

Nota van B&W

Portefeuille H. van der Molen
Auteur Dhr. F.J. Vonk
Telefoon 5115641
E-mail: fvonk@haarlem.nl
MO/OWG Reg.nr. 2006/1327
Te kopiëren:
B & W-vergadering van 21 november 2006

Onderwerp

Gemeentelijk gezondheidsbeleid Haarlem 2007-2010

Bestuurlijke context

Op grond van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) zijn gemeenten verplicht elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast te stellen. Voor u ligt de eerste nota gemeentelijk gezondheidsbeleid Haarlem voor de periode 2007-2010. Deze periode is in lijn met de landelijk cyclus.

Het rijk (ministerie van VWS) is op grond van de Wcyp verplicht elke vier jaar de landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie volksgezondheid vast te stellen. Voor de periode 2007-2010 zijn deze gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl van alle burgers (het tegengaan van roken, overgewicht en alcoholmisbruik), het verkleinen van de sociaal economische gezondheids-verschillen en het terugdringen van twee ziekten: diabetes type II en depressie. Voor de uitvoering van het programma stelt het rijk € 4.6 miljoen beschikbaar waarvan een deel beschikbaar is voor de gemeenten. Wat dit betekent voor Haarlem is nog niet precies duidelijk. Reden waarom in deze nota de financieel consequenties buiten beschouwing gelaten worden. Deze worden later betrokken in de door ons nog uit te werken voorstellen.

In de nota is met betrekking tot de doelgroepen jeugd, volwassen en ouderen alsmede de thema's milieu en verkeersveiligheid op hoofdlijnen aangegeven wat Haarlem in het kader van het gemeentelijk gezondheidsbeleid al doet, en in de komende periode nog gaat doen. Wat dit laatste betreft is aansluiting gezocht bij de visienota 'Kiezen voor de jeugd', het 'coalitieakkoord 2007-2010 en het rijkspreventiebeleid 'Kiezen voor gezondheid'.

Deze nota leggen wij voor advies voor aan de Commissie Samenleving en op grond van artikel 3b van de Wcpv ter besluitvorming voor aan de gemeenteraad.

B&W-besluit:

1. Het college stemt in met de nota 'gemeentelijk gezondheidsbeleid Haarlem 2007-2010'.
2. Het besluit heeft geen financiële consequenties
3. De commissie Samenleving ontvangt het besluit voor advies en de raad voor besluitvorming.
4. De partners in de gezondheidszorg ontvangen daags na besluitvorming informatie over dit besluit; de media krijgen de nota uitgereikt.

Gemeentelijke gezondheidsbeleid Haarlem 2007-2010

Deze nota heeft tot doel u te informeren en adviseren over het Haarlems gemeentelijk gezondheidsbeleid. Het is een nota op hoofdlijnen en geeft de kaders aan waarbinnen het gezondheidsbeleid zich de komende vier jaren (periode 2007-2010) kan gaan ontwikkelen. Concreet betekent dit dat aansluiting gezocht wordt met het landelijk beleid en meer specifiek, de gemeentelijke uitgangspunten waarbinnen het gezondheidsbeleid vorm krijgt. Voorbeelden hiervan zijn de door raad vastgestelde visienota's als 'Kiezen voor de Jeugd' en het 'Coalitieakkoord 2006-2010'.

De nota is als volgt opgebouwd

1. Inleiding, landelijke ontwikkelingen en speerpunten
2. Jeugd
3. Volwassenen en de OGGz
4. Ouderen
5. Veiligheid en milieu
6. Adviezen

In hoofdstuk 1 wordt ingegaan op nut en noodzaak van gezondheidsbeleid, de landelijke gezondheids-situatie en de speerpunten van het rijksbeleid. Tevens wordt hier aandacht besteed aan de rol van de WMO en rol en taak van de GGD in het gemeentelijk gezondheidsbeleid.

In de hoofdstukken 2 tot en met 4 zijn per doelgroep de algemene uitgangspunten van het Haarlems beleid en een gezondheidsprofiel van de Haarlemmers opgenomen. In aansluiting hierop wordt een beeld geschetst van de belangrijkste kenmerken van het huidig gevoerde beleid. Elk hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie.

Hoofdstuk 5 gaat in op de onderdelen veiligheid en milieu en de inzet van Haarlem op verschillende thema's zoals verkeersveiligheid, bodem, water, lucht en geluid.

In hoofdstuk 6 zijn de adviezen opgenomen met betrekking tot de beleidsinzet 2007-2010.

1. Inleiding

1.1. Gemeentelijk gezondheidsbeleid

De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid, zo luidt artikel 22, eerste lid, van de Grondwet. Deze maatregelen kunnen gaan over bijvoorbeeld gezondheidsbescherming (verkeersmaatregelen), ziektepreventie (vaccineren en screenen) en gezondheidsbevordering (mensen stimuleren om niet te roken en gezond te eten). De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Wcvp) bevat de overheidstaken op dit terrein en verplicht onder meer de rijksoverheid iedere vier jaar de landelijke prioriteiten voor collectieve preventie vast te stellen. De uitvoering van de openbare gezondheidszorg ligt op basis van deze wet voor een groot deel bij gemeenten. Gemeenten hebben om die reden de wettelijke verplichting om elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast te stellen. Hierbij dient de nota te voldoen aan de eisen die de Wcvp daaraan stelt. Gezondheidspreventie en gezondheidsbevordering zijn de belangrijkste taken. Het zijn de onderwerpen waarop het lokale bestuur daadwerkelijk invloed heeft. Of de wettelijke verplichtingen door de gemeente(n) in voldoende mate worden nageleefd wordt gecontroleerd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Dit hoofdstuk geeft een beeld van de gezondheid van de Nederlander in vergelijking met de Europeanen en de Haarlemer in vergelijking met de gemiddelde Nederlander. Vervolgens wordt nader ingegaan op de belangrijkste factoren die van invloed zijn op de gezondheid en de keuzes die zijn gemaakt om de gezondheid te bevorderen. Tot slot wordt in dit hoofdstuk de rol en taak van de GGD en de invloed van de WMO in en op het gemeentelijk gezondheidsbeleid toegelicht.

1.2. Hoe gezond is Nederland en hoe gezond is Haarlem?

Nederlanders leefden in 1960 op één na het langst van alle Europeanen. Nu staan Nederlandse mannen op de 8^e plaats en vrouwen op de 12^e plaats binnen Europa. De Nederlandse vrouw wordt gemiddeld 80,9 jaar en de man gemiddeld 76,2 jaar. Deze gemiddelden zijn berekend vanaf het jaar van geboorte. Echter als je eenmaal 65 bent geworden dan stijgt de gemiddelde levensverwachting met maar liefst vier jaar tot respectievelijk bijna 85 jaar voor vrouwen en ruim 80 jaar voor mannen. Deze verschillen in levensverwachting voor en na het 65^e jaar worden veroorzaakt door de sterftegevallen voor het 65^e jaar.

In Nederland zijn de onderlinge verschillen tussen de regio's in gezondheid en in het voorkomen van risicofactoren aanzienlijk. Het verschil tussen de regio's met de hoogste en de laagste gezonde levensverwachting is twaalf jaar. Haarlem en de regio Zuid- en Midden Kennemerland nemen een plaats in in het midden. Het gezondheidsprofiel van de Haarlemer loopt in die zin in lijn met die van de gemiddelde Nederlander.

1.3. Sociaal economische positie heeft grote invloed op gezondheid Nederlanders

Mensen met een lage sociaaleconomische status¹ (lage ses) gaan gemiddeld vier jaar eerder dood dan mensen met een hoge ses. Mensen met een lage ses hebben ook gedurende hun leven gemiddeld twaalf jaar langer chronische aandoeningen en beperkingen. De oorzaak hiervan hangt nauw samen met het feit dat mensen met een lage ses over het algemeen ongezonder leven (meer alcoholgebruik, roken, overgewicht en minder sporten) en wonen en werken in ongunstiger omstandigheden dan mensen met een hoge ses.

¹ Lage of hoge ses staat voor: lage of hoge opleiding, laag of hoog inkomen en minder of zeer gunstige werk- en woon-omstandigheden

1.4. Ongezonde leefstijl belangrijkste oorzaak van ziekten en vroegtijdige sterfte.

Roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht, ook wel leefstijlfactoren genoemd, leveren een forse bijdrage aan ziekten en vroegtijdige sterfte. In Nederland roken meer vrouwen dan in de ons omringende landen. Mensen kunnen tien jaar langer leven als ze op hun dertigste stoppen met roken. Nederlanders drinken relatief weinig alcohol in vergelijking met andere Europeanen, maar jongeren drinken juist vaker en vooral meer. Het drinken van alcohol op jonge leeftijd is schadelijk voor de gezondheid en kan bijvoorbeeld leiden tot hersenbeschadiging. Fors alcoholgebruik op jonge leeftijd is van invloed op de cognitieve ontwikkeling en –prestaties van de jeugd en heeft bovendien ook veel andere schadelijke gevolgen. Overgewicht is een steeds grotere plaag voor de Nederlandse volksgezondheid, vooral bij kinderen. De balans tussen eten en bewegen is danig verstoord. Met een gezond gewicht op je twintigste, kun je 4,5 jaar langer leven.

Naast voornoemde leefstijlfactoren zijn er ook 2 ziekten die bijdragen aan de ziektelast: diabetes (type 2) en depressie. In Nederland hebben meer dan 600.000 mensen diabetes, elk jaar komen er ruim 70.000 bij. De groei van diabetes komt vooral door demografische ontwikkelingen zoals veroudering van de bevolking en steeds zwaardere mensen in alle leeftijdsgroepen. De verontrustende toename van (vooral ook jongere) diabetespatiënten kan voor een aanzienlijk deel worden voorkomen met een gezonde leefstijl.

