

Raadsstuk

Onderwerp: Nota gemeentelijk gezondheidsbeleid 2011-2014

Reg.nummer: STZ/WWGZ/2011/72996

1. Inleiding

In de Wet publieke gezondheid is in artikel 13 lid d opgenomen dat de gemeenteraad vóór 1 juli 2011 en vervolgens elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast, waarin de raad in ieder geval aangeeft hoe het college van burgemeester en wethouders uitvoering geeft aan de in de wet genoemde taken en verplichtingen.

2. Voorstel aan de raad

Het college stelt de raad voor in te stemmen met ‘Gezond Beleid’ Haarlemse nota gemeentelijk gezondheidsbeleid 2011-2014.

3. Beoogd resultaat

De inzet van de gemeente draagt bij aan het behoud van of de verbetering van de gezondheid van de Haarlemse inwoners. Deze gezondheid wordt gemonitord aan de hand van de scores in de bevolkingsonderzoeken van de GGD en het Omnibusonderzoek van de gemeente.

4. Argumenten

Gezondheidsbeleid hoort bij een sociaal en betrokken stad waarin iedereen meedoet en meetelt

Meedoen in de samenleving is een belangrijk onderdeel van het coalitieakkoord. Voorop staat de kracht, eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid van de mensen. Gezondheid is een belangrijke voorwaarde om mee te kunnen doen.

Gezondheidsbescherming en –bevordering door de gemeente in noodzakelijk
De Haarlemmer ervaart de eigen gezondheid als minder dan het landelijk gemiddelde, maar over het algemeen is de gezondheid (zeer) goed. Er zijn wel problemen: gezondheidsverschillen zijn groot, chronische ziekte neemt toe en Haarlem vergrijst.

De gemeente ondersteunt Haarlemmers bij het kiezen voor een gezonde leefstijl
Veel gezondheidsrisico's en –problemen zijn te wijten aan de leefstijl. Leefstijl is een eigen, individuele verantwoordelijkheid. De gemeente kan wel de keuze voor een gezonde(re) leefstijl ondersteunen en makkelijker maken door informatie, ondersteuning en een gezonde inrichting van de leefomgeving.

Gezondheid is een integraal onderdeel van gemeentelijk beleid
Preventie en gezondheidsbevordering zijn onderdeel van al het gemeentelijk beleid. Bij sommige beleidsterreinen is dit vanzelfsprekend (jeugd, sport, milieu). Bij andere beleidsterreinen (ruimtelijk beleid, vergunningen) willen we de effecten nadrukkelijker meewegen en zo de gezondheid verder versterken.

Financiën

De inzet van de gemeente vindt plaats binnen de bestaande budgetten.

Participatie

De Wmo-raad heeft in haar advies aangegeven dat er meer aandacht gegeven moet worden aan depressie onder oudere niet-Nederlandse Haarlemmers en aan transculturele hulpverlening. Dit advies wordt in de uitvoering van de nota meegenomen.

De vertegenwoordiging van de eerstelijn heeft aangegeven dat de voorstellen draagvlak hebben bij de eerstelijn en goed aansluiten bij door hen genomen initiatieven. De voorstellen passen binnen omslag van zorg en ziekte naar gedrag en gezondheid (van zz naar gg).

5. Kanttekeningen

De Wet publieke gezondheid gewijzigd

De Wet publieke gezondheid is gewijzigd. Vanaf 1 januari 2012 heeft de gemeente de verplichting binnen twee jaar na het verschijnen van de landelijke preventienota een lokale nota vast te stellen en daarbij in te gaan op de landelijk genoemde thema's. De huidige verplichting is een lokale nota vast te stellen voor 1 juli 2011.

6. Uitvoering

In de nota zijn voorstellen gedaan voor nieuwe inzet van de gemeente. De uitvoering vindt gefaseerd plaats over de periode 2011-2014. De reeds bestaande inzet van de gemeente wordt vernieuwd en toegespitst op de speerpunten uit de nota via de prestatieafspraken met de hiervoor gesubsidieerde instellingen.

7. Bijlagen

'Gezond beleid voor een gezonde leefstijl' Haarlemse nota gemeentelijk gezondheidsbeleid 2011-2014.

Het college van burgemeester en wethouders,

de secretaris

de burgemeester

8. Raadsbesluit

De raad der gemeente Haarlem,

Gelezen het voorstel van het college van burgemeester en wethouders

Besluit:

Het college stelt de raad voor in te stemmen met ‘Gezond Beleid’ Haarlemse nota gemeentelijk gezondheidsbeleid 2011-2014.

Gedaan in de vergadering van (wordt ingevuld door de griffie)

De griffier

De voorzitter

Advies Wmo-raad nota Gezond Beleid voor een gezonde leefstijl

Reactie van het college

De Wmo-raad heeft bij brief van 3 augustus 2011 advies uitgebracht over de conceptnota Gezond Beleid voor een gezonde leefstijl.

Het advies is door middel van op- en aanmerkingen in de concepttekst van de nota uitgebracht. Een aantal op- en aanmerkingen zijn taalkundig of betreffen bronvermeldingen en worden in deze reactie buiten beschouwing gelaten.

-Is er sprake van minder participatie door een ongezonde leefstijl?

Een ongezonde leefstijl is op zichzelf geen belemmering voor het meedoen in de samenleving. Een ongezonde leefstijl leidt vaak wel tot (welvaarts)ziekten. Ziekte, zeker als deze chronisch is, leidt wel tot beperkingen in de deelname aan de samenleving.

-Gaarne aandacht voor de niet-westerse ouderen. Zo liggen de cijfers van depressie en angststoornis bij hen nog hoger.

-De cijfers bij volwassenen en ouderen worden niet gedifferentieerd naar etniciteit.

In de nota wordt weinig onderscheid gemaakt tussen autochtone en (niet-westerse) allochtone Haarlammers. Bij veel onderzoeken naar de gezondheidssituatie van inwoners is de onderzoeksgroep te klein om goede uitspraken te kunnen doen over verschillen in de gezondheid naar herkomst. Waar dit wel mogelijk was is het meegenomen in de nota.

-Probeer valide cijfers te achterhalen over overgewicht. Benoem overgewicht als aandachtspunt in plaats van als speerpunt als er geen goede cijfers zijn.

De cijfers uit het E-movo onderzoek zijn inderdaad niet betrouwbaar genoeg, maar de daarna genoemde cijfers uit de registratie van de jeugdgezondheidszorg zijn dat wel. Samen met de landelijke cijfers over overgewicht is er voldoende aanleiding dit als speerpunt te benoemen.

-Het verschil in ervaren gezondheid tussen Haarlem en het landelijk niveau wordt alleen in het algemeen genoemd en niet in de tabellen per doelgroep.

Er zijn geen of onvoldoende vergelijkbare gegevens beschikbaar om dit per doelgroep aan te geven. Het gebruikte cijfer geeft wel een goed algemeen beeld over het verschil tussen het landelijk niveau en Haarlem.

-In Schalkwijk wonen meer allochtonen. Hardop zeggen dat het goed gaat met je gezondheid wordt ervaren als ‘tarten van het lot’. Dus is de kans groot dat men een kanttekening bij de gezondheid plaatst. In de genoemde resultaten dienen de uitspraken dan ook cultuursensitief gewogen te worden.

Het is bekend dat niet-westers allochtonen ziekte (en gezondheid) anders beleven dan autochtonen. De vraagstelling in de onderzoeken van de GGD is heel concreet (‘hoe vaak rook je’, ‘hoe vaak beweeg je’, ‘gebruik je drugs’, etc.) De scores in de onderzoeken zijn gedaan op basis van de antwoorden op deze vragen en niet op vragen naar beleving of ervaring. De GGD sluit enige invloed op de negatievere scores van niet-westers allochtonen niet uit, maar aan de grote verschillen ligt meer ten grondslag.

-Conform het advies van de SAMS meer aandacht voor transculturele hulpverlening.

De nota Gezond Beleid gaat over gezondheidsbescherming en –bevordering. De hulpverlening in de gezondheidszorg is het domein van de Zorgverzekeringswet en de

Algemene wet bijzonder ziektekosten. In de uitwerking van de nota wordt bij de inzet aangesloten bij de te bereiken doelgroep.

-Waarom wordt in het Rozenprieel begonnen met de Gezonde Wijk-aanpak.

In de nota Gezond in de Stad is de keuze voor het Rozenprieel opgenomen. Citaat: 'Het Rozenprieel is beperkt van omvang, maar wel met een specifieke problematiek. De buurt is in ontwikkeling, er is een concept gebiedsvisie vastgesteld waarin ook gesproken wordt over de sociale opgave in de buurt waar in het hart van de wijk veel werkloosheid is. Het inkomens- en opleidingsniveau zijn lager en dit betekent dat gezondheidsrisico's groter zijn. De wijk kent actieve bewoners(groepen) en diverse voorzieningen en instellingen die bij kunnen dragen aan gezondheidsbevordering.'



Gemeente Haarlem

Gezond beleid

voor een gezonde leefstijl

Haarlemse nota gemeentelijk gezondheidsbeleid 2011-2014





Gezond beleid

voor een gezonde leefstijl

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Inleiding	4
Visie	5
Hoe gezond is de Haarlemmer?	6
Stadsdelen en voorzieningen	9
Rol en positie van de gemeente	10
Wat doet de gemeente al?	12
Welke speerpunten kiest de gemeente?	12
Wat gaat de gemeente doen?	14
10. Financiën	18

*Bijlage I: Overzicht inzet GGD en gemeente op
gezondheidsbescherming en gezondheidbevordering*

*Bijlage II: Taken van de gemeente voor gezondheidsbescherming
en gezondheidbevordering*

Bijlage III: Literatuurlijst

Samenvatting

Het gemeentelijk gezondheidsbeleid gaat over de bescherming en bevordering van de gezondheid van de Haarlemmer. Het gaat daarbij om het collectief: de Haarlemmer in het algemeen of specifieke groepen met grotere gezondheidsrisico's.

De Haarlemmer ervaart de eigen gezondheid als minder dan het landelijk gemiddelde, maar over het algemeen is de gezondheid (zeer) goed. Maar er zijn wel problemen: gezondheidsverschillen zijn groot, chronische ziekte neemt toe en Haarlem vergrijst. Veel gezondheidsrisico's en –problemen zijn te wijten aan de leefstijl.

Maar leefstijl is een eigen, individuele keuze en verantwoordelijkheid. De gemeente kan wel de keuze voor een gezonde(re) leefstijl ondersteunen en makkelijker maken. Daarbij richt de gemeente zich op een aantal speerpunten. Die speerpunten zijn gebaseerd op landelijke, regionale en lokale onderzoeken.

De speerpunten zijn schadelijk alcoholgebruik; overgewicht; depressie, seksuele gezondheid en gezondheidsverschillen. Voor de groepen jeugd en ouderen is speciale aandacht.

Omdat verandering van leefstijl het beste werkt als het uit de mensen zelf komt, wil de gemeente bewonersinitiatieven hiervoor ondersteunen. Daarnaast wordt aan specifieke groepen interventies en voorlichting aangeboden. De gezondheidszorg voor ouderen moet worden geoptimaliseerd.

Gezondheid is een vanzelfsprekend onderdeel van een aantal gemeentelijke beleidsterreinen, bijvoorbeeld jeugd, sport en milieu. Maar ook op andere beleidsterreinen (vergunningen/handhaving, ruimtelijk beleid, openbare ruimte) zijn er effecten voor de gezondheid. Deze effecten zijn tot nu toe minder expliciet en de gemeente wil het meewegen van gezondheidseffecten in het beleid versterken.

De gemeente wil ook meer samenwerking zoeken met anderen om de effecten van preventie te versterken. We denken aan de eerstelijnsgezondheidszorg, verzekeraars, sportclubs, scholen, welzijnswerk, belangenorganisaties et cetera.

De inzet van de gemeente moet bijdragen aan het behoud of een verbetering van de gezondheid van de Haarlemmer. Via de onderzoeken van de GGD Kennemerland en het gemeentelijke Omnibusonderzoek wordt dit met regelmaat gemeten.



Een gezonde keuze

1. Inleiding

De nota gemeentelijk gezondheidsbeleid 2011-2014 gaat over publieke gezondheidszorg. Bij publieke gezondheidszorg, vroeger collectieve preventie genoemd, gaat het om een maatschappelijke vraag, en niet om een individuele vraag. Het gaat over de bescherming en bevordering van de gezondheid van de Haarlemse bevolking als geheel of van groepen uit de bevolking. In deze nota worden de kaders gegeven voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid in de komende jaren.

Gezondheidsbescherming, inclusief het voorkómen en vroegtijdig opsporen van ziekten, is ondergebracht bij GGD Kennemerland. Veel van deze taken zijn verankerd in regelgeving zoals bijvoorbeeld in een verplicht uit te voeren basistakenpakket jeugdgezondheidszorg. Het merendeel van de budgetten gaan naar gezondheidsbescherming, maar er is weinig beleidsvrijheid en de taken voor gezondheidsbescherming worden in deze nota daarom alleen beschreven. Deze nota gaat over *gezondheidsbevordering*; over leefstijl en gedrag. Hierbij heeft de gemeente beleidsvrijheid. Het Rijk draagt gemeenten op aandacht te besteden aan een aantal landelijke speerpunten.

Uit deze nota komt naar voren dat het overgrote deel van de Haarlemse inwoners een goede gezondheid heeft. De gezondheidssituatie in de stad wijkt niet opvallend af van de landelijke cijfers. Maar het landelijke beeld is wel dat welvaartsziekten veel meer voorkomen dan nodig is. Welvaartsziekten zijn een gevolg van een ongezonde leefstijl. De leefstijl lijkt zich in gunstige zin te ontwikkelen, maar een ongezonde leefstijl komt nog steeds veel te vaak voor. Het terugdringen daarvan stagneert, vooral onder laag opgeleiden. Maatschappelijke participatie blijft daardoor achter. De gemeente wil met preventie en gezondheidsbevordering een bijdrage leveren aan een gezondere samenleving.

