



GGD Amsterdam

Alle Amsterdammers gezond

Signalen voor een vitale stad



Voorwoord

Alle Amsterdammers gezond! Dat is de titel van deze nota waarin het gemeentelijk volksgezondheidsbeleid voor de komende vier jaar (2008-2011) is vastgelegd.

Alle Amsterdammers gezond is natuurlijk wat we allemaal willen. Maar er moet veel gebeuren om dit binnen bereik te brengen. Het gaat niet goed met de gezondheid van een deel van de Amsterdammers. Een paar voorbeelden: bijna de helft van de Amsterdammers kampt met overgewicht, 40% beweegt onvoldoende. Psychische problemen, angststoornissen en gedragsproblemen komen in Amsterdam vaker voor. Het alcoholgebruik onder een deel van de jongeren neemt zorgwekkende vormen aan. En de lijst met problemen is helaas nog veel langer.

Veel van deze gezondheidsproblemen hebben een relatie met de sociaaleconomische positie. Een laag inkomen en slechte woonomstandigheden zijn niet bevorderlijk voor een goede gezondheid. Van de mensen met een inkomen onder modaal blijkt een veel kleiner deel (65%) de eigen gezondheid als goed of uitstekend te beoordelen dan mensen met een hoger inkomen (85%). Sommige problemen doen zich veel meer voor in specifieke groepen. Zo is teveel drinken bijvoorbeeld vooral een probleem van autochtonen. Overgewicht en depressie komt veel vaker voor bij Amsterdammers van Turkse en Marokkaanse afkomst.

Als we de gezondheidsproblemen onder Amsterdammers overzien, dan vragen vooral de volgende thema's extra aandacht:

- de psychosociale gezondheid van de Amsterdammers (depressie, gedragsstoornissen en suicide);
- het gebruik van genotmiddelen (niet alleen alcohol en tabak, maar ook cannabis en uitgaansdrugs);
- de seksuele gezondheid (veilig vrijen, maar ook seksuele weerbaarheid);
- beweging en voeding.

Bij de aanpak van deze thema's gaan we extra aandacht besteden aan die groepen mensen die extra kwetsbaar of vatbaar zijn voor specifieke gezondheidsproblemen.

Werken aan een goede gezondheid van de Amsterdammers vraagt om veel meer dan alleen aandacht vanuit de zorg. Een deel van de problemen hangt sterk samen met sociaaleconomische positie. De aanpak van de krachtwijken biedt vanuit gezondheidsoogpunt dus grote kansen.

Ook de dwarsverbanden met andere beleidsterreinen zijn essentieel. Meer bewegen vraagt bijvoorbeeld om verbinding van de activiteiten uit deze nota met de Sportnota en de inrichting van de openbare ruimte.

Een geslaagde aanpak van de problemen vraagt om goede samenwerking. Hiermee is een goede start gemaakt bij het opstellen van deze nota. Ik heb er dan ook alle vertrouwen in dat we met alle betrokkenen van de uitvoering een succes gaan maken en we over 4 jaar belangrijke stappen vooruit hebben gezet naar ons doel: Alle Amsterdammers gezond!

Marijke Vos
Wethouder Zorg

In deze nota

1. Waarom een nota volksgezondheidsbeleid?

De gemeente Amsterdam wil dat Amsterdammers zo gezond mogelijk leven. Dat is het uitgangspunt van het gezondheidsbeleid. In deze gezondheidsnota ziet u wat de prioriteiten zijn voor 2008-2011. Er komt extra aandacht voor mensen die extra preventieve zorg nodig hebben.

5

2. Hoe gezond is Amsterdam?

Om de prioriteiten voor het gezondheidsbeleid te kunnen bepalen, is inzicht nodig in de gezondheidssituatie van de Amsterdamse bevolking. De Amsterdamse Gezondheidsmonitor geeft informatie over de gezondheid, de risicofactoren en het welbevinden van de Amsterdammers.

11

3. Thema's 2008-2011

Komende vier jaar gaat de gemeente Amsterdam zich inzetten voor de gezondheid op verschillende gebieden. Daarbij is voor bepaalde thema's gekozen. In dit hoofdstuk ziet u wat er per thema gaat gebeuren – eerst voor de Amsterdamse thema's, vervolgens voor de landelijke thema's en afsluitend voor de leefomgeving.

27

4. Wettelijke verplichting van de gemeente Amsterdam

Het gezondheidsbeleid van de gemeente staat niet op zichzelf. Er zijn diverse wetten die de gezondheid beschermen en bevorderen. Twee wetten springen er op dit punt uit. In dit hoofdstuk ziet u wat de wettelijke verplichtingen van de gemeente zijn.

59

5. De gemeente als regisseur

De gemeente Amsterdam heeft de rol van regisseur. Wat houdt die rol in? Wat doet de rijksoverheid en wat is de verantwoordelijkheid van mensen zelf? Dat leest u in dit hoofdstuk.

65

6. Amsterdamse ontwikkelingen & beleid

Er zijn veel invalshoeken die benut kunnen worden om de gezondheid van de Amsterdammers positief te beïnvloeden. Er zijn ook al verschillende documenten verschenen over het Amsterdamse volksgezondheidsbeleid. In dit hoofdstuk ziet u een overzicht, inclusief de raakvlakken met de thema's in deze nota.

75

3



1 Waarom een nota volksgezondheidsbeleid?

De gemeente Amsterdam wil dat Amsterdammers zo gezond mogelijk leven. Dat is het uitgangspunt van het gezondheidsbeleid. In deze gezondheidsnota ziet u wat de prioriteiten zijn voor 2008-2011. Er komt extra aandacht voor mensen die extra preventieve zorg nodig hebben.

Voor u ligt de tweede gezondheidsnota van de gemeente Amsterdam. Deze nota is er niet voor niets. De gemeente heeft de taak om de gezondheid van Amsterdammers te beschermen en te bevorderen. Met deze nota lokaal gezondheidsbeleid laten wij als college zien wat de ambities, keuzes en prioriteiten zijn voor de komende vier jaar.

Een vitale stad

Amsterdam is een grote stad met een interessante mix van culturen, nationaliteiten en karakters. Een stad vol uitdagingen, ook op het gebied van gezondheid. De gemeente wil kansen bieden en zorgen dat kansen op het gebied van gezondheid benut worden. De gemeente wil daarbij dat Amsterdammers optimaal bijdragen aan een vitale stad en andersom: dat de stad mensen uitnodigt om er met plezier, betrokkenheid en in veiligheid te wonen. Gezondheid is daarbij een essentieel onderdeel. De preventie van ziekte draagt immers bij aan een gezonde, vitale, dynamische stad.

Nieuwe koers

De missie van de vorige nota was: 'de gemeente Amsterdam streeft na dat Amsterdammers zo gezond mogelijk leven'. Die ambitie verandert komende vier jaar niet. De gemeente blijft hieraan werken, samen met alle andere partijen die bijdragen aan de verbetering van de gezondheid van Amsterdammers. Wel gaat het college de koers wijzigen. De sociaaleconomische gezondheidsverschillen blijven in Amsterdam namelijk onverminderd groot. Daarom willen we meer aandacht besteden aan groepen mensen die extra zorg nodig hebben. Het gaat om mensen die signalen afgeven die wijzen op kwetsbaarheid of vatbaarheid voor gezondheidsproblemen.

Samen met u!

De preventie van gezondheidsproblemen is niet alleen een zaak van de gemeente en de GGD: iedereen kan bijdragen aan een gezondere stad. De komende vier jaar willen we met alle betrokken beleidsterreinen en partners de schouders eronder zetten. Met elkaar kunnen we een wezenlijke bijdrage leveren aan het verbeteren van de gezondheid van alle Amsterdammers en in het bijzonder van de Amsterdammers die achterblijven in gezondheid.