Per jaar lijden 737.000 volwassenen in Nederland aan depressie, waarvan 359.000 nieuwe gevallen. Bij 14 procent van de mensen met een depressie duurt de ziekte langer dan twee jaar. Depressie is ook na herstel niet altijd voorgoed weg: iemand die depressief is geweest kan dat gemakkelijk weer worden. Depressie gaat vaak samen met angststoornissen en alcoholmisbruik.

1.5. Gezonde mensen; een gezonde maatschappij.

Mensen profiteren zelf het meest van langer gezond leven. Zo kunnen zij zich optimaal ontwikkelen en langer zelfstandig deelnemen aan de maatschappij. Zij hebben minder maatschappelijke ondersteuning en langdurige en/of intensieve zorg nodig. Investeren in een goede preventieve gezondheidszorg dient hiermee een (overduidelijk) maatschappelijk belang. Nederland presteert goed met gezondheidsbescherming en ziektepreventie; er is weinig ziekte en sterfte door bijvoorbeeld onveilige producten. Bij gezondheidsbevordering ligt dat anders: daar is nog gezondheidswinst te behalen. Daarom zijn leefstijlfactoren – voorkomen en tegengaan van roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht – speerpunt van het preventiebeleid. Naast deze drie leefstijlfactoren zijn ook twee ziekten speerpunt van beleid: diabetes en depressie.

1.6. Bevorderen van gezonde leefstijl: speerpunten en doelstellingen preventiebeleid

Met als inzet het realiseren van gezondheidswinst heeft de rijksoverheid voor de periode 2007-2010, naast het terugdringen van de sociaal economische gezondheidsverschillen, de volgende doelstellingen geformuleerd:

- a. In 2010 zijn er nog 20 procent rokers (nu: 28 procent);
- b. Het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 jaar terugbrengen naar het niveau van 1992;
- c. Minder volwassen probleemdrinkers: van 10,3 procent nu naar 7,5 procent in 2010.
- d. Het percentage volwassenen met overgewicht mag niet stijgen (peiljaar 2005);
- e. Het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen (peiljaar 2005).
- f. Het aantal patiënten met diabetes mag tussen 2005 en 2025 met niet meer dan 15 procent stijgen; daarbij heeft 65 procent van de diabetespatiënten geen complicaties.
- g. Depressie: meer mensen krijgen preventieve hulp tegen depressies.

De gestelde doelen moeten leiden tot het ouder worden van mensen, langer gezond leven en minder verschil in gezondheid tussen mensen (verkleining verschil in achterstand bij mensen uit lagere sociaaleconomische milieus).

In bijlage 1 is een overzicht opgenomen waarin de speerpunten van beleid zijn vertaald naar een actieprogramma om het lokale gezondheidsbeleid te ondersteunen. Voor dit actieprogramma stelt de rijksoverheid in 2007 € 4,6 miljoen beschikbaar.

1.7. Verbetering deskundigheid, samenwerking en doelmatigheid.

De ontwikkeling en uitvoering van het preventief gezondheidsbeleid zijn de afgelopen jaren sterk verbeterd. Landelijke samenwerking tussen gemeenten en GGD'n, uitwisseling en gebruik van elkaars deskundigheden heeft al geleid tot meer effectieve preventieprogramma's. Het toekomstige Centrum Gezond Leven brengt vraag en aanbod op het terrein van gezondheidsbevordering samen en voert de regie over het aanbod van gedragsbeïnvloedende instrumenten. Pilotprogramma's zijn geïntroduceerd om de effectiviteit van nieuwe ontwikkelingen te testen. Zo heeft bijvoorbeeld de G31 het bestuursdocument 'Gezond en Wel' opgesteld. Om overgewicht tegen te gaan zijn diverse (GSB-) convenanten gesloten. STIVORO heeft samen met een aantal gemeenten en GGD'en de Richtlijn tabakspreventie opgesteld.

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Maatschappelijke Ontwikkeling ontwikkelt een handreiking voor gemeenten/GGD'en om het epidemiologisch onderzoek te verbeteren, waardoor de kwaliteit van de analyses en het gezondheidsbeleid verbeterd kunnen worden. Het zijn enkele voorbeelden² die niet alleen helder maken dat er veel gebeurt maar ook duidelijk maken dat samenwerking loont en het gemeentelijk gezondheidsbeleid als gevolg hiervan in kwaliteit toeneemt.

Het kabinet zal deze lijn dan ook voortzetten en verder inzet plegen op:

- het ontwikkelen van informatie, kennis en interventies via programma's;
- het geordend aanbieden en toegankelijk maken van preventie-instrumenten;
- het ondersteunen van het proces van beleidsontwikkeling tot beleidsuitvoering.

1.8. De Hulpverleningsdienst Zuid- en Midden Kennemerland (HDK)

De gemeente Haarlem heeft samen met de gemeenten in Zuid- en Midden Kennemerland de uitvoering van belangrijke (regionale) veiligheids- en gezondheidstaken opgedragen aan de HDK en daarmee ook de GGD. Voorbeelden zijn de Brandweer, Ambulancedienst en de coördinatie en geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Daarnaast voert de GGD taken uit in het kader van de algemene gezondheidszorg (waaronder bijvoorbeeld de infectieziektebestrijding, medische milieukunde³ en technische hygienezorg⁴) en de jeugdgezondheidszorg (bijvoorbeeld het uitvoeren van vaccinatieprogramma's en het screenen van de gezondheid van de jeugd). Het epidemiologisch onderzoek dat de GGD verricht komt onder andere tot uitdrukking in het opstellen van gezondheidsprofielen van en voor Haarlem. Kortom voor Haarlem is de GGD een belangrijke organisatie die onderzoekt, signaleert, informeert en (gevraagd en ongevraagd) adviseert waar het gaat om de gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering van de bevolking.

1.9. Wet Maatschappelijke Ondersteuning

De invoering van de Wet Maatschappelijke Ontwikkeling (Wmo) heeft ook consequenties voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Zo is de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz) – tot nu toe onderdeel van de Wcwp – opgenomen in de Wmo. De Wmo betekent ook een extra kans om het preventiebeleid verder te versterken omdat zij de gemeenten de regie geeft voor integratie van preventie en maatschappelijke ondersteuning. Dit maakt het mogelijk om het lokale gezondheidsbeleid en de Wmo-beleidsplannen met elkaar te verbinden. De nieuwe verzakelijking die gepaard gaat met de invoering van de Wmo heeft ook consequenties voor de manier waarop bijvoorbeeld het gemeentelijk

² Zie voor meer voorbeelden van deze acties bijlage 1 van deze nota.

³ De medische milieukunde richt zich op het onderzoek naar de invloed van de leefomgeving (zoals fysische, chemische en biologische factoren) op onze gezondheid. Zowel binnenmilieus (bijvoorbeeld scholen) als buitenmilieus (bijvoorbeeld luchtverontreiniging en geluidsoverlast) zijn onderwerp van onderzoek.

⁴ De technische hygienezorg voert inspecties uit bij kindercentra, horeca en bijvoorbeeld (zorg)instellingen om risico's die verband houden met hygiëne en veiligheid te verkleinen.

gezondheidsbeleid zijn vorm krijgt. Nieuwe aanbieders van zorg en hulpverlening zullen hun intrede doen wat zal leiden tot wijzigingen in de bestaande ketenbenadering en regievoering.

In deze nota wordt niet nader ingegaan op de invoering van de Wmo. De aandacht hiervoor komt terug bij de uitwerking van de kaderstellende beleidsvoorstellen zoals in deze nota opgenomen. Andersom worden de uitgangspunten en doelstellingen van het gemeentelijk gezondheidsbeleid nauw betrokken in het maken van de Wmo-beleidsplannen.

1.10. Conclusies

- a. De gezondheid van de Nederlander raakt achterop bij de rest van Europa. Het Rijksbeleid is erop gericht om deze ontwikkeling te stoppen en weer terug te komen aan de top.
- b. Gezondheidsbevordering en het verkleinen van de sociaal economische gezondheidsverschillen zijn verklaard tot speerpunten van beleid. De Rijksoverheid trekt hiervoor extra geld uit in 2007.
- c. Om de lokale inzet op preventie te verbeteren zal nauwer worden samengewerkt tussen rijk en gemeenten en gemeenten onderling. De inzet van deskundige instanties zal worden versterkt.
- d. De GGD heeft een belangrijke uitvoerende en adviserende rol bij de uitvoering van de Wcpv en het gemeentelijk gezondheidsbeleid.
- e. Bij de verdere uitwerking van de WMO zal het gezondheidsbeleid mede uitgangspunt zijn.

2. Jeugd

2.1. Algemene beleidsdoelstellingen

Het Haarlems jeugdbeleid is gericht op het creëren van optimale kansen voor jongeren in de stad zodat zij zich goed kunnen voorbereiden op volwaardige deelname als volwassene aan de samenleving. Jongeren worden gestimuleerd om actief aan de samenleving deel te nemen. In 2005 is hiertoe de integrale beleidsnota 'Kiezen voor de Jeugd' door de raad vastgesteld. In deze nota is ook aandacht besteed aan de Jeugdgezondheidszorg. Dit vanuit de invalshoek dat optimale jeugdkansen alleen gegenereerd kunnen worden vanuit een optimaal welbevinden.

