



Gemeente Amsterdam

Preventief Verbinden

Kadernota Volksgezondheid Amsterdam 2012-2015





Voorwoord

Voor u ligt de Preventienota van de gemeente Amsterdam. Deze nota gaat niet alleen over de gezondheid van de bewoners, maar over de gezondheid van alle mensen die wonen, werken, recreëren, meedoen en sporten in de stad.

Als wethouder Zorg realiseer ik me maar al te goed dat het verbeteren van de gezondheid van Amsterdammers geen sprint is maar een marathon. In mijn nota *'Preventief Verbinden'* geef ik dan ook een doorkijk tot 2020. Dat lijkt ver weg maar het voorkomen van ziekten houdt immers niet op bij een gezonde leefstijl. Er is een sterke infrastructuur nodig, met een goed aanbod van voorzieningen, een veilige, leefbare buurt en een stimulerende werkomgeving. Samenwerking is noodzakelijk tussen partijen die zich bezig houden met werk, leefomgeving, opleiding en gezondheid. Die moeten met elkaar verbonden worden, om de gezondheid van vooral de kwetsbare Amsterdammers te helpen verbeteren.

Ik ga niet op de stoel van de Amsterdammer zitten; mensen zijn immers zelf verantwoordelijk voor hun eigen gezondheid. Tegelijkertijd vind ik het belangrijk dat bewoners die dat nodig hebben, ondersteuning krijgen om gezond en actief oud te worden.

Ik ben er van overtuigd dat door slimme verbindingen te maken – Preventief Verbinden – we de meeste kansen pakken om mensen te ondersteunen bij het maken van gezonde keuzes. Daar maak ik me als wethouder hard voor, en ik hoop dat ook u deze kansen pakt om van Amsterdam een gezonde stad te maken.

Eric van der Burg
Wethouder Zorg



In deze nota

1 Gezondheid op papier	4
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. lees meer...	
2 Focus op gezondheidsachterstanden	6
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. lees meer...	
3 Integraal gezondheidsbeleid: theorie en keuzes in Amsterdam	11
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. lees meer...	
4 Van beleid naar uitvoering	15
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. lees meer...	
Geraadpleegde literatuur	20
Bijlagen	
1 Werk in uitvoering lees meer...	22
2 Alle Amsterdammers Gezond! lees meer...	33
3 Impact determinanten gezondheid lees meer...	36



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 Preventienota.

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.

Het verbeteren van de volksgezondheid is een langdurig traject, waarvoor een lange adem nodig is.

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. 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 weg kan? 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, actief oud worden of het participeren in de maatschappij. Investeren in gezondheid betaalt zich dus uit op verschillende fronten.

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.

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 gaan 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.

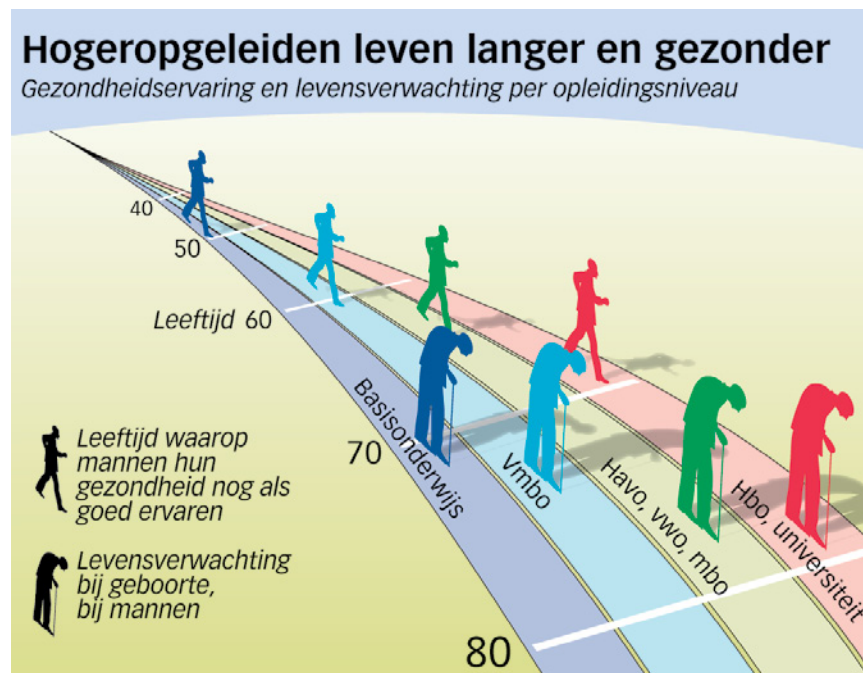
Gezondheid in relatie tot opleiding, werk en sociale status

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.

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

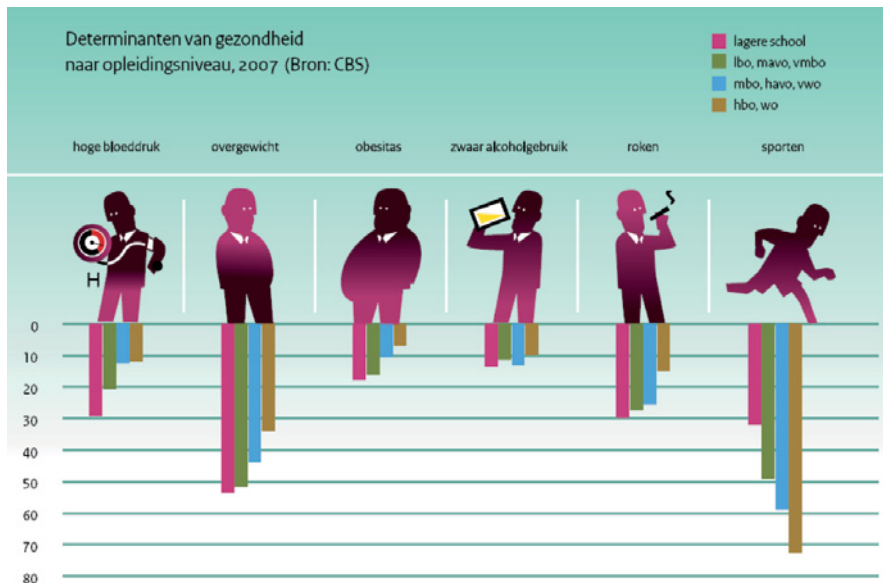
Figuur 1
Gezondheidservaring en levensverwachting per opleidingsniveau (2008). © de Volkskrant – eda. Bron: CBS



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 voorkomen 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.

Meer dan de helft van de Nederlanders voldoet niet aan de richtlijnen voor gezonde voeding.

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 opeenstapeling van (dreigende) gezondheidsproblemen. Ook zelf geven deze Amsterdammers hun gezondheid een lager rapportcijfer dan de rest van de Amsterdamse bevolking.

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

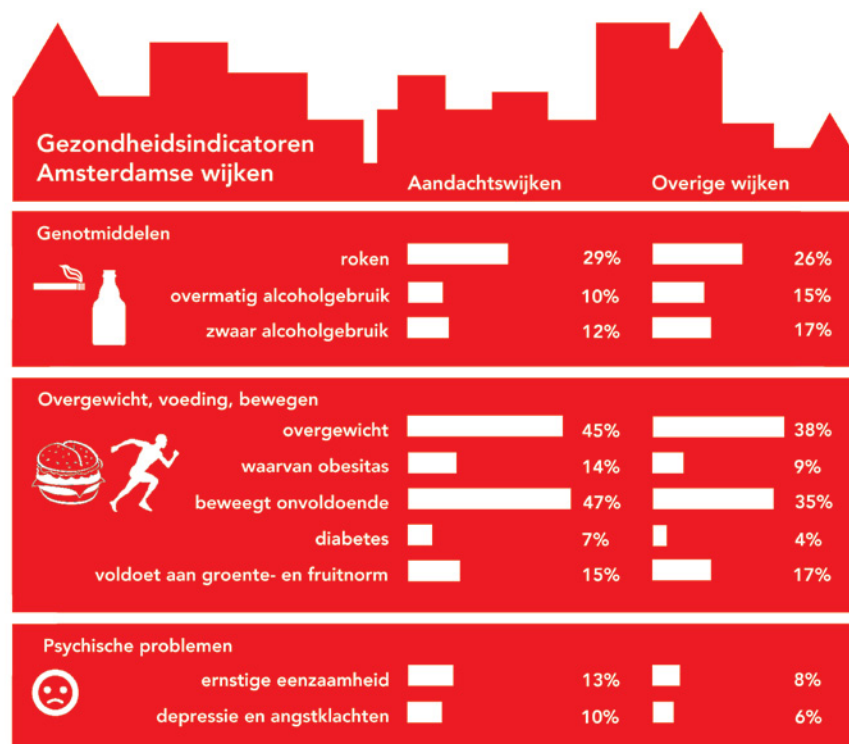
In figuur 3 is een aantal gezondheidsindicatoren weergegeven, waarbij onderscheid is gemaakt tussen bewoners van aandachtswijken en mensen die in overige wijken van Amsterdam wonen. Bewoners in aandachtswijken van Amsterdam scoren duidelijk minder goed op leefstijlindicatoren als overgewicht, voeding 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.

