk is geworden, dan is het wel dat een integrale aanpak in de directe leefomgeving noodzakelijk is om de gezondheid van mensen te bevorderen. En dat is het doel van dit nieuwe lectoraat De Gezonde Wijk.

De inhoud van het lectoraat De Gezonde Wijk omvat een breed domein, met kernbegrippen als gezondheid en de determinanten daarvan, de stad en haar wijken, integrale aanpak, preventie en innovatie. Op al deze afzonderlijke gebieden is door anderen eerder gewerkt aan het vergroten van de 'body of knowledge' en in dit lectoraat maken we daar dankbaar gebruik van. Die eerder verworven kennis kan worden beschouwd als de basis voor dit lectoraat. Het betreft kennis waar de komende jaren op zal worden voortgeborduurd. Ik noem een paar belangrijke pijlers, die in deze openbare les worden uitgewerkt:

- De eerste pijler is het determinantenmodel van Lalonde (1974). In dit model wordt breed en systematisch gekeken naar factoren die invloed hebben op de gezondheid van mensen. De WHO heeft dit model geadopteerd en het RIVM heeft het de afgelopen decennia steeds verder uitgewerkt.

- De volgende pijler is de verpleegkundige theorie van Marjory Gordon (1994). Gordon introduceerde in de diagnostiek de zogenaamde PES-constructie, waarbij de 'p' staat voor het ervaren probleem, de 'e' voor de oorzaak (etiologie) en de 's' voor de 'signs and symptoms'. Deze constructie heeft tot een fundamentele wijziging van de aanpak van (niet alleen verpleegkundige) problemen geleid, gezien het belang dat er vanaf dat moment aan de 'e' is toegekend. Immers, als de oorzaak van een probleem bekend én behandelbaar is, vergroot dat de kans op een goed resultaat bij de behandeling of aanpak daarvan.
- In de derde plaats is er het werk van prof. dr. Rudy Westendorp, die veel onderzoek heeft gedaan naar het verouderingsproces. Voor het lectoraat De Gezonde Wijk is met name belangrijk zijn constatering dat het voor gezond ouder worden van belang is om zowel lichamelijk als sociaal in beweging te blijven (Westendorp, 2014).

De combinatie van deze drie pijlers, aangevuld met andere inzichten, vormen 'the backbone' van dit nieuwe lectoraat. De afzonderlijke inzichten zijn niet nieuw, de combinatie ervan is dat wel. De volgende twee quotes passen daarom goed bij de start van het lectoraat De Gezonde Wijk:

"If I have seen further it is by standing on the shoulders of giants"
(Isaac Newton).

"Innovation is about unexpected connections"
(Simon Fraser).

Het lectoraat De Gezonde Wijk borduurt voort op bestaande kennis en combineert inzichten vanuit verschillende invalshoeken. Daaruit ontstaat weer nieuwe kennis die gebruikt kan worden in de praktijk en het onderwijs.

Gezondheid

Volgens 82 procent van de Nederlanders is een goede gezondheid de belangrijkste voorwaarde voor een goed leven (GfK, 2017). Vreemd genoeg is dat niet terug te zien in de wijze waarop mensen leven. Ze weten dat roken slecht is, evenals het overmatig nuttigen van alcohol. Ze weten ook dat voldoende bewegen belangrijk is en dat het gebruik van suiker, zout en vetten beter beperkt kan blijven. Maar dat weten vertaalt zich niet echt in bijbehorend gedrag. Blijkbaar vinden mensen het heel ingewikkeld om dingen te doen en te laten die goed zijn voor hun gezondheid. Misschien komt dat voor een deel doordat niet iedereen hetzelfde verstaat onder een goede gezondheid. En hoe hij die kan bevorderen. Gezondheid lijkt een eenduidig begrip, maar is dat allesbehalve. De volgende uiteenlopende definities van gezondheid zijn wat dat betreft illustratief:

WHO (1948):

“Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn en niet alleen de afwezigheid van aandoening of handicap.”

Huber et al (2011):

“Gezondheid is het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven om te gaan en zo veel mogelijk zelf de regie te voeren.”

Blaxter (2004):

“Gezondheid kan negatief worden gedefinieerd als de afwezigheid van ziekte, functioneel als het vermogen om te gaan met dagelijkse activiteiten of positief als fitheid of welzijn.”

Als we de gezondheid van mensen positief willen beïnvloeden, maakt het nogal uit welke omschrijving van gezondheid we hanteren. Bij de WHO-definitie is de focus vooral medisch gericht, bij de omschrijving van Huber ligt de nadruk op gedrag. Wellicht dat de omschrijving van Blaxter het meest recht doet aan deze variëteit,

doordat deze zich niet beperkt tot één enkele invalshoek. Bovendien is deze omschrijving niet gebaseerd op de mening van professionals, maar op ervaringen van 'gewone' burgers en dat zijn degenen om wie het uiteindelijk gaat. Zij wonen in de wijk. Alle reden dus om in dit nieuwe lectoraat uit te gaan van de formulering van Blaxter.

De (gezonde) wijk

De constatering dat een begrip geen eenduidige definitie kent, geldt niet alleen voor 'gezondheid', maar ook voor 'de wijk'. Desondanks is 'de wijk' in veel beleidsstukken wel het aangrijpingspunt voor verbeteringen op het gebied van zowel welzijn en veiligheid als zorg. Dit heeft vooral te maken met de omvang van de wijk: niet te groot (zoals regionaal niveau) en niet te klein (zoals postcodeniveau), waardoor het organiseren van een aanbod vaak het eenvoudigst is op wijkniveau.

Een wijk kan worden omschreven als een onderdeel van een gemeente en een cluster van één of meerdere buurten, dat op basis van historische dan wel stedenbouwkundige kenmerken homogeen is afgebakend (CBS, 2019).

De volgende twee kanttekeningen kunnen hierbij worden gemaakt:

1. Een wijk is minder dan voorheen een samenhangend geheel en bestaat vaak uit meerdere delen die onderling fors kunnen verschillen.
2. Een wijk op zich kan niet gezond of ongezond zijn. Dat geldt alleen voor de bewoners. De wijze waarop een wijk is gebouwd en hoe er met elkaar wordt omgegaan, is wel een determinant van gezondheid.

Beide punten worden meegenomen in het nieuwe lectoraat, zowel bij het kiezen van werkgebieden als bij het denken over (determinanten van) gezondheid, zie ook hoofdstuk 4.

In januari 2019 is aan collega's van Kenniscentrum Zorginnovatie gevraagd wat in hun ogen een gezonde wijk is. Hoewel daarbij uiteenlopende beelden naar voren kwamen, waren er een paar overeenkomstige thema's die horen bij een gezonde wijk, zoals:

- veiligheid
- sociale contacten
- speelruimte
- groenvoorzieningen

Daarnaast werden de volgende aspecten genoemd:

- hoge arbeidsparticipatie
- oog voor duurzaamheid
- voldoende (zorg)voorzieningen
- ruimte om te ontspannen
- schone lucht
- actieve inzet van bewoners naar anderen
- uitnodigende omgeving om te bewegen
- weinig auto's, en als ze er zijn: elektrisch
- goed openbaar vervoer

Het betrof geen representatief onderzoek, dus de waarde ervan is marginaal. De uitkomsten komen echter wel overeen met hetgeen de overheid verstaat onder elementen van een goede inrichting van de leefomgeving (Ministerie van VWS, 2019). Een gezonde inrichting van de leefomgeving:

- beschermt tegen omgevingsinvloeden;
- bevordert de gezondheid van de bevolking;
- wordt door bewoners als prettig ervaren;
- geeft een goede toegang tot voorzieningen en openbaar vervoer;
- nodigt uit tot gezond gedrag zoals wandelen, fietsen, spelen, ontspannen of elkaar ontmoeten.