Doelstelling is de gezondheidstoestand van de jeugd te verbeteren door:

- a. Bij te dragen aan een adequaat samenhangend voorzieningenniveau in het kader van de jeugdgezondheidszorg.
- b. De investeringen op het voorkomen van schooluitval te intensiveren en de kansen voor jongeren op de arbeidsmarkt te vergroten om hiermee de gezondheidsverschillen tussen mensen met een lage ses en hoge ses te verkleinen. .
- c. De gezondheid en het maatschappelijk functioneren van kwetsbare jongeren te bevorderen.

2.2. Doelgroepen

In Haarlem wonen en leven totaal ruim 38.000 jongeren van 0 tot en met 23 jaar die worden onderscheiden in 4 doelgroepen:

- Circa 9.000 peuters en kleuters van 0 tot 4 jaar (kinderopvang en peuterspeelzalen)
- Circa 12.500 kinderen van 4 tot en met 12 jaar (basisschool).
- Circa 9.200 jongeren van 12 tot en met 18 jaar (voortgezet onderwijs)
- Circa 7.300 jong volwassenen van 18 jaar tot en met 23 jaar (studeren en/of werk).

De komende 10 jaren blijft het aantal jeugdigen in omvang stabiel. Er wordt slechts een groei van 0,5% verwacht.

2.3. Gezondheidsprofiel jongeren

In het najaar van 2005 heeft de GGD een groot enquêteonderzoek uitgevoerd bij jongeren van klas 2 en klas 4 van het voortgezet onderwijs (het zogenaamde E-movo onderzoek). De gegevens van dit onderzoek en onderzoeksgegevens van kinderen op de Haarlemse basisscholen in groep twee en zeven leiden tot de volgende conclusies.

Met circa 31.000 jongeren tussen 0 en 23 jaar gaat het goed. Dit is 82% van het totaal aantal Haarlemse jongeren van 38.000. Ze voelen zich mentaal gezond, doen het goed op school en weten aansluitend en op eigen kracht een baan te vinden.

Circa 7.000 Haarlemse jongeren (18%) ervaren een minder goede mentale gezondheid. De mate waarin varieert van tijdelijke lichte tot en met langdurige ernstige psychische- en psychosociale problematiek. Tot de tijdelijke lichte vormen behoren bijvoorbeeld jongeren die zich druk maken over hun schoolprestaties en/of de situatie thuis. Tot de meer ernstige vormen behoren de slachtoffers van kindermishandeling (2 tot 3%) en kinderen die vaak worden gepest en suïcidegedachten hebben.

De leefstijl van jongeren ontwikkelt zich ongunstig. Van alle jongeren (4-23 jaar) hebben tenminste 4.300 (ruim 15%) jongeren overgewicht, waarvan tenminste 870 jongeren (3%) ernstig overgewicht. Van de

jongeren van 13 tot en met 16 jaar rookt 15% regelmatig. Meer dan de helft van de scholieren van 13 jaar en ouder drinkt alcohol. Overmatig drankgebruik komt voor bij 1 op de 3 scholieren.

Roken, overgewicht, (overmatig) alcoholgebruik en psychosociale problemen komen in het algemeen meer voor bij jeugdigen met ouders met een lage sociaal economische status en bij jongeren op het vmbo in vergelijking met havo/vwo. Dit varieert van 10% meer tot twee keer zoveel. Bij jeugdige allochtone kinderen komt overgewicht nog vaker en in nog sterkere mate voor dan bij de autochtone jeugdigen.

2.4. Bevorderen van een gezonde leefstijl

Het aanleren van een (on)gezonde leefstijl begint veelal al op jonge leeftijd. Het in deze periode aangeleerde gedrag is sterk van invloed op de leefstijl op latere leeftijd. Het is om deze reden dat Haarlem – in lijn met het Rijksbeleid – extra aandacht besteedt aan de gezondheid en leefstijl van de jeugd.

De Jeugdgezondheidszorg (Jgz) heeft een belangrijke rol in het Haarlems gezondheidsbeleid. De uitvoering van de Jgz is een verantwoordelijkheid van de Thuiszorg (consultatiebureaus voor kinderen van 0 tot 4 jaar) en de GGD (jeugdgezondheidszorg 4 tot 19 jaar). Om te helpen gezond te blijven, organiseren de Thuiszorg en de GGD preventieactiviteiten zoals voorlichtingsbijeenkomsten en cursussen gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl. De GGD is daarbij actief op kinderdagverblijven en het basis- en voortgezet onderwijs. De GGD leent leskoffers uit, voert projecten uit en geeft informatie aan ouders en verzorgt tal van cursussen waaronder ‘Opvoeden doe je zo!’, ‘Sociale weerbaarheid’ en ‘Fit, Food en Fun’.

De GGD werkt daarnaast samen met de gemeente Haarlem op het gebied van preventie en interventie-activiteiten. Belangrijke en steeds terugkerende thema's zijn roken, verslavingen (waaronder het toenemend misbruik van alcohol door jongeren), overgewicht en bewegingsarmoede.

Het stimuleren van sport en het ondersteunen van sportactiviteiten staat in Haarlem hoog in het vaandel. Met de partners in onderwijs, welzijn en (gezondheids)zorg wordt sportdeelname gestimuleerd en de maatschappelijke functie van sport versterkt. Hiertoe zijn mede in het kader van het impulsproject BOS diverse (meerjarige) projecten opgezet ter versterking en verbetering van gezondheid, sociale cohesie, wijkactiviteiten, leefbaarheid, integratie/allochtonenparticipatie, emancipatie en veiligheid.

2.5. Verkleinen sociaal economische gezondheidsverschillen

Onderwijs en werk zijn naar het inzicht van de gemeente Haarlem belangrijke (eerste) stappen die leiden tot het verkleinen van sociaal economische gezondheidsverschillen. Een goede opleiding biedt meer kansen op de arbeidsmarkt is van grote invloed op de leefstijl.

Haarlem stelt zich al jaren tot doel onderwijsachterstanden te bestrijden en weg te werken, de leerprestaties van de jeugd te verbeteren en de jeugdwerkloosheid duurzaam terug te dringen. Het beleid moet minimaal leiden tot het behalen van een startkwalificatie voor leerplichtige én niet-leerplichtige jongeren en het vergroten van het aantal allochtone jongeren dat doorstroomt naar HAVO/VWO. Daarnaast zet Haarlem zich in om werkloze jongeren binnen een half jaar weer aan het werk of naar school te krijgen. Om dit beleid te realiseren zijn met alle relevante organisaties samenwerkingsverbanden aangegaan, convenanten gesloten en, mede in het kader van het terugdringen van het schoolverzuim, instrumenten ontwikkeld om het beleid en de uitvoering daarvan te ondersteunen en te monitoren.

Om de leerprestaties te verbeteren, de schooluitval te verkleinen en de kansen op de arbeidsmarkt voor jeugdigen verder te verbeteren zijn een aantal trajecten in ontwikkeling gezet. Zo wordt onderzocht op welke wijze de voor- vroegschoolse educatie kan worden uitgebreid zodat meer kinderen met een taalachterstand kunnen worden bereikt en zo beter voorbereid aan het basisonderwijs beginnen. Ook de aanpak op de schooluitval wordt verder versterkt. Nu verlaten circa 500 jongeren vroegtijdig de school. Met de huidige maatregelen lukt het om circa 300 jongeren terug te leiden. Versterking van het beleid en regionale samenwerking (RMC) in de uitvoering daarvan moet ertoe leiden dat de 200 jongeren die nu jaarlijks de schoolloopbaan beëindigen en afsluiten zonder startkwalificatie sterk wordt gereduceerd.

Verder zal in nauw overleg met het onderwijs en het bedrijfsleven de komende jaren flink geïnvesteerd worden in een betere aansluiting tussen het onderwijs en de arbeidsmarkt teneinde schooluitval te voorkomen en stageplekken te realiseren. In samenwerking met INHOLLAND en de Sociale Dienst zal een stagemakelaar worden aangesteld.

2.6. Kwetsbare groepen

De Jgz heeft voor het kunnen traceren en volgen van probleemgezinnen en/of kinderen ISO-gecertificeerde protocollen en een kwaliteitshandboek ontwikkeld. De consultatiebureaus en de GGD werken nauw samen en voorzien in een sluitende aanpak op het gebied van de jeugdgezondheidszorg waaronder de toeleiding naar het hulpaanbod. De Peuterspeelzalen, de Kinderopvang, het basis- en voortgezet onderwijs alsmede het wijkgericht welzijnswerk maken hierbij onderdeel uit van het vroegtijdig kunnen traceren van kinderen waarbij de gezondheid en/of het welzijn in het geding is. Met deze en partners als het Maatschappelijk Werk, RIAGG en bijvoorbeeld Bureau jeugdzorg (waaronder het meldpunt Kindermishandeling) zijn ook afspraken gemaakt over snelle interventies en de aanpak van meer structurele problemen.

Naast vroegsignalering en focus op de zwakkere groepen is ook het tijdig bieden van (lichte) hulpverlening speerpunt van beleid. Voorbeelden hiervan zijn opvoedings- en gezinsondersteuning en de inzet van de Mobiele Teams. Scholen en ouders kunnen een beroep doen op de Mobiele Teams (bestaande uit deskundigen van de GGD en SMD) die ondersteuning leveren en hulp kunnen verlenen ingeval het welzijn van kinderen op school of in het gezin in het geding is. Onderwerpen die daarbij veel aandacht krijgen zijn problemen/geweld in het gezin, seksuele intimidatie, pesten op school en bijvoorbeeld signalen die wijzen op verwaarlozing of verslaving.