Uitgangspunten

In deze nota kunt u lezen dat het college de aandachtsgroepen op alle mogelijke manieren zal ondersteunen. Niet alleen door zelf een actieve rol te spelen bij gezondheidsbevordering, maar ook door meerdere invalshoeken te kiezen en dit samen met andere partijen in de stad op te pakken. Uitgangspunt: hoe vroeger problemen gesignaleerd worden, hoe beter de kans op resultaat en hoe groter de gezondheidswinst die dit oplevert. Voor alle duidelijkheid: een gezonde leefstijl kan niet alleen vanuit de wet worden gestimuleerd of opgelegd. Burgers moeten zich er ook zelf voor inzetten. Maar die inzet moet maximaal ondersteund worden. Deze nota zal de wettelijke achtergronden schetsen waarna onmiddellijk wordt gewezen op de morele verplichting die de gemeente Amsterdam voelt om deze taak, en meer, uit te voeren.

Een gezonde leefstijl kan niet alleen vanuit de wet worden gestimuleerd of opgelegd.

Wat zijn de trends?

In de preventienota 'Kiezen voor Gezond Leven' van het ministerie van VWS wordt een beeld geschetst van de gezondheidstoestand van de Nederlander. Wat blijkt?

- a. Nederland raakt qua gezondheid internationaal gezien achterop. Vijftig jaar terug leefden Nederlanders het op één na langst van alle Europeanen. Tegenwoordig zitten we in de middenmoot.
- b. Ongezond gedrag draagt flink bij aan de ziektelast. De ziektelast van een ziekte wordt bepaald door de sterfte aan de ziekte, het vóórkomen van de ziekte en het verlies aan kwaliteit van leven door een ziekte. Roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht leveren een flinke bijdrage aan de aanwezigheid van ziekten. Die brengen vervolgens een forse ziektelast met zich mee.
- c. Lage sociaaleconomische status is nadelig voor de volksgezondheid. Mensen met een lagere sociaaleconomische status (SES) sterven niet alleen gemiddeld jaren eerder dan mensen uit rijkere milieus, zij ervaren ook een slechtere gezondheid en een hogere ziektelast. Ze leven over het algemeen ongezonder en wonen en werken in minder gunstige omstandigheden dan mensen met een hogere SES.
- d. Er zijn aanzienlijke regionale verschillen in gezondheid en risicofactoren. Het leven in een grote stad brengt meer en andere gezondheidsrisico's met zich mee dan het

leven in andere regio's in Nederland. Amsterdammers zijn iets minder gezond dan de rest van Nederland. Vooral psychische problemen worden veel gerapporteerd.

Amsterdamse prioriteiten

Amsterdam is een stad met specifieke problematiek. Het college constateert dat de volgende thema's van belang zijn voor de stad:

- psychosociale problematiek (naast depressie ook angst- en andere gedragsstoornissen en suïcide)
- gebruik van genotmiddelen (naast tabak en alcohol ook cannabis, uitgaansdrugs en andere middelen)
- seksuele gezondheid (veilig vrijen, maar ook seksuele weerbaarheid)
- beweging en voeding (niet alleen in relatie tot overgewicht maar ook in relatie tot psychosociale gezondheid).

Dit betekent niet dat preventieactiviteiten gericht op andere thema's (bijvoorbeeld infectieziektenbestrijding, jeugdgezondheidszorg) zullen stoppen. De bovenstaande thema's geven alleen aan waar de komende periode de accenten liggen.

De thema's geven aan waar de komende periode de accenten liggen.

Vaststellen Amsterdamse thema's

De keuze van de thema's hebben we bepaald aan de hand van de volgende criteria:

- Omvang van het probleem binnen de Amsterdamse bevolking, en de daaraan gekoppelde ziektelast en verloren (gezonde) levensjaren
- Het collectieve karakter van het probleem
- Het specifieke karakter van een probleem voor Amsterdam
- De beschikbaarheid van effectieve of tenminste veelbelovende interventies
- Het feit of de gemeente – al dan niet in samenwerking met andere partijen – bij kan dragen aan vermindering of oplossing van het probleem.

Binnen deze criteria is geen hiërarchie gehanteerd.

Landelijke prioriteiten

Het ministerie van VWS concludeert dat het bevorderen van een gezonde leefstijl het hoofdthema moet worden van het preventiebeleid. Veel van de ziektes met een hoge ziektelast kunnen worden gezien als 'welvaartsziekten' die voor een groot deel vermeden kunnen worden. VWS geeft landelijk prioriteit aan de aanpak van vijf thema's, waar ook binnen Amsterdam aandacht aan besteed wordt, naast de hierboven genoemde thema's:

- depressie
- roken
- schadelijk alcoholgebruik
- overgewicht
- diabetes.

Thema's rondom leefomgeving

Gezondheid heeft niet alleen te maken met lichamelijke en sociale factoren, maar ook met de leefomgeving. Zonder oog voor de leefomgeving is het moeilijk om blijvende gedragsveranderingen te bewerkstelligen. Daarom zal het college tevens prioriteit geven aan drie thema's die direct verband houden met de leefomgeving van Amsterdammers:

- de kwaliteit van de lucht
- het beweeggedrag van mensen in hun woonbuurt ('De Gezonde Wijk')
- de relatie tussen stad en voeding (het project Proeftuin Amsterdam).¹

Zonder oog voor de leefomgeving is het moeilijk blijvende gedragsverandering te bereiken.

Specifieke groepen Amsterdammers

Het gezondheidsbeleid zal zich in het algemeen richten op Amsterdammers met een lage sociaaleconomische status. Voor een aantal thema's wordt daarnaast gefocust op specifieke groepen. Het gaat om mensen die extra aandacht vragen wanneer het gaat om preventie.

- Voor roken gaat het om Turkse Amsterdammers, voor alcohol en andere genotmiddelen om autochtone jongeren en autochtone alleenstaande mannen.
- Overgewicht, beweging en voeding zijn belangrijke thema's bij een groot deel van de Amsterdammers; specifieke aandacht is nodig voor jongeren en volwassen Amsterdammers met een lage sociaaleconomische status, en voor Amsterdamse vrouwen van Turkse, Marokkaanse, en Afro-Surinaamse afkomst.
- Diabetes zien we vooral onder Amsterdammers van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse origine. Gezien de epidemie van overgewicht verdient de preventie van diabetes aandacht bij de hele Amsterdamse bevolking.
De preventie van psychosociale problematiek, inclusief depressie, vereist extra aandacht voor jongeren in Amsterdam en voor Turkse en Marokkaanse Amsterdammers.

¹ Proeftuin Amsterdam is een actieprogramma gericht op verbetering van voeding in de Amsterdamse regio en de daarmee samenhangende leefgewoonten. Met Proeftuin Amsterdam werkt de gemeente in allianties samen met maatschappelijke partijen, ondernemers en andere overheden. Beleid, initiatieven en activiteiten die samenhangen met het verduurzamen van de voedselketen en het stimuleren van gezonde leefgewoonten worden in dit programma gebundeld.

- Voor de seksuele gezondheid zullen we ons vooral richten op jongeren, in het bijzonder Amsterdamse jongeren met een Surinaamse, Antilliaanse of Afrikaanse achtergrond. Daarnaast is blijvende aandacht nodig voor mannen die seks hebben met mannen.

Voorwaarden voor succes

Preventie van gezondheidsproblemen in Amsterdam heeft pas effect als die problemen vanuit verschillende invalshoeken worden benaderd. Dit kan de gemeente niet alleen doen: we willen nogmaals benadrukken dat er pas gezondheidswinst kan worden geboekt als er actief wordt samengewerkt met andere partijen.