De uitgangspunten voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid zijn door het college vastgesteld in de Startnotitie Gemeentelijk Gezondheidsbeleid. De eigen kracht, zelfredzaamheid en verantwoordelijkheid van de Haarlommer is het uitgangspunt. De gemeente kan de keuze gezond te leven ondersteunen.

Dit uitgangspunt sluit aan bij het beleid van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ook de minister gaat uit van de eigen verantwoordelijkheid voor de leefstijl. Voor wie gezond wil leven, moet dat een makkelijke keuze zijn. Betrouwbare, toegankelijke en doelgerichte informatie is daarbij essentieel. Daarnaast streeft de minister naar voldoende zorg en sport- en beweegmogelijkheden¹.

De commissie Samenleving heeft op 2 december 2010 de startnotitie besproken. De commissie stemde in met de uitgangspunten en gaf het college mee dat in de uitwerking rekening moet worden gehouden met de huidige financiële situatie van de gemeente. Ook stelde de commissie dat het werken aan een betere gezondheid vooral onderdeel moet zijn van bestaand en nieuw beleid zoals het jeugdbeleid, ouderengezondheidsbeleid en ruimtelijk beleid.

Deze nota geeft de algemene lijn voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid in de komende vier jaar. Er is geen nadruk gelegd op concrete acties, deze zullen met de uitwerking van de nota in overleg met de samenwerkingspartners gekozen worden.

Tweede nota gemeentelijk gezondheidsbeleid

De Wet publieke gezondheid verplicht de gemeente elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast te stellen. In de nota geeft de gemeente aan wat zij doet aan de bescherming en bevordering van de gezondheid. Hieronder valt onder meer infectieziektebestrijding, jeugdgezondheidszorg, ouderengezondheidszorg en de advisering door de GGD bij gemeentelijke besluiten.

In januari 2007 is de nota 'Gemeentelijk gezondheidsbeleid 2007-2010' vastgesteld. De gemeente moet volgens de huidige wet voor 1 juli 2011 een nieuwe nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vaststellen. Dit wordt per 1 januari 2012 gewijzigd in een verplichting een gemeentelijke nota vast te stellen binnen twee jaar na het verschijnen van de landelijke preventienota van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De nieuwe preventienota is in mei 2011 verschenen.

In de eerste Haarlemse nota gezondheidsbeleid was voor de doelgroepen jeugd, volwassenen en ouderen en de thema's milieu en verkeersveiligheid vastgelegd wat de gemeente deed en ging doen. De nota was beperkt omdat er weinig gegevens over de gezondheid uit bevolkingsonderzoeken beschikbaar waren en de financiële kaders onduidelijk waren. We kunnen inmiddels concluderen dat in de afgelopen periode zaken zijn verbeterd. Er is nu door gezondheidsonderzoeken een veel beter

inzicht ontstaan in de gezondheidssituatie. Dit vormt een goede basis voor het nieuwe beleid in de voorliggende nota. Daarnaast heeft de gemeente de regie in de jeugdgezondheidszorg verbeterd en is dit onderdeel geworden van het integrale jeugdbeleid. Integraal beleid voor ouderen is nog niet gerealiseerd, maar gezondheidsbeleid voor ouderen wordt in het nieuwe beleid opgepakt. Het bevorderen van een gezonde leefstijl is uitgevoerd via het Grotestedenbeleid, met bijzondere aandacht voor het terugdringen van overgewicht en alcoholgebruik onder jongeren. Vanuit andere beleidsterreinen zijn ook de nodige bijdragen geleverd aan gezondheid, bijvoorbeeld door sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen (onderwijs, inkomensondersteuning), maar ook via gezondheidsbescherming (milieu). Veel van deze inzet is impliciet, maar heeft wel degelijk effect op de gezondheid van de Haarlemer. In het nieuwe beleid willen we het bewustzijn van deze gezondheidseffecten versterken en daarmee de mogelijkheden van gezondheidsbevordering vergroten.

In bijlage I is een overzicht opgenomen wat Haarlem nu al doet aan preventie en gezondheidsbevordering. Daar is ook per onderwerp opgenomen of de doelstelling uit de eerste nota is gehaald.

Gezondheidsbeleid en maatschappelijke ondersteuning

Veel Haarlemmers doen mee aan de samenleving, op eigen kracht. Maar voor een aantal Haarlemmers is dat minder vanzelfsprekend. Voor hen die wel mee willen doen, maar dat niet kunnen heeft de gemeente 'Ontmoeten, verbinden en meedoen', het beleidsplan maatschappelijke ontwikkeling vastgesteld. De gemeente biedt ondersteuning in de vorm van individuele en collectieve voorzieningen, civil society en door inclusief beleid.

Een goede gezondheid is ook van groot belang voor volwaardige deelname aan de samenleving. Het gemeentelijk gezondheidsbeleid draagt daarmee ook bij aan het kunnen meedoen aan de samenleving, met de beperking dat het zich richt op groepen of de Haarlemer in het algemeen.

De nota is gemaakt in overleg met partijen die betrokken zijn bij de publieke gezondheidszorg en de Wmo-raad. De afdelingen van de eigen gemeentelijke organisatie zijn ook betrokken bij het maken van de nota. Met name met ouderenbeleid en jeugd, onderwijs en sport is afgestemd.

2. Visie

'Gezond leven doen de Haarlemmers vanuit hun eigen kracht, zelfredzaamheid en verantwoordelijkheid, de gemeente legt niets op. Haarlem wil een gezonde stad zijn met gezonde inwoners, die meedoen aan de samenleving en daarom ondersteunt de gemeente de keuze voor een gezonde leefstijl.'



Haarlem wil een bijdrage leveren aan een gezonde leefstijl. Dat kan door in het beleid rekening te houden met de effecten daarvan op de leefstijl van de Haarlemer. Dat kan bijvoorbeeld door de openbare ruimte zo in te richten dat bewegen gemakkelijk en vanzelfsprekend is. Dat kan door in het jeugdbeleid gezondheid nadrukkelijk een plek te geven. Dat kan door Haarlemmers voor te lichten over en te ondersteunen bij de keuze voor een gezonde leefstijl. Dan voert de gemeente 'Gezond beleid'.

3. Hoe gezond is de Haarlemmer?

Om te bepalen welke bijdrage de gemeente het beste kan leveren aan de gezondheid van inwoners van Haarlem is er inzicht nodig in de gezondheidssituatie van de Haarlemmers.

De afdeling Onderzoek en Statistiek heeft gevraagd hoe de Haarlemmer zijn eigen gezondheid ervaart. Zowel in 2007 als in 2009 vindt gemiddeld 78 procent van de respondenten de eigen gezondheid goed of zeer goed.

De eigen gezondheid wordt als (zeer) goed ervaren door

	Haarlem	Landelijk
Mannen	80 %	84 %
Vrouwen	76 %	79 %

Leeftijd is van grote invloed. Vanaf 45 jaar loopt de ervaren gezondheid terug. De verschillen tussen mannen en vrouwen worden pas na het 45ste levensjaar zichtbaar. Binnen de verschillende leeftijdsgroepen (jongeren, volwassenen, ouderen) is het percentage dat de gezondheid als (zeer) goed ervaart sinds 1990 nauwelijks veranderd. Maar door de vergrijzing daalt het percentage over het geheel genomen wel².

Voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid is een aantal zaken van belang.

- Het aantal Nederlanders met een *chronische ziekte* neemt toe. Dit is een belangrijk obstakel voor maatschappelijke participatie³.
- *Gezondheidsverschillen* tussen hoog- en laagopgeleiden zijn groot en hardnekkig in Nederland. Deze sociaaleconomische gezondheidsverschillen (ses, gemeten naar opleiding en inkomen) zorgen ervoor dat laag opgeleide Nederlanders gemiddeld zes tot zeven jaar jonger overlijden dan hoog opgeleiden. Het verschil in levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen is zelfs nog groter: 14 jaar³. Personen met een lage ses hebben vaker een minder gezonde leefstijl: roken en drinken meer, eten minder groenten en fruit en bewegen minder. Ook zijn materiële omstandigheden (woon- en werkomstandigheden) vaak minder gunstig voor de gezondheid. Gezondheidsverschillen zijn echter ook voor een deel het gevolg van gezondheidselectie. Juist een slechtere gezondheidstoestand kan ertoe hebben geleid dat iemand tot een lagere ses-groep behoort. De kloof is niet eenvoudig te verkleinen en het gezondheidsbeleid bij laagopgeleiden moet effectiever worden volgens het Kernrapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning.
- De toenemende *vergrijzing*, tot 2020 komen er in Haarlem 5.500 50-plussers bij⁴, vraagt extra aandacht voor de gezondheid van, en het voorzieningenniveau voor ouderen.

Dit alles betekent dat investeren in gezondheid nodig blijft, ook door de gemeente. Een vergrijzende economie heeft gezonde burgers nodig.

Gezondheidsonderzoeken

De GGD doet onderzoek naar de gezondheidstoestand van de Haarlemmers. In een cyclus van vier jaar wordt de gezondheidssituatie bij de jeugd, volwassenen en ouderen onderzocht⁵.

Ouderen

Ervaren gezondheid:

	GGD Ouderenonderzoek 2007		Omnibusonderzoek 2009
	Lichamelijke gezondheid (zeer) goed	Psychische gezondheid (zeer) goed	Ervaren gezondheid (zeer) goed
55 – 64 jaar			67 %
65 – 74 jaar	74 %	84 %	59 %
75 jaar en ouder	51 %	79 %	46 %

De cijfers van de GGD komen redelijk overeen met de landelijke cijfers⁶. Het Omnibusonderzoek van de gemeente laat lagere cijfers zien. De oorzaak daarvan kan goed liggen in verschillen in de onderzoeksmethode.

Wat constateert de GGD bij het ouderenonderzoek als probleem?

- *Depressie of een angststoornis*: 34% van de 65-74-jarigen heeft een matig of hoog risico hierop. Vanaf 75 jaar stijgt dit naar 49%.
- *Valincidenten*: Van de ouderen is 30 procent in het jaar voor het onderzoek gevallen. Dit percentage komt overeen met landelijke cijfers.
- *Bewegen*: 44% van de 65-74-jarigen voldoet niet aan de beweegnorm. Landelijk is dat rond de 30%. Vanaf 75 is dit percentage zowel landelijk als in Haarlem op circa 55%.
- *Alcohol*: 8 procent van de mannen (vrouwen 1%) drinkt (zeer) excessief alcohol. Dit komt ongeveer overeen met de landelijke cijfers.
- *Griep prik*: Een kwart van de 65-plussers haalt geen of niet jaarlijks de griep prik. De cijfers 2008-2009 van het RIVM laten geven aan dat in Haarlem 63% van de 60-plussers de griep prik heeft gehaald tegenover het landelijk gemiddelde van 74%.
- *Overgewicht*: Dit komt vaak voor, maar de cijfers liggen onder de landelijke cijfers.

Volwassenen

Ervaren gezondheid:

GGD Volwassenenonderzoek 2008

	Lichamelijke gezondheid (zeer) goed	Geen sombere / depressieve gevoelens
19 – 65 jaar	89 %	88 %

De Haarlemse cijfers wijken niet veel af van de landelijke gegevens. Een vergelijking met de cijfers uit het Omnibusonderzoek is lastig omdat daar een grotere onderverdeling is gemaakt in leeftijdscategorieën. De score loopt uiteen van 91% (25-34 jaar) tot 67% (55-64 jaar).

Op welke constatering uit het volwassenenonderzoek op leefstijl / fysieke omgeving zou kunnen worden ingezet?

- *Overgewicht*: 39% van de volwassen Haarlemmers heeft (ernstig) overgewicht. Dit is minder dan het landelijke cijfer (47%), maar nog steeds een te hoog percentage.
- *Voeding*: Driekwart voldoet niet aan de voedingsnorm (200 gram groente en twee stuks fruit).
- *Bewegen*: Bijna de helft voldoet niet aan de norm voor gezond bewegen. Landelijk is dit 44%.
- *Alcohol*: Van de volwassenen die wel eens alcohol drinken (85%) voldoet 41 procent niet aan de norm verantwoord alcoholgebruik.
- *Woonomgeving*: Bijna vier op de tien volwassenen maakt zich zorgen over zijn gezondheid en/of veiligheid door invloed van de woonomgeving (voornamelijk door wonen op verontreinigde grond en wonen in een drukke straat).

In het onderzoek is ook gevraagd hoe men zijn of haar gezondheid zelf denkt te kunnen verbeteren. Meer bewegen en rustiger aan doen worden genoemd, maar ook een beter milieu en meer regels en verbodsbepalingen ten behoeve van hun eigen gezondheid.





Jeugd

De gegevens over de gezondheid van de jeugd zijn afkomstig uit het scholierenonderzoek E-movo (Elektronische Monitor en Voorlichting) en uit de registratie van de jeugdgezondheidszorg 4-19 jarigen. Gegevens over de 0-4 jarigen zijn opgenomen in de jaarverslagen van Jeugdgezondheidszorg Kennemerland. Beide laatste rapporten zijn regionaal en niet herleidbaar tot specifiek Haarlemse gegevens.

In de jeugdgezondheidszorg is inmiddels het digitale dossier ingevoerd. Hierdoor moet het eenvoudiger worden algemene gegevens over de gezondheid van de jeugd te gaan produceren. Een vierjaarlijks bevolkingsonderzoek zoals bij volwassenen en ouderen is er nog niet. Op landelijk niveau wordt momenteel een goede onderzoeksopzet voorbereid.

