



Nederlands  
Jeugdinstituut



# Amsterdamsse Aanpak Gezond Gewicht: kansrijk?

Een zoektocht naar de werkzame elementen

Door Nji, VU en Cuprifère Consult



Nederlands  
Jeugdinstituut



VRIJE  
UNIVERSITEIT  
AMSTERDAM



Het Nederlands Jeugdinstituut, de Vrije Universiteit en Cuprifère Consult hebben dit rapport geschreven op verzoek van:

Gemeente Amsterdam ([amsterdam.nl/zoblijvenwijgezond](http://amsterdam.nl/zoblijvenwijgezond))

## **Auteurs**

Marije van Koperen, Martijn van Wietmarschen, Jaap Seidell en Rutger Hageraats

## **Nederlands Jeugdinstituut**

Catharijnesingel 47

Postbus 19221

3501 DE Utrecht

Telefoon (030) 230 63 44

Website [www.nji.nl](http://www.nji.nl)

E-mail [info@nji.nl](mailto:info@nji.nl)

# Inhoudsopgave

<b>Managementsamenvatting .....</b>	<b>5</b>
<b>1 Inleiding.....</b>	<b>8</b>
1.1 Aanleiding.....	8
1.2 Doel- en vraagstelling .....	9
1.3 Leeswijzer .....	9
<b>2 Methode.....</b>	<b>10</b>
<b>3 Resultaten .....</b>	<b>11</b>
3.1 Wat zijn werkzame elementen?.....	11
3.2 Wat zijn werkzame elementen van de integrale aanpak van overgewicht? ....	13
3.3 Wat zijn werkzame elementen van de Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht? .....	16
3.3.1 <i>Werkzaam element 1: Programmatische aanpak</i> .....	17
3.3.2 <i>Werkzaam element 2: Leiderschap en coördinatie</i> .....	19
3.3.3 <i>Werkzaam Element 3: Interventieontwikkeling en uitvoering</i> .....	22
3.3.4 <i>Werkzaam Element 4: Integrale samenwerking</i> .....	23
3.3.5 <i>Werkzaam Element 5: De lerende aanpak</i> .....	24
3.3.6 <i>Werkzaam Element 6: Langetermijnvisie gericht op blijvende veranderingen</i> .....	26
3.3.7 <i>Werkzaam element 7: Communicatie en marketing</i> .....	27
<b>4 Samenvatting.....</b>	<b>30</b>
<b>5 Discussie .....</b>	<b>34</b>
<b>6 Conclusie.....</b>	<b>37</b>
<b>Referenties .....</b>	<b>38</b>
<b>Bijlage 1.....</b>	<b>41</b>
<b>Bijlage 2.....</b>	<b>42</b>
<b>Bijlage 3.....</b>	<b>43</b>



# Managementsamenvatting

Wereldwijd zijn overgewicht en obesitas bij kinderen en volwassenen nog steeds aan het toenemen. Zo ook in de gemeente Amsterdam. In 2012 is de gemeente daarom de strijd aangegaan met overgewicht en obesitas: de Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht (AAGG). Deze aanpak is een gemeentebrede integrale aanpak gericht op het voorkomen en keren van overgewicht en obesitas van kinderen. Belangrijk hierbij is het langjarig en coherent inzetten op het gezonder maken van de fysieke en sociale leefomgeving van kinderen en het stimuleren van gezonder gedrag en een gezonde leefstijl bij kinderen.

Dit rapport beschrijft een zoektocht naar de werkzame elementen van de integrale aanpak overgewicht en obesitas bij kinderen, uitgevoerd door de Vrije Universiteit, het Nederlands Jeugdinstituut en Cuprifère Consult in opdracht van de gemeente Amsterdam. Het onderzoek is in de tweede helft van 2017 uitgevoerd bij de AAGG.

Werkzame elementen zijn elementen die vanuit verschillende bronnen worden aangemerkt als belangrijk voor de opzet en uitvoering van de integrale aanpak als geheel en niet van specifieke interventies binnen die aanpak én die worden verondersteld een bijdrage te leveren aan het behalen van positieve resultaten (de effectiviteit van de aanpak). Om de elementen te definiëren is gebruikgemaakt van diverse bronnen zoals interviews met betrokkenen bij de AAGG, zowel mensen uit de praktijk als uit de wetenschappelijke wereld, een documentenonderzoek en een literatuurstudie.

De gevonden werkzame elementen van de AAGG worden uitgebreid in dit rapport besproken. Het onderzoek heeft uiteindelijk geleid tot de **'Meetlat werkzame elementen integrale aanpak overgewicht bij kinderen'**. Deze meetlat is het niet van tevoren voorziene resultaat van het onderzoek. De meetlat:

- biedt inzicht in de – met elkaar samenhangende – optellende werkzame elementen voor de uitvoering van integrale aanpak van overgewicht en obesitas;
- is bruikbaar in de dagelijkse uitvoeringspraktijk; en
- biedt een kader voor optimalisatie van een dergelijke aanpak.

De meetlat is behalve bij overgewicht en obesitas volgens ons (de onderzoekers en begeleiders van VUMC en Nji) ook goed bruikbaar voor andere onderwerpen, zeker als deze kunnen worden aangemerkt als wicked problems<sup>1</sup> [1] zoals eenzaamheid en roken.

Wat is dan die meetlat? De meetlat bestaat uit zeven hoofdelementen te weten de programmatische aanpak; leiderschap; interventieontwikkeling en uitvoering; integrale samenwerking; de lerende aanpak; langetermijnvisie gericht op blijvende veranderingen; en communicatie en marketing (zie tabel 1).

---

<sup>1</sup> Bij een *wicked problem* is het onduidelijk wat eigenlijk het probleem is waar een oplossing voor gezocht moet worden. Kenmerken van *wicked problems* zijn, onder andere: (a) het is onduidelijk wanneer het probleem precies is opgelost; (b) er zijn ontelbare oplossingen mogelijk, maar onduidelijk welke (combinatie) het meest effectief is; (c) het is lastig vooraf de oplossing voor het probleem te testen; (d) het probleem is zo vervlochten in de maatschappij, dat een oplossing mogelijk vertaalt in een nieuw probleem; (e) het probleem kan op meerdere manieren worden uitgelegd, waardoor er meerdere oplossingen mogelijk zijn.



In dit rapport wordt de werkwijze welke heeft geleid tot het tot stand komen van de meetlat beschreven en worden de specifieke werkzame elementen toegelicht en gespecificeerd.

**Tabel 1. De meetlat met werkzame elementen integrale aanpak overgewicht bij kinderen**

<b>Werkzame elementen</b>	
<b>1.</b>	<p><b>Programmatische aanpak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Theoretische onderbouwing van programma(onderdelen)</li> <li>- Planmatige aanpak</li> <li>- Participatie van de (eind)doelgroep bij planning en implementatie</li> <li>- Meerdere doelgroepen duidelijk specificeren</li> <li>- Werken volgens standaarden en richtlijnen van programmatische aanpak</li> <li>- Gemeentebreed en sectoroverstijgend</li> </ul>
<b>2.</b>	<p><b>Leiderschap</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Politiek-bestuurlijk draagvlak</li> <li>- De integrale aanpak is expliciete prioriteit van beleid</li> <li>- Coördinatie van programmaonderdelen en geheel</li> <li>- Leiderschap centraal en lokaal (bestuurlijk, ambtelijk en uitvoerend)</li> <li>- Inzet transformationeel leiderschap inclusief veranderingsstrategie</li> <li>- Inzet van medewerkers met juiste competenties, expertise en kennis</li> <li>- Stimuleren inzet van medewerkers, gericht op intrinsieke motivatie</li> </ul>
<b>3.</b>	<p><b>Interventieontwikkeling en uitvoering</b></p> <p>Voorkeur voor bewezen effectieve interventies, maar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- interventies moeten aansluiten bij de context (gebiedsgericht werken)</li> <li>- interventies zijn gericht op verkleinen SEGV<sup>2</sup></li> <li>- interventies sluiten aan bij nationaal en regionaal beleid</li> <li>- interventies sluiten aan bij bestaande werkwijze en strategieën</li> <li>- inzet van een mix van verschillende strategieën op verschillende niveaus, settings en gericht op voeding, bewegen en slaap (bij voorkeur wetenschappelijk onderbouwd)</li> </ul>
<b>4.</b>	<p><b>Integrale samenwerking</b></p> <p>Integrale en transparante samenwerking met publieke en private lokale belanghebbenden, met:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gemeenschappelijk doel/belang: inzicht in meerwaarde van samenwerking</li> <li>- duidelijke samenwerkingsafspraken over rollen en verantwoordelijkheden</li> <li>- regie en coördinatie geregeld op verschillende niveaus</li> <li>- investeren in gezamenlijke taal, werkprocessen en werkomstandigheden</li> </ul>
<b>5.</b>	<p><b>De lerende aanpak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gebruik van kennis (wetenschappelijk, praktijk en ervaring)</li> <li>- Monitoren van determinanten en gezondheidsuitkomsten</li> <li>- Systematisch reflecteren op uitkomsten (kritische reflectie)</li> <li>- Gestructureerd evaluatieplan</li> <li>- Evaluatie en monitoring van processen en effecten</li> <li>- Op basis van evaluatie en gesignaleerde veranderingen in het systeem interventies</li> </ul>

<sup>2</sup> Sociaal-economische gezondheidsverschillen



	<p>aanpassen; inzetten van verbeteracties</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluatie gericht op herkennen van bijdrage integrale aanpak aan langetermijndoelen</li> </ul>
<b>6.</b>	<p><b>Langetermijnvisie gericht op blijvende veranderingen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meerjarenplan met een missie van &gt;20 jaar</li> <li>- Stevig bestuurlijk en beleidsmatig draagvlak</li> <li>- Eigenaarschap bij betrokkenen wordt gestimuleerd</li> <li>- Blijvende veranderingen in de omgeving ondersteunen het gewenste gedrag</li> <li>- In alle beleidsvormen aandacht voor gezondheid (HiaP)<sup>3</sup></li> <li>- Geoormerkt budget voor de integrale aanpak</li> <li>- Voldoende capaciteit personeel</li> <li>- Op tijd beginnen met borgen</li> </ul>
<b>7.</b>	<p><b>Communicatie en marketing</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het stellen van een norm</li> <li>- Het verkrijgen van urgentiebesef</li> <li>- Een eenduidige positieve boodschap zenden en bereik hiervan vergroten</li> <li>- Het beperken van marketing van ongezonde voeding en dranken gericht op kinderen</li> <li>- Inzet van gedragsinzichten om communicatiemiddelen te laten aansluiten bij belevingswereld doelgroepen</li> <li>- Gebruik van socio-ecologisch model (single issue)</li> </ul>

<sup>3</sup> HiaP = Health in all Policies – Gezondheid komt terug in al het gemeentelijk beleid



# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding

Wereldwijd zijn overgewicht en obesitas bij kinderen en volwassenen aan het toenemen, met ernstige gevolgen voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid. De behandeling ervan is helaas niet altijd even succesvol. Meerdere onderzoeken laten zien dat een preventieve aanpak niet alleen goed mogelijk en verstandig is, maar dat het ook kosteneffectief is [2-4]. De preventie bestaat dan uit het informeren over gezond en ongezond gedrag en het inrichten van de directe omgeving van het kind op zo'n manier dat het voor het kind en zijn ouders makkelijker wordt gemaakt om de gezonde keuze te maken.

In Amsterdam is ongeveer 1 op de 5 kinderen te zwaar. Ruim 2.000 kinderen kampen zelfs met morbide obesitas. Daarom heeft de gemeente Amsterdam de regie genomen om de strijd aan te gaan, met als missie: 'in 2033 zijn alle Amsterdamse kinderen op een gezond gewicht'. De Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht (AAGG) is een gemeentebrede integrale aanpak gericht op het voorkomen en keren van overgewicht en obesitas bij kinderen door langjarig en coherent in te zetten op het gezonder maken van de fysieke en sociale leefomgeving van kinderen en op gezonder gedrag en een gezondere leefstijl van kinderen. De aanpak is gestart in 2012 en de uitvoering loopt in fases tot 2033. Ten tijde van dit onderzoek werd het meerjarenprogramma 2015-2018 geïmplementeerd en het nieuwe meerjarenprogramma 2018-2021 ontwikkeld en bestuurlijk vastgesteld.

Het uitgangspunt van de AAGG is een visie op volksgezondheid waarin een gezond gewicht van kinderen door gezond gedrag een zaak is van collectieve verantwoordelijkheid. Dat is geen vanzelfsprekendheid; er zijn ook visies waarbij gezond gedrag vooral of uitsluitend een zaak is van individuele verantwoordelijkheid en waarbij de autonomie van het individu centraal staat. In zo'n visie bemoeit de overheid zich niet of nauwelijks met de keuzes die burgers maken in hun persoonlijke levenssfeer. In Amsterdam wordt die collectieve verantwoordelijkheid breed opgevat. Dat betekent niet alleen dat verschillende sectoren van de lokale overheid mede verantwoordelijk zijn voor beleid gericht op gezondheidsbevorderende en gezondheidsbeschermende maatregelen en activiteiten, maar dat ook andere publieke organisaties (bijvoorbeeld zorg en onderwijs), de private sector (bijvoorbeeld ondernemers die voedsel produceren of verkopen) en de burgers zelf een belangrijke rol spelen.

Hoewel het te vroeg is om te spreken van het succes van de AAGG, zijn de cijfers al wel veelbelovend. De uitkomstmonitor heeft aangetoond dat overgewicht- en obesitasprevalentie aan het afnemen is [5]. Het percentage kinderen van 2 t/m 18 jaar met overgewicht is in Amsterdam tussen 2012 en 2015/16 gedaald van 21 naar 18,5 procent. In absolute aantallen een afname van zo'n 2.500 kinderen, van 27.000 naar 24.500. Onder de zeer lage sociaal-economische groepen was een grote daling van het percentage obesitas – van 7,9 naar 6,2 procent – te zien in de periode 2012-2015/16 [5, 6]. Door de schaalgrootte, de complexiteit van factoren bij overgewicht en de diversiteit aan interventies binnen AAGG is het echter niet mogelijk om een wetenschappelijk gefundeerd oorzakelijk verband met de AAGG aan te tonen.

Meerdere aspecten hangen samen met de ambitie, het ideaalbeeld in 2033. Er zijn veel verschillende partijen betrokken bij en verantwoordelijk voor opzet en uitvoering van de aanpak en de diverse interventies. Het uiteindelijke succes van AAGG hangt dus af van de resultaten en inspanningen van al deze interventies samen. Daarnaast zijn er factoren in de samenleving waar



de Amsterdamse Aanpak geen invloed op uit kan oefenen maar die ook de effectiviteit beïnvloeden. Denk bijvoorbeeld aan nationale campagnes, gedrag van rolmodellen op sociale media of bepaalde trends onder jongeren. Deze contextuele factoren maken een programma als AAGG kwetsbaar, omdat ze (veelal) niet beïnvloedbaar zijn.

Door goed te bestuderen hoe de integrale aanpak in Amsterdam werkt en duidelijkheid te krijgen over de elementen van de aanpak die bijdragen aan het behalen van resultaten, kan waardevolle informatie worden verkregen voor andere gemeenten die hun aanpak van overgewicht en obesitas willen versterken. De gemeente Amsterdam deelt de opgedane inzichten daarom graag met andere gemeenten binnen en buiten Nederland, opdat meer kinderen en dus toekomstige volwassenen hiervan kunnen profiteren. Hiertoe is het van belang scherp te krijgen wat werkzame elementen zijn van de integrale aanpak van overgewicht in Amsterdam.

## 1.2 Doel- en vraagstelling

Het doel van deze studie was om inzicht te krijgen in de werkzame elementen van de integrale aanpak overgewicht welke in onderlinge samenhang lijken bij te dragen aan een dalende trend van het aantal kinderen met overgewicht en obesitas in de stad Amsterdam. De initiële vraagstelling van deze studie was dan ook: Wat zijn de werkzame elementen van de integrale aanpak overgewicht, en in het bijzonder de AAGG?