Een andere voorwaarde voor succes is dat er middelen zijn voor de uitvoering van de plannen. Deze nota voorziet niet in die middelen. Het college stelt voor dat de GGD de komende vier jaar elk voorjaar een jaarplan volksgezondheid opstelt. Hierin kunnen eventuele nieuwe afspraken worden opgenomen. Door te kiezen voor jaarplannen en dus voor een zekere flexibiliteit kunnen er jaarlijks middelen worden vrijgemaakt of aangevraagd in de reguliere begrotingscyclus. Ook hier wordt creativiteit gevraagd en wordt publiek-private samenwerking gestimuleerd. Bij sommige activiteiten wordt gestreefd naar cofinanciering.

Er kan pas gezondheidswinst worden geboekt als er actief wordt samengewerkt met andere partijen.

Let op de samenhang

In deze nota ziet u wat het college komende vier jaar per thema gaat doen. De thema's inclusief de verschillende doelgroepen staan niet op zichzelf maar hangen onderling met elkaar samen. Psychosociale gezondheid, fysieke gezondheid, leefstijlfactoren en de leefomgeving hebben invloed op elkaar. Ze kunnen elkaar versterken en positief en negatief beïnvloeden.

Het is bij preventie belangrijk dat deze onderlinge relaties helder zijn. Op die manier kunnen we namelijk, door het gebruik van de juiste aanpak, meerdere vliegen in één klap slaan.



2 Hoe gezond is Amsterdam?

Om de prioriteiten voor het gezondheidsbeleid te kunnen bepalen, is inzicht nodig in de gezondheidssituatie van de Amsterdamse bevolking. De Amsterdamse Gezondheidsmonitor geeft informatie over de gezondheid, de risicofactoren en het welbevinden van de Amsterdammers.

Dit is de Amsterdamse bevolking

De bevolking van Amsterdam kenmerkt zich door een grote diversiteit. In Amsterdam wonen mensen uit meer dan 170 verschillende landen. De helft van de Amsterdammers is autochtoon, in 2030 zal dit vermoedelijk gedaald zijn tot ruim veertig procent. Ongeveer veertig procent van de bevolking behoort tot de etnische minderheden: bewoners afkomstig uit Suriname, de Antillen, Turkije, Marokko, en uit niet-geïndustrialiseerde landen.

Wat de leefstijl betreft: een derde van de Amsterdammers woont in traditioneel gezinsverband (samenwonend met kinderen), een bijna even grote groep is alleenstaand, vijftien procent betreft eenoudergezinnen. De groep homoseksuelen is duidelijk oververtegenwoordigd in de stad. De Amsterdamse bevolking blijft gemiddeld jonger dan de Nederlandse bevolking; er is veel minder sprake van vergrijzing dan in de rest van het land. Daarnaast hebben relatief veel inwoners van de stad een laag inkomen: een kleine twintig procent van de Amsterdamse huishoudens heeft een inkomen tot 105 procent van het wettelijk sociaal minimum. Bijna driekwart van deze huishoudens leeft al drie jaar of langer van een minimum inkomen.

Gezondheid van de Amsterdammers

Kinderen

Al in het eerste levensstadium zien we verschillen in de gezondheid tussen de Amsterdamse bevolking en de rest van Nederland. Zo is het aantal zuigelingen dat sterft in Amsterdam hoger dan elders in het land, gerelateerd aan bijvoorbeeld een laag geboortegewicht en vroeggeboorte. Hierbij zien we duidelijke verschillen naar etniciteit. Een laag geboortegewicht zien we vooral bij Surinaamse baby's (tien procent versus ruim vier procent onder autochtone baby's), evenals vroeggeboorten (elf procent versus ruim vijf procent). Ook de sterfte in het eerste levensjaar is in Amsterdam hoger dan gemiddeld in Nederland, vooral onder kinderen van Turkse en Marokkaanse ouders.

Gedragsproblemen

Ruim zes procent van de kinderen in Nederland lijdt aan een vorm van gedragsstoornis: een antisociale gedragsstoornis (deze wordt gekenmerkt door stelen, liegen, spijbelen, dingen vernielen, vechten en dieren en mensen mishandelen) of een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (langdurig vijandig en openlijk ongehoorzaam gedrag).

Een vergelijkbaar aantal kinderen in Nederland vertoont gedragsproblemen: zij hebben kenmerken van gedragsstoornissen die een sterk negatieve invloed uitoefenen op hun functioneren.

In Amsterdam liggen die cijfers waarschijnlijk hoger dan het landelijk gemiddelde, samenhangend met een groter aantal kinderen van ouders met psychiatrische aandoeningen (inclusief verslaving), eenoudergezinnen, migratie en lagere sociaaleconomische positie. Onderzoek in Amsterdam leert dat gedragsproblemen bij zowel jongens als meisjes gerelateerd zijn aan leeftijd, etnische afkomst en thuissituatie.

De laatste jaren is er een toename van gedragsstoornissen.

Kinderen met gedragsproblemen vormen een risicogroep: wanneer gedragsproblemen langere tijd bestaan, kunnen zij zich ontwikkelen tot gedragsstoornissen. De laatste jaren wordt er een toename van gedragsstoornissen gesignaleerd. Vroege, liefst preventieve interventies zijn dus belangrijk om ernstigere gedragsproblemen en -stoornissen te voorkomen.

ABCD-onderzoek

Om te bepalen welke factoren mogelijk bijdragen aan deze verschillen, voert de GGD een langlopend longitudinaal onderzoek uit, de zogenaamde 'Amsterdam Born Children and their Development Study' (ABCD-onderzoek). Dit onderzoek loopt inmiddels vier jaar en is één van de speerpunten van de voorgaande nota volksgezondheid.

In de eerste fase is onder meer gekeken naar leefgewoonten van zwangeren, van belang voor het verloop en de uitkomst van de zwangerschap. Hierbij zijn opmerkelijke verschillen gevonden naar etniciteit. Zo rookt twintig procent van de Turkse zwangeren nog tijdens de zwangerschap, versus elf procent van de Nederlandse zwangeren en vier procent van de Marokkaanse zwangeren. Turkse en Marokkaanse zwangeren gebruiken nauwelijks alcohol tijdens de zwangerschap (een tot twee procent), terwijl bijna dertig procent van de Nederlandse zwangeren nog alcohol consumeert.

In Nederland wordt de zwangere vrouw geadviseerd tussen de achtste en twaalfde zwangerschapsweek een eerste afspraak bij de verloskundige te maken. Bij een late start van de prenatale controle zijn er minder mogelijkheden voor screening, wat weer invloed

kan hebben op een gezond verloop van de zwangerschap. Uit het ABCD-onderzoek blijkt dat niet-westerse allochtone zwangeren veel later starten met de prenatale zorg dan Nederlandse zwangeren. Van de niet-westerse vrouwen was gemiddeld twintig procent nog niet onder controle na achttien weken, vergeleken met vijf procent van de Nederlandse vrouwen. Het gebrek aan taalvaardigheid in het Nederlands blijkt een belangrijke verklarende factor voor het laat in zorg komen.

Kinderen van vrouwen die in de zwangerschap zowel roken als een stressvolle fulltime baan hebben zijn veruit het slechtst af.

