REGIONALE NOTA GEZONDHEIDSBELEID 2021-2028

SAMEN GEZOND IN KENNEMERLAND

VASTGESTELD: XX-XX-XXXX

HEEMSKERK / HEEMSTEDE / UITGEEST / VELSEN / ZANDVOORT / BEVERWIJK / BLOEMENDAAL / HAARLEM / HAARLEMMERMEER / HEEMSKERK / HEEMSTEDE / UITGEEST / VELSEN / ZANDVOORT / B
K / HEEMSTEDE / UITGEEST / VELSEN / ZANDVOORT / BEVERWIJK / BLOEMENDAAL / HAARLEM / HAARLEMMERMEER / HEEMSKERK / HEEMSTEDE / UITGEEST / VELSEN / ZANDVOORT / BEVERWIJK
MSTEDE / UITGEEST / VELSEN / ZANDVOORT / BEVERWIJK / BLOEMENDAAL / HAARLEM / HAARLEMMERMEER / HEEMSKERK / HEEMSTEDE / UITGEEST / VELSEN / ZANDVOORT / BEVERWIJK / BLOEM

GGD Kennemerland

INHOUDSOPGAVE

1. Samenvatting 3

2. Visie op gezondheidsbeleid 5

3. Vijf gezondheidsvraagstukken 8
   - A. Gezondheid in de fysieke en sociale leefomgeving 9
   - B. Gezondheidsachterstanden verkleinen 13
   - C. Druk op het dagelijks leven bij jeugd en jongvolwassenen 17
   - D. Vitaal ouder worden 20
   - E. Uit het preventieakkoord: leefstijlthema's 24
     - E 1. Overgewicht 25
     - E 2. Alcohol 26
     - E 3. Roken 28

4. De impact van de coronacrisis 29

5. Onderbouwing van keuzes voor lokaal gezondheidsbeleid 33

Bijlage I. Vormen van preventie 35

Bijlage II. Referenties 37

1. SAMENVATTING

Voor u ligt de regionale nota gezondheidsbeleid 2021-2028 "Samen gezond in Kennemerland". Met deze nota geven we een vervolg aan het gezamenlijke kader dat voor het eerst tot stand kwam in 2016. Destijds werd namelijk de eerste regionale nota gezondheidsbeleid voor de GGD-regio Kennemerland vastgesteld. Het was een unicum dat alle gemeenten in de regio een gezamenlijk kader hadden uitgewerkt wat voor een periode van vier jaar als een leidraad zou dienen. Het besef dat hieraan ten grondslag ligt, is dat gezondheid alleen bevorderd kan worden wanneer er eensgezind en met een duidelijk doel aan wordt gewerkt. Een eerste stap is om dat als samenwerkende gemeenten met GGD Kennemerland te doen. De insteek van de eerste regionale nota was niet alleen gericht op het behalen van inhoudelijke ambities, maar ook een leerproces om uit te vinden op welke manier het effectiefst samengewerkt kan worden. Een belangrijke opvatting is dat een langetermijnperspectief nodig is om tot echte gezondheidseffecten te komen. Ook voor deze nieuwe nota wordt door alle gemeenten in Kennemerland onderstreept dat gezamenlijke focus op dezelfde ambities een groot goed is en dat daarmee ook meer bereikt kan worden.

Raymond van Heaften
Wethouder Zandvoort

Het inzetten op publieke gezondheid en specifiek preventie is essentieel. Het samen optrekken als regiogemeenten en GGD helpt om de impact op de gezondheid van de inwoners van Kennemerland te vergroten.

Gezond gedrag voor iedereen

Het is bekend dat de grootste gezondheidswinst te behalen valt uit de leefstijl factoren, ook wel gezond gedrag genoemd. Idealiter heeft iedereen het zelf in de hand om hier in voldoende mate invulling aan te geven, maar de realiteit is anders. Helaas zien we grote en hardnekkige verschillen bestaan tussen groepen in onze samenleving. Hoogopgeleiden leven 6 jaar langer én bovendien 15 jaar langer in goede gezondheid dan laagopgeleiden.

Als hier nu zoveel winst te behalen valt, wat is dan nodig om dit te kunnen verzilveren? Bekend is dat een veelheid aan factoren meespeelt en dat enkel weten wat 'gezond gedrag' is, niet genoeg is om dat ook te bereiken. Een dergelijk vraagstuk vraagt om fundamentele keuzes die dwars door domeinen en sectoren zichtbaar zijn. Brede maatschappelijk coalities die zich tegelijkertijd richten op een zo scherp mogelijk focus. Van draagvlak en de gezamenlijke intrinsieke wil om tot een verbetering te komen, tot en met het implementeren van de in deze nota opgenomen succesfactoren voor effectief gezondheidsbeleid.

Landelijke en regionale gezondheidsvraagstukken

In mei 2020 publiceerde het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) haar nieuwe nota gezondheidsbeleid 2020-2024 'Gezondheid breed op de Agenda'. Deze landelijke nota vormt het beleidskader voor alle gemeenten.
Werkten we voorgaande jaren vanuit leefstijl thema's, in deze nota is veel meer de samenhang in dit complexe vraagstuk zichtbaar. Een opbouw die aansluit bij de vraagstukken uit de landelijke nota. Hierin is het menselijk gedrag niet op zichzelf staand, maar een onderdeel of zelfs product van de fysieke en sociale omgeving. In een omgeving die je uitnodigt om te bewegen, je veilig te voelen en te spelen is het leuker en gemakkelijker om te doen wat goed

voor je (gezondheid) is. Naast bevorderende factoren voor de gezondheid gaat het hierbij ook om beschermende factoren, waaronder het verminderen van (milieu)belasting.

Tegelijkertijd zal aan bepalende knoppen gedraaid moeten worden die samenhangen met de leefsituatie. Gezondheidsachterstanden hangen namelijk ook samen met onder andere armoede, opleiding en laaggeletterdheid. Er zijn fundamentele keuzes nodig om hierin verandering teweeg te brengen. Daadkracht, gezamenlijke ambitie en actie zijn nodig om ervoor te zorgen dat de groepen waar de meeste gezondheidswinst te behalen is, vanuit een betere uitgangspositie gezonder kunnen gaan leven.

Een algemeen fundament dat helpend kan zijn is het vergroten van de weerbaarheid van jongeren en jongvolwassenen. Waar je ook opgroeit of terecht komt, overal liggen risico's die druk kunnen geven op het dagelijks leven. Prestatiedruk en groepsdruk kunnen zo effect hebben op het ontwikkelen van psychische problemen. Daarnaast kan het ook resulteren in een minder gezonde leefstijl. Inzet op weerbaarheid en veerkracht is dan ook een cruciaal thema. Dit thema werkt ook door op latere leeftijd. Een gezonde geest in een gezond lichaam geldt bij uitstek voor ouderen. Veerkracht en weerbaarheid moeten continue gevoed en versterkt worden. Zoals ook bewegen helpt om vitaal te blijven.

Naast deze gezondheidsvraagstukken worden de leefstijlthema's benoemd. Vanuit bovengenoemde gezondheidsvraagstukken kunnen we toewerken naar een betere uitgangspositie voor onze inwoners om met leefstijlthema's aan de slag te gaan. En ook hiervoor geldt dat dit niet een samenspel van losse activiteiten is, maar het neerzetten van een stevig fundament. Het Nationaal Preventieakkoord is een eerste stap, waar meer dan 70 organisaties zich aan gecommitteerd hebben, waarbij overgewicht, alcohol en roken structureel worden aangepakt.

Als laatste kan in deze nota de coronacrisis niet onbenoemd blijven. Deze crisis heeft grote directe en indirecte effecten op volksgezondheid, welzijn en zorg. De relevantie van publieke gezondheid is nu duidelijker dan ooit. Zeker nu vaccins voorhanden zijn is de coronacrisis waarschijnlijk slechts van tijdelijke aard, maar de nasleep van deze crisis zal naar verwachting minstens enkele jaren bedragen. De belangrijkste opgaven voor volksgezondheid, zorg en leefomgeving veranderen niet door de coronacrisis, maar het maakt sommige opgaven nog groter of urgenter. Zo treft de coronacrisis vooral kwetsbare groepen in Nederland onevenredig hard en kan de crisis daarmee gezondheidsverschillen verder vergroten.

Integraal

De meerwaarde van deze regionale nota is dat er gecoördineerd en gestructureerd wordt gewerkt aan het bevorderen van de gezondheid van de inwoners in Kennemerland. Alle gezondheidsvraagstukken hangen daarin met elkaar samen. Succes hangt af van de inzet en betrokkenheid van vele partijen, van welzijnsorganisaties en sportverenigingen tot woningcorporaties en lokale ondernemers. Beginnend bij de overtuiging dat gezondheidswinst echt te realiseren is en dat effectiviteit afhankelijk is van zowel draagvlak als uitvoering. Zo zorgen we dat er niet alleen wordt gedweild met de kraan open, maar dat de kraan wordt dichtgedraaid.

Susanne De Roy van Zuidewijn,
wethouder Bloemendaal

Deze regionale gezondheidsnota geeft goed inzicht in de breedheid van het onderwerp gezondheid. Gezondheid is veel meer dan 'niet ziek zijn'. Op vele verschillende manieren kunnen gemeenten bijgedragen aan de gezondheid van haar inwoners. Fantastisch dat de gemeenten uit onze regio gezamenlijk optrekken voor een gezonde en vitale samenleving!

2. VISIE OP GEZONDHEIDSBELEID

Het antwoord op de vraag wat gezondheid is, is in de loop van de tijd veranderd. Waar in 2008 het antwoord zou zijn 'het ontbreken van ziekten', zien we anno 2020 dat het begrip gezondheid veel breder is. Eerst was er de opkomst van '*Positieve Gezondheid*', daarbij staat een betekenisvol leven centraal. Wat willen mensen het liefste zelf veranderen? Daar kwam '*Integraal werken*' bij. Hoe kunnen gezondheidsvraagstukken vanuit een breed perspectief en domeinoverstijgend aangepakt worden? En met de komst van het sociaal domein, is het bewustzijn gekomen dat '*achterliggende problematiek*' zoals armoede, schulden, eenzaamheid, werkeloosheid, opleiding, huisvesting en de leefomgeving veel invloed hebben op hoe gezond iemand is en zich voelt. Gezondheid is dus meer dan 'niet ziek zijn'.

Verder dan het gezondheidsdomein

Mensen in een kwetsbare situatie hebben een hoger risico op een slechtere gezondheid. Hun problemen bevinden zich op verschillende beleidsdomeinen en vragen dan ook om oplossingen die domeinoverstijgend zijn, zowel op rijksniveau als lokaal. En bij voorkeur niet door te reageren op gezondheidsproblemen, maar door preventief beleid op andere thema's waarmee we voorkomen dat gezondheidsproblemen ontstaan of vergroten.

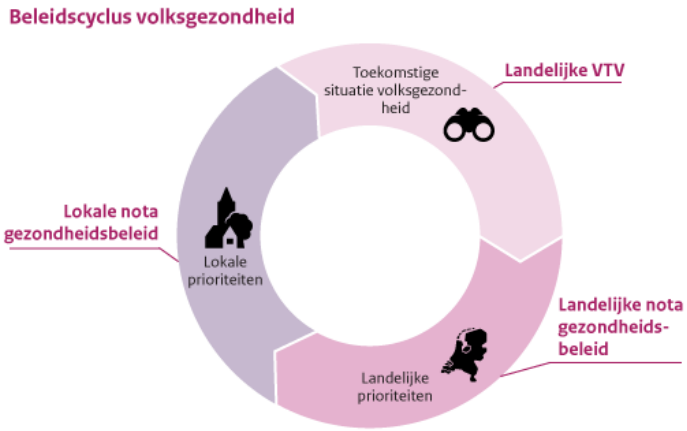
Veelvuldig wordt in beleid gesproken over (zelf)redzaamheid. VWS zegt hierover in haar nota:
"Dat redzaamheid niet alleen denkvermogen vraagt van burgers, maar ook doenvermogen. Lang niet iedereen is hiertoe altijd in staat. Om iedereen laagdrempelig gelijke kansen te bieden, willen we samen met zorg- en welzijnsprofessionals de omstandigheden aanpakken die invloed hebben op het doenvermogen van mensen. Dit kan bijvoorbeeld door onderscheid te maken tussen niet kunnen en niet willen, en door gebruik te maken van de juiste timing en heldere taal."

Daarnaast is kijken naar wat iemand wel kan, belangrijk vindt en wil veranderen, een motiverendere aanpak dan focussen op wat iemand niet (meer) kan.

Een gezond vooruitzicht

In 2018 publiceerde het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) haar vierjaarlijkse Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV). De VTV geeft inzicht in de belangrijkste maatschappelijke opgaven voor de volksgezondheid en zorg in Nederland. Deze inzichten vormden de basis voor de landelijke nota gezondheidsbeleid van VWS.

Bron: Nota 'gezondheid breed op de agenda', VWS



Bron: RIVM

In deze VTV staan vragen als "Hoe zien onze volksgezondheid en zorg eruit in 2040 als we niets extra's doen? en "Wat zijn belangrijke opgaven voor de toekomst en wat kunnen we daar aan doen?" centraal.
De belangrijkste kernboodschappen zijn:

- De vergrijzing heeft grote impact op de volksgezondheid en zorg.
- Meer gezondheid maar ook meer ziekte.
- De druk op ons dagelijkse leven neemt toe.
- Leefstijl én leefomgeving hebben invloed op gezondheid.
- Vaak opeenstapeling van gezondheids- én sociale problemen bij kwetsbare groepen.
- De zorguitgaven stijgen door demografie en technologie.
- De zorg verandert door technologie en veranderende rol patiënt.
- Alertheid op bekende én nieuwe risico's nodig.
- Het aantal 90-plussers stijgt met +191% van 117.000 naar 340.000.

Enkele voorspellingen voor 2040 als we nu niets extra's doen:

- In 2040 zijn er 700.000 meer eenzame 75- plussers dan nu.
- Aantal sterfgevallen door dementie stijgt met 186% van 14.000 naar 40.000.
- In 2040 stijgt het overgewicht onder de volwassen Nederlanders van 49 procent naar 62 procent (de toename in overgewicht geldt voor alle leeftijdsgroepen vanaf 18 jaar).
- Kanker en hart- en vaatziekten blijven het meeste verlies aan levensverwachting veroorzaken.

Ongezond gedrag is verantwoordelijk voor bijna 20 procent van de ziektelast in Nederland. Dat betekent 35 duizend doden en 9 miljard aan zorguitgaven per jaar. Roken is hierbij de belangrijkste oorzaak (20 duizend doden en 9 procent van de ziektelast). Een ongezond binnen- en buitenmilieu veroorzaakt 4 procent van de ziektelast met luchtverontreiniging als belangrijkste oorzaak. Ongezonde arbeidsomstandigheden veroorzaken bijna 5 procent van de ziektelast.
De ontwikkelingen in leefstijl zijn niet voor alle bevolkingsgroepen hetzelfde. Roken daalt harder bij mensen met een hoge sociaaleconomische status (SES) en ernstig overgewicht stijgt harder bij mensen met een lage sociaaleconomische status.

Een opeenstapeling van gezondheids- én sociale problemen

Het aantal ouderen dat door een opeenstapeling van problemen in een kwetsbare situatie zit, neemt toe. Chronische aandoeningen en andere medische en sociale problemen, maken ouderen kwetsbaar. Zij redden zich lange tijd nog wel, maar een kleine verandering kan hen al uit balans brengen.

Ook bij lager opgeleiden stapelen problemen zich op. Zij hebben vaker een ongezonde leefstijl en meer sociale problemen en worden naar verwachting harder getroffen door ontwikkelingen op de arbeidsmarkt (dit gold al jaren en de prognoses door de coronacrisis zijn nog ongunstiger). De stress van de sociale problematiek kan een ongunstig effect op gezondheid en leefstijl hebben. Vaak ontstaat er pas ruimte om te werken aan een gezonde leefstijl als de achterliggende sociale problemen zijn opgelost.

Alleen ga je sneller, samen kom je verder

Om een blijvende verbetering voor een complex vraagstuk te bereiken, is een brede aanpak nodig. Dat vraagt om samenhang en afstemming van beleidsmaatregelen over verschillende domeinen heen.
Een gezondheidsvraagstuk staat nooit op zichzelf. Samen bereiken we meer dan alleen. De uitwerking en geformuleerde ambities in de volgende hoofdstukken sluiten aan op landelijk en regionaal/lokaal beleid. De mogelijkheden en handelingsopties van de gemeenten in de regio Kennemerland worden meegenomen in afwegingen en aanbevelingen voor beleid.

> We pakken de gezondheidsvraagstukken vanuit een breed perspectief aan, waarbij we verschillende domeinen overstijgen. Deze aanpak staat ook wel bekend als de Health in All Policies-benadering. Health in All Policies houdt in dat gezondheid in alle beleidsdomeinen wordt meegewogen. Het Rijk en gemeenten agenderen gezondheidsvraagstukken bij andere beleidsdomeinen die proactief meedenken en bijdragen aan een oplossing.
> *Bron: nota 'Gezondheid breed op de agenda', VWS*

Succesfactoren voor effectief gezondheidsbeleid

Dit zijn de 6 succesfactoren die belangrijk zijn voor effectief gezondheidsbeleid:

Burger-participatie *Werk samen met inwoners aan een gezonde wijk en gemeente*	**Draagvlak en borging** *Zorg voor bestuurlijk draagvlak en borg lokaal gezondheidsbeleid*	**Financiering en capaciteit** *Zorg voor voldoende capaciteit en een goede financiering van gezondheidsbeleid*
Regie en rollen *Voer als gemeente de regie*	**Netwerk onderhouden** *Onderhoud het netwerk bij uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid*	**Gezamenlijk voordeel** *Zoek naar het voordeel voor alle partijen*

Bron: loketgezondleven

In de praktijk worden deze 6 punten vaak niet allemaal in acht genomen, maar voordat men van ambitie naar uitvoering kan gaan, zijn deze succesfactoren bepalend voor de uitkomsten.