Elementen van een gezonde inrichting zijn volgens de overheid:

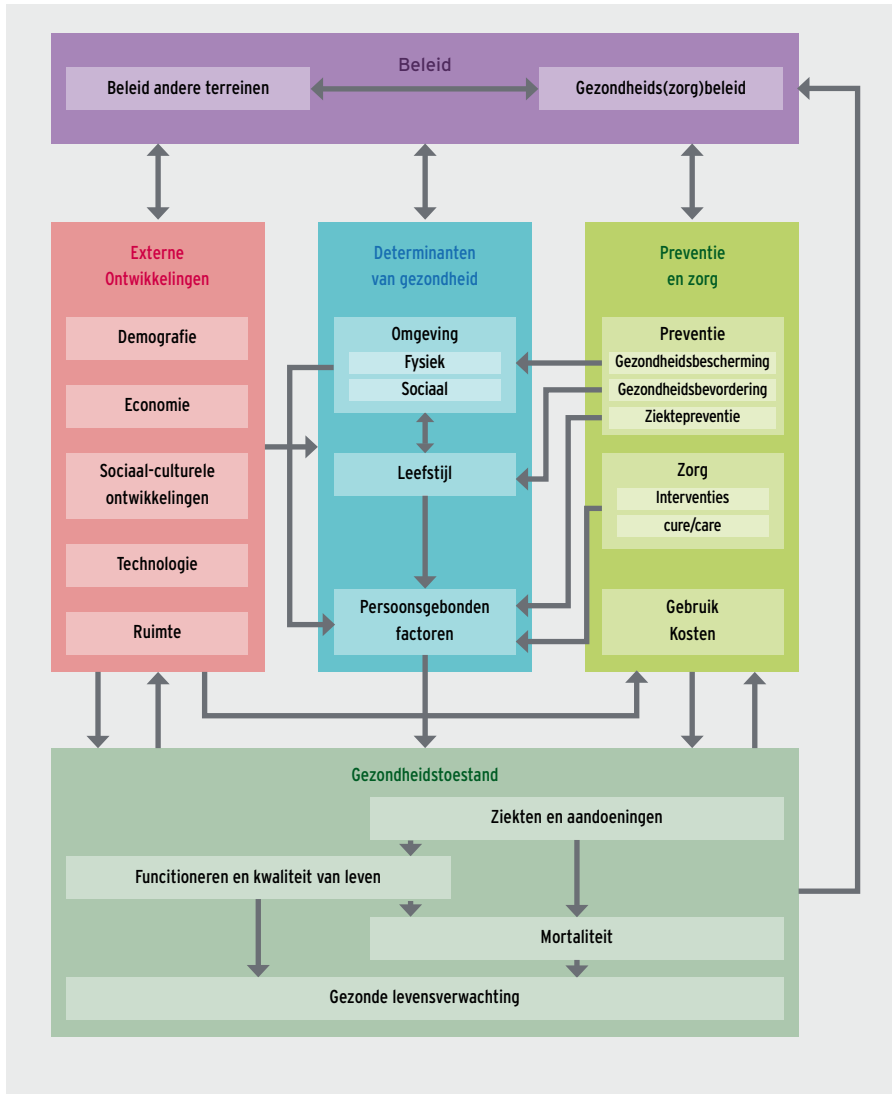
- een goede kwaliteit van het milieu (lucht, bodem, geluid);
- klimaatbestendigheid (zoals meer groen voor het tegengaan van hitte- en wateroverlast);
- aanwezigheid van natuur en water in de buurt voor fiets- en wandelmogelijkheden;
- een prettig aanzicht en goede plaatsing en inrichting van gebouwen;
- voldoende ontmoetingsplekken in de buurt en/of stadslandbouw;
- een veilige omgeving die het ook voor ouderen mogelijk maakt om veilig buiten te bewegen (en zo bijvoorbeeld ook langer zelfstandig te kunnen blijven wonen).

Uit de opsomming van de elementen blijkt dat gezondheid door veel en veel verschillende factoren wordt bepaald. Deze informatie is bruikbaar voor het lectoraat De Gezonde Wijk om in de projecten op voort te borduren. Ik ga in hoofdstuk 4 in op de wijze waarop dat vorm zal krijgen.

Factoren die invloed hebben op de gezondheid van mensen

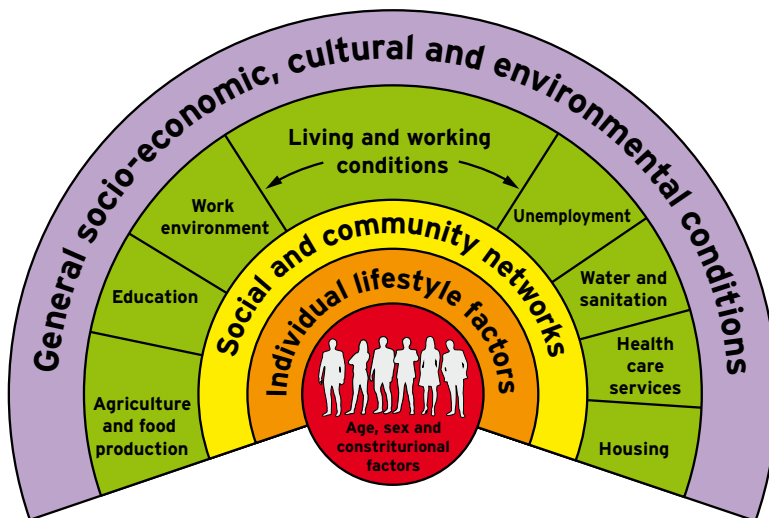
Om de volksgezondheid te kunnen bevorderen, is het noodzakelijk te weten welke factoren hier invloed op hebben, oftewel: wat de determinanten van gezondheid zijn. Het gaat om zowel factoren die de gezondheid positief beïnvloeden als risicofactoren, die dus leiden tot ongezondheid. Deze determinanten kunnen worden ingedeeld in persoonsgebonden factoren, leefstijl en fysieke en sociale omgeving. Naast deze determinanten hebben preventie, zorg en externe ontwikkelingen ook invloed op de volksgezondheid. Deze zijn daardoor ook te beschouwen als determinanten van gezondheid. Bij externe ontwikkelingen kan worden gedacht aan demografische trends, maar ook aan sociaal-culturele ontwikkelingen. Daarnaast kunnen ziekten of aandoeningen ook fungeren als determinant voor andere ziekten of gezondheid (Ministerie van VWS, 2019).