Stress is net zo slecht als roken

Een opmerkelijke bevinding uit dit onderzoek is dat het uitvoeren van een stressvolle fulltime baan in de zwangerschap net zo slecht is als roken. Roken tijdens de zwangerschap was jarenlang veruit de belangrijkste oorzaak voor een laag geboortegewicht. Uit het ABCD-onderzoek blijkt dat roken de eerste plaats nu moet delen met een fulltime stressbaan. Gemiddeld is het geboortegewicht bij moeders met hoge werkstress 64 gram lager dan het geboortegewicht bij moeders met een lage werkstress. Het verschil wordt groter naarmate de vrouwen meer uren hebben gewerkt. De combinatie van hoge werkstress en meer dan 32 uur per week werken geeft een daling in het geboortegewicht van 159 gram, wat overeenkomt met de effecten die voor roken zijn gevonden. Kinderen van vrouwen die in de zwangerschap zowel roken als een stressvolle fulltime baan hebben, zijn veruit het slechtst af met een gemiddelde daling in het geboortegewicht van bijna 300 gram. Roken tijdens de zwangerschap komt vooral voor bij Turkse vrouwen. Ruim 30 procent van de Turkse vrouwen rookt tijdens de zwangerschap. Ook een stressvolle fulltime baan is ongelijk verdeeld over de etnische groepen. Zwangeren van niet-westerse afkomst werken veel minder vaak tijdens de zwangerschap. Maar als ze werken, hebben ze veel vaker een stressvolle fulltime baan.

Dus?

De resultaten leveren aanknopingspunten voor verbetering van de praktijk van voorlichting in de Ouder en Kind Centra. Sinds 2007 zijn in verschillende OKC's allochtone zorgconsulenten werkzaam die de verloskundigen ondersteunen bij de zorgverlening aan allochtone zwangeren. Hiervoor is het programma 'Blij Moeders, Blij Baby's' ontwikkeld. Het effect van dit programma wordt momenteel nog onderzocht. De resultaten laten zien dat gerichte preventieve activiteiten voor allochtone zwangeren ook de komende periode van belang blijven.



Jongeren

Van de Amsterdamse jongeren rookt ongeveer een derde. Dat is vergelijkbaar met het percentage voor heel Nederland. Het gemiddelde alcoholgebruik is bij Amsterdamse jongeren lager dan dat voor Nederland. Dit heeft te maken met het feit dat vooral moslimjongeren niet of nauwelijks alcohol gebruiken. Cannabis wordt daarentegen meer gebruikt door Amsterdamse jongeren. Dit geldt sterker voor autochtone jongeren.

Amsterdam kent een rijk uitgaanscircuit. In een deel van deze scene is het gebruik van uitgaansdrugs populair. De laatste jaren is er een toename te zien van het aantal ambulanceritten gerelateerd aan het gebruik van uitgaansdrugs, met name als gevolg van het gebruik van XTC, GHB en paddo's. Overigens heeft veruit het grootste aantal ambulanceritten door uitgaan te maken met overmatig alcoholgebruik.

Wat betreft het overgewicht: zo'n vijftien procent van de jongeren kampt met ernstig overgewicht, en zestig procent beweegt onvoldoende. Overgewicht en obesitas zijn met name een probleem onder Turkse en Marokkaanse meisjes.

Zo'n vijftien procent van de jongeren kampt met ernstig overgewicht.

Ook het aantal infecties met seksueel overdraagbare aandoeningen dat wordt gediagnosticeerd onder jongeren in Amsterdam blijft relatief hoog. Chlamydia is verreweg de meest voorkomende seksueel overdraagbare aandoening. Binnen een subgroep van jongeren is daarnaast sprake van het leveren van seksuele diensten aan elkaar in ruil voor goederen.

Tienermoeders

In Amsterdam is het aantal tienermoeders en abortussen onder tieners aanzienlijk groter dan in Nederland. In 2005 zijn in Nederland ongeveer zes van de duizend meisjes van vijftien tot en met negentien jaar moeder geworden, in Amsterdam bijna het dubbele aantal: elf van de duizend meisjes. Landelijk hebben bijna acht van de duizend meisjes onder de twintig jaar een abortus gehad, en ook dat aantal ligt in Amsterdam beduidend hoger: 21 van de duizend meisjes. Zowel landelijk als in Amsterdam vertoont het aantal tienergeboortes en abortussen de laatste jaren wel een dalende trend. In Amsterdam is het aantal meisjes onder de twintig jaar dat moeder is geworden gedaald van 294 in 2001 tot 209 in 2005, een daling van bijna dertig procent. Het aantal abortussen bij meisjes tot twintig jaar daalde in dezelfde periode met vijftien procent van 553 naar 472.

De daling van het aantal tienermoeders wordt zowel in Amsterdam als landelijk veroorzaakt door een daling van het aantal allochtone tienermoeders. Voor een deel wordt deze afname veroorzaakt doordat met name Turkse en Marokkaanse tienermeisjes in geval van een zwangerschap steeds vaker kiezen voor abortus. Niettemin worden allochtone meisjes nog steeds veel vaker op jonge leeftijd moeder dan Nederlandse meisjes. Vooral Antilliaanse meisjes in Amsterdam krijgen vaker dan andere tieners op jonge leeftijd een kind, in 2005 29 van de duizend meisjes. Maar ook Surinaamse (zestien van de duizend meisjes) en Turkse meisjes (dertien van de duizend) worden vaker dan Marokkaanse (zeven van de duizend) en Nederlandse meisjes (vijf van de duizend) voor hun twintigste moeder.

Depressie

Onderzoek naar depressieve symptomen onder leerlingen van groep 7 en 8 van het basisonderwijs laat zien dat meisjes meer depressieve symptomen hebben dan jongens (elf procent versus ruim zes procent). Hierbij zijn geen duidelijke verschillen te zien naar etnische achtergrond van de leerlingen. Meisjes hebben echter minder vaak suïcidale gedachten dan jongens.

Meisjes hebben meer depressieve symptomen dan jongens.

Onderzoek onder leerlingen in de 2^e klas van het voorgezet onderwijs geeft aan dat ook hier meisjes meer depressieve klachten hebben dan jongens (26 procent versus twaalf procent). Turkse meisjes en jongens hebben de meeste symptomen, 34 procent respectievelijk zeventien procent. Acht procent van de meisjes rapporteert suïcidale gedachten, tegenover ruim vier procent van de jongens. Suïcidale gedachten worden vaker gerapporteerd door eerste generatie Marokkaanse jongens (ruim zeven procent) en eerste generatie Turkse meisjes (bijna veertien procent).

Volwassenen

Ongeveer tachtig procent van de Amsterdammers beoordeelt zijn of haar eigen gezondheid als goed tot uitstekend, zo blijkt uit onderzoek uit 2004. Dit percentage is slechts marginaal lager dan gemiddeld in Nederland. Ook hier zien we echter verschillen naar etniciteit en ook naar sociaaleconomische status. Zo geeft slechts 55 procent van de Turkse Amsterdammers aan zijn of haar gezondheid als goed tot uitstekend te ervaren, tegenover 85 procent van de autochtone Amsterdammers. Van de Amsterdammers met een inkomen onder modaal beoordeelt circa 65 procent zijn of haar gezondheid als goed tot uitstekend; van de Amsterdammers met een modaal of hoger inkomen is dit ruim

85 procent. Het oordeel over de eigen gezondheid is weliswaar subjectief, maar blijkt wel algemeen samen te hangen met feitelijk lichamelijke en psychische aandoeningen, en is als zodanig een goede indicator voor de objectieve gezondheidstoestand.

Kans op hart- en vaatziekten

In het kader van dit onderzoek zijn ook enkele lichamelijke risicofactoren bepaald voor hart- en vaatziekten. Ongeveer vier procent van de Amsterdammers van achttien jaar en ouder kampt met diabetes. Het hoogste percentage vinden we onder de Marokkaanse Amsterdammers (bijna tien procent), gevolgd door de Turkse Amsterdammers (ruim zes procent). Naar schatting drieduizend Amsterdammers hebben diabetes zonder dat dit gediagnosticeerd is. Slechts vier op de tien bekende diabetici in Amsterdam lijkt goed ingesteld door de juiste therapie. Vier op de vijf diabetici hebben te maken met overgewicht. Een verhoogde bloeddruk lijkt vooral een probleem bij autochtone Amsterdammers (ruim veertig procent). Turkse en Marokkaanse Amsterdammers hebben hier minder mee te maken (circa een kwart).