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 achterstands-situatie 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. Investerings 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.

Figuur 3
Gezondheidsindicatoren, uitgesplitst naar aandachtswijken
en overige wijken in Amsterdam.





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, ouderenbeleid, werk en opleiding en leefomgeving en luchtkwaliteit. 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, Achmea, en 1^{ste} Lijn Amsterdam actief kennis delen. Verder zet de gemeente 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.

Bewoners in aandachtswijken van Amsterdam scoren duidelijk minder goed op leefstijlindicatoren als overgewicht, voeding en beweging.

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 daar een bijdrage aan te leveren. In het volgende hoofdstuk geven we een toelichting op 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 hoog- en laagopgeleiden?

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 sociaal-economische groepen dikwijls 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 niet. De ervaren problemen van alledag eisen alle aandacht op.

Heel anders was dat voor veel mensen uit hogere sociaal-economische 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.



3 Integraal gezondheidsbeleid: theorie en keuzes in Amsterdam

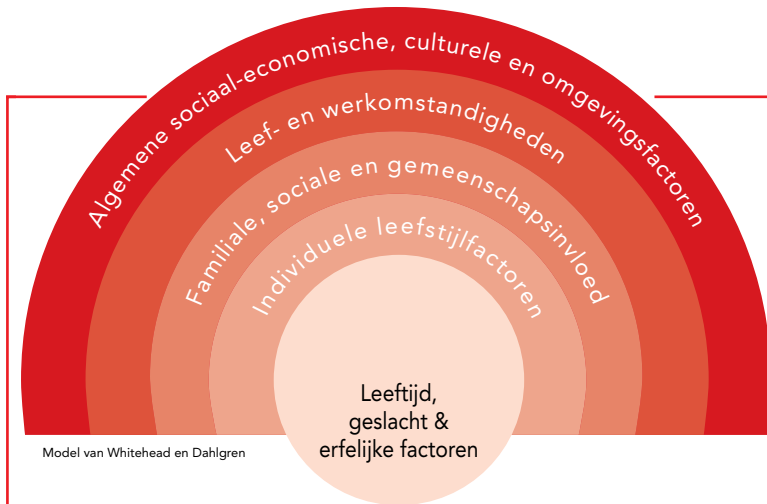
Vanuit preventie, zorg en welzijn is al jaren geïnvesteerd in het verbeteren van de volksgezondheid. Maar de huidige inzichten vragen ook om actieve betrokkenheid van andere sectoren op dit terrein. Want gezonde bewoners zijn belangrijk voor een vitale stad.

Inbreng andere beleidsterreinen

Investeringen 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.

Andersom kan gezondheid een bijdrage leveren aan de doelstellingen van andere beleidssectoren.

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 op de volgende pagina 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 milieufactoren ook invloed. Dit is de maatschappelijke context, ook wel het macroniveau 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 met 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

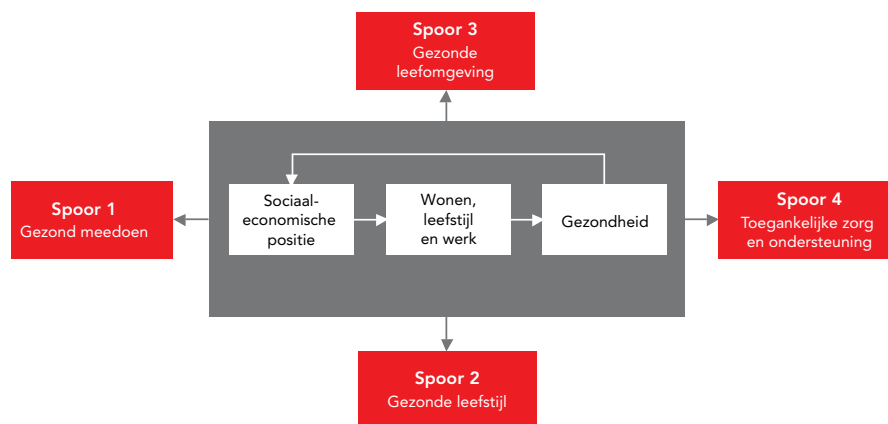
De gemeente Amsterdam (GGD en DMO) heeft al jaren een actieve integrale aanpak met onder andere JUMP-in en Schoolgruiten voor het basisonderwijs en Topscore DOIT en het Overbruggingsplan Overgewicht. Sport, gezondheidszorg en preventie werken daarin nauw samen met scholen en met de stadsdelen in de aanpak 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 het voorkomen van overgewicht en obesitas krijgen een rol: gezondheidszorg, sportaanbod, levensmiddelenaanbod, sociale omgeving, fysieke activiteit en de woon- en spelomgeving. 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 sociaal-economische 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 rode blokken. In het volgende 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', gesloten tussen 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, gebruikmakend van elkaars ervaringen en kennis.



4 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 Volksgezondheid dat acties in gang worden gezet om de gezondheid van de Amsterdammers te verbeteren en in het bijzonder voor Amsterdammers in een achterstandssituatie voor wie het maken van een gezonde keuze minder vanzelfsprekend is. Anders gezegd: doel is om de gezondheidsachterstanden 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.

Doel is om de gezondheidsachterstanden in te lopen.

Of de gezondheid daadwerkelijk verbetert, wordt aangetoond door de Amsterdammers zelf: zij zullen hun ervaren gezondheid rapporteren. Dit is weliswaar een subjectieve maat voor gezondheid, maar het 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:

Doelstellingen volwassenen

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:

Doelstellingen jeugd

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 gebieds-

Op wijkniveau willen we daarom de krachten bundelen, om met verschillende partijen op alle leefterreinen de bewoners van deze wijken vooruit te helpen.

gerichte 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), eerstelijns gezondheidszorg (huisartsen) 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 de stadsdelen daar verder invulling aan geven. Daarnaast wordt samenwerking gezocht met de dienst Openbare Orde en Veiligheid en de Voedsel en Waren Autoriteit 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 voorjaar van 2012 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 Achmea.



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. Een gezonde wijk richt zich op kinderen, volwassenen en ouderen. 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 is luchtkwaliteit een belangrijke factor in de afweging. Daarvoor zal ondermeer de samenwerking tussen GGD, DIVV, DMB en DRO verder worden versterkt. In de Sociaal Ruimtelijke Ambitie is duidelijk geworden hoe sociale ambities en ruimtelijke ambities vruchtbaar 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 vooralsnog 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. Deze samenwerking heeft



al tot meerdere initiatieven geleid zoals in Amsterdam Noord (Beter Samen in Noord) en in Zuidoost. Een ander 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, Achmea en de betrokken gemeentelijke diensten. Dit heeft onder andere geleid tot gebiedsgerichte monitoring van psychische problematiek. Daarnaast gaan Achmea 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

20

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

[bekijk document](#)

Bromm S, Vreeswijk E, Wiggers R. Sociaal-ruimtelijke ambitie: verankering sociaal met fysiek. Plan Amsterdam 2011;(3):4-13.