Ervaren gezondheid:

GGD E-movo

2e en 4e klas voortgezet onderwijs	Lichamelijke gezondheid (zeer) goed	Geen sombere / depressieve gevoelens
2009	89 %	79 %
2005	90 %	82 %

Op welke constatering uit het E-movo-onderzoek op leefstijl / fysieke omgeving zou kunnen worden ingezet?

- *Voeding:* Een grote meerderheid voldoet niet aan de voedingsnorm.
- *Bewegen:* Nog geen kwart voldoet aan de norm gezond bewegen en van de overige driekwart denkt 59% dat ze wel voldoende lichamelijk actie zijn.
- *Roken:* Het aantal regelmatige rokers is hoger dan in de regio en hoger dan de landelijke gemiddelden
- *Alcohol:* Iets minder dan de helft van de leerlingen heeft in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek alcohol gedronken. Ongeveer een kwart heeft teveel gedronken, maar het merendeel daarvan denkt dat ze niet teveel drinken.
- *Seksualiteit:* Ongeveer de helft van de leerlingen die geslachtsgemeenschap heeft (19%) vrijt wel eens zonder condoom, maar is lang niet altijd bewust van het gezondheidsrisico (soa).

De gegevens over overgewicht (2005) zijn niet betrouwbaar genoeg, maar 8% zou overgewicht hebben. Het onderzoeksrapport met de gegevens van de registratie van de jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar bevestigt dat: 13% van alle kinderen had overgewicht, waarvan 2% ernstig. Dit percentage lijkt overigens in de afgelopen jaren gestabiliseerd. De problemen komen vaker voor bij kinderen uit eenoudergezinnen, kinderen van ouders met een laag opleidingsniveau, met een niet-westerse achtergrond en in het leerwegondersteunend en praktijkonderwijs.

Het rapport gaat ook over psychosociale problemen en geconstateerd wordt dat het met 15% van de kinderen minder goed gaat of dat zij in minder gunstige omstandigheden verkeren. Dit percentage is door de jaren heen stabiel. Ook hier blijkt dat gezinssituatie, opleidingsniveau van de ouders en het schooltype belangrijk zijn voor de psychosociale gezondheid. Een niet-westerse achtergrond speelt nauwelijks een rol. Het percentage geregistreerde ernstige zorgen over kindermishandeling is opvallend lager, <0,5% tegenover 3% landelijk.

Lichamelijke en gemengde gezondheidsproblemen komen voor bij drie op de tien kinderen. Gemengde problemen hebben zowel een lichamelijk als psychosociaal karakter, bijvoorbeeld een spraak/taalprobleem. Voornaamste problemen zijn gezichtscherpte, gehoor en houding en bewegingsapparaat.

Bij een vergelijking van de cijfers van 2005 en 2009 blijken er verbeteringen te zijn bij klas 2 in de scores op alcoholgebruik, overmatig alcoholgebruik en wietgebruik. De overige scores zijn min of meer gelijk, maar de score op psychische gezondheid is zowel in klas 2 als klas 4 lager.

Conclusies bevolkingsonderzoeken

De Haarlemer ervaart de eigen gezondheid als minder dan gemiddeld in Nederland. Chronische ziekten nemen toe, de maatschappij vergrijst en sociaaleconomische gezondheidsverschillen zijn groot in Nederland en ook in Haarlem.

Veel ouderen hebben een verhoogd risico op een depressie of angststoornis. Voldoende bewegen en overmatig alcoholgebruik vragen aandacht.

Bij jongeren vraagt de hele leefstijl aandacht: voeding, beweging en genotmiddelengebruik. De score op psychische gezondheid is in 2009 ten opzichte van 2005 gedaald.

4. Stadsdelen en voorzieningen

Stadsdelen

Gezondheidsachterstanden zijn niet gelijkmatig verdeeld over de stad. In Oost ervaart 72% en in Schalkwijk 73% van de bevolking de gezondheid als (zeer) goed. In Centrum is dat 85%. Dit verschil komt is goeddeels te verklaren uit de verschillen in leeftijdsopbouw; in Centrum wonen veel minder 65-plussers.

Ook in de onderzoeken van de GGD zijn de gegevens uitgesplitst naar stadsdeel en de cijfers geven voor zowel ouderen, volwassenen als jeugd in Haarlem Oost en in Haarlem Schalkwijk de meeste afwijkingen in negatieve zin. In deze delen van Haarlem is het aantal inwoners met een inkomen rond 105% van het sociaal minimum het hoogst. Dit inkomen is een indicator voor de sociaaleconomische status (ses) en personen met een lagere ses hebben over het algemeen een minder gezonde leefstijl.

Bij de ouderen wordt in Oost en Schalkwijk meer dan gemiddeld de gezondheid als matig of slecht ervaren en overgewicht komt meer voor. Het gebruik van slaapmiddelen en de kans op een angststoornis of depressie is hoger. Bij de leefstijlfactoren valt op dat het beweeggedrag ongunstig is, in Oost gecombineerd met ongunstig rookgedrag. Bij ouderen en volwassen scoort de psychische gezondheid lager in beide stadsdelen. In Oost springt de woonomgeving er in negatieve zin uit en in Schalkwijk de leefstijlfactoren voeding en roken.

Voor de andere stadsdelen valt op dat in Centrum Zuid-West en Noord het alcoholgebruik hoog is. In Noord is men verder bovengemiddeld bezorgd over het wonen op verontreinigde grond en in Centrum Zuid-West is een relatief hoog risico op angststoornissen/depressie.



Er zijn in de Haarlemse onderzoeken geen verbanden gelegd tussen afkomst en leefstijl. Algemene, landelijke gegevens laten zien dat roken en alcoholgebruik minder voorkomen onder niet-Westerse allochtonen dan onder Westerse allochtonen en

autochtonen⁸. Op de factoren bewegen/sporten en voeding (met name microvoedingsstoffen zoals vitaminen) scoren deze groepen juist slechter. In Haarlem wonen in Haarlem Oost, Haarlem Schalkwijk en een aantal buurten in Centrum en Noord een hoger percentage (22% en meer) allochtonen.



Voorzieningen

De voorzieningen in de eerstelijnsgezondheidszorg moeten goed bereikbaar zijn en dat betekent in eerste instantie dicht in de buurt van de bewoners. Door vergrijzing zal het beroep op deze voorzieningen toenemen en er zal in de toekomst voldoende aanbod aan eerstelijnszorgvoorzieningen moeten zijn. De eerstelijnszorg bepaalt in principe zelf waar zij zich vestigen, de zorgverzekeraar heeft een regisserende rol. De gemeente kan in de sfeer van de randvoorwaarden voor de vestiging van voorzieningen (ruimtelijke plannen) wel een rol spelen. De tendens is dat de zelfstandig gevestigde beroepsbeoefenaar in de eerstelijns (huisarts, tandarts, fysiotherapeut) langzamerhand verdwijnt. Er komt steeds meer samenwerking in de vorm van groepspraktijken en gezondheidscentra.

De voorzieningen in Haarlem zijn in 2010 in kaart gebracht in de nota 'Haarlem Maatschappelijk op de Kaart'⁷.

In *Haarlem Noord* moet meer ingezet worden op schaalvergroting bij de eerstelijns gezondheidszorg. Normatief heeft Noord ruimte voor circa vijf gezondheidscentra, er zijn er nu drie. De wijk Westoever Noorder Buitenspaarne heeft daarbij voorrang gezien de gebrekkige aanwezige infrastructuur op dit terrein; deze wijk (11.000 inwoners) is een witte vlek bij de spreiding van huisartsenpraktijken.

In *Haarlem Centrum* is geen eerstelijnsgezondheidszorgcentrum aanwezig, de eerstelijnszorg bestaat vooral uit individuele of groepspraktijken. Er liggen hier wel kansen in de combinatie met een kleinschalig verzorgd wonen project. Er is overigens wel een gezondheidscentrum net buiten de wijk in de Koninginnebuurt.

In *Haarlem Zuid-West* is het aantal eerstelijns zorgaanbieders in individuele en groepspraktijken hoog. Dit wordt veroorzaakt door het woonvestigingsklimaat. Er zijn twee gezondheidscentra, maar er is nog ruimte voor een derde gezondheidscentrum, met een voorkeur voor een locatie nabij het Ramplaankwartier of de Zijlweg.

In *Haarlem Oost* is naast het aanwezige breed samengestelde gezondheidscentrum in het Reinaldahuis ruimte voor nog een dergelijk gezondheidscentrum, het liefst gekoppeld aan een zorgsteunpunt bij een woonzorgvorm. De plint aan de Schipholweg zou een goede locatie zijn.

In *Haarlem Schalkwijk* variëren de voorzieningen van individuele praktijken tot grote zorglocaties. In Boerhaave ontbreekt een eerstelijns(huisarts)voorziening. Er is nog ruimte voor een gezondheidscentrum, idealiter gekoppeld aan andere (woon)zorgvoorzieningen.

5. Rol en positie van de gemeente.

In de Wet publieke gezondheid zijn de taken vastgelegd voor de gemeenten. Aan deze 'wettelijke taken' moet de gemeente op actieve wijze invulling geven, maar hoe dat gebeurt, is grotendeels aan de gemeente zelf. Gemeentelijke taken zijn bijvoorbeeld het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen, uitvoering jeugdgezondheidszorg, preventie en gezondheidsbevordering, maar ook het in stand houden van een GGD. In bijlage II staan de taken beschreven.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht, maar er zijn geen financiële of bestuurlijke handhavingsmaatregelen. De feitelijke verantwoording van de uitvoering van deze taken gebeurt door het college aan de gemeenteraad. Een groot deel van de taken is al dan niet verplicht ondergebracht bij de GGD. De GGD is verlengd lokaal bestuur (gemeenschappelijke regeling) en dat betekent dat het niveau van uitvoering niet door Haarlem alleen besloten wordt, maar door de tien deelnemende gemeenten gezamenlijk.

Gemeentelijk gezondheidsbeleid gaat over gezondheidsbescherming en over gezondheidsbevordering. *Gezondheidsbescherming* is veelal verankerd in wetgeving zoals in het verplichte basistakenpakket jeugdgezondheidszorg. Gezondheidsbescherming wordt verder gerealiseerd door maatregelen en voorzieningen die vaak al in een verleden genomen zijn en daarom bijna vanzelfsprekend zijn. Een goed systeem van waterleidingen en riolering, maar ook regels voor voedselveiligheid en arbeidsomstandigheden zijn daar voorbeelden van. Dit komt in deze nota verder niet aan bod.

De beleidsvrijheid van de gemeente zit met name in *gezondheidsbevordering*. Dit gaat over leefstijl en dus over gedrag. Dat is de eigen verantwoordelijkheid van de Haarlemer. De gemeente ondersteunt dat met informatie zodat hij een bewuste keuze kan maken. Ook een 'gezonde inrichting' van de leefomgeving, met sport- en beweegmogelijkheden in de buurt helpen daarbij.

De rol van de gemeente in de de publieke gezondheid is verschillend. De gemeente is opdrachtgever, vooral bij de uitvoerende taken. Er worden dan met de betrokken partijen afspraken gemaakt over de kwaliteit van de uitvoering. De gemeente heeft ook een rol als regisseur, vooral bij preventie en gezondheidsbevordering. De gemeente kan sturen op processen van samenwerking en commitment verwerven binnen en buiten de gemeente om de doelstellingen te halen. De instrumenten die de gemeente in kan zetten zijn divers: geld (subsidie), faciliteiten (ambtelijke capaciteit), overtuigingskracht (burgers, maatschappelijke partijen), regelgeving en handhaving (horeca / openbare ruimte). De regierol strekt zich ook uit tot de eigen organisatie. De eigen gemeentelijke organisatie kan een goede bijdrage leveren aan preventie en gezondheidsbevordering. Daarvoor moet de organisatie zich in de eerste plaats bewust zijn van de mogelijkheden en in de tweede plaats overtuigd zijn het belang van de publieke gezondheidszorg.



Preventie, door informeren of door het makkelijker maken te kiezen voor gezond gedrag, kan zich richten op iedereen, met of zonder verhoogd risico op ziekte. Dat is universele preventie. Preventie kan ook selectief zijn, de inzet richt zich dan op groepen met een hoog risico. Preventie is vaak aanbodgericht en van veel methoden gericht op leefstijlverandering (interventies) is het effect (nog) niet bewezen. Interventies in de eerstelijnszorg bij mensen met een verhoogd risico zijn effectief, maar het aanbod en het bereik zijn laag. Kortdurende interventies hebben vaak geen blijvende effecten, het is zaak een gekozen aanpak door te zetten. Aanpassing van de fysieke omgeving blijkt een effectieve aanvulling. En de

sociale omgeving blijkt een belangrijke invloed te hebben op iemands gedrag, bijvoorbeeld de invloed van leeftijdsgenoten op alcoholgebruik of de invloed van ouders op het beweeggedrag van de kinderen⁹.