Nieuw gezondheidsgedrag

Veranderen kan ingewikkeld kan zijn. Hierbij speelt gewoontegedrag vaak een essentiële rol. De meeste mensen realiseren zich dat één keer ander gedrag vertonen meestal niet genoeg is om blijvende verbeteringen te realiseren, maar vinden het ontwikkelen én volhouden van nieuwe en gezondere gewoonten uitdagend.
Gedragsonderzoek laat zien dat zelfs het ontwikkelen van hele eenvoudige, zelfgekozen nieuwe gewoontes – zoals voortaan fruit eten bij de lunch of een paar fysieke oefeningen doen voor het ontbijt – gemiddeld al meer dan twee maanden kosten. Moeilijkere gedragswijzigingen kosten nog meer tijd.

Gedrag is de zwakke schakel bij veranderingen (Tiggelaar). Een eerste belangrijke belemmering: in ons brein werken twee denkprocessen elkaar tegen (Kahneman). Enerzijds maken we bewuste plannen, maar anderzijds is ons brein primair ingericht op de volautomatische herhaling van gedrag dat 'werkt' en weinig moeite kost: gewoontegedrag. Ons brein streeft naar 'cognitief gemak': het is gericht op voldoende bereiken met weinig moeite. Gemiddeld nemen mensen per dag zo'n 35.000 beslissingen. Deze variëren in complexiteit. Neemt iemand de trap of de lift, afhaalmaaltijd of zelf koken, de auto of de fiets? Veruit de meeste van deze dagelijkse beslissingen worden onbewust of automatisch genomen en slechts een klein gedeelte is een bewuste afweging.

Een tweede belangrijke belemmering in gedragsverandering is de sterke neiging die mensen hebben om pijn, ongemak en verlies te vermijden. Dit belemmert in veel gevallen de motivatie om te leren, experimenteren en veel andere vormen van verandering. Stoppen met roken is voor de lange termijn gezonder, maar op de korte termijn verliest iemand een gewoonte die als kalmerend wordt ervaren.

> "In een bepaalde situatie zien we gedrag als juist in de mate waarin anderen dat gedrag vertonen"
> *(Cialdini, R.B.)*

De derde belangrijke belemmering voor gedragsverandering is de fysieke en sociale omgeving waarin iemand zich bevindt. Die kan ongezond gedrag stimuleren: als iedereen in jouw omgeving rookt, dan wordt dat de sociale norm. Het ruime en vaak ongezonde aanbod in eten en drinken in veel sportkantines, de aanbiedingen in de supermarkten, verleidelijke tv-reclames etc. zijn allemaal omgevingsfactoren die een gezonde keuze moeilijker maken. Maar de omgeving kan ook gezond gedrag stimuleren: geen auto's bij school, de lift minder in het zicht plaatsen, alleen water drinken op scholen, rookvrije speeltuinen, veel groen in de wijk etc. Weinig mensen realiseren zich hoeveel invloed hun directe omgeving heeft. In een gelijkblijvende omgeving proberen ze dan tot nieuw gedrag te komen.

Deze kennis over gewoontegedrag en de belemmeringen bij verandering, zijn van belang bij het uitwerken van de gezondheidsvraagstukken die in het volgende hoofdstuk beschreven worden.

3. VIJF GEZONDHEIDSVRAAGSTUKKEN

We staan voor grote opgaven op het gebied van volksgezondheid en zorg. Het is verleidelijk om deze allemaal te willen aanpakken. De gemeenten in de regio Kennemerland hebben samen met de GGD afgesproken om de komende acht jaar deze vijf gezondheidsvraagstukken met voorrang aan te pakken:

A. Gezondheid in de fysieke en sociale leefomgeving
B. Gezondheidsachterstanden verkleinen
C. Druk op het dagelijks leven bij jeugd en jongvolwassenen
D. Vitaal ouder worden
E. Leefstijlthema's uit het landelijke preventieakkoord

Als regio Kennemerland wijken wij op drie punten af van de landelijke nota.

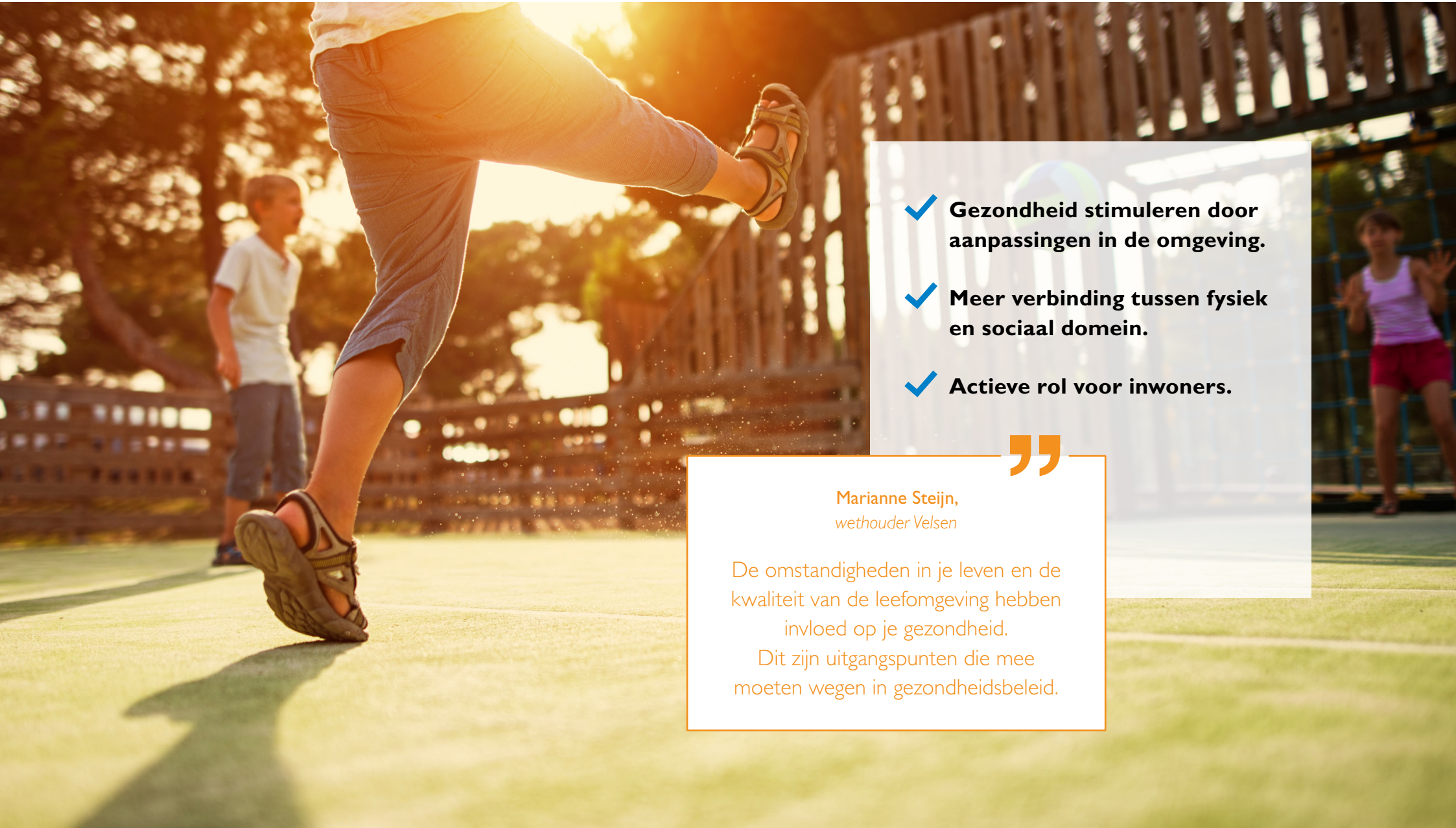
- In de landelijke nota staan punten A t/m D uitgewerkt. De leefstijlthema's staan apart beschreven in het Nationaal Preventieakkoord. Als regio zien wij zoveel samenhang tussen de leefstijlthema's en de andere vier vraagstukken, dat wij ervoor gekozen hebben om dit in één nota te bundelen.
- De landelijke nota heeft een looptijd van 4 jaar. De regionale nota voor Kennemerland zal een looptijd van 8 jaar krijgen. Om de ambities te realiseren is een lange adem nodig en met een verlengde looptijd wordt de continuïteit beter gewaarborgd. De uitwerking van de vraagstukken gebeurt via lokale uitvoeringsagenda's. Gemeenten zijn dus vrij om te kijken welk vraagstuk lokaal het meest urgent is en tussentijds wordt geëvalueerd om te bekijken of de gekozen koers nog de juiste is.
- De landelijke nota werd gepubliceerd ten tijde van de eerste coronagolf. In de kamerbrief wordt hier kort aan gerefereerd en in de nota zelf is dit beperkt tot de inleiding. In deze regionale nota komt wel een hoofdstuk over de impact van corona op Publieke gezondheid.

Gezamenlijke ambities

In lijn met de landelijke nota onderschrijven wij dat onderling vertrouwen en gedeelde ambities (lokaal en landelijk) belangrijke succesfactoren zijn om gezondheid positief te beïnvloeden. Daarom hebben wij per gezondheidsvraagstuk de landelijke ambities overgenomen. Daarbij is het belangrijk om voor de uitvoering en aanpak te kijken naar wat haalbaar is voor onze regio. De beschreven gezondheidsvraagstukken vragen van gemeenten en GGD een lange adem en gezamenlijke focus op preventie en gezondheid in beleid en uitvoering. Gemeenten hebben wettelijke taken op het gebied van gezondheid, vanuit de Wet publieke gezondheid (WPG), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet. De GGD is daarbij één van de belangrijke partners, maar ook andere beleidsafdelingen en samenwerkingspartners binnen en buiten het Sociaal Domein hebben een belangrijke rol bij de uitvoering van de geformuleerde ambities.

In de landelijke gezondheidsnota van VWS staan handelingspespectieven beschreven die richting geven aan de aanpak van gemeenten. Tussen de gemeenten zien we dermate verschillen in samenstelling, problematiek en financiële middelen, dat het stellen van hele concrete regionale ambities voorbij gaat aan lokale mogelijkheden en prioriteiten. Een lokale vertaalslag in gemeentelijke uitvoeringsagenda's is nodig om tot concrete inzet en samenwerking met partners te komen. Hierbij is ook een rol weggelegd voor de inwoners zelf. Zij moeten lokaal meegenomen worden bij afwegingen en een onderdeel zijn van de oplossing.

A.GEZONDHEID IN DE FYSIEKE EN SOCIALE LEEFOMGEVING



- **Gezondheid stimuleren door aanpassingen in de omgeving.**
- **Meer verbinding tussen fysiek en sociaal domein.**
- **Actieve rol voor inwoners.**

Marianne Steijn,
wethouder Velsen

De omstandigheden in je leven en de kwaliteit van de leefomgeving hebben invloed op je gezondheid.
Dit zijn uitgangspunten die mee moeten wegen in gezondheidsbeleid.

FYSIEKE EN SOCIALE LEEFOMGEVING ONLOSMAKELIJK VERBONDEN

De kwaliteit en de inrichting van de leefomgeving hebben invloed op hoe gezond je bent en hoe gezond je je voelt. Deze omgeving bestaat uit een fysieke en sociale component. De leefomgeving loopt als een rode draad door de hele nota vanwege de samenhang met de andere vraagstukken en ambities.

Een gezonde fysieke leefomgeving is onlosmakelijk verbonden met ruimtelijke ordening en bestaat uit twee grote pijlers:

1) **Gezondheidsbevordering (fysiek en sociaal)**
   De leefomgeving heeft een positieve invloed op gezondheid en welbevinden als de fysieke inrichting en sociale structuren mensen verleiden om te bewegen en te spelen, gezonde keuzes te maken, te ontspannen of elkaar te ontmoeten. De fysieke en sociale leefomgeving vormen zo een instrument dat bijvoorbeeld bijdraagt aan de vermindering van eenzaamheid, overgewicht en daaraan gerelateerde ziekten, zoals diabetes en hart- en vaatziekten. Een (fysiek) toegankelijke leefomgeving kan ook bijdragen aan inclusiviteit. Daarbij is van belang dat de mens als gebruiker van de fysieke leefomgeving en als onderdeel van de sociale leefomgeving centraal staat.

2) **Gezondheidsbescherming (fysiek)**
   De fysieke leefomgeving kan ook een bron van ziektelast zijn. Ongunstige milieuomstandigheden zijn verantwoordelijk voor 4,0% van de totale ziektelast in Nederland. Het grootste deel hiervan (3,5% van totale ziektelast) is volgens het RIVM toe te schrijven aan het buitenmilieu (luchtverontreiniging (fijnstof, stikstofdioxide), Uv-straling en geluid). Een klein deel is toe te schrijven aan het binnenmilieu (meeroken, vocht, blootstelling aan radon, thoron en koolmonoxide). Er is dus nog gezondheidswinst te behalen door te zorgen voor een gezondere fysieke leefomgeving.

Het fysiek domein heeft de instrumenten in handen om de fysieke leefomgeving gezond in te richten. Het sociaal domein kan het fysiek domein helpen met het vormgeven van het participatieproces dat onderdeel is van de Omgevingswet, bijvoorbeeld door inwoners te betrekken bij de planvorming, het gesprek aan te gaan over hoe een gezonde omgeving eruitziet en via hen kennis te verspreiden.
Zorgprofessionals, welzijnswerkers en buurtsportcoaches werken al vaak in (kwetsbare) wijken en hebben veel contact met de mensen die daar wonen. Hun expertise kan daarom helpen om de behoeften van inwoners op het gebied van de fysieke leefomgeving in kaart te brengen.

Voor een verbinding tussen gezondheid en ruimte is in ieder geval een brede definitie van gezondheid nodig. Het gaat immers om gezondheidsbescherming én -bevordering. De laatste decennia is veel bereikt door milieunormeringen. Deze beschermen de gezondheid beter en beperken gezondheidsrisico's. Maar ook hierin is nog veel ruimte voor verbetering. Bestaande milieunormeringen zijn niet altijd gebaseerd op volledige bescherming van de gezondheid. Ook andere belangen worden bij het opstellen van normering meegenomen. Daarom kan er, ook wanneer er wordt voldaan aan de milieunormen, nog steeds sprake zijn van schadelijke effecten voor de gezondheid. Dit is bijvoorbeeld het geval bij sommige bestaande normen voor luchtkwaliteit, geluid of binnenmilieu.

Gezonde leefomgeving

Een gezonde leefomgeving wordt als prettig ervaren, nodigt uit tot gezond gedrag en legt een zo laag mogelijke druk op iemands gezondheid. Een dergelijke leefomgeving:

1. Is schoon, aantrekkelijk en uitnodigend.
2. Is sociaal en fysiek veilig.
3. Nodigt uit tot bewegen, spelen en sporten.
4. Stimuleert fietsen, wandelen en gebruik van openbaar vervoer en zorgt voor een goede bereikbaarheid.
5. Zorgt dat mensen elkaar kunnen ontmoeten.
6. Houdt rekening met de behoeften van (toekomstige) bewoners en specifieke bevolkingsgroepen (kinderen, ouderen, chronisch zieken, gehandicapten en lagere-inkomensgroepen).
7. Heeft een goede milieukwaliteit (geluid, lucht, bodem en externe veiligheid).
8. Heeft voldoende groen, natuur en water en aandacht voor klimaatadaptatie.
9. Heeft duurzame woningen met een gezond binnenklimaat.
10. Heeft een aantrekkelijke en gevarieerde openbare ruimte.
11. Heeft een gevarieerd aanbod aan voorzieningen, zoals scholen, winkels, cultuur, bedrijven, openbaar vervoersvoorzieningen en sport.

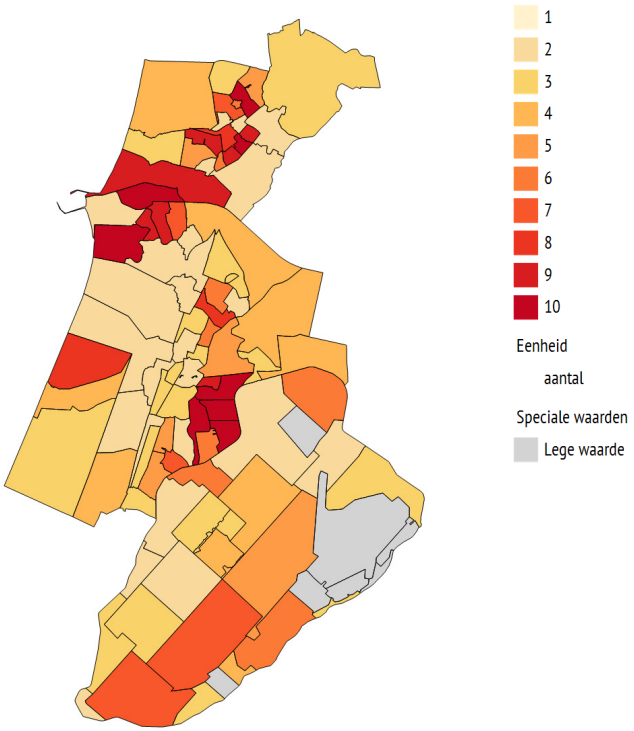
Dit is een lange lijst en gemeenten hebben lokaal veel handelingsopties en mogelijkheden voor het creëren van een gezonde leefomgeving. Gedrag van individuen actief veranderen is niet gemakkelijk; zorgen voor goede randvoorwaarden waardoor mensen hun gedrag kunnen en willen aanpassen, is een effectievere keuze. Op randvoorwaarden zoals goede verlichting, een schone omgeving, beweegtuinen, meer groen, veilige fietspaden en openbare toiletten, heeft een gemeente direct invloed. Zij kan daardoor bijdragen aan de gezonde keuzes die mensen individueel maken.

Leefomgeving in Kennemerland

De fysieke omgeving van de gemeenten in regio Kennemerland kenmerkt zich door intensief weg-, water- en vliegverkeer. Met het Tata steel terrein aan de noordkant en luchthaven Schiphol aan de zuidkant. Al deze factoren hebben invloed op de leefbaarheid, gezondheid en veiligheid. Verspreid over de regio bevinden zich meerdere groen- en recreatiegebieden die zorgen voor ontspannings- en beweegmogelijkheden. Ov-mogelijkheden zijn relatief goed, maar de auto is nog leidend in de inrichting van stratenplannen. Er zijn veel evenementen die zorgen voor levendigheid, maar voor omwonenden ook hinder opleveren en risico op gehoorschade bij bezoekers kunnen veroorzaken.

