

Preventief Verbinden

Kadernota Volksgezondheid Amsterdam 2012-2015

In deze nota

1. Gezondheid op papier	3
Waarom zet de gemeente op papier wat de plannen zijn voor de gezondheid van de Amsterdammers? Is gezondheid niet de verantwoordelijkheid van de mensen zelf? Deze vragen worden beantwoord in deze Nota Volksgezondheid.	
2. Focus op gezondheidsachterstanden	5
Op basis van welke informatie maken we keuzes? Mensen met een lage opleiding hebben meer en langer te maken met ziektes en daarnaast leven ze zeven jaar korter dan hoogopgeleiden. We weten dat dit niet een enkele oorzaak heeft, maar dat gezondheid en leefsituatie op allerlei manieren met elkaar vervlochten zijn. Waar liggen de grootste gezondheidsproblemen in Amsterdam? Deze zaken nemen we in dit hoofdstuk onder de loep.	
3. Integraal gezondheidsbeleid: theorie en keuzes in Amsterdam	10
Vanuit preventie, zorg en welzijn is al jaren geïnvesteerd in het verbeteren van de volksgezondheid. Maar de huidige inzichten vragen ook om actieve betrokkenheid van andere sectoren op dit terrein. Want gezonde bewoners zijn essentieel voor een vitale stad.	
4. Van beleid naar uitvoering	14
Hoe ziet het gezondheidsbeleid er in de praktijk uit? De komende periode gaan we de activiteiten in samenhang langs vier sporen organiseren, met gezondheidswinst als inzet. Dat vraagt om samenwerking tussen vele publieke en private partners rondom gemeenschappelijke doelen. De gemeente stimuleert en faciliteert waar nodig.	
Bijlagen	19
1. Werk in uitvoering	
2. 'Alle Amsterdammers Gezond'	
3. Impact determinanten gezondheid	

1. Gezondheid op papier

Waarom zet de gemeente op papier wat de plannen zijn voor de gezondheid van de Amsterdammers? Is gezondheid niet de verantwoordelijkheid van de mensen zelf? Deze vragen worden beantwoord in deze Nota Volksgezondheid.

De gemeente is verantwoordelijk voor de collectieve gezondheid van de Amsterdammers. Bij collectieve gezondheid wordt gekeken naar de gezondheid van groepen Amsterdammers. Dit is een wettelijke taak, die bij de gemeenten neergelegd is in de Wet Publieke Gezondheid (Wpg). Het staat de gemeente vrij om deze groepen te duiden: het kan gaan om leeftijdsgroepen, etnische groepen, of groepen mensen die in een bepaald gebied wonen. Wel moet duidelijk gemaakt worden waarom voor deze groepen gekozen wordt. Daarover meer in de volgende hoofdstukken.

Ook al wordt de Nota vierjaarlijks opgesteld, dit betekent niet dat er iedere vier jaar nieuw beleid geformuleerd moet worden. Het verbeteren van de volksgezondheid is een langdurig traject, waarvoor een lange adem nodig is. Met deze Nota Volksgezondheid wil de gemeente een koers inzetten die verder gaat dan de komende vier jaar, en waarvan we ook in de jaren na de looptijd van dit document de vruchten plukken. Dit is al jaren usance bij bijvoorbeeld ruimtelijke ordening, waar men plannings voor decennia maakt. De gemeente moet zichzelf tijd gunnen – maar ook tijd krijgen van de landelijke overheid – om stevig en langdurig op de hardnekkige gezondheidsproblemen in te zetten.

De Wpg vraagt niet om een uitgebreide beschrijving van de reguliere activiteiten die onder andere door de GGD uitgevoerd worden ten bate van de gezondheid van de Amsterdammers. De gemeente hecht er echter aan te benadrukken dat de reguliere activiteiten wel de basis vormen voor het gezondheidsbeleid voor de komende jaren. Zonder het fundament dat gelegd is op het gebied van gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming, kan niet verder gebouwd worden. Voorbeelden van het reguliere beleid zijn: het stimuleren van een gezonde leefstijl door bijvoorbeeld beweeg- en voedingsprogramma's, het opsporen en behandelen van infectieziekten (vaccinatieprogramma's en soa-poli), het bevorderen van een gezonde ontwikkeling van de Amsterdamse jeugd door de jeugdgezondheidszorg, en het bewaken en bevorderen van een gezonde leefomgeving met aandacht voor luchtkwaliteit, groen en geluid.

In de Nota Volksgezondheid laat de gemeente vooral zien welke extra inspanningen zij levert om bij te dragen aan een goede gezondheid van de bewoners. Hierbij gaat het niet alleen om rechtstreekse inspanningen om een goede gezondheid te bevorderen, zoals een cursus stoppen met roken, maar ook om de randvoorwaarden die een gemeente creëert voor bewoners, zodat gezond leven zo makkelijk mogelijk gemaakt wordt. Hierbij kan gedacht worden aan veilige fietspaden of een armoedebeleid met aandacht voor gezondheid.

En hoe zit het met de eigen verantwoordelijkheid van de burgers? De gemeente vindt dat mensen zelf verantwoordelijk zijn om te zorgen dat het goed met ze gaat, dat ze gezond leven en anticiperen op het ouder worden of onverwachte situaties. De reikwijdte van die verantwoordelijkheid is voor iedereen verschillend. Sommige Amsterdammers zijn beter in staat om keuzes helder te formuleren en uit te voeren dan andere. De gemeente laat mensen die hier (nog)

niet in slagen niet aan hun lot over. Als we verwachten van mensen dat ze bewust omgaan met hun gezondheid, dan vraagt dat ook om beleid dat de gezonde keuze faciliteert, juist voor die mensen die hiertoe (nog) niet in staat zijn.

Keuzes van groot naar klein

En net zoals bewoners keuzes maken, maakt de gemeente keuzes. Ook gedwongen, omdat er beperkte middelen voorhanden zijn. Dat betekent dat er prioriteiten gesteld moeten worden bij:

- de keuze voor de (doel)groepen of wijken
- de gezondheidsproblemen waarop we extra inzetten
- de randvoorwaarden om gezonde keuzes te ondersteunen

In deze nota worden deze keuzes toegelicht. Een aantal uitgangspunten is hierbij richtinggevend geweest:

- Er is sprake van een **tweedeling** in onze maatschappij: mensen met een lage opleiding hebben vaker en langer te maken met ziektes en leven gemiddeld zeven jaar korter dan hoger opgeleiden.
- Wat betreft de **randvoorwaarden voor een gezonde keuze**: mensen maken deze keuzes veelal in relatie tot hun leefsituatie en de directe leefomgeving. Nodigt de wijk uit tot ontmoeting en beweging? Heeft roken prioriteit? Zijn sportfaciliteiten open op tijden wanneer men bij het gezin wegkan? Kortom, de samenhang met andere leefgebieden van bewoners is belangrijk voor gezondheid en het maken van een gezonde keuze.
- Maar, minstens even belangrijk: de **gezondheid van mensen draagt ook bij** aan een prettige wijk, het vinden van werk, het volgen van een opleiding of het participeren in de maatschappij. Investeren in gezondheid betaalt zich dus uit op verschillende fronten.