2.7. Onderzoek en monitoring

In 2005 is het project 'E-movo' (Elektronische Monitoring Jeugdgezondheid Voortgezet Onderwijs) geïmplementeerd. E-movo is speciaal ontwikkeld op leefstijl en gedrag. In 2007 wordt binnen de Jgz het Elektronisch kinddossier (Ekd) geïmplementeerd. Het elektronisch kinddossier is ontwikkeld om de fysieke en geestelijke gezondheid van 0-19 jarigen en de noodzakelijk genomen maatregelen vast te leggen. Het elektronische systeem stelt de gemeente in staat om de gezondheid van de jeugd – in zijn algemeenheid maar ook op schoolniveau – beter te volgen. De informatie die dit oplevert maakt dat wij de effectiviteit van beleid en uitvoering op onderdelen als vroegsignalering, preventie, interventies en nazorg kunnen meten en waar nodig deze verder te verbeteren.

Onderzocht wordt op welke wijze organisaties, waarmee op het terrein van de jeugdgezondheidszorg nauw wordt samengewerkt, in dit systeem kunnen participeren.

2.8. Conclusies

- a. Met 82% van de Haarlemse jongeren gaat het goed. Ze voelen zich mentaal gezond, doen het goed op school en weten aansluitend en op eigen kracht een baan te vinden.
- b. Met 18% van de Haarlemse jongeren gaat het mentaal minder goed. Met name kinderen met een lage sociaal economische status maken van deze groep onderdeel uit.
- c. Het aanleren van een gezonde leefstijl is het meest effectief bij jeugdigen.
- d. Het investeren in onderwijs en het vergroten van de kansen op de arbeidsmarkt voor jeugdigen uit gezinnen met een lage sociaal economische status verbeterd hun uitgangspositie en leidt daarmee tot het verkleinen van de gezondheidsverschillen.
- e. De Jgz voorziet in een sluitende aanpak voor vroegsignalering, het tijdig bieden van (lichte) hulpverlening, snelle interventies en de aanpak van meer structurele problemen.
- f. Nieuwe onderzoeks- en registratiemethoden (E-movo en het Ekd) leiden tot verbetering van gezondheidsanalyses en verbetering van het beleid en de uitvoering daarvan.

3. Volwassenen

3.1. Algemeen beleid

Het volwassenenbeleid van Haarlem is erop gericht om volwassenen in staat te stellen zolang mogelijk regie over eigen leven te houden. De Haarlemse doestelling is de gezondheid en het maatschappelijk functioneren van kwetsbare groepen waaronder mensen met een psychische handicap, zorgmijders, dak- en thuislozen en verslaafden te bevorderen. Met deze doelstelling wordt bereikt dat de druk op de psychiatrische zorgcentra afneemt en de zorg in het maatschappelijk verkeer beter wordt gereguleerd en de overlast wordt beperkt.

3.2. Doelgroepen

Haarlem telt circa 84.300 volwassenen. In 2015 zal dit aantal zijn toegenomen met ruim 5.000 tot in totaal bijna 90.000 volwassenen in 2015.

Tot de doelgroepen van het Haarlems gezondheidsbeleid worden, waar het gaat om het bevorderen van een gezonde leefstijl, alle volwassen gerekend. Voor volwassenen met een lage ses zet Haarlem zich in hun positie te verbeteren. In het bijzonder zal Haarlem inzetten op zorg voor de kwetsbare volwassenen, de zogenaamde zorgmijders. Onder deze laatste groep worden verstaan:

- mensen met een psychische handicap
- ouderen die zichzelf verwaarlozen
- dak en thuislozen
- verslaafden
- de illegaal in Haarlem en omstreken verblijvende mensen
- mensen die te maken hebben met hygiënische woonproblemen of met andere overlastsituaties

Deze zogenaamde zorgmijders van in totaal circa 400 mensen worden allen gerekend tot de OGGz (de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg).

3.3. Gezondheidsprofiel

Met de meeste volwassenen gaat het goed. Naar verhouding zijn volwassenen dan ook minder kwetsbaar dan jeugdigen of ouderen. Wel komen psychische stoornissen frequent voor. Jaarlijks heeft 7% van de volwassenen een depressie, 12% heeft een angststoornis. Alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid (verslaving) komt voor bij 9% van de mannelijke volwassen bevolking en bij 2% van de vrouwen. Angststoornissen, depressies en/of alcoholproblemen komen vaak tegelijk voor. Een groot deel van de angststoornissen, depressies en alcoholproblemen gaat gepaard met ernstige belemmeringen.

De toename van overgewicht bij volwassenen baart zorgen. In 2005 had 45% van de volwassenen overgewicht, 11% had ernstig overgewicht. Afgezien van overgewicht ontwikkelt de leefstijl zich redelijk positief bij volwassenen. Hoewel het percentage rokers nog steeds relatief hoog is daalt het aantal rokers nog steeds, de consumptie van teveel verzadigd vet neemt af en het alcoholgebruik lijkt niet verder toe te nemen. Volwassenen met een lage ses hebben naar verhouding meer gezondheidsproblemen dan volwassenen met een hoge ses. Ook chronisch zieken en gehandicapten vormen in principe een kwetsbare groep bij volwassenen.

3.4. Preventie gericht op het verbeteren van de leefstijl.

Haarlem zet – conform het Rijksbeleid – de komende jaren in op het verder verbeteren van de leefstijl van volwassenen, te beginnen in 2007 (zie in dit verband 1.6. van deze nota)

3.5. Verkleinen van de sociaal economisch gezondheidsverschillen

Om de sociaal economische positie van mensen met weinig opleiding, een laag inkomen en/of geen werk te verbeteren zet Haarlem in op volwassenenonderwijs, het verbeteren van de werkgelegenheid, het bevorderen van de uitstroom van mensen met een uitkering naar werk en zo dit nodig is het verbeteren van de financiële positie van mensen met een bijstandsuitkering.

Volwasseneducatie neemt een belangrijke plaats in binnen Haarlem. Allochtone oud- en nieuwkomers krijgen in het kader van hun inburgering een opleiding aangeboden gericht op de Nederlandse taal en kennis die nodig is om in onze maatschappij te kunnen functioneren. Voor de circa 15.000 Haarlemmers die niet kunnen schrijven en/of lezen wordt (in aansluiting op het vastgestelde beleidsplan in 2006) begin 2007 een uitvoeringsplan opgesteld. De Haarlemse inzet op volwasseneducatie draagt bij aan het beter kunnen functioneren en participeren van onze autochtone en allochtone medeburgers.

Haarlem zet in samenwerking met het MKB, de werkgevers en het CWI in op het creëren en verbeteren van de werkgelegenheid. Speerpunten zijn onder andere het versterken van de kleinschalige, niet milieubelastende werkgelegenheid en het actief bemiddelen voor bedrijfsruimten voor startende ondernemers. Ook zal het midden- en kleinbedrijf actief gestimuleerd worden om zelf ook verantwoordelijkheid te nemen door te investeren in verbeteringen. De gemeente gaat bij het gunnen van opdrachten na of voorwaarden kunnen worden gesteld aan opdrachtnemers over het in dienst nemen van werkloze Haarlemmers.

Om Haarlemmers met een uitkering te begeleiden naar werk zal stevig worden ingezet op re-integratie en programma's als Workfirst. Als solliciteren echt geen zin heeft, worden mensen gestimuleerd om zich in te zetten in sociale activeringstrajecten. Het eindresultaat moet zijn dat elke uitkeringsgerechtigde een traject op maat ontvangt, gericht op adequate ondersteuning en re-integratie.

Haarlemmers worden beter voorgelicht over inkomensondersteuning en voorzieningen, zoals bijscholing en kinderopvang. Haarlemmers die wat meer moeite hebben met het doorgronden van de regels en voorschriften, worden hierin extra ondersteund. Om de financiële positie van mensen met een bijstandsuitkering te verbeteren gaat de sociale dienst actief onderzoeken of klanten behoefte hebben aan inkomensondersteuning en voorzieningen zoals schuldhulpverlening.

3.6. Bevordering kwaliteit van leven van sociaal kwetsbare mensen

Doelstelling is de kwaliteit van het leven van sociaal kwetsbare mensen en mensen met zorgmijndend gedrag en hun omgeving te verbeteren. In onderstaande paragrafen wordt achtereenvolgens kort ingegaan op de Haarlemse speerpunten van beleid: 'Erbij horen in Haarlem', 'Dak- en thuislozen: een zorg die ons allen aangaat', 'Kwetsbare mensen met zorgmijndend gedrag', 'Visie harddrugsverslaving in Haarlem' en de 'Heroïnebehandeleenheid'.

3.7. Erbij horen in Haarlem (april 2005)

Haarlem heeft voor de aanpak van mensen met een psychische handicap de landelijke taskfors 'Erbij Horen' omarmd, lokaal uitgewerkt en geïmplementeerd. Tussen de gemeente Haarlem en een 20-tal organisaties is een convenant gesloten dat voorziet in een centrale aanpak en nauwe samenwerking met als doel de gezondheidssituatie van (ex)psychiatrische en/of multi-probleem klanten te verbeteren en het zelfstandig functioneren te bevorderen. De aanpak 'Erbij Horen in Haarlem' biedt hiertoe ondersteuning bij het dagelijks leven op het gebied van wonen, inkomen, werk, onderwijs, welzijn cultuur, sport en recreatie. Daarnaast stelt Haarlem zich tot doel mensen met een psychische handicap meer te laten integreren in hun directe leefomgeving, de acceptatie en kennis in de buurt te vergroten zodat de omgeving weet waar en wanneer hulp ingeroepen moet worden of aan te bieden als signalen daarop

wijzen. Deze aanpak moet ertoe leiden dat terugval zoveel mogelijk wordt voorkomen. Daar waar tijdelijk intensieve hulpverlening nodig is bestaat de mogelijkheid tot kortdurende “opname” in een zorghotel om vandaar uit weer terug te keren naar de eigen woon- en leefsituatie.