Burgers vinden gezondheid erg belangrijk, maar ze nemen de gezondheidsadviezen van experts over gezonde leefstijl maar matig ter harte. Publieke gezondheidszorg is vooral aanbodgestuurd en dat aanbod sluit vaak niet aan bij de burgers. Een voorbeeld is de vaccinatiecampagne tegen baarmoederhalskanker bij meisjes vanaf 12 jaar, waarbij door burgers de veiligheid van het vaccin werd betwist. Maar het geldt ook voor gezondheidsbevordering. De burger is niet onder de indruk van de vele risicofactoren waar hij mee geconfronteerd wordt in de voorlichtingscampagnes. Velen ervaren overgewicht niet als het belangrijkste in hun leven. Bij gezondheidsbevordering moet niet aan, maar met en van burgers worden geleerd.¹⁰



6. Wat doet de gemeente al?

Voor we kunnen kiezen welke inzet op gezondheidsbevordering de gemeente wil doen, kijken we naar wat er al gebeurt vanuit gezondheidsbeleid en vanuit andere gemeentelijke beleidsvelden. Deze inzet is soms expliciet, zoals de uitvoerende taken van de GGD, de individuele voorzieningen Wet maatschappelijke ondersteuning, Loket Haarlem, ouderenadviseurs, preventie geestelijke gezondheidszorg, Centra voor jeugd en Gezin, sport. Het levert allemaal een bijdrage aan (het behoud van) gezondheid. Ook bij het ruimtelijk beleid wordt rekening gehouden met gezondheid. Een voorbeeld is de ontwerp gebiedsvisie Boerhaave. In de visie staan zaken als alle voorzieningen voor het gezin op loopafstand en een groene omgeving met een buurt-park en groen aan de randen van de wijk. Kortom, een gezonde inrichting van de leefomgeving, maar het begrip gezondheid komt in de visie niet voor. De gezondheidseffecten zijn daarmee slechts impliciet opgenomen en de effecten kunnen sterker dan nu het geval is naar voren komen.

Gezondheidsbevordering is geen extra taak voor al deze beleidsterreinen, maar een middel om doelen te bereiken. Een goede gezondheid van de Haarlemmers heeft namelijk positieve effecten. Een betere gezondheid leidt tot minder schooluitval en meer diploma's. Het leidt tot minder uitkeringen omdat gezondheid geen belemmering hoeft te zijn voor werk. Het leidt tot meer veiligheid op straat omdat gezonde mensen actiever zijn in de openbare ruimte. Het leidt tot een betere economie omdat gezonde mensen minder verzuimen. De bijdrage van gezondheid aan het bereiken van deze doelen is moeilijk en slecht in getallen te vangen, maar wel belangrijk.

In bijlage I is een overzicht opgenomen van wat er door de GGD en door de gemeente al gedaan wordt aan gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering.

7. Welke speerpunten kiest de gemeente?

De gemeente moet in haar eigen gezondheidsbeleid aandacht geven aan de speerpunten die het Rijk heeft gekozen¹¹. Dat wil niet zeggen dat op ieder speerpunt actief beleid moet worden gevoerd; de gemeente maakt eigen keuzes.

Landelijke speerpunten

Roken

Schadelijk alcoholgebruik

Overgewicht

Diabetes

Depressie

Haarlemse speerpunten

Schadelijk alcoholgebruik

Overgewicht, primair bij de jeugd

Depressie, primair bij ouderen

Seksuele gezondheid

Gezondheidsverschillen

Ouderen

Haarlem kiest voor deze speerpunten want:

Schadelijk genotmiddelengebruik, met name alcohol, is landelijk en lokaal een probleem. Er zijn minder jongeren die drinken maar als ze drinken dan drinken ze veel en dat is schadelijk. Het aantal 55-plussers met alcoholproblemen dat zich meldt bij de verslavingszorg stijgt¹². Een mix van landelijke en lokale maatregelen is effectief.

Overgewicht (door voeding en bewegingstekort) is landelijk en lokaal een groot probleem. Bij de jeugd valt de meeste winst te behalen in de zin dat gezondheidsproblemen in de toekomst kunnen worden voorkomen. Inzet op overgewicht is tegelijkertijd inzet op diabetes omdat overgewicht een belangrijke veroorzaker is van die ziekte.

De kans op depressie en angststoornissen is bij ouderen relatief hoog. Het is belangrijk deze doelgroep, en ook allochtone ouderen vroegtijdig te bereiken om klachten niet ernstiger of chronisch te laten worden. Zonder depressie of angststoornis is de deelname aan de samenleving hoger, bijvoorbeeld door vrijwilligerswerk of mantelzorg.

De meeste Nederlanders leven 'seksueel gezond', maar er zijn zorgwekkende ontwikkelingen. Zo heeft één op de drie vrouwen ooit seksueel geweld meegemaakt, is ongeveer 20% van alle zwangerschappen ongepland en stijgt het aantal mensen met een seksueel overdraagbare aandoening (soa).

De verschillen in (gezonde) levensverwachting tussen mensen met een lagere en een hogere sociaaleconomische status zijn onacceptabel groot. Door het ondersteunen van de keuze gezond te leven primair te richten op Haarlemmers met een lagere

sociaaleconomische status is gezondheidswinst te halen.

De zorgvraag groeit met de toename van het aantal ouderen. Tegelijkertijd nemen de kosten van de zorg toe en het arbeids-potentieel om deze zorg te verlenen af. Goede preventieve zorg is van groot belang om 'succesvol ouder worden' goed te ondersteunen.

Roken en diabetes zijn geen speerpunten van de gemeente, maar komen wel aan bod. De aanpak van overgewicht zorgt tevens voor vermindering van de kans op diabetes. Roken komt aan bod als onderdeel van interventies die zich richten op de gehele leefstijl, zoals De Gezonde School. Effectieve beleidsmaatregelen op het gebied van roken zijn vrijwel allemaal maatregelen van het Rijk: rookverbod, reclameverbod, accijns et cetera. Afzonderlijke lokale maatregelen zullen hier weinig aan toevoegen.

De inzet van de gemeente moet bijdragen aan het behoud of een verbetering van de gezondheid van de Haarlemmer. Via de bevolkingsonderzoeken van de GGD en het gemeentelijke Omnibusonderzoek wordt dit met regelmaat gemeten. Wij verbinden aan de speerpunten geen concreet geformuleerde doelstellingen in de vorm van streefpercentages. Dat is een bewuste keuze omdat de daadwerkelijke resultaten bij collectieve preventie niet één op één aan specifieke inzet is te verbinden. De huidige cijfers zijn opgenomen in Hoofdstuk 3. Door deze scores op de speerpunten te volgen en te vergelijken met landelijke cijfers ontstaat een beeld van de ontwikkeling van de gezondheid. Ook de verschillen tussen wijken worden gemeten evenals door gezondheid beperkte zelfredzaamheid onder ouderen. De ontwikkeling van deze scores in de komende jaren kan voor ons aanleiding zijn andere keuzes te maken in gezondheidsbevordering.

8. Wat gaat de gemeente doen?

De inzet van de gemeente loopt langs meerdere lijnen, gekoppeld aan de conclusies over de gezondheidssituatie van de Haarlemmers en de gekozen speerpunten. In het huidige beleid wordt al ingezet op de Haarlemse speerpunten. Naast de reguliere inzet zoals die in bijlage 1 is opgenomen (bijvoorbeeld jeugdgezondheidszorg), worden de middelen van de decentralisatie-uitkering 'Gezond in de Stad' gebruikt om in te zetten op een gezonde leefstijl bij kinderen (onder meer de speerpunten alcohol, overgewicht, seksuele gezondheid). Ook de inzet van de verslavingspreventie (Brijder) draagt hier aan bij (onder meer alcohol, drugs). Met de preventie-afdeling van de geestelijke gezondheidszorg (Prezens inGeest) zijn afspraken gemaakt over de inzet op depressie. De afspraken voor de komende jaren zullen verder worden toegespitst op de in de gezondheidsonderzoeken geconstateerde problemen. De voorstellen hieronder gaan over nieuwe inzet van de gemeente.



Het bevorderen van eigen initiatieven van Haarlemmers voor een gezonde leefstijl

Naar voorbeeld van het Haagse project 'Natuurlijk: gezonde wijken'¹² willen wij bewonersinitiatieven die bijdragen aan het verminderen van gezondheidsachterstanden ondersteunen. Het is een succesvol middel om bewonersparticipatie bij gemeentelijk gezondheidsbeleid vorm te geven. Bewoners zetten vanuit eigen kracht in op regie over hun gezondheid en leefomgeving. Het Haagse project is gericht op achterstandswijken en in 2009 zijn 49 initiatieven gehonoreerd, het merendeel met een bedrag tot € 5.000,—. Thema's van deze projecten zijn onder meer bewegen, stress/psychosociale gezondheid, voeding en toegang tot gezondheidsvoorzieningen. Als voorbeeld noemen we een project Gezond eten voor weinig geld met recepten voor en door bewoners. Dit heeft geresulteerd in een boekje met eenvoudig te begrijpen, gezonde recepten, afkomstig van en uitgeprobeerd door bewoners zelf.

In Haarlem zijn de gezondheidsachterstanden in Oost en Schalkwijk het grootst. Bij het uitwerken van een regeling willen wij daarmee rekening houden, maar ons er niet toe beperken. Gezondheidsinitiatieven uit de hele stad moeten in aanmerking kunnen komen voor ondersteuning.

Bij het uitdragen van dergelijke bewonersinitiatieven kan het Buuv-project ook een rol vervullen om mensen samen te brengen bij initiatieven voor een gezondere leefstijl.

Voorstel 1

Uitwerken regeling voor ondersteunen bewonersinitiatieven voor het verminderen van gezondheidsachterstanden. Voor de regeling op jaarbasis € 75.000,— beschikbaar stellen waarmee gemiddeld 15 initiatieven kunnen worden gehonoreerd.

Draagt bij aan

Het voorstel draagt bij aan het verminderen van gezondheidsachterstanden veroorzaakt door de sociaaleconomische status.

Het bieden van interventies gericht op preventie en gezondheidsbevordering

Mensen hebben een eigen verantwoordelijkheid voor gezond leven, maar mogen ook worden verleid tot gezond leven, zonder direct iets te gebieden of te verbieden.

Voorlichting en hulp gericht op preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik, en op preventie van depressie en angststoornissen is al onderdeel van gemeentelijk beleid. Diverse instellingen worden hiervoor gesubsidieerd. Op basis van de nu beschikbare gegevens over de gezondheidssituatie van de Haarlemmer worden de prestatieafspraken herzien. Zo blijkt bijvoorbeeld uit de Volkgezondheid Toekomst Verkenning dat het aantal 55-plussers met alcoholproblemen stijgt terwijl voor die groep nu nog geen gerichte inzet is.

Haarlem maakt ook gebruik van de decentralisatie-uitkering 'Gezond in de Stad' (2010-2014). Het college heeft besloten¹⁴ deze middelen in te zetten om scholen in het basis- en voortgezet onderwijs te ondersteunen bij het halen van de Gezonde Schoolcertificaat. De scholen geven daarmee structureel aandacht aan voeding en mondgezondheid; sport en bewegen; persoonlijke verzorging; roken en alcohol; psychosociale gezondheid; relationele en seksuele ontwikkeling; fysieke veiligheid en het binnen- en buitenmilieu van de school.



Een ander deel van de middelen van de decentralisatie-uitkering wordt ingezet voor 'Gezond in de Wijk' om gezondheidsachterstanden te verminderen, beginnend in het Rozenprieel.

Naast deze bestaande inzet wil de gemeente middelen beschikbaar stellen voor activiteiten gericht op doelgroepen met gezondheidsachterstanden of hoge risico's (voorstel 2). Voorbeelden daarvan zijn 'Armoede en gezondheid van kinderen'; 'Goede voeding hoeft niet veel te kosten' en 'Vallen is ook een sport'. De effecten van de te subsidiëren activiteiten moeten goed beschreven zijn.

De gemeente wil extra aandacht voor overgewicht bij de doelgroep jongeren (voorstel 3). Daarvoor wordt aangesloten bij het landelijke initiatief 'Jongeren op gezond gewicht' (JOGG)¹⁵. Dit is gebaseerd op een succesvolle aanpak in Frankrijk onder de naam Epode. JOGG zet zowel jongeren als hun ouders centraal om overgewicht aan te pakken met voldoende bewegen en gezonder eten. Het is een gezamenlijke aanpak van zoveel mogelijk partijen in de gemeente, van sportclub tot bedrijfsleven. De kracht zit ook in het herhalen van dezelfde boodschap. Vooral de publiek-private samenwerking en sociale marketing maken JOGG sterk. Het is een langjarige aanpak die samen met alle partijen wordt opgezet. Het zorgt als een paraplu voor samenhang tussen alle verschillende interventies en activiteiten in een gemeente. De ambitie van JOGG is dat Nederland in 2020 de gezondste jeugd in Europa heeft. Het streven is dat er in 2015 75 JOGG gemeenten in Nederland zijn, momenteel zijn er zes.

Aansluiting bij JOGG is voordelig en efficiënt omdat gebruik gemaakt kan worden van een reeds ontwikkelde succesvolle aanpak, met landelijke uitstraling en aandacht. Het JOGG-bureau ondersteunt gemeenten met kennis, training en communicatiemiddelen JOGG wordt voor een groot deel gefinancierd door bedrijven; een gemeente betaalt een jaarlijkse bijdrage van € 10.000,—. Daarnaast heeft de gemeente de kosten van een lokale projectleider.

Voorstel 2

Een structureel budget van € 75.000,— beschikbaar stellen voor het uitvoeren van (bewezen) effectieve leefstijlinterventies, gericht op doelgroepen met een hoog risico of gezondheidsachterstanden.

Draagt bij aan

De uit te voeren activiteiten moeten bijdragen aan de Haarlemse speerpunten van beleid.

Bij de subsidiëren zal rekening gehouden worden met een goede verdeling over deze punten.

Voorstel 3

Aan te sluiten bij het landelijke initiatief 'Jongeren op gezond gewicht' en hiervoor een budget beschikbaar te stellen van € 75.000,— (bijdrage JOGG en kosten projectleider) voor de duur van het project (drie jaar).

Draagt bij aan

JOGG draagt bij aan de aanpak van overgewicht onder jongeren.