In deze Nota maken we deze samenhang inzichtelijk en schetsen we een beeld over hoe we met verschillende gemeentelijke diensten en stadsdelen gezamenlijk werken aan de randvoorwaarden om burgers in staat te stellen gezond te leven. Daarbij is ook de inbreng van andere organisaties en particuliere bedrijven noodzakelijk. In de komende jaren zal de publiek-private samenwerking uitgebouwd en geïntensiveerd worden.

Het hoofddoel van deze Nota Volksgezondheid is dat acties in gang worden gezet om de gezondheid van de Amsterdammers te verbeteren. Dit wordt aangetoond door de Amsterdammers: zij zullen zelf aangeven dat hun ervaren gezondheid verbeterd is.

2. Focus op gezondheidsachterstanden

Op basis van welke informatie maken we keuzes? Mensen met een lage opleiding hebben vaker en langer te maken met ziektes en leven gemiddeld zeven jaar korter dan hoger opgeleiden. We weten dat dit niet één enkele oorzaak heeft, maar dat gezondheid en leefsituatie op allerlei manieren met elkaar vervlochten zijn. Waar liggen de grootste gezondheidsproblemen in Amsterdam en hoe is de samenhang met de leefsituatie? Deze zaken nemen we in dit hoofdstuk onder de loep.

Gezondheid in relatie tot opleiding, werk en sociale status

In figuur 1 is de gemiddelde levensverwachting van Nederlanders met verschillende opleidingsniveaus weergegeven. Het verschil in levensverwachting tussen laag- en hoogopgeleide mannen en vrouwen is 7,3 respectievelijk 6,4 jaar. Een verschil van zeven jaar in levensverwachting is groot: zo is de levensverwachting van laagopgeleide mannen (74 jaar) vergelijkbaar met de levensverwachting van de gemiddelde Nederlandse man eind jaren zeventig. Anders gezegd, lager opgeleide mannen lopen zo'n dertig jaar achter bij hoger opgeleiden. De verschillen in gezonde levensjaren zijn tussen de verschillende opleidingsniveaus nog groter. Iemand zonder opleiding leeft gemiddeld 61 jaar zonder beperkingen, terwijl een hogeropgeleide gemiddeld 75 jaar in goede gezondheid leeft.

Figuur 1: gezondheidservaring en levensverwachting per opleidingsniveau (2008).



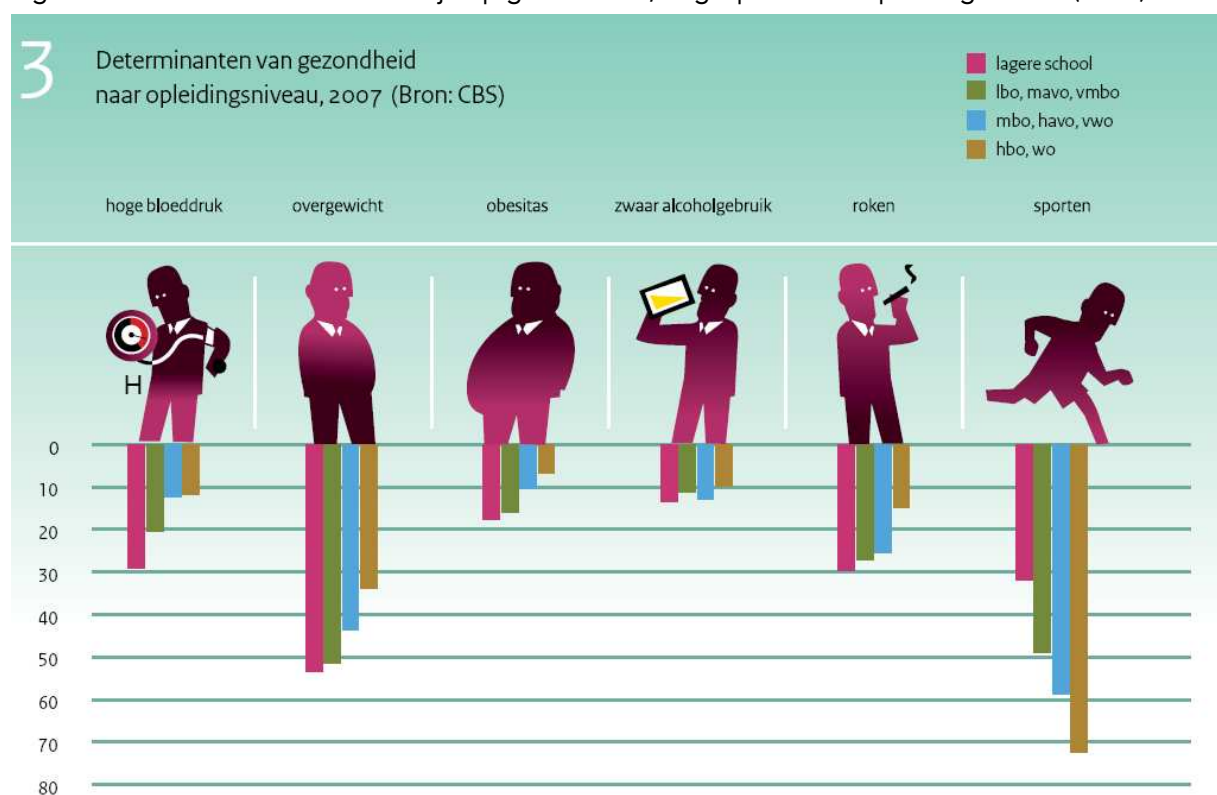
© de Volkskrant – eda. Bron: CBS

Gezondheidsachterstanden en leefgewoonten

Tussen de 40-50% van de Nederlanders is te zwaar. Een op de negen Nederlanders kampt zelfs met ernstig overgewicht. Onder 2- tot 9-jarigen is een op de zeven te zwaar. Meer dan de helft van de Nederlanders voldoet niet aan de richtlijnen voor gezonde voeding, vooral waar het gaat om het

eten van genoeg groente en fruit. Bijna de helft van de Nederlanders heeft minder lichaamsbeweging dan de norm van een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit per dag. Het aantal rokers nam de afgelopen jaren weliswaar af, maar Nederland scoort met gemiddeld 27% rokers nog steeds hoger dan de ons omringende landen. Een deel van de Nederlanders vertoont meerdere vormen van ongezond gedrag tegelijkertijd. Dit soort leefgewoonten heeft invloed op onze gezondheid. Meer informatie over de relatie tussen leefgewoonten en de impact daarvan op gezondheid is te vinden in bijlage 3. In figuur 2 zien we een aantal factoren die een goede gezondheid in de weg staan of bevorderen, uitgesplitst naar opleidingsniveau. De figuur maakt duidelijk dat het vóórkomen van deze factoren over de hele linie ongunstiger uitpakt onder groepen die een lage opleiding hebben genoten; er is sprake van meer overgewicht, meer roken en minder beweging.

