



Haarlem

Reageren
antwoord@haarlem.nl

Meer informatie
www.haarlem.nl

Vragen
023 – 511 51 15

Gemeente Haarlem • Afdeling Wonen Welzijn Gezondheid Zorg

Nota lokaal volksgezondheidsbeleid 2017-2020



Voorwoord

Met bijzonder veel genoegen bied ik u de nota Lokaal Volksgezondheidsbeleid van de gemeente Haarlem aan. De nota is een nadere uitwerking van de regionale nota die in VRK/GGD verband is geschreven. In deze nota hebben wij geprobeerd om de inbreng van de diverse stakeholders en de opmerkingen van de Commissie Samenleving die bij de conceptnota zijn gemaakt te verwerken.

De nota is integraal opgezet. Gezondheidsbeleid “*an sich*” is belangrijk, maar de meeste maatregelen werken alleen wanneer ze in samenhang worden toegepast. Ruimtelijke aanpassingen die maken dat mensen vaker de trap nemen, of aanpassingen in buurten en wijken zodat de fiets een daadwerkelijk alternatief vormt. Maar ook sporten in de openbare ruimte en mensen uitdagen te wandelen, zijn belangrijke elementen in deze nota.

Steeds meer worden wij ons bewust van de psychologische effecten en de beïnvloedingsmogelijkheden die kunnen worden toegepast om ander en gezond gedrag te bevorderen. Daarover is veel gezegd in de Commissievergadering en we hebben in de nota hieraan een aparte paragraaf gewijd. Priming, nudging en mobility mentoring zijn hierbij belangrijke elementen.

Er zijn verbanden gelegd met de Wmo, het Jaar van de Ontmoeting en de landelijke campagne NIX 18. Ook is er aandacht besteed aan het Zero Suïcide programma en de verschillende projecten die al een aantal jaren met succes worden uitgevoerd. Daarbij moet worden gedacht aan JOGG en het gezonde school programma.

Het tegengaan van roken op school, in de sportkantine en in de omgeving waar kinderen opgroeien heeft speciale aandacht. Roken is en blijft één van de belangrijkste doodsoorzaken van deze tijd. Er valt veel gezondheidswinst te halen om zoveel mogelijk jongeren van het roken te weerhouden. Het loont om hieraan veel tijd en energie te besteden.

Het onderwerp lage sociaal economische status, is eveneens een onderwerp dat in deze nota uitgebreid aan de orde komt. Vooral in delen van Schalkwijk en Haarlem Oost zijn buurten en wijken waar veel mensen leven in een situatie die niet rooskleurig is. Mensen die in een buurt of wijk leven waar de indicatoren duiden op een lage SES, leven gemiddeld 6 jaar korter en leven de laatste 17 jaar van hun leven in slechtere gezondheid. Ook bij deze groep valt gezondheidswinst te behalen.

Het is wat mij betreft een compleet verhaal geworden. Een nota die de komende jaren het beleid formuleert en direct een actieprogramma bevat waarmee we direct aan de slag kunnen. Graag wil ik iedereen hartelijk bedanken voor hun inbreng. Ik hoop van harte dat de nota bijdraagt aan en gezonder en gelukkiger Haarlem.

Jur Botter,

Wethouder Lokaal Volksgezondheidsbeleid.

Inhoudsopgave

Inhoud

Voorwoord	1
Inhoudsopgave	1
Samenvatting.....	3
Waarom een nota lokaal volksgezondheidsbeleid?	4
1.1 Belang van gezondheid.....	4
1.2 Wettelijke taak	4
1.3 Alles is gezondheid	5
1.4 Integraal beleid.....	5
1.5 Visie op gezondheid	6
1.6 Regionale ambities Kennemerland	7
1.7 Lokale uitgangspunten voor preventie.....	7
Stand van de gezondheid in de gemeente Haarlem	8
2.1 Inleiding	8
2.2 Sociaaleconomische status en sociaal economische gezondheidsverschillen	8
2.3 Bewegen	11
2.4 Genotmiddelen.....	13
2.5 Psychische gezondheid en sociaal welbevinden	14
Wat gaan we doen? Speerpunten voor de komende vier jaar	17
3.1 Inleiding	17
3.2 De mens en zijn (on)bewuste gedrag	18
3.3 Ambitie 1: Sociaaleconomische gezondheidsverschillen verkleinen	22
3.4 Ambitie 2: bewegen stimuleren bij jongeren en bij mensen met gezondheidsproblemen.....	25
3.5 Ambitie 3: roken en alcoholgebruik door jongeren terugdringen	26
3.6 Ambitie 4: het aantal jongeren en ouderen met risico op emotionele problemen terugdringen	30
3.7 Ambitie 5: Betere afstemming en samenwerking.....	33
Actuele thema's in de gemeente Haarlem die aan gezondheid gerelateerd zijn	36
4.1 Inleiding	36
4.2 Milieu en omgeving	36
4.3 AED's.....	37
4.4 Huisvesting huisartsen / eerstelijnsgezondheidszorg	39
Financiën	40
Bronnen	41
Bijlage I Evaluatie Gemeentelijk gezondheidsbeleid 2011-2014	43

Samenvatting

Een goede gezondheid is van groot belang voor volwaardige deelname aan de samenleving. Het is voor gemeente Haarlem daarom van belang om haar inwoners te helpen gezond te zijn, te worden en te blijven. In de Veiligheidsregio Kennemerland is voor het eerst gekozen om gezamenlijk met alle tien de gemeenten, één regionale nota gezondheidsbeleid op te stellen. In deze nota zijn vier speerpunten benoemd voor de regio, waarbij door een gezamenlijke aanpak een krachtigere benadering mogelijk is. De individuele gemeenten kunnen als aanvulling daarop een lokale nota en uitvoeringsagenda maken. In deze nota presenteert gemeente Haarlem de beleidsprioriteiten voor het lokale volksgezondheidsbeleid voor de periode 2017-2020.

Mensen zijn in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor hun eigen gedrag en voor de leefstijlkeuzes die ze maken. De gemeente heeft echter wel de mogelijkheden om te stimuleren en indien nodig te helpen dat mensen een gezonde keuze maken. Uitgangspunt is dat we streven om burgers zo dicht mogelijk bij huis of wijk te bedienen, met een aanbod dat multidisciplinair en goed toegankelijk is.

Gezondheid omvat niet alleen het lichamelijk, maar ook sociaal en psychisch welbevinden van mensen. Er vindt bij professionals en beleidsmakers een omslag plaats in hoe er gedacht wordt over gezondheid: kijken naar wat iemand nog wel kan in plaats van alleen te kijken naar ziekte en wat iemand niet meer kan. We gaan kijken naar hoe we als gemeente rekening kunnen houden met het onbewuste gedrag van mensen. Dit onbewuste gedrag wordt vaak versterkt door de omstandigheden waarin iemand zich bevindt en heeft invloed op de mate van verantwoordelijkheid waartoe iemand in staat is.

Werken aan gezondheid vraagt om een integrale aanpak. Lokaal gezondheidsbeleid is breder dan alleen volksgezondheid. Je zou kunnen zeggen: 'alles is gezondheid'. En daarmee is het bevorderen van gezondheid soms een grijs gebied waarin de inzet of juist het gebrek daaraan van anderen, direct en indirect daarop van invloed kan zijn. Gezondheidsbeleid is breed en daarom worden niet alle onderwerpen uitputtend behandeld. Er zijn ook andere (beleid)nota's waar dat gebeurt.

Gemeente Haarlem kiest de komende vier jaar voor de volgende speerpunten:

1. Gezondheidsverschillen in Haarlem terugdringen.
2. Bewegen stimuleren bij jongeren en bij mensen met gezondheidsproblemen
3. Genotmiddelen gebruik door jongeren terugdringen
4. Het aantal jongeren en ouderen met risico op emotionele problemen terugdringen
5. De effectiviteit van de gemeentelijk inzet versterken door betere afstemming en samenwerking tussen zowel uitvoerende partijen als gemeentelijke afdelingen rondom beleid, informatie en activiteiten

Hoofdstuk 1

Waarom een nota lokaal volksgezondheidsbeleid?

1.1 Belang van gezondheid

Een goede gezondheid is voor de meeste mensen het belangrijkste dat er is. Gezond zijn of gezond voelen bepaalt in grote mate in hoeverre mensen in staat zijn het leven te leiden dat ze willen en of ze in staat zijn mee te kunnen doen in de maatschappij. De individu en zijn of haar keuzes in leefstijl bepalen een groot deel van die gezondheid, maar er zijn ook factoren van invloed waar andere factoren en aspecten een rol spelen. Denk hierbij aan genetische aanleg, milieu, waar je als kind opgroeit etc. Gezondheid wordt tegenwoordig (ook) op een positieve manier gedefinieerd: het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van sociale, fysieke en emotionele uitdagingen in het leven. Gezondheid wordt hiermee in de termen van veerkracht, functioneren en participatie gezien in plaats van in somatische of psychische zin. Gezondheid draagt op deze wijze veel bij aan de gemeentelijke doelstelling dat zoveel mogelijk Haarlemmers zelfredzaam zijn en regie hebben over hun eigen leven, dat zij meedoen en erbij horen. De Haarlemmer bepaalt zelf met zijn of haar keuzes in leefstijl een groot deel van die gezondheid, maar er zijn ook factoren van invloed waar andere actoren en aspecten een rol spelen. Denk aan genetische aanleg, milieu, waar je als kind opgroeit, et cetera. Maar naast de Haarlemmers zelf heeft de overheid ook een belangrijke rol.

1.2 Wettelijke taak

De Wet publieke gezondheid (Wpg) kent drie pijlers: bewaken, bevorderen en beschermen van de gezondheid. Het ministerie van VWS en gemeenten zijn samen verantwoordelijk voor de publieke gezondheid. Gemeenten zijn verplicht een regionale GGD in stand te houden voor de uitvoering van de opgelegde taken. De beleidsvrijheid die de gemeente binnen de Wpg heeft, verschilt per taak:

- Jeugdgezondheidszorg en infectieziektebestrijding: taken zijn duidelijk omschreven met weinig ruimte voor eigen beleid.
- Algemene bevorderingstaken en de ouderengezondheidszorg: enige kaders voor deze taken zijn gegeven, maar er is veel gemeentelijke beleidsvrijheid. Deze nota gaat over de invulling van deze taken uit de wet, deels regionaal via de GGD en deels lokaal via de gemeente zelf.

De invulling van de algemene bevorderingstaken leggen gemeenten elke vier jaar vast in de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid volgens de Wpg (artikel 13). In de Veiligheidsregio Kennemerland is er voor het eerst voor gekozen om gezamenlijk met alle tien de gemeenten, één regionale nota gezondheidsbeleid op te stellen. De regionale nota gezondheidsbeleid Veiligheidsregio Kennemerland 2017-2020 kunt u [hier](#) lezen. De individuele gemeenten kunnen als aanvulling daarop een lokale oplegger en uitvoeringsagenda maken. Haarlem heeft er voor gekozen de regionale nota voor de lokale situatie nader in te vullen.

De regionale en lokale nota zijn onderdeel van de zogenaamde preventiecyclus:

Preventiecyclus

1) Stand van zaken volksgezondheid

Op basis van landelijk beschikbare epidemiologische gegevens brengt het RIVM elke vier jaar de Volksgezondheid Toekomst Verkenning ([link](#)) (VTV) uit. Deze verkenning geeft een beeld van de staat van de volksgezondheid. 'Een gezonder Nederland', de zesde Volksgezondheid Toekomst Verkenning, is in juni 2014 verschenen. Belangrijke thema's zijn maatschappelijke participatie, preventie in de zorg, kosten en baten van gezondheid en de rol van de burger.

2) Landelijke prioriteiten in rijksnota

Aan de hand van de VTV stelt de minister van VWS een landelijke nota gezondheidsbeleid vast, met de landelijke prioriteiten op het gebied van de publieke gezondheid. In december 2015 is de [kamerbrief](#) over de Landelijke nota gezondheidsbeleid (2016-2019) verschenen. Deze volgt de nota 'Gezondheid dichtbij' (2011) op.

3) Gemeentelijke prioriteiten

De landelijke prioriteiten bieden gemeenten aanknopingspunten voor lokaal beleid dat wordt verwoord in een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid. Dit gebeurt vaak na advies van de GGD, op basis van lokale epidemiologische gegevens. Het is aan gemeenten zelf welke ambities en prioriteiten zij in hun nota formuleren. Als een gemeente afwijkt van de landelijke prioriteiten zal dit nader moeten worden toegelicht.

1.3 Alles is gezondheid

Het ministerie van VWS heeft in navolging van haar prioriteiten twee programma's voor publieke gezondheid ingesteld:

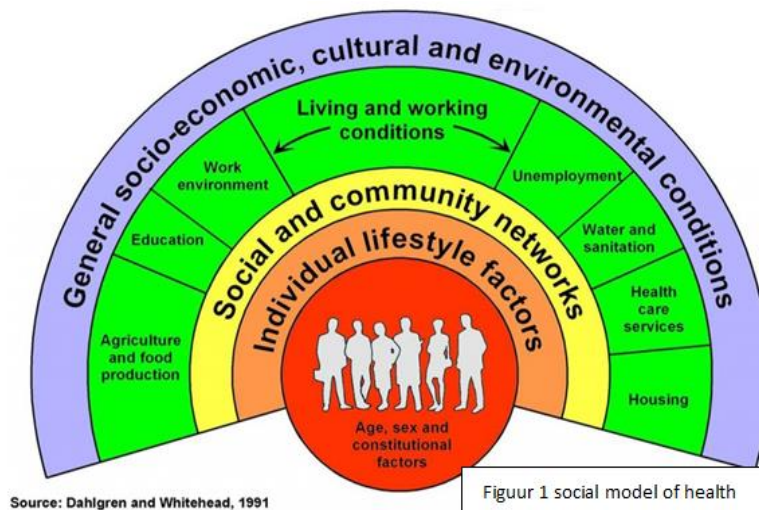
A. Alles is gezondheid...

'Alles is Gezondheid...' is het nationale [programma](#) waarin overheid, bedrijven, sportorganisaties, zorgpartijen en maatschappelijke organisaties samenwerken aan een gezonder en vitaler Nederland. Er zijn acties op het gebied van zorg, school, wijk, werk en gezondheidsbescherming.

B. Stimuleringsprogramma gezondheidsachterstanden

In het kader van het Nationaal Programma Preventie 'Alles is Gezondheid' is het ministerie van VWS een stimuleringsprogramma gestart voor de aanpak van gezondheidsachterstanden via de decentralisatie-uitkering 'Gezond in de Stad' (GIDS). In Nederland ontvangen 164 gemeenten, vier jaar lang financiering om gezondheidsachterstanden lokaal terug te dringen. Het stimuleringsprogramma Gezond in... adviseert gemeenten hierbij. Ook Haarlem ontvangt deze 'GIDS' gelden. Deze worden voornamelijk ingezet voor een integrale aanpak op scholen. Hierover meer in hoofdstuk 3.

Als alles gezondheid is, betekent dat tevens dat het soms ongrijpbaar is wie de verantwoordelijk heeft over gezondheid en welke effecten van interventies en maatregelen waaraan toegeschreven kunnen worden. Figuur 1 laat de verschillende invloeden op gezondheid zien. De omgeving, werk en onderwijs hebben net zo goed invloed op iemands welbevinden als individuele keuzes en ziekten. Het individu is en kan niet alleen verantwoordelijk zijn voor zijn of haar gezondheid. Het is een verantwoordelijkheid van ons allemaal. Om het verschil in Haarlem te kunnen maken is integraal beleid nodig.



1.4 Integraal beleid

Lokaal gezondheidsbeleid is breder dan alleen volksgezondheid. Hoe de omgeving van mensen is ingericht draagt bij aan gezondheid; van groen in de openbare ruimte is bekend dat het bijdraagt aan woonplezier en bewegen. Het jeugd- en jongerenbeleid, sportbeleid, toezicht en handhaving, de uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), milieubeleid, sociale dienstverlening en armoedebelief; allemaal zaken die direct en indirect raken aan het volksgezondheidsbeleid. Door binnen deze beleidsvelden meer integraal aan gezondheid te werken, wordt het effect van de aanpak versterkt.