## 1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 beschrijven we de methode. In hoofdstuk 3 presenteren we de resultaten van deze studie. Daarbij wordt in paragraaf 3.1 het begrip 'werkzaam element' binnen de sector volksgezondheid vanuit de wetenschappelijke literatuur uitgelegd. In paragraaf 3.2 volgt een overzicht van werkzame elementen uit de literatuur binnen de integrale aanpak van overgewicht. In de daaropvolgende paragraaf (3.3) worden de data vanuit de interviews en documenten van de AAGG gepresenteerd. In hoofdstuk 4 volgt de samenvatting, waarbij literatuur en AAGG naast elkaar worden gelegd en resulteren in de meetlat van kansrijke elementen. In hoofdstuk 5 doen we verslag van de discussie die over dit onderwerp gevoerd wordt, waarna we in hoofdstuk 6 eindigen met de conclusie van deze studie. In de eerste bijlage vindt u een overzicht van de gebruikte documenten van de AAGG en in de tweede bijlage een overzicht van betrokkenen en geïnterviewden. Afkortingen en jargon worden uitgelegd in voetnoten en in bijlage 3. Bronnen zijn opgenomen in de referentielijst, verwijzingen daarnaar zijn in de lopende tekst aangegeven met nummers tussen vierkante haken.





## 2 Methode

Dit onderzoek is uitgevoerd tussen juli en december 2017. Om een beeld te krijgen van de werkzame elementen van de AAGG, is gekozen voor verschillende onderzoeksmethoden. Concepten van dit rapport zijn op 4 december 2017 en 15 januari 2018 besproken met de leden van de begeleidingsgroep, zijnde prof. dr. J. Seidell (VUMC), dr. R. Hageraats (directeur Nji), prof. dr. A. Verhoeff (UvA en GGD), drs. K. den Hertog (plaatsvervangend programmamanager AAGG), drs. H. Rombouts (programmamanager AAGG).

Om de werkzame elementen van de AAGG vast te stellen, is een beschrijvende studie uitgevoerd op basis van verschillende elkaar aanvullende databronnen. De data zijn afkomstig uit wetenschappelijke literatuur over de integrale aanpak van overgewicht (we noemen dit de 'evidence'), van hoogleraren betrokken bij AAGG (de 'eminence') en van medewerkers van de gemeente Amsterdam en de GGD Amsterdam betrokken bij de centrale organisatie van AAGG ('eminence' en 'practice'). De opdrachtgever heeft suggesties aangedragen voor eminence en practice.

Er is op verschillende manieren literatuur verzameld: eerst is op internet met behulp van Google gezocht naar literatuur over werkzame elementen. Zoektermen waren 'werkzame elementen', 'werkzame principes' en 'best principles' in combinatie met 'gezondheidsbevordering', 'integrale aanpak', 'integrated approach', 'systems approach'. Referenties van de gevonden literatuur leverden additionele literatuur (sneeuwbalmethode).

Met behulp van termen zoals 'integrale aanpak', 'integrated approach', 'health in all policies', 'systems approach', 'wijkaanpak', 'community' gecombineerd met 'overgewicht', 'overweight', 'obesitas' en 'obesity' is literatuur gevonden over de werking van de integrale (wijkgebonden of community-) aanpak van overgewicht. Ook hierbij is een sneeuwbalmethode gebruikt om additionele literatuur te vinden. Tevens hebben geïnterviewden literatuur aangedragen.

De literatuur over 'werkzame elementen' bood een eerste overzicht voor de elementen binnen de integrale aanpak van overgewicht waar naar gezocht moest worden. Literatuur over 'de integrale aanpak van overgewicht' bood een overzicht van de werkzame elementen van belang bij de aanpak van overgewicht op wijk- of gemeenteniveau. Deze informatie werd samengevoegd tot een interviewleidraad voor de semigestructureerde eminence- en practice-interviews. Er zijn elf interviews afgenomen (N van eminence = 3; N van practice = 8), waarvan één geïnterviewde twee keer is geïnterviewd (zie bijlage 2). De geïnterviewden waren sleutelfiguren afkomstig uit het programmateam van de AAGG, van de gemeente, van de GGD en van kennisinstellingen. De interviews zijn door twee onderzoekers uitgevoerd en duurden gemiddeld één uur. Alle interviews zijn opgenomen maar niet getranscribeerd. Van de interviews zijn samenvattingen gemaakt welke zijn voorgelegd aan de geïnterviewden voor aanpassingen en aanvullingen.

Inzicht in de AAGG heeft tevens plaatsgevonden door het verzamelen van diverse interne en externe documenten die de AAGG beschrijven (bijlage 1) en deze te analyseren. Tevens zijn er data over kansrijke elementen van de AAGG verzameld door notities van informele gesprekken met medewerkers bij de AAGG in buurten van een eerder dit jaar uitgevoerd onderzoek (zie ook bijlage 2). Alle data zijn samengevoegd en er is een overzicht gemaakt van werkzame elementen van de AAGG.



## 3 Resultaten

### 3.1 Wat zijn werkzame elementen?

Werkzame elementen van individuele gedragsveranderende interventies zijn al veel beschreven [7]. In Nederland zijn diverse databases beschikbaar welke een overzicht geven van individuele gedragsveranderende interventies in de publieke gezondheid met hun potentiële effectiviteit, zoals:

- Interventiedatabase Gezond en Actief Leven. Deze database is een gezamenlijk initiatief van het KCS (Kenniscentrum Sport) en het RIVM (Centrum Gezond Leven) in samenwerking met het Trimbos Instituut. Er staan ruim 1.800 interventies in, verdeeld over vele leefstijlthema's [8];
- Databank Effectieve Jeugdinterventies ook verdeeld over leefstijlthema's;
- Webportal van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid.

Nadeel van deze interventies is dat de achterliggende theorie van de interventies vaak niet zo goed is beschreven, hetgeen de overdraagbaarheid verkleint. Nadruk ligt meer op de methodologie van het onderzoek naar de effectiviteit van de interventie dan op de beschrijving van de interventie zelf en de rol van contextuele en randvoorwaardelijke elementen. Een andere beperking van deze databases is dat complexe interventies, zoals de integrale aanpak van overgewicht, ontbreken [9]. Er is bij de beschrijvingen van de interventies geen zicht op *'strategische en contextuele factoren die van invloed zijn op een succesvolle brede implementatie, bereik en participatie, en uiteindelijk op het behalen van effecten op populatieniveau (public health impact en social impact)'* [9]. Een overzicht of kennissysteem van elementen die bijdragen aan het verhogen van de effectiviteit van de complexe integrale aanpak van overgewicht (zoals AAGG) is dan ook zeer gewenst [9].

Andere benamingen voor werkzame elementen zijn 'werkzame principes', 'werkzame ingrediënten', 'werkzame factoren' of in het Engels 'core elements', 'leading principles' of 'essential components'. Ze verwijzen allemaal naar een onderdeel van een interventie dat een bewezen (of op basis van theorie) effect heeft en dat niet mag ontbreken wanneer de interventie elders wordt toegepast [10]. Een overzicht van dergelijke belangrijke elementen is zeer nuttig (want het voorkomt dat het wiel telkens weer moet worden uitgevonden) voor de implementatie en uitvoering van een integrale complexe interventie, ook in nieuwe situaties en onder andere randvoorwaarden, afhankelijk van de veronderstelde geldigheid van de achterliggende theorie.

Wartna [11] geeft in haar verkennend onderzoek de volgende beschrijving van werkzame elementen van interventies: *"Werkzame elementen zijn onderdelen van een interventie die ervoor zorgen dat die specifieke interventie de gewenste uitwerking heeft. Werkzame elementen zijn gekoppeld aan de doelen van de interventie, moeten aansluiten bij de doelgroep en moeten bijdragen aan een goede uitvoering van de interventie. Een (goede) combinatie van werkzame elementen maakt de interventie effectief. Belangrijk zijn zowel de inhoudelijke elementen die voortkomen uit de theorie/onderzoek/literatuur als ook de praktische elementen/uitvoeringsaspecten die betrekking hebben op de context van een interventie"* [11]. Deze beschrijving maakt duidelijk dat geen enkel werkzaam element altijd werkt, het gaat om de combinatie van elementen en de 'juiste' uitvoering. Deze beschrijving van werkzame elementen is anders dan die van Movisie. Deze geeft eigenlijk twee beschrijvingen, *algemene* werkzame factoren die ongeacht de doelgroep en de specifieke methode/interventie bevorderend zijn voor de effectiviteit en de *specifiek* werkzame factoren, die samenhangen met een specifieke methode of interventie, of met de specifieke



doelgroep [12]. Deze uitsplitsing is eigenlijk te beperkt voor een brede integrale aanpak welke immers bestaat uit meerdere interventies en verschillende (tussen)doelgroepen. Echter, denkend vanuit de doel- en vraagstelling van dit onderzoek waarbij het belangrijk is om werkzame elementen van de integrale aanpak van overgewicht te duiden die ook gebruikt kunnen worden op andere plekken, zouden we in ieder geval kunnen zeggen dat we op zoek zijn naar de algemene werkzame elementen en niet zo zeer specifieke.

Een geheel andersoortige definitie van elementen die bijdragen aan de effectiviteit van een interventie wordt gegeven door Kok et al. [13]. Zij spreken over kern- en proximale elementen. Deze elementen zijn moeilijk te onderscheiden maar over het algemeen is het zo dat kernelementen de achterliggende theorie van de interventie betreffen, de bijbehorende artefacten (onderdelen/activiteiten) en de informatie over de interventie. De proximale elementen zijn onderdelen van de interventie die voornamelijk in de lokale context voorkomen [13].

Nadeel van de kernelementen van Kok et al. is dat de theorie (of het actieplan) van een interventie vaak niet goed beschreven is, waardoor de overdraagbaarheid van de interventie wordt verkleind. Met informatie over de interventie worden bedoeld de gegevens over de doelgroep, de theorie, de verwachte uitkomsten en de beste implementatiemethode. Deze proximale elementen zijn onder andere de karakteristieken van de doelgroep, de specifieke competenties van de professionals, de financiering van de GGD's, de planning, de lokale netwerken en de ondersteunende (lokale) overheid. Deze elementen zijn vaak net zo bepalend voor de effectiviteit als de kernelementen. Kok et al. leggen dus niet alleen de nadruk op 'wat werkt' maar ook op 'wat werkt, voor wie, onder welke omstandigheden' [13]. Zij benadrukken dat er ook werkzame principes kunnen worden geformuleerd voor de context waarop de interventie ingrijpt. Deze elementen helpen ook bij het volledig beschrijven van een interventie. De proximale elementen horen bij een bepaalde context, of in het geval van een integrale aanpak, bij een bepaalde gemeente. Maar deze zijn wel in meer of mindere mate en op basis van urgentie aan te passen. Denk aan het toevoegen van budget, trainen van professionals, sturen op netwerkvorming. Voor een integrale aanpak geldt dat de werkzame elementen van de context belangrijker zijn dan de werkzame elementen van de interventie zelf [9]. Daarmee bepalen de werkzame elementen van de context ook de kwaliteit van de kernelementen. De uitsplitsing van Kok et al. maakt ook duidelijk dat om inzicht te krijgen in de werkzame elementen van de integrale aanpak een zo volledig mogelijke beschrijving van de aanpak ondersteunend is. Echter ook bij deze uitsplitsing is het lastig om deze over de integrale aanpak heen te leggen daar deze bestaat uit meerdere interventies, doelgroepen en contexten.

Een van de eerste Nederlandstalige beschrijvingen van essentiële elementen in de uitvoering van gezondheidsbevorderende interventies is gegeven door Saan en De Haes in hun Referentiekader Gezondheidsbevordering [14]. In dit uitgebreide logisch model laten zij zien welke elementen belangrijk zijn in de opzet en uitvoering van gezondheidsbevordering. Het zijn zowel organisatorische en implementatiefactoren, als factoren vanuit de bekende gedragsveranderende en gezondheidsbevorderende theorieën. Aansluitend op het Referentiekader Gezondheidsbevordering zijn door Hekkink et al. [15] tien indicatoren beschreven die essentieel zijn voor de kwaliteit van gezondheidsbevordering, namelijk: planmatig werken, het gebruik van een mix van methoden en strategieën, gebruik van beschikbare data, leiderschap, expertise projectteam, inbreng einddoelgroep, bestuurlijk draagvlak, meerdere partners betrokken, eigenaarschap en continuïteit. Deze indicatoren lijken meer samen te vallen met de algemeen werkzame elementen van Movisie.



In 2012 hebben Meijer en Storm in opdracht van het RIVM een overzicht gemaakt van twaalf relevante integrale beleidselementen voor de integrale aanpak. Deze elementen, afkomstig uit theorie en praktijk, werden onderverdeeld in bestuurlijke, organisatorische en inhoudelijke elementen [16]. Bestuurlijke elementen waren onder andere bestuurlijk en politiek draagvlak, samenwerken met gemeentelijke sectoren, samenwerken met publieke-private partijen en sociale marketing. Organisatorische elementen die werden genoemd in het overzicht waren het benoemen van een probleemeigenaar en het beschikbaar stellen van menskracht, een gezamenlijke visie op en cultuur van integraal werken, verankering van integraal gezondheidsbeleid in de organisatie en het gebruik van kennis en methode. Inhoudelijke elementen waren het formuleren van concrete gezondheidsdoelstellingen (in nota's), het aansluiten op gemeentelijke thema's, het verbinden van beleid bij andere sectoren en het implementeren van activiteiten in samenhang (interventiemix).

Er zijn dus veel verschillende indelingen mogelijk van factoren van een interventie of aanpak die een bijdrage leveren aan de werkzaamheid of effectiviteit van de aanpak. Het duiden van deze elementen kan het beste gebeuren door deze binnen de context goed te beschrijven zodat inzichten over de specifieke elementen elders in te zetten zijn. Werkzame elementen in dit onderzoek zijn elementen die in potentie een bijdrage leveren aan de effectiviteit, waarbij bevestiging van verschillende bronnen de verwachte werkzaamheid van een bepaald element bevestigen. Deze werkzame elementen moeten bijdragen aan een goede uitvoering van de interventie en elkaar niet uitsluiten. Het gaat daarbij zowel om praktische en organisatorische, als om inhoudelijke elementen uit de literatuur.

## 3.2 Wat zijn werkzame elementen van de integrale aanpak van overgewicht?

Preventie van overgewicht richt zich op het voorkómen van overgewicht, het bevorderen van een normaal gewicht bij mensen die te zwaar zijn en het op gewicht blijven van mensen die zijn afgevallen. Een integrale aanpak van overgewicht bestaat uit deze preventie gecombineerd met een onderdeel individuele preventie en eventueel zorg: het kéren van overgewicht en obesitas van kinderen. Deze brede aanpak bestaat uit een combinatie van interventies gericht op de omgeving, regelgeving en handhaving, voorlichting en educatie, en signalering, advies en ondersteuning vanuit de zorg [17].

Ondanks dat er al decennialang wordt gewerkt aan de preventie van overgewicht en obesitas, staat de integrale aanpak nog in de kinderschoenen. Immers, er bestaat niet één vast stramien voor dé integrale aanpak. Het onderscheidende kenmerk van de integrale aanpak is dat deze zich aanpast (adaptief) aan een context, aan randvoorwaarden, aan specifieke doelgroepen en aan de wensen en mogelijkheden van betrokken partijen. Bovendien veranderen deze contextuele factoren ook nog wel eens gedurende de uitvoering van de aanpak [18]. Gerandomiseerd onderzoek is hierdoor lastig zo niet onmogelijk, hetgeen het bepalen van de effectiviteit beperkt met als gevolg dat dergelijke programma's zelden beschreven dan wel gepubliceerd worden [18, 19]. Toch is er wereldwijd consensus over het belang van deze integrale multi-sectorale preventieve aanpak waarbij alle veroorzakende factoren worden geïdentificeerd en in samenhang aangepakt [2, 18, 20-24].