Bijna de helft van de Amsterdammers heeft te maken met overgewicht.

Veel mensen met een verhoogde bloeddruk zijn daarmee niet bekend. Een verhoogde bloeddruk gaat vaak gepaard met minder gezonde leefgewoonten (roken, onvoldoende lichaamsbeweging en overgewicht, en onverantwoord alcoholgebruik). Overigens heeft bijna de helft van de Amsterdammers te maken met overgewicht. Vooral Marokkaanse en Turkse vrouwen hebben te maken met ernstig overgewicht (circa veertig procent). Wel is het percentage Amsterdammers met overgewicht iets lager dan gemiddeld in Nederland. Mogelijk houdt dit verband met de relatief grote groep 20- tot en met 44-jarigen in de stad.

Surinaamse Amsterdammers

Een vergelijkbaar onderzoek is door het AMC uitgevoerd onder Surinaamse Amsterdammers, zowel Hindoestanen als Afro-Surinamers. De gezondheid van deze groepen Amsterdammers is over het algemeen slechter dan die van autochtonen, maar beter dan die van de Turkse en Marokkaanse bewoners. Surinaamse Amsterdammers lijden met name meer aan chronische aandoeningen als diabetes en klachten aan het bewegingsapparaat. Daarnaast komen matig en ernstig overgewicht vooral onder Afro-Surinaamse vrouwen vaak voor.



Voor de steeds groter wordende groep Afrikanen van bezuiden de Sahara in Amsterdam, hebben we eigenlijk nog maar weinig inzicht in de gezondheidstoestand, en risicofactoren voor hart- en vaatziekten. De GGD wil samen met het AMC ook over deze groep gegevens verzamelen. Wel is bekend dat deze groep, samen met de Surinamers en Antillianen, een verhoogd risico loopt op infectie met het hiv virus, en andere seksueel overdraagbare aandoeningen.

Leefstijl

Binnen het onderzoek uit 2004 is ook aandacht besteed aan bekende leefstijlfactoren van invloed op een gezonde levensverwachting. Tabel 2 geeft een overzicht van de belangrijkste bevindingen.

	procent mannen	procent vrouwen	mannen	vrouwen
Roken	39	28	gunstig	gunstig
Alcohol (zware drinkers, minstens 1x per week 6 glazen of meer)	15	5	stabiel	stabiel
Bewegingsarmoede (niet voldoen aan norm)	37	42	niet bekend	niet bekend
Voeding (voldoen aan groente- en fruitnorm)	18	26	niet bekend	niet bekend
Overgewicht	43	46	ongunstig	ongunstig

Tabel 2: Percentages Amsterdammers (18 jaar en ouder) met ongezonde leefstijl 2004, en trend ten opzichte van 1999/2000 (voor zover bekend)

Ook ten aanzien van leefstijlfactoren zien wij belangrijke verschillen naar etniciteit en sociaaleconomische status. Zo rookt 43 procent van de Turkse Amsterdammers, tegenover twintig procent van de Marokkaanse Amsterdammers. Ruim negentig procent van de Nederlandse Amsterdammers gebruikt alcohol, terwijl dit percentage onder de Marokkaanse Amsterdammers niet hoger is dan ruim vijftien procent. Zware drinkers vinden we ook vooral onder Nederlandse Amsterdammers. Turkse en Marokkaanse Amsterdammers bewegen daarentegen weer minder dan Nederlandse Amsterdammers. Respectievelijk 40, 46 en 66 procent van deze groepen voldoen aan de norm voor bewegen. Over het algemeen hebben Amsterdammers met een lagere sociaaleconomische status een ongezonere leefstijl (minder beweging, ongezonere voedingsgewoonten, meer overmatig alcoholgebruik en vaker roken).

De helft van de Amsterdammers met wisselende partners vrijt wel eens onveilig. Van de Amsterdamse mannen gaf negen procent aan in het afgelopen jaar seks te hebben

gehad met een man. Ruim driekwart rapporteert daarbij anale seks te hebben gehad, waarvan de helft aangeeft niet altijd een condoom te gebruiken.

Psychische problemen

In een volgende fase van het gezondheidsonderzoek uit 2004 heeft de GGD in 2005 de deelnemers opnieuw benaderd voor onderzoek naar stemmings- en angststoornissen. Dit onderzoek is uitgevoerd samen met de GGZ-instellingen in Amsterdam. Eerder landelijk uitgevoerd onderzoek, de zogenaamde Nemesis studie, laat zien dat angst- en stemmingstoornissen meer voorkomen onder stedelijke populaties. Amsterdam steekt daarbij ongunstig af ten opzichte van de andere drie grote steden (Rotterdam, Den Haag en Utrecht). In dit onderzoek zijn echter geen allochtonen betrokken. Een beperkt aantal studies, onder meer uitgevoerd in Amsterdam, laat wel zien dat de prevalentie van onder andere depressies consistent hoger lijkt voor Turken en Marokkanen.

Angst- en stemmingstoornissen komen meer voor onder stedelijke populaties.

In deze studies zijn echter alleen screeningsinstrumenten voor psychiatrische stoornissen gebruikt en geen diagnostische instrumenten. In het vervolgonderzoek hebben we daarom gebruik gemaakt van de CIDI, het diagnostische instrument om psychiatrische morbiditeit vast te stellen.

Het blijkt dat bijna zeven procent van de Amsterdammers in de laatste maand een stemmings- of angststoornis heeft doorgemaakt. Onder Turkse en Marokkaanse Amsterdammers is dit percentage aanzienlijk hoger, namelijk negentien procent en tien procent. Turkse vrouwen en Marokkaanse mannen lijken daarbij de grootste risicogroepen te vormen. Onder Surinamers en Antillianen is de prevalentie het laagst. De resultaten bevestigen de eerdere bevindingen dat de prevalenties van deze stoornissen hoger liggen in Amsterdam dan in de rest van Nederland. Op dit moment is de GGD bezig met nadere analyses en vervolgonderzoek om de resultaten verder te duiden, met name om na te gaan wat dit betekent voor de zorgvraag en het zorgaanbod.

Naast deze mildere vormen van psychische stoornissen komen ook psychosen meer voor in stedelijke populaties. Er lijkt dus een relatie tussen verstedelijking en psychopathologie. Hierbij is nog niet duidelijk hoe dit kan worden verklaard. Wordt iemand psychisch ziek door risicofactoren in de stad, of trekken kwetsbare groepen juist vaker naar de stad?

Ouderen

Bij het klimmen der jaren doen zich steeds meer gezondheidsproblemen voor. Over het algemeen neemt de maatschappelijke activiteit af terwijl fysieke en psychische gezondheidsproblemen een steeds grotere rol gaan innemen in het leven. Dit leidt tot beperkingen in alledaagse activiteiten. Het gemiddelde aantal levensjaren zonder beperkingen in een stedelijke populatie is voor mannen ongeveer vijfenvijftig jaar, voor vrouwen vijftig jaar. De belangrijkste somatische aandoeningen die een rol gaan spelen zijn: diabetes, coronaire hartziekten, kanker, chronische aandoeningen aan de luchtwegen en aandoeningen aan het bewegingsstelsel. Dementie, depressies en angststoornissen zijn de drie belangrijkste geestesziekten bij ouderen. Turkse en Marokkaanse ouderen hebben op jongere leeftijd – vanaf vijfenvijftig jaar – al vaker chronische aandoeningen en depressieklachten dan Nederlandse ouderen. Dit uit zich ook op jongere leeftijd in meer problemen bij de persoonlijke verzorging en beperkingen in mobiliteit. Voor andere groepen allochtone ouderen ontbreken hierover gegevens. Voor autochtone Amsterdamse ouderen vindt deze opeenstapeling pas op latere leeftijd plaats.