In deze nota wordt daarom regelmatig naar nota's van andere beleidsvelden verwezen.

Net als op veel andere beleidsterreinen is bij gezondheidsbeleid zelfredzaamheid en zelfregie het uitgangspunt. Als gemeente verwachten we steeds meer van onze inwoners op het gebied van gezondheid: eerst zelf zorgen voor hulp en ondersteuning; langer thuis blijven wonen, minder een beroep doen op voorzieningen en leefstijlkeuzes als gezond eten en genoeg bewegen. Andersom verwachten burgers ook inzet van de gemeente als het gaat om publieke gezondheid. Anders dan bij reguliere gezondheidszorg is de publieke gezondheidszorg niet gericht op het individu, maar op alle inwoners. Uiteindelijk heeft het individu ook baat bij gemeente brede inzet op gezondheid, zoals een gezonde leefomgeving en goede voorzieningen om zelfredzaam te kunnen zijn, maar ook preventie en voorlichting.

1.5 Visie op gezondheid

In de regionale nota is de nieuwe definitie op gezondheid geïntroduceerd: "gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven".

Dat betekent concreet dat we mensen (gaan) aanspreken op hun kracht en niet in hun zwakte. Haarlem stelt daarmee de individuele verantwoordelijkheid van de Haarlemmer voor zijn of haar gezondheid voorop, maar zorgt ook voor bescherming en bevordering van de gezondheid van de Haarlemmer waar dat kan.

De Raad voor de Volksgezondheid omarmde de slogan 'van ziekte en zorg' naar 'gezondheid en gedrag' (van ZZ naar GG). 'Gezondheid en Gedrag' gaat ervan uit dat mensen zelf willen werken aan het versterken van hun gezondheid en hun functioneren. Gezondheidsversterking vanuit eigen wil en motivatie blijkt beter te werken dan wanneer een autoriteit dat voorschrijft. Promotie naast of in plaats van preventie.

Een kanttekening hierbij is dat er een groep mensen in de samenleving is waarvoor het zelf willen of kunnen werken aan hun gezondheid en functioneren niet zo simpel is en die daar hulp bij nodig hebben. Hoe mooi het ook klinkt om ervan uit te gaan dat iedereen dezelfde kansen en gelijk vermogen heeft, dit is in de praktijk helaas niet het geval. Dit signaal kwam op 1 november 2016 tijdens een bijeenkomst met professionals uit de eerst lijn gezondheidszorg nadrukkelijk naar voren. Zonder dat signaal uit het oog te verliezen is het gerechtvaardigd dat we meer inzetten op zorgen dat het goed gaat in plaats van voorkomen dat het mis gaat.

1.6 Regionale ambities Kennemerland

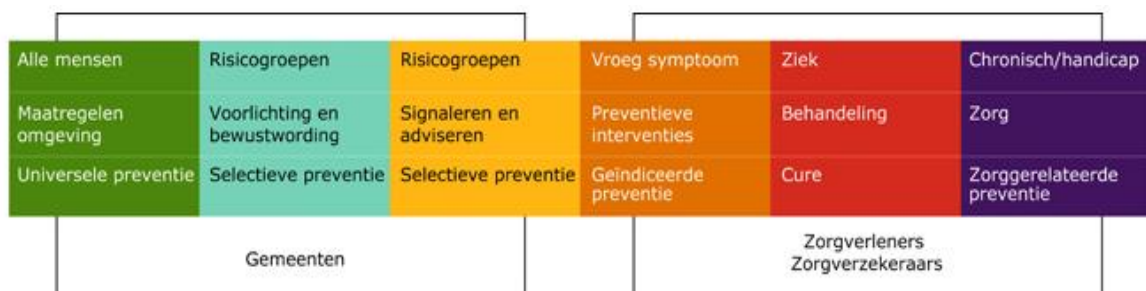
Zoals eerder vermeld geeft de landelijke nota gezondheidsbeleid 2016-2019 de kaders voor het regionale en lokale beleid. Op regionaal niveau zijn door de gemeenten, de GGD en andere partners uit de regio, de volgende ambities opgesteld.

- A. **Mind the gap:** terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen door het verbeteren van de gezondheid en leefstijl van lager opgeleiden.
- B. **Bewegen voor iedereen:** toename van bewegen onder mensen met gezondheidsproblemen.
- C. **NIX18:** terugdringen van roken en alcoholgebruik onder jongeren (18-).
- D. **Uit de dip:** terugdringen van het risico op emotionele problemen/depressie onder jongeren en ouderen.

1.7 Lokale uitgangspunten voor preventie

Het is goed om onderscheid te maken in de verschillende lagen van preventie. Er zijn vier lagen van preventie. Universele of collectieve preventie, selectieve, geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie. Wat houden deze verschillende lagen in:

- I. *Universele of collectieve preventie* is gericht op de gehele bevolking
- II. *Selectieve preventie* is gericht op specifieke (risico)groepen
- III. *Geïndiceerde preventie* is gericht op mensen met beginnende gezondheidsklachten. Er worden maatregelen genomen om ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen.
- IV. *Zorg gerelateerde preventie* houdt in dat er maatregelen worden genomen om verergering of complicaties van een ziekte te voorkomen, of om de zelfredzaamheid te ondersteunen.



Figuur 2: Publieke gezondheidszorg: van universele preventie tot zorg

De Haarlemse nota gaat over de uitwerking van de eerste 2 lagen van preventie. De collectieve en selectieve preventie. Dat betekent dat specialistische zorg, Wmo, maatschappelijke opvang, verwarde personen of andere individuele zorg hier niet aan bod komt.

Hoofdstuk 2

Stand van de gezondheid in de gemeente Haarlem

2.1 Inleiding

Om te bepalen welke bijdrage de gemeente het beste kan leveren aan de gezondheid van onze inwoners is er inzicht nodig in de gezondheidssituatie van de Haarlemmers. Gegevens van de gezondheidsmonitors van GGD Kennemerland en gegevens van onderzoeken van onze eigen gemeentelijke afdeling Data, Informatie en Analyse (DIA) zijn bij elkaar gelegd.

2.2 Sociaaleconomische status en sociaal economische gezondheidsverschillen

In Nederland worden we gemiddeld steeds ouder en ons leven telt steeds meer gezonde jaren. Die goede gezondheid is echter niet gelijk verdeeld over de Nederlandse bevolking. Mensen met lagere inkomens en een lagere opleiding, leven gemiddeld 7 jaar korter en 19 jaar minder in goed ervaren gezondheid dan mensen met een hoge opleiding. Deze verschillen noemen we gezondheidsachterstanden. De gevolgen van gezondheidsachterstanden houden niet op bij een mindere kwaliteit van leven en meer gebruik van gezondheidszorg. Het is een proces dat zichzelf versterkt en waarbij oorzaak en gevolg door elkaar lopen.

Bij sociaal economisch kwetsbare mensen blijkt een slechte gezondheid naast schuldenlast de belangrijkste barrière te zijn om aan het werk te komen. Het terugdringen van gezondheidsachterstanden is daarmee een vraagstuk dat is verweven met verschillende beleidsterreinen buiten volksgezondheid, zoals jeugd, onderwijs en sport, werkgelegenheid, schuldhulpverlening, huisvesting en het sociale domein.

Er is steeds meer bekend uit onderzoek over de lage sociaal economische status van mensen en hun gezondheid. De sociaaleconomische status (SES) staat voor de positie van mensen op de maatschappelijke ladder met het daaraan verbonden aanzien en prestige. De sociaaleconomische status is niet op een directe manier te meten, daarom wordt er een inschatting gemaakt aan de hand van een aantal voor SES belangrijke indicatoren: dit zijn opleidingsniveau, beroepsstatus en hoogte van het inkomen. Ook in Haarlem zijn grote gezondheidsverschillen zichtbaar tussen mensen met een hoge en een lage opleiding.

HOE DOORBREKEN WE DE TENDENS VAN TOENEMENDE GEZONDHEIDSACHTERSTANDEN?

Als we niets doen lopen gezondheidsachterstanden verder op met alle bijkomende gevolgen voor de mensen die het betreft en voor de samenleving. Een duurzame aanpak is daarom van groot belang. Omdat vele factoren invloed hebben op de gezondheid van mensen met lagere inkomens en een lage opleiding, spelen uiteenlopende thema's een rol bij de aanpak ervan. De (internationale) ervaring leert dat de sleutel ligt in een procesgerichte aanpak in buurt of wijk met een actieve rol voor de burger zelf. Deze aanpak is gericht op vijf sporen die in samenhang worden opgepakt: gedrag & vaardigheden, gezonde fysieke en sociale omgeving, goede en toegankelijke preventie & zorg, en participatie.

Bron: www.gezondin.nu

Lage SES in Haarlem

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) heeft voor bijna alle viercijferige postcodegebieden ('wijken') in Nederland statusscores berekend. Deze statusscores geven aan hoe de sociale status van een wijk is, in vergelijking met andere wijken in Nederland. Met de sociale status wordt in dit verband niet het aanzien of de populariteit van een wijk bedoeld. De sociale status van een wijk is afgeleid van

een aantal kenmerken van de mensen die er wonen: hun opleiding, inkomen en positie op de arbeidsmarkt. De statusscore is een getal dat de status van een wijk weergeeft. Op basis van deze statusscores heeft het SCP een rangorde gemaakt van de postcodegebieden in Nederland. Een laag rangnummer (1, te lezen als eerste) duidt op een goede positie, dus een hoge status.

Om inzicht te geven in de SES scores van de verschillende wijken (postcodegebieden) van gemeenten in Kennemerland heeft GGD Kennemerland een lokale vertaling naar dat niveau gemaakt. In tabel 1 is te zien hoe de SES scores voor Haarlem eruit zien.

Postcode 4 cijfers	Naam ⁶	Bevolking postcode- gebied (2014)	Rangorde sociale status 2014 (1=hoog)	Statusgroep (1 = hoogste SES, 10 = laagste SES)	Percentage van de gemeentelijke bevolking per statusgroep (2014) ⁷
	Haarlem				
2023	KLEVERPARK	12405	151	1	39%
2011	HAARLEM CENTRUM	13030	161	1	
2013	LEIDSEBUURT	8115	240	1	
2015	RAMPLAANKWARTIER	5435	271	1	
2024	SINNEVELT	8910	290	1	
2012	DEN HOUT	12610	318	1	
2021	TRANSVAALBUURT	8970	406	2	11%
2014	LEIDSEVAARTBUURT	7335	469	2	
2063	SPAARNDAM GEM. HAARLEM	590	871	3	0%
2022	INDISCHE BUURT-NOORD	8670	1124	4	15%
2026	VONDELKWARTIER	5605	1229	4	
2031	HARMENJANSBUURT/WAARDERPOLDER	1630	1260	4	
2036	MOLENWIJK	7620	1347	4	
2025	VOGELENBUURT	9690	1965	6	6%
2032	POTGIETERBUURT	7825	2221	7	5%
2034	MOLENWIJK (in Haarlem bekend als Europawijk)	10020	3010	9	14%
2033	PARKWIJK	11780	3105	9	
2035	BOERHAAVEWIJK	6620	3258	10	10%
2037	MEERWIJK	8165	3371	10	

Tabel 1. Overzicht SES Haarlem uitgesplitst naar wijken

Deze tabel laat zien dat 1 op de 4 Haarlemmers in een wijk woont met de laagste en een na laagste statusgroep. Deze groep Haarlemmers wonen geconcentreerd in vier wijken. Drie wijken in Schalkwijk en één in Haarlem Oost. En als de Potgieterbuurt (statusgroep 7) in Haarlem Oost meegerekend wordt, dan woont 29% van de Haarlemmers (44.410 mensen) in een lage SES-wijk.

De buurtmonitor van de gemeente laat een vergelijkbaar beeld zien. In Haarlem Oost, Schalkwijk en Haarlem Noord-Noord wonen meer mensen met een laag inkomen, een niet westerse achtergrond en een meer dan gemiddeld aantal één-oudergezinnen. Verder is het aandeel flats en sociale huurwoningen er groter en voelen mensen in deze wijken zich minder veilig dan elders in Haarlem. Dit zijn allemaal belangrijke voorspellers voor de mate van gezondheid. De woon-zorg-monitor onderschrijft dit ook; in Schalkwijk en Oost hebben meer dan 200 mensen per 1000 inwoners psychische problemen en wordt er een groter beroep op zorg gedaan. Deze tweedeling in de gemeente Haarlem is aanleiding om in deze nota een focus aan te brengen in de wijken waar de komende jaren de meeste gezondheidswinst te behalen valt.

Cijfers over gezondheid in relatie tot sociaal economische status

Opleidingsniveau is een veelgebruikte indicator voor sociaal economische status. Een lagere opleiding kan leiden tot een slechtere gezondheid door minder gunstige werk- en woonomstandigheden en een ongezondere leefstijl. Laag opgeleide 18-plussers ervaren vier keer zo vaak een slechte gezondheid als hoog opgeleide 18-plussers. Daarnaast zijn lager opgeleiden twee keer zo vaak onder behandeling van een arts voor een chronische aandoening. Hieronder worden een aantal gezondheidsaspecten bekeken in relatie tot opleidingsniveau.

Als eerste de **ervaren gezondheid**. Ervaren gezondheid, ook wel subjectieve gezondheid of gezondheidsbeleving, weerspiegelt het oordeel over de eigen gezondheid van een persoon. Het is een samenvattende gezondheidsmaat van alle gezondheidsaspecten die relevant zijn voor de persoon in kwestie. Ervaren gezondheid is een sterke voorspeller van sterfte. Hoe slechter iemand zijn eigen gezondheid ervaart, hoe hoger de kans op overlijden. In tabel 2 is te zien dat een lage opleiding een negatieve impact heeft op ervaren gezondheid.

Huisartsen geven aan dat patiënten zorg van bijvoorbeeld een fysiotherapeut vermijden, omdat ze geen aanvullende verzekering kunnen betalen.

Tabel 2: prevalentie van % slecht ervaren gezondheid bij volwassenen en ouderen uitgesplitst naar opleidingsniveau en stadsdeel

	Centrum Z-W	Noord	Oost	Schalkwijk
Basisonderwijs	x	x	49	52
Mavo, lbo	34	36	36	37
Havo, vwo, mbo	22	19	22	23
Hbo, universiteit	11	11	9	20

(x de waarde kan niet worden getoond omdat het is gebaseerd op minder dan 5 respondenten en/of de vraag is beantwoord door minder dan 50 respondenten binnen de desbetreffende opleidingsgroep)

Tabel 3: prevalentie van % volwassenen en ouderen met een chronische aandoening

	Centrum Z-W	Noord	Oost	Schalkwijk
Basisonderwijs	x	x	74	67
Mavo, lbo	62	74	73	59
Havo, vwo, mbo	36	44	49	52
Hbo, universiteit	32	28	26	40

Wat betreft ziekten en aandoeningen, veroorzaken psychische stoornissen de grootste ziektelast, gevolgd door hart- en vaatziekten en kanker. Binnen de groep van psychische stoornissen zorgen angststoornissen en stemmingsstoornissen (waaronder depressie) voor de meeste ziektelast.

Tabel 4: prevalentie van % volwassen en ouderen met een MATIG OF HOOG risico op angststoornis / depressie

	Centrum Z-W	Noord	Oost	Schalkwijk
Basisonderwijs	x	x	76	73
Mavo, lbo	47	51	55	59
Havo, vwo, mbo	39	41	51	41
Hbo, universiteit	36	38	36	39

Tabel 5: prevalentie van % volwassen en ouderen met een HOOG risico op angststoornis / depressie

	Centrum Z-W	Noord	Oost	Schalkwijk
Basisonderwijs	x	x	13	25
Mavo, lbo	6	11	11	10
Havo, vwo, mbo	7	5	8	x
Hbo, universiteit	4	5	x	8

Naast de ervaren gezondheid zijn er ook voor leefstijl grote verschillen tussen lager en hoger opgeleide inwoners. Lager opgeleiden roken vaker, hebben vaker overgewicht en bewegen minder dan hoger opgeleiden. Voor overmatig alcoholgebruik zijn geen opleidingsverschillen zichtbaar.