Kennemerland is een overwegend dichtbevolkt gebied met woningen in een voornamelijk verstedelijkt karakter. Er is een grote woningbouwopgave verbonden aan de Metropoolregio Amsterdam. Voorzieningen zoals winkels en zorg zijn veelal dichtbij in de buurt. Net als in heel Nederland zijn luchtverontreiniging, geluid en binnenmilieu van woningen de belangrijkste milieuaspecten waar gezondheidswinst te behalen is. Regionale gegevens over de leefomgeving en gezondheid zijn onder meer te vinden in de gezondheidsmonitor volwassenen en ouderen (2016), met gezondheidsmonitor IJmond en belevingsonderzoek hinder en slaapverstoring vliegverkeer Schiphol als verdiepende onderzoeken. Daarnaast zijn er ook regionale gegevens te vinden in de atlas leefomgeving.

De sociale omgeving is divers. Zo zijn er bijvoorbeeld in de gemeente Bloemendaal, Heemstede en Zandvoort relatief veel inwoners van 65 jaar of ouder ten opzichte van de overige gemeenten. Verder bestaan er zowel binnen de regio, als ook binnen gemeenten zelf, grote verschillen in sociaaleconomische status van inwoners (SES). Om deze verschillen in SES in beeld te brengen heeft het CBS-postcodegebieden verdeeld in 10 verschillende 'statusgroepen'. In de afbeelding is per postcodegebied in Kennemerland aangegeven tot welke 'statusgroep' dit behoort. De cijfers verwijzen naar de naam van de statusgroep (1e statusgroep: hoogste sociale status, 10e statusgroep: laagste sociale status).



Kwetsbare groepen

Zoals eerder al beschreven kan onze directe leefomgeving onze gezondheid bevorderen maar ook beperken. Dit geldt voor alle inwoners, maar nog meer voor mensen met een kwetsbare sociaaleconomische status.

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen en sociale ongelijkheid zijn zichtbaar in ruimtelijke verschillen tussen buurten. Het gaat om uitsortering: mensen met een laag inkomen zijn veelal aangewezen op de goedkope, sociale woningbouwvoorraad die in bepaalde stadswijken of buurten zijn geconcentreerd. In fysiek en sociaal opzicht zijn deze wijken in het algemeen minder aantrekkelijk. Dit leidt tot hardnekkige ruimtelijke gezondheidsachterstanden. In deze wijken steken de kwaliteit van woningen, het beheer van de omgeving en de openbare ruimte vaak negatief af ten opzichte van de meer welgestelde wijken. Vaak liggen deze wijken langs drukke, doorgaande (snel)wegen en ervaren de inwoners de woonomgeving vaker als slecht en onveilig.
Ruimtelijke ontwikkeling en herinrichting met aandacht voor gezondheid kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de aanpak van gezondheidsachterstanden. Belangrijk hierbij is om actief te zoeken naar aansluiting bij de wensen en behoeften van de bewoners.

Het aandeel ouderen in de samenleving neemt toe (zie ook onderdeel D vitaal ouder worden). De vergrijzing en de wens om langer thuis te blijven wonen, hebben gevolgen voor de woningvoorraad en inrichting van buurten. Zo verdubbelt het aantal ouderen (65 jaar en ouder) tot 2040. Dit betekent overal toenemende behoefte aan geschikte woningen voor ouderen, zonder bestaande sociale contacten te verbreken en de vertrouwde sociale omgeving te verlaten. Door de directe woonomgeving goed in te richten worden ouderen of mensen met een beperking ondersteund om gezond te leven, sociale contacten op te doen en langer zelfstandig thuis te blijven wonen. Ook bereiken mensen steeds vaker een hoge leeftijd. Hierdoor hebben steeds meer mensen een chronische aandoening zoals artrose, nek- en rugklachten, diabetes en dementie. Bovendien hebben mensen vaker meerdere aandoeningen tegelijk. Niet alleen medische maar ook sociale problemen nemen toe. Het aantal eenzame ouderen stijgt en het aantal ouderen met dementie veroorzaakt in 2040 de meeste sterfte en ziektelast. Deze dementerende inwoners wonen steeds langer zelfstandig. Een dementievriendelijke inrichting van de wijk kan ervoor zorgen dat mensen meer in beweging komen en zich minder kwetsbaar, afhankelijk en eenzaam voelen.

Het is van belang om een beeld te hebben van welke demografische ontwikkelingen er zullen plaatsvinden in de gemeente zodat er bij de inrichting van de leefomgeving rekening gehouden kan worden met de kenmerken van deze inwoners.

Landelijke ontwikkelingen

Naar verwachting treedt in 2022 de Omgevingswet in werking, die alle wetten voor de fysieke leefomgeving bundelt en moderniseert. Ook ontstaat er meer afwegingsvrijheid voor gemeenten. De Omgevingswet richt zich in de kern op het ontwikkelen van een gezonde leefomgeving en zoekt daarin ook de toenadering tot het sociaal domein. Daarvoor worden allerlei instrumenten ter beschikking gesteld, die bestuurders en beleidsmakers veel meer ruimte geven om een gezonde leefomgeving te ontwikkelen en waarmee gezondheidsambities vastgelegd kunnen worden.

Vooruitlopend op de nieuwe Omgevingswet heeft het kabinet in 2019 het Ontwerp voor de Nationale Omgevingsvisie (NOVI) opgesteld, welke sinds april 2020 definitief is. Daarin beschrijft het kabinet de langetermijnvisie op de leefomgeving. De grote ruimtelijke vraagstukken liggen de komende decennia vooral op het gebied van wonen, klimaatadaptatie, duurzame energie, mobiliteit en het landelijk gebied.
In de processen van de uitvoeringsprogramma's van de NOVI en de Omgevingswet is blijvende aandacht nodig voor gezondheid en welzijn. Het is belangrijk om compenserende maatregelen te treffen als ruimtelijke projecten leiden tot een hogere druk op gezondheid door bijvoorbeeld een slechtere lucht- of geluidskwaliteit of hittestress.

Regionale en lokale ambities

Lokaal zal de komende 8 jaar ingezet worden op de volgende ambities:

Ambitie 1: Met ingang van de nieuwe omgevingswet is gezondheid een vast onderdeel van de belangenafweging in ruimtelijk beleid en doen gemeenten aanpassingen in de omgeving om:

a) Beweging stimuleren.
b) Voldoende prikkels voor een gezonde leefstijl creëren.
c) Ontmoetingen vergemakkelijken.
d) De mens als gebruiker centraal stellen bij (grootschalige) stedelijke ontwikkeling.

Ambitie 2: Vanaf 2022 creëren we bij decentrale beleidsontwikkeling meer verbinding tussen het fysieke en het sociale beleidsdomein.

a) Het sociaal domein kan het fysieke domein helpen, door inwoners een actieve rol te geven in het proces.

Strategieën voor een gezonde fysieke en sociale leefomgeving

Gezondheid en gezondheidsachterstanden zijn op verschillende manieren te koppelen met én aan leefomgeving. Grofweg zijn er drie strategieën in de lokale praktijk (Pharos):

Strategie 1: Gezondheid centraal
In deze strategie is gezondheid een politiek thema. Bestuur en organisatie nemen gezondheid als richtinggevend kader mee in het collegeakkoord, nota's en plannen binnen alle beleidsvelden. Gezondheid is bezien vanuit een brede definitie, waar ook de ruimtelijke gezondheidsverschillen onderdeel van zijn. Het gaat om de volle breedte van beleidsstukken; van de visie op de stad tot omgevingsplan, en het gezond aanbesteden op gebouwniveau. Daarbinnen zijn gezondheidsachterstanden onderdeel van een totaalvisie op de gezondheid in de gemeente. Een voorbeeld is de gemeente Utrecht met het collegeprogramma 'Bouwen aan een gezonde toekomst'. Hierin wordt gemeente breed gewerkt aan gezondheid; de slogan van de stad is dan ook "Gezond stedelijk leven voor iedereen". Ook maatschappelijke en kennispartners dragen bij aan gezondheid. Zowel op stedelijk niveau als per gebied en initiatief is gezondheid een afweging.

Strategie 2: Eén gezondheidsthema voorop
Gezondheid koppelen met het fysieke domein onder de vlag van een specifiek gezondheidsthema. Zo kan een gemeente bijvoorbeeld kiezen voor een thema als bewegen, overgewicht of luchtkwaliteit. Daarbinnen kan de relatie tussen bewoners met een lage SES en specifieke gebieden of aanpalende ruimtelijke opgaven worden gelegd. Denk aan het stimuleren van mobiliteit, openbare schoolpleinen of verkeersluwe maatregelen. Wanneer een samenwerking eenmaal loopt, komen er meestal meer kansen voor verdere samenwerking op andere thema's. Een voorbeeld van deze strategie is de gemeente Amsterdam die vanuit het programma 'Amsterdamse aanpak gezond gewicht' de bewoners van de stad meer wil laten bewegen en waar vervolgens het programma 'De Bewegende stad' dit vertaalt naar ontwerp- en inrichtingsprincipes. Op het niveau van de regio en stad, wijk, straat en blok zijn ruimtelijke regels opgesteld om bewegen te bevorderen. Deze regels worden vervolgens toegepast bij de herinrichting of planontwikkeling. Zo zijn er bijvoorbeeld normen opgesteld voor vierkante meters aan speelplekken en speelvelden die per buurt of per 1000 inwoners gelden.

Strategie 3: 'Meekoppelen' van gezondheid
In deze strategie wordt gezondheid gekoppeld aan een actueel niet-gezondheidsthema, bijvoorbeeld aan een specifieke ruimtelijke ambitie, zoals klimaatadaptatie, groen in de stad of de mobiliteitsopgave. Denk aan samenwerking rondom kwetsbare groepen bij hittestress, het stimuleren van gebruik van openbaar groen door aanpassing van de toegangswegen, inrichting van het groen en aanbod van voorzieningen in en om het groen. Het gaat dan om de zogeheten 'meekoppelkansen' voor het gezondheidsdomein. Ook gebiedsgerichte plannen zijn mooie aanleidingen om te overleggen over een mogelijke koppeling met de aanpak van gezondheidsachterstanden. Het zijn vaak de haakjes vanuit beleidsinhoud, die ook door bestuur of gemeenteraad als meerwaarde worden gezien.

B. GEZONDHEIDSACHTERSTANDEN VERKLEINEN

- **Extra ondersteuning om een ongelijke startpositie te compenseren.**
- **Gezondheidsbevordering met voorrang in wijken en buurten met gezondheidsachterstanden.**
- **Focus op de eerste levensfase.**
- **Domeinoverstijgend werken en een adaptieve aanpak.**

Sjaak Struijf,
wethouder Heemstede

In de afgelopen periode is gebleken dat kwetsbare groepen in onze samenleving de meeste negatieve effecten ervaren op gezondheid en welzijn. Een goede en voor iedereen toegankelijke gezondheidszorg is van belang om gelijke kansen voor iedereen te creëren.

GELIJKE KANSEN

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) zijn systematische verschillen in gezondheid en levensverwachting afhankelijk van iemands positie in de maatschappij, veelal uitgedrukt in sociaaleconomische status (SES). De gezondheidsachterstanden van mensen met een lagere SES zijn de afgelopen decennia niet of nauwelijks kleiner geworden. Door sommige ontwikkelingen zijn gezondheidsachterstanden zelfs toegenomen. Er is een sterke wisselwerking tussen sociaaleconomische status en gezondheid: mensen met een goede gezondheid zijn beter in staat om gunstigere posities op de maatschappelijke ladder te verkrijgen en te behouden. Mensen die eenmaal een gunstige positie hebben, hebben ook meer kans om gezond te blijven (Pharos, factsheet SEGV).

Achterliggende problematiek

Gezondheid wordt bepaald door een combinatie van persoonlijke kenmerken en omstandigheden waarin mensen geboren worden, opgroeien, wonen en werken. Dit worden de sociale determinanten van gezondheid genoemd. Veel van deze sociale determinanten hangen samen met sociaaleconomische status en liggen vaak buiten het gezondheidsdomein, denk aan ongunstige woon- en werkomstandigheden, laaggeletterdheid, armoede en schulden.

Ook ervaren lager opgeleiden meer chronische stress als gevolg van sociale of financiële problemen, zoals werkloosheid en langdurig leven in armoede. Chronische stress vergroot de kans op hart- en vaatziekten, diabetes en depressie en heeft een ongunstig effect op leefstijl. Daarnaast beïnvloedt chronische stress de cognitieve vermogens en vaardigheden om met problemen om te gaan.

Bij inwoners met een migratieachtergrond spelen ook andere risicofactoren voor een slechtere gezondheid een rol, zoals de migratiegeschiedenis, een andere beleving van ziekte, andere verwachtingen van de zorg, voorzieningen die niet aansluiten of minder toegankelijk zijn en ook (ervaren) discriminatie hangt samen met een slechtere gezondheid.

6

Mensen met opleidingsniveau basisonderwijs + vmbo leven zes jaar korter

15

En vijftien jaar minder in goede gezondheid, dan mensen met een hbo of universitaire opleiding

Bron: Pharos

Beperkte gezondheidsvaardigheden en slechtere gezondheid

Het vermogen van mensen om 'gezonde' keuzes te maken en zich hieraan te houden, wordt vaak overschat. Een op de drie Nederlanders heeft beperkte gezondheidsvaardigheden. Dat betekent dat zij moeite hebben met het vinden, begrijpen en toepassen van informatie over gezondheid. Een deel van deze groep is laaggeletterd.

2,5 miljoen mensen in Nederland zijn laaggeletterd. Zij hebben moeite met lezen, schrijven en/of rekenen. Laaggeletterdheid komt meer voor onder laagopgeleiden, ouderen en migranten (Buisman et al., 2013). De grootste groep laaggeletterden (45%) bestaat uit oudere autochtonen met een middelbaar opleidingsniveau. Ook heeft 14% van de 15-jarige leerlingen in Nederland grote moeite met het begrijpen van hun schoolboeken. Deze groep loopt het risico om op latere leeftijd onder de noemer 'laaggeletterd' te vallen (Pharos, factsheet laaggeletterheid).

Er is een duidelijke samenhang tussen beperkte gezondheidsvaardigheden en een slechtere gezondheid. Astma en COPD, diabetes, kanker, hart- en vaatziekten en psychische problemen komen bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden beduidend vaker voor (Nivel, 2014). Zij komen gemiddeld gezien eerder te overlijden, maken meer gebruik van zorg en ervaren de kwaliteit van de zorg als minder goed. Het medicijngebruik bij de laagst opgeleide groep is bijna tweemaal zo hoog als bij de hoogstopgeleide groep (CBS Statline, 2017). Verkeerd begrip van mondelinge uitleg of schriftelijke instructies kan grote gevolgen hebben. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden krijgen bijvoorbeeld vaker te maken met ernstige medicatiefouten (Schillinger e.a.,

2005). Ouderen, laagopgeleiden en niet-westerse migranten zijn sterker vertegenwoordigd in de groep mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.

Onderzoek en Cijfers

Ook in de regio Kennemerland is sprake van ongelijkheden in gezondheid, leefstijl en welbevinden. De cijfers uit de gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016 zijn verder verdiept op de vier SES-indicatoren: opleiding, huishoudinkomen, moeite om rond te komen en arbeidssituatie. Mensen met een lage SES hebben een hoger risico op angststoornis/depressie en eenzaamheid, hebben vaker overgewicht, roken meer en sporten vaker onvoldoende. Deze gezondheidsverschillen zijn zichtbaar op alle vier de indicatoren. De omvang van de ongelijkheid varieert per gezondheidsprobleem en SES-indicator. De grootste ongelijkheid is zichtbaar in hoog risico op angststoornis/depressie, gevolgd door ernstige eenzaamheid en slechte ervaren gezondheid. Deze verschillen zijn het grootst wanneer SES gemeten wordt op basis van 'moeite met rondkomen'. Van de inwoners die grote moeite hebben om rond te komen, loopt 30% een hoog risico op een angststoornis/depressie (naar schatting 5000 inwoners). Dat is 15 keer vaker dan bij inwoners die geen moeite hebben met rondkomen (2%). Daarnaast zijn inwoners die grote moeite hebben om rond te komen bijna 7 keer vaker ernstig eenzaam en hebben ze ruim 4 keer vaker een slechte gezondheid (factsheet sociaaleconomische gezondheidsverschillen in regio Kennemerland, GGD Kennemerland).
De diverse gezondheidsproblemen staan niet los van elkaar. Inwoners met een lage SES hebben ongeveer 2 keer vaker een stapeling van gezondheidsproblemen dan inwoners met een hoge SES.

Hersenonderzoek laat zien dat armoede de ontwikkeling van hersenen bij kleine kinderen afremt. Dit kan gevolgen hebben voor hun leervermogen, sociaal functioneren, impulscontrole en het reguleren van emoties.
(Dr. S. Pollak)

Deze grote verschillen gelden niet alleen voor volwassenen en ouderen. Kijkend naar de cijfers uit de kindermonitor van de GGD kunnen we concluderen dat deze gezondheidsverschillen van generatie op generatie overgaan. Ongeveer één op de drie kinderen van ouders met een lage SES loopt risico op psychosociale problemen, tegenover één op de zes kinderen van ouders met een hoge SES. Kinderen lopen vooral vaker risico als hun ouders moeite hebben met rondkomen (33%), als beide ouders geen betaald werk hebben (32%) of als kinderen niet bij beide ouders wonen (28%).

Uit de monitor blijkt verder dat kinderen uit lage SES-gezinnen op veel gezondheidsindicatoren slechter scoren dan kinderen uit een gezin met een hoge SES.