Om het zelfstandig (blijven) wonen verder te bevorderen zijn aanbevelingen uitwerkt om de contingenten van de instellingen te laten toenemen en nieuwbouw voor de doelgroep te realiseren. Voorts wordt de overgang van beschermd wonen naar zelfstandig wonen gemakkelijker gemaakt door maatwerk te leveren.

3.8. Dak- en thuislozen: een zorg die ons allen aangaat

Haarlem is centrumgemeente voor de maatschappelijke opvang en heeft haar visie hierop vastgelegd in de nota 'Dak- en thuislozen: een zorg die ons allen aangaat'(2004). De afspraken die in het kader van het Grote Steden Beleid 2005-2009 zijn gemaakt maken hier onderdeel van uit. Samenwerking, regie en ketenaanpak zijn ook hier de ondersteunende instrumenten om de problematiek adequaat het hoofd te bieden. De uitgangspunten van beleid en daarbij behorende voorzieningen zijn inmiddels gerealiseerd. Hieronder worden begrepen de dag- en nachtopvang en een sociaal pension voor dak- en thuislozen; een telefonische voorpost met 7x24 uren bereikbaarheid; de psychosociale zorg te verbeteren alsmede een gebruikersruimte en dagopvang voor verslaafden. Binnen de voorzieningen is een sociaal medisch spreekuur ingevoerd en een ziekenboek gerealiseerd.

3.9. Kwetsbare mensen met zorgmijndend gedrag

Voor mensen die niet uit eigen beweging hulp zoeken wanneer zij dat nodig hebben; de zogenaamde zorgmijders zoals dak- en thuislozen, mensen met hygiënische woonproblemen, mensen die zichzelf verwaarlozen en bijvoorbeeld verslaafden, heeft Haarlem nauwe samenwerkingsverbanden gesloten met organisaties en instellingen die in en om de OGGz actief zijn. Doelstelling is de kwaliteit van het leven van sociaal kwetsbare mensen met zorgmijndend gedrag en hun omgeving te verbeteren. De GGD heeft hierin een processturende rol en beheert het centraal meldpunt het zogenaamde 'schakelstation' waar gesignaleerde kwetsbaren worden geregistreerd en een elektronisch klantendossier wordt aangemaakt. In de concrete uitwerking betekent dit dat de betrokken ketenorganisaties klanten aanmelden bij 'Het Schakelstation' waar zorgmentoren voorzien in noodzakelijke trajectbegeleiding. De gecoördineerde hulp voor kwetsbare groepen in de Haarlemse samenleving heeft, zo blijkt uit de praktijk, grote voordelen. Voorbeelden zijn betere samenwerking tussen hulpverleners. Problemen worden in samenhang aangepakt. De mentor kan op alle terreinen (wonen, dagbesteding, zorg, financiën) afspraken met de cliënt maken.

3.10. Visie harddrugverslaving in Haarlem

In overleg met inwoners en professionele organisaties heeft Haarlem de nota 'Visie harddrugverslaving in Haarlem' ontwikkeld. De visie richt zich op de manier waarop met verslavingszorg en overlast moet worden omgegaan en de wijze waarop invulling moet worden gegeven aan de keten van de verslavingszorg (preventie-instroom-doorstroom-uitstroom). Met de doelstellingen wordt beoogd om zoveel mogelijk te voorkomen dat burgers afhankelijk raken van harddrugs, om hen die toch verslaafd zijn geraakt zoveel mogelijk te helpen zodat zij niet buiten de samenleving vallen en de verslaafden die toch maatschappelijk zijn uitgevallen te helpen bij de terugkeer in de samenleving. Daarnaast is er beleid ontwikkeld om de overlast die verslaafden kunnen veroorzaken zoveel mogelijk tegen te gaan.

Eind 2006 wordt in een nieuwe nota 'Beleidsvisie harddrugverslaving gemeente Haarlem' zo veel mogelijk de juiste aanpak voor elk type harddrugverslaafde gezocht. In deze nota wordt o.a. aandacht besteed aan de uitbreiding van terugvalpreventie, het vergroten van de mogelijkheden van drang en dwang, het verder bevorderen van de samenhang tussen de betrokken instanties en verdere uitbreiding van dagbesteding en arbeidsmarkttoeleiding

3.11. Heroïnebehandeleenheid

Bij het Rijk is een aanvraag ingediend, en inmiddels gehonoreerd, voor invoering van een heroïne-behandeleenheid voor de medische behandeling van langdurig heroïneverslaafden. In Haarlem komen circa 50 verslaafden hiervoor in aanmerking. De heroïnebehandeleenheid past in het Haarlems integrale en multidisciplinaire beleid gericht op sociale aanpak van de Haarlemse verslavingszorg.

3.12. In 2007 wordt ingezet op verdere verbetering van de maatschappelijke opvang

In februari jl. heeft staatssecretaris Ross-Van Dorp het plan van aanpak maatschappelijke opvang van de G4 (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht) omarmd. Aan de andere 39 centrumgemeenten voor de maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid, waaronder Haarlem, is gevraagd ook zo'n plan op te stellen. Het plan is een volgende stap in de richting die de afgelopen jaren is ingeslagen: een persoonsgerichte, minder vrijblijvende aanpak van daklozen. De nieuwe aanpak moet leiden tot minder overlastgevend en crimineel gedrag alsmede het vergroten van hun mogelijkheden mee te doen aan de samenleving. Door het treffen van een scala aan interventies wordt ingezet op een aanzienlijke reductie van het aantal dak- en thuislozen.

Haarlem is inmiddels gestart met de ontwikkeling van het gevraagde plan. Dit in de vorm van een Stedelijk Kompas waar de regiogemeenten in Kennemerland in worden betrokken. Haarlem zet hierbij in een gedifferentieerd aanbod van woon- en opvangvoorzieningen en een traject binnen 3 maanden voor alle dak- en thuislozen.

3.13 Conclusies

- a. Met de meeste volwassenen gaat het goed. Volwassenen zijn minder kwetsbaar dan jeugdigen of ouderen.
- b. De leefstijl van volwassenen ontwikkelt zich redelijk positief. Echter (ernstig) overgewicht is ook bij volwassenen een toenemend gezondheidsprobleem.
- c. Volwassenen met een lage ses hebben naar verhouding meer gezondheidsproblemen dan volwassenen met een hoge ses.
- d. Haarlem telt circa 400 zorgmijders die allen worden gerekend tot de OGGz
- e. De huidige onderzoeksgegevens voor het vaststellen van de gezondheidssituatie van volwassenen en de omstandigheden waarin zij verkeren zijn onvoldoende toereikend om op basis daarvan goede beleidsrelevante analyses te maken. Verbeteren van het gezondheidsonderzoek is noodzakelijk.

4. Ouderen

4.1. Algemeen beleid

Het ouderenbeleid van Haarlem is er op gericht om ouderen en gehandicapten in staat te stellen zolang mogelijk regie over eigen leven te houden. De Haarlemse doelstelling is om ouderen zolang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen. Met deze doelstelling wordt tevens een ander maatschappelijk voordeel behaald: de druk op de zorgcentra neemt af waardoor zij zich kunnen richten op de ouderen die van deze vormen van zorg afhankelijk zijn.

4.2. Doelgroepen

In Haarlem wonen ruim 22.300 ouderen van 65 jaar of ouder. Hiervan wonen ruim 1.400 ouderen in een verzorgings- of verpleegtehuis⁵. Deze groep ouderen ontvangen veelal zorg op maat.

In totaal zijn er ruim 11.250 ouderen tussen 65 en 75 jaar thuiswonend. Hiervan zijn er circa 5.200 alleenstaand. Daarnaast zijn er 9.650 thuiswonende 75-plussers waarvan er circa 6.100 alleenstaande zijn. De komende 10 jaren neemt in Haarlem het aantal 65-plussers met 23% toe (+ 2.700) In diezelfde periode neemt het aantal 75-plussers met 6 % af (min 600).

Tot de doelgroep van Haarlem behoren:

- Kwetsbare ouderen van 65 tot 75 jaar (= circa 20% van deze groep ouderen)
- Alle ouderen van 75 jaar en ouder (= 100%)

In totaal gaat het om een doelgroep van circa 12.000 ouderen vanaf 65 jaar en ouder. Het uitblijven van de 'vergrijzing' in Haarlem betekent dat de doelgroep de komende 10 jaar in omvang redelijk stabiel blijft. Beleidsinhoudelijk betekent dit dat de focus kan worden gericht op het verder verbeteren van het bestaand beleid. Voor de periode na 2015 kan de focus gericht worden op een geleidelijke uitbreiding van het dan ontwikkeld dienstenpakket.

4.3. Gezondheidsprofiel

Met het grootste deel van de Haarlemse ouderen gaat het goed. De gemiddelde leeftijd is weer licht toegenomen. Als de Haarlemse man of vrouw eenmaal 65 is geworden dan wordt de man gemiddeld 80,2 jaar oud en de Haarlemse vrouw gemiddeld 84,9 jaar oud⁶. Het aantal jaren dat in goede ervaren gezondheid wordt doorgebracht neemt nog steeds toe. Beperkingen in het functioneren (zien, horen, mobiliteit) komen nu namelijk minder vaak voor dan enkele decennia geleden. Meer dan vroeger kunnen ouderen gebruik maken van hulpmiddelen zoals gehoorapparaten, rollators en van het aanbod van de gezondheidszorg zoals heup- en staaroperaties.