In bijlage II staat een uitgebreider overzicht van tabellen met cijfers over roken, overmatig alcoholgebruik, overgewicht en onvoldoende bewegen. Alle cijfers zijn uitgesplitst naar stadsdeel en opleidingsniveau.

Ook bij de jeugd in Haarlem zijn opleidingsverschillen zichtbaar in leefstijl (bijlage II). Vergeleken met havo/vwo, zijn er op het vmbo meer leerlingen die roken, alcohol drinken en binge drinken en minder leerlingen die wekelijks sporten.

2.3 Bewegen

Bewegen heeft een positief effect op de lichamelijke en geestelijke gezondheid en het sociaal welzijn. Lichamelijke activiteit kan gezondheidsproblemen voorkomen en het beloop van gezondheidsproblemen gunstig beïnvloeden. Het verkleint bijvoorbeeld de kans op overgewicht en diabetes en kan depressieve klachten verminderen. Bij mensen met gezondheidsproblemen is dus nog veel winst te behalen door beweging te stimuleren.

Tabel 6: percentage Haarlemmers dat voldoet aan de beweegnorm (rekening gehouden met de verschillende normen voor bewegen per leeftijdsgroep)

	Centrum Z-W	Noord	Oost	Schalkwijk
Meer dan 7 uur bewegen: % kinderen 4-11 jaar	76	74	70	61
Minstens half uur per dag buiten spelen: % kinderen 3-11 jaar	68	66	61	58
Dagelijks minstens 1 uur bewegen: % scholieren	21	21	19	17
Sport wekelijks bij een sportclub: % scholieren	87	79	65	63
Voldoet aan norm bewegen: % volwassenen	65	70	64	58
Voldoet aan norm bewegen: % ouderen	74	70	63	69

Positieve gezondheidseffecten zijn niet alleen te bereiken door zeer intensief te sporten, maar ook door regelmatig matig intensief te bewegen, zoals fietsen of stevig wandelen. Dit is terug te zien in de Nederlandse Norm Gezond Bewegen, die volwassenen en ouderen aanbeveelt om minstens 5 dagen per week gedurende minimaal 30 minuten matig intensief lichamelijk actief te zijn. Kinderen van 4 tot en met 17 jaar oud moeten elke dag minstens een uur bewegen om aan de norm te voldoen.

Een groot gedeelte van de Haarlemmers beweegt voldoende. Om maximale gezondheidswinst te behalen, loont het daarom niet persé om extra te investeren in bewegingsstimulering bij de grote groep mensen die al voldoende beweegt. Alhoewel veel scholieren wekelijks bij een sportclub sport, bewegen zij over het algemeen veel te weinig.

Een grote groep ouderen in Haarlem heeft lichamelijke gezondheidsproblemen zoals (ernstig) overgewicht en/of is voor één of meer chronische aandoeningen onder behandeling van een arts zoals voor diabetes. Chronische aandoeningen omvatten naast diabetes ook aandoeningen als kanker, hartfalen en beroerte, maar ook migraine, hoge bloeddruk en reuma. Hoe die aantallen eruit zien voor de verschillende stadsdelen in Haarlem is te zien in tabel 6.

Ouderen met lichamelijke problemen voldoen minder vaak aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) dan ouderen zonder deze gezondheidsproblemen. In tegenstelling tot de ouderen, voldoen volwassenen met lichamelijke gezondheidsproblemen niet minder vaak aan de NNGB dan volwassenen zonder deze problemen. Dit pleit ervoor om de bewegingsstimulering van mensen met lichamelijke gezondheidsproblemen specifiek te richten op 65-plussers. Senioren die blijven bewegen winnen gezonde levensjaren, hebben een beter geheugen en concentratievermogen en lopen minder risico op valincidenten. Valincidenten zijn de meest voorkomende privé-ongevallen bij ouderen met alle gevolgen van dien, zoals lichamelijk letsel en sociaal isolement.

Tabel 7: aantal ouderen in % met overgewicht, chronische aandoeningen en diabetes.

	Centrum Z-W	Noord	Oost	Schalkwijk
Matig overgewicht	41	44	47	44
Ernstig overgewicht	9	15	23	15
Voor minimaal 1 chronische aandoening onder behandeling bij een arts	73	78	84	79
Diabetes	10	12	16	17

Een deel van de Haarlemse bevolking loopt risico op psychische problematiek, zie bijlage II voor de cijfers. Zowel jongeren, volwassenen als ouderen die (ernstig) risico lopen op psychische problemen, bewegen minder vaak dan degenen die geen risico lopen. Bewegen heeft een gunstig effect op mensen met lichte depressieve klachten.

2.4 Genotmiddelen

De effecten van roken en alcohol

Roken is nog steeds de belangrijkste vermijdbare oorzaak van ziekte en sterfte. Alleen al in Nederland sterven elk jaar 20.000 mensen aan de gevolgen van roken. Gemiddeld sterven rokers 10 jaar eerder en de helft haalt zijn of haar pensioen niet. Eén op de twee rokers overlijdt uiteindelijk aan de gevolgen van roken. Roken vergroot de kans op longkanker, COPD en hart- en vaatziekten en diabetes. 90% van alle longkanker en 40 procent van alle kankersoorten wordt veroorzaakt door roken.

De tabaksindustrie is constant op zoek naar nieuwe klanten die de vroegtijdige tabaksdoden en gestopten moeten vervangen. Wie die klanten zijn? Kinderen, de zogenaamde ‘replacement smokers’. Die zijn beïnvloedbaar dankzij intensieve marketing, social media, games en door groepsdruk van andere rokende jongeren.

Een jonge roker levert flink wat jaren geld op als levenslange roker. Bijna alle rokers van nu begonnen voor ze 18 jaar oud waren. Dat was vroeger zo en dat is nog steeds zo. Binnen vier weken is een kind verslaafd aan roken. Dat zijn 37.000 kinderen per jaar. De helft zal zijn of haar leven blijven roken. Drie gezondheidsfondsen, Hartstichting, KWF Kankerbestrijding en Longfonds, hebben het initiatief genomen voor een rookvrije generatie, met als doel om kinderen de kans te geven rookvrij op te groeien.

Als opgroeiende kinderen alcohol drinken kan dit ernstige hersenschade veroorzaken, wat vervolgens weer invloed kan hebben op leerprestaties. Alcohol(misbruik) kan niet alleen gezondheidsklachten veroorzaken, maar is vaak ook een (mede)veroorzaker van verkeersongevallen, vernielingen, agressie, geweld en (seksueel) grensoverschrijdend gedrag. Daarnaast zijn jongeren verslavingsgevoeliger dan volwassenen. Hoe jonger iemand begint met drinken, hoe groter de kans dat die persoon overmatig drinkt op latere leeftijd. Om die reden is de Drank- en Horecawet en Tabakswet al gewijzigd en is de NIX18 campagne gestart.

Hoewel stoppen met roken en minder drinken voor alle leeftijden gunstig is, is vanuit algemene preventie en gezondheidsbescherming de meest logische keuze om te beginnen bij kinderen en jongeren. Als we bij die groep kunnen voorkomen dat ze beginnen met roken (rookvrij opgroeien) en het starten met alcohol zo lang mogelijk kunnen uitstellen creëren we voor een hele generatie een gezonde start.

Roken en alcoholgebruik onder Haarlemse jongeren

In Haarlem rookt 9% van de jongeren wekelijks. Van de vierdeklassers rookt 14% en van de tweede klassers 4%. Bijna één op de drie jongeren (26%) drinkt alcohol en 18% van de jongeren doet aan bingedrinken. Deze twee gedragingen komen vijf keer vaker voor bij vierdeklassers dan bij tweedeklassers. Van de jongeren geeft 69% aan dat er in huis niet gerookt wordt. Verschillen tussen de stadsdelen zijn groot (zie tabel 8). Zowel roken, alcoholgebruik als bingedringen zijn de afgelopen jaren afgenomen onder jongeren. Het aantal jongeren dat extreem veel drinkt is echter onverminderd hoog.

Binge drinken en comazuipen

Als een puber gaat drinken, is er medisch gezien direct effect te zien. In de stofwisseling, de verschillende organen en in het neurologisch systeem.

Sommige effecten verdwijnen snel, maar andere schade is blijvend.

Binge drinken; het in korte tijd zoveel alcohol drinken dat je onder invloed raakt. Jongeren reageren anders op alcohol dan volwassenen. Ze voelen de dronkenschap niet aankomen zoals een volwassenen dat ervaart. Het omslagpunt is er vaak in 1 keer. Het ene moment is er niets aan de hand en het andere moment zijn ze dronken. Het snel achter elkaar drinken van alcohol kan leiden tot allerlei lichamelijke en geestelijke klachten en vormt een groot risico op het ontstaan van een acute alcoholvergiftiging
www.vnn.nl

Tabel 8: aantal scholieren in % dat rookt, opgroeit in een huis waar gerookt wordt, alcohol drinkt en aan bingedrinken doet (klas 2 en 4 samen)

	Centrum Z-W	Noord	Oost	Schalkwijk
Roker	7	13	10	6
Er wordt thuis gerookt	26	28	46	39
Recent alcohol gebruikt	31	30	25	16
Bingedrinker	20	23	17	10
Recent dronken / aangeschoten geweest	17	17	13	8

Drugsgebruik

Volgens de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor (CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2014) heeft een kwart (24,3%) van de Nederlandse bevolking (15-64 jaar) ooit wel eens cannabis gebruikt, en 4,6% deed dit in de maand voor de enquête ('actueel gebruik'). Cannabis is daarmee veruit de meest gebruikte illegale drug. Ruim 1 procent van de bevolking blowt dagelijks. Na cannabis ligt het percentage ooitgebruikers het hoogst voor ecstasy (7,6%). Actueel gebruik van ecstasy, amfetamine en cocaïne ligt onder 1%.

Drugsgebruik komt vaker voor onder mannen dan vrouwen en is het hoogst onder twintigers. Vergeleken met harddrugs (cocaïne, ecstasy of amfetamine) komt cannabisgebruik relatief vaak voor onder 15-19 jarigen. Recent en actueel gebruik van cocaïne, ecstasy en amfetamine komt vaker voor onder hoogopgeleiden dan onder middelbaar of laag opgeleiden. Voor cannabis zijn opleidingsverschillen voor het ooitgebruik groot (twee keer hoger onder hoog opgeleiden), maar is er geen verschil in actueel gebruik. Mensen uit grote steden gebruiken anderhalf tot tweeënhalve keer vaker drugs dan mensen uit minder (niet) stedelijke gebieden.

Cijfers uit de Emovo onderzoeken in klas 2 en 4 van het voorgezet onderwijs (2009, 2013-14 en 2015-2016) van GGD Kennemerland laten het volgende zien:

Tabel 9: aantal scholieren in % dat drugs (heeft) gebruikt.

	2009		2013		2015	
	klas 2	klas 4	klas 2	klas 4	klas 2	klas 4
Ooit hasj of wiet gebruikt					4	26
Recent hasj of wiet gebruikt	3	15	2	15	2	15
ooit harddrugs/paddo's gebruikt			1	6	1	3
Ooit lachgas gebruikt					2	5

Helaas is niet ieder jaar hetzelfde uitgevraagd. Wat de cijfers laten zien is in lijn met de landelijke cijfers: een stabiel hasj/wiet gebruik, een afname van harddrugs gebruik en de opkomt van lachgas. Er zijn duidelijke verschillen te zien qua hasj of wiet gebruik tussen scholieren woonachtig in *Haarlem Oost* (8%) ten opzichte van de rest van Haarlem. *Haarlem Centrum Zuid-West* (18%), *Haarlem Noord* (17%) en *Haarlem Oost* (15%). Ook laten de scholieren in Haarlem Oost een daling zien in recent hasj of wiet gebruik van 9% in 2009 naar 5% in 2015-16. Dat is bij de overige stadsdelen ongeveer gelijk gebleven. Het lachgasgebruik is in alle stadsdelen hetzelfde.

2.5 Psychische gezondheid en sociaal welbevinden

Psychische aandoeningen zijn verantwoordelijk voor het grootste deel van de ziektelast in Nederland. Depressie is een veelvoorkomende psychische aandoening en is de grootste oorzaak van verzuim.

Een depressie brengt hoge kosten met zich mee voor o.a. de gezondheidszorg en kosten door verminderde arbeidsproductiviteit. Een depressie kan een verminderd sociaal, emotioneel en lichamelijk functioneren tot gevolg hebben. Bij jongeren kan een depressie effect hebben op de schoolprestaties en is er een hogere kans op het krijgen van een depressie op latere leeftijd. Mensen met een depressie participeren minder, raken sociaal geïsoleerd en kunnen geen zorg meer bieden aan hun naasten.

Depressie ontstaat door een combinatie van risicofactoren. Zowel biologische, psychische als sociale factoren kunnen hierbij een rol spelen. Voor ouderen zijn weinig sociale steun (eenzaamheid), verlies van partner en weinig controle over eigen leven voorbeelden van risicofactoren. Bij jongeren zien we vaak schoolproblemen en moeilijkheden in contact met leeftijdgenoten. Dit kan zich uiteten in pesten of er niet bij horen. Een depressie herkennen bij jongeren is moeilijk. Andere gedragsproblemen die op het eerste gezicht niets met depressie te maken hebben, overschaduwen vaak signalen van depressie.

Uit onderzoek blijkt dat de prevalentie van depressie kan verminderen met 20-30% door de inzet van preventieve interventies. Dit is met name effectief bij inzet op risicogroepen. Preventie van psychische problemen op jonge leeftijd voorkomt problemen op volwassen leeftijd. Een tweede groeiende groep, is de groep van eenzame ouderen. Zichtbaar is dat problemen rondom eenzaamheid en daarmee ook kwetsbaarheid toenemen. Eenzame ouderen hebben moeite met het opbouwen en onderhouden van betekenisvolle contacten en kunnen niet volwaardig meedoen. Juist voor deze groep betekent het voorkomen en terugdringen van depressie een toename van de kwaliteit van leven.

Psychische gezondheid scholieren

In Haarlem loopt 14% van de kinderen en 10% van de jongeren risico op emotionele problemen. 36% van de ouderen loopt risico op een angststoornis of depressie. Slechts een klein deel van de kinderen, jongeren en ouderen loopt ernstig risico op het ontwikkelen van deze problemen.

Tabel 10: % scholieren met risico op emotionele of gedragsproblemen

	Centrum Z-W	Noord	Oost	Schalkwijk
Matig of hoog risico op emotionele problemen	9	9	8	11
Hoog risico op emotionele problemen	4	5	5	7
Matig of hoog risico op gedragsproblemen	9	13	14	10
Hoog risico op gedragsproblemen	4	7	6	4

Psychische gezondheid en eenzaamheid ouderen

Bijna de helft van de ouderen (48%) in Haarlem voelt zich eenzaam, waarvan 10% zich ernstig eenzaam voelt. Deze ouderen hebben minder contact met andere mensen dan ze zouden willen en/of zijn niet tevreden met het contact dat zij hebben met anderen. Eenzame ouderen lopen eerder risico op een angststoornis of depressie dan niet-eenzame ouderen. Van de ouderen loopt 44% het risico op een angststoornis of depressie. Bij eenzame ouderen is dat bijna de helft en ernstige eenzame ouderen lopen een nog hoger risico.