Kinderen uit lage SES-gezinnen:

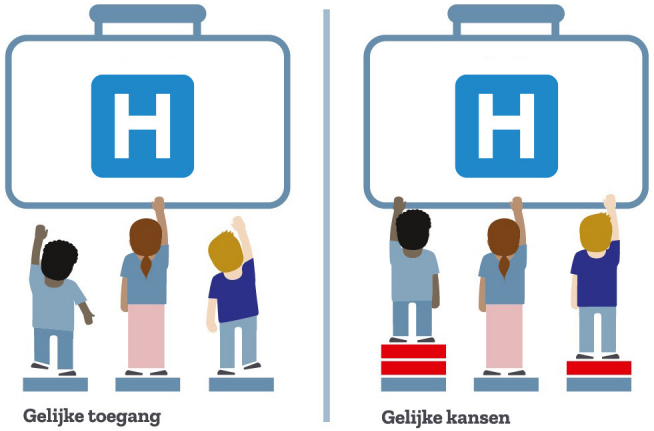
- Ervaren hun gezondheid minder vaak als goed.
- Hebben vaker overgewicht (23% versus 7%).
- Hebben vaker slaapproblemen.
- Zijn minder vaak lid van een sportvereniging, bewegen minder en spelen minder buiten.
- Hebben een hoger beeldschermgebruik.
- Ontbijten minder vaak dagelijks en eten minder fruit en groente.
- Drinken minder water en meer zoete drankjes.
- Groeien vaker op in een omgeving waar gerookt wordt.

Vergroten kansengelijkheid

Het verkleinen van deze gezondheidskloof en daardoor het vergroten van kansengelijkheid is een hardnekkig en complex probleem, waarvoor geen pasklare oplossing beschikbaar is. De urgentie om deze gezondheidsverschillen aan te pakken is echter groot. Het hebben van een hoge sociale economische status heeft een positieve relatie met gezond gedrag. Een lage sociaaleconomische status is niet zomaar te veranderen. Des te belangrijker zijn zaken als een schooldiploma, het tegengaan van taalachterstanden en de juiste begeleiding om de kans op betaald werk te vergroten.

In de regio Kennemerland hebben gemeenten de afgelopen jaren geïnvesteerd in een domeinoverstijgende aanpak om de kansengelijkheid te vergroten. Voorbeelden hiervan zijn de gezonde wijkaanpakken, de sleutelpersonen statushouders, een armoedevisie en de minima zorgpolissen. Veel effect is te verwachten van interventies tijdens de eerste levensfasen (kansrijke start: focus op de eerste 1000 dagen) en preventieve interventies op het gebied van roken, alcohol en overgewicht. Zoals eerder al benoemd, hebben deze interventies vooral kans van slagen als er ook aandacht is voor achterliggende factoren, zoals gezondheidsvaardigheden, armoede, stress en de directe leefomgeving. Met andere woorden de context waardoor kansengelijkheid ontstaat.

De afbeelding hieronder laat het verschil zien tussen 'gelijke toegang' (equality) en 'gelijke kansen' (equity).



Bron: Pharos

Equality is het bieden van dezelfde toegang en behandeling aan iedereen. Deze aanpak lost het probleem van ongelijkheid in de samenleving echter niet altijd op. Zoals te zien op de afbeelding, kunnen de kleinere personen er nog steeds niet bij. Het bieden van gelijke kansen (equity) is kiezen voor een ongelijke behandeling voor verschillende mensen op een manier die aansluit op hun behoeften (iemand krijgt geen, één, of twee kistjes om op te staan, afhankelijk van de lengte). Als dat aanbod goed wordt benut kan het tot meer gelijkheid leiden. Om meer gelijkheid te bereiken, moeten we ongelijk behandelen. Oftewel sommige mensen extra ondersteuning bieden, zodat er wordt gecompenseerd voor achterstanden die zij door een ongelijke startpositie hebben.

Landelijke pijlers

VWS vraagt in haar landelijke nota aandacht voor de volgende 3 pijlers:

1. Focus op de eerste levensfase (bij voorkeur binnen de eerste 1000 dagen).
2. Domeinoverstijgend werken.
3. Adaptieve aanpak, die ruimte biedt om waar nodig 'buiten de lijnen te kleuren'.

Regionale en lokale ambities

Lokaal zal de komende 8 jaar ingezet worden op de volgende ambities:

Ambitie 1: Vanaf 2022 neemt de levensverwachting van inwoners in Kennemerland met een lage SES toe en in 2028 is het aantal jaren in goed ervaren gezondheid voor mensen met een lage én een hoge SES toegenomen.
Voorstellen voor gemeentelijk beleid:

a) Bestuurlijk draagvlak creëren om gezondheidsachterstanden aan te pakken.
b) Waarbij de verbinding wordt gelegd tussen het medisch en het sociaal domein, maar ook andere beleidsterreinen, zoals werk en inkomen, onderwijs en omgeving.
c) Meer focus op equity i.p.v. equality.
d) Samenwerken met de mensen om wie het gaat in de lokale aanpak.
e) Inzicht krijgen in de doelgroep(en).
f) Wat zijn de gezondheidsvraagstukken van de doelgroep(en) en welke achterliggende problematiek is er op lokaal niveau. Dit kan per gemeente verschillen.
g) Preventieve en vroegtijdige ondersteuning bieden aan het begin van iemands leven.
h) Vanaf de geboorte domeinoverstijgend samenwerken aan stress- en cultuur sensitieve (geboorte)zorg en aan begrijpelijke communicatie met ouders.
i) Waardevolle elementen van een bewezen aanpak verzamelen en delen.
j) Door de gemeente gesubsidieerde instellingen aanspreken op het verkleinen van de gezondheidsachterstanden.

Ambitie 2: Vanaf 2021 passen we in Kennemerland gezondheidsbevordering via de leefomgeving met voorrang toe in wijken en buurten met gezondheidsachterstanden. Op termijn ontwikkelen we in alle buurten en wijken een leefomgeving die een gezonde leefstijl mogelijk en gemakkelijk maakt. Dit kan lokaal door in te zetten op:

a) Een gezonde leefstijl in kwetsbare buurten stimuleren samen met de bewoners.
b) Een grootschalige herinrichting van een wijk aangrijpen om de ruimtelijke omgeving gezonder in te richten.
c) Gezonde leefstijlkeuzes stimuleren en beïnvloeden.
d) Gemeenten en instellingen houden (meer) rekening met laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden.

C. DRUK OP HET DAGELIJKS LEVEN BIJ JEUGD EN JONGVOLWASSENEN

- **De weerbaarheid en veerkracht van jongeren vergroten.**
- **De ervaren stress en prestatiedruk onder scholieren verlagen.**

Marie-Thérèse Meijs,
wethouder Haarlem

Het belang van preventief gezondheidsbeleid is nog nooit zo duidelijk geweest. Door hierin op regionaal niveau samen te werken kunnen we meer bereiken.

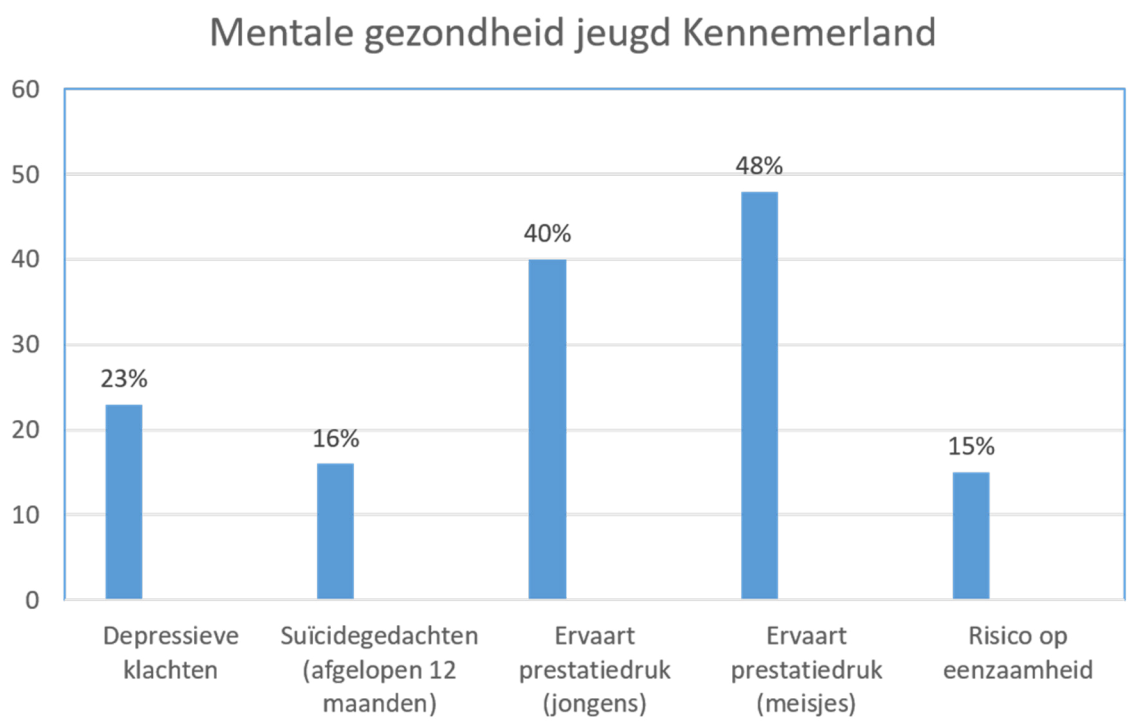
Mentale problemen vroeg aanpakken

Er is de laatste jaren steeds meer aandacht voor de mentale gezondheid van jongeren en jongvolwassenen. Verschillende maatschappelijke ontwikkelingen spelen een rol in de discussie over dit thema, waaronder ervaren prestatiedruk, de rol van sociale media en het leenstelsel voor studenten. Hoewel er op dit moment geen harde cijfers zijn, wordt er wel gesteld dat deze ontwikkelingen een effect kunnen hebben op het risico op psychische problemen zoals angst en depressie, slaapproblemen en stress. Geschat wordt dat 75% van de psychische ziektes ontstaat voor het 25e levensjaar (Van der Stel, 2017). Dat onderstreept het belang van interventies voor jongeren, en maakt school een logische plek om te leren wat belangrijk is voor je mentale gezondheid en te werken aan mentale gezondheidsvaardigheden. De doelgroep voor de periode 2021-2028 is daarom, in lijn met de landelijke nota, jeugd en jongvolwassenen (12-25 jaar).

De aanpak van druk op het dagelijks leven is complex en vraagt om een domeinoverstijgende aanpak. Het is een complex probleem omdat niet iedereen druk op dezelfde manier ervaart. Het is belangrijk dat jeugd en jongvolwassenen (en hun ouders) weten hoe zij mentaal gezond opgroeien en dit ook kunnen blijven. Mentale problemen moeten bespreekbaar zijn en door de omgeving geaccepteerd worden. Om ervoor te zorgen dat jeugd en jongvolwassenen zich gezond ontwikkelen op de korte en lange termijn, zijn maatregelen nodig om de druk te verkleinen en hun mentale weerbaarheid en veerkracht te vergroten. De sociale omgeving kan helpen om met prestatiedruk om te gaan. Er zijn aanwijzingen dat het risico op stress-gerelateerde aandoeningen en depressieve klachten op latere leeftijd daardoor kan afnemen.

Onderzoek en cijfers

Nederlandse jongeren behoren tot de gelukkigste van Europa (Trimbos, HBSC). Toch hebben niet alle jongeren het makkelijk. De toenemende druk op het dagelijks leven bij jeugd en jongvolwassenen is een relatief nieuw gezondheidsvraagstuk. Er zijn signalen dat bijvoorbeeld prestatiedruk en sociale mediaeffect hebben op de gezondheid. Maar veel kennis over de oorzaken of oplossingen ontbreekt nog.



De VTV-2018 beschrijft dat de mentale druk op jongeren lijkt toe te nemen, onder meer door de prestatiedruk in het onderwijs en in de maatschappij. Dit leidt bijvoorbeeld tot meer middelengebruik om de prestaties te verbeteren, maar ook tot meer psychische klachten en burn-out. Het RIVM heeft dit onderwerp verder onderzocht, maar omdat onderzoekers vaak verschillende definities en meetinstrumenten gebruiken, levert dit aanvullende onderzoek nog geen conclusies over deze problematiek. Doordat er geen eenduidig overkoepelend beeld is, is het moeilijk om effectief beleid op te stellen en passende interventies uit te voeren.

GGD Kennemerland heeft in 2019 de Gezondheidsmonitor Jeugd uitgevoerd. Ruim 7000 leerlingen in de tweede en vierde klas hebben een vragenlijst ingevuld over hun gezondheid en welzijn. Ruim 4 op de 5 leerlingen (82%) voelt zich (heel) gelukkig. De helft (49%) vindt school (hartstikke) leuk en 88% kan met iemand op school praten als hij of zij ergens mee zit. Dit kan een vertrouwenspersoon, mentor of andere docent zijn. Acht procent is de laatste drie maanden weleens gepest op school, 3% meerdere keren per maand. Dertien procent voelde zich het afgelopen jaar gediscrimineerd, waarvan 59% op school.

Zowel meisjes als jongens ervaren meer zelfopgelegde druk dan druk vanuit anderen. Voor zowel jongens als meisjes zijn ouders de belangrijkste externe bron van prestatiedruk, waarna school en vrienden volgen. Daarnaast ervaart 51% (zeer) vaak stress, waarvan 53% aangeeft dat het invloed heeft op hun lichamelijke of geestelijke gezondheid. Dit regionale gemiddelde is een stuk hoger dan het landelijke gemiddelde van 44%.

Uit verdiepend onderzoek blijkt dat eenzaamheid bij jongeren een relatie heeft met een aantal sociale en aan gezondheid gerelateerde factoren en minder met sociaal-demografische en leefstijl factoren. Bij jongens is er ook nog een relatie gevonden tussen onderwijsniveau en eenzaamheid; jongens met lager onderwijsniveau rapporteerden zowel meer matige als meer ernstige eenzaamheid. Bij meisjes was er geen verband. Bij jongens was er geen verband tussen migratieachtergrond en eenzaamheid, terwijl meisjes met een Westerse migratie vaker ernstig eenzaam waren. Ook al is er landelijk geen eenduidig en overkoepelend beeld, de mentale gezondheid van de jeugd in Kennemerland behoeft meer aandacht.

Landelijke ontwikkelingen

VWS heeft in 2024 kennis vergaard over de aard, omvang en determinanten van mentale gezondheid bij jongeren en investeert het kabinet via het Trimbos- instituut in kennisdeling over gezondheidsvaardigheden via Mentaal Vitaal en het stimuleren van het thema welbevinden via het project Gezonde School. Bij het tegengaan van mentale druk gaat het er niet alleen om de individuele weerbaarheid te versterken maar ook een sociale omgeving en (systeem) omstandigheden te creëren die de mentale gezondheid bevorderen. De ministeries van OCW en VWS gaan na hoe ze elkaars beleid voor het verminderen van mentale druk op jeugd en jongvolwassenen kunnen versterken.

Het RIVM gaat een grootschalig, kwantitatief onderzoek uitvoeren naar de psychische problematiek onder studenten in het hoger en universitair onderwijs. Het Trimbos-instituut en GGD GHOR Nederland zullen onder dezelfde doelgroep onderzoek doen naar middelengebruik.

GGD Kennemerland zal deze aanvullende onderzoeken op de voet volgen en de uitkomsten ervan verspreiden in de regio.

Regionale en lokale ambities

Lokaal zal de komende 8 jaar ingezet worden op de volgende ambities:

Ambitie: Vanaf 2022 ervaren jeugd en jongvolwassenen in Kennemerland minder prestatiedruk en stress in hun leven, doordat mentale gezondheidsvaardigheden worden gestimuleerd en de fysieke en sociale leefomgeving mentale gezondheid bevordert.

Drie pijlers voor regionaal en gemeentelijk beleid zijn:

a) De weerbaarheid en veerkracht van jongeren helpen vergroten.
b) De ervaren druk onder scholieren helpen verlagen.
c) Selectieve preventie wordt toegepast op hoogrisicogroepen.

Regionale programma's en initiatieven

In onze regio zijn verschillende voorbeelden hoe al wordt ingezet op de psychische gezondheid van jeugd en jongvolwassenen. Ten eerste is mentale gezondheid een belangrijke pijler voor de JGZ-gesprekken op scholen. Op basis van de SDQ-vragenlijsten worden leerlingen met zorgelijke mentale gezondheid met voorrang uitgenodigd voor een gesprek met de Jeugdverpleegkundige. Zelfvertrouwen, vertrouwen in de toekomst, nee durven zeggen en suïcidale gedachten zijn hierin belangrijke gespreksonderwerpen. Een lokale samenwerking van verschillende partijen in Haarlem en Haarlemmermeer zet zich al enkele jaren actief in op de veerkracht en weerbaarheid van leerlingen met het programma Wijs & Weerbaar. Veerkracht en weerbaarheid zijn nodig om grenzen aan te geven en te respecteren in lastige situaties, bijvoorbeeld met betrekking tot alcohol- of drugsgebruik, sociale-media-gebruik, pesten, intimideren of seksueel overschrijdend gedrag. Ook breder in de regio wordt aan de hand van de Gezonde Schoolmethode, thema Welbevinden, ingezet op zelfvertrouwen, sociaal-emotionele ontwikkeling en een veilig schoolklimaat. Andere voorbeelden van regionale interventies zijn de inzet van een praktijkondersteuner Jeugd GGZ in de IJmond gemeenten en gatekeepertrainingen over suïcide aan samenwerkingsverbanden in de regio (scholen, jongerenraad, sociaal wijkteam). De gatekeepertraining leert hoe suïcidale gedachten bespreekbaar gemaakt kunnen worden en hoe iemand met suïcidale gedachten gestimuleerd kan worden om hulp te zoeken. Gemeenten Haarlem, Velsen en Beverwijk hebben de sociale kaart psychosociale zorg statushouders ontwikkeld. Deze kaart geeft een overzicht van laagdrempelige en cultuur sensitieve zorg, zowel lokaal als regionaal.

D. VITAAL OUDER WORDEN

- **Ouderen voelen zich meer vitaal zodat ze kunnen blijven participeren in de samenleving.**
- **Het risico op spoedeisende hulp na een val neemt af.**
- **De leefomgeving stimuleert een gezonde leefstijl.**

Fouad Sidali,
wethouder Haarlemmermeer

Een positieve gezondheid en een gezonde leefstijl dragen bij aan een vitale gemeente. Samen met regionale partners geven wij vorm aan gezondheid en leefstijlbevordering via beleid, preventie en samenwerkingsverbanden. Door gezondheidsvraagstukken vanuit een breed perspectief aan te pakken zijn we effectiever.