Voor een integrale aanpak worden dus verschillende activiteiten ondernomen in zowel de wijk, als in de zorg en in de thuissituatie, maar de aanpak richt zich ook op veranderingen binnen andere sectoren zoals sport, ruimtelijke ordening en duurzaamheid [21, 24]. Het impliceert tevens dat veranderingen nodig zijn op uitvoerend en beleidsmatig niveau, bij de overheid en bij zowel publieke als private ondernemingen [25]. Vanzelfsprekend moeten deze interventies aansluiten bij reeds bestaande strategieën en is ondersteunend overheidsbeleid nodig op nationaal en provinciaal niveau [21].

Preventieve activiteiten in wijken richten zich voornamelijk op kinderen daar het makkelijker is om gezond gedrag aan te leren dan om ongezond gedrag af te leren. Om te voorkomen dat gezondheidsverschillen groter worden, zullen interventies zich met name moeten richten op die doelgroepen waar de gezondheidsachterstanden het grootst zijn [21]. Zoals gezegd richt een integrale aanpak zich niet alleen op het individu, maar ook op het verbeteren van de omgevingscondities. Dat geldt voor up-streamfactoren zoals de aanwezigheid van een gezond voedingsaanbod [25] of een buitenruimte die uitnodigt om fysiek actief te zijn, maar ook voor de mid-streamfactoren waarbij activiteiten worden geïmplementeerd die het individu motiveren om veranderingen door te voeren in voeding en fysieke activiteit (voorlichting, vroegtijdige signalering en doorverwijzing in de zorg, beweegbeleid scholen) [21, 24, 26]. Om deze omgevingscondities aan te passen, is samenwerking met andere sectoren onontbeerlijk, denk aan de sectoren ruimtelijke ordening (voldoende uitdagende speelplaatsen, veilige fietspaden, fietsenrekken in plaats van parkeerplekken), economische zaken (detailhandelbeleid, samenwerking met ondernemers), werk, participatie & inkomen (een sportpas voor minima) en onderwijs (aantal uren gym en buitenspelen per week, snack- en traktatiebeleid) [21, 22]. Gezond beleid op school en een veranderende norm zullen ook families ondersteunen in gezond gedrag [22].

Het mag duidelijk zijn dat voor een kansrijke integrale aanpak een intensieve samenwerking noodzakelijk is met veel verschillende publieke en private organisaties. Om te komen tot een integrale intersectorale samenwerking zijn verschillende werkzame elementen te onderscheiden die betrekking hebben op organisatorische voorwaarden. Intersectorale samenwerking lijkt baat te hebben bij een projectleider van buiten de sector volksgezondheid, lijkt beter tot stand te komen wanneer wordt ingezet op brede gezondheidsthema's (dat wil zeggen het betrekken van alle gezondheidsthema's) en wanneer de beleidsstrategie meer geïntegreerd is (zoals 'health in all policies') [27]. Een effectieve organisatie van een integrale aanpak is in staat om het gezamenlijke belang boven het eigen belang te stellen, heeft duidelijke samenwerkingsafspraken over vorm en inzet van mensen en middelen, werkprocessen en eindverantwoordelijkheid [28]. Daarbij zijn de regie en coördinatie geregeld op verschillende niveaus: kinderen en gezinnen, samenwerking, gezamenlijke sturing, en regierol van overheden en financiers. Er wordt geïnvesteerd in de ontwikkeling van een gezamenlijke taal, concrete werkprocessen en goede werkomstandigheden voor professionals [28]. Uit onderzoek van Van der Kleij [29] blijkt dat het stimuleren van eigen effectiviteit van professionals en het laten aansluiten van nieuwe interventies en methodieken bij bestaande werkprocessen belangrijk is voor de betrokkenheid van de professionals en dus voor een succesvolle implementatie van de integrale aanpak.

Samenwerking met organisaties betrokken in de voedingsindustrie is noodzakelijk om gezonde voeding beschikbaar te maken<sup>4</sup>. Hoewel invloed uitoefenen op productie een rijksaangelegenheid is, kan een gemeente wel bepalingen opstellen voor de publieke

---

<sup>4</sup> Zie o.a. het definitierapport 'Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014' van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en de kabinetsnota 'Gezonde voeding, van begin tot eind' uit 2010.



buitenruimte ten aanzien van ongezonde voeding (stimuleren van placceren gezonde producten in MKB, verbod op kindermarketing, beperken verlenen vergunningen voor mobiele snackkarren in de buurt van scholen) [17] dan wel beperken van aanbod ongezonde voeding bij scholen en sportverenigingen [22, 25]. Wanneer private organisaties betrokken worden bij de preventieve aanpak van overgewicht en obesitas zijn duidelijke en transparante afspraken noodzakelijk om conflicten en belangenverstrengeling tegen te gaan [21].

Een ander belangrijk element in de integrale aanpak is onderzoek en evaluatie. Dat begint al in de analysefase met het verzamelen van informatie om de problematiek volledig in kaart te brengen en inzicht te verkrijgen in contextuele factoren [21]. Deze inzichten zijn richtinggevend voor de programmadoelen. In de implementatiefase zullen overgewicht en gedrags- en omgevingsdeterminanten regelmatig moeten worden gemonitord om voortgang te bewaken en tussenresultaten te duiden [21]. Bijzonder aan de evaluatie van de integrale aanpak is dat deze rekening moet houden met de actuele realiteit van een continu veranderende context en een adaptieve aanpak. De vraag die moet worden gesteld is dan ook niet óf de integrale aanpak werkt (op basis van – onmogelijk – gerandomiseerd onderzoek) maar óf en h oe de aanpak bijdraagt aan het veranderen van het gehele systeem [18]. Dit vraagt om een ‘trial and error’-aanpak waarbij processen over langere tijd worden gemonitord (niet alleen de effecten op gezondheid en gedrag) en op basis van de uitkomsten van deze monitoring kunnen worden aangepast [18]. Deze trial-en-erroraanpak of verbetercyclus kenmerkt zich dus door het doorlopend evalueren van de effectiviteit van de aanpak en het systematisch reflecteren op de uitkomsten met de betrokken partners. Hierbij gaat het om het monitoren of meten van uitkomsten van het beleid of het handelen, met de bedoeling om daarmee te kunnen reflecteren op die uitkomsten; en het gebruik van meetresultaten om het beleid of het handelen bij te stellen en op die manier bij te dragen aan de verdere ontwikkeling van de kennisbasis (‘body of knowledge’) [30]. Een dergelijke aanpak moet leiden tot verbeteracties en tot lerende professionals, lerende organisaties en een lerend systeem [30]. Een evaluatieplan waarin de vele indicatoren, diverse metingen en de dataverzamelmethode worden gespecificeerd, is onontbeerlijk [21].

De wereldwijde groei van overgewicht en obesitas is niet in een paar jaar gebeurd. Dat is een opbouw geweest van vele decennia, waarbij langzaam organisatiestructuren, beleid, politiek en de sociale norm en cultuur veranderden. De aanpak ervan zal dan ook over een lange adem moeten beschikken, duurzaamheid in de aanpak is dan ook geboden. Er moet gestreefd worden naar draagvlak bij de gehele gemeente en naar het veranderen van de sociale norm [21, 22]. Het moge duidelijk zijn dat dit alles op een gegeven moment vraagt om een ruim voldoende budget.

Bij het te lijf gaan van venijnige vraagstukken – of in het Engels ‘wicked problems’ [31] – is leiderschap belangrijk [32]. Onder leiderschap wordt dan verstaan de noodzaak om mensen bij elkaar te brengen, zowel om ‘het probleem’ goed te begrijpen, als om met anderen samen te werken om vooruitgang te boeken. Belangrijk voor de leider om progressie te boeken bij het aanpakken van venijnige vraagstukken is om transparant te zijn in intenties, in het te volgen proces en in de te stellen doelen. Dit leiderschap verandert naar mate het begrip van het probleem toeneemt en nieuwe werkprocessen vertrouwd raken.

Naast leiderschap is coördinatie ook van groot belang bij een integrale community-brede aanpak [21]. Het gaat daarbij om het expliciteren van rollen en verantwoordelijkheden en het hebben van breed gedragen doelen. Bovendien wordt aangeraden om het proces van beslissingen nemen ten behoeve van de integrale aanpak vooral systematisch, evidence-based en stakeholder-informed te laten verlopen [21], waarbij een belangrijke rol in het handelen is weggelegd voor het professioneel inzicht en waarbij gevoelens van eigenaarschap en zelfbeslissingsrecht van uitvoerende professionals de sleutel zijn tot succes [31]. En last but not





least is het van groot belang dat de aanpak van overgewicht en obesitas prioriteit krijgt binnen bestuur en beleid, en dat er breed politiek draagvlak is [33, 34].

Het gebruik van socio-ecological models wordt aangeraden voor preventie van overgewicht [18, 24, 35]. Deze modellen helpen om de omvang van het specifieke gezondheidsprobleem te duiden en determinanten in verschillende settings en beleidsterreinen zichtbaar te maken. Bij het gebruik van deze modellen in een systemische aanpak is het wel belangrijk dat de focus ligt op één soort gedrag, oftewel dat het gaat om een 'single issue approach' [35].

## 3.3 Wat zijn werkzame elementen van de Amsterdamse

### Aanpak Gezond Gewicht?

Voor aanvang van de AAGG in 2012 waren er al verschillende initiatieven gericht op het stimuleren van gezond gewicht. In 2002 werd vanuit een samenwerking tussen de GGD, de gemeentelijke afdeling Sport en de Vrije Universiteit het programma JUMP-in gestart op vier basisscholen. In dit programma werden kinderen op basisscholen door middel van een mix van interventies gestimuleerd om meer te bewegen. In 2006 waren er al 60 JUMP-in-scholen [36] en in 2017 zijn er ruim 125 basisscholen die JUMP-in implementeren. Op de geselecteerde scholen ligt het gemiddelde BMI van de kinderen hoger dan het landelijk gemiddelde. De laatste jaren heeft het programma zich behalve op bewegen ook toegelegd op het stimuleren van de inname van gezonde voeding. JUMP-in is nu dan ook een belangrijk onderdeel van de AAGG. Ouders worden in JUMP-in nieuwe stijl ook meer gestimuleerd om betrokken te zijn bij het programma, en scholen worden ondersteund om de doelen van het landelijk programma Gezonde School te halen. JUMP-in zet een gezonde leefstijl in en rondom de school permanent op de agenda en zorgt voor voldoende gymles en buitenspelen. Daarnaast heeft JUMP-in een belangrijke rol in het signaleren van overgewicht, door een extra weeg- en meetmoment in groep 4, uitgevoerd door de jeugdgezondheidszorg (jgz).

In 2011 startte in Amsterdam een pilot van de landelijke aanpak Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG) in twee wijken in Amsterdam. Het doel van JOGG was een toename van het aantal kinderen met gezond gewicht in 2016 met 5 procent. Niet alleen een ambitieuze doelstelling zoals later zou blijken, maar ook een die lastig kan worden toegeschreven aan een aanpak waar een brede mix van strategieën wordt ingezet. JOGG-Amsterdam is in 2012 als geheel opgegaan in de AAGG. De pijlers van JOGG (en daarvoor van het Europese project EPODE) waren de uitgangspunten voor het projectleiderschap van de Amsterdamse pilotgebieden in Slotervaart. AAGG heeft deze pijlers verder geconcretiseerd en er taken, verplichtingen en resultaten aan gehangen.

Deze eerste initiatieven zijn van belang geweest voor de huidige werkwijze van de AAGG. Zowel JOGG als JUMP-in hebben leerpunten opgeleverd voor de huidige organisatiestructuur en werkwijze van AAGG, maar hebben ook geholpen bewustzijn te creëren voor het belang van overgewichtpreventie en verantwoordelijkheidsgevoel. Ook werd er niet meer gewerkt naar de waan van de dag, maar resultaatgericht, waardoor er meer ondersteunende structuren vrijkwamen die het werk makkelijk maakten. Het belang van structuur binnen een complexe aanpak wordt ook gezien bij JUMP-in, dat is uitgegroeid tot een gemeentebreed gestructureerd programma waar verantwoordelijkheden voor AAGG, GGD, scholen, sport, zorg et cetera concreet en helder zijn vastgelegd op basis van de langetermijnmissie. In de volgende paragrafen volgt een overzicht van de werkzame elementen van de huidige AAGG.



### 3.3.1 Werkzaam element 1: Programmatische aanpak

De AAGG is een gemeentebreed programma. Het programma integreert activiteiten van gemeentelijke verantwoordelijkheden en taken op het gebied van (volks)gezondheid, welzijn, zorg, onderwijs, sport, jeugd, armoede beleid, wijkwerk, economische zaken en ruimtelijke ordening en activiteiten van verschillende relevante organisaties van buiten de gemeentelijke organisatie. Alle betrokkenen leveren hun bijdrage aan de gestelde missie: in 2033 alle Amsterdamse kinderen op gezond gewicht.

De opdracht voor dit programma kwam in 2012 van drie directeurs van gemeentelijke diensten (directeur GGD, directeur Dienst Maatschappelijk Ontwikkeling en directeur van de Bestuursdienst) en van de wethouder Zorg en Welzijn. Het over het voetlicht brengen van de ernst en urgentie van het probleem aan de hand van 'facts & figures' heeft een essentiële rol gespeeld in het verkrijgen van commitment van het college en de steun van de gehele Gemeenteraad voor het gaan aanpakken van dit wicked problem. Mede hierdoor heeft de AAGG nu een centrale plek in het gezondheidsbeleid van Amsterdam gekregen. De gemeenteraad onderschrijft in moties de ernst en omvang van het probleem, en ziet hier net als het college een verantwoordelijkheid weggelegd voor de gemeentelijke overheid (uit: Gemeente Amsterdam, *AAGG beleids- en uitvoeringsprogramma 2013-2014*).

De keuze voor een gemeentebrede aanpak heeft er volgens de respondenten ook voor gezorgd dat de lasten werden verdeeld. Het eerste jaar werd er geen budget gealloceerd voor de AAGG, maar werd de inzet ten behoeve van het programmamanagement 'om niet' geleverd door de toenmalige Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling (DMO). De directeur van DMO was tot 2015 de ambtelijk opdrachtgever. Directeuren van alle gemeentelijke diensten kregen de instructie om de programmamanager waar deze dat relevant vond te ondersteunen met personeel en middelen. Sinds 2014 is er per jaar ruim 5 miljoen beschikbaar voor AAGG, waarvan 2,5 miljoen betaald wordt door de gemeente en de rest door het Rijk. Voor Nederlandse begrippen is dit een hoog bedrag voor een gemeentelijke aanpak ter preventie van overgewicht bij kinderen. Echter, allocatie van extra middelen was dus niet noodzakelijk om het programma te starten en op gang te helpen. Daarvoor was een gemeentebrede verantwoordelijkheid belangrijk. Huidige managers geven nu wel aan dat het hebben van eigen substantieel budget overigens zeer helpt, zo niet essentieel is, om vervolgens de noodzakelijke massa en vaart te kunnen maken in de uitvoering van de langetermijnvisie.

Volgend op de eerder genoemde interdepartementale verantwoordelijkheid is het eerste programmaplan geschreven door ambtenaren van de diensten Maatschappelijke Ontwikkeling, Sport, Werk, Participatie & Inkomen en de GGD. Deze programmatische aanpak heeft als grootste voordeel dat er een systematische sturing is op samenhang van het geheel.

#### Planmatige aanpak

Het programma heeft een initiatieffase gekend van meer dan een jaar. In deze fase werd van het overgewicht bij Amsterdamse kinderen een analyse uitgevoerd, werden belanghebbende organisaties en netwerken in kaart gebracht, werden kritische vragen gesteld over huidige werkprocessen en regelvoering en werd duidelijk welke veranderingen noodzakelijk waren op het niveau van het individu en in de sociale en fysieke omgeving.