Figuur 2: factoren die van invloed zijn op gezondheid, uitgesplitst naar opleidingsniveau (2007).



Gezondheidsverschillen onder Amsterdammers

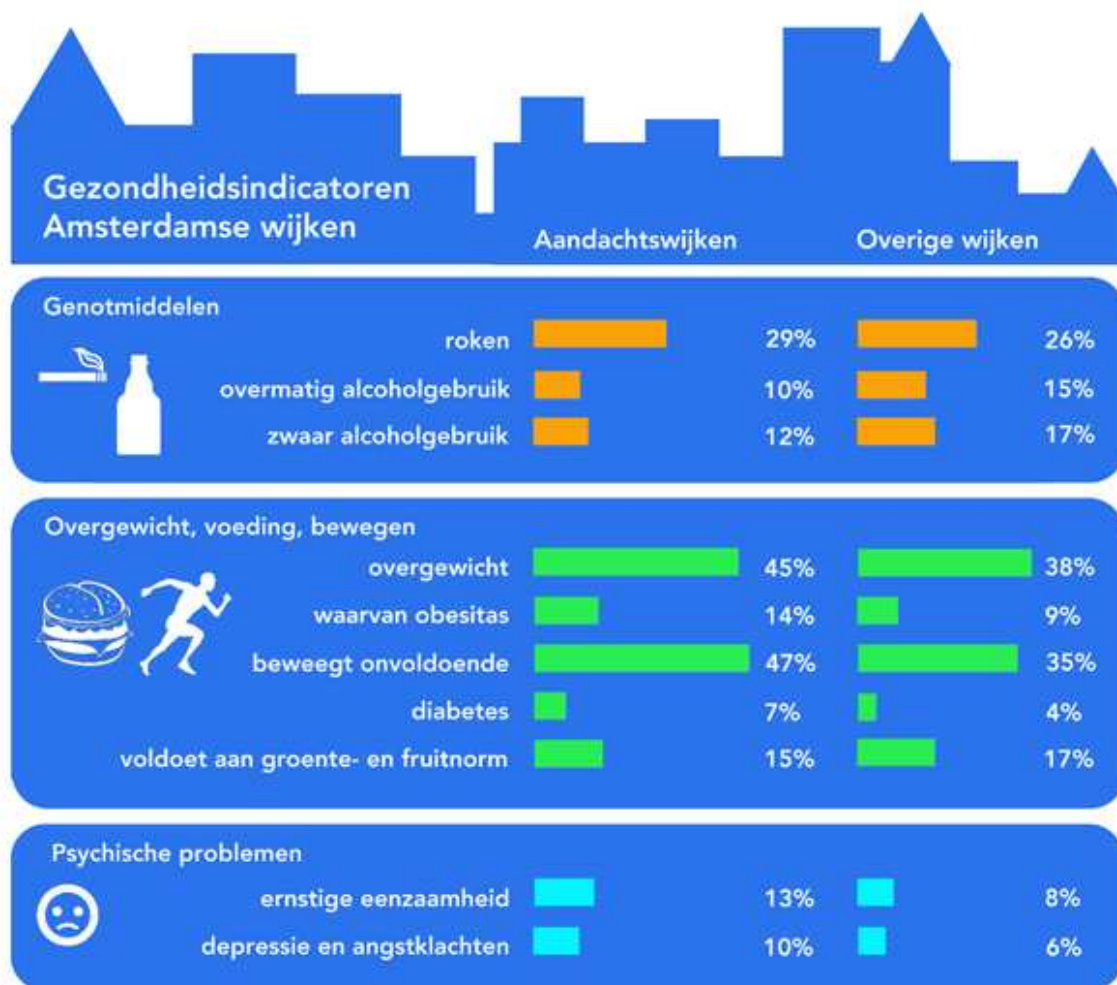
In de afgelopen periode is opnieuw informatie verzameld over de gezondheidstoestand van de Amsterdammers, mede om een antwoord te kunnen geven op de vragen die gesteld zijn in het eerste hoofdstuk. Het onderzoek bevestigt wat ook in de praktijk al naar voren kwam, namelijk dat veel gezondheidsproblemen geconcentreerd zijn in de aandachtswijken*. Anders gezegd: bij de bewoners van deze wijken vinden we een opéénstapeling van (dreigende) gezondheidsproblemen.

* De term aandachtswijken verwijst naar een lijst van 40 Nederlandse probleemwijken die in 2007 door toenmalig Minister Ella Vogelaar bekend zijn gemaakt. De minister duidde deze wijken aan met 'krachtwijken'. In deze nota noemen we deze wijken 'aandachtswijken'.

Ook zelf geven deze Amsterdammers hun gezondheid een lager rapportcijfer dan de rest van de Amsterdamse bevolking.

In figuur 3 is een aantal gezondheidsindicatoren weergegeven, waarbij onderscheid is gemaakt tussen bewoners van aandachtswijken en mensen die in overige wijken van Amsterdam wonen. Bewoners in aandachtswijken van Amsterdam scoren duidelijk minder goed op leefstijlindicatoren als overgewicht, voeding en beweging. Genotmiddelengebruik (alcohol, drugs) komt echter vaker voor in de overige wijken van Amsterdam omdat deze middelen gemiddeld meer worden gebruikt door autochtone Amsterdammers. Psychische problemen worden vaker gerapporteerd door mensen uit aandachtswijken dan de overige wijken in Amsterdam.

Figuur 3: gezondheidsindicatoren, uitgesplitst naar aandachtswijken en overigen wijken in Amsterdam.



Verder zien we niet alleen een ongezondere leefstijl en meer gezondheidsproblemen in deze wijken, maar ook andere sociale problemen zoals schulden, werkloosheid, voortijdige schooluitval of taal- en integratieproblemen.

Van statistieken naar Amsterdams beleid

Voor de komende periode kiest het gemeentebestuur van Amsterdam voor een aanpak gericht op bewoners die zich in een achterstandssituatie bevinden. Bij deze bewoners vinden we een aanmerkelijk slechtere gezondheid en een grote samenhang met problemen op andere

leefgebieden. Binnen deze groep bewoners zijn niet-Westerse migranten oververtegenwoordigd (Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse Amsterdammers, en Amsterdammers uit Sub-Sahara Afrika). Extra aandacht gaat daarbij uit naar de Amsterdamse jeugd. Investeren in de vroege levensjaren kunnen later veel leed besparen. Daarmee dragen we niet alleen zorg voor de gezondheid van kinderen nu, maar ook voor de gezondheid op latere leeftijd.