Toekomstige uitdagingen

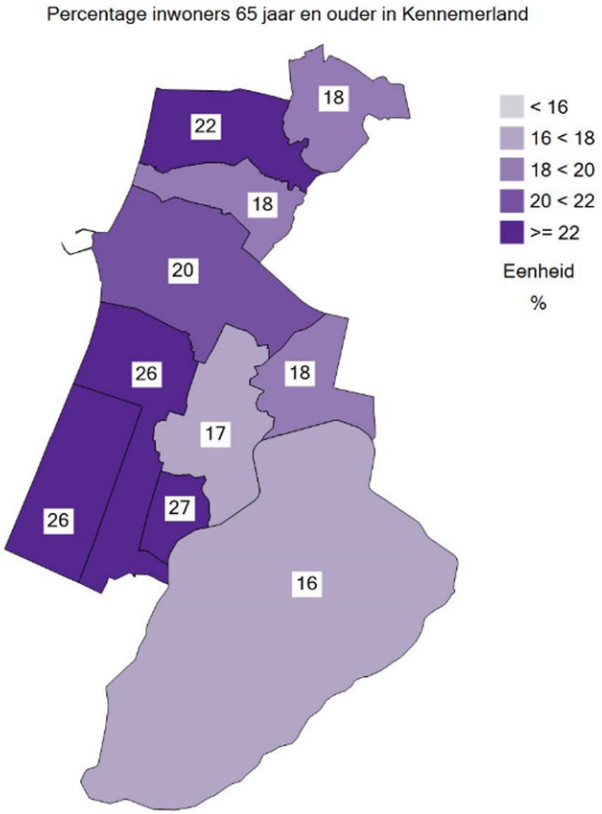
Hoe houden we de groeiende groep ouderen vitaal en zorgen we ervoor dat ze zo lang mogelijk vitaal blijven? Ouderen wonen steeds langer zelfstandig thuis en willen regie blijven houden over het eigen leven. De toenemende vergrijzing en het langer zelfstandig thuis wonen brengen verschillende uitdagingen met zich mee. Het aantal ouderen met een chronische aandoening neemt toe en één op de drie ouderen van 65 jaar en ouder komt minimaal eens per jaar ten val. Inzetten op preventie bij ouderen kan ertoe bijdragen dat deze problemen uitblijven of verminderen, en de eigen regie en zelfredzaamheid wordt versterkt.

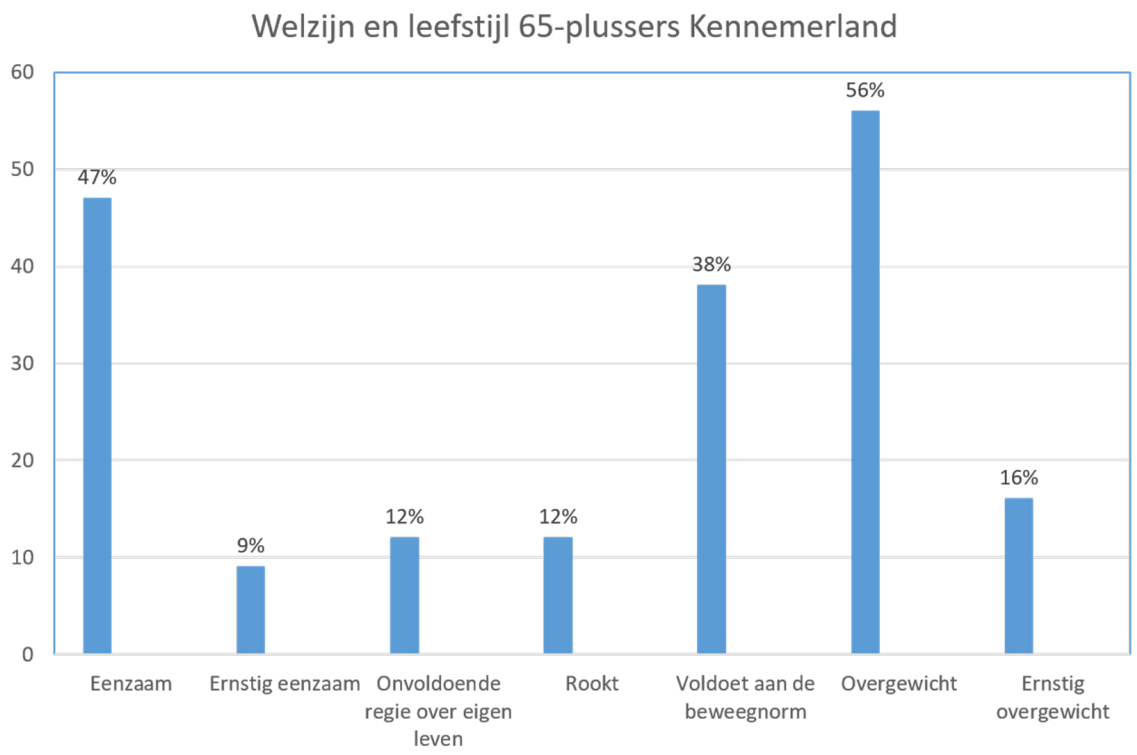
Tot op hoge leeftijd actief blijven en in staat zijn met de samenleving mee te blijven doen is voor de één makkelijker dan voor de ander. Het aantal 75-plussers ligt nu landelijk rond de 1,3 miljoen en bijna de helft van hen woont alleen. In 2040 is dit aantal verdubbeld. Doordat het aantal mantelzorgers daalt, staan we als samenleving voor een uitdaging. Op elke 85-plusser zijn er nu dertien 45-64- jarigen. In 2040 zijn dit er vijf. De 45-64-jarigen, die nu veel informele hulp verlenen, zijn dan zelf oud. Dit betekent dat we de zorg en ondersteuning anders moeten gaan inrichten en organiseren. (Pact voor de ouderenzorg, maart 2018). Daarbij is er extra aandacht nodig voor laaggeletterde ouderen en ouderen met een migratieachtergrond. Zijn kunnen hun weg niet goed vinden in de zorg en ondersteuning. Daarbij zijn er grote verschillen tussen ouderen met een lage of hoge opleiding.

Daarnaast maakt het ook uit hoe de buurt van mensen is ingericht, de mate van sociale cohesie en in wat voor een woning iemand woont. De leefomgeving heeft positieve effecten op de gezondheid van inwoners. Dat geldt in de eerste plaats voor de fysieke leefomgeving: een aantrekkelijke en goed ingerichte leefomgeving stimuleert een gezonde leefstijl met voldoende beweging. Wie in een groene omgeving leeft, voelt zich gezonder en bezoekt minder vaak de huisarts. Maar ook de sociale leefomgeving speelt een rol: in een prettige buurt is de samenhang groot, voelen inwoners zich veilig en krijgen ze steun (loket gezond leven (RIVM)).

Gezondheid van ouderen in Kennemerland

In heel Kennemerland is gemiddeld 19% van de inwoners 65 jaar en ouder. Dat zijn 102.339 mensen. Zoals het plaatje hieronder laat zien zijn er grote verschillen tussen de gemeenten.





In Kennemerland ervaart gemiddeld 65% van de 65-plussers zijn of haar gezondheid als goed tot zeer goed. Met een grote groep ouderen gaat het dus goed tot zeer goed. Aan de andere kant zijn er ook de cijfers voor bijvoorbeeld eenzaamheid, chronische aandoeningen en ongezonde leefstijl. In de grafiek hierboven een kleine greep daaruit.

Om zo lang mogelijk gezond te blijven is onder andere de leefstijl van invloed. Ongezond gedrag is verantwoordelijke voor bijna 20 procent van de ziektelast. Voor overgewicht verwacht het RIVM tussen nu en 2040 een ongunstige ontwikkeling te gaan zien. Overgewicht neemt toe in alle sociaaleconomische groepen, maar ernstig overgewicht stijgt harder bij 65-plussers met een lage sociaaleconomische status.

Een andere belangrijke leefstijlfactor is alcoholgebruik. In Kennemerland drinkt 55% van de 65-plussers meer dan 1 glas alcohol per dag. Het advies van de Gezondheidsraad is "Drink geen alcohol of in ieder geval niet meer dan één glas per dag."

Landelijk ziet het Expertisecentrum Trimbos dat in de groep 55 tot 70-jarigen, matig en overmatig alcoholgebruik veel voor komt in vergelijking met volwassenen vanaf 23 jaar. Over het algemeen gaan 55-plussers met het ouder worden minder drinken. Maar 55-plussers die al overmatig dronken gaan juist meer drinken. Een groot deel van hen lijkt zich niet bewust van de nadelige gevolgen van alcoholgebruik voor hun gezondheid.

Naarmate mensen ouder worden, neemt de gevoeligheid voor de effecten van alcohol toe. Dat heeft te maken met een aantal veranderingen:

- Met het ouder worden neemt het vochtpercentage in het lichaam af en het vetpercentage toe, wat maakt dat de concentratie alcohol in het lichaam toeneemt.
- Het zenuwstelsel raakt gevoeliger voor de effecten van alcohol.
- De afbraak en afvoer van alcohol door de maag, lever en nieren verloopt trager.

Daarbij gebruiken veel ouderen medicijnen waarvan de interactie met alcohol nog niet goed bekend is. Alcohol kan namelijk de werking van medicijnen verminderen of juist versterken. Volgens VeiligheidNL zijn o.a. alcoholgebruik, medicijngebruik en verminderde mobiliteit oorzaken van valincidenten bij ouderen. Valongevallen vormen een belangrijk en toenemend probleem onder ouderen. Een valongeval is de belangrijkste oorzaak van letsel bij ouderen. Iedere 5 minuten wordt er een 65-plusser op de Spoedeisende Hulp (SEH) opgenomen omdat hij gevallen is. Met het oog op de vergrijzing zullen deze aantallen de komende jaren alleen maar toenemen. De prognose is dat het aantal SEH-bezoeken na een valongeval stijgt met 47% tot 2050. Het letsel opgelopen door een valongeval heeft veel impact op de zelfredzaamheid van ouderen, het langer thuis kunnen wonen en de kwaliteit van leven. In veel gevallen betekent een val het begin van afnemende zelfredzaamheid en langdurig gebruik van zorg(middelen). Door de leeftijd verloopt herstel vaak langzaam en onvolledig, met daardoor het risico op een neerwaartse spiraal die eindigt bij overlijden.

Landelijke programma's

Hoe houden we de groeiende groep ouderen vitaal en zorgen we ervoor dat ze zo lang mogelijk vitaal blijven? De diversiteit onder ouderen is groot en de lokale opgave verschilt per gemeente. Landelijke programma's die het lokale beleid stimuleren en ondersteunen zijn: Langer Thuis, Een tegen eenzaamheid, Preventie in de Zorg en het Nationaal Sportakkoord.

Regionale en lokale ambities

Lokaal zal de komende 8 jaar ingezet worden op de volgende ambities:

Ambitie 1: Meer ouderen in Kennemerland voelen zich vitaal zodat zij (naar vermogen) kunnen blijven participeren in de samenleving. Gemeenten:

a) Krijgen ouderen goed in beeld.
b) Stimuleren een gezonde leefstijl.
c) Vergroten bewustwording onder ouderen van de impact van leefstijl en vallen.
d) Betrekken (kwetsbare) ouderen nauw bij lokaal beleid.
e) Stimuleren en ondersteunen meer samenwerking tussen medisch- en sociaal domein.

Ambitie 2: Vanaf 2022 neemt het risico op spoedeisende hulp na een val bij ouderen in Kennemerland af. Gemeenten:

a) Stimuleren professionals om ouderen met een verhoogd valrisico actief op te sporen en door te verwijzen naar valpreventie interventies.
b) Benaderen de problematiek vanuit een integrale blik.
c) Investeren in een groter bereik van erkende valpreventieprogramma's.
d) Investeren in technologische oplossingen (publiek – privaat).
e) Investeren in beweegaanbod of -programma's voor ouderen.
f) Investeren in contact en interventie aanbod in samenwerking met zorgverzekeraars.

Ambities 3: Gedurende de looptijd van deze nota creëren alle gemeenten in Kennemerland een leefomgeving die ouderen verleidt tot een gezonde leefstijl. Gemeenten:

a) Nemen gezondheidsrisico's in de leefomgeving voor ouderen weg.
b) Zorgen voor voldoende toegankelijke voorzieningen.
c) Investeren in ruimtelijk ontwikkeling die bewegen mogelijk maakt.
d) Ondersteunen sportverenigingen bij het uitbreiden van hun sportaanbod voor ouderen.

E. UIT HET PREVENTIEAKKOORD: LEEFSTIJLTHEMA'S

- **Overgewicht terugdringen bij kinderen en volwassenen.**
- **Alcoholgebruik onder jongeren terugdringen.**
- **Verminderen zwaar en overmatig alcoholgebruik onder volwassenen.**
- **0,0% alcoholgebruik en roken tijdens zwangerschap.**
- **Kinderen beginnen niet met roken.**
- **Percentage volwassen rokers terugdringen.**

Krijn Rijke,
wethouder Heemskerk

Een goede gezondheid komt niet zomaar aanwaaien, daar moet je wel wat voor doen. Deze regionale nota helpt onze gemeenten om op verschillende vlakken koers te zetten naar een goede gezondheid, het meest waardevolle en onbetaalbaar.

PREVENTIEAKKOORD

Door leefstijl te veranderen kan de gezondheid van veel Nederlanders verbeteren. Jaarlijks sterven 35.000 Nederlanders door roken, overgewicht of probleemdrinken. Een ongezonde leefstijl is de grootste oorzaak van ziekte in Nederland. Daarom heeft de Rijksoverheid een Nationaal Preventieakkoord gesloten, met daarin afspraken tussen meer dan 70 verschillende organisaties in Nederland. Bijvoorbeeld koepelorganisaties van de zorg, bedrijven, gemeenten en onderwijsinstellingen (Nationaal Preventieakkoord, Naar een gezonder Nederland).

E 1. Overgewicht

Noodzaak

Overgewicht is na roken de belangrijkste oorzaak van ziekten in Nederland. Ziekten gerelateerd aan overgewicht zijn diabetes, hoge bloeddruk, hart- en vaatziekten, rug- en gewrichtsklachten en verschillende soorten kanker. Overgewicht geeft ook psychisch leed door stigmatisering. Bijna de helft (49%) van de Nederlanders van 20 jaar en ouder is te zwaar. Van de kinderen tussen de 4 en 20 jaar oud heeft 13,5% overgewicht. Als we niets doen, komt in 2040 bij 62% van de volwassen Nederlanders overgewicht voor.

Doelen voor 2040

In het Preventieakkoord is als doel voor 2040 gesteld dat maximaal 38% van de volwassen Nederlanders en 9,1% van de kinderen te zwaar is. We moeten dus niet alleen de stijgende lijn doorbreken, maar zelfs een trend keren. Hiertoe zijn met landelijke partners maatregelen afgesproken op het terrein van gezond eten, meer en beter sporten en bewegen, een gezondere omgeving en passende zorg.

Een gezond voedingspatroon en het drinken van water maakt hier in belangrijke mate onderdeel van uit. Sportclubs, scholen, ziekenhuizen gaan in hun kantine meer gezonde voeding aanbieden. Fabrikanten zorgen voor een nieuw keuzelogo op producten en minder suiker in melkproducten, frisdrank en snoep. Sportclubs en sportscholen willen hun aanbod nog beter toegankelijk maken voor mensen die niet genoeg bewegen. Volwassenen met overgewicht kunnen vanuit de basisverzekering via de huisarts ondersteuning op maat krijgen in de vorm van de Gecombineerde Leefstijlinterventie.

Onderzoek en Cijfers

In Kennemerland heeft gemiddeld 47% van de volwassenen en 56% van de 65-plussers overgewicht; daarvan heeft 13% en 16% ernstig overgewicht. In wijken waar veel mensen met een lage SES wonen heeft 59% van de volwassenen overgewicht tegen 40% in andere wijken. 12% van de kinderen heeft overgewicht (gemeten door JGZ); Kinderen met een lage sociaaleconomische status hebben vaker overgewicht (23%) dan kinderen met een hoge sociaaleconomische status (7%).
In 2017 voldeed gemiddeld 57% van de volwassenen en 38% van de 65-plussers aan de nieuwe beweegrichtlijn.

Lokale aanpak

Het stimuleren van sport en bewegen en het bevorderen van gezonde voeding is een bekend thema op de lokale agenda. Sinds jaar en dag ondersteunt de lokale overheid sportverenigingen en welzijnswerk om mensen in beweging te krijgen. Interventies in de fysieke omgeving zoals de aanleg van fietspaden en het toegankelijk maken van groen dragen hier ook aan bij. Om inwoners bewust te maken van gezonde voeding stimuleren gemeenten onder andere moestuinen en de aanleg van watertappunten. Toch weegt dit onvoldoende op tegen de verleidingen in onze maatschappij, waardoor de stijgende trend van overgewicht nog onvoldoende afbuigt.

Effectieve preventie van overgewicht vraagt om een integrale aanpak. Dat betekent dat gemeenten zich samen met verschillende partners en vanuit verschillende beleidsterreinen richten op de verschillende factoren die overgewicht veroorzaken. Zo worden verschillende soorten maatregelen en interventies in samenhang ingezet voor diverse doelgroepen en hun omgeving. Bij een integrale aanpak wordt niet alleen gekeken naar het individu, maar ook naar alle verschillende omgevingen (thuis, school, werk, wijk, zorg) waarin overgewicht ontstaat en in stand wordt gehouden. Overgewicht is geen geïsoleerd probleem, maar heeft een nadrukkelijk verband met de lokale omgeving, zowel de fysieke als de sociale. Inzet op de complexe problematiek rond overgewicht zou lokaal passend maatwerk moeten zijn. Focus op de wijken waar de urgentie het hoogst is helpt daarbij. Door middel van lokale afspraken zijn gemeenten en relevante partijen op het gebied van voeding, bewegen, sport, ondersteuning en zorg, welzijn en onderwijs aan zet om in samenwerking tot concrete doelen te komen die bijdragen aan het behalen van de ambities.