Om de bestuurlijke opdracht uit te kunnen voeren heeft de programmamanager kritisch gekeken naar wat er wel en wat er niet werkt in de organisatie van preventie en zorg en wat er aan de bestaande structuren veranderd zou moeten worden. Op basis van deze uitgebreide analyse





werden de programmadoelen vastgesteld en de inspanningen besproken. Dit alles werd vastgelegd in een zogeheten Doelen Inspanningen Netwerk (DIN) (zie ook Van der Tak en Wijnen, 2017 [37]) in het Meerjarenprogramma 2013-2014 dat is vastgesteld door het college met steun van de voltallige gemeenteraad.

De grootste aandachtspunten in de ketenzorg voor kinderen met (ernstig) overgewicht kwamen boven tafel door eerst een netwerkanalyse en daarna een probleemanalyse uit te voeren in de wijken. Door met de geïdentificeerde belanghebbenden in gesprek te gaan, werden problemen en aandachtspunten duidelijk. Deze systematisch aanpak heeft er tevens toe geleid dat de geconstateerde problemen werden erkend door alle partners.

### Clusters

Om de sturing en daarmee de uitvoerbaarheid van AAGG te vergroten, is de aanpak opgedeeld in clusters. Deze zijn in 2017: 'De eerste 1000 dagen aanpak', 'Scholenaanpak', 'Jongeren', 'Buurtaanpak', 'Gezonde omgeving', 'Ongezonde armoede', 'Kinderen met overgewicht en obesitas', 'Excellente professionals', 'Lerende aanpak', en 'Communicatie en gedragsbeïnvloeding'.

Het programma is opgedeeld in clusters met eigen verantwoordelijkheid en clustermanagement. Zowel voor het programma als geheel als voor de clusters worden jaarlijks doelen bepaald, in lijn met de programmadoelen en de missie. Deze doelen en de daaraan gekoppelde inspanningen worden ieder jaar beschreven in het jaarlijkse uitvoeringsplan. Hierin worden ook sturingsafspraken beschreven met betrekking tot de organisatie van het programma, risicomanagement, monitoring en evaluatie, de planning, de uitvoeringsmonitor, voortgangsbewaking en kwaliteit van uitvoering. Elke vier jaar wordt een nieuw meerjarenprogramma geschreven. De programmatische aanpak wordt gebruikt voor meerdere projecten binnen de gemeente Amsterdam.

De clusters kunnen gedurende de looptijd van het programma veranderen, afhankelijk van de behaalde resultaten en/of maatschappelijke ontwikkelingen. De clusters zijn complementair in hun inspanningen. Afstemming tussen de clusters is essentieel voor de programmatische samenhang en om een gezamenlijke richting te houden in het behalen van de gestelde doelen, het uitvoeren van de geplande inspanningen en om op tijd te kunnen bijsturen. Daar is de programmamanager verantwoordelijk voor.

### Doelgroepen

Het bestuur van Amsterdam heeft expliciet de keuze gemaakt dat de AAGG zich richt op het voorkomen en keren van overgewicht en obesitas van kinderen tot 19 jaar in Amsterdam, en niet op te zware volwassenen. Dit wordt door veel respondenten als een zeer verstandige keuze gezien, want iedereen wil het beste voor de kinderen. Bovendien kunnen kinderen niet, in tegenstelling tot volwassenen, verantwoordelijk gesteld worden en verantwoording dragen voor hun al dan niet gezonde leefstijl en gedrag. Er wordt algemeen aangenomen dat dit de reden is dat het draagvlak voor de aanpak groot is, zowel onder de professionals als onder de inwoners van Amsterdam. Omdat AAGG zo effectief en doeltreffend mogelijk wil zijn, worden wel verschillende doelgroepen onderscheiden. Immers, verschillende groepen mensen vragen om een verschillende benadering. De prioritaire doelgroepen van de AAGG zijn derhalve:

- kinderen van -9 maanden tot 2,5 jaar en hun ouders
- kinderen in de leeftijd 2,5-12 jaar
- jeugd van 12 jaar en ouder uit risicogroepen
- kinderen met (morbide) obesitas.



## Professionals

Kinderen en hun ouders worden primair bereikt via de inzet van professionals die in de leefomgeving van het kind werkzaam zijn. Deze professionals vervullen namelijk een belangrijke rol bij het stimuleren van ouder en kind om de gezonde keuze te maken en duurzaam gezond gedrag te vertonen. Via het cluster 'Excellente professionals' worden competenties van deze professionals versterkt zodat ze effectiever aan de slag kunnen met de ouders en kinderen. Dankzij deze (bij)scholingen dragen de professionals ook een congruente boodschap uit. En zo worden er behalve de einddoelgroep kinderen ook andere doelgroepen geïdentificeerd in de integrale aanpak van overgewicht in Amsterdam. Doelgroepen waarvan veranderingen in denken en handelen nodig zijn ten gunste van een gezonde omgeving voor kinderen en die ook bereikt moeten worden met de juiste boodschappen. Denk bijvoorbeeld aan ondernemers als winkeliers en restauranthouders voor het stimuleren van een gezonder aankoopgedrag, of schoolteams waarbij draagvlak voor JUMP-in nodig is, of meer specifieke doelgroepen zoals migrantenvrouwen of gezinnen in armoede.

## Participatie van de doelgroep

Een belangrijk onderdeel van de AAGG is de buurtaanpak. Buurtmanagers leggen verbindingen tussen het stedelijke programma en de buurt. Het aansluiten bij de energie in de buurt, vooral die van betrokken bewoners, is het belangrijkste ingrediënt van de buurtaanpak waar de buurtmanager zich mee bezighoudt. Maar de buurtmanager betreft ook buurtinstanties, zelforganisaties, sportclubs, scholen, professionals en ondernemers bij het signaleren van problemen en het ontwikkelen en implementeren van aansluitende interventies. Er is vanuit de stedelijke organisatie budget beschikbaar voor lokale initiatieven vanuit deze groepen. Lokale initiatieven worden zo gestimuleerd, hetgeen de betrokkenheid van bewoners stimuleert en bewoners helpt om hun eigen leefomgeving gezond te maken en daar verantwoordelijkheid voor te dragen.

## Doelen

Bij de AAGG gaat het over het stimuleren van een gezonde leefstijl van kinderen op gebied van voeding, beweging en slapen, en een gezondere omgeving – zowel in fysieke als in sociale zin – om in op te groeien. Hierdoor voelen mensen zich sneller betrokken, zo menen de respondenten, en is voor alle betrokkenen beter duidelijk wie wat doet en waarom. De eerdergenoemde missie van de AAGG is opgebroken in drie verschillende ER-doelen<sup>5</sup>:

- in 2018 alle Amsterdamse kinderen van 0 tot 5 jaar op gezond gewicht;
- in 2023 alle Amsterdamse kinderen van 0 tot 10 jaar op gezond gewicht; en
- in 2033 alle Amsterdamse kinderen op gezond gewicht.

Deze ER-doelen zijn vertaald in concrete doelen en resultaten per programmaperiode. In terugblikken<sup>6</sup> wordt gerapporteerd over het behalen van deze doelen en resultaten. Jaarlijks worden vanuit de clusters van het programma concretere resultaten vastgelegd, hierover wordt gerapporteerd op [www.aagg.nl](http://www.aagg.nl) (output / uitvoeringsmonitor) en de jaarrapportages.

### **3.3.2 Werkzaam element 2: Leiderschap en coördinatie**

Bij leiderschap gaat het om het stimuleren, motiveren en inspireren van mensen om hen mee te krijgen in veranderingen en hun prestaties te bevorderen. Leiders binnen de AAGG zijn kritisch

---

<sup>5</sup> Een ER-doel geeft in 'ER'-termen weer welk maatschappelijk effect bereikt moet worden: betER, meER, lagER, hogER, et cetera.

<sup>6</sup> Zie [www.amsterdam.nl/zoblijvenwijgezon](http://www.amsterdam.nl/zoblijvenwijgezon) (programmainformatie) en zie

[https://assets.amsterdam.nl/publish/pages/531358/zoblijvenwijgezon\\_-\\_terugblik\\_2012-2017\\_-\\_deel\\_2.pdf](https://assets.amsterdam.nl/publish/pages/531358/zoblijvenwijgezon_-_terugblik_2012-2017_-_deel_2.pdf)



en willen continu verbeteren, zij zijn actiegericht. Zij vragen zichzelf af 'halen we de gestelde doelen?' en waarom wel of niet zal lukken. Ze zijn gericht op verandering van het systeem, van de samenleving, niet op status quo en niet uitsluitend op instituten en bestaande partnerschappen. Binnen de AAGG kunnen meerdere leiders gedefinieerd worden op verschillende niveaus: zowel bestuurlijk, ambtelijk als uitvoerend.

#### Bestuurlijk leiderschap

De wethouder Zorg en Welzijn wordt door bijna alle respondenten genoemd als zeer belangrijk voor de opzet, uitvoering en de continuering van de aanpak. Ondanks dat preventieve activiteiten met betrekking tot volksgezondheid tot het takenpakket van de GGD horen, heeft de wethouder Zorg ervoor gezorgd dat de AAGG vanuit DMO gepositioneerd werd als een gemeentebreed programma. Hierdoor konden andere gemeentelijke sectoren sneller betrokken worden en werd het behalen van de gestelde doelen een opgave voor de gehele gemeentelijke organisatie in plaats van alleen voor de sector gezondheid. De wethouder is steeds een belangrijke ambassadeur van de AAGG geweest. Hij stond voor een samenleving waarin kinderen gezond kunnen opgroeien en waarin inwoners worden gestimuleerd om gezonde keuzes te maken. Hij maakte vaak gebruik van de media om zijn boodschap te verspreiden onder Amsterdammers en sprak zich duidelijk uit tegen beleidsbeslissingen binnen en buiten de gemeentelijke organisatie die niet in lijn zijn met de doelen en visie van de AAGG.

#### Ambtelijk leiderschap

Het ambtelijk leiderschap wordt ingevuld door een programmamanager. De wijze waarop het leiderschap wordt ingevuld sluit aan bij de fase waarin het programma zich bevindt. Bij aanvang van de integrale aanpak van overgewicht in Amsterdam heeft het erg geholpen dat de keuze gemaakt werd om de programmamanager niet te selecteren op inhoudelijke expertise (bijvoorbeeld gezondheidsdomein) maar op basis van brede gemeentelijke ervaring in processen en met het ontwikkelen van programma's en globale kennis van de relevante andere gemeentelijke domeinen. Bij een integrale brede aanpak zoals AAGG was het noodzakelijk om te weten hoe en wanneer de wethouder het beste kan worden ingezet, wie waarvoor verantwoordelijk is bij andere sectoren, welke besluiten op welk moment en door wie moeten worden genomen, hoe financiële processen verlopen, hoe draagvlak en budget te verkrijgen zijn voor nieuwe plannen et cetera. Een programmamanager die het gemeentelijke proces van binnenuit kent en de weggetjes weet, is daarvoor erg belangrijk.

Respondenten noemen de volgende competenties van een programmamanager in een dergelijke integrale aanpak: heeft een duidelijke visie, werkt doelgericht, durft bestaande werkprocessen ter discussie te stellen, stimuleert betrokkenheid van professionals binnen en buiten de organisatie, kan anderen faciliteren om hun werk te doen dan wel de regie pakken om de vaart erin te houden. Ook korte lijntjes in de formele en informele communicatie met de wethouder zijn essentieel.

Daarnaast wordt door meerdere respondenten aangegeven dat de integrale aanpak feitelijk bestaat uit verschillende opeenvolgende processen. Elke proces vraagt om een andere leiderschapsstijl. Bij aanvang van de AAGG was het belangrijk om het probleem goed duidelijk te krijgen, bestaande werkprocessen en oplossingen tegen het licht te houden en kritisch te bevragen alvorens in gezamenlijkheid de juiste strategie uit te denken. Deze periode wordt omschreven als een periode van disruptie. De fase die daarop volgde was er een van bestendiging. Het aanvaarden van nieuwe regels en werkprocessen, het resultaat- en doelgericht werken, het krijgen van vertrouwen in de nieuwe aanpak, nieuwe rollen en verantwoordelijkheden, het stimuleren van explorerende onderzoekende manier van werken



gericht op een lerende aanpak en zo nieuwe oplossingsgronden vinden voor problemen. De benodigde leiderschapsvorm voor een integrale aanpak is volgens een respondent 'transformationeel leiderschap'.

#### Leiderschap in uitvoering

De programmamanager heeft een programmateam om zich heen verzameld met mensen uit de lijnorganisaties van verschillende diensten. Deze ambtenaren kozen ervoor om een bijdrage te leveren aan de preventie van overgewicht bij kinderen. Dit heeft geleid tot een team met gepassioneerde mensen met veel positieve energie. Zowel grote als kleine successen worden gevierd en breed gedeeld en gecommuniceerd, hetgeen weer van invloed is op het veelgenoemde brede draagvlak voor de aanpak. Daarnaast ervaren AAGG-medewerkers de vrijheid in denken en handelen – binnen de door het bestuur vastgestelde meerjarencaders – waardoor ze ondernemend zijn en snel zoeken naar samenwerking.

*'De AAGG-medewerkers zijn sociaal ondernemers, ze durven, het zijn aanpakkers'*

De buurtaanpak wordt zoals gezegd uitgevoerd in de 'zwaarste' wijken van Amsterdam. In deze wijken zijn de buurtmanagers cruciaal voor het verbinden van verschillende partijen in de buurten en het signaleren van uitdagingen en mogelijkheden. Deze houding en competenties helpen om in contact te komen met informele en/of bijvoorbeeld religieuze leiders en andere sleutelfiguren uit verschillende etnische groepen. Deze hebben vaak meer zicht op wat er leeft in een gemeenschap, hebben autoriteit en kunnen de doelgroep beter bereiken op verschillende momenten.

Het AAGG-cluster Excellente professionals traint beroepskrachten, semi-professionals en vrijwilligers om een bijdrage te leveren aan de aanpak van overgewicht en obesitas. De training wordt aangepast aan het niveau en de voorkennis van de groep. Dankzij deze trainingen weten professionals wat de gezonde (basis)boodschap is, en dragen zij een en dezelfde boodschap uit. Zij kennen – en erkennen – hun eigen rol, geven het goede voorbeeld en weten wat te doen bij signaleren, doorverwijzen en eventueel zelf begeleiden van kinderen (en ouders met overgewicht en obesitas).

De aanstelling van aandachtsfunctionarissen Overgewicht bij het Ouder- en Kindteam<sup>7</sup> en bij de Samen DOEN-teams<sup>8</sup> was een belangrijke stap om deze teams te helpen om de vaardigheden die zij geleerd hadden in de trainingen van het cluster Excellente professionals in praktijk te brengen.

#### Verkrijgen van draagvlak

Draagvlak is een belangrijke voorwaarde voor het slagen van nieuw beleid, programma's en projecten. Het gaat hierbij om het bereiken van alle partijen op allerlei niveaus. Van bestuurders (wethouders), afdelingshoofden tot in de uitvoering. Veranderingen gaan met kleine stapjes, dat realiseren zowel ambtenaren direct betrokken bij de AAGG als de professionals in de wijken zich

---

<sup>7</sup> In het Ouder- en Kindteam (OKT) werkt de jeugdgezondheidszorg intensief samen met andere ouder- en kindadviseurs en jeugdpsychologen. Daarnaast werkt het OKT samen met verloskundigen, kraamzorg en huisartsen. Zo krijgen ouder en kind, als het nodig is, snel en dicht bij huis de juiste hulp en ondersteuning. Elke buurt in Amsterdam heeft zijn eigen OKT.

<sup>8</sup> Samen DOEN wordt georganiseerd door de gemeente Amsterdam en zorginstellingen en bestaat uit 22 teams in de stad, met deskundige professionals van verschillende organisaties. De medewerkers kennen de buurt goed. Een Samen DOEN-team ondersteunt bewoners die veel verschillende problemen ervaren en die er zelf niet goed uitkomen. De bewoner en eventuele gezinsleden/huisgenoten krijgen één vaste contactpersoon. Samen bespreken ze de hulpvraag.



maar al te goed. Maar ze willen niet alleen gezonde kinderen, maar vooral straks gezonde ouders die weer zorg dragen voor een volgende gezonde generatie.