Deze indeling is afgeleid van het determinantenmodel van Lalonde (1974), dat door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) is aangepast als in figuur 4.1.



Figuur 4.1. Determinanten van gezondheid volgens RIVM (2019).

Een alternatief model, dat eveneens is gebaseerd op het determinantenmodel van Lalonde maar waarin een enigszins andere hiërarchie in de determinanten is aangebracht, is het gezondheidsmodel van Dahlgren en Whitehead (1993), zie figuur 4.2.



Figuur 4.2. Determinanten van gezondheid volgens Dahlgren en Whitehead (1993).

In dit zogenaamde 'regenboogmodel' staat de relatie tussen individu, leefstijl en omgeving centraal. Het model nodigt uit tot integraal denken, terwijl de praktijk vaak nog verkokerd is.

Op basis van de modellen van Lalonde (en in navolging daarvan het RIVM) en van Dahlgren en Whitehead wordt er binnen het lectoraat De Gezonde Wijk van uit gegaan dat gezondheid het best kan worden bevorderd met een integrale aanpak. Feitelijk is dit een hypothese, die we de komende jaren willen toetsten. Hierbij moet wel rekening worden gehouden met de zogenaamde 'paralellie van belangen': er zijn veel determinanten van gezondheid, maar gezondheid is zelf ook weer determinant van andere zaken, zoals onderwijs en economie (Storm et al, 2011). Met andere woorden: een goede gezondheid is van belang voor het kunnen volgen van onderwijs en (mede hierdoor) ook voor een gezonde economie.

Wat ten slotte opvalt bij het denken over determinanten van gezondheid, is dat de wijk als aangrijpingspunt ook vanuit deze optiek interessant is, aangezien veel van deze determinanten (zie ook figuur 4.1 en 4.2) zich op wijkniveau presenteren. Denk hierbij onder meer aan de directe woon- en werkomgeving, onderwijs en sociale contacten.



De theorie en de weerbarstige praktijk

Het toepassen van deze theoretische modellen in de praktijk is complex, alleen al vanwege de hoeveelheid en de samenhang tussen factoren die een rol kunnen spelen bij de ervaren problemen. Maar ook al is bekend welke factoren van invloed zijn op de gezondheid van mensen, dan wil dat nog niet zeggen dat mensen daar in de praktijk ook naar handelen. Hieronder twee voorbeelden om dit te illustreren.

Dementie

Dementie is een ernstige aandoening met, ongeacht de gekozen definitie, grote gevolgen voor iemands gezondheid. Een aandoening die bovendien op weg is om een van de belangrijkste 'volksziektes' te worden (Ministerie van VWS, 2019). Er is dus alle reden om onderzoek te doen naar de determinanten van dementie en vervolgens na te gaan welke daarvan te beïnvloeden zijn. Het goede nieuws is dat er behoorlijk veel bekend is over die determinanten (Livingston et al 2017). Zo is van de belangrijkste risicofactoren berekend hoeveel gevallen van dementie zouden kunnen worden voorkomen als deze risicofactoren volledig geëlimineerd werden. Dit wordt weergegeven met de zogenaamde PAF-score. PAF staat voor Population Attributable Fraction, dat is het percentage waarmee de toekomstige incidentie van een aandoening kan worden gereduceerd als een bepaalde risicofactor wordt geëlimineerd. In de PAF-score wordt zowel het relatieve risico als de prevalentie meegewogen. Uit tabel 5.1 blijkt dat door het elimineren van negen risicofactoren, de incidentie van dementie met 35% kan dalen. Perifeer gehoorverlies is hier een van de belangrijkste risicofactoren.

RISICOFACITOR	GEWOGEN PAF-SCORE
Laag opgeleid zijn (max. basisonderwijs)	7.5
Hypertensie (hoge bloeddruk)	2.0
Overgewicht	0.8
Perifeer gehoorverlies	9.1
Roken	5.5
Depressie	4.0
Lichamelijke inactiviteit	2.6
Sociale isolatie	2.3
Diabetes Mellitus	1.2
Totaal	35

Tabel 5.1. Gewogen PAF-score voor dementie per risicofactor (Rosendal, 2018).

Het beïnvloeden of elimineren van risicofactoren van dementie betreft feitelijk preventie. En op basis van bovenstaande kennis zou verwacht mogen worden dat er inmiddels behoorlijk wat inspanningen op dit gebied werden geleverd. Kijken we echter naar de praktijk, dan zien we dat bijna alles wat er gebeurt op dit gebied, vooral gericht is op de zorg nádat er een diagnose is gesteld. De vele casemanagers die ons land rijk is, gaan in de praktijk pas aan de slag als er een medische diagnose is gesteld, of net daarvoor. Zij zijn niet bezig met het gebruik maken van de aanwezige kennis om dementie te voorkomen. In het Expertisegebied Dementieverpleegkundige (voorheen casemanager dementie) wordt dit ook niet gezien als een van de taken (VenVN, 2019). De vraag is waarom niet. Er zijn hiervoor twee redenen te bedenken: óf de dementieverpleegkundigen hebben de kennis niet voor handen óf de financiering komt pas los nadat er een diagnose is gesteld. Geen van deze redenen is goed te rechtvaardigen.

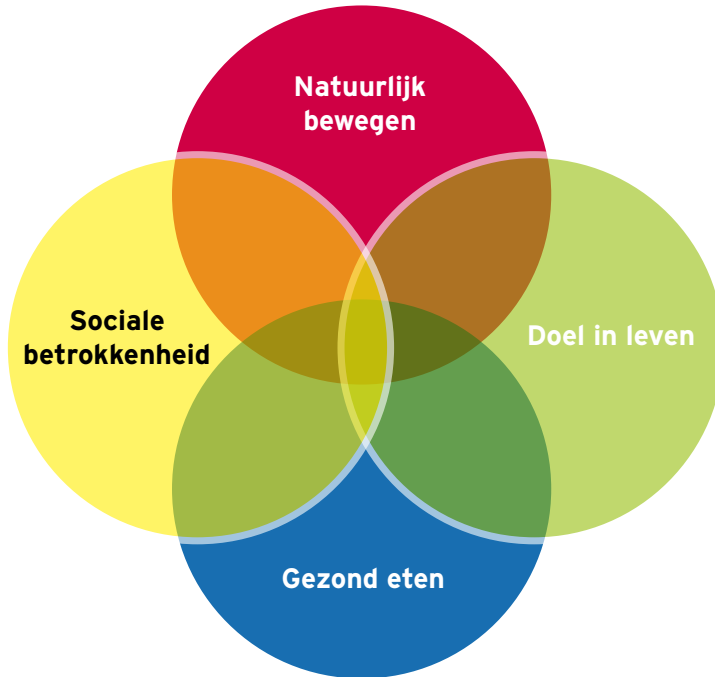
Op het gebied van dementie en gezonde wijken liggen er volop kansen voor het lectoraat De Gezonde Wijk. Die kansen beperken zich niet tot het dementievriendelijk maken van wijken (Samen dementievriendelijk, 2019), maar vooral op het voorkómen van dementie door gebruik te maken van aanwezige kennis en meer integraal te denken en te handelen. Integraal in de breedte, vanwege de onderlinge relatie tussen de verschillende determinanten én integraal in de lengte, vanwege de onderlinge relatie tussen preventie, cure en care.