Met een deel van de ouderen gaat het minder goed. Het zijn de kwetsbare groepen: de 75-plussers en alleenstaande ouderen met een laag inkomen en ouderen met weinig sociale steun of weinig vaardigheden om met tegenvallers in het leven om te gaan. Zo ervaart 1 op 5 ouderen beperkingen in de algemene dagelijkse levensverrichtingen en ervaart 1 op de 7 ouderen (al dan niet tijdelijk) psychische en/of psychosociale problemen (depressie of angststoornissen). Vaak gaan deze problemen gepaard met nadelige gevolgen voor de gezondheid en het maatschappelijke participeren.

⁵ Dit aantal is exclusief het aantal ouderen dat buiten Haarlem in een verzorgings- of verpleeghuis verblijven.

⁶ De gemiddelde levensverwachting gerekend vanaf het geboortjaar is voor de man 76,2 jaar en de vrouw 80,9 jaar. Als je eenmaal 65 bent geworden dan stijgt de gemiddelde levensverwachting voor mannen en vrouwen met 4 jaar tot respectievelijk 80,2 en 84,9 jaar.

In zijn algemeenheid kan worden vastgesteld dat tot het 75^e jaar goede preventieve gezondheidsprogramma's voor ouderen voldoende zijn. Vanaf ongeveer 75 jaar zal de aandacht verschoven moeten worden naar de preventie van het optreden van verdere beperkingen en handhaving en verbetering van de kwaliteit van leven.

4.4. Preventie gericht op verbetering van kwaliteit van leven.

De ouderen tussen 65 en 75 jaar brengen deze fase van hun leven gemiddeld zonder beperkingen en in goede ervaren gezondheid door. In lijn met het gezondheidsprofiel kan het gezondheidsbeleid tot de leeftijd van ongeveer 75 jaar zich praktisch gezien voornamelijk richten op preventie van ziekten en beperkingen.

Concreet betekent dit:

- a. Ouderen actief van informatie en advies voorzien en ze stimuleren gebruik te maken van de verschillende vormen van dienstverlening (welzijn, zorg, wonen en financiën).
- b. Tegengaan van overgewicht (gezonde voeding) en gebrek aan beweging (meer bewegen).
- c. Het verbeteren van de zelfredzaamheid en het vermogen om deel te nemen aan de samenleving (hulp bieden bij het opbouwen en onderhouden van een netwerk zodat zonder tussenkomst van hulp van derden zolang mogelijk zelfstandig thuis kan worden gewoond).
- d. Creëren van een veilige omgeving (veiligheid in en rond de woning, preventie van valongevallen).

Voor preventieprogramma's voor ouderen gericht op leefstijl geldt dat een integrale aanpak aangewezen is, bijvoorbeeld in combinatie met preventie gericht op andere leeftijdsgroepen, of als onderdeel van een wijkgerichte aanpak. In dit kader is verder de aanwezigheid van innovatieve, op behoud van zelfstandigheid gerichte zorg- en woonvormen van belang.

4.5. Kwetsbare groepen.

Voor de meeste ouderen beginnen problemen met de gezondheid rond het 75e jaar te ontstaan. Het is vanaf deze leeftijd dat meerdere ziektes en aandoeningen tegelijkertijd hun invloed doen gelden met als gevolg het ontstaan van lichamelijk beperkingen, minder mobiliteit, afname sociale contacten en afname van de geestelijke gezondheid. Onderzoek toont aan dat ongeveer één op de vijf mensen van 75 jaar en ouder zich door ziekten en beperkingen ernstig belemmerd voelt in het dagelijks functioneren.

De omvang van de groep ouderen die valt binnen de categorie 'van kwetsbaar tot zorgwekkend' komt uit op circa 4.000 ouderen (dit is 20% van het totaal aantal ouderen van 65 jaar of ouder). Ongeveer 25% (ruim 1.000 ouderen) verkeren in een 'zorgwekkende situatie'. Bij hen is sprake van dusdanige multi-problematiek dat begeleiding/ondersteuning in de vorm van case-management noodzakelijk is. (zie ook punt 6.c 'ouderenadviseurs')

4.6. Beleid gemeente Haarlem

De gemeente Haarlem zet zich op tal van terreinen in om de kwaliteit van het leven van ouderen te bevorderen. Programma's gericht op informatie en advies, preventie van ziekten en beperkingen en het bieden van concrete vormen van dienstverlening aan ouderen maken daar onderdeel van uit. De uitvoering van dat beleid is uitbesteed aan verschillende partners. Daarnaast zijn er in Haarlem veel vrijwilligers (organisaties) actief die zich inzetten om de kwaliteit van het leven van ouderen te verbeteren.

Om de samenwerking tussen de aanbieders van op ouderen gerichte diensten te versterken en om de dienstverlening op het terrein van wonen, zorg en welzijn te verbeteren heeft de raad in 2004 het visiestuk 'Sterke Schakels' vastgesteld. De doorontwikkeling van de loketten voor ouderen en gehandicapten, de

ontwikkeling van een sociale kaart vrijwilligerswerk, vorming van netwerken en de toename van nulredewoning voor ouderen zijn hiervan belangrijke resultaten.

Onderstaand worden voorbeelden van organisaties genoemd die een specifieke rol en taak hebben in de uitvoering van het gezondheidsbeleid gericht op preventie en de zorg voor de kwetsbare ouderen.

4.7. Taak en rol stadsdeelorganisaties (SDO's)

In opdracht van de gemeente Haarlem voeren de stadsdeelorganisaties een aantal belangrijke taken uit die expliciet op ouderen zijn gericht. De vier belangrijkste taken zijn:

- Organiseren van **ontmoetingen in wijk- en buurtcentra** om sociale activering te stimuleren en zo vereenzaming en vervreemding tegen te gaan
- Het organiseren van **activiteiten en cursussen** gericht op o.a. gezondheidspreventie, bewegen, levensloopbenadering en kennis en kunde zoals bijvoorbeeld omgaan met een computer.
- Verlenen van **concrete diensten** zoals hulp bij kleine klusjes, de administratie, geld halen en bijvoorbeeld begeleiding naar arts of ziekenhuis.
- Het afleggen van **preventieve en ondersteunende huisbezoeken** aan kwetsbare ouderen o.a. om inzicht te krijgen en te houden in hun behoeften en hen te stimuleren deel te nemen aan de voor hen georganiseerde activiteiten en gebruik te maken van het dienstverleningsaanbod.

Ingeval 'zorgwekkende situaties' worden gesignaleerd in de contacten met ouderen hebben de stadsdeelorganisaties de taak de betreffende oudere(n) door te verwijzen/geleiden naar de professionele hulpverleningsinstanties. Voorbeelden hiervan zijn het maatschappelijk werk, het Riagg en de ouderenadviseur van stichting Kontext (voorheen Stichting Haarlem Werkt).

4.8. Ouderenloketten en ouderenadviseurs (Stichting Kontext)

Stichting Kontext voert in opdracht van de gemeente Haarlem 2 belangrijke op ouderen gerichte taken uit: het vorm en inhoud geven aan de loketten voor ouderen en gehandicapten alsmede het bieden van concrete hulpverlening.

Loketten

In Haarlem is enkele jaren geleden gestart met de invoering van loketten. De loketten zijn een vraagbaak voor ouderen en gehandicapten (2 van de 3 zijn 65+) en hun mantelzorgers. De aard van vragen en hulp is zeer divers. Het kan gaan over regelingen en voorzieningen op het gebied van welzijn, zorg, wonen, inkomensondersteuning en vervoer. Het kan gaan over hulp bij klusjes, ziekenhuisbezoek, boodschappen, tuinonderhoud, administratie maar ook over, dagbesteding, vereenzaming of advies en begeleiding. Het loket zorgt voor "begeleiding van de vraag", tot het antwoord er is. Door afstemming en samenwerking tussen en met diverse maatschappelijke instellingen en vrijwilligersorganisaties die zich aan het loket hebben verbonden hebben is een keten van "Sterke Schakels" ontstaan. Haarlem stelt zich ten doel in totaal 4 loketten te realiseren verdeeld over de stad.

Ouderenadviseurs

Aan het ouderenloket zijn Ouderenadviseurs verbonden die zich richten op de meer complexe hulpvragen. De ouderadviseur heeft een klantbestand dat bestaat uit 'Vinger aan de polsklanten, Begeleidingsklanten en Casemanagement-klanten'. Tot slot kan er ook worden doorverwezen naar functies buiten het loket, zoals sociaal raadsliden en bijvoorbeeld het maatschappelijk werk.

De ontwikkeling in de zorgbehoeften van ouderen wordt op basis van een clientvolgsysteem periodiek gemonitord. Op basis van opgedane ervaringen, monitoring en evaluatie wordt de dienstverlening continu geactualiseerd, verbeterd en indien wenselijk verbreed.

Thuiszorg

Ruim 14% van de ouderen tussen 65 en 75 jaar en zelfstandig wonen krijgen vanwege hun beperkingen hulp van de Thuiszorg. Bij 75-plussers ligt dit percentage op 34%. De aard van de hulpverlening varieert van hulp bij beperkingen in het gehoor- het zien, cognitie en incontinentie (respectievelijk 7% en 15%) en hulpverlening gericht op zelfzorgtekorten en mobiliteit (respectievelijk 25% en meer dan 50%).

Verkleinen sociaal economische gezondheidsverschillen

Haarlem zet zich in om de financiële positie van ouderen te verbeteren door te onderzoeken of ouderen behoefte hebben aan bijzondere bijstand. De Haarlemse ouderen met een uitkering worden beter voorgelicht over inkomensondersteuning en voorzieningen zoals schuldhulpverlening. Ouderen die moeite hebben met het doorgronden van de regels en voorschriften, worden hierin extra ondersteund.