Pijlers van de integrale aanpak geven richting aan een effectieve aanpak:

1. Via 'Voorlichting en educatie' leren inwoners gezondheidsvaardigheden en het maken van gezonde keuzes. Speciale aandacht is nodig voor laaggeletterden.
2. Bij 'Signalering, advies en ondersteuning' spelen vooral professionals een rol. Door hen te faciliteren bij deskundigheidsbevordering en samenwerking wordt overgewicht een ambitie van ons samen.
3. De 'Fysieke en sociale omgeving' is van grote invloed op de mate waarin mensen gezond eten, sporten en bewegen. De inrichting van de ruimte en gezonde sociale netwerken kunnen vooral op lokaal niveau het verschil maken.
4. Gemeenten kunnen met 'Regelgeving en handhaving' invloed uitoefenen om verleidingen in verschillende omgevingen te weren.

Integrale aanpakken als De Gezonde School en Jongeren op Gezond Gewicht zijn op deze leest geschoeid en dragen eraan bij dat een gezonde leefstijl in het DNA van het onderwijs en de sportsector komt. In wijken waar veel kwetsbare mensen wonen is een integrale aanpak gewenst waarbij een grote rol is toebedeeld aan de inwoners zelf. Zo wordt het geloof in eigen kunnen gestimuleerd; een belangrijke voorwaarde voor gedragsverandering.

Beïnvloeden van gezonde keuzes

Recent kwam Amsterdam UMC naar buiten met resultaten van een online experiment onder 350 proefpersonen. Het is een begin van een antwoord op de vraag die veel wetenschappers bezighoudt: hoe help je consumenten gezondere keuzes te maken?

Vijf weken lang kochten de deelnemers hun boodschappen eens per week via een voor het onderzoek gecreëerde online-supermarktomgeving. Terwijl de onderzoekers keken hoe vaak de deelnemers gezonde producten kochten, brachten zij veranderingen aan om de gezonde keuze voor de deelnemers te vergemakkelijken. Door de gezonde producten in het assortiment extra te laten opvallen bijvoorbeeld, door ze 25 procent goedkoper te maken, aan te geven welke gezonde producten bij andere klanten favoriet waren en door ongezonde producten iets duurder te maken.

Los van elkaar werkten de 'trucs' ook, maar de combinatie van alle ingrepen bleek het best te werken. Die zorgde ervoor dat deelnemers meer gezonde producten kochten en de ongezonde producten links lieten liggen. De gevonden effecten waren hetzelfde voor mensen met een laag en hoog inkomensniveau. In 2021 zal onderzocht worden of deze veelbelovende resultaten ook plaatsvinden in fysieke supermarkten.

E 2. Alcohol

Noodzaak

Het advies van de Gezondheidsraad is om géén alcohol of in elk geval niet meer dan één glas per dag te drinken. Problematische alcoholgebruik komt vooral voor onder jongvolwassenen en 50+'ers. Alcoholgebruik is problematisch als vrouwen meer dan 14 glazen per week drinken of 4 glazen bij een gelegenheid of als mannen meer dan 21 glazen per week drinken of 6 glazen op een gelegenheid. Ook al het gebruik door jongeren onder de 18 jaar en door zwangere vrouwen valt onder problematisch alcoholgebruik. Alcoholgebruik kan leiden tot leverschade, verschillende kankersoorten, hart- en vaatziekten, diabetes, aandoeningen in het maagdarmstelsel en neurologische schade. Alcoholgebruik kan nadelige psychische gevolgen (depressie, angststoornis) veroorzaken, verergeren of in stand houden. Voor jongeren is alcohol extra schadelijk, omdat het de ontwikkeling van hun hersenen verstoort.
Problematisch alcoholgebruik leidt ook tot maatschappelijke kosten zoals productiviteitsverlies, verkeersongevallen, geweld, kosten voor politie en justitie en problemen in de persoonlijke levenssfeer. De schade komt daarmee niet alleen voor rekening van het individu dat alcohol drinkt, maar ook voor die van de rest van de samenleving.

Doelen voor 2040

In het Preventieakkoord zijn voor het terugdringen van problematisch alcoholgebruik de volgende doelen gesteld voor 2040:

1. Het alcoholgebruik onder jongeren, in het bijzonder bingedrinken (5 glazen bij één gelegenheid), is met 30 tot 40% is afgenomen, met als uiteindelijke doelstelling om tot 0% alcoholgebruik te komen onder de 18 jaar.
2. Het doel voor volwassenen is dat zwaar en overmatig alcoholgebruik met ongeveer 40% afneemt en alcoholgebruik tijdens de zwangerschap halveert en uiteindelijk nul wordt.
3. Daarbij zal de brede acceptatie van (overmatig) alcoholgebruik en het kennisniveau moeten worden beïnvloed. Een trend is gewenst waarbij de keuze om alcohol te drinken een meer bewuste keuze is en waarbij 80% van de mensen weet wat de gezondheidseffecten zijn.

De maatschappelijke partners van het Preventieakkoord willen dit bereiken door de inzet van campagnes die bijdragen aan normverandering, bewustwording en kennis over schadelijkheid van alcoholgebruik. Reclame-uitingen gericht op de beïnvloeding van jongeren, onder andere via sociale media, worden verder beperkt. De sportsector ontwikkelt een solide verdienmodel zonder afhankelijkheid van alcoholverkoop of sponsoring. Hogescholen en universiteiten zetten zich in om het alcoholgebruik onder studenten terug te dringen. In 2030 lukt het jongeren echt niet meer om alcohol te kopen. Er komt een zorgpad per doelgroep (onder andere voor vrouwen die zwanger zijn of willen worden), omdat vroegtijdige herkenning van alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid de beste kansen voor behandeling geeft. Via de Drank- en Horecawet komt er een regeling waarbij maximaal 25% korting op de reguliere prijs wordt toegestaan.

Onderzoek en Cijfers

We zien sinds 2009 een daling in het drinkgedrag van de jongeren. Wel zien we dat de daling de laatste jaren minder hard gaat en bij bepaalde leeftijd stagneert. Er is dan ook nog steeds een grote groep jongeren die ondanks de NIX 18 wet, voor hun 18e begint met drinken. De cijfers laten ook zien dat wanneer jongeren eenmaal gaan drinken ze onverminderd vaak grote hoeveelheden alcohol nuttigen. In 2019 hebben in Kennemerland 7430 leerlingen uit de klas 2 en 4 van het voorgezet onderwijs meegedaan aan de gezondheidsmonitor. Hieruit blijkt dat 26 % van de leerlingen (10% van klas 2 en 40% van klas 4) in de maand voor het onderzoek alcohol had gedronken. En 17% daarvan dronk minstens 5 drankjes bij één gelegenheid (bingedrinken).

In Kennemerland drinkt 20% van de volwassenen en 26% van de 65-plussers overmatig.
Overmatig alcoholgebruik komt vaker voor bij mensen met een hoge sociaaleconomische status.

Lokale aanpak

Gemeenten hebben een regierol in het voorkomen van de schadelijke gevolgen van alcoholgebruik. Niet alleen op basis van de Wet Publieke Gezondheid, maar ook omdat zij verantwoordelijk zijn voor de uitvoeringtaken van de Drank- en Horecawet. Gemeenten zijn daarmee bij uitstek de partij om een integrale alcoholpreventie aanpak samen te stellen, stakeholders te betrekken en preventieactiviteiten te coördineren. De meest succesvolle beïnvloedingsstrategieën zijn degene die vooral de omgeving van de drinker beïnvloeden. Volgens het expertisecentrum Trimbos, ligt de kern van een effectief lokaal alcoholbeleid in een integrale aanpak op het gebied van gezondheid en veiligheid.

1. Maatregelen binnen de pijler **fysieke en sociale omgeving** richten zich enerzijds op het beperken van de fysieke beschikbaarheid van alcohol. Het gaat dan bijvoorbeeld om het alcoholvrij maken van de schoolomgeving of de sportvereniging. Anderzijds gaat het bij deze pijler om het versterken van de sociale norm dat alcohol geen normaal consumentenproduct is, bijvoorbeeld door lokale ondersteuning van de campagnes NIX18 en BOB.
2. **Regelgeving en handhaving** kunnen de beschikbaarheid van alcohol beperken en verantwoorde verstrekking bevorderen. Voorbeelden van lokale invulling zijn het toezicht op de wettelijke leeftijdsgrens en de eis voor leidinggevenden in de horeca om een diploma Sociale Hygiëne te hebben.
3. Een belangrijk doel van **voorlichting en educatie** is om de kennis over de gezondheidsrisico's van alcoholgebruik te vergroten en daarmee bij te dragen aan gedragsverandering. Voorlichting heeft echter pas effect in combinatie met andere interventies, zoals het beperken van de beschikbaarheid van alcohol en toezicht en handhaving.
4. **Signalering, advies en ondersteuning** zijn van toepassing op het moment dat, ondanks alle preventieve inspanningen, toch mensen in de problemen raken door alcoholgebruik. Het vroegtijdig signaleren van deze problemen en vervolgens adequaat reageren kan voorkomen dat problemen verergeren en dat zwaardere zorg nodig is. Professionals zouden bij ouderen een korte vragenlijst in kunnen zetten en een passend advies kunnen geven.

Een integrale aanpak is voorheen niet gemakkelijk gebleken op lokaal niveau. Vaak zijn uiteenlopende belangen en de normalisering van alcohol in de Nederlandse samenleving er debet aan dat preventie moeizaam van de grond komt. Een intensievere inzet zou kunnen werken zoals bijvoorbeeld IJsland ons laat zien. IJsland heeft de laatste 20 jaar een community-based preventieaanpak gebruikt om met succes het middelengebruik (alcohol, tabak en drugs) aan te pakken onder jongeren. In 1998 was 42% van de IJslandse 15- en 16-jarigen in de laatste 30 dagen dronken geweest. In 2017 was dit nog maar 5%. Voor roken en het gebruik van drugs realiseerden de IJslanders een vergelijkbare daling.

Ook een accentverschuiving op het vlak van acceptatie en grotere bewustwording van de gevolgen biedt kansen, blijkt uit de succesvolle aanpak van de rookvrije generatie.
Ouderen zijn een relatief nieuwe doelgroep voor preventie van problematisch gebruik. Een accent op pijler 4, signalering, advies en ondersteuning biedt kansen om voor deze doelgroep preventie vorm te geven. Professionals zouden vaker een 'screening' (korte vragenlijst) kunnen inzetten. Dit kan op zichzelf al effect hebben, omdat het de oudere stil doet staan bij diens gebruik en de risico's daarvan. Ook het inzetten van een kortdurende interventie gericht op het minderen of stoppen van alcoholgebruik werkt bij deze doelgroep goed.

E 3. Roken

Noodzaak

Iedere dag beginnen in Nederland ruim 75 tieners met dagelijks roken. De helft van deze jongeren zal zijn of haar verdere leven blijven roken. 50% van de rokers zal vroegtijdig ziek worden en komen te overlijden aan de gevolgen van roken door ziektes als kanker en hart en vaatziekten. We kunnen deze ernstige en veel voorkomende ziektes terugdringen, door kinderen rookvrij te laten opgroeien en rokers stopondersteuning te bieden.

Een rookvrije generatie in 2040

In het Preventieakkoord is het doel gesteld om in 2040 een rookvrije generatie te bereiken, wat betekent dat kinderen in 2040 niet meer beginnen met roken. En dat zwangere vrouwen niet meer roken. Ook staat in het akkoord dat het aantal rokende volwassenen moet dalen van 23% naar maximaal 5%.

Op landelijk niveau zijn hiervoor maatregelen genomen: een pakje sigaretten wordt duurder, krijgt een minder aantrekkelijke verpakking en wordt niet meer zichtbaar uitgestald. Veel plekken waar kinderen komen worden rookvrij en over vijf jaar zijn alle zorginstellingen rookvrij. Zorgverzekeraars leggen geen eigen risico meer op bij eerstelijns stoppen-met-rokenprogramma's. Ook wordt gekeken of het aantal verkooppunten beperkt kan worden.

Onderzoek en Cijfers

Sinds 20 jaar daalt het percentage jongeren dat rookt, maar de dalende trend lijkt te stagneren. Vooral het aantal rokers in de groep 20-24-jarigen blijft onverminderd hoog. Volgens cijfers uit 2019 van het Trimbos, rookt 1 op de 3 jongvolwassenen in deze leeftijdsgroep.

Uit de cijfers van de gezondheidsmonitor Jeugd 2019 blijkt dat 6% van de leerlingen in klas 4 minstens één keer per week sigaretten of shag rookt. Dit gebeurt meer op het vmbo (6%) dan op havo/vwo (3%). 25% van de jongeren in Kennemerland gaf in 2019 aan dat zij opgroeien in een huis waar gerookt wordt. Er zijn grote verschillen tussen de verschillende opleidingsniveaus. Op het vmbo groeit 34% van de leerlingen op in een huis waar gerookt wordt, tegen 19% van de vwo-leerlingen.

In 2016 rookte 20% van de volwassenen in Kennemerland (gezondheidsmonitor GGD Kennemerland). Er zijn grote verschillen tussen mensen op basis van hun sociaaleconomische status, dat vertaalt zich op wijkniveau. In wijken waar veel mensen met een lage SES wonen rookt 27% van de inwoners tegen 14% in andere wijken.

Lokale aanpak

Het effect van de landelijke maatregelen kan versterkt worden door een aanpak op lokaal niveau. Het helpt als de gemeente zich uitspreekt vóór de rookvrije generatie. De gemeente kan lokale organisaties stimuleren om een rookvrije omgeving te creëren en hen hierbij ondersteunen. Ook zijn mensen die willen stoppen met roken, zorgverleners en sociaal werkers gebaat bij een helder zorgpad voor stopondersteuning in de gemeente. Uit ervaringen van het project rookvrij Haarlem Oost weten we dat het van belang is om bij inwoners draagvlak te verwerven voor rookvrij-maatregelen. Vooral in wijken waar de urgentie het hoogst is. Dit kan bijvoorbeeld door kinderen een stem te geven. We zullen daarbij mensen die roken met respect moeten benaderen als we willen dat zij in beweging gaan komen.

Cees Beentjes,
wethouder Uitgeest

Preventief gezondheidsbeleid kan een belangrijke bijdrage leveren aan de gezondheid van onze inwoners. Ik vind het belangrijk om daar stevig op in te zetten.

4. DE IMPACT VAN DE CORONACRISIS

Inleiding

De totstandkoming van de Regionale nota gezondheid vindt plaats tijdens de coronacrisis. Het nieuwe coronavirus heeft de hele wereld in zijn greep. Deze crisis gaat gepaard met grote directe en indirecte effecten op volksgezondheid, welzijn en zorg. Een hoofdstuk over de impact van de coronacrisis mag daarom niet ontbreken in de regionale nota. De duur van de coronacrisis is waarschijnlijk slechts tijdelijk en we verwachten dat de meeste groepen mensen in de loop van 2021 gevaccineerd zijn. De looptijd van de nota is 8 jaar en de nasleep van deze crisis zal naar verwachting minstens enkele jaren bedragen. In dit hoofdstuk wordt voornamelijk het woord coronacrisis in plaats van pandemie gebruikt, omdat het inmiddels niet alleen meer over ziekte, zorg en verspreiding van het virus gaat, maar ook de directe en indirecte impact op het sociale leven en onze economie. De gevolgen daarvan zullen nog lang doorwerken nadat de pandemie voorbij is.

> De toekomstige ontwikkelingen op gebied van gezondheid gaan gepaard met grote onzekerheden, en die onzekerheden zijn zeker niet kleiner geworden. We weten niet hoe het coronavirus zich verder gaat ontwikkelen. We weten ook niet wat de precieze gevolgen voor gezondheid en maatschappij zullen zijn. Wat we wel weten is dat de impact van corona op onze gezondheid en ons doen en laten groot is, en niet alleen vandaag of morgen.
> *Uit: c-VTV 2020*

De belangrijkste opgaven voor volksgezondheid, zorg en leefomgeving veranderen niet door de coronacrisis. Maar corona maakt sommige opgaven nog groter of urgenter. Zo treft de coronacrisis vooral kwetsbare groepen in Nederland, en kan de crisis daardoor gezondheidsverschillen verder vergroten. Er is nog veel onduidelijk of niet onderzocht en nieuwe ontwikkelingen blijven zich voordoen. Dit hoofdstuk is dus niet compleet.

Ziekte en sterfte door corona

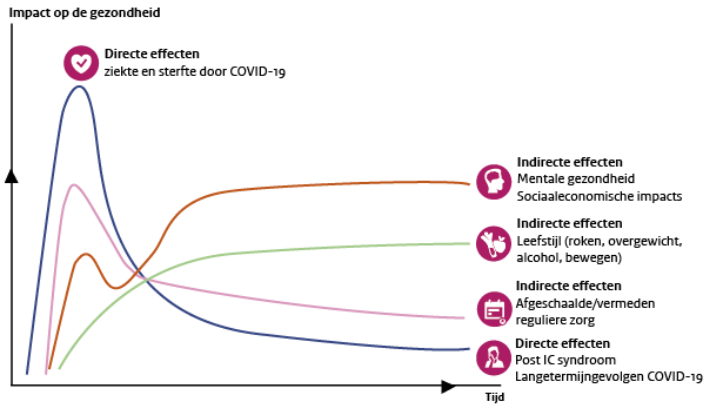
Vanaf het begin van de coronacrisis t/m 31 december 2020 zijn in de GGD-regio Kennemerland in totaal 23.358 positief geteste personen gemeld, 466 ziekenhuisopnames en 382 overlijdensgevallen door covid-19. De daadwerkelijke aantallen zullen hoger liggen, omdat niet iedereen met mogelijke besmettingen wordt getest, de GGD niet altijd op de hoogte is van ziekenhuisopname als deze na de melding plaatsvindt, en niet alle overleden patiënten worden getest.
Een groter aantal inwoners is geconfronteerd geweest met een sterfgeval of met een ernstig zieke covid-19 patiënt in de directe omgeving. Verder hebben velen te maken met ziekteverschijnselen of verblijf in quarantaine. Nog niet goed vast te stellen is de ziektelast van uitgestelde zorg en de brede impact op gezondheid door eenzaamheid, bezorgdheid, stress, werkloosheid, bewegingsarmoede, etc.