Een heel ander praktijkvoorbeeld betreft de zogenaamde blue zones. De vijf blue zones zijn afgebakende gebieden op de wereld waar mensen in vergelijking met andere gebieden gemiddeld ouder worden en dat bovendien doen in een relatief goede gezondheid. Het gaat om de volgende gebieden: Sardinië (Italië), Okinawa (Japan), Loma Linda (VS), Nicoya (Costa Rica) en Ikaria (Griekenland), zie figuur 5.1. De blue zones zijn relatief kleine gebieden, die zich allemaal ten noorden van de evenaar, niet ver van de Kreeftskeerkring, bevinden. Wat opvalt is dat deze vijf regio's zich in vergelijking met de omliggende gebieden en landen wat later hebben ontwikkeld, waardoor de gemiddelde sociaaleconomische status iets lager is. Dit met uitzondering van Loma Linda, de regio die als laatste is toegevoegd aan de blue zones. Het klimaat in de blue zones is mediterraan of (sub)tropisch.



Figuur 5.1. De vijf blue zones.

Buettner (2010) heeft onderzoek gedaan naar deze blue zones en heeft daarbij onder meer gekeken naar leefstijl als mogelijke verklaring voor het gezond ouder worden. Hij constateert dat mensen in de blue zones het volgende gemeen hebben: ze bewegen voldoende en natuurlijk, hebben een doel in het leven, eten gezond en leiden een actief sociaal leven. In figuur 5.2 heb ik dit verbeeld.



Figuur 5.2. Leefstijldeterminanten van lang gezond leven in de blue zones

Buettner schrijft dat het wat bewegen betreft opvalt dat mensen in de blue zones door hun fysieke omgeving (zoals de aanwezigheid van heuvels) worden uitgenodigd om te bewegen, waardoor het een 'natuurlijk' bewegen wordt, hetgeen in deze gebieden ook zo lang mogelijk wordt volgehouden. Het hebben van een doel in het leven, oftewel een reden om elke dag op te staan, wordt gezien als een factor die een positieve invloed heeft op het aantal levensjaren. Een gemeenschappelijk kenmerk van de blue zones is dat de mensen er vooral lokaal voedsel, dat bovendien zo min mogelijk is gemodificeerd of behandeld, nuttigen. Het type voeding varieert daarom per definitie in elke blue zone. Wat hierbij opvalt, is dat er wel regelmatig tussen de maaltijden door (gezond) wordt gesnackt. Dit heeft mogelijk als gevolg dat mensen minder zijn geneigd grote hoeveelheden te nuttigen tijdens de maaltijden zelf. Een veel voorkomende vuistregel hier is dat men stopt met eten als men zich voor 80 procent vol voelt. Ten slotte worden geloof, geliefden en sociale contacten, zij het op uiteenlopende wijzen, als zeer belangrijk ervaren in deze vijf regio's.

Hoewel intuïtief een aantrekkelijke gedachte, is het niet te verwachten dat het één op één invoeren van de(ze) gemeenschappelijke kenmerken in ons land zomaar zal leiden tot langer en gezonder leven. Een reden daarvan is de klassieke verwarring tussen correlatie en causaal verband. Dezelfde verschijnselen (in dit geval determinanten) en uitkomst kunnen zich tegelijk voordoen, maar dat wil nog niet zeggen dat er tussen die determinanten en de uitkomst (hier: langer gezond leven) een oorzakelijk verband bestaat. Dit is mogelijk ook de reden waarom de wetenschappelijke onderbouwing van de blue zones (nog) niet sterk is. Wie in de bestaande wetenschappelijke databases zoekt naar evidence van blue zones, zal dan ook nauwelijks robuust materiaal tegenkomen. Mogelijk is onderzoek nog lopend en is het te vroeg om nu al (goede) publicaties te verwachten. Anderzijds is onderzoek doen naar determinanten van de blue zones niet eenvoudig vanwege zowel het grote aantal determinanten als de combinaties daarvan. Overigens is los van de blue zones over de rol van een aantal aparte determinanten wel meer onderbouwend - overigens niet altijd uitsluitend - onderzoek gepubliceerd, zoals over het belang van bewegen, de nadelige gevolgen van overgewicht en over de effecten van een beperkte consumptie van rode wijn.

Nader onderzoek naar determinanten en effecten in deze blue zones is wenselijk, bij voorkeur in de alledaagse praktijk. De vraag is of we daarvoor als lectoraat op anderen moeten wachten. Wellicht kunnen we op basis van wat we weten, een (light-)blue zone in Rotterdam starten. Met voor-, tussen- en nameting. Samen met bewoners, gemeente, maatschappelijke partners en natuurlijk studenten. Zo'n zone kan een (deel van de) wijk omvatten, maar ook een onderdeel van de hogeschool, bijvoorbeeld het Instituut voor Gezondheidszorg. Daarmee draaien we alles feitelijk om: de huidige blue zones zijn 'boven komen drijven' op basis van opvallend hoge leeftijden en ouderen die tot op hoge leeftijd in goede gezondheid verkeren. Daarna is gekeken naar mogelijke determinanten daarvan. Als we in Rotterdam een (light-)blue zone opstarten, dan houdt dat in dat er met de kennis vanuit de bestaande blue zones beoogd wordt om de gezondheid in de verschillende wijken positief te beïnvloeden. Het is op dat moment bij lange na (nog) geen blue zone, vandaar de toevoeging 'light', maar we zijn dan wel stappen in de goede richting aan het zetten.



**DRAGON
FRUIT**

2ST. €5,99
1ST. €3,49

VIETNAM

GRANADILLA

SWEET PASSIONFRUIT
6 STUKS

€4,98

PERU

Discovered

Dis

Onderzoek en ervaringen van andere lectoren

Het beïnvloeden van factoren die van invloed zijn op de gezondheid is niet nieuw en niet uniek. Op meerdere hogescholen is hier vanuit diverse invalshoeken onderzoek naar gedaan, zoals op de Haagse Hogeschool, Windesheim, Aeres en ook onze eigen hogeschool. De betreffende lectoren is gevraagd naar hun kennis en ervaringen op dit gebied en wat er goed en wat minder goed is gegaan bij de uitgevoerde projecten. Dit nemen we graag mee in ons nieuwe lectoraat, ter inspiratie en om van te leren. Hieronder is een aantal quotes van die lectoren weergegeven.