Optimaliseren ouderengezondheidszorg

De vraag naar gezondheidszorg neemt met de vergrijzing de komende jaren verder toe. Er is nu onvoldoende zicht op het totaal aan gezondheidsvoorzieningen voor ouderen en de toekomstige behoefte. Hierbij wordt een koppeling gemaakt met het beleid maatschappelijke ondersteuning en specifiek met de nota Hof 2.0: van visioen naar doen. In deze nota is de praktijkwerkplaats fysieke infrastructuur wonen, welzijn en zorg opgenomen. Daarin wordt de opgave voor een basisinfrastructuur van geschikte woningen en zorg- en welzijnsvoorzieningen geformuleerd. Voorzieningen voor de gezondheidszorg maken hier deel van uit.

Naast een goed voorzieningenniveau zal speciale aandacht uit moeten gaan naar het bereiken van de kwetsbare ouderen. Hiermee kan het succesvol ouder worden ondersteund worden en mogelijk een beroep op gezondheidsvoorzieningen worden voorkomen. Het project 'Gezond oud' in Zuid-Limburg¹⁵ is een inspiratiebron.

Hierin werken huisartsen en andere zorgverleners in de eerste lijn, de GGD, patiëntenorganisaties, GGZ-instellingen, welzijnsinstellingen, ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen en gemeenten nauw samen om de kwaliteit van leven van zelfstandig wonende 75-plussers te behouden of te verbeteren. 75-plussers worden opgeroepen als zij niet voldoende in beeld waren bij de huisarts omdat ze het laatste half jaar niet door de huisarts of praktijkondersteuner waren gezien, en ouderen die het laatste jaar alleenstaand waren geworden. Een deel wordt uitgenodigd voor een speciaal 'gezond oud'-consult met een huisbezoek. De kosten voor dit project worden in Limburg voor het grootste deel gedragen door de zorgverzekeraar.

Voorstel 4

Onder regie van de gemeente wordt met betrokken partijen onderzocht of een op 'Gezond oud' geïnspireerd project in Haarlem kan worden opgezet. De ambtelijke inzet vindt binnen de begroting plaats. Voor onderzoek, ondersteuning en organisatie wordt een projectbudget beschikbaar gesteld van € 50.000.—.

Draagt bij aan

Toekomstbestendige gezondheidszorg voor ouderen.

Het versterken van preventie door samen te werken

Weten wat er gebeurt

De gemeente heeft een duidelijke opdracht in de publieke gezondheidszorg. Sommige onderdelen voert de gemeente zelf of via de GGD uit. Voor sommige onderdelen heeft de gemeente de rol van opdrachtgever. Maar een groot deel van de opdracht kan de gemeente niet zelf of niet alleen vervullen. Samenwerking is noodzakelijk, met name bij preventie, en samenwerking versterkt de inzet; de boodschap wordt via verschillende kanalen uitgedragen. De eerste stap is dat partijen van elkaar weten wat zij doen aan preventie. Er zijn veel partijen actief: eerstelijnsgezondheidszorg, zorgverzekeraars, sportclubs, scholen, ouderen, welzijnswerk. De gemeente zal het initiatief nemen om met de eerstelijnsgezondheidszorg en de zorgverzekeraars deze samenwerking vorm te geven.

Regionale samenwerking

De GGD voert de bevolkingsonderzoeken uit voor alle gemeenten in de regio. Natuurlijk zijn er lokale verschillen in de gezondheidssituatie en is de bevolkingsopbouw ook verschillend in gemeenten. Maar er zijn ook veel overeenkomsten. Voor de toekomst kan het, vanuit het oogpunt van effectiviteit en doelmatigheid, voordelig zijn het gemeentelijk gezondheidsbeleid (verder) te regionaliseren. Daarover gaan we in overleg met de GGD en de regiogemeenten.

Voorstel 5

Om preventieve gezondheidszorg te versterken wordt een structureel budget van € 50.000 beschikbaar gesteld, voor projecten die tot stand komen met een gezamenlijke inzet van eerstelijns gezondheidszorg, zorgverzekeraars en de gemeente.

Draagt bij aan

Hogere effectiviteit van preventie. Uit te voeren projecten richten zich op de Haarlemse speerpunten.

Het versterken van gezondheidsbevordering in het eigen gemeentelijk beleid.

Preventie en gezondheidsbevordering zijn onderdeel van het gemeentelijk beleid. Bij een aantal beleidsterreinen (jeugd, sport, milieu) is dat vanzelfsprekend. Bij een aantal andere beleidsterreinen wordt minder expliciet rekening gehouden met gezondheidseffecten. En een gezonde inrichting van de leefomgeving en sport- en beweegmogelijkheden in de buurt ondersteunen de keuze voor een gezonde leefstijl. Binnen alle beleidsterreinen van de gemeente moeten gezondheidseffecten worden meegewogen, waarvoor de GGD adviseur en kennisbron is.

Flexibiliteit

Bovenstaande voorstellen zijn deels ingevuld met concrete projecten. De nota heeft een looptijd van vier jaar en wij willen bij het uitvoeren van projecten in kunnen spelen op ontwikkelingen in de komende jaren. Activiteiten die onvoldoende bijdragen aan de doelstellingen of niet gerealiseerd kunnen worden moeten tussentijds kunnen worden geschrapt. Gedurende de looptijd van deze nota wordt jaarlijks verantwoording afgelegd over de activiteiten in een voortgangsrapportage en kan de inzet worden bijgesteld.

9. Financiën

In het Collegewerkprogramma 2010-2014 hebben wij opgenomen dat wij 'de eigen activiteiten met betrekking tot het lokale gezondheidsbeleid nader zullen bezien. Investeren in preventie en de voorkant van de zorgketen is van belang; het ontbreken van financiële middelen beperkt echter onze mogelijkheden en ambities op dit vlak.' De nu voorliggende nota is vanuit die gedachte opgesteld.

De taken die door de deelnemende gemeenten zijn ondergebracht bij de GGD worden bekostigd uit de inwonersbijdrage. De inwonersbijdrage van de regio-gemeenten wordt verhoogd, maar tegelijkertijd wordt via de zogenaamde 'menukaarten' gewerkt aan kostenreductie. In juli 2011 is over de invulling van de bezuinigingen door het algemeen bestuur van de VRK besloten. De bezuinigingen worden verwerkt in de begroting 2012. De bedragen in onderstaande tabel geven de stand van zaken voorjaar 2011 weer.

Taken die de GGD specifiek voor Haarlem uitvoert worden bekostigd uit het zogenaamde pluspakket. Deze inzet wordt voor een deel afgebouwd en daarmee ontstaat ruimte in dit budget om de voorstellen uit deze nota te financieren.

De gemeente kan vanuit haar rol als regievoerder veel bijdragen aan gezondheidsbevordering. Door verschillende organisaties en professionals samen te brengen kan het effect van preventie worden versterkt. Inzet van het bestuur en de ambtelijke organisatie kan dit vaak al met weinig kosten bewerkstelligen.

Binnen het huidige gezondheidsbeleid zijn beperkte budgetten beschikbaar, voornamelijk budget voor collectieve preventie geestelijke gezondheidszorg en preventie schadelijk alcohol- en drugsgebruik.

Projecten in het kader van Gezonde School en Gezonde Wijk¹⁷ worden gefinancierd uit de decentralisatie-uitkering Gezond in de Stad 2010–2014. Deze projecten zijn gericht op structurele veranderingen, zoals het opnemen van gezondheid in de beleidsplannen van de scholen zodat de aandacht voor gezondheid permanent wordt. Daarmee wordt voorkomen dat er vanaf 2014 financieringsproblemen ontstaan. Een eventuele opvolger of verlenging van de decentralisatie-uitkering kan dan voor nieuwe activiteiten worden ingezet.

Tenslotte zullen we proberen voor nieuwe initiatieven extern geld binnen te halen. Er zijn wellicht subsidies mogelijk voor vernieuwende projecten via instellingen als ZonMw. Ook zorgverzekeraars kunnen dergelijke initiatieven financieel ondersteunen. Uit onderzoek¹⁸ blijkt dat elke euro die geïnvesteerd wordt in preventie een substantieel rendement voor de samenleving met zich meebrengt, ook voor verzekeraars.



Budgetoverzicht gemeentelijk gezondheidsbeleid (stand van zaken 2011)

GGD, standaardtakenpakket inclusief

Jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar	€	1.960.000
GGD, pluspakket	€	1.375.000
Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar	€	2.480.000
Decentralisatie-uitkering Gezond in de Stad	€	79.350
2010 – 2014 jaarlijks		
Middelen De Gezonde School en Genotmiddelen	€	50.000
Preventie Brijder (Haarlems deel in regionale inzet)	€	72.000
Collectieve preventie geestelijke gezondheidszorg	€	93.000

In deze nota wordt voorgesteld budgetten beschikbaar te stellen om initiatieven voor gezondheidsbevordering mogelijk te maken, zoals bewonersinitiatieven, gerichte interventies, optimaliseren ouderengezondheidszorg en Jongeren op Gezond Gewicht. De financiering vindt plaats binnen het bestaande budget voor het pluspakket door de huidige afspraken over de inzet vanuit dit pakket te herzien. Deze herziening zal in de komende tijd plaatsvinden.

Voorstel 1 € 75.000

Uitwerken regeling voor ondersteunen bewonersinitiatieven voor het verminderen van gezondheidsachterstanden. Voor de regeling op jaarbasis € 75.000,— beschikbaar stellen waarmee gemiddeld 15 initiatieven kunnen worden gehonoreerd.

Voorstel 2 € 75.000

Een structureel budget van € 75.000,— beschikbaar stellen voor het uitvoeren van (bewezen) effectieve leefstijlinterventies, gericht op doelgroepen met een hoog risico of gezondheidsachterstanden.

Voorstel 3 € 75.000

Aan te sluiten bij het landelijke initiatief 'Jongeren op gezond gewicht' en hiervoor een budget beschikbaar te stellen van € 75.000,— (bijdrage JOGG en kosten projectleider) voor de duur van het project (drie jaar).

Voorstel 4 € 50.000

Onder regie van de gemeente wordt met betrokken partijen onderzocht of een op 'Gezond oud' geïnspireerd project in Haarlem kan worden opgezet. De ambtelijke inzet vindt binnen de begroting plaats. Voor onderzoek, ondersteuning en organisatie wordt een projectbudget beschikbaar gesteld van € 50.000.—.

Voorstel 5 € 50.000

Om preventieve gezondheidszorg te versterken wordt een structureel budget van € 50.000 beschikbaar gesteld, voor projecten die tot stand komen met een gezamenlijke inzet van eerstelijns gezondheidszorg, zorgverzekeraars en de gemeente.

Totaal aan voorstellen € 325.000

Prioritering

Omdat de herziening van de inzet vanuit het pluspakket tot en met 20 geleidelijk plaatsvindt kunnen bovenstaande niet allemaal gelijk opgepakt kunnen worden.

Het voorstel is als eerste te starten met Jongeren op Gezond Gewicht (voorstel 3); gevolgd door 'Gezond oud' (voorstel 4). Daarna kunnen respectievelijk het versterken van de preventie (voorstel 5); het ondersteunen van bewonersinitiatieven (voorstel 1) en interventies (voorstel 2) worden uitgevoerd.

Bijlage I

Overzicht inzet GGD en gemeente op gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering

1. Wonen, welzijn, gezondheid en zorg

1.1 GGD

De GGD Kennemerland voert voor Haarlem de volgende taken uit:

- Jeugdgezondheidszorg:

Bescherming en bevordering van de gezondheid van jeugdigen van 4 tot 19 jaar en ondersteuning van ouders/verzorgers bij het opgroeien en de opvoeding. Dit gebeurt met preventief onderzoek van alle kinderen, het geven van advies en voorlichting en kortdurende begeleiding.

- Infectieziektebestrijding (wettelijke taak):

Het voorkomen en bestrijden van epidemieën, tuberculose en seksueel overdraagbare aandoeningen (waaronder HIV). Hieronder valt ook de bron- en contactopsporing als er een melding van besmettelijkheid en ernstig gevaar voor de volksgezondheid komt.

- Technische hygiënezorg (wettelijke taak):

Het bewaken, bevorderen en beschermen van de gezondheid door toezicht op de aanwezigheid en kwaliteit van technische hygiëne voorzieningen en het beoordelen en begeleiden van het hygiënisch handelen van de gebruikers. Voorbeelden zijn de kinderopvang, publieksevenementen, instellingskeukens en prostitutiebedrijven.

- Gezondheidsbeleid en –advisering aan de gemeente (wettelijke taak)

Advisering bij het opstellen en uitvoeren van de vierjaarlijkse de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid en bij projecten en interventies zoals Gezond in de Stad.

- Gezondheidsbevordering:

Signaleren, voorlichten en interventies voor de hele bevolking en voor specifieke doelgroepen. De kracht van interventies door de GGD is dat zij voor tien gemeenten (kunnen) werken waardoor effectiviteit en efficiency verhoogd worden.

- Epidemiologie:

Inzicht krijgen in de gezondheidssituatie van de inwoners.

- Medische milieukunde (wettelijke taak):

Voorkomen of beperken van gevaar, ziekte en hinder als gevolg van een verontreinigd leefmilieu.

Via de GGD heeft de gemeente dus inzicht in de gezondheidssituatie van de Haarlemmer, en worden trends en risi-

cogroepen gesignaleerd. De GGD kan gevraagd en ongevraagd advies geven. De uitvoering gebeurt over het algemeen binnen de wettelijke eisen naar tevredenheid van de (regio)gemeente(n).

Er is een vaste bestuurlijke en ambtelijke overlegstructuur waarin de onderwerpen die de GGD betreffen aan de orde komen en waar nodig besluitvorming wordt voorbereid. Jaarlijks stelt de raad de inhoudelijke en financiële kaders van de GGD op hoofdlijnen vast.

De gezondheidsonderzoeken waarop de beschrijving van de gezondheid uit hoofdstuk 2 is gebaseerd, worden ook door de GGD uitgevoerd. De onderzoeken per leeftijdsgroep uitgevoerd waarbij ieder jaar een andere groep aan bod komt. In de vorige gezondheidsnota stond dit als actiepunt opgenomen. Alleen het onderzoek naar de leeftijdsgroep 0 tot en met 12 jaar moet nog worden vormgegeven. Dit wordt momenteel door de GGD voorbereid.