Vanuit gezondheidsoptiek willen we factoren met de grootste impact op de gezondheid van die bewoners voorrang geven. Dit zijn roken, een actieve leefstijl en een gezond gewicht, en depressie- en angstproblemen. Ook overmatig alcoholgebruik blijft een speerpunt van de gemeente maar de aanpak ervan is in een aparte nota vastgelegd.

Gezondheidsthema's waarop de Gemeente extra wil investeren de komende jaren.

- Roken
 - Actieve leefstijl en gezond gewicht
 - Depressie- en angstproblemen
-

En omdat de gezondheidsproblemen niet goed zijn op te lossen zonder oog te hebben voor de context, besteden we de komende periode ook hieraan aandacht. Daarbij richten we ons onder andere op het sport- en beweegaanbod, zorg- en welzijnsvoorzieningen in de buurt en inkomen, werk en opleiding. Omdat veel van de oplossingen voor een belangrijk deel in de buurten zijn te realiseren, gaan we gebiedsgericht werken. Om deze aanpak te ondersteunen en onderbouwde keuzes te kunnen maken, gaan GGD, Agis, en 1ste Lijn Amsterdam actief kennis delen. Verder zet de gemeente zet zich in om de randvoorwaarden voor een gezonde leefstijl te optimaliseren, bijvoorbeeld door het stimuleren van toegankelijke en betaalbare voorzieningen in de buurt. Het is aan de burger de verantwoordelijkheid te nemen en deze randvoorwaarden te benutten.

In hoofdstuk 4 gaan we dieper in op de manier waarop de aanpak van de gezondheidsthema's vorm zullen krijgen door een integrale aanpak. We beschrijven welke kansen er zijn om vanuit de diverse (beleids)terreinen daaraan een bijdrage te leveren. Eerst volgt een korte toelichting over integraal gezondheidsbeleid.

Wat betekent het maken van een gezonde keuze?

Niet voor iedereen is gezond leven vanzelfsprekend. Zo vinden we duidelijke verschillen in leefstijl tussen mensen met een hoge en een lage opleidingsachtergrond, maar ook tussen mannen en vrouwen en mensen uit verschillende culturen. De vraag waarom iemand een bepaalde leefstijl heeft, is niet eenvoudig te beantwoorden. Er zijn veel modellen die gedrag proberen te verklaren. Factoren die daarin een rol spelen zijn bijvoorbeeld: heeft iemand voldoende kennis over de gevolgen van bepaald gedrag (wat zijn bijvoorbeeld de risico's van roken?), hoe staat de omgeving er tegenover (in sommige groepen is roken meer regel dan uitzondering), en heeft iemand de vaardigheden om het gedrag te vertonen ('ben je bijvoorbeeld in staat om ondersteuning te zoeken bij het stoppen'). Het is slechts een aantal factoren dat uiteindelijk mede bepaalt of het iemand lukt

om zijn gedrag te veranderen. Wat verklaart nu het verschil in leefstijl tussen de hoger en lager opgeleiden?

Om daar achter te komen is in een recente studie aan mensen uit beide groepen gevraagd wat gezondheid voor hen betekent. Daaruit bleek dat mensen uit lagere sociaaleconomische groepen vaak harde levens achter de rug hadden, met vaak gezondheidskwalen tot gevolg. Een opeenstapeling van problemen was niet ongewoon: geen werk, echtscheiding, opvoedproblemen, onenigheid met de instanties, overlast en criminaliteit in de omgeving. Gezondheid had vaak geen prioriteit en de lange termijn voordelen van gezond leven motiveren dan ook niet. De ervaren problemen van alle dag eisen alle aandacht op.

Heel anders was dat voor veel mensen uit hogere sociaaleconomische groepen. Zij krijgen gezond leven van thuis mee. Ze verkeren in een sociale omgeving waar gezond leven vaak de norm is. Herhaaldelijk werd door hoger opgeleiden gezegd dat gezond leven voor hen bijna als vanzelf ging, zonder er bij na te denken, onbewust. Voor personen met een lagere opleidingsachtergrond is gezond leven minder vanzelfsprekend. Het ontbreekt hen vaak aan kennis, de juiste vaardigheden en aan vertrouwen in eigen kunnen. 'Dat lukt ons toch niet' is een vaak gehoorde reactie als het bijvoorbeeld gaat om stoppen met roken of afvallen'.

Naast sociale en culturele factoren spelen ook de fysieke omstandigheden (wonen en werken) een belangrijke rol of zoals iemand eens zei: '...de armste longen wonen wel het dichtst bij de vuilste wegen!'. Lager opgeleiden worden vaker blootgesteld aan gevaarlijke werksituaties, ze zijn minder goed behuisd, en wonen vaak in een omgeving met minder toegankelijk groen en minder goede voorzieningen. Het is slechts een deel van de factoren dat verklaart waarom hoger opgeleiden zich vaak een gezondere leefstijl aanmeten dan de lager opgeleiden. Daarbij weten we ook nog heel veel niet. Tegelijkertijd illustreert het de veelheid en verwevenheid aan factoren die gezamenlijk van invloed zijn op een (on)gezonde leefstijl.

4. Integraal gezondheidsbeleid: theorie en keuzes in Amsterdam

Vanuit preventie, zorg en welzijn is al jaren geïnvesteerd in het verbeteren van de volksgezondheid. Maar de huidige inzichten vragen ook om actieve betrokkenheid van andere sectoren op dit terrein. Want gezonde bewoners zijn essentieel voor een vitale stad.

Inbreng andere beleidsterreinen

Investerings op het gebied van preventie, zorg en welzijn zijn blijvend van belang voor de gezondheid van de Amsterdammers. Wat werkt, wordt ingezet en dat blijft de gemeente doen. Maar dit alleen is niet genoeg.

Veel van de factoren die bijdragen aan een gunstig leefklimaat zijn niet direct vanuit gezondheidsbeleid te beïnvloeden, ze vereisen maatregelen op andere beleidsterreinen, zoals onderwijs, ruimtelijke ordening, sociale zaken of milieu. Andersom kan gezondheid een bijdrage leveren aan de doelstellingen van andere beleidssectoren: gezonde kinderen kunnen beter leren, gezonde burgers kunnen eerder dan ongezonde mensen aan het werk of op andere fronten deelnemen aan het maatschappelijke leven. Dit vraagt om beleid dat erop gericht is om gezondheid of determinanten hiervan in samenhang te beïnvloeden. Dit beleid richt zich niet alleen op het individu, maar ook op zijn of haar omgeving. Voor een succesvol *integraal gezondheidsbeleid* is daarom een gecombineerde aanpak van belang; op het individu gerichte interventies in samenhang met maatregelen die de fysieke of sociale omgeving beïnvloeden. Het model in onderstaand kader maakt dit inzichtelijk.