“Gezondheidsverschillen in Nederland (tot 15 jaar verschil in gezonde levensverwachting!) zijn de afgelopen 30 jaar niet kleiner geworden. Oorzaak is de stress die armoede, het wonen in een aandachtswijk of werken in laag gewaardeerde beroepen met zich meebrengt en mensen dwingt van dag tot dag te leven. Aanpak van die stress is veelbelovend. We experimenteren hiermee in het project Geweldige Wijk Meppel.”

dr. Joop ten Dam | lector De Gezonde Stad | Hogeschool Windesheim

“Een beweegvriendelijke omgeving faciliteert lichamelijke activiteit, maar de invloed is niet oneindig of zaligmakend.”

dr. Sanne de Vries | lector Gezonde Leefstijl in een Stimulerende Omgeving Haagse Hogeschool

“Ervaringsleren moet de kern zijn van voedseleducatie. Zonder zelf te zaaien, verzorgen, oogsten, voelen, proeven en eten van voedsel is voedseleducatie een lege huls.”

dr. Dinand Ekkel | lector Groene en Vitale Stad | Aeres Hogeschool Almere

“Ondanks goede bedoelingen kent de hulpverlener in de wijk de context van de bewoners volstrekt onvoldoende. Het bevorderen van de gezondheid van de bewoners individueel en daarmee het bevorderen van de gezondheid van de gehele wijk is daarom als een greep in de ballenbak. De kans dat de gouden bal gepakt wordt is klein.”

dr. Maarten Schmitt | lector Beweging naar Gezondheid | Hogeschool Rotterdam

“Het werken aan de gezondheid van een stad of wijk is feitelijk sinds het begin van de jaartelling al een issue. Het verband tussen ziekten en hygiëne is snel gelegd. Het werken aan public health is ook lastig. Zelfs anno 2019 worden partijen die een bijdrage kunnen leveren aan de gezondheid van een wijk niet standaard afgerekend op geleverde gezondheidswinst of kwaliteit van leven. De toegenomen aandacht voor duurzaamheid is in dat opzicht gunstig. Verantwoord bouwen, plannen, ontwerpen en organiseren is een belangrijke troef in het geïntegreerde beleid én handelen voor gezondheid.”

dr. Marleen Goumans | lector Samenhang in de Ouderenzorg | Hogeschool Rotterdam

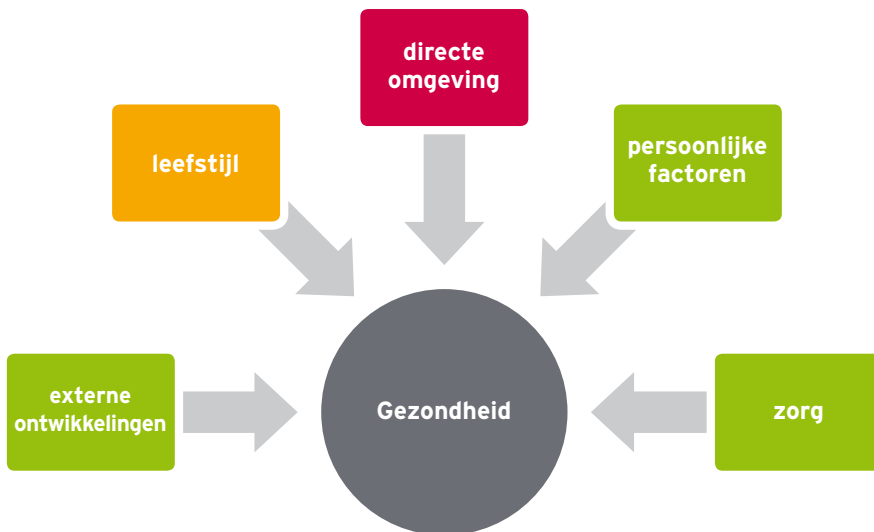
Deze collegiale quotes geven duidelijk aan dat het bevorderen van de gezondheid van mensen, en dus ook van bewoners in een bepaalde wijk, geen eenvoudige opgave is. Er zijn veel en veel verschillende initiatieven gestart, er zijn successen geboekt en er is zicht op veelbelovende uitkomsten, maar het blijft altijd een zoektocht naar de juiste aanpak. Van belang in dit verband zijn de initiatieven die de WHO eerder op het gebied van Health Promotion heeft ondernomen. Een voorbeeld daarvan is het Healthy Settings Programme dat door de WHO als volgt wordt omschreven: “Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, work, play, and love.” (WHO, 2019).

Wat op basis van al deze ervaringen geconcludeerd kan worden is dat er, door de veelheid van determinanten, die bovendien per context een andere rol spelen, hier sprake is van een zogenaamd wicked problem. Een wicked problem is een probleem dat moeilijk of onmogelijk op te lossen is, doordat de voorwaarden voor het oplossen van het probleem onvolledig, tegenstrijdig en veranderlijk zijn en het probleem veelal ook nog eens moeilijk te identificeren is. Vanwege de interdependenties kan een poging tot het oplossen van een deel van een wicked problem bovendien resulteren in andere problemen (Wikipedia, 2019).

Het lectoraat De Gezonde Wijk gaat de uitdaging van het oplossen van het wicked problem van het bevorderen van gezond gedrag in de wijk echter graag aan. Zij doet dat via een integrale (hoofdstuk 7) én systematische (hoofdstuk 8) aanpak.

Naar een integrale aanpak

In de voorgaande hoofdstukken is beschreven dat gezondheid wordt beïnvloed door vele en veel verschillende factoren. Deze factoren zijn onderling ook nog eens van invloed op elkaar. Als het ons doel is om gezondheid positief te beïnvloeden, dan is kennis van deze determinanten belangrijk. In Kenniscentrum Zorginnovatie, waarin het lectoraat De Gezonde Wijk is ingebed, is op dit moment (nog) niet alle kennis aanwezig. In figuur 7.1 heb ik aan de hand van de determinanten uit het model van Lalonde geïllustreerd welke kennis aanwezig of afwezig is.



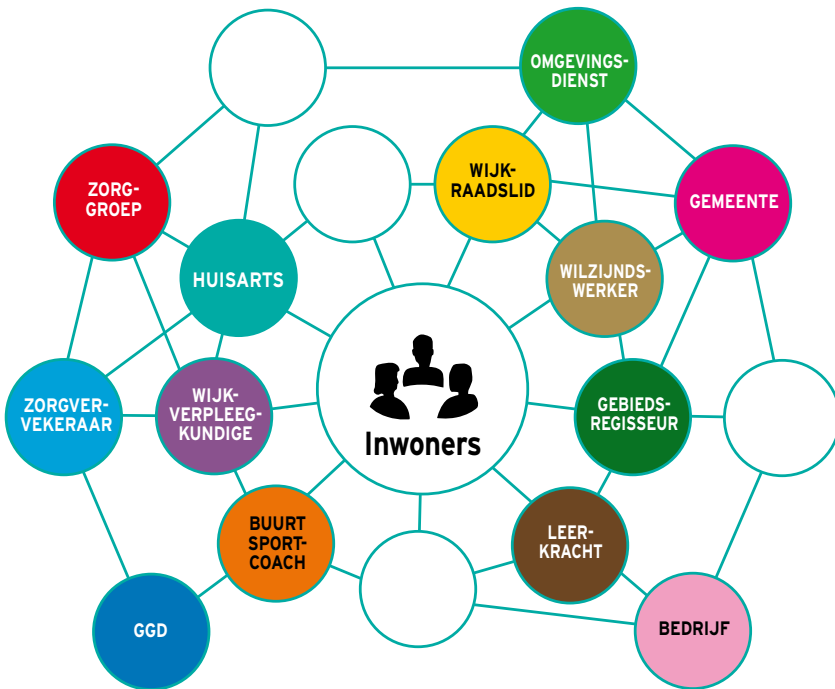
Figuur 7.1. Aanwezige expertise binnen Kenniscentrum Zorginnovatie