Tabel 11: % ouderen met risico op angststoornis of depressie en % sociaal en emotioneel eenzaam

	Centrum Z-W	Noord	Oost	Schalkwijk
Matig of hoog risico op angststoornis of depressie	40	40	54	48
Hoog risico op angststoornis of depressie	4	2	6	4
Sociaal eenzaam	50	47	53	57
Emotioneel eenzaam	27	26	38	36

Pesten

In Haarlem wordt 30% van de 8 t/m 11-jarigen gepest. Dit gebeurt voornamelijk op school. Een eenmalige pestervaring is zelden traumatiserend. Vooral kinderen die herhaaldelijk en op verschillende manieren zijn gepest, hebben last van sociale en emotionele problemen. In Haarlem

wordt 9% van de 8 t/m 11-jarigen structureel gepest. Structureel gepeste kinderen loopt een bijna 3 keer zo hoog risico op emotionele problemen dan kinderen die niet gepest worden.

Tabel 12: % kinderen en scholieren dat gepest wordt

	Centrum Z-W	Noord	Oost	Schalkwijk
recent gepest: % kinderen 8-11 jaar	30	30	38	25
recent structureel gepest: % kinderen 8-11	9	9	11	10
recent op school gepest: % kinderen 8-11	26	26	31	21
is onlangs gepest op school: % scholieren	9	15	14	10
is onlangs regelmatig gepest op school: % scholieren	4	8	8	4

Hoofdstuk 3

Wat gaan we doen? Speerpunten voor de komende vier jaar

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan de ambities van ons college voor de komende jaren beschreven. Voor de komende vier jaar kiezen we als uitwerking van die ambities voor speerpunten die met concrete acties op lokaal niveau zijn aan te pakken. Met andere woorden: de prioriteit ligt bij zaken die direct in onze invloedssfeer liggen en waarvan we van mening zijn dat daar de grootste gezondheidswinst te behalen valt. De ambities 1 tot en met 4 zoals hieronder verwoord zijn in lijn met de ambities in de regionale VRK nota, met als aanvulling daarop de lokale samenwerking (ambitie 5).

De focus ligt voornamelijk op jongeren, ouderen en speciale aandacht voor mensen met lage sociaal economische status (SES). Bij mensen met een lage SES stapelen de problemen zich vaak op. Acties op meerdere speerpunten kunnen van invloed zijn op het verkleinen van de SEGV. Wat wel zeker is, is dat alleen aandacht vanuit volksgezondheid voor SEGV niet voldoende is. Andere beleidsterreinen zoals onderwijs, sociale zaken, huisvesting zijn hierbij echt nodig. Jaarlijks wordt een uitvoeringsplan gemaakt waarin prioriteiten worden gekozen en waarbij de beleidsterreinen, uitvoeringspartners en burgerinitiatieven worden betrokken die nodig zijn.

De ambities voor 2017 - 2021

1. Gezondheidsverschillen in Haarlem terugdringen.

Dit betekent een verbetering van de ervaren gezondheid en leefstijl van laag opgeleide Haarlemmers

2. Bewegen stimuleren bij jongeren en bij mensen met gezondheidsproblemen

Dat betekenen een toename in:

- het aantal ouderen met lichamelijke gezondheidsproblemen dat beweegt
- het aantal inwoners met psychische klachten dat beweegt
- het aantal jongeren dat voldoet aan de beweegnorm

3. Genotmiddelen gebruik door jongeren terugdringen

Specifiek betekent dit:

- Een daling van het aantal rokende jongeren (18-)
- Een toename van het aantal jongeren dat in een rookvrij huis woont
- Een daling van het aantal jongeren dat alcohol drinkt en aan binge drinken doet

4. Het aantal jongeren en ouderen met risico op emotionele problemen terugdringen

Specifiek betekent dit:

- Een afname van het percentage jongeren dat gepest wordt
- Een afname van het percentage eenzame ouderen

5. De effectiviteit van de gemeentelijk inzet versterken door betere afstemming en samenwerking tussen zowel uitvoerende partijen als gemeentelijke afdelingen rondom beleid, informatie en activiteiten

- Afstemmen gegevens
- Samenwerking eerste lijn gezondheidszorg
- Ambtelijke samenwerking
- Burgerinitiatieven versterken

3.2 De mens en zijn (on)bewuste gedrag

Voordat de uitwerking van de ambities aan bod komt, is het belangrijk om eerst wat meer uit te leggen waarom mensen doen wat ze doen. En hoe op het eerste oog irrationeel gedrag, te verklaren valt. Door rekening te houden met het onbewuste gedrag van mensen en daar de dienstverlening en interventies op aan te passen kunnen stappen voorwaarts gezet worden in het verkleinen van SEGV. De psychologie en de gedragseconomie vergaren steeds meer kennis over hoe mensen keuzes maken. Dit roept de vraag op in hoeverre de overheid deze kennis kan en mag gebruiken om burgers te beïnvloeden. Denk aan gedrag op het gebied van gezondheid, energie, verkeer en financiën.

Automatisch gedrag

Al tientallen jaren bestuderen psychologen de wijze waarop de houding en het gedrag van groepen mensen beïnvloed kunnen worden. Grofweg onderscheiden zij twee soorten gedrag: 'gepland gedrag', waarover we in meerdere of mindere mate nadenken en 'automatisch gedrag', dat onbewust tot stand komt. Tot wel 95% van ons gedrag is onbewust en automatisch en slechts 5% is gepland. Automatisch gedrag bestaat uit twee hoofdcategorieën: gewoontegedrag (ons eetpatroon bijvoorbeeld) en impulsieve reacties (krabben bij jeuk). Zonder dat we dat altijd in de gaten hebben, beïnvloeden signalen in onze omgeving ons gedrag. Daarbij worden herinneringen, emoties en gevoel getriggerd. Wie koffie of vers gebakken brood ruikt, krijgt er meteen trek in. Een 'pianotrap' zoals in Stockholm en op Rotterdam Centraal, maakt het traplopen leuker en leidt tot een toename in het trapgebruik. En Amerikaans onderzoek laat zien dat wie een tekst leest met veel woorden als 'rollator', 'vergeetachtig', 'oud', daarna vanzelf wat langzamer gaat lopen. Vaak hebben we helemaal niet in de gaten hoezeer ons gedrag gestuurd wordt, en ook niet hoe ver die invloed reikt.

Verlies vermijden

Psycholoog Daniel Kahneman toont met zijn 'prospect theory' aan dat mensen meer doen om verlies te vermijden dan om winst te behalen. Men vindt het verliezen van honderd euro erger dan dat men blij wordt van het winnen van hetzelfde bedrag. De hekel aan verlies is zo'n sterk principe dat de formulering van een boodschap bepalend kan zijn voor de beslissing die mensen nemen. Een experiment door Meyerowitz en Chaiken toonde aan dat jonge vrouwen die gevraagd werd om maandelijks hun borsten te onderzoeken ter voorkoming van borstkanker, dit veel vaker (57% vs. 38%) deden als de brochure in termen van verlies sprak ("als je niet maandelijks zelfonderzoek doet, weet je niet hoe je borsten normaal aanvoelen en merk je veranderingen minder makkelijk") dan in winst ("als je maandelijks zelfonderzoek doet, weet je hoe je borsten normaal aanvoelen en merk je veranderingen in je borsten eerder op").

Effectieve methodieken

Op het gebied van preventie zijn er veel nieuwe en recente inzichten die gebruik maken van onbewuste gedragsbeïnvloeding. Voorbeelden hiervan zijn Nudging, Priming en Mobility Mentoring. De raad voor volksgezondheid en samenleving (RMO) schreef daarover het rapport *De verleiding weerstaan*. Daarin wordt gemeld dat de autonomie van burgers als het gaat om een gezonde levensstijl of goed gedrag in de praktijk vaak vies tegenvalt. Er is een 'autonomiekloof' tussen wat politiek en samenleving van mensen verwachten en waartoe mensen in staat zijn. Het rapport gaat over de vraag hoe ver de overheid mag gaan in het stimuleren van goede keuzes; het zogenaamde duwtje in de rug 'in de goed richting. Dat duwtje in de rug, ook wel nudging genoemd wordt door de commercie veelvuldig gebruikt. In zijn advies stelt de RMO dat nudging door de overheid alleen toelaatbaar is als dit het vermogen van burgers versterkt om verleidingen te weerstaan die niet overeenstemmen met hun eigen waarden en doelen. Terughoudendheid bij meer omstreden beleidsonderwerpen is van belang.

Priming

Veel methoden streven ernaar eerst het automatisme te doorbreken, zodat mensen zich (weer) bewust zijn van hun gedrag. Maar ook op onbewust niveau laten wij ons beïnvloeden.

Priming, een begrip dat zich lastig laat vertalen, staat voor het activeren van bestaande kennis in de hersenen, bijvoorbeeld door herinnering of associatie. Bepaalde informatie in het geheugen wordt geactiveerd zonder dat mensen zich daarvan bewust zijn. De kans is groot dat daardoor een bepaald gedrag wordt vertoond. De huidige situatie wordt gelinkt aan een oudere ervaring en het gedrag wat toen werd ingezet, wordt nu weer ingezet. Als kinderen bijvoorbeeld snoep krijgen als troost of beloning, raakt het kind er aan gewend om bij bepaalde spanningen of gevoelens steeds weer te willen snoepen of eten. Een arts in witte jas, roept onbewust meer autoriteit op dan een arts zonder witte jas. Fabrikanten van voedingsmiddelen maken gebruik van bepaalde kleuren voor de verpakking om onbewuste gedrag aan te spreken. Een consument ziet een groene verpakking en zijn of haar hersenen beoordelen het product in kwestie automatisch als gezonder en natuurlijker.

Marketeers gebruiken de kennis uit onderzoeken over associatieve priming en vooroordelen vaak in hun beeldmateriaal. Denk daarbij aan mooie mensen (zij worden automatisch als kompetenter en eerlijker ingeschat), gezelligheid met vrienden gelinkt aan alcohol of voedingsmiddelen, stripfiguren op snoepgoed. De BOB campagne gebruikt hetzelfde principe; de bob wordt geassocieerd met de held van de groep i.p.v. de saaie niet-drinker.

Nudging

Het Engelse woord nudge staat voor een vriendelijk duwtje in de goede richting. Een veel gebruikte definitie van een nudge is 'ieder aspect van de keuzearchitectuur dat het gedrag van mensen op een voorspelbare manier beïnvloedt zonder daarbij keuzes te beperken of op een significante manier de economische prikkels te veranderen'. Nudging legt de nadruk minder op het rationele en speelt meer op automatische denkprocessen juist op de momenten dat we keuzes maken.

Nudging is vaak een onderdeel van een bredere interventie. Het fruit op ooghoogte plaatsen is bijvoorbeeld een nudge in de interventie De Gezonde Schoolkantine en Gezonde Sportkantine. Of de lift minder zichtbaar positioneren dan de trap. Maar ook door middel van de ruimtelijke inrichting kunnen mensen een bepaalde kant op 'geduwd' worden.



Mobility Mentoring

Mobility Mentoring combineert het onderwerp armoede met de laatste inzichten vanuit de hersenwetenschap over de effecten van schaarste en armoede en de ontwikkelbaarheid van hersenfuncties. Deze nieuwe aanpak helpt mensen bij de aanpak van hun financiële en sociale problemen. Harvard-econoom Sendhil Mullainathan en Princeton-psycholoog Eldar Shafir onderzochten de gevolgen van armoede. Zijn concluderen dat mensen die in armoede leven en schaarste ervaren, van dag tot dag leven, onverstandige beslissingen nemen en lijden aan tunnelvisies. Het gevolg is dat zij vaak niet goed meer in staat zijn om doelgericht en probleemoplossend te handelen. Het gevoel van schaarste verklaart waarom het vaak niet lukt om armoede en schulden te overwinnen.

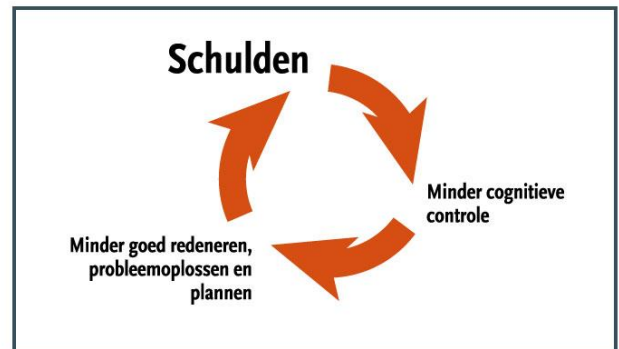
Dankzij recente ontdekkingen binnen de hersenwetenschap wordt steeds meer duidelijk hoe hersenen zich ontwikkelen. Het blijkt niet alleen een kwestie van genetische aanleg, maar ook de omgeving van iemand is van sterke invloed daarop.

Hersenonderzoek laat zien dat schulden en armoede de werking en ontwikkeling van de hersenen beïnvloed. Aan schulden en armoede gerelateerde risicofactoren versterken dit effect. Denk aan slechtere voeding, slechtere huisvesting, instabiele relaties, huiselijk geweld, verwaarlozing en ziekte. Dit levert veel stress op die direct van invloed is op de werking van de hersenen.

Vooral voor kinderen heeft dit een langdurig effect. Hersenscans hebben aangetoond dat kinderen die opgroeien in een gezin met veel stress door o.a. geldzorgen; minder verbindingen aanleggen tussen het limbische systeem en de prefrontale cortex. Deze verbindingen zijn belangrijk voor cognitieve en emotionele functies als beslissingen nemen, plannen, sociaal gedrag en impulsbeheersing.

Vaardigheden die nodig zijn bij het volgen van een opleiding, het hebben van werk en bij het aangaan van sociale contacten.

Iedereen beschikt over een bepaalde mentale bandbreedte die wordt ingezet om informatie te verwerken en beslissingen te nemen. Schaarste leidt ertoe dat alle mentale capaciteit wordt aangewend om de schaarste om te gaan. Alle aandacht gaat naar de korte termijn zorgen en andere zaken worden bijzaak. Dit verklaart waarom mensen met schulden dingen doen die een averechts effect hebben. Probleemoplossend handelen en eigen verantwoordelijkheid nemen zijn moeilijk zo niet onmogelijk.



Het Mobility Mentoring programma heeft als doel mensen te begeleiden naar economische zelfredzaamheid. Door middel van verschillende instrumenten worden deelnemers die van dag tot dag leven, geprikkeld om langetermijndoelen te stellen en worden ze ondersteund in het bereiken van deze doelen. Dit vraagt om maatwerk. Kenmerkend voor mentoring is dat de professional nadrukkelijk een positie naast de deelnemer kiest. De mentor ziet improductief gedrag in principe als een gevolg van stress en niet onwil. Mentoring is erop gericht om mensen na te laten denken welke doelen zij op lange termijn willen bereiken en welke stappen zij daarvoor moeten zetten.

In de praktijk

Priming en **Nudging** zijn niet nieuw, maar worden nog niet op grote schaal toegepast in de publieke gezondheid. De methodieken worden o.a. toegepast in de interventies Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG), Gezonde School en Gezonde Sportkantine.

Gemeente Haarlem zet al een paar jaar de interventies JOGG en Gezonde School in om gezond leven op een bewuste en onbewuste manier te stimuleren. Voorbeelden zijn water drinken leuk maken, schoolbeleid over fruit als 10-uurtje, experimenteren met groentedrankjes en een gezond aanbod in de schoolkantine.

De Gezonde Sportkantine is een nieuwe ambitie voor de komende 4 jaar. Gemeente Haarlem wil inzetten op de sportkantes om een ander beeld te creëren over sport, voeding en gezelligheid. Het misverstand heerst dat in een gezonde sportkantine alleen nog maar gezonde producten aanwezig zijn, maar dat klopt niet. Zowel gezond als ongezond zijn aanwezig, alleen wordt het gezonde aanbod prominenter getoond dan nu vaak het geval is. De consument heeft nog steeds zelf de keuze, maar de gezonde keuze wordt makkelijker gemaakt. Veel uitbaters zijn bang voor omzetsdaling. Voorbeelden in o.a. Rotterdam laten zien, dat dit in de eerste maanden inderdaad speelt, maar dat de omzet daarna vrij snel terug gaat naar normaal. Gemeente Haarlem kan het gesprek aangaan met uitbaters om te

bespreken hoe hiermee om te gaan en eventueel onder voorwaarden een kleine tegemoetkoming afspreken.