Ter illustratie: Het model van Dahlgren & Whitehead geeft de belangrijkste determinanten van gezondheid in lagen aan, in de vorm van een regenboog. In het midden van het model staat het individu. Individuen hebben een leeftijd, een geslacht en hebben een aantal aangeboren eigenschappen die voor het grootste gedeelte vaststaan. Om hen heen zijn omstandigheden die beïnvloedbaar zijn door bijvoorbeeld beleid. Als eerste zijn dat de leefstijlfactoren zoals voeding, bewegen, veilig vrijen, roken en drinken. De laag daaromheen is de



sociale omgeving, onder andere gezin, familie, vrienden, collega's en buurtgenoten. Daar omheen zit weer een laag die bepaalt in hoeverre personen in staat zijn hun gezondheid te onderhouden dat wil zeggen woon-, leef- en werkomstandigheden, voedselvoorziening, maar ook de toegankelijkheid tot belangrijke middelen en diensten zoals onderwijs, zorg en sport. Ten slotte hebben economische, culturele en milieu factoren ook invloed. Dit is de maatschappelijke context, ook wel het macro niveau genoemd. De factoren in de verschillende lagen van het model hangen met elkaar samen: leefstijl is ingebed in sociale normen en netwerken en dit hangt weer samen de sociaal-economische en culturele omgeving. De verschillende determinanten van gezondheid interacteren met elkaar. Sociale factoren interacteren met de biologische factoren en ook met de sociale geschiedenis van een individu en vormen zo gezondheid.

Wat verstaan we onder integraal gezondheidsbeleid?

Integraal gezondheidsbeleid is erop gericht gezondheid of factoren die hierop van invloed zijn, in samenhang te beïnvloeden. Dit beleid richt zich daarmee niet alleen op het individu, maar ook op zijn of haar omgeving. In de meest brede zin betekent dit dat de belangrijkste sectoren binnen en buiten het volksgezondheidsdomein samenwerken aan het aspect gezondheid. Belangrijke sectoren voor de sector volksgezondheid zijn bijvoorbeeld ruimtelijke ordening, veiligheid, economie, onderwijs, sport en sociale zaken.

De term "integraal gezondheidsbeleid" is niet nieuw en wordt de laatste jaren veel gebruikt. De interpretatie van de term verschilt per persoon en per organisatie. In deze Nota Volksgezondheid gaan we uit van de definitie van het RIVM:

integraal gezondheidsbeleid is beleid waarbij de belangrijkste relevante sectoren binnen en buiten het volksgezondheidsdomein in samenhang samenwerken aan het aspect gezondheid. Hierbij is het gemeenschappelijke doel het bevorderen of beschermen van gezondheid.

De uitwerking van integraal gezondheidsbeleid is de **integrale aanpak**. Kenmerken ervan zijn:

- Een integrale aanpak wordt door meerdere partijen (regionaal/lokaal) uitgevoerd.
- Een integrale aanpak bestaat uit een mix van verschillende interventie maatregelen.
- Daarbij worden zoveel mogelijk effectieve en kansrijke interventies ingezet.
- Deze interventies zijn gericht op verschillende doelgroepen in verschillende settings.

Er is sprake van **integraal beleid** wanneer beleidssectoren tegelijkertijd en in onderlinge samenhang werken rondom een bepaald probleem, maar waarbij gezondheid geen expliciet doel is. Dit beleid heeft ook effect op de gezondheid.

Gezondheid als doel en als middel

Gezondheid vervult in onze samenleving een centrale rol. Als individueel goed en als maatschappelijk goed. Als doel en als middel. Gezondheid wordt door mensen hoog gewaardeerd, maar daarnaast geeft een goede volksgezondheid ook uitdrukking aan centrale maatschappelijke waarden. Wij als samenleving vinden het belangrijk dat iedereen in Nederland in goede gezondheid verkeert. Daarbij is een goede volksgezondheid ook nauw verbonden met het ontwikkelings- en welvaartsniveau van de samenleving. Gezondheid is een belangrijk doel. Daarnaast is gezondheid ook een middel dat bijdraagt aan andere individuele en maatschappelijke baten. Het stelt mensen in staat om deel te nemen aan het economische en maatschappelijke leven. Dit levert niet alleen welvaart op, maar het draagt ook bij aan de sociale samenhang in een land.

Samenwerken aan gezamenlijke doelen

De keuze voor de doelgroep is gemaakt: het gemeentelijk gezondheidsbeleid richt zich de komende jaren op die groepen, waarbij het maken van gezonde keuzes minder vanzelfsprekend is. Hierbij is een focus aangebracht voor ziektes en factoren die een relatief groot stempel drukken op deze groep mensen en op de volksgezondheid van de Amsterdammers in het algemeen.

Een volgende keuze die we in deze nota hebben gemaakt, is dat we het niet meer hebben over gezondheidsbeleid, maar over integraal gezondheidsbeleid. Want de complexe factoren die bijdragen aan de gezondheidssituatie in Amsterdam betekenen dat een eenzijdige beleidsinstek onvoldoende effect zal hebben.

Een belangrijk programma dat de afgelopen jaren met veel succes is uitgevoerd in Amsterdam is JUMP-in!. Het is een goed voorbeeld van een integrale benadering van het terugdringen van overgewicht bij jongeren en de komende jaren zal de gemeente Amsterdam dit uitbreiden met JOGG (zie kader).