Groen: expertise aanwezig

Oranje: expertise deels aanwezig

Rood: expertise niet aanwezig

Bij het lectoraat De Gezonde Wijk gaat het niet zozeer om zorgactiviteiten, maar om activiteiten die zorg moeten voorkómen. Er ligt dus een nadruk op preventie. Deze preventie gaat (veel) breder dan zorg alleen en richt zich in principe op alle relevante determinanten. Dat kan 'leefstijl' zijn, maar ook determinanten uit de directe omgeving, zoals 'groen in de wijk' of 'de gebouwde omgeving'. Dit zijn voorbeelden van gebieden waar expertise nog niet of in onvoldoende mate aanwezig is in Kenniscentrum Zorginnovatie. Dit betekent dat het lectoraat intensief zal samenwerken met andere partijen, zowel binnen als buiten de hogeschool. Denk hierbij aan andere kenniscentra, opleidingen, lectoraten, maatschappelijke spelers en lokale en landelijke overheid. Het RIVM (2018) heeft de betrokkenheid van verschillende partijen rondom de wijkbewoners verbeeld als in figuur 7.2. Voor het lectoraat zijn dit mogelijke samenwerkingspartners.



Figuur 7.2. Samenwerkingspartners voor preventie in de wijk (RIVM, 2018)

De context bepaalt welke gezondheidsdoelen worden nagestreefd, welke determinanten beïnvloedbaar zijn, welke interventies nodig en voorhanden zijn en wie daarbij betrokken zou(den) moeten worden. Het lectoraat De Gezonde Wijk wil zich profileren als een verbinder tussen al deze partijen, hetgeen een unieke propositie is van dit lectoraat.

Deze bijzonder positie neemt het lectoraat niet alleen in als het om de praktijk gaat, maar ook in het onderwijs. Hogeschool Rotterdam leidt een breed palet aan professionals op, onder meer voor een groot aantal van de in figuur 7.2 genoemde praktijken en organisaties. Zij doet dat 'inclusief en contextrijk', hetgeen naadloos overeenkomt met de doelstellingen en werkwijze van het lectoraat De Gezonde Wijk. Ook binnen het onderwijs wil dit nieuwe lectoraat een belangrijke verbindende functie vervullen.

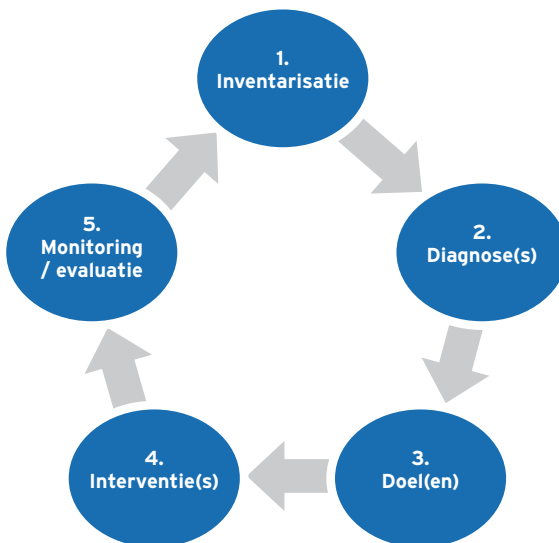


Een standaardaanpak?

Voor de aanpak van de uitdagingen in wijken kan geen blauwdruk worden gegeven. Immers, iedere wijk (of buurt of straat) is anders samengesteld en welke gezondheidsproblemen worden ervaren, wordt door wisselende, vaak onderling samenhangende, determinanten bepaald.

Toch kan een systematische aanpak, zonder voorschrijvend te zijn bij de invulling ervan, bijdragen aan een beter resultaat van het verbeterproject. In de regel begint deze aanpak met een zorgvuldige inventarisatie van (ervaren) problemen en factoren die daarop van invloed zijn, gevolgd door een diagnose. Deze diagnose is vervolgens de basis voor de te behalen doelen, waarbij dan passende interventies worden geselecteerd. Vanzelfsprekend vinden monitoring en evaluatie plaats, die kunnen leiden tot afsluiting of aanpassing van het plan van aanpak.

In deze globale beschrijving van de werkwijze is zowel een Plan-Do-Check-Act-cyclus zichtbaar als een standaard verpleegkundig of geneeskundig proces. Dit heb ik hieronder in figuur 8.1 geïllustreerd.



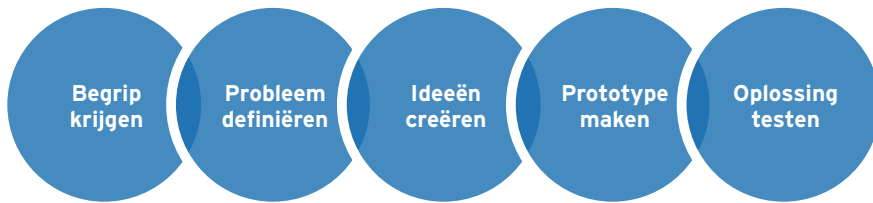
Figuur 8.1. Systematische aanpak binnen het lectoraat De Gezonde Wijk

Voor de startfase (inventarisatie en diagnose) van projecten in de wijk is een klein aantal instrumenten beschikbaar. Eén daarvan is de WijkOPSE (Rosendal en Van Dorst, 2016). Dit instrument is gebaseerd op het determinantenmodel van Lalonde (1974) en bedoeld om zowel subjectief als objectief bestaande gezondheid-gerelateerde problemen in de wijk te detecteren. De invuller - dat kan bijvoorbeeld een onderzoeker zijn - wordt vervolgens uitgenodigd deze determinanten te prioriteren op basis van de mate waarin zij beïnvloedbaar zijn. Dit is dan de basis voor een plan van aanpak voor verbetering. In deze eerste fasen wordt zodoende gebruikgemaakt van de PES-structuur van Gordon (1994), zie hoofdstuk 1. Hierbij is de cruciale vraag in hoeverre de gedetecteerde determinanten, die feitelijk de 'e' van PES vormen, te beïnvloeden zijn. Deze aanpak vergroot de kans op succes van het project. Immers, als determinanten niet of nauwelijks te beïnvloeden zijn, dan heeft het maken van een verbeterplan hierop weinig zin. Andersom: als dit wel het geval is, dan is er een grotere kans op succes.

Hoe dat plan van aanpak er in de praktijk uitziet, wie erbij betrokken (moeten) zijn, wat een reële planning is en hoe groot het benodigde budget, zijn onderwerpen die per wijk en per uitdaging zullen variëren.

De hierboven beschreven aanpak is een bekende werkwijze in de zorg en wordt toegepast in verpleeg- en geneeskunde. Deze is dan vooral gericht op het identificeren van de probleem veroorzakende factoren en het beïnvloeden daarvan. In sommige gevallen, als het bijvoorbeeld gaat om zeer complexe problemen of om benodigde innovaties, kan 'design thinking' behulpzaam zijn. Design thinking kan echter ook aanvullend worden ingezet als de diagnose (fase 2 in figuur 8.1) weliswaar is gesteld, maar als nog niet bekend is welke interventies gaan leiden tot de beoogde resultaten. Gebruik van design thinking kan leiden tot, wellicht onverwachte, oplossingen.