4.9. Conclusies

- a. Met de meeste ouderen gaat het goed. Na het 65^e jaar hebben mannen en vrouwen nog een gemiddelde levenverwachting van respectievelijk 15,2 en 19,9 jaar waarvan zij een groot deel in goede ervaren gezondheid doorbrengen
- b. Het aantal 75 plussers neemt tot 2010 met 6% af. Prognose is dat het aantal kwetsbare ouderen de komende 10 jaar stabiel blijft (circa 4.000).
- c. Op het terrein van preventie en zorg gebeurt veel. Er zijn veel aanbieders voor hulp en het verlenen van zorg (professionals en vrijwilligers) waarbij de stadsdeelorganisaties, Stichting Kontext en de Thuiszorg een centrale rol innemen.
- d. De huidige onderzoeksgegevens voor het vaststellen van de gezondheidssituatie van ouderen en de omstandigheden waarin zij verkeren zijn onvoldoende toereikend om op basis daarvan goede beleidsrelevante analyses te maken. Verbeteren van het gezondheidsonderzoek is noodzakelijk.

5. Veiligheid en milieu

5.1. Algemene beleidsdoelstellingen

Haarlem streeft naar een veilige en leefbare stad voor nu en in de toekomst. Dit betekent een kwaliteitsverbetering van de stad op verschillende thema's zoals inrichting, ruimte, natuur, leefbaarheid, energie, water, verkeer en vervoer. Kortom de aanpak van zaken als bijvoorbeeld ecologisch natuurbeer, omleggen van intensief gebruikte zware verkeersaders, hygiënische woonproblemen, ondergrondse en bijvoorbeeld afvalverzameling, die een gezond leefmilieu in de stad bevorderen. De kwaliteitsdoelstellingen zijn in verschillende beleidsnota's geconcretiseerd tot specifieke en meetbare doelen. Met diverse partners in de stad maar ook in de regio zijn samenwerkingsafspraken gemaakt en convenanten gesloten. Monitoring en periodieke milieueffectrapportages maken dat de ontwikkelingen nauwgezet gevolgd kunnen worden en zonodig bijgestuurd kunnen worden. Daarnaast is de eigen organisatie versterkt met inspecteurs en een kwaliteitscoördinator

5.2. Rampen, milieu-incidenten en epidemieën door infectieziekten

Het voorkómen van rampen, milieu-incidenten en epidemieën en van de mogelijk ernstige gevolgen daarvan, en daarmee het waarborgen van een zo veilig mogelijke samenleving, is een belangrijk onderdeel van de gemeentelijke Openbare Gezondheidszorg. De verantwoordelijkheid van de gemeentelijke overheid betreft vooral het bevorderen van een goede organisatie en het zorgdragen voor voldoende middelen. De GGD heeft een belangrijke rol in de infectieziektebestrijding, de medische milieukunde en daarmee de zorgverlening aan de burgers. Voorbeelden hiervan zijn:

Medische milieukunde

In de medische milieukunde speelt vooral het potentieel bedreigende karakter van milieuverontreinigende factoren een rol, doordat deze gepaard kunnen gaan met veel ongerustheid bij omwonenden en/of (maatschappelijke) onrust. Voorbeelden zijn de UMTS-zendmasten, asbest in woningen en bodemverontreiniging.

Epidemieën van infectieziekten

De kans op (potentiële) epidemieën van infectieziekten blijft aanwezig, onder andere door de toegenomen mobiliteit op wereldschaal. De afgelopen jaren zijn verschillende voorbeelden daarvan te zien geweest, zoals SARS en vogelgriep.

5.3. Milieu

Onderstaand wordt op hoofdlijnen een korte toelichting gegeven op een aantal belangrijke aspecten van het Haarlems milieubeheer. Achtereenvolgens gebeurt dit onder de noemers bodem, water, lucht en geluid. Het zijn de aspecten die het meest van invloed zijn op onze leefomgeving en daarmee onze gezondheid.

Bodem

De laatste jaren is veel geïnvesteerd in het reinigen van de bodemvervuiling in Haarlem waaronder het saneren van olietanks. Binnen het beleids- en uitvoeringsplan is hierbij prioriteit gegeven aan de meest ernstige vormen van bodemvervuiling. Vastgesteld kan worden dat het overgrote deel van de getraceerde ondergrondse tanks nu gesaneerd zijn. Op dit moment wordt gewerkt aan een herziening van het beleidsplan bodembescherming. Hierbij wordt in het bijzonder aandacht besteed aan de manier waarop de nog uit te voeren saneringen en het bodembeheer de komende jaren vorm krijgt.

Water

De activiteiten in het kader van het uitvoeringsplan Integraal Waterbeheer zijn nog in uitvoering. Het baggeren van het Noorder Buitenspaarne is voor 80% afgerond. Hiermee is naast het op onderhoudsdiepte brengen van de waterbodems, een belangrijke bijdrage geleverd aan een goede regulatie van de afvoer van overtollig water. Verder wordt geïnvesteerd in het realiseren van bassins voor tijdelijke opvang van overtollig verontreinigd (riool)water zodat directe lozing op oppervlakte water kan worden voorkomen. Voornoemde maatregelen dragen in grote mate bij aan kwaliteitsverbetering van het oppervlaktewater in Haarlem.

Lucht

Net als in het overgrote deel van Nederland voldoet ook Haarlem niet aan Europese normen voor de luchtkwaliteit⁷. Dit neemt niet weg dat Haarlem hierin wel verantwoordelijkheid neemt en doet wat op lokaal niveau mogelijk is om de luchtkwaliteit te verbeteren. Zo is het plan om alle openbaarvervoer bussen (Connexion) die in Haarlem en omgeving rijden te vervangen door bussen die op aardgas gaan rijden voor een belangrijk deel gerealiseerd. Ook het wagenpark van de gemeente Haarlem rijdt nagenoeg volledig op aardgas. Ander maatregelen die in voorbereiding zijn, zijn bijvoorbeeld: het omleggen van drukke verkeersaders, het weren van zwaar vervuילend vrachtverkeer en hogere parkeerheffingen voor extra vervuילende auto's. Ook kunnen hier worden genoemd het stimuleren van het openbaar vervoer en fietsen in Haarlem. De plannen moeten leiden tot minder herrie en stank en een betere luchtkwaliteit. Op dit moment wordt gewerkt aan een beleidsnota 'luchtkwaliteit in Haarlem' waarin voornoemde plannen verder zijn uitgewerkt. Deze nota wordt begin 2007 aan de raad voor besluitvorming aangeboden.

Geluid

Daar waar binnen Haarlem geluidsoverlast is vastgesteld en de noodzaak om deze te reduceren treft Haarlem de noodzakelijke maatregelen. Middelen die Haarlem inzet om de geluidsoverlast te reduceren zijn bijvoorbeeld gevelisolaties, geluidsarm asfalt en het plaatsen van geluidsschermen om het railverkeerslawaai terug te dringen op het traject Haarlem-Leiden en het rangeergebied rond het NS-station. In de onlangs vastgestelde nota 'Zonebeheer' zijn de Haarlemse geluidsnormen voor het industriegebied Waarderpolder vastgelegd. Momenteel wordt op basis van de nieuwe normstellingen binnen Haarlem het omgevingslawaai geïnventariseerd. De bevindingen moeten in 2007 worden uitgewerkt tot een concreet actieplan.

Voor Schiphol geldt dat de geluidhinder en milieuoverlast sinds de opening van de vijfde baan verplaatst zijn in de regio, wat mede heeft geleid tot een afname van geluidhinder en slaapverstoring in het gehele gebied.

Klimaat

In 2003 is een klimaatbeleidsplan met inspanningsverplichtingen met betrekking tot gemeentelijke gebouwen, woningbouw, bedrijven, verkeer en vervoer vastgesteld. Doelstelling is het energieverbruik in zijn totaliteit te reduceren. Haarlem gebruikt voor haar eigen stroomvoorziening uitsluitend groene stroom.

5.4. Veiligheid

Waar het gaat om veiligheid op straat stelt Haarlem zich ten doel om het aantal verkeersslachtoffers in 2010 tot maar liefst 40% minder letselongevallen en 50% minder doden te reduceren. Belangrijke maatregelen die uit deze aanpak voortvloeien zijn o.a. het uitbreiden van het aantal autoluwe en 30 km-gebieden, het aanleggen van rotondes op gevaarlijke kruispunten en het zoveel mogelijk scheiden van het fietsverkeer van het auto- en scooterverkeer. Met scholen zijn afspraken gemaakt om de verkeers-

⁷ Betreft hier de normering voor Fijnstof en NO₂ (= stikstofdioxide)

veiligheid rondom de scholen veiliger te maken. Het periodiek screenen van de verkeersveiligheid maakt onderdeel uit van het plan van aanpak.

5.5. Conclusies

- a. Haarlem streeft naar een leefbaar Haarlem en zet in op een kwaliteitsverbetering van de stad op verschillende thema's zoals inrichting, ruimte, natuur, leefbaarheid, energie, water, verkeer en vervoer.
- b. Haarlem voldoet minimaal aan de wettelijke milieueisen met uitzondering van fijnstof en NO₂.
- c. Doel is om het aantal verkeersslachtoffers tot 2010 sterk te reduceren: 40% minder letsel-ongevallen en 50% minder doden dan in 1986.
- d. Monitoring en periodieke milieueffectrapportages maken dat de ontwikkelingen nauwgezet gevolgd kunnen worden en zonodig bijgestuurd kunnen worden

6. Beleidsinzet gemeentelijk gezondheidsbeleid 2007-2010

De hierna voorgenomen activiteiten zijn in lijn met het coalitieakkoord 2007-2010 en de ontwerpbegroting 2007-2011.