[bekijk document](#)

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

[bekijk document](#)

Dijkshoorn H, Dijk TK van, Janssen AP. Zo gezond is Amsterdam!: eindrapport Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2008. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2009.

[bekijk document](#)

Gadet J, Daalder R, Buijs E, Haccoû F, Buursink E, Muller T. Bewegen moet beloond worden!: ruimtelijke condities voor een gezonde wijk. Amsterdam: Dienst Ruimtelijke Ordening, 2010.

[bekijk document](#)

Gemeente Amsterdam. Bestuursopdracht veranderingen jeugd-domein. Amsterdam: Gemeente Amsterdam, 2011.

[bekijk document](#)

Gemeente Amsterdam. JOGG [website informatie]. Amsterdam: Gemeente Amsterdam, 2011 [[http://www.amsterdam.nl/jeugd_](http://www.amsterdam.nl/jeugd_onderwijs/jeugd/jeugdbeleid/jogg)onderwijs/jeugd/jeugdbeleid/jogg, geraadpleegd op 3 mei 2011].

[bekijk document](#)

Heutink H, Diemen D van, Elzenga M, Kooiker S. Wat hebben mensen met een lage en hoge(re) SES zelf te zeggen over gezond leven? TSG tijdschrift voor gezondheidswetenschappen 2010;88:10-12.

[bekijk document](#)

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Handreiking voor de bestuurlijke aanpak van sociaal economische gezondheidsverschillen: instrument voor beleidsontwikkeling op lokaal niveau. S.l.: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2010.

[bekijk document](#)

Lindeman E, Slot J, Bicknese L, Cohen L, Booi H et al. Staat van de stad VI: ontwikkelingen in participatie en leefsituatie. Amsterdam: Dienst Onderzoek en Statistiek, 2011.

[bekijk document](#)

Lucht F van der, Polder JJ. Van gezond naar beter: kernrapport van de Volksgezondheid Toekomstverkenning 2010. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2010.

[bekijk document](#)

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

[bekijk document](#)

Maas J. Vitamin G: green environments - healthy environments [PhD thesis]. Utrecht: NIVEL, 2008.

[bekijk document](#)

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. S.l: The Marmot Review, 2010.

[bekijk document](#)

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Gezondheid dichtbij: landelijke nota gezondheidsbeleid. Den Haag: Ministerie van VWS, 2011. [bekijk document](#)

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Zorg die werkt: de beleidsdoelstellingen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag: Ministerie van VWS, 2011.

[bekijk document](#)

Osté JP, Verhoeff AP, Binsbergen R van. Alcoholmatigingsbeleid Amsterdam 2011-2014. Amsterdam: Gemeente Amsterdam/GGD, 2011.

[bekijk document](#)

Programmacommissie Sociaal-Economische Gezondheidsverschillen. Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen: eindrapportage en beleidsaanbevelingen van de Programmacommissie SEGV-II. Den Haag: ZON, 2001.

[bekijk document](#)

RIVM/Loket Gezond Leven. Handreiking gezonde gemeente. Bilthoven: RIVM, 2011.

[bekijk document](#)

Storm I, Zoest F van, Broeder L den. Integraal gezondheidsbeleid: theorie en toepassing. Bilthoven: RIVM, 2007.

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

[bekijk document](#)



Bijlage 1

Werk in uitvoering



Spoor 1: Gezond meedoen

Wat? Koppeling armoedebeleid met gezondheidsbeleid
Trekker? DWI en GGD

Veel diensten die DWI biedt aan de Amsterdamse minima komen via aanbestedingstrajecten tot stand. Dat geldt ook voor een aantal diensten die betrekking hebben op de gezondheidssituatie van deze groep Amsterdammers. Om de gezondheidswinst voor de minima zo groot mogelijk te maken heeft de GGD een adviserende rol bij het formuleren van de voorwaarden.

Het Pact van Amsterdam zet zich in om bedrijven, maatschappelijke ondernemingen, zelforganisaties en de gemeente te verbinden, zodat er effectiever en efficiënter aan armoedebestrijding kan worden gewerkt. Binnen dit Pact leeft ook de wens om een positieve bijdrage te leveren aan de aan armoede gerelateerde gezondheidsproblematiek. Omdat de gemeente sterk wil inzetten op integraal gezondheidsbeleid ligt er, gezien de ambitie van het Pact van Amsterdam, een goede kans om het thema gezondheid binnen de armoedebestrijding steviger neer te zetten. Hiervoor zullen de GGD en andere gezondheidspartners een actieve rol gaan spelen in het Pact.

De gemeente zet in op een wijkgerichte aanpak om haar bewoners te ondersteunen. Dit zien we natuurlijk bij de Wijkaanpak maar ook bij de Wmo, de werkwijze van DWI en bij de uitvoering van het Amsterdamse gezondheidsbeleid. We willen de krachten bundelen op wijkniveau, om met elkaar op alle leefterreinen de bewoners van deze wijken waar nodig vooruit te helpen. De GGD heeft twee rollen,

als mede-uitvoerder van het gezondheidsbeleid en als regisseur. Dit gaan we op wijkniveau vormgeven door het aanbieden van activiteiten en programma's en door een adviserende rol te spelen. Hierbij zoeken we uiteraard samenwerken met lokale (gezondheids)partners en bewoners. De gemeente wil vanuit haar gezondheidsbeleid extra inzetten op de thema's actieve leefstijl en gezond gewicht, psychosociale problematiek en roken.

Procesdoelen

- Bij aanbestedingen die een gezondheidscomponent bevatten wordt waar nodig de GGD geconsulteerd.

Gezondheidswinst

Nog nader vast te stellen.

Wat? Geen integraal gezondheidsbeleid zonder koppeling met welzijn

Trekker? WZS en stadsdelen

Wat geldt voor de samenwerking met DWI op wijkniveau geldt in gelijke mate voor de samenwerking met WZS en stadsdelen. Stad en stadsdelen werken aan een vernieuwde visie op het sociaal domein, die recht doet aan de huidige financiële situatie, te beginnen met het voor stadsdelen en stad definiëren van basisniveaus voor zogenaamde risicogroepen. Het gaat hierbij om ondersteuning gericht op het versterken van eigen kracht en het hernemen van de regie over het eigen leven, waarbij we zoveel mogelijk willen aansluiten bij wensen en mogelijkheden van (specifieke groepen) burgers. Om hier succesvol in te zijn zal ook aandacht zijn voor gezonde leefstijl en psychosociale problematiek.

Het kabinet wil de gemeente in 2013/2014 de verantwoordelijkheid geven voor de huidige AWBZ-begeleiding. Het geld wordt overgeheveld naar de gemeente. Deze ontwikkeling is een uitgelezen kans om hier een eigen Amsterdamse invulling aan te geven, waarbij nadrukkelijk de verbinding moet worden gelegd met welzijn, participatie

en preventie. Je gezond voelen en kunnen participeren gaan hand in hand. Binnen de groepsgerichte aanpak van de begeleiding wordt aandacht besteed aan een gezonde leefstijl. Op wijkniveau denken we aan afstemming van en advies 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 bijvoorbeeld 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 valongevallen.

Veel aanbieders van zorg een welzijn hebben onvoldoende inzicht in het actuele aanbod waarnaar ze kunnen verwijzen. Er wordt veel energie gestoken in het zoeken naar het aanbod of het zelf ontwikkelen van een lokale sociale kaart. Er bestaat echter een [stedelijke sociale kaart](#). Hier is een overzicht van organisaties op het gebied van zorg en welzijn in Amsterdam te vinden. De komende tijd gaat de gemeente deze kaart verfijnen in samenwerking met stadsdelen en Achmea. Ook wordt deze verder aangepast aan de gebruikerswensen en ontwikkelingen in de wijken.

Afstemming op wijkniveau is belangrijk, maar ook op stedelijk niveau is het van belang om (beleidsmatig) af te stemmen, ook voor de lange termijn. Op directieniveau wordt overleg gevoerd binnen de sociale alliantie (GGD, WZS, DWI, DMO). Deze constructie zou ook op andere lagen binnen de vier organisaties doorgevoerd kunnen worden. Vanuit GGD en WZS wordt hiervoor een voorstel ontwikkeld.