De filosofie en onderzoek achter de gezonde school en sportkantine is, dat hoe meer het gezonde aanbod in het zicht ligt, hoe vaker het genuttigd wordt. Dit geldt ook voor supermarkten en ander winkels waar nu nog vaak ongezonde snacks bij de kassa liggen. De ondernemer bepaalt zelf wat hij in zijn winkel aanbiedt, maar de gemeente wil wel het gesprek aangaan over de motivatie en bereidwilligheid om mee te werken aan een gezonder aanbod.

De gezonde omgeving wordt verder bepaald door de inrichting ervan en het aanbod waar mensen aan worden blootgesteld. Voorbeelden zoals in Leiden (foto vorige pagina) laten zien dat met slimme (groene) oplossingen, mensen op een vriendelijke manier gemotiveerde worden om een stukje verder te lopen of fietsen. Ook in Haarlem gaat op deze manier gekeken worden naar de inrichting van de openbare ruimte.

Mobility Mentoring is in Nederland nog vrijwel nieuw en bevindt zich nog in de pilotfase. Het concept sluit goed aan op de beweging van Ziekte en Zorg naar Gezondheid en Gedrag (van ZZ naar GG). Want vooral voor de doelgroep van Mobility Mentoring is gezondheid en gedrag nog niet zo simpel en vanzelfsprekend. En niet alleen voor de doelgroep, ook voor de professionals vragen beide bewegingen een andere manier van werken en een nieuwe kijk op het behalen van resultaten. Haarlem onderzoekt met Platform 31 de mogelijkheden voor een pilot mobility mentoring in Haarlem. De doelgroep zijn 30 gezinnen met kinderen die in armoede leven. In de periode van deze nota, zal binnen de gemeente Haarlem gestart worden met het trainen en implementeren van ZZ naar GG en daarbij speelt de klantbenadering vanuit de Mobility Mentoring ook een rol. Tevens ondersteunt gemeente Haarlem professionals die de overstap van ZZ naar GG willen maken.

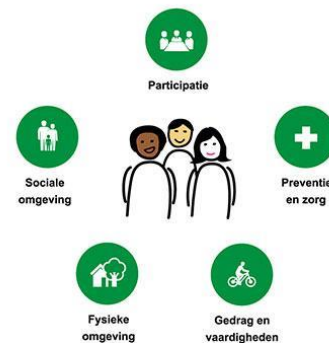
3.3 Ambitie 1: Sociaaleconomische gezondheidsverschillen verkleinen

De aanpak van sociaal economische gezondheidsverschillen is een complex proces. Er spelen meerdere factoren een rol die ieder een stempel drukken op de situatie waarin een persoon zich bevindt. Opleiding, inkomen, woning en woonomgeving, toekomstperspectief, zelfinzicht et cetera. Financieel gerelateerde stress staat vaak in de weg van gezondheidspreventie.

Integrale aanpak is nodig

De (internationale) ervaring leert dat een integrale aanpak gericht op een gezonde leefstijl, gezonde fysieke en sociale omgeving, goede en toegankelijke zorg en participatie nodig is om blijvend effect te hebben. Op deze vijf sporen kan lokaal het verschil worden gemaakt. Helaas is er voor de aanpak van gezondheidsachterstanden geen standaard recept voor handen. Elke wijk en elke buurt vraagt een eigen benadering.

Om gezondheidsachterstanden effectief aan te pakken moeten activiteiten aansluiten bij de motivaties en mogelijkheden van de doelgroepen. Daarvoor moet de doelgroep zo nauwkeurig mogelijk in beeld worden gebracht. Het betreft leefstijlkenmerken, leefomgeving, culturele kernwaarden, opvoedopvattingen, arbeid en opleiding, laaggeletterdheid, financiële situatie etc. Vooral de motivatie van de doelgroep om in actie te komen is erg belangrijk. Social Marketing is daarvoor een beproefd instrument.



De oprichters van BigMove constateren dat mensen graag zelf willen werken aan het versterken van hun gezondheid en functioneren. Deze gezondheidsverbetering uit eigen wil en motivatie werkt beter dan een opgelegde druk van buitenaf of vanuit een autoriteit. De kern van BigMove is de omslag van 'ZZ' (Ziekte en Zorg) naar 'GG' (Gezondheid en Gedrag). De (huidige) focus op ziekte en zorg; zorgt ervoor dat de gezondheidszorg groeit en dat steeds meer (maatschappelijke) problemen worden gemedicaliseerd. BigMove heeft naast goede Zorg bij Ziekte veel aandacht voor Gezondheid en Gedrag; en de promotie van gezondheid en gezond gedrag in plaats van ziektepreventie. Binnen deze visie is er ook plaats voor wat mensen zelf als functioneren en gezondheid verwoorden.

'In de zorgsector moeten vraag en aanbod een andere weg inslaan. Niet meer, zoals tot nu toe, kiezen voor zorg en ziekte (ZZ), maar voor gedrag en gezondheid (GG). Van ZZ naar GG dus. ZZ past niet meer bij de zorgvrager van de komende tien jaar. Mensen kloppen niet in de eerste plaats aan om zorg bij ziekte. Zij willen vooral gezond blijven. Zij willen meedoen in de samenleving. Dat betekent een ander aanbod.'

Belangrijk is om de verschillende doelgroepen binnen de SEGV aanpak te concretiseren. De vindplaatsen zijn immers nogal verschillende voor kinderen en scholieren dan voor ouderen. Als de verschillende doelgroepen concreet zijn, kunnen de klantroutes in kaart worden gebracht. Met welke zorgverleners, instanties en organisaties en sleutelfiguren komt de doelgroep in aanraking. Vervolgens is het essentieel dat iedereen uit de keten die veelvuldig op de 'route van een klant' komt, getraind wordt in de GG benadering.

Focus in Haarlem

De komende vier jaar zal de focus met name liggen op Haarlem Oost, Schalkwijk en delen van Noord (waaronder Delftwijk). Dit gebeurt door middel van buurt- en wijkgerichte zorg met een systeemgerichte visie; de mens en zijn/haar omgeving en netwerk samen.

Omgaan met schaarste

De groep kinderen / jongeren in Haarlem die opgroeien in een gezin met financiële problemen, of met een ouder met psychische problemen zijn extra kwetsbaar. Zij gaan vaker dan gemiddeld naar school zonder ontbijt, hebben zelf een grotere kans op psychische problemen of sociale gedragsproblemen en in hun huishouden wordt meer dan gemiddeld gerookt. Vaak zijn ze bekend bij meerdere hulpverlenende instanties. Voor deze groep is selectieve preventie en voorzorg extra belangrijk. De op pagina 19 beschreven mobility mentoring kan hierbij een belangrijke rol spelen.

Schuldhulpmaatje is een landelijke vereniging met vrijwilligers die hulp bieden aan mensen die te maken hebben met (dreigende) schulden. Om een vicieuze cirkel van schulden te voorkomen, richten zij zich voor de langere termijn ook op zelfredzaamheid en bewust financieel gedrag. En je mag bij een maatje altijd opnieuw aankloppen voor advies of hulp bij je financiën. In Haarlem wordt het werk van SchuldHulpMaatje uitgevoerd onder de lokale organisatie Stem in de Stad - Diaconaal Centrum

Gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid

Gezondheidsvaardigheden zijn de vaardigheden van mensen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheid gerelateerde beslissingen. Ruim 25% van de Nederlandse bevolking heeft (zeer) beperkte gezondheidsvaardigheden. Ouderen, laagopgeleiden en niet westerse-migranten zijn sterker vertegenwoordigd in de groep met beperkte gezondheidsvaardigheden.

Deze mensen hebben meer moeite met:

- de weg vinden in de zorg
- zoeken op het internet
- brieven, folders of andere informatie te begrijpen
- uitleg en adviezen begrijpen en in de praktijk brengen
- het begrijpen van negatieve effecten van een slechte leefstijl
- eigen doelen stellen, zelfmanagement

In Haarlem is naar schatting 8-11% van de inwoners laaggeletterd en waarschijnlijk is dit een onderschatting. Als gemeente zullen we hier rekening mee moeten houden en deze groep mensen tegemoet komen met duidelijke informatie. Dat betreft onze eigen publiekscommunicatie, gesprekken met burgers en het laten invullen van formulieren. Verder stimuleren wij dat bij preventieactiviteiten in de gemeente meer aandacht is voor beperkte gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid. En dat bijvoorbeeld zorgverleners, voorlichters en wijkteams alert zijn en het signaleren.

In december 2016 ondertekende gemeente Haarlem met de andere gemeenten van de arbeidsmarktregio en diverse lokale en regionale organisaties het Taalakkoord Zuid-Kennemerland en IJmond. Doelstelling is om tot en met 2018 750 personen in Haarlem en Zandvoort te bereiken en hun kennis van de Nederlandse taal te verbeteren. Verder kunnen klantmanagers en consultants schuldhulpverlening en medewerkers van sociale wijkteams de cursus 'herken laaggeletterdheid' volgen. Dit kan uitgebreid worden door deze cursus aan te bieden aan geïnteresseerden uit de eerstelijnsgezondheidszorg. Zo kan een nog grotere doelgroep gesignaleerd worden.

Het Project Digitaal Perron Kennemerland /IJmond biedt workshops en ruimte voor ontmoeting aan vrijwilligers die mensen helpen bij het aanleren van digitale vaardigheden.

Statushouders

Een belangrijke groep nieuwe inwoners van Haarlem zijn de statushouders. Statushouders zijn volwaardige nieuwe stadsgenoten die vergelijkbare kansen krijgen als autochtone Haarlemmers, waarbij wordt onderkend dat op onderdelen hiertoe een extra inspanning nodig is. Met extra inspanning op preventie, tijdig signaleren van gezondheidsproblemen en risico's, toegang tot passende zorgvoorzieningen en het versterken van de veerkracht hebben statushouders een gezonde basis om als volwaardig stadsgenoot hun bestaan in Haarlem op te bouwen. Het versterken van de samenwerking en samenhang tussen partners die actief zijn in preventie, welzijn, zorg, huisvesting, participatie, werk en inkomen is hiervoor belangrijk.

In het 'Sociaal Programma Statushouders' is de visie op de maatschappelijke integratie en participatie van statushouders in Haarlem uitgebreid beschreven.

Voorstellen voor terugdringen sociaal economische gezondheidsverschillen

1. Een werkgroep; bestaande uit ambtenaren, eerste lijn (o.a. Maatschap samenwerkende eerstelijnszorg Haarlem Oost (SEHO)), onderwijs en partners uit het sociaal domein; werkt een plan van aanpak SEGV uit met daarin een concrete beschrijving van de doelgroep, hun klantroutes en een trainingsaanbod voor de stakeholders. Methodieken zoals van Ziekte en Zorg naar Gezondheid en Gedrag / priming /nudging en mobility mentoring worden in het plan meegenomen.
2. Een structureel budget van €75.000 beschikbaar stellen voor het uitvoeren van (bewezen) effectieve (leefstijl)interventies en innovatieve nieuwe ideeën, gericht op het verminderen van gezondheidsachterstanden. Gezond In.. kan gemeente Haarlem hierover adviseren en bij ondersteunen.

Voorwaarden

- het betreft een versterking of verdere uitrol van bestaand aanbod
- het betreft een lacune in het aanbod en het is vraaggericht tot stand gekomen
- partijen werken met elkaar samen
- de doelgroep is betrokken bij de invulling van de interventie

Draagt bij aan

Het verminderen van gezondheidsachterstanden veroorzaakt door sociaal economische status en betere samenwerking tussen partijen.

3. Gemeente Haarlem onderzoekt met Platform 31 de mogelijkheden voor een pilot mobility mentoring in Haarlem. De doelgroep zijn 30 gezinnen met kinderen die in armoede leven.

3.4 Ambitie 2: bewegen stimuleren bij jongeren en bij mensen met gezondheidsproblemen

Sport en bewegen kunnen; naast lichamelijke gezondheid; ook een waardevolle bijdrage leveren aan maatschappelijke uitdagingen in het sociale domein. Sport en bewegen zorgen door ontmoeting en vrijwilligerswerk voor sociale binding en participatie in de wijk of buurt. Zij brengen op een laagdrempelige manier mensen van verschillende leeftijden en met verschillende achtergronden bij elkaar. Ook binnen andere domeinen, zoals werk of onderwijs, kunnen sport en bewegen de participatie bevorderen en daarmee de druk op zorg en ondersteuning verlagen.

Sportbeleid

Het aantal Haarlemmers dat lid is van een sportvereniging is al vrij hoog. De afdeling Jeugd, onderwijs en sport heeft in haar Agenda voor de Sport 2015-2019 een vernieuwde manier beschreven van waarop het sportbeleid naar maatschappelijke vraagstukken kijkt. Zo is het voor sportverenigingen mogelijk om via het sportstimuleringsfonds zelf met ideeën en initiatieven te komen voor activiteiten die bijdragen aan het oplossen van die maatschappelijke vraagstukken. Sport en bewegen draagt bij aan het versterken van sociale netwerken, aangepast sporten voor mensen met een beperking en een aanbod voor jongeren met een afstand tot de arbeidsmarkt.

Verschillende sportprojecten dragen bij aan een veilige en stimulerende leefomgeving en ontwikkelkansen voor kind en opvoeders. De bekendste is Sport in de Wijk. Via de inzet van buurtsportcoaches heeft elk stadsdeel een bekend en herkenbaar sport- en beweeggezicht. Zij treden wijkgericht op als initiator, coördinator, organisator en waar nodig als uitvoerder van sport- en beweegactiviteiten en –programma's. Verder kunnen sportverenigingen die een maatschappelijke rol willen oppakken hierin gefaciliteerd worden. Sport is ook betrokken bij de Gezonde School en natuurlijk JOGG.

Medio 2012 is het project Jongeren op gezond gewicht (JOGG) gestart.

Het doel van JOGG is werken aan een samenleving waarin alle kinderen en jongeren wonen, leren, recreëren en werken in een omgeving waarin een gezonde leefstijl de normaalste zaak van de wereld is.

In Haarlem is JOGG gestart in de wijken Westoever Noord Buitenspaarne (waaronder zowel de Transvaal-, Patrimonium-, Frans Halsbuurt) en de beide Indische Buurten. Met opvallende resultaten: In de JOGG-wijken is het percentage jongeren met overgewicht gedurende de projectperiode gedaald met respectievelijk 9 en 5%. In Haarlem als geheel is het percentage ook gedaald maar veel minder: 2,5%

In de periode 2016-2018 richt JOGG zich op Haarlem Oost en Schalkwijk. Kinderen en jongeren worden begeleidt naar een gezondere leefstijl. Door o.a. meer bewegen met buurtsportcoaches, meer groente en fruit eten als thema op scholen en door publiek-private samenwerkingen in te zetten.

In de praktijk blijkt dat langdurige begeleiding nodig is om de ingezette interventies en behaalde resultaten te continueren. Naast de stadsdelen Oost en Schalkwijk is uitbreiding naar de rest van Haarlem wenselijk.

Gezonde sportomgeving

Sporten is gezond en daar hoort vanuit het oogpunt van volksgezondheid ook een gezonde sportomgeving bij. Dat betekent een gezond aanbod in de sportkantine. Het samenkomen in de kantine na het sporten heeft een belangrijk sociaal aspect en kiezen voor gezond betekent niet dat de minder gezonde keuze weg moet. Er komen juist gezonde keuzes bij. Uit herhaalde onderzoeken van

het Mulier Instituut blijkt dat de vraag naar gezondere producten in sportkantines toeneemt. De meerderheid van de bezoekers (60%), en dan vooral ouders (52%) vindt dat er naar verhouding 'meer gezonde producten' in het aanbod van de kantine zouden moeten zijn, of dat het aanbod van gezond en minder gezond gelijk moet zijn. Sportverenigingen kunnen daarbij ondersteunt worden door Team Fit (voorheen de Gezonde sportkantine).