Scheidslijnen tussen bevolkingsgroepen scherper

In Nederland en ook in Kennemerland zijn er duidelijke en hardnekkige verschillen in gezondheid tussen bevolkingsgroepen. Deze verschillen doen zich voor langs verschillende scheidslijnen, zoals opleiding en inkomen, woonomgeving, migratieachtergrond, leeftijd en geslacht. Door de crisis zijn de bestaande scheidslijnen nog scherper geworden. De crisis lijkt harder toe te slaan bij lager opgeleiden. Zo worden zij vaker getroffen door het coronavirus en hebben zij vaker te maken met risicofactoren die het beloop van covid-19 verslechteren. Ze hebben ook vaker onzekere banen die bij een economische terugval als eerste verdwijnen. De combinatie van ontwikkelingen op dit gebied zijn zorgelijk, zeker als de pandemie nog lang aanhoudt.
Ook de generatiekloof is dieper geworden door de coronacrisis. Jongeren voelen zich beperkt in hun vrijheden door de coronamaatregelen, die vooral bedoeld zijn om de oudere generaties te beschermen. De scheidslijn tussen generaties wordt nog eens versterkt doordat 'de ouderen' allemaal gezien worden als kwetsbaar. De enorme diversiteit in gezondheid en zelfredzaamheid van ouderen verdwijnt daarmee uit zicht. De scherpere scheidslijnen tussen leeftijdsgroepen en levensfasen kunnen de solidariteit tussen generaties verder onder druk zetten. (C-VTV, RIVM)

Gevolgen voor maatschappij en gezondheid

Deze crisis kent verschillende golven. Er zijn verschillende manieren waarop de coronacrisis impact heeft op de gezondheid, hier geschematiseerd als golven. Een golf met een directe impact zoals ziekte, sterfte en tekort aan middelen, en de golven met indirecte impact, waaronder impact van afgeschaalde zorg en mentale ziekte. Onderstaand figuur laat zien in welke mate de verschillende problemen zich over de tijd zullen voordoen.



Bron: C-VTV, RIVM

Effecten op niet-corona-gerelateerde zorg

Door de overbelasting van de zorg tijdens de eerste golf en opnieuw (in mindere mate) bij de tweede golf eind 2020 is veel niet-acute zorg vertraagd of uitgesteld. Ook durfden (kwetsbare) mensen niet naar de zorg uit angst voor besmetting. Dit betekent dat aandoeningen later dan normaal zijn gediagnosticeerd, of dat behandelingen zijn uitgevoerd op een moment dat de ziekte al verder was voortgeschreden (Marangos 2020).

Gevolgen toename werkloosheid

Voor de zomer van 2020 was al zeker dat de corona-epidemie ongekende gevolgen heeft voor de economie in Nederland. In het tweede kwartaal van dit jaar was het bruto binnenlands product met 8,5% afgenomen en de regio rondom Schiphol werd het hardst geraakt. Dit zal op termijn ook consequenties hebben voor de werkgelegenheid en nadelig zijn voor de volksgezondheid. Er is namelijk een sterk verband tussen baanverlies en psychische problemen (De Klerk 2020, Marangos 2020). Omdat de genoemde werkloosheid daarnaast waarschijnlijk vooral jongeren en relatief laagopgeleide mensen zal treffen, kan men spreken van een verdere toename van armoede en ongelijkheid in de samenleving en van een toename van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen (Pharos 2020).

Psychische gezondheid

In september 2020 kwam een rapport uit dat liet zien dat voor de bevolking als geheel de coronacrisis nog geen invloed had op de tevredenheid met ieders leven (SCP 2020-11). Ook bleek uit periodiek vragenlijstonderzoek dat nadelige effecten in de loop van maanden weer minder werden (GGD Kennemerland 2020). Echter zijn er ook groepen die wel een effect op hun mentale gezondheid ervaren. Zo bleek uit een peiling in augustus 2020 dat 15-21% meer slaapproblemen heeft, somberder, gestrester, eenzamer en angstiger is. Dit zijn slechts cijfers op basis van de eerste golf afgelopen voorjaar, maar de verwachting is dat het beeld er inmiddels nog wat minder goed uit ziet.

Leefstijl

Vragenlijst-onderzoek van RIVM en GGD'en liet in de GGD-regio Kennemerland net als in de rest van Nederland een verslechtering zien in de leefstijl wat betreft bewegen, gezond eten, roken en alcoholgebruik (GGD Kennemerland 2020).

Wat is de rol van overgewicht en obesitas bij Covid-19?
Die vraag brachten het Leids Universitair Medisch Centrum, het VUMC en het Rotterdamse Erasmus UMC ertoe samen onderzoek te doen. Uit verschillende studies blijkt dat niet alleen bijkomende aandoeningen, zoals hart- en longziekten de sterfte aan Covid verhogen, maar dat obesitas zonder bijkomende ziekten ook zorgt voor een ernstiger beloop en een hogere sterfte. „Ook bij jonge mensen is obesitas een extra risico om op de ic terecht te komen", zegt Van Rossum (hoogleraar obesitas en internist in het Erasmus MC). Obesitas brengt een aantal specifieke problemen met zich mee, zegt ze, met name een slechter werkend immuunsysteem

Kwetsbare groepen

Verschillende kwetsbare groepen ondervinden relatief veel nadelige invloeden van de coronacrisis.

- *Thuiswonende ouderen van 75-plus.* Bij deze groep is eenzaamheid, met name emotionele eenzaamheid, beduidend toegenomen.
- *Verpleeghuisbewoners.* Meer eenzaamheid en een toename van stemmings- en gedragsproblemen, door het bezoekverbod tijdens de eerste golf en door het wegvallen van groepsactiviteiten. Kwaliteit van leven en gezondheid zijn achteruit gegaan.
- *Studenten, scholieren, jongeren in het algemeen.* Jongeren hebben door de crisis vaak last van eenzaamheid en sociale isolatie. GGD Kennemerland voert in januari 2021 een extra verdiepend onderzoek uit naar de impact van covid-19 onder scholieren van het voortgezet onderwijs.
- *Mensen met beperkingen (gezondheids- en/of arbeidsbeperkingen; al dan niet in een instelling).* Hulp op afstand aan deze groep blijkt om allerlei redenen moeilijk te zijn. Passende begeleiding of ondersteuning blijft soms lang uit waardoor problemen kunnen verergeren. Ook heeft deze groep een grotere kans om door corona werkloos te worden.
- *Mensen met psychiatrische problematiek en/of verslaving.* Zij ervaren problemen met zingeving en perspectief. Ook spelen negatieve effecten van sociale isolatie bij een deel van de groep en het missen van face-to-face contact met een hulpverlener. Tijdens de eerste golf waren er meer meldingen bij de politie over personen met verward gedrag. Het aantal niet-spoedeisende verwijzingen door de huisarts naar de GGZ is tijdens de eerste golf minder geworden.
- *Dak- en thuislozen.* Het wegvallen van de dagbesteding, het stilleggen van hulp en ondersteuning geven meer stress en onzekerheid bij deze groep.
- *Laaggeletterden.* Vaak wordt informatie van de overheid over de crisis niet begrepen. Los van de bijbehorende risico's op besmetting voor deze groep en voor de omgeving, geeft dit ook een machteloos gevoel. Hulp door de directe omgeving is lastig geworden. Lesgeven op afstand is moeilijk.
- *Mensen met laag inkomen en armoede; lage opleiding.* Krappe woningen, vaak in een ongezondere leefomgeving, zonder rustige werk- of studeerplek maken thuisonderwijs en thuiswerken voor deze groepen extra lastig, zeker als er thuis geen computer of laptop is. Daarnaast ondervinden deze groepen extra stress doordat zij relatief vaak werkloos worden door de crisis. Extra kwetsbaar wat dit betreft zijn flexwerkers en zelfstandigen (ZZP'ers) met een lage opleiding.
- *Werklozen.* Zodra baanverlies optreedt vermindert dit de gezondheid verder. Werkloosheid verlaagt de tevredenheid met het leven en vergroot de kans op depressie.
- *Mensen met schuldenproblematiek.* Verschillende regelingen zijn tijdens de coronacrisis versoepeld om de gevolgen van de inkomensterugval op te vangen. Toch verwachten schuldhulpverleners een toename in de hulpvragen. Deze groep heeft extra aandacht nodig, met name voor de mensen die al vóór de coronacrisis schuldhulpverlening kregen.

- *Mensen met een migratie-achtergrond.* Zij wonen vaker met meer mensen in kleine woningen, hebben vaker een fysiek beroep waarbij direct nauw contact onvermijdelijk is en hebben vaker een relatief ongezonde leefstijl. Deze doelgroep is bij de tweede golf relatief hard getroffen. Verder speelt een rol dat een migratie-achtergrond de kans op werkloosheid door corona vergroot (SCP 2020-11).
- *Statushouders.* Bij deze groep kan een posttraumatische stressstoornis verergeren. Er bestaan bij statushouders vaak ernstige zorgen over de familie die nog in het land van herkomst woont. De onzekere tijd kan negatieve herinneringen uit het verleden versterken. Ook kan de taalbarrière op allerlei manieren een rol spelen en is het lastig om in tijden van social distancing aan de inburgering te werken.
- *Mensen die andere zorg nodig hebben.* Door de afgeschaalde zorg komen andere behandelingen in de reguliere zorg in het gedrang. Zorgelijk is de lagere hoeveelheid kankerdiagnoses en bepaalde operaties die meerdere keren zijn uitgesteld of mensen die zelf de zorg vermijden uit angst voor een corona besmetting.

Signalen vanuit professionals van de GGD Kennemerland

De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) ontvang signalen van somberheid bij jongeren. Op één school in de regio zijn er veel zorgen over 3 pogingen tot suïcide in korte tijd. Deze school stemt met partners af voor een goede aanpak hiervoor.
Daarnaast gaan bepaalde sporten beperkt door. Dit betekent niet alleen minder beweging voor jongeren, maar ook een gemis van de sociale contacten die erbij horen. Er zijn kinderen die niet naar school gaan uit angst voor corona vanwege een zieke ouder of eigen onderliggend lijden.
Ouders die mantelzorg verlenen aan kwetsbare ouderen zijn bang dat ze via hun kinderen besmet raken en vervolgens deze besmetting onbedoeld doorgeven aan de ouderen. Verder horen medewerkers signalen over meer gespannenheid, een korter lontje en gevoelens van minder gelukkig zijn. Spreekuren lopen niet alleen uit doordat er meer schoon gemaakt moet worden, maar ook omdat mensen nare dingen meemaken en zich zorgen maken over hun relatie, stress ervaren in verband met financiën of zorgen hebben over baanbehoud.
Steeds meer mensen kennen iemand die opgenomen is geweest of is overleden. Dat maakt angstig. Er zijn ook mensen die zich niet aan maatregelen houden en corona ontkennen.

Het team technische hygiënezorg (THZ) merkt dat er veel onzekerheid en onduidelijkheid is over de regels. Er is sinds het begin van de crisis veel contact met diverse organisaties in onze regio over corona. De organisaties nemen zelf contact met team THZ op en vragen komen bij THZ terecht via collega's. Er worden praktische adviezen op maat gegeven voor de betreffende organisaties. THZ legt bezoeken af bij GGZ-instellingen, jeugdzorg instellingen, woonvoorzieningen, basisscholen, middelbare scholen, pensions, vliegtuigmaatschappijen, hospice, buurtcentra, etc. Wat daarbij opvalt is dat bij veel organisaties onvoldoende geïnvesteerd is in preventie. De kennis betreffende hygiëne is veelal onvoldoende en de koppeling tussen gezondheid en hygiëne wordt nog beperkt gezien.

Het team Maatschappelijke zorg (MZ) krijgt meer klachten over burenoverlast doordat mensen nu meer thuis zijn. Daarnaast blijken woningen van zorgmijders er erger aan toe te zijn dan anders, omdat pas in een later stadium wordt opgemerkt dat mensen echt hulp nodig hebben.
Tijdens de eerste golf was de dagbesteding gesloten, dit was voor veel mensen een groot gemis.

Langetermijneffecten

Bovenstaande effecten zijn directe of anderszins korte termijneffecten. Echter zijn er ook langetermijneffecten die waarschijnlijk zullen voortduren of nog gaan ontstaan als de corona-epidemie zelf voorbij is. Hierbij horen de verdere toename van de werkloosheid met bijbehorende effecten op de gezondheid, maar ook andere negatieve gevolgen van de crisis die mogelijk ook op termijn gevolgen kunnen hebben.

Bij hetzelfde groeitempo van de economie als de afgelopen jaren zal het vijf jaar duren voordat de economie weer terug is op het ouder niveau, dat wil zeggen vijf jaar vanaf het moment dat de effecten van de coronacrisis op de economie voorbij zijn.

Na de coronacrisis kan er sprake zijn van verdere verergering van maatschappelijke problemen die in 2019 ook al bestonden. De gevolgen van een economische recessie voor de gezondheid zijn niet alleen gerelateerd aan de toename van de werkloosheid. Ook overheidsbezuinigingen, met gevolgen voor het niveau van hulp, zorg en ondersteuning en koopkrachtdalingen hebben invloed. Mensen met inkomensonzekerheid en mensen die zorgen hebben over hun baan hebben een lager welbevinden dan anderen. Zorgen om hun baan treft vooral degenen met tijdelijke flexibele contracten, zelfstandigen en mensen met een arbeidsbeperking (Plaisier 2020).
Algemeen genomen reageert de kwaliteit van leven in de samenleving vertraagd op een economische neergang. Het is zelfs zo dat de gevolgen van de economische crisis van de periode 2008-2013 aan het begin van de coronacrisis nog steeds merkbaar waren. Een langdurig laag welbevinden kan leiden tot psychische klachten en deze kunnen niet alleen leiden tot persoonlijk leed, maar ook tot hoge maatschappelijke kosten door arbeidsuitval, lichamelijke gezondheidsklachten, sociale problemen en suïcides, en een toenemend beroep op de GGZ (Plaisier 2020).

Crisis als keerpunt

In voorbije eeuwen maakten infectieziekten de dienst uit. Dankzij riolering en vaccins verschoof de aandacht in de loop van de 20ste eeuw naar welvaartsziekten zoals hart- en vaatziekten en kanker. De coronacrisis markeert een nieuwe fase, waarin nieuwe infectieziekten zich gaan vermengen met bestaande gezondheidsproblemen. En dat betekent dat we op een nieuwe manier weer moeten leren leven met de aanwezigheid en dreiging van virussen (C-VTV, RIVM).

Deze crisis kan ook een keerpunt zijn. Tijdens de coronacrisis werden al snel de eerste (tijdelijke) veranderingen in de leefomgeving zichtbaar. De lucht was schoner en er was minder verkeersgeluid. De directe omgeving, natuur of openbare ruimte, werd belangrijker voor bewoners.

De omgeving waarin mensen wonen, werken, leren en spelen is van grote invloed op hun gedrag en hun gezondheid. De inrichting van de leefomgeving kan in verschillende opzichten verbeterd worden. De coronacrisis maakt dit extra zichtbaar en biedt tegelijk kansen. Door het slim verbinden van klimaatbeleid met gezondheidsbeleid, ruimtelijke inrichting en het herstelbeleid van de coronacrisis, kan gezondheids- en welvaartwinst geboekt worden en daarbij rekening gehouden worden met kwetsbare groepen in de samenleving.
Diverse ontwikkelingen zijn door corona in een stroomversnelling gekomen. Denk aan zorg en ondersteuning op afstand, thuiswerken en de digitale emancipatie van ouderen. Er is een toegenomen bewustzijn over het belang van een goede, toegankelijke zorg en de onderlinge verbondenheid in wijken en buurten is versterkt. Er ligt een uitdaging om de coronacrisis het hoofd te bieden en tegelijkertijd de goede ontwikkelingen die de crisis ook heeft gebracht, te behouden en te versterken. Er moet ingezet worden op structurele gedragsveranderingen in bijvoorbeeld leefstijl, mobiliteit en werkomgeving.

Aanbevelingen

De coronacrisis zorgt voor een gezondheidscrisis, een economische crisis en een sociale crisis. Dit kan leiden tot een stapeling van heel verschillende problemen. Zowel op korte als lange termijn is aandacht nodig voor de gezondheidsgevolgen van het coronavirus zelf, en de impact van de maatregelen op gezondheid en maatschappij. Hierbij wordt juist nu de noodzaak gezien van extra aandacht voor gezondheidsbescherming en -bevordering en specifiek voor kwetsbare groepen.

1. **Inzet op integrale preventie**
   De coronamaatregelen in de sociale en fysieke leefomgeving hebben een enorme impact op de leefstijl van mensen. Zo roken veel rokers meer, bewegen we minder en zijn we zwaarder geworden. De crisis bevestigt dat leefstijl meer is dan een individuele keuze. Het stimuleren van een gezonde leefstijl vraagt om integrale preventie, die zich niet alleen richt op afzonderlijke leefstijlfactoren, maar ook op de sociale en fysieke leefomgeving. Vaak moeten eerst achterliggende sociale problemen worden opgelost, zoals schulden en stress, voordat er ruimte ontstaat om aan een gezonde leefstijl te werken.

2. **Een toekomst met chronische ziekten én infectieziekten**
   In elke VTV van het RIVM speelt vergrijzing de hoofdrol. Ze kunnen vrij precies voorspellen hoeveel mensen met dementie, diabetes of kanker er in 2040 zullen zijn, zodat beleidsmakers hier tijdig op in kunnen spelen. Infectieziekten zijn veel grilliger. Als er een pandemie ontstaat, dan zijn de effecten enorm, voor gezondheid én zorg. Dit vraagt de komende jaren meer van het gezondheidsbeleid: voldoende aandacht voor 'planbare' ontwikkelingen, én ruimte voor het onverwachte. Het samengaan van chronische en infectieziekten vraagt om nieuwe, geïntegreerde kennis, nieuwe zorgconcepten en meer samenwerking tussen verschillende (zorg)partijen.