Depressie

Sinds 1992 voert de Vrije Universiteit het zogenaamde LASA onderzoek uit. Dit staat voor 'Longitudinal Aging Study Amsterdam'. Een deel van de onderzoekspopulatie komt uit Amsterdam. Op verzoek van de GGD heeft de VU aparte analyses uitgevoerd op de thema's 'depressie', 'verlies van regie over het eigen leven' en 'sociaal isolement en eenzaamheid' voor de Amsterdamse deelnemers aan het onderzoek. Het gaat om ouderen die zelfstandig wonen, uitsluitend autochtone ouderen.

Depressie komt onder Amsterdamse ouderen meer voor dan bij ouderen elders in Nederland, 22 procent versus zestien procent. Dit kan samenhangen met het feit dat Amsterdamse ouderen gemiddeld meer beperkingen ervaren en vaker alleenstaand zijn.

Depressie komt onder Amsterdamse ouderen meer voor dan bij ouderen elders in Nederland.

Amsterdamse ouderen hebben ook een kleiner sociaal netwerk dan de ouderen in de rest van Nederland (zeventien versus zeven procent), en voelen zich vaker eenzaam (45 procent versus 34 procent). Oudere mannen lijken hier meer problemen mee te hebben dan vrouwen. In hoeverre de gevonden verschillen specifiek met de stad te maken hebben, verdient nader onderzoek. Opvallend is wel dat Amsterdamse ouderen zich vaker onveilig voelen in hun buurt dan de gemiddelde oudere in Nederland.



Sociaaleconomische positie

Veel van de genoemde gezondheidsproblemen hebben een relatie met sociaaleconomische positie. In het algemeen is de gezondheid van mensen met een lagere sociaaleconomische positie minder gunstig. Gezien de oververtegenwoordiging van mensen met een lage sociaaleconomische positie in Amsterdam, brengt dit extra gezondheidsproblematiek met zich mee voor de stad.

Specifieke groepen

Naast de geschetste problematiek, kenmerkt de stad zich nog door de aanwezigheid van groepen met specifieke gezondheidsproblemen.

Dit betreft bijvoorbeeld de chronisch verslaafden aan harddrugs (heroïne en cocaïne). De laatste schatting voor Amsterdam gaat daarbij uit van een kleine vierduizend verslaafden op jaarbasis. De gemiddelde leeftijd van deze groep is nu 45 jaar en neemt nog steeds toe. Er is weinig jonge aanwas, wat we als gunstig kunnen beschouwen.

Ook de dak- en thuislozen vormen een bekend fenomeen in de grote stad. In Amsterdam geven de laatste schattingen aan dat er circa tweeduizend dak- en thuislozen zijn. Vaak hebben deze mensen te maken met chronische psychiatrische problemen. Een bijzondere groep vormen de prostituees. Met name de vrouwelijke prostituees bevinden zich in een zeer kwetsbare positie.

Een andere bijzondere groep zijn de alleenstaande mannen met een uitkering. Uit onderzoek van de GGD blijkt dat bij deze groep veel gezondheids- en leefstijlproblemen samenkomen. Zo hebben deze mannen in vergelijking met de algemene Amsterdamse bevolking drie maal zoveel psychische klachten, gebruiken ze aanzienlijk meer alcohol en cannabis, hebben zij veel vaker schulden en ook veel vaker een beperkt sociaal netwerk.

Een andere bijzondere groep zijn de alleenstaande mannen met een uitkering.

Daarbij hebben zij vaker het gevoel geen controle over hun eigen leven te hebben. Deze opeenstapeling van problemen lijkt deze groep tot een hoogrisicogroep te maken voor maatschappelijke uitval. Dit vermoeden wordt versterkt door het feit dat alleenstaande mannen oververtegenwoordigd zijn onder de mensen die in Amsterdam uit huis worden gezet, onder de recent daklozen en bij de meldingen die binnenkomen bij de meldpunten Zorg en Overlast in de stad.

Levensverwachting

De geschetste gezondheidsproblematiek resulteert in een gemiddeld lagere levensverwachting voor de Amsterdammers. Voor mannen in Amsterdam ligt deze ruim twee jaar onder het gemiddelde in Nederland, voor Amsterdamse vrouwen is de levensverwachting ongeveer anderhalf jaar korter dan gemiddeld in Nederland. De levensverwachting voor Amsterdamse mannen bedraagt nu 75,8 jaar, voor vrouwen 80,4 jaar. Amsterdammers van mediterrane afkomst hebben de beste levensverwachting, ondanks het feit dat zij al op gemiddeld jongere leeftijd met meer chronische aandoeningen te kampen hebben.

Leefomgeving

Er zijn verschillende factoren van invloed op de kwaliteit van de leefomgeving en op de gezondheid van de Amsterdammers. Deze factoren zijn onder andere de luchtkwaliteit, de inrichting van de openbare ruimte en de aanwezigheid van 'groen' in de leefomgeving. Enkele van deze factoren worden hier ook besproken.

Luchtverontreiniging: fijnstof

Fijnstof² kan diverse gezondheidseffecten veroorzaken, zoals vermindering van de longfunctie, verergering van astma (vooral bij kinderen), luchtwegklachten (hoesten en irritatie van de luchtwegen) en klachten gerelateerd aan hart- en vaatziekten (vaatvernauwing, verhoogde bloedstolling en verhoogde hartslag). Deze effecten kunnen leiden tot ziekenhuisopnamen en vroegtijdige sterfte. Voor fijnstof bestaat geen grenswaarde waaronder geen gezondheidsschade optreedt. Ook bij lage blootstelling kan gezondheidsschade ontstaan. De WHO heeft om deze reden geen gezondheidkundige advieswaarde voor fijnstof vastgesteld.

De belangrijkste gezondheidsgevolgen van fijnstof in Amsterdam zijn:

- De gemiddelde levensverwachting van Amsterdammers neemt af met circa een jaar.
- Vijfhonderd Amsterdammers krijgen chronische bronchitis.
- Amsterdammers moeten acuut in het ziekenhuis worden opgenomen wegens hart-/luchtwegklachten.
- Driehonderdduizend dagen met 'beperkte activiteit' (zoals niet kunnen werken).
- Negenduizend astma-aanvallen meer bij kinderen en volwassenen.
- Tienduizenden Amsterdammers (incl. kinderen) met een verminderde longfunctie.

² Fijnstof is een verzamelnaam voor in de lucht zwevende deeltjes, die sterk kunnen variëren in samenstelling en oorsprong. Meestal wordt fijnstof gekarakteriseerd als PM10: stofdeeltjes ('Particulate Matter') met een diameter kleiner dan 10 micrometer die bij inademing diep in de luchtwegen en longen terecht kunnen komen. Dit PM10 stof bestaat uit een groot aantal deeltjes die sterk kunnen variëren in grootte, oorsprong en chemische samenstelling. De grovere fractie uit het PM10 stof (tussen de 2,5 en de 10 micrometer) bestaat vooral uit deeltjes die het gevolg zijn van mechanische processen en opwaaiend bodemstof. De fijnere fractie, deeltjes met een diameter kleiner dan 2,5 micrometer (PM2,5), bestaat vooral uit deeltjes die het gevolg zijn van verbrandingsprocessen. In dit fijnere deel zitten onder andere dieselroet en de zogenaamde secundaire aerosolen; deeltjes die in de lucht zijn gevormd uit gasvormige componenten.