Algemeen bewegen

Op de vraag hoe we de doelgroepen jongeren en oudere met een beperking meer aan het dagelijks bewegen krijgen is er nog geen pasklaar antwoord. We weten dat groen in de buurt, voldoende fietspaden, beweegmogelijkheden en de sociale norm belangrijk zijn. En als mensen laagdrempelig kunnen sporten, is de kans groter dat ze ook dagelijks meer bewegen. Daarnaast schrijven steeds meer huisartsen bewegen voor aan mensen met bijvoorbeeld hart en vaatziekten en diabetes.

Kijkend vanuit de 'Ziekte en Zorg naar Gezondheid en Gedrag' gedachte is het zinvol om samen met de doelgroep te onderzoeken wat hen nu belemmert of tegenhoudt om te bewegen en wat kansen en mogelijkheden zijn. Buurtsportcoaches spelen hierbij een belangrijke rol. In Rotterdam hebben ze in de hele stad op wijkniveau behoeftepeilingen gedaan en ingezet op wat de bewoners zelf hadden aangedragen.

Voorstel om het dagelijks bewegen en een gezonde sportomgeving te stimuleren

4. Een structureel budget van €10.000 om samen met de afdeling Sport en samenwerkingspartners Sportsupport en GGD Kennemerland in 2020 minimaal 20 gezonde sportkantines te realiseren
Draagt bij aan
Een gezonde sportomgeving waarin het mogelijk is om voor de gezonde opties te kiezen.
5. In samenwerking met Sportsupport en InHolland een behoefteonderzoek doen naar het vergroten van het dagelijks bewegen onder de inwoners van Schalkwijk en Oost.
Daarnaast draagt de gemeente bij aan de bekendheid van niet commerciële beweeg- en leefstijlactiviteiten die aansluiten bij de behoefte van de inwoners. Eenmalig budget van € 10.000,- voor het behoefteonderzoek en een structureel budget van €1000,- voor communicatiedoelinden.
6. Het programma JOGG uitbreiden naar heel Haarlem. Budget € 110.000 per jaar.



3.5 Ambitie 3: roken en alcoholgebruik door jongeren terugdringen

NIX 18 is de norm

Per 1 januari 2014 mag aan jongeren onder de 18 geen alcohol of tabak meer worden verkocht. Ook mogen jongeren tot hun 18e geen alcohol bij zich hebben in het openbaar (bijvoorbeeld op straat, in de kroeg, op een station). Daarnaast is de NIX18- campagne gestart. Het doel hiervan is het versterken van de sociale norm 'niet drinken en roken tot je 18^e'. De campagne richt zich op de hele samenleving, meer in het bijzonder de omgeving van jongeren. Iedereen zou het normaal moeten gaan vinden als jongeren voor hun 18e niet roken of drinken. Aanvullend aan deze sociale normcampagne richten partners als het Trimbos-instituut en de GGD en zich met hun 1-op-1 activiteiten direct op opvoeders en hun kinderen.

Gezonde school

Genotmiddelen is een thema binnen 'de Gezonde School' methodiek. Een gezonde school is een school die effectief aandacht aan gezondheid besteedt. Dit doen ze aan de hand van de vier Gezonde School-pijlers.

De pijlers zijn:

1. Gezondheidseducatie
2. Fysieke en sociale omgeving
3. Signaleren
4. Beleid



In Haarlem zijn 31 scholen bezig met gezondheidsbeleid.

Het vignet Gezonde School is een kwaliteitskeurmerk voor scholen die werken aan het verbeteren van de gezondheid van hun leerlingen. Na het behalen van minimaal één themacertificaat mag uw school zich gedurende drie jaar een Gezonde School noemen.

Project Rookvrij Haarlem Oost

GGD Kennemerland en het AMC gaan in samenwerking met o.a. DOCK Haarlem en gemeente Haarlem het project Rookvrij Haarlem Oost starten in de periode 2017-2019. Dit betreft een integrale wijkaanpak met de doelgroep en samenwerkingspartners in de wijk met daaraan een onderzoeksteam gekoppeld. Hiervoor is subsidie ontvangen van het Fonds Nuts Ohra. Aanleiding voor dit project zijn de cijfers van het Emovo onderzoek van GGD Kennemerland. Hieruit blijkt dat in Haarlem Oost 46% van de scholieren opgroeit in een huis waar gerookt wordt. Dit is een stuk hoger dan in de rest van Haarlem.



De insteek is inzet op een rookvrij (huishouden in) Haarlem Oost. Er wordt een Rookvrij regisseur aangesteld aan die een integrale wijkaanpak aanstuurt. Centraal daarin staat de goed onderbouwde interventie Rookvrij opgroeien. Die interventie wordt versterkt met een Rookvrije belofte – een gezinscontract voor een rookvrij huishouden.

Die gecombineerde interventie wordt uitgevoerd door de jeugdgezondheidszorg, het Centrum Jeugd en Gezin, het verloskundig samenwerkingsverband, opvoedingsondersteuners, twee sociale wijkteams en huisartsenpraktijken. Het enthousiasme hiervoor onder deze professionals is groot. De Rookvrij regisseur werkt tegelijkertijd aan een Rookvrije wijk. Dat gebeurt via een lokale mediacampagne in samenspraak met wijkbewoners, het zo rookvrij mogelijk maken van de wijk (speelomgeving, schoolomgeving, sportomgeving, horeca en detailhandel), en laagdrempelige stoppen-met-roken cursussen in het buurthuis.

Maatschappelijke impact

Naast de in hoofdstuk 2 beschreven gezondheidsaspecten spelen bij het gebruik van genotmiddelen ook sociale, maatschappelijke en economische aspecten een rol. Voor bijvoorbeeld uitgaansgeweld en uitgaansoverlast is de afgelopen jaren intensief samengewerkt tussen de gemeente, de horecaondernemers en horecabeveiligers en de politie. Het geweld en de overlast zijn helaas niet uitgebannen, maar wel verminderd. In het actieprogramma 'Uitgaan in Haarlem. Gezellig, Gastvrij en Veilig 2016-2020' zijn verschillende thema's met doelstellingen en afspraken geformuleerd die de komende jaren in gezamenlijkheid worden (verder) uitgevoerd. Zo is o.a. afgesproken dat alle horecaondernemers zich inspannen om te voorkomen dat jongeren beneden de leeftijd van 18 jaar alcohol kunnen verkrijgen in hun onderneming. Maar ook dat de gemeente regelmatig controles uitvoert op drankverstrekking aan minderjarigen of het aanwezig hebben van drank bij minderjarigen. En dat de gemeente aansluit bij de landelijke campagnes van NIX 18.



Om te controleren of horecaondernemers zich houden aan de NIX 18 afspraken kunnen controles door de BOA DHW bij de horeca binnen worden uitgevoerd. Een andere mogelijkheid is om door gespecialiseerde bureaus een Mystery shopping onderzoek uit te laten voeren. Hierbij worden supermarkten, slijterijen, cafetaria's, horecagelegenheden en sportkantines bezocht door minderjarige jongeren (de mystery shoppers) die alcohol proberen te kopen. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft landelijk een aantal keren een mystery shopping onderzoek laten uitvoeren. De resultaten laten zien dat er nog veel ruimte tot verbetering is.

Rookvrije zones

In 2020 moeten alle schoolpleinen wettelijk rookvrij zijn. Sommige scholen in Haarlem hebben geen of weinig eigen schoolterrein. Dat betekent dat scholieren die op openbaar terrein staan te roken, dit heel dicht bij school kunnen doen.

Iedereen wil dat kinderen spelen in een gezonde en veilige omgeving. Daar hoort ook een rookvrije speeltuin bij. Geen gevaar van brandwonden of kinderen die peuken oppakken en in hun mond stoppen. Daarnaast blijkt uit onderzoek dat het zien roken van anderen, kinderen



aanzet om later zelf te gaan roken. Kinderen kopiëren namelijk gedrag van anderen en dus is het belangrijk dat ze een gezonde sociale norm leren. Een rookvrije omgeving maakt kinderen weerbaarder om later zelf niet te gaan roken.

We kunnen niet met een APV speeltuinen zomaar rookvrij maken. In de openbare ruimte mag iedereen roken (mits 18 plus). Als gemeente hebben we geen wettelijk bevoegdheden om roken in de openbare ruimte te verbieden. Wel kunnen we het niet roken

in de openbare ruimte stimuleren en agenderen. En uit voorbeelden elders in het land blijkt het draagvlak al hoog hiervoor. Als gemeente kunnen we speeltuinen stimuleren op vrijwillige basis rookvrij te worden en daarbij ondersteunen door de aanschaf van een rookvrij informatiebord. Voor speelgelegenheden die subsidie ontvangen, kan rookvrij een voorwaarde worden.

Drugsgebruik verminderen

Het thema drugs en preventie wordt in Haarlem op verschillende manieren aangepakt. Op het voortgezet onderwijs is het thema drugs een onderdeel van het vignet gezonde school. De interventie de gezonde school en genotmiddelen (preventie alcohol, tabak en drugs) is een evidence based programma. Op het basisonderwijs is drugs geen onderdeel van de gezonde school methodiek. Uit onderzoeken blijkt dat voorlichting over drugs aan kinderen op de basisschool een averechts effect kan hebben. Kinderen die er nog geen aandacht voor hadden, kunnen hierdoor toch nieuwsgierig worden. Bij de basisschoolleeftijd wordt op dit moment ingezet op weerbaarheid middels het project Wijs&Weerbaar.

Verder zet Brijder Preventie in op :

- voorlichting aan jongeren, ouders en leerkrachten door adviesgesprekken en/of ouderavonden,
- via informatie op de website www.drugsinfoteam.nl ,
- praat en doelgroepen voor kinderen van verslaafde ouders (KOPP/KVO),
- training aan jongeren (Unity) die voorlichting geven aan andere jongeren in het uitgaanscircuit
- training aan mensen die werken met jongeren, over onder andere het signaleren van gebruik van alcohol en drugs
- trends en ontwikkelingen op het gebied van drugs scherp in de gaten te houden
- testservice drugs in Haarlem
- medisch spreekuur partydrugs

Voorstellen om genotmiddelengebruik door jongeren terug te dringen

7. Een budget van €8.500,- om in samenwerking met de afdeling Veiligheid en Handhaving in 2017 en 2018 een mystery shopping onderzoek te laten uitvoeren.
8. Vanaf 2020 voorzetting van de Gezonde School met een budget van € 53.000 per jaar
9. Een jaarlijks budget van € 5000,- om openbare speeltuinen rookvrij maken. In 2017 wordt aan de hand van het stappenplan van het LongFonds een plan voor uitrol gemaakt.
10. Gemeente Haarlem wordt partner van Alliantie Nederland Rookvrij, met een jaarlijks budget van €1000,- voor communicatie uitingen.

3.6 Ambitie 4: het aantal jongeren en ouderen met risico op emotionele problemen terugdringen

Proeftuin zero suicide

Sinds september 2016 is, samen met de stichting 113Online, hard gewerkt aan het opzetten van de Supranet community Kennemerland en Haarlemmermeer voor preventie van suicide. In 2017 is het project van start gegaan.

Supranet community

Supranet staat voor suicidepreventie actie netwerk. De 'community' kan worden gezien als een groot en gevarieerd gezelschap van betrokken bestuurders en professionals vanuit een breed maatschappelijk speelveld; die de handen uit de mouwen willen steken. De aanpak is gebaseerd op een programma van de European Alliance Against Depression (EAAD) en wordt met succes toegepast in onder meer Canada en Groot-Brittannië. Aangezien de resultaten in het buitenland enorm positief zijn, zijn in Nederland zes Supranet Community 'proeftuinen' gestart, waaronder die in Kennemerland en Haarlemmermeer (Haarlem, Velsen en Haarlemmermeer).

European Alliance Against Depression (EAAD)

De 4 pijlers van het EAAD-model bestaan uit



1. Huisartsentrainingen en verbeterde aanpak suicidaliteit (keten/vangnet).
2. Gatekeepers, zoals het sociaal wijkteam, leraren, politie, loketmedewerkers UWV worden getraind in het signaleren en goed doorverwijzen van mensen met suïcidaal gedrag.
3. Hoog risicogroepen en naasten worden nauw betrokken in de aanpak en een publiekscampagne om awareness te creëren bij het grote publiek.
4. Door de hele proeftuin heen loopt een grootschalig onderzoek, waarmee de resultaten van de interventies gemonitord worden.

GGD Kennemerland en Voor Betere Zorg (VBZ) zijn de initiatiefnemers om de proeftuin in Kennemerland en omgeving in te richten en daarmee de landelijke ambitie, om het aantal suïcides en suicidepogingen terug te dringen, mede vorm en inhoud te geven in onze regio. Allemaal vanuit de wens om een bijdrage te leveren aan een Kennemerland en Haarlemmermeer waar niemand radeloos en eenzaam sterft door zelfmoord.

Eenzaamheid

Hoewel iedereen een beeld heeft van wat eenzaamheid is, blijken deze in de praktijk sterk van elkaar te verschillen. In de meeste beelden komt echter terug dat het om een negatief en subjectief gevoel gaat dat samenhangt met een gemis aan verbondenheid met anderen.

Het kan zijn dat het aantal contacten dat men heeft met andere mensen geringer is dan men wenst of dat de kwaliteit van de gerealiseerde relaties achterblijft bij de wensen.

In de literatuur wordt veelal het onderscheid gemaakt tussen emotionele en sociale eenzaamheid. 'Emotionele eenzaamheid ontstaat bij een sterk gemis door de afwezigheid van een intieme relatie, een emotioneel hechte band met een partner, familielid of een hartsvriend(in) en kan bijvoorbeeld ontstaan na een scheiding. Sociale eenzaamheid is gekoppeld aan het gemis van betekenisvolle relaties met een bredere groep van mensen om je heen, zoals kennissen, collega's, buurtgenoten, mensen met dezelfde belangstelling, mensen om samen een hobby mee uit te voeren' (De Jong Gierveld & Van Tilburg, p. 14, 2007).

2017 Jaar van de ontmoeting

De Haarlemse gemeenteraad heeft 2017 uitgeroepen tot het Jaar van de Ontmoeting. Met de lancering van de website haarlemontmoet.nl en de eerste Grote Eenzaamheid Show op 17 januari is het jaar officieel van start gegaan. Uitgangspunt van het Jaar van de Ontmoeting is het samenbrengen van de activiteiten die worden georganiseerd in het kader van de eenzaamheid, het aanbrengen van verbetering van het aanbod en aanpak én het motiveren van Haarlemmers om mee te doen.

Voor meer informatie kijk op:
www.haarlemontmoet.nl



WIJS& WEERBAAR (W&W) is de overkoepelende naam van de partnerorganisaties in Haarlem, die een totaalpakket op scholen biedt ten behoeve van weerbaarheid van jeugd. Dit zijn o.a. Brijder Preventie-Jeugd, L&F Advies en Voorlichting, Stichting Kikid en GGD Kennemerland. Op dit moment zijn 18 scholen Wijs en Weerbaar en zijn in totaal 31 scholen bezig met gezondheidsbeleid.