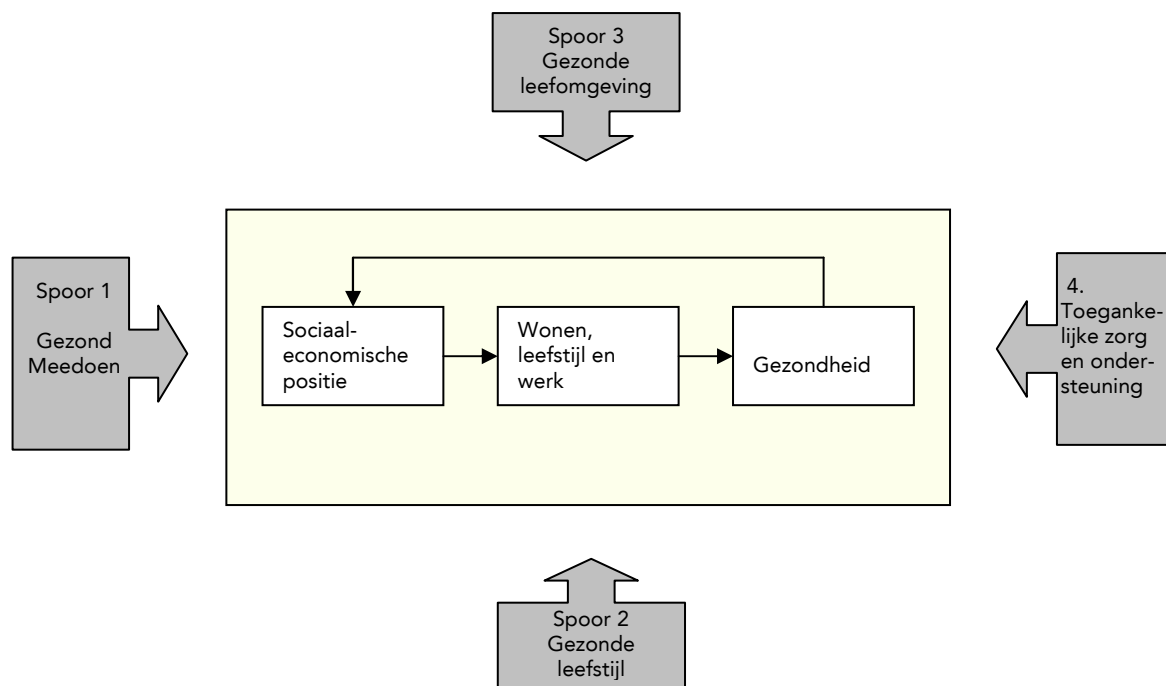
JOGG Amsterdam: Jongeren Op Gezond Gewicht

De gemeente Amsterdam (GGD en DMO) heeft al jaren een actieve integrale aanpak met onder andere JUMP-in en Schoolgruiten voor het basisonderwijs en Topscore DOIT en het Overbruggingsplan Overgewicht. Sport, gezondheidszorg en preventie werken daarin nauw samen met scholen en met de stadsdelen in de aanpak van overgewicht en bewegingsstimulering. De gemeente Amsterdam heeft ervoor gekozen de huidige integrale aanpak voor jeugd uit te breiden met de JOGG aanpak. JOGG heeft tot doel overgewicht en obesitas bij kinderen en jongeren met een lokale, intersectorale, duurzame en samenhangende benadering aan te pakken, aangepast aan de lokale bestaande omstandigheden. Alle aspecten die bijdragen aan de voorkoming van overgewicht en obesitas krijgen een rol: gezondheidszorg, sportaanbod, levensmiddelenaanbod, sociale omgeving, fysieke activiteit en de woon/speelomgeving. De mix van interventies is zodanig dat alle gezinsleden gestimuleerd worden de gezondheid te bevorderen en uiteindelijk overgewicht terug te dringen. Met JOGG heeft de gemeente Amsterdam de intentie om in te zetten op een nog bredere, intersectorale aanpak, waarbij naast onderwijs, zorg en sport, ook het bedrijfsleven, woningbouw, welzijn en media een belangrijke rol zullen spelen. JOGG heeft de ambitie om in 2020 in de JOGG-gemeenten de meest gezonde jeugd van Europa te hebben. In 2015 moet de stijging van overgewicht en obesitas bij jongeren zijn omgezet in een daling.

Aanpak gezondheidsachterstanden langs vier sporen

In deze nota is de relatie tussen sociaaleconomische positie, gezondheid en de wereld waarin we wonen, werken en leven al eerder aan bod gekomen. Om binnen die aanpak focus aan te brengen wordt gebruik gemaakt van onderstaand '4-sporen model' (zie figuur 4).

Figuur 4: het 4-sporen model t.b.v. aanpak gezondheidsachterstanden



Het model wordt al langer in G4-verband gebruikt bij de aanpak van gezondheidsachterstanden (zie kader). De witte blokken in de figuur illustreren de samenhang van gezondheid met de sociaal economische positie en met (perspectief op) wonen, leefstijl en werk. Daarnaast worden vier sporen onderscheiden die vanuit een eigen insteek, invloed hebben op het geheel van sociaal-economische positie, leefomgeving, en gezondheid. Dit zijn de grijze blokken. In volgend hoofdstuk beschrijven we de kansen en mogelijkheden in Amsterdam om vanuit de verschillende sporen programma's en activiteiten te ontwikkelen en daarmee gezondheid te bevorderen.

G4 en Aanpak Gezondheidsachterstanden

Niet alleen in Amsterdam, maar ook in de andere grote steden (Rotterdam, Den Haag en Utrecht) kampen bewoners met gezondheidsachterstanden. De afgelopen vier jaar is veel gezamenlijk opgetrokken op het gebied van onderzoek, kennis en beleid. Voorbeelden hiervan zijn het rapport "G4 op gezondheid uitgemeten. Over gezondheid en gezondheidsverschillen in de vier grote steden" en het convenant "De Verbinding", met de G4 en de ministeries van VWS en WWI/BZK. Het convenant "De Verbinding" heeft de aandacht voor gezondheidsachterstanden meer focus gegeven. Zo wordt er gewerkt aan een Maatschappelijke Kosten- en Batenanalyse (MKBA) bij een aanpak die gericht is op re-integratie en toeleiding naar werk, en gelijktijdige psychosociale begeleiding bij langdurig werklozen: "Fit4Work".

De vier grote steden geven met gebruikmaking van het '4-sporen-model' aan vanuit welke sporen de programma's in de wijken worden ingezet. Daarbij wordt kennis uitgewisseld en informatie verzameld, zodat iedere stad tot een optimale mix van instrumenten komt om de gezondheidsachterstanden in te lopen, gebruikmakende van elkaars ervaringen en kennis.

5. Van beleid naar uitvoering

Hoe ziet het gezondheidsbeleid er in de praktijk uit? De komende periode gaan we de activiteiten in samenhang langs vier sporen organiseren, met gezondheidswinst als inzet. Dat vraagt om samenwerking tussen vele publieke en private partners rondom gemeenschappelijke doelen. De gemeente stimuleert en faciliteert waar nodig.

Wat willen we bereiken?

Zoals eerder beschreven, is het hoofddoel van deze Nota Volkgezondheid dat acties in gang worden gezet om de gezondheid van de Amsterdammers te verbeteren en in het bijzonder voor Amsterdammers in een achterstandssituatie waarbij het maken van een gezonde keuze minder vanzelfsprekend is. Anders gezegd: doel is om de gezondheidachterstanden in te lopen. Dat betekent dat er bij Amsterdammers met een grote gezondheidsachterstand meer gezondheidswinst behaald moet worden. Veel van deze Amsterdammers wonen in de aandachtswijken en om die reden zal onze aanpak voor een belangrijk deel ook op deze wijken zijn gericht.