Om problematiek op de agenda te krijgen en te zorgen voor een integrale aanpak, is bestuurlijk draagvlak nodig voor samenwerking tussen beleidsterreinen en is het belangrijk te investeren in de langere termijn. Bij AAGG is dit draagvlak ontstaan binnen de gemeentelijke organisatie, bij de raadsleden en buiten de gemeentelijke organisatie. De wethouder heeft hier een cruciale rol in gespeeld. Hij heeft voor commitment en zichtbaarheid gezorgd. Hierdoor is het een integraal sector overstijgend programma geworden met groot maatschappelijk draagvlak met volledig politiek-bestuurlijk commitment op alle niveaus in Amsterdam.

Het enthousiasme voor het programma bij de wethouder, het programmamanagement en de AAGG-medewerkers is opvallend en wordt meerdere malen genoemd in interviews en blijkt uit de notities van onderzoekers. Dit enthousiasme en deze passie voor het maken van progressie bij het stimuleren van gezond gedrag ondersteunt het verkrijgen van draagvlak binnen en buiten de gemeentelijke organisatie.

### **3.3.3 Werkzaam element 3: Interventieontwikkeling en uitvoering**

#### Interventies gericht op het inlopen van sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV)

De focus van AAGG ligt op elf buurten in vijf stadsdelen waar de problematiek van overgewicht het grootst is, dit zijn tevens buurten waar relatief veel mensen op achterstand staan voor wat betreft armoede, opleiding en participatie. Binnen de AAGG hebben de zwaarste wijken en de zwaarste scholen prioriteit. Door deze focus op het inlopen van de sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) komt het budget ook echt ten goede aan die kinderen die het het meeste nodig hebben.

#### Interventies sluiten aan bij de doelgroep en de context

In principe worden er bewezen effectieve interventies ingezet binnen de AAGG. Dat is het uitgangspunt. Echter: daar zijn er niet zo veel van, en de vraag is of de evidence-based interventies die er zijn ook werken in de grootstedelijke context van Amsterdam. Daarom is het andere uitgangspunt van AAGG dat 'op de handen zitten' er niet bij is. Het belang van practice-based en context-based interventies staat in de aanpak op gelijke lijn met evidence-based interventies. Waarbij altijd de vraag gesteld wordt 'baat het niet maar schaadt het wel' en waarbij het streven altijd is om de practice-based en context-based interventies bewezen te krijgen. Dus om practice-based evidence en context-based evidence te bewerkstelligen. Nieuwe interventies en inspanningen zijn/worden ontwikkeld door een uitgebreide analyse van de prevalentie van overgewicht bij kinderen en een determinantenonderzoek. Hierbij wordt niet alleen gekeken naar individuele determinanten, maar ook naar omgevingsdeterminanten. Nieuwe interventies sluiten aan bij de bevindingen van deze analyses, bij nieuwe inzichten vanuit de praktijk en bevindingen vanuit wetenschappelijke onderzoeken en monitoring. Daarnaast wordt er door programmamanagement ruimte gegeven om samen met doelgroep en intermediairs interventies in de praktijk uit te proberen en door middel van evaluaties bij te sturen. Waar mogelijk is wetenschappelijk onderzoek aanwezig om effectiviteitsbepalingen te doen.

#### Populatie breed beleid en buurtaanpak

Sommige interventies van de AAGG worden gemeentebreed uitgevoerd, anderen zijn heel specifiek voor de focuswijken. JUMP-in bijvoorbeeld wordt uitgerold over alle scholen waar het gemiddelde BMI van de kinderen boven het landelijk gemiddelde ligt, in welke buurt de school staat maakt niet uit, ondertussen al bij meer dan 110 scholen. Ook aanpassingen in uitvoering van de jgz worden gemeentebreed uitgevoerd.



### 3.3.4 Werkzaam element 4: Integrale samenwerking

Bij een dergelijk groot en veelomvattend programma is samenwerking onontbeerlijk, zo blijkt uit de informatie van de respondenten. Niet alleen binnen de gemeentelijke organisatie op verschillende niveaus en sector overstijgend, maar ook daarbuiten; zowel in de initiatieffase als in de implementatiefase en de evaluatiefase. Zowel de gemeente als de stadsdelen werken samen met professionals en koepelorganisaties uit verschillende sectoren zoals onderwijs, zorg, sport en welzijn, maar ook met lokale private ondernemingen. Afhankelijk van de complexiteit of benodigde expertise neemt de gemeente dan wel de lokale professional de regie in interventieontwikkeling, implementatie of evaluatie. AAGG stimuleert lokale initiatieven en borging buiten de gemeentelijke organisatie.

*'Obesitas is een te groot probleem voor één professional of voor één afdeling. Iedereen is ervoor nodig'*

#### Integrale samenwerking binnen de gemeentelijke organisatie

Vanuit andere sectoren binnen de gemeente is er aandacht voor het stimuleren van bewegen en gezonde voeding. Het stedelijke programma De Bewegende Stad richt zich bijvoorbeeld op veranderingen in de fysieke omgeving zodanig dat deze aanzet tot bewegen. Maar ook in de Gemeentelijke Structuurvisie, de Uitvoeringsagenda Mobiliteit, het Sportplan, het Sport Accommodatie Plan, de Agenda Groen, de Amsterdamse impuls schoolpleinen, het Age Friendly City-plan en het Visiedocument Openbare Ruimte worden doelen gesteld voor het zodanig inrichten van de fysieke omgeving dat het gebruik van langzaam vervoer een vanzelfsprekendheid wordt en dat actief bewegen wordt gestimuleerd. Door middel van het Actieplan Inactieve Jeugd probeert de gemeente de inactieve jeugd aan het bewegen te krijgen. Dit gebeurt door middel van individuele interventies maar ook wordt gekeken naar de context van de wijken waar de inactieve kinderen wonen.

*'...de visie en de doelstellingen zitten in de haarvaten van praktijk en beleid...'*

Een aantal programmaonderdelen van de AAGG is ondertussen zodanig geborgd in andere beleidsterreinen dat hierop geen actie meer nodig is. Bijvoorbeeld doelen met betrekking tot het inrichten van de fysieke omgeving – zodanig dat deze een gezonde leefstijl (bewegen) bij het kind stimuleert – zijn ingebed in het programma De Bewegende Stad van de RVE<sup>9</sup> Ruimte en Duurzaamheid. Datzelfde geldt voor de nieuwe Sportvisie 2025 De Sportieve Stad. Deze sportvisie besteedt met een nog op stellen 'ruimtelijke sportnorm' aandacht aan het belang van een gezond ingerichte stad.

Elk stadsdeel zorgt voor de verbinding tussen het stedelijke programma en de lokale wijkdynamiek. Elk stadsdeel heeft een buurtmanager aangesteld die collega's, bewoners en partners in de focusbuurt informeert over de AAGG en hen enthousiasmeert om vanuit de eigen rol daaraan bij te dragen. De buurtmanager bewaakt ook alle inspanningen in de focusbuurt als een integraal geheel.

---

<sup>9</sup> RVE = Resultaatverantwoordelijke eenheid. De gemeente Amsterdam bestaat uit vier clusters: Sociaal & Veilig, Ruimte & Economie, Dienstverlening & Informatie en Ondersteunende Bedrijfsvoering. Elk cluster bestaat uit een aantal resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE's). Deze eenheden werken samen met partners in de stad aan resultaten op een specifiek terrein.





### Integrale samenwerking buiten de gemeentelijke organisatie

Een mooi voorbeeld van samenwerking tussen de gemeente en organisaties buiten de gemeentelijke organisaties is het Pact Gezond Gewicht. Hierin hebben de gemeente, het Zilveren Kruis en twintig koepelorganisaties op het gebied van welzijn, zorg, civil society en sport samen afspraken gemaakt ten behoeve van ketenzorg voor kinderen met overgewicht. In het pact worden landelijke zorgstandaarden en richtlijnen voor kinderen met ongezond gewicht vertaald naar de Amsterdamse context. De partners streven naar een sluitende keten van signalering, ondersteuning en zorg, waarin kinderen met (ernstig) overgewicht in beeld blijven. Dit maakt het mogelijk om hen langdurige ondersteuning te bieden. Samenwerkingsovereenkomsten worden per stadsdeel gesloten met relevante partners. Er is voor de professionals (onderwijs, jeugdbescherming, centrale zorgverlener, huisarts, kinderarts, Samen Doen) een stroomschema gemaakt om eenduidig te zijn in het signaleren en het diagnosticeren van het kind met overgewicht, de afstemming van rollen en verantwoordelijkheden van de professionals en de uiteindelijke aanpak.

Andere initiatieven waarbij integrale samenwerking onmisbaar is, zijn

- het stimuleren van een gezonde voedselomgeving door ondernemers te informeren over het belang van gezonde voeding en de mogelijkheden in hun bedrijf om dit te stimuleren bij klanten;
- samenwerking met wetenschappelijke partners zoals de Vrije Universiteit, het AMC en het ziekenhuis in Den Bosch in interventieontwikkeling en onderzoek naar overgewichtpreventie bij kinderen.

### **3.3.5 Werkzaam element 5: De lerende aanpak**

De missie van 'de lerende aanpak' is om wetenschap in de praktijk te brengen, relevant praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek te stimuleren en wetenschappelijke kennis en wetenschappelijke eminence te benutten voor toetsing en inspiratie van het programma als geheel en voor afzonderlijke interventies en activiteiten. De lerende aanpak is vanaf de start van het programma een essentieel onderdeel in de programmaontwikkeling geweest en ingebed in de vaste manier van werken. De lerende aanpak zit niet alleen verweven in het DNA van het programma, maar is ook belangrijk voor de AAGG door de focus op leren en datgene te doen wat goed is.

De lerende aanpak betekent dus ook dat dingen mogen mislukken. Het is een proces waarin iets wordt geprobeerd, geëvalueerd en vervolgens geoptimaliseerd of stopgezet. Door op deze manier oplossingen te zoeken voor gesignaleerde problemen in bijvoorbeeld uitvoer, organisaties of netwerken, krijgen professionals binnen de afgesproken kaders (bijvoorbeeld vanuit het meerjarenplan) handelingsvrijheid en wordt er ruimte geboden aan creativiteit. In tegenstelling tot het starre wetenschappelijke planmatige kader waar vaker mee gewerkt wordt binnen gezondheidsbevordering, houdt de lerende aanpak meer rekening met veranderende randvoorwaarden en context en behoeften uit de dagelijkse praktijk.

Van begin af aan is er het besef geweest dat het lastig was om de effectiviteit van de aanpak te meten op gezondheid of gedragsdeterminanten. Het betreft immers niet een eenvoudig project, maar programmatische beleidsvoering over de gehele gemeente met tal van activiteiten en strategieën. Monitoring en evaluatie gericht op het verbeteren van de kwaliteit van de implementatie van de integrale aanpak als geheel en over onderdelen en processen ervan. Pas in 2033 kan een definitieve uitspraak worden gedaan over het effect van het beleid.



Er zijn twee monitors die de voortgang van AAGG bewaken:

1. De outcomemonitor: De afdeling Epidemiologie, Gezondheidsbevordering en Zorg (EGZ) van de GGD monitort met regelmaat de gezondheid en het gezonde gedrag (voeding en bewegen) van de inwoners van Amsterdam middels de outcomemonitor. Deze monitor brengt per leeftijdsgroep, SES-groep<sup>10</sup>, herkomst en gebied in beeld hoe gezond het gewicht en het gedrag van Amsterdamse kinderen is. Er wordt in kaart gebracht of de situatie is verbeterd, verslechterd of gelijk gebleven ten opzichte van het jaar 2012, het jaar voordat AAGG begon.
2. De Uitvoeringsmonitor Gezond Gewicht: Deze monitor volgt de voortgang van de alle inspanningen van het programma Aanpak Gezond Gewicht. De uitvoeringsmonitor is bedoeld om verantwoording af te leggen aan het bestuur en online beschikbaar voor iedere geïnteresseerde. Het monitoren is van belang omdat het inzicht geeft in de voortgang van AAGG aan de hand van betrouwbare en actuele gegevens, zodat inspanningen die qua verwachte resultaten achterblijven op tijd kunnen worden bijgestuurd. Daarnaast geven de uitkomsten van de uitvoeringsmonitor input om de Aanpak Gezond Gewicht op de politieke agenda te houden en zijn aantoonbare successen en voortgang motiverend voor partners en doelgroep.

Resultaten en onderzoeken van de AAGG zijn transparant en voor elke Amsterdammer te volgen via de websites [Zoblijvenwijgezond.nl](http://Zoblijvenwijgezond.nl) (de site van AAGG) en [GezondheidinBeeld.nl](http://GezondheidinBeeld.nl). Op deze laatste staan alle gegevens van de diverse monitorstudies van GGD Amsterdam die inzicht geven in de gezondheid, het welzijn en de leefstijl van de Amsterdammers.

Samenwerking van de GGD en AAGG met verschillende kennisinstellingen in Amsterdam (UvA, AMC, VUMC, de VU en de HvA) geeft veel mogelijkheden om additioneel onderzoek uit te voeren en het inzicht in de integrale aanpak van overgewicht te vergroten. Deze samenwerking heeft geresulteerd in het onderzoeksinstituut 'Sarphati Amsterdam research for healthy living' waarin deze partijen werken aan innovatief interdisciplinair onderzoek ten behoeve van effectieve en duurzame preventie van welvaartsziekten zoals (ernstig) overgewicht, diabetes en hart- en vaatziekten. Zo is er bijvoorbeeld een cohort opgezet dat data op gaat leveren over de aankomende decennia en is er een longitudinaal onderzoek opgezet naar de effecten van het JUMP-in-programma.

Daarnaast worden er vanuit deelname aan het G4-overgewichtoverleg en de nauwe contacten met JOGG ook kleinere studies geïnitieerd. Er lopen meerdere onderzoeken, zowel pilotstudies voor nieuwe interventies, als evaluatiestudies naar onderdelen van de Amsterdamse Aanpak, en er worden diverse literatuurreviews en effectmetingen uitgevoerd.

Data uit evaluatie, onderzoek en monitoring worden gebruikt als reflectietool voor programmamanagement. Op basis van de Outcomemonitor, de Uitvoeringsmonitor en uitkomsten van additionele onderzoeken of praktijkinzichten worden jaarlijks uitvoeringsprogramma's gemaakt door de verschillende programmaonderdelen (de clusters). Elke twee jaar wordt gekeken of AAGG op de goede weg zit, of zaken beter of anders kunnen of moeten, en of het wenselijk is om aan te scherpen en/of bij te sturen.

---

<sup>10</sup> SES: sociaal-economische status





### 3.3.6 Werkzaam Element 6: Langetermijnvisie gericht op blijvende veranderingen

De AAGG legt de nadruk op het implementeren van activiteiten die gericht zijn op blijvende veranderingen in de stad. Het programma zal deze veranderingen trachten te borgen in de samenleving en bij de verantwoordelijke organisaties. Een belangrijke randvoorwaarde voor een dergelijke duurzame aanpak is het expliciete beleid op preventie van overgewicht en het politieke draagvlak ervoor. Daarnaast lijkt de keuze voor de zogenoemde 'stip aan de horizon', de missie of het lange termijn programmadoel essentieel voor de langdurige aanpak. De missie is breed gecommuniceerd door de gemeente Amsterdam, naar zowel organisaties als bewoners. Dit betekent dat de wethouder hiermee over zijn ambtstermijn heen heeft 'geregeerd' en AAGG dus geen 'snel scoren'-projectje is geworden. Dat er niet alleen veranderingen worden verwacht van het individu, maar zeker nog meer van de sociale en fysieke omgeving, betekent ook dat een lange adem nodig is omdat veranderingen in de omgeving niet van de ene op de andere dag te realiseren zijn.