Leeftijd en burgerlijke staat

Eenzaamheid is niet een specifiek ouderenprobleem. Procentueel is het aantal eenzamen onder ouderen wel het hoogst. En hoe ouder je wordt, hoe groter de kans op eenzaamheid. Maar het fenomeen komt onder alle leeftijdsgroepen voor. Veel onderzoek en aanpakken zijn gericht op ouderen, maar we moeten het probleem breder bekijken. Hoe jonger er iets aan gedaan wordt, hoe groter de kans op succes. Eenzaamheid blijkt dus niet zozeer met leeftijd samen te hangen, maar wel met burgerlijke staat blijkt uit onderzoek. Mensen die gescheiden of verweduwd zijn, hebben aanzienlijk vaker last van gevoelens van eenzaamheid. Omdat ouderen vaker verweduwd zijn, is het wel zo dat onder 75-plussers eenzaamheid vaker voorkomt (Van Tilburg, 2007). Ongeveer 6% van de Nederlandse bevolking leeft sociaal geïsoleerd. Sociaal isolement komt onder 65-plussers en mensen met een lage sociaaleconomische status twee keer zo vaak voor als gemiddeld. Mensen die gescheiden, verweduwd of van allochtone afkomst zijn, hebben een nog iets grotere kans op sociaal isolement (Machielse, 2006). Ook in sterk stedelijke gebieden komt sociaal isolement vaker dan gemiddeld voor (Machielse & Hortulanus, 2011).

Effectieve aanpak

Op het gebied van preventie is het hebben, houden en kunnen opbouwen van een sociaal netwerk het meest effectief. Dat begint het liefst zo jong mogelijk. Verder is het vooral inzetten op het verminderen van eenzaamheid.

Bij projecten die zich richten op het verminderen van eenzaamheid is niet altijd duidelijk op welk type eenzaamheid het project zich richt. Fokkema & Van Tilburg onderzochten in 2006 verschillende projecten en kwamen tot de conclusie dat de focus te vaak ligt op het verhogen van sociale participatie, terwijl dit niet bij alle vormen van eenzaamheid de meest geschikte oplossingsrichting is. Vaak wordt voorbij gegaan aan de vorm van eenzaamheid en de onderliggende oorzaken.

Werkzame elementen van een effectieve interventie zijn:

- het verbeteren van het zelfbeeld en het aannemen van een positieve houding,
- het inspelen op de oorzaken,
- gelijkwaardigheid in behandeling en
- het verbeteren van zelfmanagementvaardigheden

Blijvende veranderingen hebben het beste resultaat bij vereenzaming. Een aanpak moet niet alleen gericht zijn op sociale contacten, maar vooral ook op vaardigheden en inzicht in de eigen situatie. Dan is de persoon in staat om zelf (met eventueel hulp) iets te doen aan de situatie.

Eenmalig een huisbezoek afleggen is weinig effectief, omdat het geen structurele verandering aanbrengt in de situatie van de persoon in kwestie. (bron: Movisie). Vereenzaming vraagt kortom om

een meer structurele aanpak. In de praktijk blijft de aanpak van eenzaamheid veelal steken in symptoombestrijding.

Professionals moeten dan ook meer gebruik maken van beschikbare kennis over wat werkt bij de bestrijding van eenzaamheid en van beschikbare methoden die daarbij aansluiten. Uit internationaal onderzoek blijkt dat eenzaamheid het beste kan worden voorkómen door het sociale netwerk van mensen uit te breiden en te verstevigen. Wordt iemand toch eenzaam, dan werken methoden die negatieve verwachtingen van ontmoetingen tegengaan het beste.

In Haarlem krijgt het thema eenzaamheid al veel aandacht. Zo is er het 'jaar van de ontmoeting', de nota 'Inzet bestrijding eenzaamheid' en het voorkomen van eenzaamheid is opgenomen in de vraagformulering van de basisinfrastructuur.

Voorstellen om emotionele problemen en eenzaamheid terug te dringen

11. De proeftuin Zero Suicide ondersteunen door ambtelijk te participeren in werkgroepen, communicatie uitingen te ondersteunen en door gatekeepers zoals loketmedewerkers of sociale wijkteams te laten trainen. Budget € 2500,-
12. De lopende interventies toetsen aan de eisen van de Databank Effectieve sociale interventies en waar nodig bij stellen.

Welzijn op Recept Haarlem
Van huisarts & verwijzers, naar welzijnscoach, tot het duwtje in je rug naar een beter leven.

**Geen pilletje tegen de pijn,
maar onder de mensen zijn**

**Nekpijn, rugklachten en andere
kwaaltjes: de huisarts schrijft je niet
direct meer een pijnstiller voor.**

Tenminste, als hij of zij denkt dat de oorzaak van je kwaaltje een psychische oorzaak heeft. In plaats van een pilletje geven de huisartsen hun patiënten een doorverwijzing naar het buurthuis. 'Welzijn op recept' is een methode om mensen met psychosociale klachten vanuit de huisartspraktijk door te verwijzen naar welzijnsactiviteiten zoals bewegen, creatieve activiteiten of met elkaar koken en eten. Het doel is dat mensen door deze activiteiten zelf actief hun gezondheid en welzijn verhogen. Welzijn op recept in Haarlem is een initiatief van Haarlem Effect, Dock, Kontext, en het loket, ondersteund door ZonH, VBZ-kam en een huisarts uit de HCZK.

3.7 Ambitie 5: Betere afstemming en samenwerking

Afstemmen gegevens

Er zijn veel gegevens beschikbaar bij de afdeling DIA, maar ook bij andere organisaties zoals de GGD, CBS, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en ZONH (regionale organisatieadvies- en implementatiebureau voor het optimaliseren van zorg en welzijn). Enerzijds overlappen deze gegevens elkaar soms en anderzijds zijn ze niet goed vergelijkbaar door de verschillende onderzoeksmethodieken en vraagstellingen. De onderlinge uitwisseling kan tevens intensiever. Om beter en doelmatiger in te kunnen spelen op de vraag naar informatie hebben HCZK (huisartsen coöperatie Zuid Kennemerland), GGD Kennemerland, Achmea, gemeente Haarlem, ZONH en VBZ-KAM (samen Voor Betere Zorg) de handen ineengeslagen en het Gezamenlijk Regionaal Informatie Platform (GRIP) opgericht (<http://www.grip-opinformatie.nl/>).

Samenwerkingspartners binnen GRIP zijn: ZONH, VBZ, Gemeente Haarlem, Achmea, GGD Kennemerland en HCZK.

De doelstelling van GRIP is:

- GRIP VERBINDT: Het platform ontsluit en deelt data en kennis over zorg en ondersteuning in de regio, over gebruik daarvan en over de te verwachten ontwikkelingen.
- GRIP ANALYSEERT: Het platform inventariseert en analyseert de behoefte aan informatie in de regio en de beschikbare informatie
- GRIP LOST OP: Het platform voorziet met concrete resultaten en producten in de behoefte aan informatie.

De informatie wordt nu alleen op aanvraag verzameld. Het is zinvol om samen met het Platform te bekijken hoe een pro-actievere manier van informatie verzameling en delen bereikt kan worden.

Samenwerking met eerste lijn gezondheidszorg

Samenwerken en afstemming tussen de verschillende partijen betrokken bij publieke gezondheid, zoals eerstelijnszorg, GGD, maatschappelijk partners en diverse beleidsvelden van de gemeente, is nodig vanwege verschillende uitdagingen:

- De noodzaak (transities) en behoefte van de groeiende groep ouderen om zo lang mogelijk zelfstandig thuis te kunnen wonen.
- De toename van chronische aandoeningen als overgewicht, obesitas en depressie.
- De noodzaak vroegsignalering te versterken om bijvoorbeeld alcoholmisbruik, valincidenten, eenzaamheid, kwetsbaarheid bij ouderen en, kindermishandeling te voorkomen. .
- Het bereik van mensen met een hoog risico op gezondheidsproblemen te vergroten.

*“Help de hulpverlener helpen!”
“Als ik morgen in de praktijk kom,
weet ik graag wie ik moet bellen voor
mijn cliënt om het probleem op te
lossen”.
“virtueel vergaderen en een digitaal
platform; want elkaar fysiek vinden
in de wijk is nu nog een hele opgave”
“wat goed is, is goed. Liever
verdieping dan weer iets nieuws”*

Huisartsen en praktijkondersteuners en ook andere professionals in de eerste lijn spelen een belangrijke rol spelen bij preventie, in de vorm van signaleren en werken aan een gezonde leefstijl. Zij zijn bij uitstek een vindplaats voor cliënten met een ongezonde leefstijl. Er is steeds meer aandacht voor preventie in de eerste lijn, daarbij ondersteund door het Nationale Preventie Programma ‘Alles is Gezondheid...’ dat versterking van preventie binnen de zorg en in de wijk als speerpunt aanwijst. De Agenda voor de Zorg, een van de partijen van “Alles is Gezondheid...”, wil dat preventie goed is georganiseerd in de directe omgeving van de burger. Eén van de ambities uit de landelijke Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 is dat huisartsen samen met andere partijen (zoals GGD en gemeente) vorm geven aan wijkgerichte

preventie, waarbij partijen afspreken wie de zorg zo effectief mogelijk kan geven. De huisarts is hierbij de spil die zijn patiënten kan verwijzen naar effectieve leefstijlinterventies in de wijk.

Op 1 november 2016 heeft in het kader van deze nota een bijeenkomst plaats gevonden met diverse professionals uit de eerste lijn gezondheidszorg. Samen hebben zij met de gemeente gesproken over de verschillende werelden waarin ieder opereert en hoe deze elkaar beter kunnen vinden en versterken. De zorgverleners gaven aan knelpunten te ervaren bij het inzetten van leefstijlinterventies. Het aanbod aan interventies is voor hen onoverzichtelijk en soms is onduidelijk naar wie ze kunnen doorverwijzen. Ze hebben behoefte aan meer overzicht en samenhang in het lokale leefstijl- en sportaanbod in de wijk. Een begin is gemaakt met de nieuwe sociale kaart die begin 2017 online gaat. Deze zal de komende jaren completer worden. Maar een sociale kaart is pas het begin. Elkaar en elkaars projecten leren kennen en vervolgens afstemmen op de doelgroep en het systeem is de volgende stap.

De link met de publieke gezondheid is ook nog summier. En dat terwijl de GGD expertise heeft over wat wel en niet werkt. De werelden van de eerste lijn / de publieke gezondheid / gemeente zijn nog niet voldoende met elkaar verbonden.

De aanwezigen deden een oproep aan de gemeenten om voor de lokale nota gezondheidsbeleid:

- a) Eerst goed te kijken naar wat er al is en dat wat goed gaat uit te breiden
- b) Focus aan te brengen in de activiteiten; niet alles tegelijk willen doen
- c) De zorgverleners te ontzorgen
- d) Ondersteunen bij het verbinden van partijen

De rol van de zorgverzekeraar

Met de decentralisaties in de zorg wordt het voor zorgverzekeraars en gemeenten steeds vanzelfsprekender om samen te werken. Gemeenten en zorgverzekeraars hebben belang bij het gezond houden van burgers en voorkomen van (zwaardere) zorg- en hulpvragen. Door samen te investeren in preventie, vroegsignalering en gezondheidsbevordering kan de inzet van dure vormen van zorg verminderd worden.

Zorgverzekeraars en gemeenten hebben ieder hun eigen verantwoordelijkheid voor preventie. Gemeenten hebben vooral een taak bij preventie voor alle inwoners en preventie gericht op specifieke risicogroepen. Zorgverzekeraars hebben een taak en rol bij preventie gericht op individuen. Daarnaast doen zorgverzekeraars ook het nodige aan preventie voor risicogroepen. Zo komt in de collectieve contracten voor de minima, die zorgverzekeraars afsluiten met gemeenten, steeds meer aandacht voor preventie om de vitaliteit van de verzekerden te bevorderen.

Een aantal keren per jaar komt in Haarlem het regionale bestuurlijke overleg Wonen, Welzijn, Zorg bij elkaar. Hier zit ook de zorgverzekeraar aan tafel.

Zorgverzekeraars hebben met de gegevens over zorggebruik zicht op specifieke doelgroepen die doorgaans meer zorg gebruiken, zoals ouderen, mensen met een lage sociaaleconomische status of chronische aandoening. Door samenwerking is het mogelijk de inkoop van voorzieningen op elkaar af te stemmen, zoals wijkverpleegkundige zorg.

Zorgverzekeraars kunnen preventieprogramma's (mede) financieren. Bijvoorbeeld door samen te investeren in een wijkgerichte aanpak. In Haarlem is nadrukkelijk de wens dat de investering ingezet wordt op een duurzame aanpak en geen financiële injectie in een kortdurend project.

Een gemeente kan samen met zorgverzekeraars inspelen op veranderingen in de samenleving, zoals de toename van overgewicht en het groeiend aantal chronisch zieken en ouderen door het delen van sociale kaarten, populatiegegevens en wijkprofielen samen met GGD en ROS

Voorstellen voor betere afstemming en samenwerking

Een structureel budget van €15.000,- voor de volgende voorstellen:

13. Gemeente Haarlem faciliteert afstemming tussen eerstelijns gezondheidzorg, CJG, welzijn en sociale wijkteams.
Draagt bij aan
Bekendheid van elkaars aanbod en het doorverwijzen van de doelgroep naar laagdrempelige en lichtere zorg.
14. Een werkgroep bestaande uit huisarts(en), GGD, ZONH en gemeente maakt een plan van aanpak voor wijkgerichte preventie met als uitgangspunt 'van Ziekte en Zorg naar Gezondheid en Gedrag' en de daarbij behorende scholing rondom communicatievaardigheden.
15. Een plan van aanpak maken met de deelnemers van het Platform GRIP om tot een proactieve manier van data verzameling en verspreiding te komen.
Draagt bij aan
Beter inzicht in de gezondheid van de Haarlemmers en de mogelijkheid tot gerichtere inzet van middelen.
16. Voor het jaar 2018 wordt met de zorgverzekeraar afspraken gemaakt over de inhoud van het aanvullende pakket in de collectieve zorgverzekering voor minima. Bij een positieve evaluatie worden de afspraken in de volgende jaren doorgetrokken.

Hoofdstuk 4

Actuele thema's in de gemeente Haarlem die aan gezondheid gerelateerd zijn

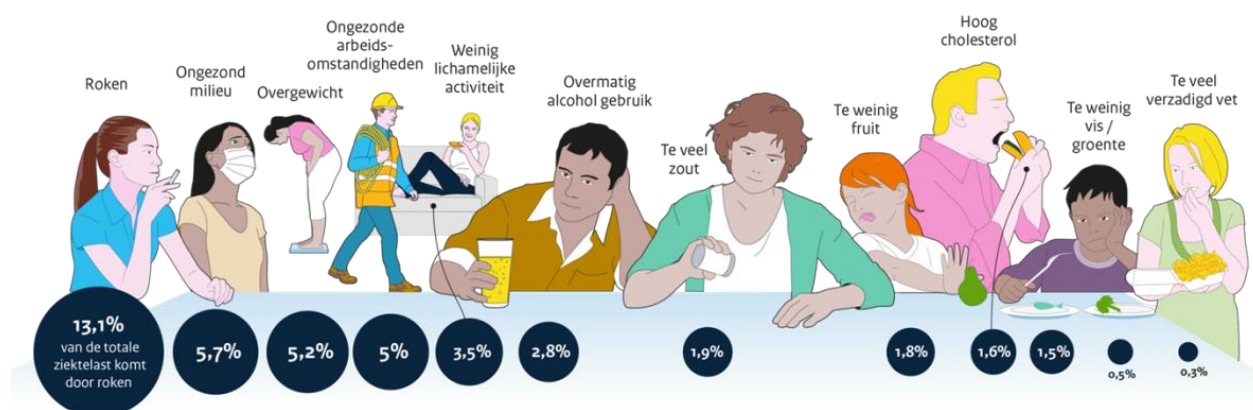
4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op een aantal actuele thema's in de gemeente Haarlem die aan gezondheid gerelateerd zijn. Het kan hierbij gaan over onderwerpen waarbij door burgers of instellingen iets van de gemeente verwacht wordt. In sommige gevallen is de gemeente niet de partij die ook daadwerkelijk iets aan het probleem kan doen. Of gaat het erom dat iets alleen met (financiële) hulp van de gemeente van de grond komt. In die gevallen gaat het om het maken van keuzes en het afwegen van belangen.

De onderwerpen die in dit hoofdstuk behandeld worden zijn: milieu en omgeving, AED's en huisvesting huisartsen / 1^{ste} lijn.