Procesdoelen

- Eind 2012 is een werkwijze bedacht waarmee de werkerterreinen in het sociale domein structureel worden afgestemd.

Gezondheidswinst

Nog nader vast te stellen.



Spoor 2: Gezonde leefstijl

24

Wat? Tabaksontmoediging
Met wie? GGD met stedelijke en lokale partners rondom Stoppen Met Roken ondersteuning

In 2009 is een Partnership Tabaksontmoediging opgezet. Het partnership, waarin verschillende partijen en deskundigen in Amsterdam participeren, moet een samenhangend pakket aan maatregelen en interventies realiseren om het gebruik van tabak terug te dringen. Dit pakket is primair gericht op: het voorkómen dat jongeren gaan roken, het stimuleren om te stoppen en bescherming van niet-rokers. Het Partnership heeft eerst een inventarisatie gemaakt van het bestaande aanbod van preventie en SMR-ondersteuning (Stoppen Met Roken-ondersteuning). Daaruit bleek dat het aanbod van stoppen met roken ondersteuning om verschillende redenen niet goed wordt benut.

Onbekendheid met het aanbod en gebrek aan inzicht in de verwijsmogelijkheden spelen daarbij een rol. Daarnaast blijkt dat met name risicogroepen onvoldoende worden bereikt. Tegelijkertijd blijkt uit de cijfers van de Amsterdamse Gezondheidsmonitor dat een derde van de rokers tussen 16-55 jaar hulp wil bij stoppen met roken. Een van de aanbevelingen was dan ook om het aanbod van SMR-ondersteuning beter bekend te maken en ervoor te zorgen dat er voldoende en toegankelijke ondersteuning is. Dat wil het Partnership onder andere bereiken met een wijkgerichte aanpak van tabaksontmoediging, waarbij lokale Stoppen Met Roken netwerken worden opgezet. Binnen deze netwerken wordt het aanbod tussen professionals afgestemd, met daarbij afspraken over verwijspcedures. Daarnaast zal de gemeente inzetten op betere handhaving van het rookverbod in de horeca. Daarvoor wordt samenwerking gezocht met de Voedsel en Waren Autoriteit, die verantwoordelijk is voor de handhaving.

Het reguliere aanbod van preventieprogramma's gericht op jeugd gaan we continueren. Dat geldt voor de programma's: 'De Gezonde School en Genotmiddelen', 'Actie Tegengif', 'Rooksignaal' en 'Smoke Alert'.

Procesdoelen

- In 2013 heeft elke wijk binnen de Wijkaanpak een goed functionerend Stoppen Met Roken-netwerk.
- Eind 2012 zijn er afspraken over handhaving van het rookverbod in de horeca.
- Het programma 'De Gezonde School en Genotmiddelen' wordt de komende jaren op driekwart van de scholen in het voortgezet onderwijs uitgevoerd.
- De programma's 'Actie Tegengif' en 'Smoke Alert' worden elk op vijftien scholen in het voortgezet onderwijs uitgevoerd.
- Het programma 'Rooksignaal' wordt de komende jaren op dertig schoolklassen in het basisonderwijs uitgevoerd.

Gezondheidswinst

- Het percentage rokers onder bewoners van buurten van de Wijkaanpak daalt van 29% naar 24% in 2015 en naar 21% in 2020.
- Het percentage rokers in de overigen wijken van Amsterdam is in 2015 van 26% gedaald tot 23% en in 2020 naar 20%.
- Het aantal jongeren dat rookt daalt van 2011 tot 2015 met 3%.

Wat? Een actieve leefstijl en een gezond gewicht
Met wie? Duurzame partners DMO Sport en GGD

In 2008 zijn in het Sportplan en de Nota Volksgezondheid van de gemeente Amsterdam exact dezelfde doelstellingen opgenomen rondom de thema's Bewegen en Overgewicht. Daar werd een samenhangend pakket maatregelen aan gekoppeld, dat samen het 'Basispakket Actieve Leefstijl en Gezond Gewicht' werd genoemd. In nauwe samenhang tussen de twee betrokken diensten, DMO Sport en de GGD, is in de afgelopen vier jaar uitvoering gegeven aan dit beleid.

De samenwerking is nog steeds nodig: de voorgestelde maatregelen hebben effect en er zijn aanvullende afspraken met zorgverzekeraar Achmea gemaakt. Daarnaast blijft het thema actueel en blijft de problematiek urgent. Deze combinatie zorgt voor een veelvoud van spelers bij de aanpak van overgewicht, waar de gemeente regie op moet blijven uitoefenen.

Daarom gaat de gemeente de komende periode een stap verder. De Amsterdamse Nota Volksgezondheid die nu voor u ligt, bestrijkt de plannen voor de jaren 2012 tot en met 2015. Het Sportplan dat min of meer gelijktijdig wordt vastgesteld, bestrijkt de jaren 2013 tot en met 2016. Deze looptijd valt samen met het beleid dat wordt uitgevoerd onder de noemer 'Nederland Sportland 2016'.

Sport kan niet zonder zorg en preventie, en preventie kan niet zonder sport en bewegen. De gemeente Amsterdam stelt daarom rondom het thema 'Actieve Leefstijl en Gezond Gewicht' geen twee aparte hoofdstukken in twee aparte nota's op, maar stelt in het voorjaar van 2012 één gezamenlijk kaderdocument op. In dit plan zijn de volgende zaken opgenomen:

- De visie van het gemeentebestuur op een 'Actieve Leefstijl en een Gezond Gewicht'.
- De doelstellingen voor jeugd, senioren en bijzondere risicogroepen.
- Kaders: wat valt onder de gezamenlijke aanpak, en wat niet?
- Welke ontwikkelingen en allianties zijn er met betrekking tot het thema? Denk hierbij aan het convenant dat de gemeente Amsterdam met Achmea heeft gesloten, de rol die stadsdelen nu en in de toekomst spelen in het beweeg- en preventieaanbod en bij de scholen, enzovoort.
- Een voorstel voor het proces van de gezamenlijke uitvoering. Dit behelst:
 - jaarlijkse actieplannen
 - jaarlijkse stoplichtrappartages
 - jaarlijkse gezamenlijke financieringsaanvragen
- Een voorstel voor de organisatie van de gezamenlijke uitvoering. Bij een blijvende urgente problematiek en een blijvende noodzaak voor regie zal ook de rol van de gemeente zichtbaar moeten blijven en verstevigd moeten worden. Hiertoe zal een regiebureau ingericht moeten worden.



De trekkers van dit gezamenlijke integrale document zijn zoals gezegd 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 zullen daarom nadrukkelijk betrokken worden bij het opstellen van dit document.

Procesdoelen

- Begin 2012 een gezamenlijke nota met DMO-sport en GGD met daarin de geschetste doelen en uitvoeringsplannen.
- JOGG Amsterdam wordt verder uitgerold over de stad, en richt zich daarbij vooral op wijken waar de achterstanden het grootst zijn.
- Het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van leefstijlinterventies voor specifieke risicogroepen.

Gezondheidswinst

- Een afname van het aantal kinderen in Nieuw-West met overgewicht van 40% in 2010 naar 28% in 2015.
- Het percentage kinderen met overgewicht in Amsterdam is in 2015 met 5% afgenomen.

Wat? Psychosociale gezondheid

Met wie? Achmea, GGD, stadsdelen, zorg- en welzijnsaanbieders

De oorzaken van depressie en of angstproblematiek zijn divers en ook niet altijd vanuit de gemeente te beïnvloeden. Bijvoorbeeld als het gaat om genetische factoren of bepaalde ingrijpende levensgebeurtenissen. Daarnaast kent psychosociale problematiek ook een aantal factoren die wel beïnvloedbaar zijn. Een goede gezondheid is bijvoorbeeld een beschermende factor voor psychosociale problematiek. Dat betekent dat een gezonde leefstijl (in)direct ook invloed heeft op de psychosociale gezondheid van de Amsterdammers. Dat is ook een van de redenen waarom we bij jong en oud een gezonde leefstijl promoten. Maar er is meer waar de gemeente rondom dit thema op wil inzetten.