Luchtverontreiniging: stikstofdioxide (NO₂)

NO₂ is een indicator van het mengsel van luchtverontreiniging dat afkomstig is van uitlaatgassen van het verkeer. NO₂ is niet de belangrijkste veroorzaker van de gezondheidseffecten, dit zijn vooral de componenten (zoals fijnstof) die met NO₂ samenhangen. De WHO heeft voor NO₂ een advieswaarde opgesteld van 40 µg/m³ waar beneden gezondheidseffecten nihil mogen worden geacht. Deze component kan echter niet los gezien worden van het complexe mengsel van luchtverontreiniging (zoals fijnstof) waar het onderdeel van is.

Inrichting van de wijk

De inrichting van een wijk speelt een belangrijke rol bij het welbevinden van de bewoners - bijvoorbeeld met betrekking tot sociale samenhang, veiligheid - en beweeggedrag. Factoren die hierbij een rol spelen zijn de aanwezigheid van groen, als bomen, plantsoenen en parken, maar ook voorzieningen als winkels en horeca. Is een buurt ruim van opzet dan zijn bewoners eerder geneigd de auto te pakken, in de oude wijken in de binnenstad loopt en fietst men meer. Voor de jeugd bevordert juist een ruime opzet van de wijk het buitenspelen, in de oude wijken is daarvoor vaak geen gelegenheid.

3 Thema's 2008-2011

De komende vier jaar gaat de gemeente Amsterdam zich inzetten voor de gezondheid op verschillende gebieden zoals psychosociale en lichamelijke problematiek, leefstijl en leefomgeving. Daarbij is voor bepaalde thema's gekozen. In dit hoofdstuk ziet u wat er per thema gaat gebeuren – eerst voor de Amsterdamse thema's, vervolgens voor de landelijke thema's en afsluitend voor de leefomgeving.

De indeling van de thema's is als volgt:

Amsterdamse thema's

Psychosociale problematiek

- Angststoornissen
- Gedragsproblematiek
- Dreigende OGGZ-problematiek
- Sociaal isolement bij ouderen
- Suïcide

Gebruik van genotmiddelen

- Drugsgebruik

Seksuele gezondheid

- Veilig vrijen
- Tienerzwangerschappen en abortussen
- Seksuele weerbaarheid

Bewegen en voeding

- Bewegen
- Voeding

Landelijke thema's

- Depressie
- Roken
- Schadelijk alcoholgebruik
- Overgewicht
- Diabetes

Leefomgeving

- Luchtverontreiniging
- De Gezonde Wijk
- 'Proeftuin Amsterdam'



Amsterdamse prioriteiten

Psychosociale problematiek

Angststoornissen

Wat willen we bereiken?

- Betere vroegsignalering van angstklachten, om verergering van klachten te voorkomen.
- Betere tijdige en adequate verwijzing.
- Een goed, herkenbaar, laagdrempelig toegankelijk en afgestemd kernaanbod van preventieve activiteiten, gericht op Amsterdamse risicogroepen.

Voor wie?

Prioriteit wordt gegeven aan jeugd, ouderen en allochtonen. Bij deze drie groepen is de context van angstklachten anders en de aanpak verschillend. Angststoornissen komen vaak in samenhang met depressie voor.

Dit gaan we doen

In 2006 is een visienotitie geschreven door de drie GGZ-instellingen en de GGD over de preventie van angst en depressie. De uitkomsten hiervan gelden ook voor dit thema. Er zijn diverse innovatieve en effectieve interventies voor de preventie van angststoornissen, toegespitst op specifieke doelgroepen. Deze worden op kleine schaal toegepast in Amsterdam. Komende jaren gaan we die schaal verbreden.

Daarnaast is eind 2006 een aantal adviezen geformuleerd met betrekking tot angst, depressie, gedragsproblematiek, kinderen van ouders met psychiatrische problematiek en kinderen van verslaafde ouders en overmatig alcoholgebruik. Dit is gedaan op verzoek van de gemeente Amsterdam en AGIS Zorgverzekeringen. Prioriteiten: breder bereik van algemene voorlichting over psychische klachten en een grotere inzet van interventies via internet, de 'e-health'-activiteiten.

Voorwaarden voor succes

De GGZ-instellingen, de GGD, de DZS en het zorgkantoor zijn belangrijke partners bij het behalen van de geformuleerde doelstellingen. Bij het opstellen van de jaarplannen zullen ook alle partijen rondom vroegsignalering worden betrokken. Het gaat om de Loketten Zorg en Samenleven, ouderen- en migrantenorganisaties en hulpverleners in de eerste lijn. Daarnaast zijn er partijen die bij kunnen dragen aan het voorkomen van erger of terugval, zoals de sport.

Andere partners zijn arbodiensten, vrijwilligersorganisaties en religieuze organisaties.

En nu?

Het initiatief voor het opstellen van dit onderdeel van de jaarplannen ligt bij de GGD, als voorzitter van de Stuurgroep Preventie GGZ-problematiek. De keuze voor jaarplannen betekent dat nieuwe initiatieven en ideeën toegejuicht worden. Voor de jeugd is aandacht voor dit thema binnen het collegeprogramma 'Kinderen Eerst'.

Met de overheveling van de financiële middelen voor de collectieve GGZ-preventie naar de Wmo per 2007 is het beschikbare budget voor Amsterdam met een derde terugbracht. Binnen de gemeente zijn echter wel middelen vrijgemaakt om de activiteiten op het gebied van de collectieve GGZ-preventie op het noodzakelijke peil te houden.

Gedragsproblematiek

Wat willen we bereiken?

- Betere vroegtijdige signalering van gedragsproblematiek.
- Adequate verwijzing van kinderen met gedragsproblematiek.
- Een groter bereik van effectieve en veelbelovende interventies.

Voor wie?

Vroegsignalering van gedragsproblemen is van belang voor alle Amsterdamse kinderen. Kinderen die afkomstig zijn uit problematische gezinssituaties, zoals verslaafde ouders, en kinderen met psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen verdienen hierbij extra aandacht.

Dit gaan we doen

Er zijn diverse innovatieve en effectieve interventies maar die worden nog niet op grote schaal uitgevoerd. Dat gaan we komende jaren stadsbreed aanpakken. We zetten in op een sluitende aanpak zorg voor Amsterdamse kinderen van -9 maanden tot 12 jaar in drie 'leefmilieus' (gezin, school en het publieke domein).

Ook de huidige activiteiten op het gebied van vroegsignalering moeten verder worden uitgebreid. Het programma 'Kinderen Eerst' is zodanig opgezet dat gedragsproblemen daarbinnen aandacht krijgen.

Daarnaast zijn gedragsproblematiek en gedragsstoornissen benoemd in de Visienotitie Angst en Depressie en in het advies dat door de GGZ-instellingen en de GGD is opgesteld voor de gemeente Amsterdam en AGIS Zorgverzekeringen.

Om goed inzicht in het voorkomen van psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen onder de Amsterdamse jeugd te krijgen gaan we eerst nog nader onderzoek uitvoeren, met speciale aandacht voor mogelijke verschillen naar etniciteit.

Voorwaarden voor succes

Een stadsbrede aanpak en een sluitende keten bij de signalering en behandeling van gedragsproblemen en –stoornissen zijn nodig om deze problematiek aan te pakken. De volgende plannen zijn daarvoor in het advies opgenomen:

- Opsporen van risicogroepen.
- Deskundigheidsbevordering van intermediairs.
- Investeren in netwerken en samenwerkingsverbanden voor signalering, verwijzing en behandeling.
- Uitvoeren van programma's.

DMO, DZS, de GGZ-instellingen, BJAA en de GGD zijn belangrijke samenwerkingspartners, evenals de stadsdelen (sport, buurthuis- en maatschappelijk werk) en het zorgkantoor. Ook alle OKC-partners (en de toekomstige centra 'Jeugd en Gezin'), Brede Schoolpartners, eerstelijns hulpverleners en zelforganisaties zijn partner.