De GGD voert in Haarlem diverse interventies uit. Het merendeel in onderdeel van de reguliere afspraken met de GGD en een deel wordt uit subsidies gefinancierd. De interventies worden uitgevoerd in het basis- en voortgezet onderwijs en zetten in op overgewicht, seksualiteit, alcohol en genotmiddelen en psychische gezondheid.

De GGD adviseert de gemeente ook bij besluiten die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg. Tot op heden wordt er weinig advies gevraagd aan de GGD. Dit heeft deels te maken met de onbekendheid van deze verplichting en deels met onduidelijkheid over wat wel en niet onder belangrijke gevolgen voor de publieke gezondheid wordt verstaan.

Daarnaast is de GGD onvoldoende in beeld als adviseur en kennisbron voor de gezondheidsaspecten van beleid en besluiten. De gemeente houdt bij haar bestuurlijke besluiten al wel rekening met de gezondheidsaspecten, maar niet altijd even bewust. Mogelijke gezondheidseffecten moeten, onder meer met hulp van de GGD, meer en beter worden meegenomen in het beleid.

1.2 Gezondheid

Preventie en gezondheidsbevordering hebben in Haarlem vanuit het gezondheidsbeleid nog geen structurele vorm gekregen. In de vorige gezondheidsnota werd ingezet op versterking van de preventie in het algemeen, en met bijzondere aandacht voor overgewicht en alcoholgebruik bij jongeren. Via het grotestedenbeleid is in de periode december 2005 – december 2009 met het project Gezond in de Stad ingezet op signalering, aanpak en preventie van overgewicht bij 0-19-jarigen. Het is onduidelijk in hoeverre de interventies een (blij-

vend) effect hebben op de gezondheid van deze groep.

In de vorige gezondheidsnota is ook het verkleinen van sociaal economische gezondheidsverschillen opgenomen. De opgenomen acties zijn allen gericht op het verbeteren van de sociaal-economische positie vanuit onderwijs, werk en inkomen, niet vanuit leefstijl (gezondheid).

1.3 Welzijn en zorg: Wet maatschappelijke ondersteuning

Algemeen

Via het Beleidsplan maatschappelijke ondersteuning 2008-2011 'Ontmoeten, verbinden en meedoen' wordt ingezet op sociaal en mentaal welbevinden van de Haarlemmer. De inzet is gericht op vier groepen: Betrokken Haarlemmers, Haarlemse jeugd, Kwetsbare Haarlemmers en Haarlemmers met een beperking. De vorm van ondersteuning loopt van inclusief beleid, via burgers die elkaar ondersteunen en via collectieve voorzieningen naar individuele voorzieningen. Dit beleid draagt in hoge mate bij aan de gezondheid van de Haarlemmer, bijvoorbeeld met projecten om eenzaamheid te verminderen. Vanuit de Wmo worden ook individuele voorzieningen verstrekt zoals vervoers- en woonvoorzieningen en hulp bij het huishouden. Deze voorzieningen zijn er voor de individuele burger en het gemeentelijk gezondheidsbeleid gaat over het collectief, maar toch zijn hier raakvlakken. Voorzieningen worden verstrekt aan mensen die in meer of mindere mate belemmeringen ondervinden bij het kunnen meedoen aan de samenleving. Bij de indicering voor een voorziening of een keukentafelgesprek over de belemmeringen kan preventie en leefstijl een onderwerp zijn. Een voorbeeld daarvan komt uit Enschede: een scootmobiel wordt verstrekt in combinatie met een beweegprogramma omdat bewegen drastisch afneemt met deze voorziening. Ook de zorg- of hulpverlener zelf, die bij de mensen in huis komt kan een signalerende functie hebben bij leefstijl en gezondheid. Het gaat hierbij over selectieve preventie. Voorwaarde is dat de signalen over de gezondheid van betrokkene daadwerkelijk opgevolgd kunnen worden. De winst ligt aan twee kanten: (verdere) vermindering van gezondheid kan worden voorkomen en het gebruik van (meer) voorzieningen kan worden beperkt.

Loket Haarlem

Loket Haarlem is een belangrijke voorziening voor Haarlemmers en meer in het bijzondere voor ouderen. Het Loket geeft objectieve informatie en advies aan Haarlemse burgers over regelingen, voorzieningen en producten op het gebied van wonen, welzijn, zorg, vervoer en financiën. Daarnaast biedt Loket Haarlem ook praktische ondersteuning zoals hulp bij het aanvragen van voorzieningen. Loket Haarlem is een samenwerkingsverband van verschillende instellingen. Thuiszorg, collectieve en individuele voorzieningen gebaseerd op de Wet maatschappelijke ondersteuning en welzijnsvoorzieningen

hebben hun plek gevonden in Loket Haarlem en het verbinden van deze voorzieningen vindt plaats via Loket Haarlem.

Ouderen

In de vorige gezondheidsnota is integraal beleid voor ouderen als actiepoint opgenomen, maar ook het voorlichten van ouderen over inkomensondersteuning c.q. het verbeteren van hun financiële positie. Deze voorlichting heeft (verder) vorm gekregen via de inzet van ouderenadviseurs door Stichting Kontext al dan niet via Loket Haarlem. Daarnaast worden door vrijwilligers (vanuit de welzijnsinstellingen Dock en Haarlem Effect) preventieve huisbezoeken afgelegd bij ouderen. De inzet hierop is in de laatste jaren geïntensiveerd.

Er is geen actueel integraal beleid voor ouderen in Haarlem. Dit is inmiddels wel in de planning opgenomen (2011).

Drie bijzondere prestatievelden

In de Wmo zijn drie prestatievelden opgenomen met een duidelijk verband met gezondheid. Deze prestatievelden gaan over openbare geestelijke gezondheidszorg, verslavingsbeleid en maatschappelijke opvang inclusief vrouwenopvang en huiselijk geweld. Een bijzonderheid daarbij is dat de gemeente Haarlem voor deze onderwerpen centrumgemeente is.

Haarlem krijgt in één uitkering middelen voor maatschappelijke opvang, verslavingsbeleid en openbare geestelijke gezondheidszorg. Dit impliceert dat deze terreinen samenvallen. In het Regionaal Kompas Veiligheidsregio Kennemerland staan de ambities opgenomen voor 2008-2014 voor de maatschappelijke opvang en van dak- en thuislozenzorg. In de uitwerking van het Kompas is preventie een van de onderwerpen. Onder preventie wordt beperking van de mogelijke instroom in de opvang verstaan en richt zich op potentieel daklozen zoals zelfstandig wonende verkommerden en verloederden, ex gedetineerden en ex klinische patiënten. Preventie huisuitzettingen, nazorg bij ontslag uit detentie of uit een kliniek en schuldhulp zijn specifieke projecten die voor deze hiervoor worden ingezet.

In de vorige gezondheidsnota was als actiepoint opgenomen de maatschappelijke opvang te verbeteren en met de uitvoering van het Kompas is en wordt daar nu vorm aan gegeven.

In het verlengde hiervan wordt in Haarlem ingezet op collectieve preventie geestelijke gezondheidszorg. De activiteiten voor volwassenen en ouderen worden uitgevoerd door Prezens, een onderdeel van GGZ InGeest. Naast algemene voorlichting richten de activiteiten zich op het vroegtijdig bereiken van mensen met psychische klachten en hen toe te leiden naar effectieve, laagdrempelige interventies. Zo wordt voorkomen dat klachten ernstiger worden of chronisch worden.

De activiteiten voor jongeren worden door de Jeugdriagg uitgevoerd. Hun inzet loopt via de Centra voor Jeugd en Gezin

om het geheel aan hulp en ondersteuning van kinderen en jongeren zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen.

Verder wordt ingezet op preventie van schadelijk alcohol- en drugsgebruik met voorlichting in het onderwijs en op plekken waar jongeren elkaar ontmoeten. De voorlichting is zowel op de jongeren zelf als hun ouders gericht. Ook wordt aan deskundigheidsbevordering gedaan. Er zijn meerdere organisaties (bijvoorbeeld Brijder), actief met als voornaamste doelgroep jongeren. Preventie voor volwassenen en ouderen vindt plaats via algemene publieksvoorlichting.

De aanpak van huiselijk geweld en de vrouwenopvang is vorm gegeven in de Implementatienota beleid huiselijk geweld in de Veiligheidsregio Kennemerland. Onderdeel van de nota is bewustwording, vroegsignalering en preventie door trainingen en publiekscampagne. Voorbeelden van projecten die inmiddels uitgevoerd worden zijn deskundigheidsbevordering bij huisartsen, 'loving me, loving you' voor tweede en derde klas vmbo en ondersteuning van de landelijke campagne 'Nu is het genoeg'. Daarnaast wordt ingezet op een goede aansluiting tussen de aanpak huiselijk geweld en de regionale aanpak kindermishandeling (RAAK). Haarlem heeft dit als centrumgemeente opgepakt. De aanpak is vooral gericht op een kwaliteitsverbetering onder professionals en instellingen.

Welzijn

Het welzijnsbeleid draagt ook in de vorm van subsidiëring van activiteiten bij aan de gezondheid. Het merendeel richt zich op het sociaal welbevinden, maar er zijn ook activiteiten die direct (Meer bewegen voor ouderen, valpreventie) of indirect bijdragen aan de gezondheid. Als voorbeeld van het laatste de ondersteuning van mantelzorgers genoemd worden. Mantelzorgers verlenen zorg aan naasten en deze zorg kan dermate intensief zijn of worden dat de gezondheid van de mantelzorger zelf te lijden heeft. Goede ondersteuning kan dat voorkomen.

Daarnaast wordt vanuit de welzijnsinstellingen Dock en Haarlem Effect iedere Haarlemmer van 75 en ouder benaderd voor een huisbezoek door een vrijwilliger. Tijdens een huisbezoek wordt een vragenlijst ingevuld en de informatie van de gezamenlijke vragenlijsten levert informatie op over het gebruik van en de behoefte aan voorzieningen voor ouderen. De gegevens worden gebruikt bij het (verder) vormgeven van voorzieningen voor ouderen. De individuele antwoorden worden ook gebruikt om, door tussenkomst van een ouderensadviseur, mensen toe te leiden naar individuele of collectieve voorzieningen, zoals huishoudelijke hulp of open eettafels. Dit laatste gebeurt nog te weinig, de nadruk ligt op het geven van informatie. Tijdens het huisbezoek komen ook de lichamelijke en psychische gezondheid van de oudere aan de orde.

Awbz-maatregelen

In 2009 en 2010 zijn voorzieningen uit de Awbz¹⁹ door het Rijk overgeheveld naar de gemeenten. In de Awbz ging het om individuele voorzieningen voor mensen. Deze voorzieningen zijn vervallen en de daardoor is de vraag naar ondersteuning en begeleiding van mensen met een beperking en kwetsbare burgers toegenomen. Deze vraag wordt beantwoordt door collectieve en algemene voorzieningen te bieden. Dit is opgenomen in de Nota Samenleven. Een deel van deze voorzieningen draagt bij aan het gemeentelijk gezondheidsbeleid via selectieve preventie. Voorbeeld hiervan zijn de dagarrangementen voor ouderen die vereenzaming voorkomen.

1.4 Wonen

In de convenantafspraken tussen gemeente en corporaties (Convenant Wonen 2007-2011) wordt ingegaan op investering in vastgoed voor zorg, onderwijs en welzijn en op wijkversterking in buurten waar de corporaties veel bezit hebben. Corporaties kunnen bijvoorbeeld een rol spelen in de inrichting van de openbare ruimte, leefbaarheid en maatschappelijk vastgoed. Deze rol van de corporaties zal met door een vermindering van hun financiële mogelijkheden de komende jaren mogelijk onder druk staan.

2 Jeugd, Onderwijs en Sport

2.1 Jeugd

Het jeugdbeleid levert een goede bijdrage aan gezondheid. Het beleid is vastgelegd in de nota 'Kiezen voor jeugd' uit 2006. Jaarlijks wordt een rapportage uitgebracht over de in de nota genoemde acties, resultaten en nieuwe acties.

Het beleid voor de jeugdgezondheidszorg is onderdeel van het jeugdbeleid. Juist bij de jeugd is preventief gezondheidsbeleid effectief, het voorkomt problemen op latere leeftijd. De jeugdgezondheidszorg, een van de wettelijke taken uit de Wet publieke gezondheid, heeft een hoog bereik. Daarmee wordt ziekte voorkomen en vroegtijdig opgespoord en worden grote gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende effecten bereikt.

In de afgelopen jaren is de gemeentelijke regierol bij het ontwikkelen van een integraal aanbod jeugdgezondheidszorg van 0-19 jaar opgepakt. Dit heeft onder meer vorm gekregen in de Centra voor Jeugd en Gezin. Deze CJG's worden gefinancierd uit een Brede Doeluitkering, waaruit bijvoorbeeld ook de jeugdgezondheidszorg wordt gefinancierd. Het Centrum voor Jeugd en Gezin is in Haarlem de plek waar ouders en kinderen altijd met hun vragen terecht kunnen. Consultatie in deze periode is met name gericht op preventie door in een vroeg stadium laagdrempelige hulp te bieden. Daarnaast

wordt het nodige gedaan aan voorlichting. In Haarlem zijn nu twee CJG's (Oost en Schalkwijk) en in de komende jaren wordt dit uitgebreid naar alle stadsdelen. De bijdrage aan gezondheid, met name in de jongere leeftijdsgroep, is groot. De effectiviteit kan in de komende jaren verder verbeteren door dat betere informatie beschikbaar komt via het digitale dossier jeugdgezondheidszorg waarvan de invoering loopt. De Verwijsindex Risico's jeugdigen draagt hier ook aan bij.