Onze focus ligt vooral op het bevorderen van gezondheidsbeschermende factoren, zoals het vergroten van de weerbaarheid (trainingen sociale weerbaarheid), toegankelijkheid van opvoedkundige kennis (Triple-P) en het stimuleren van sporten (JOGG, De Beweegkuur, Big!Move). Afstemming met participatie en welzijnsactiviteiten is essentieel om het sociale netwerk van Amsterdammers te versterken en de kwetsbaarheid voor sociale problematiek te verminderen.

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 worden behoeften verkend. Op basis daarvan wordt een passend en afgestemd zorg- en welzijnsaanbod geboden.

In gezondheidscentra en huisartspraktijken werken POH (praktijk-ondersteuner) GGZ, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (SPV) of psychologen. Zij bieden: vraagverheldering, behandeling, begeleiding, zorgcoördinatie, consultatie, en toeleiding via het stepped care principe. Deze POH'ers nemen vervolgens weer deel aan het Basisteam Osdorp waarin eerstelijns professionals en welzijnsmedewerkers gezamenlijk het aanbod afstemmen.

In deze integrale benadering past ook de Netwerktafel Osdorp. Bij de netwerktafel kunnen kwetsbare burgers hun vragen stellen op het terrein van: wonen, werken, scholing, vrijetijdsbesteding, hobby's, contacten, etcetera. Aan de Netwerktafel nemen diverse ketenpartners en ervaringsdeskundigen deel. Samen zoeken de deelnemers naar passende ondersteuning.

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, Achmea en de betrokken gemeentelijk diensten. Dit heeft onder andere geleid tot

gebiedsgerichte monitoring van psychische problematiek, waarbij gegevens van zorgconsumptie (Achmea) en de Amsterdamse Gezondheidsmonitor (GGD) worden gebruikt. Daarnaast gaan Achmea en de gemeente gezamenlijk inkoopbeleid voeren rondom GGZ-preventieprogramma's. Deze gebiedsgerichte en integrale benadering van psychische problematiek krijgt daarin aandacht. Verder zal de gemeente een rol spelen bij het leveren van lokale gezondheidsinformatie en waar nodig een regiefunctie vervullen.

Procesdoelen

- Alle wijken van de Wijk aanpak hebben eind 2012 beschreven hoe ze binnen de gebiedsgerichte arrangementen psychosociale problematiek gaan aanpakken. In deze plannen worden vervolgens verdere doelen beschreven.

Gezondheidswinst

Nog nader vast te stellen.



Spoor 3: Gezonde leefomgeving

Wat? Een vruchtbare samenwerking tussen fysiek en sociaal
Met wie? DMO/SPA, DRO, DMB, DIVV en GGD

In de Sociaalruimtelijke Ambitie verbeelden de Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling en de Dienst Ruimtelijke Ordening in een coproductie hoe het sociale en het ruimtelijke domein maximaal kunnen bijdragen aan een dynamische metropool. Voorwaarde is dat verbindingen worden gelegd tussen het sociale en fysieke domein, tussen maatschappelijke voorzieningen en de openbare ruimte. Deze sociaalruimtelijke infrastructuur verbindt buurten en wijken en dus mensen. De interactiemilieus die hierdoor ontstaan hebben een positief effect op een leefbare metropool. De sociaalruimtelijke ambitie beschrijft condities voor duurzame ruimtelijke ontwikkeling. Het gaat om het koppelen van basisprincipes als Identiteit, Flexibiliteit, Eigenaarschap, Diversiteit en Bereikbaarheid & Toegankelijkheid. Het voorstel is om het thema Gezondheid in brede zin, en de principes van een gezonde leefomgeving in het bijzonder, hierin op te nemen en gebiedsgericht uit te werken, aansluitend bij bestaande projecten bijvoorbeeld in de Wijkaanpak of op het gebied van de scholenbouw/onderwijshuisvesting en de sportvoorzieningen.

De Structuurvisie 2040 van Amsterdam bevat de ruimtelijke plannen voor de komende decennia voor de stad en de metropool: economisch sterk en duurzaam. Thema's die aan de orde komen zijn het intensiveren van recreatief groen en de Olympische Stad. Wat voor metropool willen we zijn, wat zijn onze kwaliteiten? Hoe maak je gebruik van de kracht van elk gebied? Op welke manier blijft Amsterdam leefbaar en groen? Dat zijn vragen waar de Structuurvisie een antwoord op wil geven. Hier ligt ook een verbinding met gezondheid en gezonde leefomgeving. Stedenbouwkundige ingrepen moeten leiden tot een gezonde leefstijl, bijvoorbeeld door functiemenging in de wijk. Een uitwerking hiervan kan in de samenwerking tussen onder andere DRO en GGD op het gebied van het 'Experiment De Gezonde Wijk' vorm krijgen.

Het 'Olympisch Plan 2028: Heel Nederland op Olympisch niveau' van het NOC*NSF is met brede steun aangenomen en gaat nu een volgende fase in. Dit plan heeft in eerste instantie tot doel het sportklimaat in Nederland in de periode tot 2016 op 'Olympisch niveau' te brengen. Hierin is, naast de infrastructuur van de Olympische lokaties zelf, ook de uitstraling op de stad en haar bewoners belangrijk. De slogan 'Meedoen is belangrijker dan winnen' wordt hierin ook toegepast op de bewoners: zij worden in staat gesteld mee te doen waar mogelijk, met zo min mogelijk (ruimtelijke) beperkingen. Gebruikmakend van de infrastructuur en de Olympische gedachte willen we ook die groepen bereiken, die vooralsnog minder geneigd zijn om uit zichzelf in beweging te komen. De voorbereidingen hiervoor beginnen nu.

Het 'Experiment De Gezonde Wijk' is een samenwerking tussen GGD, DRO, stadsdelen en een keur aan andere diensten en partijen op het snijvlak van leefomgeving en gezondheid. De kern van de samenwerking is dat een omgeving waar mensen wonen moet uitnodigen tot bewegen, ontmoeten, recreëren en geen belemmering mag zijn (in letterlijke en figuurlijke zin) om in beweging te komen. Daarbij kan gedacht worden aan fitnessapparatuur in de openbare ruimte, aantrekkelijk groen, kwalitatief goede speelterreinen, veilige en afwisselende fiets- en wandelroutes en een gezond binnenklimaat. In samenwerking met de VU en diverse partners, waaronder ook woningcorporaties, worden de principes van het 'Experiment De Gezonde Wijk' al op bescheiden schaal toegepast. De samenwerking tussen de stadsdelen, DRO en de GGD blijkt breed gewaardeerd te worden en wordt nationaal en internationaal goed ontvangen. Daarom moet de kennis niet alleen blijvend binnen Amsterdam gedeeld worden, maar ook naar externe partijen verspreid worden. Ook de schaalgrootte van het experiment moet omhoog, onder andere door het toepassen van de principes bij de sociaalruimtelijke ambitie en de uitwerking van de Structuurvisie.

Groenbudget: Er is budget beschikbaar om het groen in Amsterdam op te waarderen. Dit wordt aangewend in de wijken in de Wijkaanpak. Daarbij wordt overlegd met de bewoners over het gebruik van het groen, zodat het optimaal aansluit bij de wensen en behoeften van de

gebruikers. Hierbij is ook een rol toebedeeld aan het maatschappelijk vastgoed in deze wijken, die een rol kunnen spelen bij het beheer.

Luchtkwaliteit: In Amsterdam wordt via twee routes ingezet op het verbeteren van de luchtkwaliteit. De eerste route betreft specifiek beleid gericht op de verbetering van de luchtkwaliteit, wat getrokken wordt door het [Programmabureau Luchtkwaliteit](#). De GGD levert hierbij gezondheidsinput. Daarnaast is er aandacht voor luchtkwaliteit in de planning van ruimtelijke inrichting; het gaat daarbij om de gevolgen voor luchtkwaliteit van de plannen, maar ook om beperking van gezondheidsschade door luchtverontreiniging door slim(mer) te plannen. In het kader van deze nota wordt ingezet op een verstevigde samenwerking tussen DMB, DIVV, DRO en GGD bij deze route. De doelstellingen van deze nota zullen verder in het Programmabureau Luchtkwaliteit ingebracht worden zodat ook van deze zijde een bijdrage geleverd kan worden aan het bereiken van deze doelstellingen.