Daarnaast is de AAGG een normerende aanpak, deze opdracht is expliciet door het gemeentebestuur aan AAGG meegegeven. Het normerend (durven) zijn houdt in dat het bestuur vindt dat het in Amsterdam *normaal* is c.q. zou moeten zijn dat kinderen gezond opgroeien, het *normaal* is dat zij een gezonde leefstijl hebben, het *normaal* is dat de opgroeiomgeving van kinderen gezond is, dat het *niet normaal* is dat ongezonde producten speciaal naar kinderen toe gepromoot wordt (kindermarketing op ongezonde producten) en het ook *niet normaal* is dat er snoep en frisdrank verkocht wordt op VO-scholen. En normerend-zijn houdt in dat de gemeente hier wat van vindt (ook als de gemeente er niet zelf over gaat, bijvoorbeeld in het geval van het gehalte van suiker, zout of vet in voeding) en deze opvatting actief uitdraagt. Deze normerende boodschappen worden door betrokken organisaties en professionals vervolgens ook uitgedragen naar de doelgroep, waardoor gezonde keuzes meer vanzelfsprekend worden. Door het cluster Excellente professionals en het cluster Communicatie wordt in de vorm van vijftien gezonde gedragingen breed uitgedragen wat gezond gedrag en gezonde leefstijl inhouden. Vanzelfsprekend houdt de AAGG zich hierbij volledig aan de richtlijnen van het Voedingscentrum.

Tevens worden veranderingen doorgevoerd in organisaties, bijvoorbeeld gericht op het verbeteren van de signalering en doorverwijzing van kinderen met overgewicht; veranderingen in de omgeving zoals een gezonde voedselomgeving op school; in de openbare ruimte door het beperken van marketing van ongezonde voeding; restricties aan sponsoring van sportevenementen door de voedingsindustrie.

Een ander aspect waar aan wordt gewerkt binnen AAGG is het stimuleren van eigenaarschap van communities. Dit gebeurt door initiatieven vanuit de buurten of lokale organisaties te financieren. Er is hiervoor apart budget vrijgemaakt dat initiatiefnemers kunnen aanvragen. Dit maakt hen betrokken bij de aanpak.

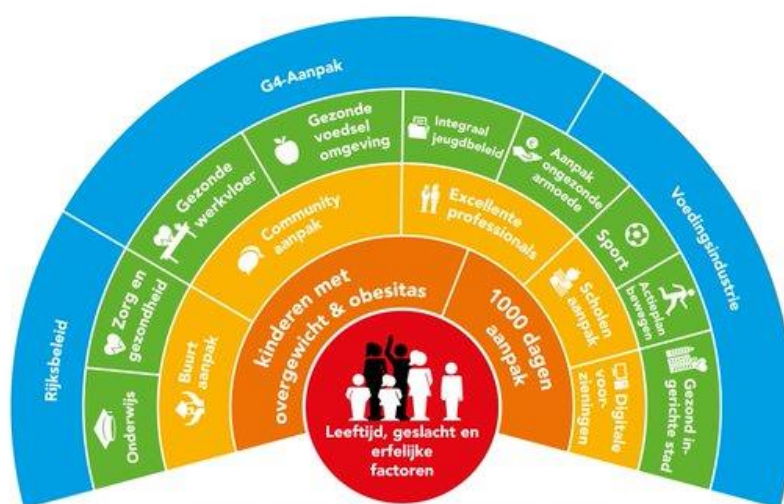


### 3.3.7 Werkzaam element 7: Communicatie en marketing

De gezondheid van de kinderen van Amsterdam is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van ouders en professionals in de stad. Waarbij de gezonde keuze de normale keuze moet worden.

#### Inzet van het sociaal-ecologisch model

Na de initiatieffase, waarin zicht op de complexiteit van het probleem werd verkregen, is met behulp van interne en externe betrokkenen het Regenboogmodel samengesteld (figuur 1). Dit aansprekende model laat aan alle betrokkenen en de doelgroep zien dat overgewicht niet alleen gaat om minder eten en meer bewegen, maar dat meer elementen in de maatschappij daarbij betrokken zijn. Dit model heeft geholpen bij een goed begrip van de doelstelling voor alle verschillende sectoren. Zowel politiek, professionals als ambtenaren weten waar ze op in kunnen zetten en wat ze moeten doen om een bijdrage te leveren aan het behalen van de doelstellingen.



Figuur 1: Regenboogmodel van de AAGG uit Meerjarenplan 2 (2015-2018)

Het Regenboogmodel van de AAGG is gebaseerd op het sociaal-ecologische model van Dahlgren en Whitehead [38]. In het model zijn de clusters van de centrale organisatie te zien en de verschillende settings waarin de AAGG opereert. Het model wordt gebruikt in de communicatie over de aanpak om zo de noodzakelijke integraliteit te laten zien en aanknopingspunten te bieden voor potentiële partners.

#### Communicatie en marketing

Communicatie is een van de belangrijkste elementen van de AAGG. AAGG heeft een eigen huisstijl. Communicatie is zowel gericht op de verschillende doelgroepen als op de intermediairs, en waar mogelijk wordt de boodschap gebaseerd op gedragsinzichten. Meteen vanaf het begin heeft AAGG het doel van de aanpak breeduit gecommuniceerd, eerste nog onder de noemer 'alle kinderen op gezond gewicht' en maar sinds 2016 is het motto 'zo blijven we gezond', en is bewust de connotatie met 'gewicht' verdwenen.

In zowel de gedrukte communicatie als op sociale media wordt veel gebruikgemaakt van graphics en eenvoudige taal. Er wordt congruentie (eenduidigheid) van de boodschap nagestreefd, zowel in beeld als in tekst. Dat geldt zowel voor de communicatiemiddelen die ingezet worden vanuit



de centrale organisatie om betrokken organisaties te informeren over het programma of voor alle inwoners van Amsterdam, als voor de communicatiemiddelen ter ondersteuning van de professionals in de wijken om de boodschap over te dragen. Denk aan een poster met daarop verschillende dranken gevisualiseerd en de hoeveelheid suiker die daarin zit, de watertappunt-herkenningspunten, folders voor jonge moeders, en het overzicht van vijftien gezonde gedragingen om het gesprek op gang te brengen en boodschap uit te dragen. Hierdoor kent iedereen de boodschappen. Voor voorbeelden van communicatiematerialen zie figuren 2-5.

Waar mogelijk worden de boodschappen wel specifiek toegespitst op de doelgroepen. Voor de communicatie uitingen worden gedragsinzichten gebruikt. Dit is vergelijkbaar met sociale marketing. Dat betekent feitelijk dat voor iedere doelgroep specifiek communicatiemateriaal wordt gemaakt dat aansluit bij de belevingswereld van die groep.



Figuur 2: Eerste 12 maanden boekje AAGG



Figuur 3: Still uit de animatie van het programmaplan 'Gezond Gewicht' van de Gemeente Amsterdam



Figuur 2: De AAGG 'Zo blijven wij gezond' vouwfolder met vuistregels voor een gezonde leefstijl





Figuur 3: Poster 'Hoeveel suiker zit erin?'

Door de flinke communicatiestrategie kennen veel mensen het programma en/of de activiteiten en interventies die in het kader van het programma plaatsvinden en is er een duidelijke koppeling met het doel, HIER gaan we voor! Dat is wel redelijk uniek. Het is in de communicatie ook niet neergezet als een projectje maar het is een missie geworden gedragen door velen. Onderzoeksresultaten worden wanneer dat relevant lijkt ook gericht gecommuniceerd naar partners, inwoners en pers. Dit lijkt een belangrijk aspect om goodwill voor het programma te behouden en professionals betrokken te houden.

In 2016 heeft de wethouder ervoor gezorgd dat de gemeente Amsterdam zich aansloot bij de alliantie Stop Kindermarketing Ongezonde Voeding. De gemeente Amsterdam wil dat bij sportevenementen voor kinderen geen reclame meer wordt gemaakt voor ongezonde voeding. Ook gemeentelijke sporthallen en zwembaden worden kindermarketing-proof door reclame-uitingen die specifiek gericht zijn op kinderen te verwijderen. Het doel is om uiterlijk in 2020 alle sportevenementen voor kinderen vrij van kindermarketing te hebben.





## 4 Samenvatting

Op basis van de literatuur is in paragraaf 3.2 al een mooi overzicht van werkzame elementen van de integrale aanpak van overgewicht verkregen. Door vervolgonderzoek binnen de Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht (AAGG) zien we dat dit programma alle in de literatuur beschreven werkzame elementen 'aanvinkt'. Door deze praktische vertaling van de adaptieve, complexe systeemaanpak in een 'deliverable' programma wordt een nog beter overzicht verkregen van deze belangrijke elementen.

Met de AAGG zet de gemeente Amsterdam in op een integrale aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen. Ondertussen loopt het programma al bijna vijf jaar en zijn de eerste voorzichtige veranderingen in gedrag en overgewichtprevalentie bij kinderen zichtbaar. Echter het is lastig om deze veranderingen toe te wijzen aan de AAGG. Toch zijn er werkzame elementen te destilleren die in belangrijke mate bepalen of de integrale aanpak op lange termijn resultaten zal laten zien.

Het eerste werkzame element van een integrale aanpak van overgewicht bij kinderen is **de programmatische aanpak inclusief organisatorische randvoorwaarden**. AAGG is als een gemeentebreed programma neergezet en uitgevoerd, er wordt gewerkt volgens eerder gedefinieerde standaarden en richtlijnen van programmatische aanpak van de gemeente Amsterdam [37]. Er is een zorgvuldige analyse uitgevoerd van de omvang van het probleem en de veroorzakende factoren. Overeenkomstig de literatuur over de integrale aanpak van overgewicht is er een duidelijke doelgroep uitgekozen en interventies vinden plaats in meerdere settings en op meerdere niveaus [14, 21, 22, 24, 31, 33]. De programmamanager werkzaam voor de gemeente heeft een sector overstijgend mandaat en heeft medewerkers uit de diverse gemeentelijke diensten en afdelingen in haar team. De gemeente laat hiermee duidelijk zien dat zij probleemeigenaar is en verantwoordelijk is voor de regie van de aanpak. Dit is eerder ook door Meijer en Storm [16] beschreven als een belangrijk bestuurlijk element voor integraal gezondheidsbeleid (IGB), hoewel de programmatische aanpak als zodanig met het mandaat van de programmamanager nergens zo specifiek benoemd wordt.

Tevens stelt de gemeente zowel binnen de gemeentelijke organisatie als binnen de wijken ruim voldoende menskracht beschikbaar om de integrale aanpak vorm te geven en in te kleuren. Een van de clusters besteedt expliciet aandacht aan scholing van professionals, een belangrijk element bij de implementatie van de integrale aanpak zoals ook werd gevonden door Van der Kleij et al. [29]. Na de analysefase is er een Doelen Inspanningen Netwerk (DIN) gemaakt voor het gehele programma. Iedere vier jaar wordt een meerjarenprogrammaplan geschreven, iedere twee jaar een uitvoeringsplan en jaarlijks maken de clusters resultaatafspraken die per kwartaal gemonitord worden in een openbare uitvoeringsmonitor ([www.aagg.nl](http://www.aagg.nl)) en beschrijven zij hun inspanningen voor dat jaar. Het stellen van doelen en resultaatafspraken is een belangrijk aspect om planmatig te werk te gaan, resultaatverantwoordelijkheid te stimuleren en een gezamenlijke visie te verkrijgen en te behouden [14, 16, 21]. Andere organisatorische randvoorwaarden die binnen AAGG bestempeld zijn als kansrijk voor een integrale aanpak van overgewicht bij kinderen zijn: de hoogte van het budget, het enthousiasme van betrokken ambtenaren en professionals in wijken, en de specificering van meerdere doelgroepen.

Als tweede is, zoals ook wordt aanbevolen in de literatuur, **leiderschap** een belangrijk werkzaam element in de opzet en uitvoering van de AAGG. Overeenkomstig met wetenschappelijke adviezen [14, 33, 39] is het politiek-bestuurlijke draagvlak essentieel voor de opzet en uitvoering van de integrale aanpak, evenals het expliciet prioriteren van de integrale aanpak in het beleid



[21, 31, 33, 40]. Beide is dankzij een gemotiveerde en betrokken wethouder en gedreven en vasthoudende programmanagers van buiten de sector volksgezondheid met visie gelukt. Het belang van deze 'buitensectorale' programmamanagers werd ook al genoemd door Harting et al. [27]. De aanpak is begonnen met het mandaat van de wethouder Zorg en Welzijn. Deze wethouder heeft tevens gezorgd voor draagvlak voor de missie van de aanpak bij zowel de andere wethouders, als op ambtelijk niveau bij de directeuren van diverse diensten. Dit heeft ervoor gezorgd dat de aanpak in bijna alle diensten is omarmd en in de diverse gemeentelijke nota's verschijnt dan wel dat er prestatiedoelen zijn gemaakt in lijn met de missie van de AAGG. De coördinatie van het complexe programma wordt uitgevoerd in clusters en via een stedelijk en een buurtgericht gedeelte van de aanpak. Dankzij strak programmamanagement dat doelgericht werkt, met kwartaal- en resultaatafspraken op clusterniveau en een langetermijnvisie in een normerend kader, heeft Amsterdam een manier gevonden om sturing te geven aan alle initiatieven die nodig zijn om overgewicht bij kinderen tegen te gaan [21, 33, 40]. Ook van belang volgens de internationale literatuur is de inzet van medewerkers met de juiste competenties, expertise en kennis. Programmamanagement stimuleert medewerkers van de programmaorganisatie om doel- en resultaatgericht te werken, maar om ook naast een planmatige aanpak gebaseerd op theorie en zorgvuldige analyses, soms op basis van ad-hoc incentives programmaonderdelen aan te passen als gevolg van niet-voorzienbare veranderingen in de context of op specifieke behoeften van partners en doelgroepen. Programmamanagement stimuleert het ondernemende karakter van de AAGG. Deze leiderschapsstijl sluit aan bij transformationeel leiderschap.

Als derde zet de AAGG **een combinatie van elkaar versterkende en onderbouwde interventies** in. Dit sluit aan bij de wetenschappelijke kennis van de 'systems approach' [18, 24], is een van de inhoudelijke IGB-elementen van Meijer en Storm [16] en wordt ook door de WHO genoemd als belangrijk onderdeel van de integrale aanpak van overgewicht. Dit geldt met name wanneer de interventies, zoals bij AAGG, ook gericht zijn op het verkleinen van de SEGV [21]. De interventies sluiten aan bij de context en trachten zowel veranderingen op het niveau van het individu te bewerkstelligen, als veranderingen in de sociale en fysieke omgeving zodanig dat gezond eet-, beweeg- en slaapgedrag de norm wordt. De interventies worden ontwikkeld op basis van de kenmerken van de doelgroep, de omgeving, aanwezige middelen en randvoorwaarden en zijn waar mogelijk al bewezen effectief. De interventies worden zo goed als mogelijk gemonitord om te kunnen worden geoptimaliseerd dan wel geannuleerd. De interventies worden uitgevoerd in verschillende settings en op verschillende niveaus. De verschillende interventiestrategieën en settings waar ingegrepen moet worden, heeft AAGG gevat in een aansprekend model, het Regenboogmodel. Belangrijk is om de interventies als eerste in te zetten bij de zwaarste wijken en de zwaarste scholen, en te kiezen voor een beperkt aantal gezonde gedragingen. In het geval van AAGG: meer slaap, gezonde voeding en meer bewegen. De AAGG laat interventies aansluiten bij nationaal en regionaal beleid, maar ook bij bestaande werkwijzen en strategieën in de gemeente en de buurten zelf. Reeds aanwezige energie wordt dan niet teniet gedaan. Niet alleen de WHO bevestigt het belang van deze aansluiting [21], ook andere publicaties bevestigen dit [22].