Of de gezondheid daadwerkelijk verbeterd, wordt aangetoond door de Amsterdammers zelf: zij zullen hun ervaren gezondheid rapporteren. Dit is weliswaar een subjectieve maat voor gezondheid, maar tegelijkertijd is bekend dat de ervaren gezondheid nauw samenhangt met meer objectieve maten van gezondheid, zoals ziekte en sterfte. Bovendien is het ook een maat die vierjaarlijks met de Amsterdamse Gezondheidsmonitor wordt gemeten. Om die reden is het hoofddoel vertaald in de volgende meetbare doelstellingen:

Het percentage volwassen inwoners van de aandachtswijken dat zijn gezondheid als 'goed' ervaart, stijgt van 77% in 2008 tot 86% in 2020. Onder Amsterdammers in overige wijken neemt dit percentage toe van 86% in 2008 tot 89% in 2020.

Overigens kan er ondanks een positieve gezondheidsbeleving wel reden zijn voor preventie, bijvoorbeeld bij rokers die zich gezond voelen of mensen met overgewicht. Temeer omdat gezondheidsklachten vaak pas in een later stadium ontstaan.

Voor kinderen is 'ervaren gezondheid' minder geschikt als gezondheidsindicator. Om die reden is er voor gekozen om voor jeugd per gezondheidsthema een gezondheidsindicator te formuleren. De meetbare doelen worden bij de betreffende thema's geformuleerd. Meer algemeen willen we bij jeugd het volgende bereiken.

Doel is dat kinderen meer gaan bewegen en gezonder gaan eten. We streven naar 5% toename van kinderen met een gezond gewicht. We beogen een daling van het aantal jongeren dat rookt met 3%. Verdere intensivering van vroegsignalering en adequate verwijzing moet psychosociale problematiek voorkomen en terugdringen, ook op latere leeftijd. En deze veranderingen willen we in het bijzonder zien bij kinderen in de aandachtswijken.

Integrale aanpak

Naast het gebruik van de directe en meer traditionele gezondheidsbevorderende methodieken, zal de gemeente ook vanuit een integralere benadering een positieve bijdrage leveren aan de gezondheid van de Amsterdammers. Daarbij is het noodzakelijk dat in de komende periode nieuwe verbindingen worden gelegd en vitale coalities worden opgezet en versterkt. Tijdens de totstandkoming van de nota heeft daarom afstemming plaatsgevonden met verschillende partijen binnen en buiten de gemeente om gezondheid te agenderen, het draagvlak te testen en gezamenlijke doelen te formuleren. In bijlage 1 is de opbrengst hiervan weergegeven, met de kanttekening dat het nog 'Werk in uitvoering' is. Eerste stap in de uitvoering van deze nota is dan ook om de mogelijkheden verder te concretiseren en te vertalen naar programma's, acties en gebiedsgerichte arrangementen. De uitwerking op onderdelen en de bewaking van de voortgang zal met de betrokkenen gebeuren in werkplannen die gezamenlijk opgesteld worden en periodiek worden getoetst. Hieronder beschrijven we per spoor de grote lijnen en mogelijkheden van de integrale aanpak. Voor elk spoor zijn echter al concrete afspraken en activiteiten in gang gezet en deze zijn opgenomen in bijlage 1.

Spoor 1: Gezond meedoen

Je gezond voelen en participeren gaan hand in hand. Op wijkniveau willen we daarom de krachten bundelen, om met verschillende partijen op alle leefterreinen de bewoners van deze wijken vooruit te helpen. Kansen liggen er ondermeer in de samenwerking met de wijkaanpak (DMO), de uitvoering van de Wmo (WZS), armoedebeleid (DWI) en de stadsdelen. Daarbij wordt nadrukkelijk de verbinding gemaakt tussen welzijn, participatie en preventie. De GGD kan als gezondheidsdienst meerdere rollen vervullen. Als mede-uitvoerder van het gezondheidsbeleid, als regisseur en als adviseur over interventies en de uitvoering ervan. Bijvoorbeeld als iemand beperkt in staat is voor zichzelf te koken en alleen is, kun je een maaltijd laten bezorgen. Maar je kunt mensen ook samen een maaltijd laten bereiden. Dit kan gekoppeld worden aan een bestaande cursus gezonde voeding zoals 'Gezond kopen, gezond koken'. Bij dagbestedingsactiviteiten voor ouderen kunnen beweegactiviteiten gedaan worden in combinatie met voorlichting over veilig en zelfstandig wonen. Hiermee draagt de dagbesteding bij aan het voorkomen van ongevallen.

Spoor 2: Gezonde leefstijl

Roken. Het Partnership Tabaksontmoediging, waaraan verschillende partijen en deskundigen in Amsterdam deelnemen, heeft een stedelijk actieplan opgesteld met daarin een samenhangend pakket aan maatregelen en interventies om het gebruik van tabak in Amsterdam terug te dringen. Onderdeel van dit plan is een wijkgerichte benadering van tabaksontmoediging waarbij bestaand aanbod op wijkniveau beter op elkaar wordt afgestemd. Het komende jaar willen we met deze partijen en stadsdelen daar verder invulling aan geven. Daarnaast wordt samenwerking gezocht met de dienst OOV en de Voedsel en Warenautoriteit voor een betere handhaving van het rookverbod in de horeca.

Actieve leefstijl en gezond gewicht. Sport kan niet zonder zorg en preventie, en preventie kan niet zonder sport en bewegen. In 2008 zijn daarom in het Sportplan en de Nota Volksgezondheid dezelfde doelstellingen opgenomen en is er de afgelopen vier jaar nauw samengewerkt rondom deze doelen. Nu willen we nog een stap verder en komen we in het najaar van 2011 met één gezamenlijk kaderdocument in plaats van twee aparte hoofdstukken in twee aparte nota's. In dit document beschrijven we ondermeer onze visie, doelstellingen, werkwijze en uitvoeringsplannen. De

JOGG aanpak zal daarin een belangrijke plek innemen om bewegen en gezond gewicht onder kinderen te stimuleren, evenals het borgen van de kwaliteit van leefstijlinterventies voor specifieke risicogroepen. Net als bij JOGG gaan we meer integraal en gebiedsgericht werken om een gezonde leefstijl bij volwassenen te faciliteren, bijvoorbeeld door bewegingsstimulering te koppelen aan maatschappelijke participatie. De trekkers van dit integrale document zijn de GGD en DMO Sport. De uitvoering is echter niet mogelijk zonder inbreng van DMO jeugd, DMO onderwijs, de stadsdelen, en de dienst WZS. Deze partijen worden nadrukkelijk betrokken. Ook wordt actief samenwerking gezocht met private partners. Zo is 'actieve leefstijl en gezond gewicht' een belangrijk thema binnen het nieuwe convenant met Agis.