Procesdoelen

Nog nader vast te stellen.

Gezondheidswinst

Nog nader vast te stellen.



Spoor 4: Toegankelijke zorg en ondersteuning

Wat? Van signaal naar aanbod
Met wie? DMO jeugd, onderwijs, GGD, stadsdelen, zorgaanbieders

Naar schatting één op de vijf kinderen in het basisonderwijs heeft te kampen met sociaal-emotionele problemen. Wanneer dit soort problemen niet wordt onderkend, heeft dat grote gevolgen voor de ontwikkeling van een kind. Om die reden is de afgelopen jaren flink in gezet op vroegsignalering van gedragsproblemen en toeleiding naar een aanbod van effectieve programma's. Dat zullen we ook blijven doen, maar daarmee zijn we er niet.

In aansluiting op de nota preventief jeugdbeleid 2010-2014 gaan we ons inzetten om de signalering van problemen nog verder uit te bouwen en het opvoedklimaat te versterken. Dit gebeurt in de directe omgeving van kinderen en gezinnen (thuis, OKC's, in de kinderopvang, peuterspeelzaal en de voorschool, op school, en in de buurt). Daarbij gaat extra aandacht naar de groep 0-4 jarigen, omdat nog te weinig wordt gefocust op het signaleren van problemen bij deze groep. Uiteraard kijken we daarbij verder dan alleen het kind en wordt nadrukkelijk ook het systeem (opvoeder, gezin, onderwijs) betrokken. De OKC's spelen een belangrijke rol in de contacten met kind en opvoeder. Daarbij moeten de mogelijkheden voor deze kinderen bij gesignaleerde problemen beter bekend zijn bij de OKC's.

Zoals al aangegeven is het onderwijs een belangrijke setting voor het signaleren van problemen en voor het aanbieden van preventieprogramma's. In 2011 heeft de GGD Amsterdam een GGD-brede visie op jeugd opgesteld. Daarin is de positie van de GGD ten aanzien van het onderwijs verder toegelicht. De ambities, concrete maatregelen en kansen die daarin zijn verwoord zullen de komende jaren verder uitgewerkt gaan worden. Daarvoor zal nauwe samenwerking worden

gezocht met veel partijen, waaronder het onderwijs, de stadsdelen, DMO onderwijs, de jeugdzorg, politie, en zorgaanbieders.

Netwerken Jeugd & Gezin: er zijn diverse netwerken die zich richten op jeugd en de zorg om en voor kinderen. Deze netwerken moeten beter gebruikt worden om sociaal-emotionele problematiek bij kinderen, en de (vroegtijdige) preventie daarvan voor het voetlicht te krijgen.

Procesdoelen

Nog nader vast te stellen.

Gezondheidswinst

Nog nader vast te stellen.

Wat? Van preventie tot behandeling
Met wie? GGD, Stichting 1^e Lijn, Achmea en GGZ aanbieders

Om de gezondheid van Amsterdammers te verbeteren is de gemeente Amsterdam in 2008 een intensief en duurzaam samenwerkingsverband aangegaan met Stadsregio Amsterdam en Achmea Zorgverzekeringen, vastgelegd in een convenant. In 2011 loopt dit convenant af. Genoemde partijen hebben vervolgens een nieuw convenant afgesloten met samenwerkingsafspraken.

De komende jaren wordt op verschillende niveaus actief kennis gedeeld tussen Achmea en de gemeente Amsterdam. We gaan gezondheidsgegevens koppelen en in samenhang bekijken. Dat laatste gebeurt nu al in het kader van een gebiedsgerichte aanpak van psychosociale problematiek in bepaalde gebieden van de stadsdelen Oost en Nieuw-West. Deze kennisdeling is geen doel op zich, maar is essentieel voor het stellen van prioriteiten en het maken van keuzes, niet alleen voor de stad als geheel, maar juist ook voor de gebiedsgerichte aanpak.

In de keten van preventie tot behandeling van psychosociale problematiek verwachten we positieve effecten van het stepped care model. Volgens het principe van een stepped care model ontvangen patiënten een behandeling die niet zwaarder is dan strikt noodzakelijk. Alleen als deze onvoldoende resultaat oplevert, wordt overgegaan op een meer intensieve behandeling. Dit sluit aan bij het beleid van het Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport dat gericht is op versterking van de eerstelijns Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Ook sluit dit aan bij de huidige ontwikkelingen waarbij sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (of psychologen) vanuit de tweedelijns (GGZ instellingen) worden ingezet in de eerstelijns (huisartspraktijken). Ook e-mental health krijg hierin een belangrijke rol. Alleen mensen bij wie de klachten niet verdwijnen na het doorlopen van een preventieve interventie krijgen een meer intensief vervolgaanbod. Gemeente en Achmea kunnen de ontwikkeling van stepped care faciliteren door hiermee rekening te houden bij de gezamenlijke inkoop.

Procesdoelen

Nog nader vast te stellen.

Gezondheidswinst

Nog nader vast te stellen.

Wat? Zorgketen overgewicht
Met wie? GGD, JGZ, Achmea en zorgaanbieders

De zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas is in Amsterdam al vele jaren geleden opgezet. Het blijkt echter dat het aanbod van de verschillende beroepsgroepen niet altijd goed op elkaar is afgestemd. Met de 'Zorgketen overgewicht' streven we naar een betere verbinding tussen het aanbod van preventie tot overgewicht. Er worden afspraken gemaakt over samenwerking, afstemming en regie tussen preventiemedewerkers en zorgprofessionals, gedurende het hele traject van preventie, monitoring, signalering, diagnose, behandeling en begeleiding. Leidend hierbij zijn de Zorgstandaard Obesitas van het PON en de JGZ richtlijn overgewicht. Hierbij neemt samenwerking



tussen gemeente, 0^e-, 1^e- en 2^elijnszorgaanbieders, verzekeraars en aanbieders van interventies een belangrijke plaats in. De komende jaren wordt de Zorgketen overgewicht in Amsterdam gefaseerd ingevoerd. Speciale aandacht zal uitgaan naar de JOGG-wijk, waar de verbinding tussen preventie en zorg een aandachtspunt is.

Procesdoelen

Ontwikkeling en implementatie van ketenzorg waarin de preventie en behandeling van overgewicht en obesitas bij kinderen van 0-19 jaar op elkaar zijn afgestemd.

Gezondheidswinst

Een gezonder eet- en beweeggedrag bij kinderen met overgewicht of obesitas, stagnerende gewichtstoename, het terugdringen van overgewicht en obesitas en een toename van de kwaliteit van leven.

Van inspanningen naar gezondheidswinst

Binnen de gezondheidsbevordering is goed bekend welke interventies effectief zijn. Daarom kiest de gemeente er voor om ook alleen in te zetten op die interventies die werken, en op veelbelovende nieuwe interventies. Bij de samenwerking met andere sectoren is de wetenschap over wat werkt nog beperkt. Er bestaat geen formule die aangeeft hoeveel gezondheidswinst een integrale aanpak oplevert. Wat we wel weten is dat een gebiedsgerichte benadering positieve effecten lijkt te hebben. De eerste resultaten van verschillende onderzoeken wijzen op daadwerkelijke verbetering in gezondheid van bewoners van wijken waar gebiedsgericht is gewerkt. Het is echter (nog) niet mogelijk om aan te geven in welke mate de afzonderlijke activiteiten hebben bijgedragen aan deze verbetering. Op basis daarvan hebben we positieve verwachtingen dat het geheel aan activiteiten, zoals nu beschreven bij de verschillende sporen, zal bijdragen aan een betere gezondheid en aan een positieve gezondheidbeleving van de Amsterdammers.