4.2 Milieu en omgeving

Milieufactoren hebben landelijk nog steeds invloed op de gezondheid van mensen en staan op nummer twee wat betreft invloed op de ziektelast.



Fysieke Omgeving

Blootstelling aan verschillende fysieke omgevingsfactoren veroorzaakt 5,7% van de totale ziektelast in Nederland. Blootstelling aan fijn stof (PM10) veroorzaakt verreweg de meeste ziektelast van alle milieufactoren, gevolgd door verkeersgeluid, tabaksrook in de omgeving en radon. De laatste twee zijn belangrijke elementen van een ongezond binnenmilieu.

Naast milieufactoren hebben ook de inrichting van de leefomgeving (inclusief de hoeveelheid en kwaliteit van het groen) en de klimaatverandering invloed op de gezondheid. Voor deze factoren is het lastiger de gezondheidseffecten goed in kaart te brengen omdat ze met veel andere aspecten samenhangen.

Vroegtijdige sterfte door milieufactoren

Blootstelling aan milieufactoren kan leiden tot vroegtijdige sterfte aan longkanker, hart- en vaatziekten en ziekten van de ademhalingswegen en tot verergering van ziekten zoals astma, chronische bronchitis en hart- en vaatziekten. Ook kan het leiden tot effecten als hinder en slaapverstoring.

Luchtkwaliteit blijft een belangrijk aandachtspunt. Geluid wordt gezien als het milieuprobleem van de toekomst. Maar ook ongezonde woningen en verontreinigde bodem in de leefomgeving, zeker voor kinderen, geven nog steeds gezondheidsrisico's.

Perceptie:

Maar dat is niet het hele verhaal. Er spelen ook subjectieve aspecten mee, namelijk waar inwoners zich ongerust over maken, al dan niet terecht. Asbest, elektromagnetische velden, kankerverwekkende stoffen. Zij maken zich vaak ongerust over andere milieuaspecten dan de objectief meetbare risico's. Dat betekent dat goede publieksinformatie belangrijk is, ook al betreft het zaken die binnen de wettelijke kaders vallen.

Navraag bij de afdeling medische milieukunde van de GGD leert dat er vanuit Haarlemse inwoners veel vragen komen over:

- Schimmel en vocht en slechte ventilatie in woningen
- Ongerstheid over luchtkwaliteit
- Houtrook, asbest, koolmonoxide
- ongedierte, rioolstank in huis
- bodemverontreiniging (o.a. lood, vluchtige stoffen) en bodemsanering

De toekomstige omgevingswet en de toekomstvisie Haarlem 2040 bieden aanknopingspunten om gezondheid in relatie tot de fysieke omgeving integraal te laten meewegen in beslissingen. Essentieel is om gezondheidsaspecten hierbij vroeg mee te nemen. Via de leefomgeving kan direct en indirect gezondheidsbevordering plaatsvinden.

Verder is nu al bij de gemeente het uitgangspunt dat: *“bij elke ruimtelijke ontwikkeling wordt voldaan aan een goede ruimtelijke ordening en een aanvaardbaar woon- en leefklimaat. Gezondheid is daarvoor een belangrijk aspect. Ongeacht de aard, locatie en omgeving van de voorgenomen ontwikkeling”.*

*In de Vijfhoek is samen met de wijkraad, bewoners en gemeente
gekeken naar mogelijkheden voor vergroening van de wijk door bv.
Perkjes, bomen en gevelgroen*

In het duurzaamheidsprogramma 2015-2019 zijn een aantal doelen opgenomen die positief bijdragen aan de gezondheid van de Haarlemmers. Voorbeelden zijn:

- stimuleren van fietsgebruik in plaats van de auto
- bevorderen van rijden op schone brandstoffen
- bevorderen van groen en ecologie

4.3 AED's

Burgerhulpverlening voor iedereen. Hoe gezond of sportief je ook leeft, een hartstilstand kan iedereen treffen. Jong of oud, leeftijd speelt geen rol. Hulp binnen 6 minuten is dan van levensbelang. Hiervoor zijn veel AED's en vrijwilligers nodig. Wanneer mensen met een acute circulatiestilstand snel de juiste hulp krijgen, worden er meer mensenlevens gered. Dat betekent gezondheidswinst. Om dit doel te bereiken is HartveiligWonen (HVW) in het leven geroepen. HartveiligWonen krijgt vorm door burenhulp te organiseren en vrijwilligers te trainen in reanimeren en het bedienen van een AED. Georganiseerde en geschoolde vrijwilligers ondersteunen zo de keten van acute zorg. HartveiligWonen is een hulpsysteem dat ervoor zorgt dat vrijwilligers snel ter plaatse kunnen zijn om iemand te reanimeren, totdat de ambulance arriveert. HartveiligWonen wordt uitgevoerd in nauwe samenwerking met de gemeente, regionale ambulance voorzieningen (RAV) en vrijwilligers binnen de veiligheidsregio.

Resultaten HartveiligWonen

- snelle hulp aan patiënten met een acute circulatiestilstand
- burenhulp binnen zes minuten inzetbaar vanaf melding van circulatiestilstand
- integratie van burenhulp binnen de hulpverleningsketen
- organisatie van burenhulp in meerdere gemeenten binnen een veiligheidsregio
- afstemming met gerealiseerde en bestaande initiatieven
- een systeem voor burenhulp waarbij relevante gegevens door de Meldkamer Ambulancezorg worden doorgezet naar alarmering via SMS en de HartveiligWonen app voor elk type smartphone

Voorwaarden

Voor het bereiken van de doelstelling van HartveiligWonen is er een aantal kernvoorwaarden te voldoen. Deze zijn:

- voldoende getrainde vrijwilligers die binnen zes minuten inzetbaar zijn
- 7 dagen per week en 24 uur per dag georganiseerde burenhulp
- voldoende AED's beschikbaar, zo veel mogelijk 7 dagen per week en 24 uur per dag
- geautomatiseerde alarmering die is geborgd in zorgverleningsketen
- kwaliteit van zorg door inzet van goed opgeleide vrijwilligers
- borging van nazorg

Vanuit de raad is de wens uitgesproken om te onderzoeken wat het voor Haarlem betekend om een HartveiligWonen gemeente te worden.

Op basis van een inventarisatie en berekening door HartveiligWonen blijkt dat er in Haarlem 50 AED's in gecertificeerde buitenkasten beschikbaar moeten zijn. Per AED-locatie moeten circa 20 vrijwilligers beschikbaar zijn. In totaal moeten er dus circa 1000 vrijwilligers deelnemen aan het project. Dan voldoet Haarlem aan de 6 minuten zone met een gemeente brede 7 x 24 uur dekking.

Behalve aanschaf van AED's en training van vrijwilligers is ook het kunnen bieden van nazorg nodig en moeten onderhoudskosten meegenomen worden in de berekening.

Rekening houdende met het aantal geregistreerde particuliere AED's en hun beschikbaarheid, moeten er door de gemeente 30 nieuwe AED's en 50 gecertificeerde buitenkasten worden aangeschaft.

Een mogelijkheid binnen het project is om eerst te onderzoeken of meer eigenaren van reeds aanwezige AED's in de stad, mee willen werken aan registratie bij HVW. Op die manier kan op de aanschafkosten van de AED's bespaard worden. Echter voor de garantie van 7x24 uur beschikbaar en inzetbaarheid van de aangemelde AED's te waarborgen, zijn een onderhoudsabonnement en gecertificeerde buitenkast een eis.

De kosten om een gemeente brede 6 minuten zone te worden

- Projectkosten, aanschaf materiaal, installatie en onderhoud en het eerste jaar zijn € 161.500,-- en de daarop volgende jaarkosten (tot en met 2021) zijn € 18.250,--.
De aangeschafte AED's en buitenkasten hebben een verwachte levensduur van 10 jaar.
- De kosten voor training en nazorg van de benodigde vrijwilligers is het eerste jaar € 38.250,-- en de daarop volgende jaarkosten (tot en met 2021) zijn € 7.250,--.

Daarmee komen de totale kosten voor 2017-2021 op € 301.750,--.

Voor de eenmalige kosten voor het Hartveilig maken van de gemeente zal een voorstel in de Kadernota worden opgenomen. De structurele kosten zijn onderdeel van deze nota.

4.4 Huisvesting huisartsen / eerstelijnsgezondheidszorg

De voorzieningen in de eerstelijnsgezondheidszorg moeten goed bereikbaar zijn en dat betekent in eerste instantie dicht in de buurt van de bewoners. De komende jaren zal door vergrijzing het beroep op deze voorzieningen toenemen. De eerstelijnszorg bepaalt in principe zelf waar zij zich vestigen en de gemeente heeft geen formele verantwoordelijkheid. De gemeente heeft wel een verantwoordelijkheid ten aanzien van de zorginfrastructuur voor de inwoners en kan deze positief beïnvloeden.

De gemeente een rol spelen in de randvoorwaarden voor de vestiging van voorzieningen in ruimtelijke plannen. Inmiddels zijn steeds meer huisartsen die, al dan niet in samenwerking met andere collega's en/of andere disciplines bezig zijn met plannen om groepspraktijken of gezondheidscentra te vormen. Op nieuwbouw locaties in eigen beheer kunnen huisartsen hun eigen plannen realiseren. Die nieuwbouw locaties zijn in Haarlem schaars en er is veel concurrentie van projectontwikkelaars. Dan kan er uitgeweken worden naar aanpassing van bestaande bebouwing of de huur van ruimte. De gemeente krijgt signalen van huisartsen dat het vinden van geschikte praktijkruimte die voldoet aan de laatste eisen en betaalbaar is, binnen onze gemeente niet zo eenvoudig is. Huisartsen zijn voor huur gebonden aan maximale huurprijzen per m² zoals de Landelijke Huisartsen Vereniging die vast gesteld heeft. Daarnaast hebben ze bij spoed een maximale reistijd van 15 minuten. Daarnaast werken ze steeds vaker met praktijkondersteuners waardoor er meer ruimte nodig is.

Het is belangrijk dat de gemeente in kaart brengt op welke plekken er geschikte locaties beschikbaar zijn of komen voor de vestiging van huisartsen.

Hoofdstuk 5

Financiën

Budgetoverzicht gemeentelijk gezondheidsbeleid

Gemeente Haarlem ontvangt een jaarlijkse bijdrage van het Rijk (Gezond in...). De hoogte van deze bijdrage is voor de jaren 2018-2021 vastgesteld op € 135.914,--

Begroting VRK, onderdeel GGD 2017 (inwonersbijdrage):

	2017		2018	
Openbare gezondheidszorg	€ 1.003.000,--	€6,64 per inwoner (156.645 inwoners)	€ 1.079.000,--	€6,82 per inwoner (158.140 inwoners)
Digitaal dossier jeugdgezondheidszorg	€ 102.000,--		€ 102.000,--	
Jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar	€ 1.589.000,--	€10,15 per inwoner	€ 1.681.000,--	€10,63 per inwoner
Totaal	€ 2.694.000,--		€ 2.862.000,--	

Op factuurbasis:

Forensische diensten

Subsidies:

Hygiënisch woningtoezicht	€ 113.360,-- (2017)
Wijs en Weerbaar GGD (inclusief Gezonde school en gezonde wijk)	€ 53.071,-- (per jaar gedurende de periode 2016 t/m 2019, eventueel met indexering)
Wijs en Weerbaar Kikid	€ 99.900,-- (per jaar, zie W&W GGD)
Wijs en Weerbaar L&F	€ 33.000,-- (idem)
Wijs en Weerbaar Brijder	€ 24.900,-- (idem)
Brijder (preventie verslaving jeugd en ouderen)	€ 100.700,-- (per jaar gedurende de periode 2016 t/m 2019, eventueel met indexering)
Servicepaspoort / Zorgbalans (meer bewegen voor ouderen)	€ 39.914,-- (idem)
Prezens InGeest (preventie GGZ)	€ 60.243,-- (idem)
Sportsupport (JOGG) + JOGG NL	€ 64.000,-- (idem)
Totaal:	€ 589.088,--

Extra middelen nota:

Voorstel 2 effectieve leefstijlinterventies gericht op SEGV	€ 75.000,-- per jaar
Voorstel 4 Gezonde sportkantine	€ 10.000,-- per jaar
Voorstel 5 Behoeftte onderzoek bewegen in Haarlem Oost en Schalkwijk	€ 10.000,-- eenmalig € 1.000,-- structureel

Voorstel 6 JOGG uitbreiden	€ 46.000,-- per jaar
Voorstel 7 Mysteryshopping onderzoek	€ 8.500,-- eenmalig
Voorstel 9 Rookvrije speeltuinen	€ 5.000,-- per jaar
Voorstel 10 Partner Alliantie Nederland Rookvrij	€ 1.000,-- per jaar
Voorstel 11 Ondersteunen proeftuin Zero Suicide	€ 2.500,-- per jaar
Afstemming en samenwerking (voorstel 12,13 en 14)	€ 15.000,-- per jaar
AED, structurele kosten	€ 25.500,-- per jaar
Totaal:	Eenmalig: € 18.500,-- Structureel: € 181.000,--

Bronnen

Cijfers:

Buurtmonitor gemeente Haarlem

CBS

Gezondheidsatlas Kennemerland

RIVM

Woon-zorg-monitor gemeente Haarlem

Tekstueel:

Regionale nota gezondheidsbeleid Veiligheidsregio Kennemerland 2017-2020

www.Loketgezondleven.nl

www.vng.nl

www.jogg.nl

www.stap.nl

www.brijder.nl

www.gezondesportkantine.nl

www.movisie.nl

www.bigmove.nu

<https://www.volksgezondheidenzorg.info/>

www.eenzaam.info

www.trimbos.nl

www.rijksoverheid.nl

www.socialevraagstukken.nl

www.raadrvs.nl

www.rokeninfo.nl

www.rookvrijegeneratie.nl

www.nationaalkompas.nl

- Mullainathan & Shafir; Schaarste, Hoe gebrek aan tijd en geld ons gedrag bepalen
- Jungmann & Wesdorp; Mobility Mentoring, Hoe inzichten uit de hersenwetenschap leiden tot een betere aanpak van armoede en schulden.

Bijlage I Evaluatie Gemeentelijk gezondheidsbeleid 2011-2014

Samenvatting Gemeentelijk gezondheidsbeleid 2011-2014: Gezond beleid , voor een gezonde leefstijl

1. Regeling voor ondersteunen bewonersinitiatieven voor verminderen gezondheidsachterstanden:
€ 75.000 voor ca. 15 initiatieven
Er zijn diverse bewonersinitiatieven ondersteund met beperkte bedragen. Deze initiatieven hebben bijgedragen aan bewustwording, maar geen structureel aanbod opgeleverd.
2. Activiteiten gericht op doelgroepen met gezondheidsachterstanden of hoge risico's:
€ 75.000 voor uitvoering van effectieve leefstijlinterventies
Er is een succesvol project uitgevoerd om inwoners uit Haarlem Oost van 55 jaar en ouder met een chronische aandoening en/of een hoog risico daarop vanuit de eerstelijnszorg effectief te begeleiden naar gezond en actief gedrag. Borging van het project met een structurele financiering loopt nog.
3. JOGG: € 75.000
Medio 2012 is JOGG van start gegaan in Haarlem Noord. Vanwege de positieve resultaten is het project in 2016 verlengd met als focus Haarlem Oost en Schalkwijk. Thema's als water drinken en meer groente en fruit staan centraal.
4. Optimaliseren ouderengezondheidszorg: € 50.000
Zie nummer 2
5. versterken van preventie door samen te werken met ketenpartners en regionaal:
€ 50.000 voor projecten die tot stand komen met een gezamenlijke inzet van 1^e lijns gezondheidszorg, zorgverzekeraars en gemeente.
Dit is onvoldoende van de grond gekomen omdat de bereidheid van de zorgverzekeraar om gezamenlijk te investeren in preventie laag was.