3. **Meer aandacht voor mentale gezondheid**
   De toenemende mentale druk bij jongeren en jongvolwassenen is door de coronacrisis een nog grotere opgave geworden. Ook in andere leeftijdsgroepen zien we meer gevoelens van angst, stress, somberheid en eenzaamheid, wat zich soms uit in eetstoornissen, automutilatie en suïcide(pogingen). De verwachte economische terugval, die bepaalde bevolkingsgroepen extra zal raken, zet de mentale gezondheid nog verder onder druk. Betere informatie en kennis over onze mentale gezondheid is hier essentieel. Net als het bieden van een toekomstperspectief aan de mensen die het betreft.

4. **Urgentie samenwerking verschillende beleidsterreinen**
   De coronacrisis laat zien dat sommige groepen harder worden getroffen, zowel qua gezondheid als economisch. Veel mogelijkheden tot het verbeteren van die gezondheid en economische positie liggen buiten het gezondheidsterrein. Denk aan werk en inkomen, onderwijs, de fysieke leefomgeving en sociale zekerheid. Kortom: de urgentie om samen te werken, over de beleidsdomeinen heen, wordt door de coronacrisis nog eens onderstreept.

5. ONDERBOUWING VAN KEUZES VOOR LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID

Als regio spreken we met elkaar af om de komende 8 jaar prioriteit te geven aan de hierboven genoemde gezondheidsvraagstukken. Het blijft aan gemeenten zelf om ambities en doelstellingen voor de uitwerking daarvan te kiezen en te agenderen in hun lokaal gezondheidsbeleid of in een lokale uitvoeringsagenda. Er zijn meerdere aanknopingspunten om keuzes te onderbouwen:

- **Cijfers:** cijfers over de gezondheidssituatie van inwoners. Gemeentelijke cijfers laten zien hoe de cijfers zich verhouden tot het regionale en landelijk gemiddelde.
- **Landelijke Nota Gezondheidsbeleid:** naast de vier gezondheidsvraagstukken, zoals hierboven beschreven, staan in de landelijke nota handelingsopties beschreven die richting geven aan gemeentelijk beleid.
- **Preventieakkoord:** voor de aanpak van drie leefstijlthema's (roken, overmatig alcoholgebruik en overgewicht) staan in het preventieakkoord acties per thema benoemd om door te vertalen naar integrale lokale aanpakken.
- **Sportakkoord:** bestaat uit zes deelakkoorden (sport en bewegen, van jongs af aan vaardig in bewegen, duurzame sportinfrastructuur, vitale aanbieders, positieve sportcultuur en topsport die inspireert) die gekoppeld kunnen worden aan gezondheidsdoelen.
- **Omgevingswet:** biedt kansen om de bescherming en bevordering van gezondheid een plek te geven in omgevingsbeslissingen en -inrichting.

Ook andere landelijke gezondheidsprogramma's zoals Jongeren Op Gezond Gewicht, Gezond in de Stad, Gezonde School of Kansrijke Start, een beleidsevaluatie of de wensen en behoeften van inwoners bieden aanknopingspunten om lokaal gezondheidsbeleid te onderbouwen.

Integraal werken aan gezondheid en welzijn

Het sociaalecologische model van Dahlgren en Whitehead laat zien hoe verschillende factoren (determinanten) samenhangen.

Om complexe gezondheidsproblemen aan te pakken is het nodig samenhangend beleid te maken gericht op zowel leefstijlfactoren van mensen als op hun sociale en fysieke omgeving, participatie en toegang tot voorzieningen. De uitwerking van integraal gezondheidsbeleid is een integrale aanpak of programma. Dit is een mix van interventies en maatregelen in diverse settings (zoals bv. Gezonde Wijkaanpak of Gezonde School) en voor diverse doelgroepen. Een voorbeeld is de wijkgerichte aanpak van roken gericht op rokers met een lagere SES enerzijds en het realiseren van een rookvrije omgeving (via regelgeving) anderzijds. Zoals beschreven in het hoofdstuk over de leefstijlthema's, is het bij een integrale aanpak nodig in te zetten op meerdere pijlers om zo meer effect op gezondheid te bereiken.

Samenwerking preventie, zorg en welzijn

Gemeenten, zorgverzekeraars, GGD'en, en zorg- en welzijnsprofessionals richten zich vaak op dezelfde risicogroepen om gezondheid te bevorderen of om zwaardere hulpvragen te voorkomen. Voorbeelden van deze risicogroepen zijn kwetsbare ouderen, mensen met overgewicht en/of chronische ziekten, mensen met psychische problemen en mensen met een lage sociaaleconomische status. Een belangrijke stap bij de samenwerking is overeenstemming over taal en doelen. De betekenis van preventie is namelijk niet eenduidig voor alle partijen in het veld. In bijlage I staan de verschillende soorten preventie uitgelegd.

> **Haydar Erol,**
> *wethouder Beverwijk*
>
> Samenwerking loont. Zeker als het gaat om gezondheid hier in de regio. De actualiteiten laten zien dat zorg belangrijk is in het leven.

Om de gezondheid en zelfredzaamheid van deze inwoners te bevorderen bereiken we meer door samen te investeren in gezondheidsbevordering, vroeg signalering en wijkgerichte samenwerking. Deze samenwerking kent veel voordelen:

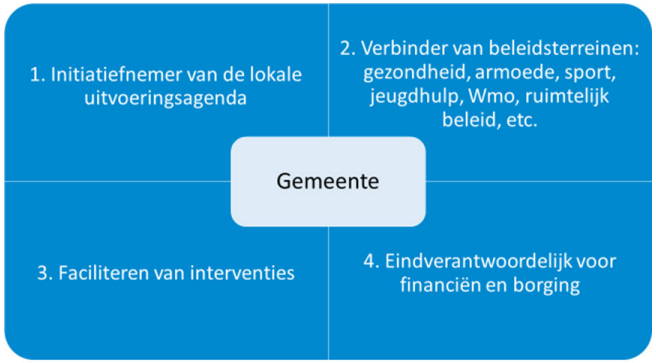
- Het geeft een extra impuls aan activiteiten die al gebeuren in de wijk of in de zorg.

- Betere aansluiting op de ondersteunings- en zorgbehoefte van inwoners.
- Voorkomen of vertragen dat mensen ondersteuning of medische zorg nodig hebben, waardoor de vraag naar duurdere vormen van zorg vermindert.
- Het bevordert afstemming tussen professionals in het publieke, medische en sociale domein.
- Het vergroot de kennis van de mogelijkheden voor ondersteuning en verwijzing in de wijk.

In Nederland zijn al goede voorbeelden waar professionals uit preventie, zorg en welzijn, maatschappelijke partners en inwoners met elkaar samenwerken in preventiecoalities en andere samenwerkingsverbanden. In Kennemerland gaan we de komende 8 jaar als regio gezamenlijk de samenwerking met zorgverzekeraars en partners uit het zorg- en maatschappelijke veld versterken en uitbreiden. Een voorbeeld van een gezamenlijk belang zou kunnen zijn 'het verminderen van het aantal valongelukken'. Hierdoor is minder zorg nodig én mensen kunnen langer thuis blijven wonen. In Amstelland is hier al ervaring mee opgedaan. Maar ook de 'Gecombineerde leefstijlinterventie' of 'stoppen-met-roken zorg', kan een uitgangspunt van samenwerking zijn.

'Zorg dat huisartsen zich kunnen richten op overgewicht bespreekbaar maken bij hun patiënten en hen doorverwijzen naar een gecombineerde leefstijlinterventie. En dat andere professionals, zoals bijvoorbeeld een leefstijlcoach, de organisatie en coördinatie van deze leefstijlinterventie oppakken.'
Bron: Loket gezondleven

Iedere gemeente in Kennemerland zal door middel van een lokale uitvoeringsagenda invulling geven aan de ambities en gezondheidsvraagstukken uit deze regionale nota. Hierbij zullen verschillende regionale en lokale partijen een rol hebben in de uitvoering van dit achtjarige beleid. Hoe iedereen invulling gaat geven aan die rol zal nader worden uitgewerkt met elkaar. De verschillende rollen van de gemeenten en de GGD in Kennemerland zien er zo uit:



Afsluiting

De gemeenten in de regio Kennemerland gaan de komende acht jaar aan de slag met de hiervoor beschreven gezondheidsvraagstukken en de uitdagingen die daarbij horen. Dit doen ze niet alleen. Regionale en lokale partners en natuurlijk de inwoners zelf zijn hierbij onmisbaar. De coronacrisis heeft het belang van publieke gezondheid en preventie nog duidelijker aangetoond. Door deze crisis is er echter ook een nog grotere druk ontstaan op de soms al beperkte middelen voor de publieke gezondheid. De bestuurders van de GGD hebben samen hun commitment uitgesproken om als regio de komende 8 jaar te werken aan de gezondheidsvraagtukken en ambities uit deze nota. Gemeenten zijn nu aan zet met hun lokale uitvoeringsagenda's, preventieakkoorden en middelen. De uren die GGD Kennemerland inzet worden grotendeels gefinancierd uit de inwonersbijdrage. Samenvattend zien we een aantal krachten en uitdagingen voor het gezondheidsbeleid de komende 8 jaar:

Krachten	Uitdagingen
Samenwerking met Zorgdomein en versteviging binnen het Sociaal domein	Financiële middelen
Regionale alliantie en visie	Monitoring en onderzoek: wat levert het op?
Inzet op en versteviging van lokale situatie	Borging: zowel financieel als de rollen van partijen
Versterking van lokale preventieve interventies/ programma's	Gedeeld eigenaarschap
Bestuurlijk commitment	Impact coronacrisis

BIJLAGE I. VORMEN VAN PREVENTIE

Er zijn grofweg vier vormen van preventie in gebruik, namelijk naar: (1) doelgroep, (2) fase van de ziekte, (3) naar doel en (4) naar pijlers integrale aanpak.

1. **Preventie gericht op doelgroep**
   Preventie is vaak gericht op een specifieke doelgroep van mensen die extra bescherming nodig hebben, of meer risico lopen ziek te worden. Een doelgroep kan ook bestaan uit mensen die tot eenzelfde leeftijdsgroep horen (ouderen, jongeren), of op een andere manier een groep vormen (zwangere vrouwen, mensen met een lage sociaaleconomische status). De doelgroepen worden vaak onderscheiden naar het ziektestadium: van de gezonde bevolking tot mensen met een ziekte.

- **Universele preventie** richt zich op de gezonde bevolking (of delen daarvan) en bevordert en beschermt actief de gezondheid van de bevolking. Bijvoorbeeld de bewaking van de kwaliteit van het drinkwater of het Rijksvaccinatieprogramma.
- **Selectieve preventie** richt zich op bevolkingsgroepen met een verhoogd risico en voorkomt dat personen met één of meerdere risicofactoren (determinanten) voor een bepaalde aandoening daadwerkelijk ziek worden. Bijvoorbeeld de griepprik voor ouderen of bevolkingsonderzoek borstkanker.
- **Geïndiceerde preventie** richt zich op mensen met beginnende klachten en voorkomt dat beginnende klachten verergeren tot een aandoening. Bijvoorbeeld een beweegprogramma voor mensen met lage rugklachten of online groepscursus voor jongeren die last hebben van depressieve klachten.
- **Zorggerelateerde preventie** richt zich op mensen met een ziekte of aandoening en voorkomt dat een bestaande aandoening leidt tot complicaties, beperkingen, een lagere kwaliteit van leven of sterfte. Bijvoorbeeld een stoppen-met-roken-programma voor een COPD chronische bronchitis en longemfyseem -patiënt of een Gecombineerde Leefstijllinterventie (GLI Gecombineerde Leefstijlinterventie) voor een patiënt met obesitas.

Dit figuur van loketgezondleven laat de verbindingen zien tussen doelgroepen (gezonde bevolking, bevolking met verhoogd risico, individu met beginnende klachten, individu met een ziekte), vormen/indelingen van collectieve preventie (universeel en selectief) en individuele preventie (geïndiceerd en zorggerelateerd) en financierders van preventie (overheid, zorgverzekeraar of gemeente).

2. **Preventie naar fase van de ziekte**
   Preventie naar fase waarin de ziekte zich bevindt is ingedeeld in primaire, secundaire en tertiaire preventie. Deze indeling is afkomstig uit de gezondheidszorg.
   - **Primaire preventie**: activiteiten die voorkomen dat gezonde mensen een bepaald gezondheidsprobleem, ziekte of ongeval krijgen.
   - **Secundaire preventie**: vroege opsporing van ziekten of afwijkingen bij personen die ziek zijn, een verhoogd risico lopen of een bepaalde genetische aanleg hebben. De ziekte kan daardoor eerder worden behandeld, zodat deze eerder geneest of niet erger wordt.
   - **Tertiaire preventie:** voorkomen van complicaties en ziekteverergering bij patiënten. Ook het bevorderen van de zelfredzaamheid van patiënten valt hieronder.

3. **Preventie naar doel**
   Preventiemaatregelen worden ingedeeld naar het doel: ziektepreventie, gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming.
   - **Ziektepreventie:** voorkomt specifieke ziekten of signaleert deze vroegtijdig. Voorbeelden: screening, vaccinaties en preventieve medicatie.
   - **Gezondheidsbevordering:** bevordert een gezonde leefstijl en een gezonde sociale en fysieke omgeving.
   - **Gezondheidsbescherming:** beschermt de bevolking tegen gezondheidsbedreigende factoren. Voorbeelden: kwaliteitsbewaking van drink- en zwemwater, afvalverwijdering en verkeersveiligheid.

4. **Preventie naar pijlers integrale aanpak**
   Preventiemaatregelen kunnen ingedeeld worden naar de pijlers van de integrale aanpak. Een indeling die vaak wordt gebruikt is:
   - **Pijler voorlichting en educatie:** zoals agendasetting, groepsvoorlichting, lesprogramma's en landelijke publiekscampagnes.
   - **Pijler signalering, advies en ondersteuning:** zoals protocollen, signaleren op scholen en adviesgesprekken.
   - **Pijler fysieke en sociale omgeving:** zoals leefomgeving en burgerparticipatie.
   - **Pijler regelgeving en handhaving:** zoals wettelijke en beleidskaders en handhaving van wetten en regels.

BIJLAGE II. REFERENTIES

Artikelen en rapporten

De Klerk 2020. De Klerk M. Welbevinden ten tijde van corona – eerste bevindingen op basis van een bevolkingsenquête uit juli 2020. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, september 2020.

DIA Haarlem. Regionale Corona Impact Monitor Editie augustus 2020. Haarlem: afdeling Data, Informatie en Analyse, augustus 2020.

Engeland W van, Wilson D. Verdiepend onderzoek impact corona-crisis in Heemstede. Amsterdam: I&O Research, oktober 2020.

GGD Kennemerland. Gedrag en welbevinden ten tijde van de Corona-crisis. Resultaten van de 5e meting (8 - 12 juli 2020). Haarlem: GGD Kennemerland, augustus 2020:
- Factsheet
- Resultaten aanvullende analyses

GGD Kennemerland, oktober 2020: gegevens besmettingen, ziekenhuisopnames, sterfgevallen.

GGD NOG 2020. De Leeuw I, Van Doorn-van Atten M. Kwetsbare groepen tijdens de coronacrisis. Literatuuronderzoek naar de effecten van de coronacrisis op kwetsbare groepen. Warnsveld: GGD Noord- en Oost-Gelderland, 19 oktober 2020.

Inhoudelijk GGD-afstemmingsoverleg coronacrisis. GGD Kennemerland 2020.

Marangos 2020. Marangos AM, Schellingerhout R, Kooiker S. Maatschappelijke gevolgen van corona - verwachte gevolgen van corona voor de psychische gezondheid. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, juli 2020.

NRC 15-10-2020. Zonder werk loopt de jeugd de toekomst mis.

NRC 31-10-2020. In de Randstad liggen corona- ic 's vol migranten. De tweede coronagolf treft de lagere sociale klassen in de grote steden bovengemiddeld hard. Onder hen veel mensen van niet-Nederlandse komaf.

Pharos, GezondIn, Platform 31. Impact coronacrisis op aanpak van gezondheidsverschillen. Verslag van gesprekken met gemeenten en professionals. GezondIn; Utrecht, juli 2020.

Plaisier 2020. Plaisier I, de Klerk M. SCP-coronakompas: zorg. Sociaal en Cultureel Planbureau, oktober 2020.

Rapport regio Kennemerland Kindermonitor 2018.

Factsheet regio Kennemerland overgewicht onder kinderen (JGZ-metingen).

Rapport sociaaleconomische gezondheidsverschillen in regio Kennemerland.

SCP 2020-11. Den Ridder J, e.a. De sociale staat van Nederland 2020 op hoofdlijnen. Kwaliteit van leven in onzekere tijden. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, september 2020.

SCP PBL CPB 2020. Aandachtspunten voor een herstelbeleid. Briefadvies Covid-19 Overleg Planbureaus. Sociaal en Cultureel Planbureau, Planbureau voor de Leefomgeving, Centraal Planbureau, 2020.

Van der Stel (2017). Inleiding in de psychische gezondheidszorg. Amsterdam: Boom Uitgeverij.

Hoenink et al 2020, The effects of nudging and pricing on healthy food purchasing behavior in a virtual supermarket setten: a randomized experiment. Amsterdam: Amsterdam UMC

VN 2020. We maken nu collectief een dip in ons IQ door (denken wetenschappers). Vrij Nederland, 3 juni 2020.

WRR-Policy brief 7, Van verschil naar potentieel.

Websites

Gezondheid breed op de agenda | rapport | Rijksoverheid.nl

https://gezondheidsatlaskennemerland.nl/

https://www.gezondheidinsociaaldomein.nl/uw-gemeente

https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/leefstijlthemas/overgewicht/een-integrale-aanpak

https://www.loketgezondleven.nl/integraal-werken/wettelijk-en-beleidskader-publieke-gezondheid/wat-is-preventie

https://www.pharos.nl/factsheets/sociaaleconomische-gezondheidsverschillen-segv/

https://www.pharos.nl/factsheets/laaggeletterdheid-en-beperkte-gezondheidsvaardigheden/

https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gezondheid-en-preventie/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord

https://www.vtv2018.nl/

https://www.veiligheid.nl/

https://www.waarstaatjegemeente.nl/