Bijlage 2

Alle Amsterdammers Gezond!

In februari 2008 stelde de raad de Amsterdamse Nota Volksgezondheid 'Alle Amsterdammers Gezond!' vast. Deze bestreek de periode van 2008 tot en met 2011. Naast de vijf thema's uit de landelijke preventienota, voegde Amsterdam een aantal thema's toe om in te spelen op de lokale problematiek. In deze bijlage beschrijven we wat de afgelopen jaren is gedaan.

Vier jaar geleden zijn specifieke thema's en doelgroepen genoemd. Samen met de sectoren zorg, welzijn en sport zijn deze gezondheidsvraagstukken aangepakt, zoals hieronder per thema wordt toegelicht. Deze resultaten vormen het vertrekpunt voor het beleid in deze nieuwe nota.

Angststoornissen/Depressie

Bij angst en depressie op de juiste plek geholpen worden om langdurig leed te besparen.

Acties: op basis van geïnterviewde knelpunten in het aanbod zijn afspraken gemaakt met aanbieders en financiers om gezamenlijk tot een dekkend aanbod te komen. Er is een plan van aanpak om signalering- en verwijsmogelijkheden te versterken. En in twee stadsdelen wordt gestart met gebiedsgerichte preventie rondom depressie en angst.

Gedragsproblemen

Hoe jonger kinderen geholpen worden, hoe beter dat voor iedereen is.

Acties: de afgelopen jaren is gestart met de invoering en evaluatie van het leerlingvolgsysteem 'Hart en Ziel' op vijf Amsterdamse scholen, waarmee verwezen kan worden naar preventieprogramma's. Er zijn afspraken gemaakt tussen Achmea en de gemeentelijke diensten over gezamenlijke inkoop van preventie.

Dreigende OGGZ-problematiek

Alleenstaande mannen met een uitkering glijden niet af.

Acties: er is onderzoek gedaan naar (psychosociale) problemen onder alleenstaande mannen met een uitkering. Aangrijpingspunten uit het onderzoek worden nu vertaald naar een plan van aanpak ter preventie van de OGGZ-problematiek.

Sociaal isolement bij ouderen

Je hoeft niet eenzaam oud te worden.

Acties: er zijn screeningsinstrumenten voorhanden om eenzaamheid te signaleren, maar de uitdaging is vooral gelegen in de wijze waarop deze ingezet kunnen worden. Er wordt onderzoek gestart om inzicht te krijgen in de belemmerende en bevorderende factoren voor (vroeg) signalering van sociaal isolement.

Suicide

Vanuit verschillende invalshoeken zelfdoding voorkomen.

Acties: Er zijn veel manieren om suicide(pogingen) aan te pakken. Er is een plan van aanpak ontwikkeld met aandacht voor de verschillende facetten van deze problemen. Vanaf begin 2011 worden de plannen uitgevoerd, bestaande uit vier componenten: toeleiding nazorg van suicidepogers, gatekeeperstrainingen om vroegtijdige suïcidaliteit te herkennen en te interveniëren, hulpaanbod voor nabestaanden, en beperken toegang tot dodelijke middelen.

Druggebruik

Weten wat er gebeurt om adequaat te kunnen handelen.

Acties: Het ingestelde beleidsplatform preventie genotmiddelen-gebruik volgt de ontwikkelingen rondom aanbod en gebruik van drugs, vertaalt deze ontwikkelingen naar de praktijk van preventie, en adviseert het College ten aanzien van preventiebeleid genotmiddelen-gebruik. Dit heeft ondermeer geleid tot: een handelingsprotocol 'informatievoorziening bij incidenten', een beleidsnotitie ten aanzien van het handhavingsbeleid op grote dance-events en een actieplan GHB.

Veilig vrijen

Uit vrije wil en veilig genieten.

Acties: GGD-breed zijn alle activiteiten in kaart gebracht rondom seksuele gezondheid en met elkaar in samenhang bekeken. Mede op basis van deze inventarisatie vindt evaluatie en herijking van het preventieaanbod plaats. Dit geldt ook voor de andere twee thema's rondom seksuele gezondheid (tienerzwangerschappen en seksuele weerbaarheid).

Tienerzwangerschappen en abortussen

Ongewenste zwangerschappen voorkomen.

Acties: Betere signalering en verwijzing van zwangere tieners en van ongewenst zwangere prostituees door intensievere samenwerking tussen onderwijs, de JGZ en de Soa-poli. Ook wordt gewerkt aan een laagdrempelig aanbod van hulpverlening voor jongeren en dan met name op de verdere ontwikkeling van SENSE.

Seksuele weerbaarheid

Zelf grenzen kunnen aangeven.

Acties: Er is onderzoek gedaan naar de beweegredenen van tieners voor instrumentele seks. Het programma 'Je lijf je lief' is ontwikkeld en geïmplementeerd in het praktijkonderwijs en richt zich specifiek op het verhogen van de weerbaarheid van meisjes met een licht verstandelijke beperking. Scharlaken Koord geeft voorlichting over loverboys op 20 scholen in het voortgezet onderwijs met relatief veel kwetsbare leerlingen.

Roken

Ziektes voorkomen door te stoppen met roken.

Acties: Het opgerichte Partnership Tabaksontmoediging heeft in kaart gebracht welk beleid, netwerken en activiteiten in Amsterdam op het terrein van tabaksontmoediging actueel zijn. Op basis daarvan is een stedelijk actieplan opgesteld dat door de uitvoering van een samenhangend pakket aan maatregelen en interventies beoogt om het tabaksgebruik terug te dringen.

Schadelijk alcoholgebruik

Kinderen en alcohol: een slechte zaak.

Acties: Het College heeft een nieuw alcoholmatigingsbeleid vastgesteld; bestaande uit een mix van interventies en maatregelen rondom voorlichting, preventie, regelgeving, handhaving. Doel is dat jongeren later starten met alcoholgebruik en dat overmatige drinkers hun gebruik matigen.

Overgewicht

Een zichtbaar groeiend probleem.

Acties: Er is op structurele basis afstemming tussen GGD en DMO Sport om de aanpak van overgewicht vorm te geven. Sinds 2010 is Amsterdam een van de zes koploper gemeenten die zich aansluiten bij de JOGG aanpak. Daarnaast is overgewicht een belangrijk thema binnen het convenant met Achmea en is daarin onder de naam 'Actieve Levensstijl en Gezond Gewicht' opgenomen. Hierin zijn meerdere activiteiten benoemd, die bovenop het Amsterdamse basispakket uitgevoerd worden.

Bewegen

Samen met het Sportplan een aanpak om lekker in je vel te zitten.

Acties: Afgestemd met het Sportplan zijn de effectieve programma's uitgebreid naar Amsterdammers van alle leeftijden. Het aanbod is duidelijk op papier gezet en de afstemming hiervan is continu tussen DMO en de GGD. Meer scholen voeren JUMP-in in en het hieraan gekoppelde Leerlingvolgsysteem. Bij volwassenen zijn alle gecombineerde leefstijlinterventies doorgelicht, om zo kwaliteitsverhogend te werken aan meer beweging in Amsterdam.

Voeding

Gezonde voeding hoeft niet veel te kosten.

Acties: Het pakket met voedingsprogramma's voor de jeugd is doorgelicht, aangepast en waar mogelijk uitgebreid. Scholen kunnen nu gebruik maken van een 'lunchwaaier' voor hun lunchaanbod

en 'Schoolgruiten' wordt nu op alle JUMP-in scholen uitgevoerd. Twee veelbelovende programma's ('Gezond kopen, gezond koken' en 'Gezonde voeding hoeft niet veel te kosten') richten zich op volwassenen met een lager inkomen en van verschillende culturen. Voedingsinterventies die ontwikkeld waren voor specifieke doelgroepen zijn nu aangepast voor een breder publiek. Ook dit onderwerp is in het Achmea-convenant ingebracht.

Diabetes

Weten wat je hebt, wat het met je doet en wat je zelf kan doen.

Acties: Staande programma's als 'Stedelijk Diabetes Preventie Programma' en 'Diabetes Voorkomen' zijn voortgezet. De maatregelen uit het basispakket 'Actieve Levensstijl en Gezond Gewicht' dragen ook bij aan de preventie van diabetes.