Het voornaamste actiepunt uit de vorige gezondheidsnota was verbetering en verankering van de jeugdgezondheidszorg binnen het integraal jeugdbeleid. Dit heeft vorm gekregen door de vorming van de CJG's en gemaakte ketenafspraken.

Naast het CJG wordt ook op andere manieren vanuit het jeugdbeleid bijgedragen aan gezondheid en preventie voor de jeugd. Als voorbeeld eerdergenoemde Regionaal Actieplan Aanpak Kindermishandeling waarbij de signaleringsmethode bij instellingen zoals ziekenhuizen en woningcorporaties wordt geïntroduceerd. Maar ook actief beleid om voortijdig schoolverlaten te voorkomen en een jongerenloket dragen bij.

Via School in de Wijk (brede school Haarlemse stijl) worden ook projecten en activiteiten aangeboden die bijdragen aan gezondheid en een goede leefstijl, bijvoorbeeld sport en leefbaarheid.

In het regeerakkoord is opgenomen dat de jeugdzorg, inclusief de jeugd-ggz, overgaat naar de gemeente, waarbij de CJG's gaan dienen als loket voor alle jeugdzorg. Dit zal kunnen bieden voor preventief gezondheidsbeleid.

De afstemming van de inzet vanuit het jeugdbeleid vindt plaats in het Platform Jeugd. Hierin zijn alle werkvelden gemeentebreed vertegenwoordigd.

2.2 Onderwijs

De gemeentelijke verantwoordelijkheid voor het onderwijs is anders sinds het openbaar onderwijs in Haarlem is verzelfstandigd. Maar scholen blijven een goede plek om kinderen en de jeugd te benaderen als het over gezondheid gaat. Een goede gezondheid helpt bij de talentontwikkeling van de leerlingen. In het bestuurlijk overleg Primair en Voortgezet Onderwijs dat de scholen en de gemeente hebben kan afstemming gezocht worden over gezondheid op school, met respect voor ieders verantwoordelijkheid. In het concept van de Lokale Educatieve Agenda 2011-2015 is dit opgenomen.

In de afgelopen jaren zijn vanuit het grotestedenbeleid op een aantal scholen interventies uitgevoerd in het kader van de signalering, aanpak en preventie van overgewicht bij 0-19-jarigen, zowel in basis- als voortgezet onderwijs. Niet alle interventies zijn succesvol gebleken; aandacht voor dit onderwerp op school blijft belangrijk. Ook vanuit de gemeenteraad is er

aandacht voor het onderwerp. In november 2009 is een motie aangenomen waarin het college wordt verzocht scholen in de gelegenheid te stellen het predicaat Gezonde School te verdienen.

Vanuit de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de huisvesting van de scholen is er ook aandacht voor gezondheid. De gemeente verbetert in 2010 in samenwerking met verschillende schoolbesturen het binnenklimaat in scholen in het primair onderwijs (Frisse Scholenproject vanuit het Rijk). De veranderingen hebben verschillende voordelen voor de scholen zoals een prettige temperatuur in de klas zowel in de zomer als de winter en genoeg frisse en schone lucht. De maatregelen geven ook uitvoering aan het Haarlemse coalitieakkoord 2010-2014 waarin een goed binnenklimaat voor scholen specifiek als doelstelling staat opgenomen.

In de vorige gezondheidsnota stonden de reductie van het aantal schoolverlaters zonder startkwalificatie (2006 35%; 2010: 30%) en het versterken van het volwassenenonderwijs genoemd als actiepunten (slagingspercentage 2006 60%; 2010: 70%). Op beide punten is dus winst geboekt.

2.3 Sport

Sport en gezondheid hebben als beleidsterreinen een bijna vanzelfsprekende band. In de nota Haarlem Sport! Agenda voor Sport 2010-2014 is een hoofdstuk opgenomen over Sport, Recreatie en Gezondheid. Haarlem heeft in de afgelopen jaren, in samenwerking met externe organisaties, een aanbod ontwikkeld voor ongebonden sporten. Hierbij staat voor het bewegen centraal (bijvoorbeeld wandel-, fiets- en kano-routes). Verder is via wijkgerichte projecten (School in Wijk, Sport in de Wijk) en de Jeugdsportpas en de Beweegpas 50+ ingezet op het stimuleren van sporten en bewegen. Maar de komende tijd zal in nauwe samenwerking tussen de beleidsvelden gezondheid en sport verder worden ingezet op sport en bewegen als bijdrage aan de gezondheid van de Haarlemer. Sport is betrokken bij Gezonde School en gaat aan de slag met het verder op niveau brengen van het beweegonderwijs (inclusief zwemonderwijs), samen met de schoolbesturen. Gezamenlijk wordt gekeken naar de juiste inzet voor doelgroepen met risico op bewegingsarmoede waarbij in principe wordt aangesloten bij bestaande projecten. Ook het stimuleren van bedrijfssport krijgt de nodige aandacht.

3 Ruimtelijk beleid

In het Ruimtelijk beleid speelt gezondheid ook een rol. Van het opstellen van gebiedsvisies tot en met het ontwerp van de inrichting van de openbare ruimte kan rekening worden gehouden met gezondheid. De inrichting van de fysieke omgeving is een van de belangrijkste manieren om een goede ondersteuning bij een gezonde leefstijl te bieden. Als boodschappen

doen op de fiets aantrekkelijker is dan met de auto, wordt bewegen gestimuleerd.

Ruimtelijk beleid wordt getoetst aan bestaand beleid zoals duurzaamheid of de mogelijkheden om mee te doen. Gezondheid en leefstijl speelt hier vaak ook al een rol, maar wordt nog niet als dusdanig benoemd.

4 Milieu

De doelstelling van het milieubeleid in Haarlem is het bevorderen van een gezonde (en duurzame) leefomgeving, het verminderen van de hinder en het wegnemen van risico's voor de Haarlemmers. Milieu kijkt naar de basiskwaliteit (norm en handhaving daarvan) van de leefomgeving, naar de ervaren leefomgeving en naar duurzaamheid.

De relatie tussen gezondheid en milieu is evident. Het beleidsterrein milieu gaat vooral over gezondheidsbescherming en in mindere mate over gezondheidsbevordering. Er is een goede relatie met de afdeling Medische Milieukunde van de GGD die een wettelijke taak heeft. De kwaliteit van de advisering is goed. De GGD signaleert, adviseert en licht voor over het binnen- en het buitenmilieu. Een voorbeeld is voorlichting aan particulieren over vocht in huis en ventilatie en advisering over het buitenmilieu (Gezondheid Effect Screening).

Op dit moment wordt de wettelijk vastgelegde basismilieukwaliteit op de gebieden geluidhinder, luchtkwaliteit, (externe) veiligheid en bodemkwaliteit soms niet gehaald. De inzet is er dan op gericht risico's weg te nemen en hinder te beperken. Daarnaast wordt de leefomgevingskwaliteit (m.n. luchtkwaliteit en geluidhinder) plaatselijk als onvoldoende ervaren, dan wel is er bezorgdheid over de bodemkwaliteit. Ook in die gevallen adviseert de GGD. Vanuit het beleidsveld Milieu wordt aangegeven dat het meewegen van de gezondheid(sbescherming) nog verbeterd kan worden, bijvoorbeeld bij integrale afweging van de leefomgevingskwaliteit in zwaar belaste gebieden, het verlenen van ontheffingen voor geluidshinder of in moment van opschalen bij milieu-incidenten.

De actiepunten uit de vorige gezondheidsnota zoals het formuleren van milieubeleid, een beleidsnota luchtkwaliteit en een lawaai-inventarisatie zijn afgerond of worden uitgevoerd.

5 Economie en Cultuur

Vanuit de beleidsvelden van Economie en Cultuur zijn het bedrijventerrein Waarderpolder en recreatiebeleid aanknopingspunten voor gezondheidsbeleid. Binnen de Waarderpolder is er in het verleden aandacht geweest voor gezondheid vanuit de mobiliteitsgedachte (bereikbaarheid op de fiets) en voor de gezondheid van werknemers in de polder (lunchwandelen, bedrijfsfitness). Vanuit recreatie zijn de laagdrempelige

recreatieve routestructuren en recreatieve inrichting van het groen in de stad belangrijk voor het stimuleren van een gezonde leefstijl. Ook de volkstuinten en doe-tuinten leveren een bijdrage.

6 Veiligheid, vergunningen en handhaving

De inzet van Veiligheid, vergunningen en handhaving (VVH) is met name gericht op de aanpak van overlast en veilig wonen, veilig ondernemen en veilig naar school. Vanuit gezondheidsoogpunt gaat het daarbij vooral om gezondheidsbescherming (milieu). Er is een goed functionerend vergunningen- en handhavingsbeleid voor de horeca. In de aanpak van uitgaansgeweld, alcohol- en drugsgebruik onder jongeren zit zowel een preventief als repressief element (bijvoorbeeld een Halt-straf, maar ook verplichte deelname aan voorlichting). Maar ook in de puur preventieve sfeer vindt inzet vanuit VVH plaats, zoals een project van de GGD met les op scholen en een proef met voorlichting door politieagenten. Deze preventieve inzet kan nog worden verbeterd.

7 Openbare ruimte, groen en verkeer

Bij Openbare ruimte, groen en verkeer worden de kaders gesteld voor dit beleidsterrein.

Dit loopt van aanpassingen aan de riolering (overstorten om vuil water op straat of in het oppervlaktewater te voorkomen), van groen (in de buurt of op korte afstand met een goede bereikbaarheid), speelvoorzieningen tot de aanleg van fietsvriendelijke routes.

Bij het beleid over de openbare ruimte, groen en verkeer zijn vaak normen vastgelegd, zoals een parkeernorm of een norm over het aantal kinderen per speelplaats. Vanuit gezondheid bestaan dergelijke normen niet en daardoor is gezondheid vaak alleen een neveneffect. Deze effecten zijn impliciet aanwezig en niet zoals duurzaamheid expliciet geformuleerd bijvoorbeeld in het Haarlems Verkeers- en Vervoerplan. De invalshoek is daarbij over het algemeen vanuit milieuoogpunt (gezondheidsbescherming) en minder vanuit gezondheidbevordering, waarbij het stimuleren van een gezonde leefstijl centraal staat.

8 Gebiedsmanagement

De programmamanagers gebiedsontwikkeling van Wijkzaken zijn gericht op de toekomst van de wijk, bijvoorbeeld met gebiedsvisies. Ook hier geldt dat gezondheidseffecten impliciet aanwezig zijn in het beleid, maar niet bewust worden meegewogen. Juist omdat de gebiedsvisies voor de langere termijn zijn en gaan over structuren in de leefomgeving, is het van belang vanuit gezondheidsoogpunt hierbij aan te sluiten.

De stadsdeelmanagers houden zich vooral bezig met het hier en nu van de wijken, onder meer met de leefbaarheid en sociale samenhang. Stadsdeelmanagers kunnen bij signalering van problemen rondom gezondheid en de uitvoering van gezondheidsprojecten in de stadsdelen een rol spelen.

9 Sociale zaken en werkgelegenheid / Werk en inkomen

De cliënten van sociale zaken hebben een inkomen op of net boven het minimum. Ook met een beperkt inkomen kan men kiezen voor een gezonde leefstijl, maar soms is een steuntje in de rug daarbij welkom. Sociale zaken kent daarom bijvoorbeeld een collectieve ziektekostenverzekering zodat een goede aanvullende verzekering bereikbaar blijft. Ook is er een sportregeling voor kinderen van ouders met een minimuminkomen. Als proef is aan cliënten een cursus 'Gezond eten met een laag budget' aangeboden.

Sociale zaken leidt de mensen zonder werk zoveel mogelijk naar een betaalde baan. Gezondheidsachterstanden kunnen een belemmering vormen in de toeleiding naar arbeid. Dan gaat het niet alleen over fysieke klachten en arbeidshandicaps, ook leefstijl kan een belemmering vormen. De klantmanagers kunnen cliënten deel laten nemen aan een traject om te werken aan de basisvoorwaarden voor arbeid, waaronder gezondheid en fitheid. Met verdere training van klantmanagers, bijvoorbeeld ook op het herkennen van problematisch alcoholgebruik, en een uitbreiding van de mogelijkheden om aan gezondheid en leefstijl te werken, is waarschijnlijk gezondheidswinst te halen. Preventie wordt binnen sociale zaken een steeds belangrijker onderwerp, bijvoorbeeld bij schuldhulpverlening.

Nieuwe cliënten bij sociale zaken worden verplicht een assessment te volgen bij Paswerk. Dit assessment is een diagnose-instrument om het juiste traject te bepalen om de cliënt te laten uitstromen uit de uitkering. Gezondheid (anders dan arbeidshandicaps) en leefstijl spelen in dit assessment nog nauwelijks.

Voorzieningen als de Voedselbank kunnen ook een vindplaats zijn voor groepen met een hoger gezondheidsrisico. Hier zou vooral selectieve preventie ingezet kunnen worden.

In de vorige gezondheidsnota stonden het reduceren van de jeugdwerkloosheid en het bevorderen van de uitstroom van uitkering naar werk aangegeven als actiepunten. Op beide onderwerpen wordt constant ingezet. De resultaten zijn grotendeels afhankelijk van de economie situatie in Nederland.

Bijlage II

Taken van de gemeente voor gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering

In de Wet publieke gezondheid zijn de taken vastgelegd voor de gemeenten.

De gemeente moet bij het nemen van bestuurlijke beslissingen de gezondheidsaspecten van het besluit bewaken.