6.1. Onderzoek en monitoring

- a. Eind 2007 wordt in samenwerking met de GGD grootschalig onderzoek verricht naar de gezondheidssituatie van de Haarlemse volwassenen en de Haarlemse ouderen. Het onderzoek moet leiden tot een nauwkeuriger beeld van de omvang en aard van de (gezondheids-) problematiek. In het onderzoek worden de woon- en leefomstandigheden en sociaal economische status (opleiding, inkomen) alsmede de leefstijl van de te onderzoeken doelgroepen nauw betrokken.

6.2. Bevorderen gezonde leefstijl

- a. Het bestaande preventiebeleid, gericht op de leefstijl van alle Haarlemmers (jongeren, volwassenen en ouderen) wordt, conform het Rijksbeleid en rekening houdend met de onder 1 genoemde onderzoeken, versterkt. Bijzondere aandacht gaat uit naar het terugdringen van het overgewicht en het alcoholgebruik onder met name jongeren.

6.3. Verkleinen sociaal economische gezondheidsverschillen

- a. In 2007 worden twee plannen, gericht op jongeren, uitgewerkt: A. het reduceren van het aantal jongeren dat de school vroegtijdig en zonder startkwalificatie verlaat en B: het reduceren van aantal jeugdwerklozen.
- b. In 2007 blijft Haarlem inzetten op het versterken van het volwassenenonderwijs (alfabetiseringsproject) en het bevorderen van de uitstroom van mensen met een uitkering naar werk.
- c. In 2007 wordt een plan van aanpak opgesteld gericht op het voorlichten van ouderen over inkomensondersteuning en het, waar nodig, verbeteren van hun financiële positie.

6.4. Ketenpartners en regievoering 'jeugdgezondheidszorg'

- a. De regie 'jeugdgezondheidszorg' waarin de gemeente Haarlem en de partners in de stad in participeren wordt waar nodig verbeterd en verankerd binnen de regiestructuur van het integraal jeugdbeleid zoals vastgelegd in de nota 'Kiezen voor de jeugd'.

6.5. Integraal beleid ouderen

- a. Eind 2007 zal binnen de invoering van de WMO en op basis van nog nader uit te voeren onderzoeken waaronder het gezondheidsonderzoek (zie 1.a.) een overzicht 'integraal ouderenbeleid gemeente Haarlem' worden opgesteld.

6.6. Maatschappelijk opvang

- a. In 2007 zet Haarlem in op het verder verbeteren van de maatschappelijke opvang door een persoonsgerichte, minder vrijblijvende aanpak van daklozen. De aanpak moet leiden tot minder overlast en crimineel gedrag alsmede het vergroten van hun mogelijkheden mee te doen aan de samenleving.

6.7. Milieu

- a. Begin 2007 zal het plan van aanpak met betrekking tot het milieubeleid voor de periode tot 2010 zijn afgerond alsmede de beleidsnota 'luchtkwaliteit in Haarlem' aan de raad voor besluitvorming worden voorgelegd.
- b. Medio 2007 wordt de inventarisatie voor industrie- en het rail- en verkeerslawaai afgerond. Vervolgens zal deze worden uitgewerkt naar een concreet actieplan (2008).

Raadsstuk	(in te vullen door griffie)
B&W datum	(in te vullen door griffie)
Sector/ afdeling	MO/OWG
Registratienummer	2006/1327

Onderwerp: Gemeentelijke gezondheidsbeleid 2007-2010

1. Inhoud van het voorstel

Het gemeentelijk gezondheidsbeleid richt zich, binnen het kader van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, op de gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering van de Haarlemse bevolking. Onder het beschermen van de gezondheid wordt verstaan het bestrijden van infectieziekten, het gezonder maken van het milieu en bijvoorbeeld het zorgen voor veilig verkeer. Onder het bevorderen van de gezondheid wordt verstaan het nemen van maatregelen die het roken tegen gaan en bijvoorbeeld het bestrijden van overgewicht, alcoholmisbruik en het treffen van maatregelen die leiden tot het verkleinen van de sociaal economische gezondheidsverschillen.

In de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid 2007-2010 is met betrekking tot de doelgroepen jeugd, volwassen en ouderen alsmede de thema's milieu en verkeersveiligheid op hoofdlijnen aangegeven wat Haarlem in het kader van het gemeentelijk gezondheidsbeleid al doet en, mede op basis van bestaand beleid, in de komende periode gaat doen. Wat dit laatste betreft is aansluiting gezocht bij de visienota 'Kiezen voor de jeugd', het 'coalitieakkoord 2007-2010 en het rijkspreventiebeleid 'Kiezen voor gezondheid'.

2. Aanleiding

Op grond van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) zijn gemeenten verplicht elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast te stellen. Het is de eerste nota gemeentelijk gezondheidsbeleid Haarlem voor de periode 2007-2010. Beleid en uitvoering worden hierna geëvalueerd op basis waarvan mede het beleid voor de navolgende periode opnieuw wordt bepaald. Op grond van de WCPV dient het gezondheidsbeleid door de gemeenteraad te worden vastgesteld.

3. Samenvatting

De nota gemeentelijk gezondheidsbeleid gaat in op nut en noodzaak van gezondheidsbeleid, de landelijke en Haarlemse gezondheidssituatie en de speerpunten van het rijksbeleid. Hierbij wordt tevens aandacht besteed aan de rol van de WMO en rol en taak van de GGD in het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Per doelgroep is het bestaand Haarlems beleid dat bijdraagt aan de gezondheid van de Haarlemse bevolking op integrale wijze met elkaar in samenhang gebracht. In de nota wordt tevens aandacht besteed aan veiligheid (doelstellingen verkeersveiligheid) en milieu (bodem, water, lucht en geluid). Conclusie is dat Haarlem, in lijn met het rijksgezondheidsbeleid al veel doet om de gezondheid van de bevolking te beschermen en te bevorderen. De voorstellen voor de periode 2007-2010 zijn mede vanuit dit uitgangspunt gericht op:

- Het op verbeterde wijze uitvoeren van het epidemiologisch bevolkingsonderzoek. Dit moet leiden tot een nauwkeuriger beeld van de omvang en aard van de (gezondheids-)problematiek van de Haarlemse bevolking. De nieuwe onderzoeksmethoden moeten leiden tot verbetering van de beleidsanalyses en -voorstellen.
- Het versterken van het preventiebeleid, gericht op de leefstijl van alle Haarlemmers (jongeren, volwassenen en ouderen). Dit conform en in aansluiting op het Rijkspreventiebeleid. In het bijzonder zal hierbij aandacht worden gegeven aan het terugdringen van het overgewicht en het alcoholgebruik onder met name jongeren.
- Het verkleinen van de sociaal economische gezondheidsverschillen door het reduceren van het aantal jongeren dat de school vroegtijdig en zonder startkwalificatie verlaat en het reduceren van aantal jeugdwerklozen. Verder wordt ingezet op het versterken van het volwassenenonderwijs (alfabetiseringsproject) en het bevorderen van de uitstroom van mensen met een uitkering naar werk. In 2007 wordt een plan van aanpak opgesteld gericht op het voorlichten van ouderen over inkomensondersteuning en het, waar nodig, verbeteren van hun financiële positie.

- Het verbeteren en verankeren van de regie ‘jeugdgezondheidszorg’ waarin de gemeente Haarlem en de partners in de stad in participeren.
- Het opstellen van een integrale notitie ouderenbeleid. Dit mede in verband met de invoering van de WMO en het nog uit te voeren gezondheidsonderzoek.
- Het in 2007 verder verbeteren van de maatschappelijke opvang.
Het in 2007 opstellen van een plan van aanpak met betrekking tot het milieubeleid voor de periode tot 2010 en de ‘luchtkwaliteit in Haarlem’.
- Het in 2007 afronden van de inventarisatie voor industrie- en het rail- en verkeerslawaaai. In aansluiting hierop zal deze worden uitgewerkt naar een concreet actieplan (2008).

4. Financiële paragraaf

Voor de uitvoering van het programma stelt het rijk € 4.6 miljoen beschikbaar waarvan een deel beschikbaar is voor de gemeenten. Wat dit betekent voor Haarlem is nog niet precies duidelijk. Reden waarom in deze nota de financieel consequenties buiten beschouwing gelaten worden. Deze worden later betrokken in de door ons nog uit te werken voorstellen.

5. Participatie / communicatie

In de totstandkoming van de nota is de GGD betrokken geweest. De nota is gebaseerd op het epidemiologisch onderzoek van de GGD (de gezondheidsprofielen van de Haarlems jeugd, volwassenen en ouderen). De bevolkingsinformatie is ontleend aan de nota ‘Gemeente Haarlem Bevolking 2006’ van Bureau Onderzoek en Statistiek en door de GGD/epidemiologie betrokken in de profielen. Om reden dat de inhoud van de nota zich beperkt tot de uitvoering van de gemeentelijke taak in het kader van de WCPV is er geen overleg geweest met de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg. Na vaststelling wordt de nota aan de partners aangeboden.

6. Planning

<p>Wij stellen de raad voor in te stemmen met de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid Haarlem 2007-2010</p>
--

De secretaris

De burgemeester

Raadsbesluit

De raad der gemeente Haarlem,

Gelezen het voorstel van het college van burgemeester en wethouders

Besluit:

1. De raad stemt in met de nota 'gemeentelijk gezondheidsbeleid 2007-2010'

Gedaan in de vergadering van (in te vullen door de griffie)

De griffier

De voorzitter