Design thinking is niet zoals de naam wel doet vermoeden, zozeer een manier van denken, maar vooral een manier van doen (Simon, 1996). Hoewel er in dit model verschillende fasen zijn te onderscheiden, kennen die geen vaste volgorde. Bij design thinking gaat het er vooral om of er een oplossing kan worden gevonden voor het probleem van de cliënt. Die cliënt kan een wijk zijn. Design thinking start wel altijd bij het begrijpen van dat probleem. In figuur 8.2 heb ik de fasen van design thinking verbeeld.



Figuur 8.2. Fasen van design thinking

Als ik de lijn van design thinking doortrek naar de missie van het lectoraat De Gezonde Wijk, betekent dit dat de onderzoekers van het lectoraat zoveel mogelijk participeren en aanwezig zijn in die wijk. Dat ze meedoen, interviews houden, mensen leren kennen, observeren et cetera en op die manier begrip krijgen van het probleem. Op basis van dat begrip kan vervolgens het probleem worden gedefinieerd: waar hebben de wijkbewoners, of een deel van hen, behoefte aan? Hierop volgt een creatieve brainstorm waarin alle mogelijke oplossingen aan de orde kunnen komen. Van alle opties worden de voor- en nadelen besproken, waarna er nog een selectie overblijft. Als die uit meerdere opties bestaat, wordt gekeken of deze kunnen worden uitgetest, waarbij er continue monitoring en bijstelling plaatsvindt. Uiteindelijk blijft de beste oplossing over. Vaak komen er in deze fase ook nog aanvullende zaken boven water, die van invloed zijn op de probleemdefinitie. Dit kan dan leiden tot nieuwe brainstromsessies, enzovoort.



Bloemenhandel Muis
**PINNEN
JA GRAAG**
Winkel, Assortimenten & Plantensoorten Diversiteit

De start

De activiteiten binnen het lectoraat De Gezonde Wijk zullen de komende tijd primair gericht zijn op alle beschreven determinanten: nagaan wat bekend is over de invloed daarvan en onderzoeken óf en zo ja in hoeverre, deze zijn te beïnvloeden. Dat doet het lectoraat zowel met literatuuronderzoek als met kleinschalige, praktijkgerichte projecten in de stad. In deze projecten werken onderwijs, praktijk en onderzoek nauw samen. De opleidingen van het Instituut voor Gezondheidszorg van Hogeschool Rotterdam, zoals Verpleegkunde, Fysiotherapie en Ergotherapie, doen hier actief aan mee door het inzetten van zowel studenten als docenten. In deze projecten sluit het lectoraat waar mogelijk aan op het beleid van de gemeente Rotterdam, met wie inmiddels een samenwerking op gang is gekomen. Binnen Hogeschool Rotterdam werkt de lector vanuit Kenniscentrum Zorginnovatie nauw samen met andere lectoren en (docent-) onderzoekers verbonden aan verschillende opleidingen, zoals het Instituut voor de Gebouwde Omgeving en de opleiding Social Work. Maar ook met medewerkers van het Expertisecentrum Maatschappelijke Innovatie wordt samenwerking gezocht.

Daarnaast wordt de samenwerking met lectoren van andere hogescholen op- en uitgebouwd. Bijvoorbeeld door een vergelijkbare aanpak van hetgeen we in Rotterdam gaan doen, ook elders te onderzoeken. En wellicht vice versa. Dit biedt kansen om zowel ervaringen als mensen (studenten, docenten, onderzoekers) uit te wisselen.

Voorts zoekt het lectoraat de komende periode naar internationale partners, om zowel een uitwisseling van expertise en mensen op te zetten als gezamenlijke projecten aan te gaan.

Naast het uitvoeren van inhoudelijke projecten wil het lectoraat binnen het onderwijs een verbindende rol spelen. Bijvoorbeeld door het ontwikkelen van een verbredende minor, waar studenten uit meerdere opleidingen met elkaar werken aan projecten in de wijk, gericht op het bevorderen van de gezondheid van mensen. Ook afstudeerders, vanuit verschillende opleidingen, kunnen hier samen werken aan hun afstudeerproject.

Aangezien het lectoraat De Gezonde Wijk recent gestart is, zijn er in dit stadium nog geen concrete projecten, laat staan resultaten, te vermelden. Wel zijn er voorbeelden van projecten waarin het lectoraat zal gaan participeren of waarmee zal worden gestart:

- Een voorbeeld van een project waarin het lectoraat zal participeren, is (Vitale Delta, 2019). Dit is een samenwerkingsproject van vier hogescholen in de regio Rijnmond. Zij beogen 'door samenwerking de vitaliteit en gezondheid van jong tot oud in de wijk te bevorderen', door het versterken van de veerkracht en stimuleren van de eigen regie over het leven enerzijds en door het creëren van een gezonde omgeving anderzijds. De doelstelling van het lectoraat De Gezonde Wijk past hier goed in en het lectoraat zal waar mogelijk een bijdrage leveren door gezamenlijke projecten te ontwikkelen en uit te voeren.
- Een tweede voorbeeld is de samenwerking met partners in de wijk, zoals gezondheidscentrum Lijn 2 in Rotterdam. Onze samenwerking is gericht op het verbinden van praktijk, onderwijs en onderzoek op het terrein van gezondheidsbevordering.
- Een voorbeeld van een project dat het lectoraat zelf zal starten, is het project De Hogeschool als Wijk. Hierin wordt een locatie van Hogeschool Rotterdam beschouwd als wijk en zal met een kleine groep studenten gestart worden met een inventarisatie van gezondheid-beïnvloedende factoren. Op voorhand wordt gedacht aan een kleine maar breed samengestelde groep van honoursstudenten. De voorbereidingen voor dit project zijn inmiddels gestart.

Literatuur

- Blaxter, M. (2004). *Health*. Cambridge: Polity Press.
- Buettner, D. (2010). *The blue zones. Lessons for living longer from the people who've lived the longest*. Washington: National Geographic Society.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1993). *Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried?* Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health, September 1993, Ditchley Park, Oxfordshire. London: King's Fund.
- Gordon, M. (1994). *Nursing Diagnosis: Process and Application*, 3d Ed. St. Louis: Mosby.
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst H. van der, Jadad A.R., Kromhout D., ... Smid H. (2011). *How should we define health?* BMJ 2011;343:d4163.
- Lalonde, M.A. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. A working document. Ottawa: Government of Canada.
- Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda S.G., Huntley J., Ames D., ... Mukadam M. (2017). *Dementia prevention, intervention, and care*. The Lancet Commissions. BMJ 2011;343:d41632017;390(10113): 2673-2734.
- Rosendal, H. (2018). *Dementiepreventie, interventie en zorg. Kritisch bekeken*. TVZ (03), 52-53.
- Rosendal, H. & Dorst, J. van (2016). *Zo maak je een wijkplan*. Nursing (11), 56-59.
- Simon, H.A. (1996). *The sciences of the artificial*. Massachusetts: MIT press.
- Storm, I., Verweij, A. & Lucht, F. van der (2011). *Integraal gezondheidsbeleid op lokaal niveau. Wat weten we en hoe nu verder?* Briefrapport 270161004/2011. RIVM.
- Westendorp, R. (2014). *Oud worden zonder het te zijn. Over vitaliteit en veroudering*. Amsterdam/Antwerpen: Atlas Contact.