Als vierde werkzame element is genoemd **de integrale samenwerking**. Het belang van samenwerking met zowel diverse gemeentelijke diensten als met publieke en private partijen is een belangrijk element in de integrale aanpak van overgewicht [16, 18, 21, 33, 39-41]. Door AAGG gemeentebreed neer te zetten is samenwerking met andere gemeentelijke diensten makkelijker en worden de doelen snel overgenomen. Het DIN is gemaakt in samenwerking met andere gemeentelijke diensten en organisaties. Zowel op bestuurlijk, ambtelijk als op uitvoerend niveau in de jgz, in de wijken en op scholen zijn verschillende leiders opgestaan die zich verantwoordelijk



voelen voor de uitvoering en aansturing van programmaonderdelen. Op ambtelijk niveau worden samenwerkingsafspraken gemaakt met de jgz, collega-diensten en afdelingen uit andere domeinen. Binnen de gemeente zijn hierdoor heel veel verschillende beleidsinitiatieven ontplooid. Extra druk op lokale professionals door nieuwe initiatieven van AAGG wordt zorgvuldig in de gaten gehouden en indien nodig additioneel gefinancierd. Door de programmatische aanpak en de DIN zijn werkprocessen concreter, hetgeen aansluit bij inzichten van Ungar et al. in de jeugdzorg [28].

Tevens zijn samenwerkingsafspraken gemaakt met landelijke partijen zoals met de zorgverzekeraars. Op uitvoerend niveau coördineren de buurtmanagers samenwerking met lokale uitvoerders en interventie-eigenaars, leggen zij contacten met sleutelfiguren en maken zij resultaatafspraken.

Het vijfde werkzame element is toch wel redelijk uniek voor de integrale aanpak van overgewicht: **de lerende aanpak**. Al jaren wordt er gezocht naar een manier om te bewijzen dat grote complexe integrale aanpakken van overgewicht werken en ervoor te zorgen dat de aanpak overdraagbaar is naar andere locaties. AAGG heeft deze extreme bewijsdruk enigszins losgelaten en heeft zich toegelegd op het gebruik van evaluatie om het programma als geheel en interventies afzonderlijk te optimaliseren ten gunste van de eigen bevolking. De theoretische onderbouwing van een 'systems approach' is wereldwijd wellicht nog niet in beton gegoten, maar heeft wel veel draagvlak in de wetenschappelijke wereld en de alternatieven (individuele gedragsadviezen of enkelvoudige interventies) hebben minimale resultaten op de lange termijn [21, 25, 42, 43]. De inzet van de twee monitoringsystemen zorgen enerzijds voor afdoende data om te zijner tijd een mogelijke trend te achterhalen (monitoring van uitkomsten en determinanten) en anderzijds voor data om evidence-based en practice-based te kunnen werken. De evaluaties helpen bij een kritische reflectie, AAGG vraagt zich daarmee doorlopend af 'doen we wat goed is en doen we goed wat we doen?'. Op basis van de evaluaties worden interventies aangepast of nieuwe interventies ontwikkeld. De lerende aanpak is dus een proces waarin kennis en belangen uit diverse hoeken samenkomen zodat er proefondervindelijk een benadering kan ontstaan. De oplossingsstrategie wordt zagezegd bij elkaar gesprokkeld [31, 32]. Ook andere oplossingsstrategieën van een venijnig vraagstuk worden binnen AAGG gebruikt, zoals weten welke waarden en normen er in de samenleving zijn ten aanzien van het probleem, weten hoe normen en waarden beïnvloed kunnen worden (paradigma- en/of ideologische verandering), weten vanuit welke handelingsprincipes, richtlijnen en regels er wordt gewerkt zodat een oplossing hierop kan aanhaken of deze werkwijzen kan aanpassen. Dit komt binnen AAGG terug bij de communicatie van het programma. Maar ook belangrijk in het zoeken naar een oplossingsstrategie is dat alle registers open moeten en dat het uitgangspunt niet de bestaande organisatie en cultuur is, maar dat er wordt uitgegaan van verandering [31], en dat is wat een integrale aanpak eigenlijk ook voorstaat en hoe de AAGG opereert.

Het zesde werkzame element dat aansluit bij de wetenschappelijke literatuur [16, 21, 33] en waar ook volop aandacht voor is binnen de AAGG, is het belang van **de langetermijnvisie en de inzet op blijvende veranderingen**. Voor buurtbewoners en lokale organisaties is budget beschikbaar voor nieuwe initiatieven. Dit maakt hen betrokken bij de aanpak. Aan borging wordt doorlopend gewerkt door lokale organisaties en professionals op andere beleidsterreinen te blijven betrekken bij ontwikkeling en/of implementatie en evaluatie van interventies. Een aantal programmaonderdelen van de AAGG is ondertussen zodanig geborgd in andere beleidsterreinen dat hierop al geen actie meer nodig is. Ook wordt er, zoals aanbevolen, via andere beleidsterreinen ingezet op blijvende veranderingen in de fysieke omgeving [21, 22, 24, 25]. Van belang bij duurzaamheid maar niet als zodanig in de wetenschappelijke literatuur gevonden, is de



missie van de aanpak die met ruim twintig jaar – een generatie lang – als een ‘stip aan de horizon’ prijkt. Niet veel programma’s met gezondheidsdoelstellingen in Nederland kijken zo ver vooruit. Deze keuze geeft richting aan de verschillende doelen dan wel tussenstappen en resultaatafspraken die noodzakelijk zijn om dit langetermijnprogrammadoel te verwezenlijken. Tevens helpt het om partners en betrokkenen gefocust te houden op de aanpak zelf, en om jaarlijks budget te alloceren voor de aanpak.

Als zevende werkzame element komt naar voren de inzet van **communicatie en marketing**. Er is hierdoor een *hoge mate van urgentiebesef* gecreëerd. Niet alleen op politiek en bestuurlijk niveau, maar ook bij lokale publieke en private organisaties en bij bewoners. De doelgroepgerichte aanpak met een congruente positieve boodschap vanuit getrainde professionals, gedegen inzet van verschillende communicatiemiddelen inclusief aansprekend beeldmateriaal dat aansluit bij de diverse doelgroepen en intermediairs, is hier debet aan. Maar ook de vasthoudendheid van de programmamanagers en de projectmanagers van de clusters, de buurtmanagers en de wethouder Zorg en Welzijn door voortdurend te herhalen hoe belangrijk het is om overgewicht bij kinderen tegen te gaan, heeft een belangrijke rol gespeeld. Overeenkomstig met internationale adviezen voor de preventie van overgewicht bij kinderen [21, 25] heeft de gemeente Amsterdam zich aangesloten bij de alliantie Stop Kindermarketing en zet zich daarbij in op het beperken van marketing van ongezonde voeding en dranken gericht op kinderen. Bij het gebruik van het socio-ecologisch model, het Regenboogmodel, heeft Amsterdam ook gehandeld naar wetenschappelijk advies om deze enkel in te zetten op de preventie van overgewicht en niet op andere leefstijlproblemen [35].

Op basis van de evidence, eminence en practice is de meetlat met werkzame elementen van de integrale aanpak van overgewicht bij kinderen opgesteld (zie tabel 1).





**Tabel 1. Meetlat met werkzame elementen integrale aanpak overgewicht bij kinderen**

### 1. Programmatische aanpak

- Theoretische onderbouwing van programma(onderdelen)
- Planmatige aanpak
- Participatie van de (eind)doelgroep bij planning en implementatie
- Meerdere doelgroepen duidelijk specificeren
- Doelgericht werken volgens standaarden en richtlijnen van programmatische aanpak
- Gemeentebreed en sectoroverstijgend



### 2. Leiderschap

- Politiek-bestuurlijk draagvlak
- De integrale aanpak is expliciete prioriteit van beleid
- Coördinatie van programmaonderdelen en geheel
- Leiderschap centraal en lokaal (bestuurlijk, ambtelijk en uitvoerend)
- Inzet transformationeel leiderschap (inclusief veranderingsstrategie)
- Inzet van medewerkers met juiste competenties, expertise en kennis
- Stimuleren inzet van medewerkers, gericht op intrinsieke motivatie



### 3. Interventieontwikkeling en uitvoering

Voorkeur voor bewezen effectieve interventies, maar:

- interventies moeten aansluiten bij de context (gebiedsgericht werken)
- interventies zijn gericht op verkleinen SEGV<sup>10</sup>
- interventies sluiten aan bij nationaal en regionaal beleid
- interventies sluiten aan bij bestaande werkwijze en strategieën
- inzet van een mix van verschillende strategieën op verschillende niveaus, settings en gericht op voeding, bewegen en slaap (bij voorkeur wetenschappelijk onderbouwd)



### 4. Integrale samenwerking

Integrale en transparante samenwerking met publieke en private lokale belanghebbenden, met:

- gemeenschappelijk doel/belang: inzicht in meerwaarde van samenwerking
- duidelijke samenwerkingsafspraken over rollen en verantwoordelijkheden
- regie en coördinatie geregeld op verschillende niveaus
- investeren in gezamenlijke taal, werkprocessen en werkomstandigheden



11 Sociaal-economische gezondheidsverschillen



## 5. De lerende aanpak

- Gebruik van kennis (wetenschappelijk, praktijk en ervaring)
- Monitoren van determinanten en gezondheidsuitkomsten
- Systematisch reflecteren op uitkomsten (kritische reflectie)
- Gestructureerd evaluatieplan
- Evaluatie en monitoring van processen en effecten
- Op basis van evaluatie en gesignaleerde veranderingen in het systeem interventies aanpassen; inzetten van verbeteracties
- Evaluatie gericht op herkennen van bijdrage integrale aanpak aan lange termijn doelen



De lerende aanpak

## 6. Langetermijnvisie gericht op blijvende veranderingen

- Meerjarenplan met een missie van >20 jaar
- Stevig bestuurlijk en beleidsmatig draagvlak
- Eigenaarschap bij betrokkenen wordt gestimuleerd
- Blijvende veranderingen in de omgeving ondersteunen het gewenste gedrag
- In alle beleidsvormen aandacht voor gezondheid (HiaP)<sup>11</sup>
- Geoordekt budget voor de integrale aanpak
- Voldoende capaciteit personeel
- Op tijd beginnen met borgen



Langetermijnvisie blijvende veranderingen

## 7. Communicatie en marketing

- Het stellen van een norm
- Het verkrijgen van urgentiebesef
- Een eenduidige positieve boodschap zenden en bereik hiervan vergroten
- Het beperken van marketing van ongezonde voeding en dranken gericht op kinderen
- Inzet van gedragsinzichten om communicatiemiddelen te laten aansluiten bij belevingswereld doelgroepen
- Gebruik van socio-ecologisch mode (single issue)



Communicatie en marketing

12 HiaP = Health in all Policies – Gezondheid komt terug in al het gemeentelijk beleid



## 5 Discussie

De laatste jaren is er in binnen- en buitenland veel onderzoeken gedaan naar de integrale aanpak. Door de tijdspanne waarin deze studie is uitgevoerd was het niet mogelijk om uitputtend literatuuronderzoek te doen. Leidend voor de studie waren een aantal recente internationale reviews naar de aanpak van overgewicht en publicaties van de WHO. Hoewel deze stukken een goed overzicht geven van de invulling van de aanpak van overgewicht kan het zijn dat zeer recente inzichten uit wetenschappelijk onderzoek niet zijn meegenomen.

Daarnaast rijst de vraag in welke mate de kansrijke elementen elders net zo kansrijk of veelbelovend zijn. Bijvoorbeeld wanneer deze worden ingezet in andere gemeenten, op andere locaties in Amsterdam of bij andere problemen in de maatschappij die ook vragen om een integrale, sector overstijgende aanpak, denk aan de thema's roken, eenzaamheid en depressie. In het geval van de aanpak van overgewicht binnen de gemeente Amsterdam is het inzetten van een disruptieve managementstijl functioneel gebleken om op een nieuwe manier naar het probleem te gaan kijken, met een bredere blik dan het gezondheidsdomein, en vervolgens een brede oplossingsrichting te ontwikkelen. Dit betekent niet dat dat elders ook noodzakelijk is.

Tabel 1 laat zien welke elementen van de integrale aanpak van overgewicht bij kinderen in potentie kunnen bijdragen aan de effectiviteit van de aanpak op de lange termijn. Echter geen enkel genoemd element hebben we met dit onderzoek daadwerkelijk effectief bewezen. Maar door de inzet van de verschillende bronnen is werkzaamheid en de bijdrage aan effectiviteit wel zeer aannemelijk, zeker door de veronderstelde en noodzakelijke cumulerende werking van de verschillende elementen. Daarbij komt dat dit rapport geen procesevaluatie is. Het geeft niet aan of de verschillende elementen helemaal volledig en juist worden uitgevoerd. Het laat wel zien dat er elementen zijn die belangrijk zijn bij het behalen van de gewenste resultaten en die aandacht behoeven in het vervolg van de aanpak. Het zijn de elementen die verder uitgewerkt en wetenschappelijk onderbouwd kunnen worden en de aankomende jaren kunnen worden gemonitord om progressie in de aanpak te houden.

De respondenten waren ofwel zelf intensief betrokken bij het programma, of als wetenschapper betrokken bij onderzoeken naar (onderdelen van) het programma. Het interviewen van minder betrokken mensen is niet gelukt omdat zij aangaven te weinig inhoudelijke kennis en begrip van de AAGG te hebben om hierover te oordelen. Dit heeft mogelijk de verzamelde informatie gekleurd. Ook betekent het dat wanneer er meer tijd uitgetrokken zou zijn voor het interviewen van andere belanghebbenden, meer kritische belanghebbenden in de gemeente, bij betrokken publieke en private organisaties en lokale professionals, er wellicht andere of meer kansrijke elementen uit zouden kunnen komen. Het is dan ook aan te raden om de uitkomsten (dit rapport) voor te leggen aan (kritische) eminence die niet direct betrokken zijn bij de aanpak, en aan (kritische) professionals in het veld, zodat deze kritische geluiden en potentieel belemmerende elementen naar boven komen en de aanpak waar mogelijk hierop bij te sturen.

Tevens is, vanwege het feit dat de AAGG zo gevestigd is in de gemeentelijke beleids- en bestuursorganisatie, het bevragen van bestuurskundigen en verandermanagers aan te raden. Deze zouden nog meer inzicht kunnen geven in de werkwijze die veel gemeenten volgen in de opzet en uitvoering van de integrale aanpak, en de inbedding van een dergelijk nieuw veelomvattend programma in de huidige bestuurs- en beleidsvormen. Vervolgonderzoek kan zich richten op het inzetten van de meetlat bij andere gemeenten en bij andere gezondheidsproblemen die ook vanuit een breed en integraal perspectief dienen te worden



bekeken vanwege de complexiteit van het specifieke probleem, denk aan eenzaamheid en depressie.

## 6 Conclusie

Het doel van het Nji en de VU/Cuprifère met deze studie was om inzicht te krijgen in de kansrijke elementen van de integrale aanpak overgewicht door nadere bestudering van de Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht (AAGG). Door gebruik te maken van theoretische en praktische inzichten en kennis is er overzicht ontstaan van elementen die in samenhang met elkaar een belangrijke bijdrage lijken te leveren aan een dalende trend van het aantal kinderen met overgewicht en obesitas in de stad Amsterdam.

De werkzame elementen van de integrale aanpak van overgewicht zijn een programmatische aanpak, de ontwikkeling van verschillende interventies die aansluiten bij context en beleid, een integrale samenwerking binnen de gemeentelijke organisatie en tussen publieke en private partijen, een lerende aanpak, leiderschap en coördinatie op verschillende niveaus en inzet van competente enthousiaste medewerkers en professionals, het hebben van een langetermijnvisie en inzet op blijvende veranderingen en een ruim voldoende inzet van communicatie en marketing om een duidelijke boodschap uit te zenden, het bereik te vergroten en het urgentiebesef te verhogen.

De werkzame elementen zijn samengevoegd in de 'meetlat werkzame elementen integrale aanpak overgewicht bij kinderen'. De term 'meetlat' is bewust gekozen. De gemeente Amsterdam kan de AAGG langs deze meetlat leggen en kijken of deze elementen na verloop van tijd nog steeds worden ingezet en/of de verhouding tussen verschillende algemeen werkzame factoren nog voldoende in balans is. Daarnaast kan de meetlat ook andere gemeenten helpen die een integrale aanpak van overgewicht willen opstarten of willen verbeteren. Per element kan worden bekeken of hier aandacht aan is besteed. Tevens kunnen de elementen helpen bij de opzet van integrale aanpakken op andere grote sociale en gezondheidsthema's die in de gemeente spelen, denk aan roken, depressie en eenzaamheid.