Bij alle beslissingen moeten gezondheidsaspecten meegewogen worden. Natuurlijk heeft niet ieder besluit van de gemeente een link met de gezondheid van de Haarlemer, maar bijvoorbeeld bij bestemmingplannen en verkeersmaatregelen zijn er grote belangen voor de gezondheid. Bij besluiten die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg is het verplicht advies te vragen aan de GGD.

Nota gemeentelijk gezondheidsbeleid

De Wet publieke gezondheid verplicht de gemeente elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast te stellen. Daarin moet opgenomen worden hoe de gemeente uitvoering geeft aan haar taken in het gezondheidsbeleid.

De gemeente draagt bij aan preventie en gezondheidsbevordering.

De gemeente moet actief inzetten op preventie en gezondheidsbevordering voor de Haarlammers.

Jeugdgezondheidszorg

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft een belangrijke preventieve functie gericht op het beschermen en bevorderen van lichamelijke, sociale en geestelijke gezondheid van de jeugd, zowel voor individuen als voor de hele groep. De gemeente moet ervoor zorgen dat de JGZ alle jeugdigen van 0 tot 19 jaar bereikt en dat hun de zorg wordt geboden die is vastgelegd in het Basistakenpakket JGZ. De jeugdgezondheidszorg wordt in Haarlem uitgevoerd door twee organisaties. Voor de 0 tot 4-jarigen wordt deze zorg uitgevoerd door Jeugdgezondheidszorg Kennemerland en de zorg voor de 4 tot 19-jarigen wordt uitgevoerd door de GGD. Het feit dat er twee uitvoeringsorganisaties zijn vraagt aandacht voor de integraliteit van de zorg. De verticale integratie (de continuïteit in de zorg van 0 tot 19 jaar) is vormgegeven door een goede inhoudelijke samenwerking tussen beide instellingen en door protocolafspraken bij de overdracht. De horizontale integratie (afstemming tussen alle lokale en regionale voorzieningen die bij de ontwikkeling van de jeugdige een rol spelen) wordt vormgegeven via de Centra voor Jeugd en Gezin.

Ouderengezondheidszorg

Belemmeringen in het 'succesvol ouder worden' moeten vroegtijdig worden opgespoord en opgelost. Het gaat daarbij om zowel de fysieke, psychische als sociale aspecten, in samenhang. Ouderengezondheidszorg is bij amendement aan de Wet publieke gezondheid toegevoegd. De formulering is vrijwel gelijk aan de formulering van de jeugdgezondheidszorg. Dit suggereert enigszins dat er voor ouderen een soortgelijke opzet zou kunnen komen als voor de jeugdgezondheidszorg, bijvoorbeeld in de vorm van consultatiebureaus voor ouderen. Er is echter geen financiering verbonden aan de inwerking-treding van dit artikel. Het ministerie geeft de gemeenten daarom grote beleidsvrijheid bij de invulling van ouderengezondheidszorg. De gemeente heeft vooral een regierol in het verbinden en faciliteren van lokale initiatieven om een passend aanbod tot stand te brengen, gebaseerd op de lokale behoefte, rekening houdend met de voorzieningen die al beschikbaar zijn (eerstelijnsgezondheidszorg, thuiszorg, welzijnsvoorzieningen).

Taken uit de Wet maatschappelijke ondersteuning

Ook in de Wet maatschappelijke ondersteuning zijn taken opgenomen met een duidelijk verband met gezondheid. Het gaat over openbare geestelijke gezondheidszorg, verslavingsbeleid en maatschappelijke opvang inclusief vrouwenopvang en huiselijk geweld. Een bijzonderheid daarbij is dat de gemeente Haarlem voor deze onderwerpen centrumgemeente is.

Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz) gaat over het opsporen van, bereiken van, en hulp bieden aan kwetsbare mensen met problemen op meerdere terreinen (zoals schulden, verslaving en/of psychische/ psychiatrische problemen, sociaal isolement, vervuiling, werkloosheid). De OGGz is uit 'gezondheid' overgeheveld naar 'maatschappelijke ondersteuning'. Het gaat hier immers over mensen met problemen of beperkingen te helpen mee te kunnen doen aan de samenleving en de publieke gezondheidszorg gaat over preventie; om het voorkómen dat mensen tot de OGGz-doelgroep gaan behoren, bijvoorbeeld door depressie tijdig op te sporen zodat dit niet leidt tot sociaal isolement of verslaving. De inzet op collectieve preventie geestelijke gezondheidszorg en op collectieve preventie alcohol- en drugsgebruik is gemeentelijk gezondheidsbeleid. De gemeente heeft ook hier bij de invoering van de Wmo en via de decentralisatie-uitkering maatschappelijke opvang middelen voor gekregen. De middelen zijn niet gelabeld.

Gemeentelijke gezondheidsdienst

De Wet publieke gezondheid verplicht de gemeente een GGD in te stellen en in stand te houden, ter uitvoering van taken die

aan de gemeente in het kader van deze wet zijn opgedragen. De gemeente moet er voor zorgen dat de GGD beschikt over deskundigen op het terrein van de sociale geneeskunde, epidemiologie, sociale verpleegkunde, gezondheidsbevordering en gedragswetenschappen.

De GGD voert wettelijke taken uit voor de gemeenten en adviseert en ondersteunt de gemeenten daarnaast bij het gezondheidsbeleid.

De wettelijke taken worden gefinancierd uit de inwonersbijdrage van iedere deelnemende gemeente. Daarnaast heeft de GGD producten die door de afzonderlijke gemeenten kunnen worden ingekocht, markttaken (kostendekkend) en taken op basis van andere wetten en andere financiering, zoals de ambulancezorg (Wet Ambulancevervoer) en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen uit (GHOR).

De taken die hieronder (8 tot en met 13) worden genoemd, worden door de GGD voor de gemeenten in de regio uitgevoerd vanuit de inwonersbijdrage.

De gemeente moet inzicht hebben in de gezondheidssituatie van de inwoners.

Deze gegevens worden verzameld door de GGD die daarvoor gebruik maakt van gegevens uit de eigen registraties, en van landelijke gegevens. Op die manier wordt het bijvoorbeeld tijdig gesignaleerd als er een uitbraak van een infectieziekte is.

De gemeente verzamelt en analyseert iedere vier jaar gegevens over de gezondheidssituatie van de inwoners, ten behoeve van het gezondheidsbeleid.

De GGD voert onderzoeken uit onder de jeugd, volwassen en ouderen in de gemeente. De resultaten van deze onderzoeken staan in hoofdstuk 3.

De gemeente bevordert de medisch milieukundige zorg. Medische milieukunde gaat over het voorkomen of beperken van gevaar, ziekte en hinder als gevolg van een verontreinigd leefmilieu.

De gemeente bevordert de technische hygiënezorg. Technische hygiënezorg betreft het toezicht op de aanwezigheid en kwaliteit van technische hygiënevoorzieningen en het beoordelen en begeleiden van het hygiënisch handelen van de gebruikers, bijvoorbeeld in de kinderopvang of tatoeagewinkels.

De gemeente bevordert de psychosociale hulp bij rampen. Psychosociale hulp bij rampen gaat over de opvang van slachtoffers en andere betrokkenen na een ramp.

Infectieziektebestrijding.

Infectieziektebestrijding is een wettelijke taak die het voorkomen en bestrijden van epidemieën, tuberculose en seksueel overdraagbare aandoeningen (waaronder HIV) betreft. Hieronder valt ook de bron- en contactopsporing als er een melding van besmettelijkheid en ernstig gevaar voor de volksgezondheid komt.

Bijlage III

Literatuuroverzicht

- Omnibusonderzoek 2009, gemeente Haarlem, Onderzoek en Statistiek
- Scholierenonderzoek E-movo 2009, GGD Kennemerland, Epidemiologie
- Gezondheid, welzijn en leefstijl van scholieren in Haarlem, Resultaten van het Emovo-onderzoek 2005/2006
- Volwassenenonderzoek 2008, GGD Kennemerland
- Ouderenonderzoek Kennemerland, GGD Kennemerland 2008
- De Gezondheid van de jeugd geregistreerd 2004-2009 GGD Kennemerland
- Jaarverslag Jeugdgezondheidszorg Kennemerland 2009
- Huisbezoek Ouderen Vergelijking 2006-2009, gemeente Haarlem, Onderzoek en Statistiek
- Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010, Rijkinstituut voor Volksgezondheid en Milieu 2010
- Kiezen voor gezond leven 2007-2010, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Gezondheid dochtbij, Landelijke nota gezondheidsbeleid, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mei 2011
- www.loketgezondleven.nl
- www.rivm.nl
- www.nationaalkompas.nl
- Haarlem Maatschappelijk op de Kaart, collegenota 2010/288562
- Bevolkingsprognose Haarlem 2010-2020, gemeente Haarlem, Onderzoek en Statistiek

Note's

- 1 Landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij' (mei 2011) en Brief van de minster aan de Tweede Kamer d.d. 26 januari 2011 (MC-U-3048431)
- 2 Nationaal Kompas Volksgezondheid (www.nationaalkompas.nl), RIVM
- 3 Kernrapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2010, pagina 8
- 4 Bevolkingsprognose Haarlem 2010-2020, Onderzoek en Statistiek Haarlem.
- 5 De door de GGD uitgebracht onderzoeksrapporten staan achterin deze nota opgenoemd.
- 6 Factsheet: De gezondheid van ouderen in Nederland (RIVM).
- 7 Vastgesteld door de gemeenteraad op 25 november 2010.
- 8 Publicatie bevolkingstrend eerste kwartaal 2011 CBS.
- 9 Effecten van preventie (Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010)
- 10 Volkskrant opinie-artikel 'Mobiliseer de dikkerds, de rokers en de drinkers' (10 juli 2010). Het artikel is een verkorte versie van de oratie van hoogleraar Klasien Horstman 'Dikke kinderen, uitgebluste werknemers en vreemde virussen – Filosofie van de Publieke Gezondheidszorg in de 21ste eeuw, uitgesproken op 25 juni 2010.
- 11 De laatste preventienota is 'Kiezen voor gezond leven' 2007-2010. Deze is gebaseerd op de VTV uit 2006. Inmiddels is de VTV 2010 verschenen 'Van gezond naar beter'. De bijbehorende preventienota verschijnt naar verwachting in de loop van 2011. Waarschijnlijk blijven de prioriteiten min of meer ongewijzigd.
- 12 Kernrapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010, pagina 38
- 13 Een beschrijving van het project is opgenomen in het Epidemiologisch bulletin 2010, nummer 2. De beschrijving is als bijlage bij de nota gevoegd.
- 14 Collegebesluit Plan van aanpak 'Gezond in de Stad' 2010-2014 (14 december 2010, 372133).
- 15 Zie voor een uitgebreide toelichting de website www.jongerenopgezondgewicht.nl.
- 16 Zie voor een toelichting www.goudlimburg.nl.
- 17 Collegebesluit Plan van aanpak Gezond in de Stad 2010-2014, 14 december 2010.
- 18 'Prevention Pays for Everyone' PricewaterhouseCoopers 2010
- 19 AWBZ-functie Ondersteunende Begeleiding op psychosociale grondslag (2009) en als gevolg van de Pakketmaatregel AWBZ (2010)

the 1990s, the number of people in the world who are under 15 years of age has increased by 1.2 billion, from 1.1 billion in 1980 to 2.3 billion in 1999. The number of people aged 15 years and over has increased by 1.1 billion, from 1.1 billion in 1980 to 2.2 billion in 1999. The number of people aged 65 years and over has increased by 0.2 billion, from 0.2 billion in 1980 to 0.4 billion in 1999.

These changes in the world population have led to a significant increase in the number of people who are under 15 years of age, from 1.1 billion in 1980 to 2.3 billion in 1999. This increase has been driven by a combination of factors, including a decline in the death rate, a decline in the birth rate, and a decline in the life expectancy at birth.

The decline in the death rate has been a major factor in the increase in the world population. The death rate has declined from 19.5 per 1,000 in 1980 to 10.5 per 1,000 in 1999. This decline has been driven by a combination of factors, including a decline in the infant mortality rate, a decline in the mortality rate from infectious diseases, and a decline in the mortality rate from non-communicable diseases.

The decline in the birth rate has also been a major factor in the increase in the world population. The birth rate has declined from 2.5 per 1,000 in 1980 to 1.5 per 1,000 in 1999. This decline has been driven by a combination of factors, including a decline in the fertility rate, a decline in the age at first birth, and a decline in the number of children per woman.

The decline in the life expectancy at birth has also been a major factor in the increase in the world population. The life expectancy at birth has declined from 65 years in 1980 to 60 years in 1999. This decline has been driven by a combination of factors, including a decline in the mortality rate from infectious diseases, a decline in the mortality rate from non-communicable diseases, and a decline in the mortality rate from accidents and violence.

These changes in the world population have led to a significant increase in the number of people who are under 15 years of age, from 1.1 billion in 1980 to 2.3 billion in 1999. This increase has been driven by a combination of factors, including a decline in the death rate, a decline in the birth rate, and a decline in the life expectancy at birth.

The increase in the number of people who are under 15 years of age has led to a significant increase in the number of people who are in the labour force. The number of people in the labour force has increased from 1.1 billion in 1980 to 2.2 billion in 1999. This increase has been driven by a combination of factors, including a decline in the death rate, a decline in the birth rate, and a decline in the life expectancy at birth.

The increase in the number of people who are in the labour force has led to a significant increase in the number of people who are employed. The number of people employed has increased from 1.1 billion in 1980 to 2.2 billion in 1999. This increase has been driven by a combination of factors, including a decline in the death rate, a decline in the birth rate, and a decline in the life expectancy at birth.

The increase in the number of people who are employed has led to a significant increase in the number of people who are in the workforce. The number of people in the workforce has increased from 1.1 billion in 1980 to 2.2 billion in 1999. This increase has been driven by a combination of factors, including a decline in the death rate, a decline in the birth rate, and a decline in the life expectancy at birth.