Websites

CBS. <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/begrippen?tab=w#id=wijk>.

GfK. <https://www.gfk.com/nl/insights/press-release/gezondheid-belangrijkste-voorwaarde-voor-een-goed-leven/>.

Ministerie van VWS (1). <https://www.gezondeleefomgeving.nl/aandeslag/waarom-gezondheid/belang-van-een-gezonde-leefomgeving>.

Ministerie van VWS (2). <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/dementie>.

RIVM. Toolkit Preventie in de wijk. Samen werken aan gezondheid en welzijn van inwoners. www.rivm.nl/documenten/toolkit-preventie-in-de-wijk.

Samen dementievriendelijk. <https://samendementievriendelijk.nl>.

VenVN. <https://www.venvn.nl/Portals/1/Thema%27s/Beroepsprofiel/Expertisegebied%20dementieverpleegkundige.pdf>.

Vitale Delta. www.vitaledelta.nl.

WHO (1). <https://www.who.int>.

WHO (2). https://www.who.int/healthy_settings/en/.

Wikipedia. https://nl.wikipedia.org/wiki/Ongestructureerd_probleem.

Eerdere uitgaven

van Hogeschool Rotterdam Uitgeverij



'Je moet op dat moment reageren en je weet nooit of je het juiste doet.' Pedagogiek in het middelbaar beroepsonderwijs

Auteur Wouter Pols
 ISBN 9789493012059
 Verschijningsdatum januari 2019
 Aantal pagina's 88
 Prijs € 14,95



Verstand erbij

Auteur Maaïke Harbers
 ISBN 9789493012035
 Verschijningsdatum november 2018
 Aantal pagina's 80
 Prijs € 14,95



Inaugural lecture

Auteur Prof Dr Ben van Lier CMC
 ISBN 9789493012028
 Verschijningsdatum oktober 2018
 Aantal pagina's 80
 Prijs € 14,95



Measurement Numeracy Education for Prospective Elementary School Teachers

Auteur Mark van Houwelingen
 ISBN 9789493012004
 Verschijningsdatum oktober 2018
 Aantal pagina's 144
 Prijs € 19,95



Schillen van het verschil

Auteur Tina Rahimi
 ISBN 9789493012011
 Verschijningsdatum juni 2018
 Aantal pagina's 86
 Prijs € 14,95



Zorg voor Communicatie

Auteur Karin Neijenhuis
 ISBN 9789051799859
 Verschijningsdatum maart 2018
 Aantal pagina's 116
 Prijs € 14,95



Next Strategy

Auteur Arjen van Klink
 ISBN 9789051799712
 Verschijningsdatum november 2017
 Aantal pagina's 102
 Prijs € 14,95



Visie op de toekomst van de Nederlandse procesindustrie

Auteur Marit van Lieshout
 ISBN 9789051799682
 Verschijningsdatum oktober 2017
 Aantal pagina's 68
 Prijs € 14,95



Slim bewegen tussen haven en stad

Auteur Ron van Duin
 ISBN 9789051799675
 Verschijningsdatum oktober 2017
 Aantal pagina's 84
 Prijs € 14,95



Techniek is belangrijk, maar het zijn mensen die het verschil maken

Auteur Hans van den Broek
 ISBN 9789051799644
 Verschijningsdatum oktober 2017
 Aantal pagina's 84
 Prijs € 14,95



#DuurzaamRenoveren

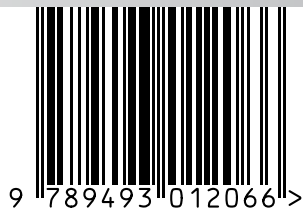
Auteur Haico van Nunen
 ISBN 9789051799651
 Verschijningsdatum oktober 2017
 Aantal pagina's 100
 Prijs € 14,95

Exemplaren zijn te downloaden via www.hr.nl/onderzoek/publicaties. Hier zijn ook eerder verschenen uitgaven van Hogeschool Rotterdam Uitgeverij beschikbaar.

Henk Rosendal

Op naar een gezonde leefomgeving

Werk maken van de wijk



Door de meeste Nederlanders wordt gezondheid beschouwd als de belangrijkste voorwaarde voor een goed leven. Onze gezondheid wordt bepaald door veel, en veel verschillende factoren. Kennis van deze 'determinanten' is van belang als we onze gezondheid positief willen beïnvloeden. Veel van deze determinanten spelen een rol in de directe omgeving van mensen: in de wijk. In deze openbare les gaat Henk Rosendal in op deze determinanten, hoe deze kunnen worden beïnvloed, welke kennis hierover beschikbaar is, en aan welke kennis het nog ontbreekt. Deze kennis en uitdagingen vormen het kader van het lectoraat De Gezonde Wijk.

Volgens Henk Rosendal wordt gezondheid, en het bevorderen daarvan, nog altijd te smal aangevlogen. Het is bekend dat er veel factoren zijn die onze gezondheid beïnvloeden. Ook is bekend dat deze onderling op elkaar van invloed zijn. Hierbij moet niet alleen worden gedacht aan onze leefstijl, maar ook aan onze sociale en fysieke omgeving. Willen we onze gezondheid daadwerkelijk positief beïnvloeden, dan is kennis over deze samenhang noodzakelijk, evenals kennis over de mate waarin deze determinanten te beïnvloeden zijn.

De wijk is een geschikt aangrijpingspunt voor onderzoek en verbetering van gezondheid, aangezien veel van deze determinanten zich daar voordoen. Omdat er geen 'standaardwijken' bestaan, zal er per wijk moeten worden nagegaan wat de uitdagingen, én wat de sterke punten zijn. Dat leidt per wijk tot een unieke, specifieke aanpak. Deze zal soms gericht zijn op leefstijl, soms op de gebouwde omgeving, soms op veiligheid, soms op groenvoorzieningen, soms op sociale samenhang, en vaak op een combinatie daarvan. Bevorderen van gezondheid betekent per definitie een integrale aanpak, zowel vanuit de gemeente als vanuit de praktijk, onderwijs en onderzoek.

Lectoraat De Gezonde Wijk

Met het lectoraat De Gezonde Wijk van het Kenniscentrum Zorginnovatie van Hogeschool Rotterdam wil lector Henk Rosendal een bijdrage leveren aan het bevorderen van de gezondheid van wijkbewoners. Door verder onderzoek naar de determinanten van gezondheid en de rol die zij spelen, en de mate waarin ze te beïnvloeden zijn. Op basis daarvan worden er verbeterprojecten in de wijken gestart, waarbij studenten en docenten uit diverse opleidingen samen met wijkbewoners aan de slag gaan. Dit wordt mede mogelijk gemaakt door een structurele samenwerking van het lectoraat met organisaties in de praktijk, onderwijs, de gemeente, en lectoren van diverse andere hogescholen.