Let wel, al deze elementen werken alleen dan wanneer er langdurig wordt ingezet om het geconstateerde probleem te verhelpen. De meetlat is niet bedoeld voor programma's met een kort mandaat of korte doorlooptijd. Ook is het belangrijk om te beseffen dat de meetlat één geheel is. Werken aan succes, progressie boeken op missie en visie van een aanpak werkt alleen dan wanneer aan al deze elementen aandacht wordt besteed. Het zogeheten 'cherry picking' (dit element doen we wel en dat niet) vanwege budget- of expertisetekort werkt niet.



## Referenties


1. Rittel, H.W.J. and M.M. Webber, *Dilemmas in a general theory of planning*. Policy Sciences, 1973. **4**(2): p. 155-169.
2. Ebbeling, C.B., D.B. Pawlak and D.S. Ludwig, *Childhood obesity: public health crisis, common sense cure*. The Lancet, 2002. **360**: p. 473-482.
3. Lissau, I., et al., *Prevention*, in *Child and Adolescent Obesity: Causes and Consequences; Prevention and Management*, C.T. Burniat W., Lissau I., Poskitt E.M.E., Editor. 2002, Cambridge University Press: Cambridge. p. 243-269.
4. World Health Organization, *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of a WHO Consultation*, in *WHO Technical Report Series*. 2000, WHO: Geneva.
5. Gemeente Amsterdam, *Staat van Gezond Gewicht en leefstijl van kinderen in Amsterdamse Stadsdelen: Outcome monitor Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht*. 2017 [cited 2017 02-11-2017]; Available from: [https://jongerenopgezondgewicht.nl/userfiles/Meten/outcome\\_monitor\\_aanpak\\_gezond\\_gewicht\\_2017.pdf](https://jongerenopgezondgewicht.nl/userfiles/Meten/outcome_monitor_aanpak_gezond_gewicht_2017.pdf).
6. Gemeente Amsterdam, AAGG (ed.), *Amsterdamse kinderen steeds gezonder*. 2017, GGD Amsterdam: Amsterdam.
7. Abraham, C. and S. Michie, *A taxonomy of behavior change techniques used in interventions*. Health Psychol, 2008. **27**(3): p. 379-87.
8. Van Oers, H., *Op zoek naar nieuwe wegen in de beoordeling van leefstijlinterventies*. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 2015. **93**(6): p. 199.
9. Molleman, G.M. and C. Hosman, *Echte effectiviteit vergt brede visie op werkzame elementen*. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 2015. **93**(6): p. 202-203.
10. Van Dale, D., L. Lanting and J. Van Delden, *Werkzame elementen, is dat de toekomst?* Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 2015. **93**(6): p. 199-201.
11. Wartna, J., et al., *Er is geen enkel werkzaam principe dat altijd werkt: een eerste verkenning naar het begrip 'werkzame principes'*. 2012, Leerstoelgroep Gezondheid en Maatschappij, Departement Maatschappijwetenschappen, Wageningen University: Wageningen.
12. Movisie, *Werkzame factoren* (2016) [cited 2017 04-07-2017]; Available from: <https://www.movisie.nl/begrippenlijst/werkzame-factoren>.
13. Kok, M.O., et al., *Practitioner opinions on health promotion interventions that work: opening the 'black box' of a linear evidence-based approach*. Social science & medicine, 2012. **74**(5): p. 715-23.
14. Saan, H. and W. De Haes, *Gezond effect bevorderen: het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering*. 2005, NIGZ: Woerden.
15. Hekkink, C.F., et al., *Onderzoek naar indicator-ontwikkeling voor gezondheidsbevordering: eindverslag van het project Pilot Referentiekader Gezondheidsbevordering*. 2007, NIGZ: Woerden.
16. Meijer, S. and I. Storm, *Integrale inzichten: een verkenning van vijf lokale integrale gezondheidsprogramma's*. 2012, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM): Bilthoven.
17. Loket Gezond Leven, *Een integrale aanpak van overgewicht*. 2016 [cited 2017 23-11-2017]; Available from: <https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/overgewicht/een-integrale-aanpak>.
18. Rutter, H., et al., *The need for a complex systems model of evidence for public health*. The Lancet, 2017. **390**(10112): p. 2602-2604.
19. Wang, Y., et al., *What childhood obesity prevention programmes work? A systematic review and meta-analysis*. Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity, 2015. **16**(7): p. 547-565.



20. United Nations - General Assembly. *Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases (A/66/L.1)*. 2011 [cited 2017 07-11-2017]; Available from: [http://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=%20A/RES/66/2](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=%20A/RES/66/2).
21. World Health Organization, *Population-based approaches to childhood obesity prevention*. 2012, WHO Document Production Services: Geneva, Switzerland.
22. Lobstein, T., L. Baur and R. Uauy, *Obesity in children and young people: a crisis in public health*. *Obesity Reviews*, 2004. **5**: p. 4-85.
23. Vandebroek, I.P., J. Goossens and M. Clemens, *Foresight Tackling Obesities: Future Choices-Building the Obesity System Map*. 2007, Government Office for Science, UK Government's Foresight Programme London, UK.
24. Huang, T.T., et al., *A Systems-Oriented Multilevel Framework for Addressing Obesity in the 21st Century*. *Preventing Chronic Disease*, 2009. **6**(3): p. A82.
25. Lobstein, T., et al., *Child and adolescent obesity: part of a bigger picture*. *The Lancet*, 2015. **385**(9986): p. 2510-2520.
26. Bemelmans, W.J.E., et al., *Overview of 71 European community-based initiatives against childhood obesity starting between 2005 and 2011: general characteristics and reported effects*. *BMC Public Health*, 2014. **14**(1): p. 758.
27. Harting, J., D. Peters and K. Stronks, *Wat bevordert de deelname van niet-volksgezondheidssectoren aan intersectorale beleidsnetwerken?: een analyse van 34 Gezonde Slagkracht-projecten*. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 2016. **94**(6): p. 217-226.
28. Ungar, M., L. Liebenberg and J. Ikeda, *Young People with Complex Needs: Designing Coordinated Interventions to Promote Resilience across Child Welfare, Juvenile Corrections, Mental Health and Education Services*. *British Journal of Social Work*, 2014(44): p. 675-693.
29. Van der Kleij, R.M.J.J., et al., *Welke factoren bepalen de implementatie van een lokale integrale aanpak van overgewicht bij kinderen?* *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 2017. **95**(7-8).
30. Gorissen, W. (ed.), *Samen lerend doen wat werkt. Een nieuwe kijk op evidence-based practice in zorg en welzijn voor jeugdigen en gezinnen*. 2017, Nederlands Jeugdinstituut: Utrecht.
31. Van Delden, P., *Wicked problems: Venijnige vraagstukken als vuurproef voor de publieke dienstverlening*. 2012 [cited 2017 10 november]; Available from: <file:///C:/Users/M/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/5GHGL3VF/Essay%20Wicked%20problems%2024-10-12%20DEF.PDF>.
32. Grint, K., *Wicked problems and Clumsy Solutions: the Role of Leadership*, *Clinical Leader*, 2008. **1**(11): p. 11-14.
33. Borys, J.M., et al., *EPODE approach for childhood obesity prevention: methods, progress and international development*. *Obesity reviews*, 2012. **13**(4): p. 299-315.
34. Hendriks, A.-M., et al., *Proposing a conceptual framework for integrated local public health policy, applied to childhood obesity: the behavior change ball*. *Implementation Science*, 2013. **8**(1): p. 46.
35. Sallis, J.F., N. Owen and E.B. Fisher, *Ecological models of health behavior*, in *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, B.R.K. Glanz, K. Viswanath (eds.). 2008, Jossey-Bass: San Francisco: p. 464-485.
36. De Meij, J.S.B., et al., *Promoting physical activity in children: the stepwise development of the primary school-based JUMP-in intervention applying the RE-AIM evaluation framework*. *British Journal of Sports Medicine*, 2010. **44**(12): p. 879-887.
37. Tak, T.van der and G. Wijnen, *Programmamanagement: sturen op samenhang*. 2017, Vakmedianet: Deventer.
38. Dahlgren, G. and M. Whitehead, *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. 1991, Institute for Futures Studies: Stockholm.





- 
39. Hendriks, A.-M., *Wicked problems and challenging opportunities: development of integrated public health policies for the prevention of obesity*, in *Department of Health Promotion, School for Public Health and Primary Care (CAPHRI)*. 2016, Maastricht University: Maastricht.
  40. World Health Organization, *Report of the Commission on Ending Childhood Obesity*. 2016, WHO: Geneva.
  41. Hawkes, C. and J. Halliday, *What makes urban food policy happen?: insights from five case studies*. 2017, International Panel of Experts on Sustainable Food Systems (IPES-Food): London: p. 112.
  42. Bleich, S.N., et al., *Interventions to prevent global childhood overweight and obesity: a systematic review*. *The Lancet Diabetes Endocrinology*, 2017. **6**(4): 332-346.
  43. Summerbell, C.D., et al., *Interventions for preventing obesity in children*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005(3): p. CD001871.



# Bijlage 1

## Geraadpleegde documenten over AAGG

- Gemeente Amsterdam, *Overzicht 15 gedragingen 'Zo blijven wij gezond, jij toch ook?'*
- Gemeente Amsterdam, *Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht, Amsterdamse Kinderen Steeds Gezonder*, april 2017
- Gemeente Amsterdam, *Samen naar Gezond Gewicht, Stroomschema bij overgewicht en (morbide) obesitas bij 0-19 jarigen in Amsterdam*, juli 2015
- Gemeente Amsterdam, *Plan Amsterdam, een stad die uitnodigt tot bewegen*, januari 2017
- Gemeente Amsterdam, *Pact Gezond Gewicht, Samenwerkingsovereenkomst*, oktober 2016 (<https://www.amsterdam.nl/bestuur-organisatie/organisatie/sociaal/onderwijs-jeugd-zorg/zo-blijven-wij/professional/pact-gezond-gewicht/>) gedownload 12-09-2017
- Gemeente Amsterdam, *Amsterdamse Beweeglogica: de Bewegende Stad* (<https://www.amsterdam.nl/bestuur-organisatie/volg-beleid/bewegende-stad/beweeglogica/#h585cdea2-8742-c549-cc67-0ce3d7c4bcdf>) gedownload op dd 12-09-2017
- Gemeente Amsterdam, *Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht: Beleids-en uitvoeringsprogramma 2013-2014* (<https://www.amsterdam.nl/bestuur-organisatie/organisatie/sociaal/onderwijs-jeugd-zorg/zo-blijven-wij/programma/>) gedownload dd 12-09-2017
- Gemeente Amsterdam, *Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht programmaplan 2015-2018* (<https://www.amsterdam.nl/bestuur-organisatie/organisatie/sociaal/onderwijs-jeugd-zorg/zo-blijven-wij/programma/>) gedownload dd 12-09-2017
- Gemeente Amsterdam, *Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht: uitvoeringsmonitor Gezond Gewicht* ([www.uitvoeringgezondgewicht.nl](http://www.uitvoeringgezondgewicht.nl)) o.a. de Stoplicht rapportage inclusief output van 19 januari 2017 bekeken 14-09-2017
- Gemeente Amsterdam, *Jaarverslag 2016: Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht*, februari 2017
- Den Hertog, K. en A. Landzaat *'Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht- een integrale programmatische aanpak van gezondheidsachterstanden'*. Presentatie congres Leuven, 2017
- Gemeente Amsterdam, *Rapportage JOGG Nieuw-West: de aanpak van overgewicht in de Staalmanplein en Delflandpleinbuurt 2011-2013*
- Schriftelijke input (ongepubliceerd, ongeplaceerd, onbekende auteurs) van de clusters van AAGG met terugblik op 2017 en vooruitblik op 2018 met resultaten en nieuwe doelen. Gekregen november 2017 via plaatsvervangend programmamanager AAGG
- Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht van gemeente Amsterdam en de Proeftuin Ketenaanpak van de gemeente 's-Hertogenbosch, *Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas*, 2017 (vormgever is Vilans)
- Gemeente Amsterdam, *Staat van gezond gewicht en leefstijl van Amsterdamse kinderen: outcome monitor Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht 2017*
- Gemeente Amsterdam, *De sprint is getrokken, nu de marathon volhouden: uitvoeringsplan 2017 Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht*.
- Hawkes, C. and J. Halliday, *What makes urban food policy happen?: insights from five case studies*. 2017, International Panel of Experts on Sustainable Food Systems (IPES-Food): London: p. 112. Downloaded from [http://www.ipes-food.org/images/Reports/Cities\\_full.pdf](http://www.ipes-food.org/images/Reports/Cities_full.pdf) 18-10-2017





## Bijlage 2

### Overzicht projectgroep en geïnterviewden

#### *Projectgroep:*

Marije van Koperen (Vrije Universiteit/Cuprifère Consult)  
Martijn van Wietmarschen (Nji)  
Marloes Driedonks (Nji)  
Jaap Seidell (Vrije Universiteit)  
Sofie Vriends (Nji)  
Rutger Hageraats (Nji)

#### *Geïnterviewden:*

Karen den Hertog (Gemeente Amsterdam)  
Henriëtte Rombouts (Gemeente Amsterdam)  
Arnoud Verhoeff (GGD)  
Paul van Velpen (GGD)  
Marianne van der Velden (GGD)  
Marcel van de Wal (GGD)  
Marijke Andeweg (Gemeente Amsterdam)  
Prof. dr. ir. Jaap Seidell (Vrije Universiteit)  
Prof. dr. Karien Stronks (AMC/Universiteit van Amsterdam)  
Prof. dr. Corinna Hawkes (City University of London)

#### *Eerdere AAGG geïnterviewden (samenvattingen 2017 Y. van Osch):*

Karen den Hertog, clustermanager Zorg  
Daphne Wind, centrale zorgverlener Bos en Lommer  
Joanna Kruzycka, buurtprogrammamanager Oost  
Oscar Hulscher, buurtmanager Amsterdam Zuidoost  
Jennifer Vreeken, Jump-in-adviseur  
Zedgar Veldhuizen, sportmakelaar Amsterdam Zuidoost  
Madeline van Riemsdijk, clustermanager Excellente professionals  
Mark Vlaar, buurtmanager Amsterdam noord  
Antoinette Landzaat, adviseur gedragsinzichten cluster Communicatie  
Linda Leijdekker, medewerker 'Eerste 1000 dagen aanpak'  
Elvira Vreeswijk, teamleider Nieuwe opgaven Ruimte en Duurzaamheid van het stedelijk cluster Ruimte en Economie



## Bijlage 3

### Woordenlijst

AAGG	Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht
AMC	Amsterdams Medisch Centrum
BMI	Body Mass Index
DIN	Doelen Inspanningen Netwerk
DMO	Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling van de gemeente Amsterdam
EGZ	Afdeling Epidemiologie, Gezondheidsbevordering en Zorg van de GGD
EPODE	Ensemble Prévenons l'Obésité des Enfants
G4	De vier grootste gemeenten van Nederland: Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Den Haag
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
HvA	Hogeschool van Amsterdam
IGB	Integraal Gezondheids Beleid
Jgz	Jeugdgezondheidszorg
JOGG	Jongeren op Gezond Gewicht
JUMP-in	Sport- en bewegprogramma op basisscholen
KCS	Kenniscentrum Sport
MKB	Midden- en kleinbedrijf
Nji	Nederlands Jeugdinstituut
RVE	Resultaatverantwoordelijke eenheid
RIVM	Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu
SEGV	Sociaal-economische gezondheidsverschillen
SES	Sociaal-economische status
UvA	Universiteit van Amsterdam
VU	Vrije Universiteit Amsterdam
VUMC	Vrije Universiteit Medisch Centrum
WHO	World Health Organisation / Wereld Gezondheids Organisatie