Experiment 'De Gezonde Wijk'

Gezond omdat je omgeving je dat makkelijk maakt.

Acties: Het experiment 'De Gezonde Wijk' heeft de sectoren Leefomgeving en Gezondheid in het kader van de Wijkaanpak nader tot elkaar gebracht. Naast een nieuwe manier van denken en werken, en het agenderen van het thema gezondheid en de relatie met sociaal-economische status en omgeving, zijn verschillende projecten gestart. Door onderzoek wordt de relatie in het komende jaar meer uitgediept.

Meer informatie over de activiteiten en resultaten in het kader van de nota volksgezondheid 2008-2011, is te vinden op ggd.amsterdam.nl.

Bijlage 3

Impact determinanten gezondheid

Ziektes, ziekteveroorzakers en cijfers

Een belangrijk criterium bij het bepalen van prioriteiten is de omvang van het (ziekte)probleem, de daaraan gekoppelde ziektelast en de daarmee verloren (gezonde) levensjaren. Onderstaande afbeelding geeft inzicht in deze aspecten van gezondheid en geeft de top tien van ziektes in Nederland weer, uitgedrukt in: sterfte, verloren levensjaren en ziektelast.

Duidelijk is dat sterfte en verloren levensjaren vooral toe te schrijven zijn aan coronaire hartziekten en longkanker. Bij de verloren levensjaren staat longkanker inmiddels bovenaan, zowel bij de mannen als bij de vrouwen. Dit heeft te maken met de relatief jonge leeftijd waarop longkankerpatiënten overlijden. Bij elkaar omvat de top tien van de belangrijkste doodsoorzaken ongeveer de helft van de totale sterfte.

De ziektelast is een maat voor de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie ten gevolge van die ziekte. De ziektelast wordt uitgedrukt in DALY's ('Disability-Adjusted Life-Years'). De DALY is een maat voor het aantal verloren levensjaren opgeteld bij het aantal jaren dat mensen met een ziekte leven. En de ernst van de ziekte wordt hierin meegewogen.

Uitgedrukt in ziektelast vormen coronaire hartziekten, depressie en beroerte de top drie. In vergelijking met sterfte en verloren levensjaren, komen er in de top tien van ziektelast vooral ziektes bij die weliswaar een groot negatief effect hebben op de kwaliteit van leven, maar geen of weinig sterfte veroorzaken. Dit geldt bijvoorbeeld voor psychische stoornissen en artrose.

Figuur 5

Top tien van ziekten in Nederland: sterfte verloren levensjaren en ziektelast, 2007.

Sterfte		Verloren levensjaren		Ziekte last (DALY's)	
01	Coronaire hartziekten	01	Longkanker	01	Coronaire hartziekten
02	Longkanker	02	Coronaire hartziekten	02	Depressie
03	Beroerte	03	Beroerte	03	Beroerte
04	Dementie	04	Darmkanker*	04	Angststoornissen
05	Hartfalen	05	COPD	05	Diabetes mellitus
06	COPD	06	Borstkanker	06	Longkanker
07	Longontsteking	07	Hartfalen	07	COPD
08	Darmkanker*	08	Dementie	08	Artrose
09	Diabetes mellitus	09	Zelftoegebracht letsel	09	Letsel door privé-ongevallen
10	Borstkanker	10	Longontsteking	10	Dementie

* Darmkanker betreft dikkedarm- en endeldarmkanker

Naast ziektes kunnen we ook oorzaken van volkgezondheidsproblemen uitdrukken in ziektelast. In tabel 1 zijn de belangrijkste oorzaken van de ziektes weergegeven en hun bijdrage aan de hoeveelheid gezondheidsverlies in de Nederlandse bevolking. Roken zorgt voor het meeste verlies van totale en gezonde levensverwachting. Zo verliezen rokers gemiddeld 4,1 levensjaar en 4,6 gezonde levensjaren. Obesitas zorgt voor een relatief groot verlies van gezonde levensverwachting (5,1 jaar). Dit heeft te maken met het feit dat overgewicht, anders dan roken, vooral gerelateerd is aan minder dodelijke ziekten, zoals diabetes en lage rugpijn. De bijdrage van lichaamsbeweging en alcohol is iets kleiner dan die van roken en overgewicht/obesitas. Als we deze cijfers doortrekken naar effecten op de totale bevolking, dan zou de levensverwachting in Nederland bijna 2 jaar hoger zijn geweest als niemand zou roken. En als niemand te zwaar zou zijn, was de levensverwachting een half jaar hoger geweest.

Omgeving en gezondheid in de statistieken

Naast deze persoonsgeboden factoren is inmiddels ook steeds meer bekend over de relatie van volksgezondheid en de omgeving. Zo blijkt dat in totaal 2-4% van de ziektelast toegeschreven kan worden aan ongunstige arbeidsomstandigheden. Werkdruk, blootstelling aan stoffen en beeldschermwerk behoren tot de arbeidsomstandigheden die de meeste ziektelast veroorzaken, vooral door burn-out, COPD en klachten aan armen, nek en schouder.

Milieufactoren zijn verantwoordelijk voor ongeveer 3-7% van de totale ziektelast in Nederland. Van deze dragen blootstelling aan luchtverontreiniging (3-5%) en geluid (0,5-0,8%) het meeste bij aan de ziektelast, gevolgd door blootstelling aan radon, passief roken, lood en ozon.

Veel omgevingsfactoren en maatschappelijke determinanten hebben indirecte effecten op de gezondheid, zoals de inrichting van de wijk die invloed heeft op het gedrag van haar bewoners. Deze indirecte effecten zijn niet gekwantificeerd, maar wel van groot belang. Zo weten we uit onderzoek dat de aanwezigheid van groen in een wijk een positieve invloed heeft op de gezondheidsbeleving van bewoners.

Tabel 1

Effecten van risicofactoren op levensjaren en gezonde levensjaren (HALE¹) met 95% betrouwbaarheidsinterval op het niveau van de risicopopulatie en op populatieniveau.

- 1 HALE = 'health-adjusted life expectancy' een maat voor het aantal gezonde jaren dat iemand kan verwachten te leven vanaf een bepaalde leeftijd. Deze is berekend op basis van het voorkomen van ziekten en de ernst hiervan.
- 2 In de berekening van het verlies aan levensjaren voor de totale bevolking zijn ook ex-rokers meegenomen. De cijfers over de risicopopulatie hebben betrekking op rokers.

	Risicopopulatie		Totale bevolking	
	verlies aan levensjaren	verlies aan gezonde levensjaren (HALE) ¹	verlies aan levensjaren	verlies aan gezonde levensjaren (HALE) ¹
Roken ²	4,1 (3,7 - 4,6)	4,6 (4,1 - 5,4)	1,8 (1,6 - 2,0)	2,0 (1,7 - 2,3)
Overgewicht	1,2 (1,0 - 1,5)	2,1 (1,8 - 2,3)	0,5 (0,4 - 0,7)	0,9 (0,8 - 1,0)
Obesitas	3,0 (2,3 - 3,6)	5,1 (4,5 - 5,6)	0,3 (0,3 - 0,4)	0,6 (0,5 - 0,6)
Overmatig alcoholgebruik	0,6 (0,5 - 0,7)	0,9 (0,8 - 1,0)	0,2 (0,2 - 0,3)	0,3 (0,3 - 0,3)
Te weinig lichaamsbeweging	0,9 (0,8 - 1,1)	1,2 (1,1 - 1,4)	0,4 (0,4 - 0,5)	0,5 (0,5 - 0,6)

Colofon

Uitgave	GGD Amsterdam, december 2011
Samenstelling en teksten	Johan Osté, Annelies Acda en Arnoud Verhoeff
Fotografie	Jantien Aalbrechtse, Ed Blaas, Edwin van Eis, Doriann Kransberg en Katrien Mulder
Pictogrammen 4 sporen	Robert Vulkers
Vormgeving	Inge Bekkers
ISBN	978-90-5348-192-2