Spoor 3: Gezonde leefomgeving

Op welke manier blijft Amsterdam leefbaar en groen, terwijl de stad toch economisch sterk en duurzaam wordt? Dat zijn vragen waar de Structuurvisie 2040 een antwoord op wil geven. Hier ligt een verbinding met gezondheid en een gezonde leefomgeving. De samenwerking tussen onder andere DRO en GGD zal verder worden uitgebouwd, bijvoorbeeld op het gebied van 'Experiment De Gezonde Wijk'. In het experiment wordt met verschillende gemeentelijke diensten en partijen samengewerkt om een leefomgeving te creëren waarin mensen worden uitgenodigd tot beweging, ontmoeting, interactie en recreatie.

Verdere investeringen in luchtkwaliteit zijn van belang om dit aspect van de leefomgeving op een hoger plan te tillen. Bij de plan- en besluitvorming over ruimtelijke structuren en mobiliteitsvraagstukken zal luchtkwaliteit als belangrijke factor in de afweging worden meegenomen. Daarvoor zal ondermeer nauwere samenwerking worden gezocht met DIVV en DRO. In de Sociaal Ruimtelijke Ambitie is duidelijk geworden hoe vruchtbaar sociale ambities en ruimtelijke ambities samen kunnen gaan, mits op een goede manier verankerd. Gezondheid en de principes van een gezonde leefomgeving waarmee nu in De Gezonde Wijk wordt geëxperimenteerd, worden hierin meegenomen.

Kansen zijn er ook rondom de Olympische ambitie nu het Olympisch Plan 2028 een volgende fase ingaat. Naast de infrastructuur van de Olympische locaties zelf, is ook de uitstraling op de stad en haar bewoners belangrijk. Gebruikmakend van de infrastructuur en de Olympische gedachte willen we ook die groepen bereiken, die voornamelijk minder geneigd zijn om uit zichzelf in beweging te komen.

Spoor 4: Toegankelijke zorg en ondersteuning

Vroeg ingrijpen kan veel leed op latere leeftijd voorkomen. Om die reden is de afgelopen jaren ingezet op vroegsignalering van gedragsproblemen bij kinderen en een goede verbinding met effectieve programma's. Dit willen we intensiveren. In aansluiting op de nota preventief jeugdbeleid 2010-2014 gaan we nog meer investeren in vroegsignalering en het versterken van het opvoedklimaat onder andere door bredere implementatie van het programma Triple P en uitbreiding van het project Hart en Ziel. Kansen voor vroegsignalering liggen vooral in de directe omgeving van kinderen en gezinnen; thuis, OKC's, in de kinderopvang, peuterspeelzaal en de voorschool, op school, en in de buurt. Dat vraagt om nauwe samenwerking met onderwijs, welzijn en stadsdelen.

Wat betreft depressie- en angstproblematiek onder volwassenen is een aantal ontwikkelingen in gang gezet die we de komende jaren willen uitbouwen. In verschillende buurten wordt nadrukkelijk samenwerking gezocht tussen GGZ-aanbieders, stadsdeel, zorgverzekeraar en welzijnsaanbieders.

Deze samenwerking leidt tot meer kennisdeling en biedt aangrijpingspunten voor verbetering van de kwaliteit van zorg en betere afstemming in de keten. Een voorbeeld hiervan is de gebiedsgerichte aanpak in Osdorp waarin ketenpartners, financiers en zorgverleners een aanbod op maat vormgeven. Deze afstemming gebeurt op verschillende niveaus. Via sleutelfiguren (vrijwilligers, welzijnswerkers, eerstelijns professionals) en direct contact met de doelgroep. Op basis daarvan wordt een passend en afgestemd zorg- en welzijnsaanbod geboden.

Vanuit de gemeente willen we deze lokale samenwerking en afstemming stimuleren en waar mogelijk ondersteunen. Op stedelijk niveau vindt al afstemming plaats tussen GGZ-aanbieders, Agis en de betrokken gemeentelijk diensten. Dit heeft er onder andere geleid tot gebiedsgerichte monitoring van psychische problematiek. Daarnaast gaan Agis en de Gemeente gezamenlijk inkoopbeleid voeren op het gebied van GGZ-preventie. Deze gebiedsgerichte en integrale benadering van psychische problematiek krijgt daarin aandacht, evenals het werken volgens het stepped care-principe en de rol van e-mental health. De gemeente zal een rol spelen bij het leveren van lokale gezondheidsinformatie en waar nodig een regiefunctie vervullen.

Rol van de burger

Zoals eerder aangegeven is gezondheid en gezond leven uiteindelijk de verantwoordelijkheid van de burger zelf. Dat willen we als gemeente vooral ook zo houden, we gaan geen verantwoordelijkheden overnemen. De rol van de gemeente is vooral gericht op het faciliteren en ondersteunen van een gezonde leefstijl en in het bijzonder voor degenen die daartoe (nog) niet in staat zijn.

Geraadpleegde literatuur

Acda AE, Verhoeff, AP. Alle Amsterdammers gezond: signalen voor een vitale stad: kadernota volksgezondheidsbeleid Amsterdam 2008-2011. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2008.

Dahlgren G, Whitehead M. Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried? Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health, Ditchley Park, Oxfordshire. London: King's Fund, 1993.

Dijkshoorn H, Dijk TK van, Janssen AP. Zo gezond is Amsterdam! : eindrapport Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2008. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2008.

Gemeente Amsterdam. Alcoholmatigingsbeleid Amsterdam 2011-2014. Amsterdam: Gemeente Amsterdam, 2011.

Heutink H, Diemen D van, Elzenga M, Kooiker S. TSG tijdschrift voor gezondheidswetenschappen 2010; 88: 10-12.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Handreiking voor de bestuurlijke aanpak van Sociaal Economische Gezondheidsverschillen. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2010.

Lindeman E, Slot J, Bicknese L, Cohen L, Booi H, Oosteren C van, et al. Staat van de staat. Amsterdam: Dienst Onderzoek en Statistiek, 2011.

Lucht F van der, Polder JJ. Van Gezond naar beter. Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomstverkenning 2010. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2010.

Mackenbach, JP. Can we reduce health inequalities? An analysis of the English strategy (1997-2010). Journal of Epidemiology and Community Health 2011;65:568-575.

Maas, J. Vitamin G: Green environments - Healthy environments PhD thesis. Utrecht: University of Utrecht, 2009.

Marmot M, Atkinson T, Bell J, Black C, Broadfoot P et al. Fair society, healthy lives. The Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post 2010. London: University College London, 2010.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Gezondheid dichtbij. Landelijke nota gezondheidsbeleid. Den Haag: Ministerie van VWS, 2011.

Storm I, Zoest F van, Broeder L den. Integraal gezondheidsbeleid: theorie en toepassing. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2007.

Stronks K, Hulshof J (red.). De kloof verkleinen. Theorie en praktijk van de strijd tegen sociaal-economische gezondheidsverschillen. Assen: Van Gorcum, 2001.