Vrienden

Het vriendenprogramma is een programma ter preventie van angst en depressie bij basisschoolkinderen. Veel aandacht gaat vaak naar kinderen met lastig gedrag. Het 'Vriendenprogramma' richt zich juist op de groep kinderen bij wie het leed vaak in stilte afspeelt en die angstige of depressieve gevoelens hebben. 17 tot 22 % van de kinderen in Nederland heeft last van angstklachten. Angst en depressie hebben een duidelijk negatieve invloed op de kwaliteit van leven. Bovendien zijn angst en depressie op kindereleeftijd een belangrijke voorspeller van psychische aandoeningen op latere leeftijd.

Het algemene doel van Vrienden is steun geven aan stille en teruggetrokken kinderen, zodat ze beter met angstgevoelens kunnen omgaan. In samenwerking tussen Mentrum/Jellinek, de basisscholen en de GGD wordt op verschillende manieren gewerkt aan de doelstellingen (stimuleren van zelfvertrouwen, versterken van de emotionele veerkracht en het opbouwen van probleemoplossende vaardigheden) bij de kinderen. Zo wordt er voor alle ouders van de school een voorlichtingsbijeenkomst gehouden over angst bij kinderen, en een aparte bijeenkomst voor leerkrachten. Voor groepen van acht tot tien kinderen worden tien bijeenkomsten georganiseerd, met daarnaast nog twee ouderbijeenkomsten voor de ouders van de deelnemende kinderen. Studies tonen aan dat, als het hele programma gevolgd wordt, tachtig procent van de kinderen geen tekenen van een (mogelijke) angststoornis meer vertoont.

Dreigende OGGZ-problematiek

Wat willen we bereiken?

- Inventarisatie van de sociaal-medische problemen bij alleenstaande mannen met een uitkering.
- Goede aanpak voor de preventie van OGGZ-problematiek bij alleenstaande mannen met een uitkering.
- Een interventie ter preventie van OGGZ-problematiek bij deze groep.

Voor wie?

Alleenstaande mannen met een uitkering. Uit de Amsterdamse GezondheidsMonitor 2004 blijkt dat er binnen deze groep veel gezondheids- en leefstijlproblemen samen komen.

Dit gaan we doen

Hoewel er wel beleid is op het terrein van de maatschappelijke opvang, is er nog onvoldoende informatie over deze specifieke groep met een hoog gezondheidsrisico. We gaan deze informatie in kaart brengen om vervolgens gerichte preventieactiviteiten te ontplooiën om te voorkómen dat zij in de maatschappelijke opvang terecht komen.

Voorwaarden voor succes

De GGD en DWI zijn betrokken bij het uitvoeren van het onderzoek. Andere partijen die betrokken zijn of worden: DZS en AGIS Zorgverzekeringen als zorgverzekeraar van deze groep.

En nu?

De eerste stap is nader onderzoek naar de problematiek onder deze groep, om aanknopingspunten te vinden voor de preventie van OGGZ-problematiek. Daarna volgt de ontwikkeling en implementatie van een interventie ter preventie van deze problematiek. Hierbij zal aansluiting worden gezocht bij de maatschappelijke steunstructuren (DZS) en sociale activering (DWI).

Sociaal isolement bij ouderen

Wat willen we bereiken?

- Het college wil dat kwetsbare ouderen op tijd worden gesignaleerd zodat eerder kan worden ingegrepen bij een dreigend sociaal isolement.

Voor wie?

Sociaal isolement en eenzaamheid komen onder Amsterdamse ouderen meer voor dan gemiddeld in Nederland en kunnen leiden tot depressie en angststoornissen.



Specifieke aandacht is er voor twee groepen: ouderen met chronische aandoeningen, met een kleiner sociaal netwerk en weinig emotionele steun, en oudere mannen die weinig vertrouwen hebben in hun eigen kracht om zaken succesvol aan te pakken.

Dit gaan we doen

De stadsdelen voeren het beleid op het gebied van het welzijn van ouderen uit. In dit kader worden activiteiten ondernomen om ouderen te activeren en aan de samenleving te laten participeren, onder meer door de inzet van ouderenadviseurs en huisbezoekprojecten.

Om kwetsbare ouderen in een sociaal isolement vroeg te kunnen signaleren, wordt een praktisch en valide screeningsinstrument ontwikkeld. Dit instrument kan vervolgens worden gebruikt bij bestaande interventies zoals huisbezoekprojecten, ouderenadviseurs, en mantelzorgers.

Voorwaarden voor succes

De GGD en de DZS zijn betrokken bij de ontwikkeling en evaluatie van het screeningsinstrument. De stadsdelen zijn betrokken bij de implementatie van het instrument.

En nu?

Allereerst wordt een behoefteonderzoek uitgevoerd onder de beoogde gebruikers van het instrument: welzijnsorganisaties, wijkposten voor ouderen en de vereniging van mantelzorgers. Ook wordt een inventarisatie gemaakt van bestaande instrumenten van vroegsignalering op het gebied van sociaal isolement en eenzaamheid bij ouderen. Hieraan wordt meteen een inventarisatie gekoppeld van beschikbare interventies en activiteiten om sociaal isolement te voorkomen. Alleen signaleren heeft immers geen meerwaarde.

De inventarisatie – gemaakt door de GGD in samenwerking met DZS – wordt in de eerste helft van 2008 uitgevoerd. Bij gebleken behoefte zal vervolgens de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van het signaleringsinstrument worden opgepakt.

Suïcide

Wat willen we bereiken?

- Minder suïcides en suïcidepogingen in Amsterdam.

Meer specifiek:

- 1 Het vergroten van het bereik van de (O)GGZ.
- 2 Het verminderen van de toegankelijkheid van middelen om suïcide te plegen.
- 3 Het vergroten van kennis met betrekking tot suïcide bij intermediairs zoals onderwijzers, schoolpsychologen, medisch personeel, gevangenispersoneel.
- 4 Opvang/nazorg van nabestaanden van een persoon die suïcide heeft gepleegd.
- 5 Meer zorgvuldige berichtgeving over suïcide in de media (minder sensatie).
- 6 Verhoging van de kennis van suïcidaliteit in Amsterdam om mogelijke preventiestrategieën te kunnen bepalen (zoals door verbetering registratie en monitoring).
- 7 Meer aandacht voor suïcide bij de ontwikkeling van GGZ-preventie.

Voor wie?

Drie kenmerken waarmee risicogroepen voor suïcidaliteit kunnen worden aangegeven zijn: persoonlijkheidskenmerken, sociaaldemografische kenmerken en ziektegerelateerde kenmerken. Geen enkele factor afzonderlijk is voldoende om een suïcide(poging) te kunnen voorspellen. Gewoonlijk is er sprake van een combinatie van factoren. Elementen die zeer sterk risicoverhogend zijn, zijn depressieve stoornis, eerdere suïcide in de familie en een eerdere suïcidepoging.

Dit gaan we doen

Amsterdam heeft nog geen beleid dat expliciet gericht is op de preventie van suïcide. Op basis van het beleidsadvies van het Trimbos Instituut over preventie van suïcide (najaar 2007) dient een op Amsterdam gericht suïcidebeleid opgesteld te worden. Elders zijn overigens al wel voorbeelden van een specifiek lokaal beleid zoals in Rotterdam en Friesland. In beide gevallen wordt gebruik gemaakt van samenwerking tussen diverse organisaties/actoren, zoals de GGD, politie en zorginstellingen. In Rotterdam wordt gebruik gemaakt van een jeugdmonitor die problemen op individueel niveau identificeert. In Friesland wordt gebruik gemaakt van een screeningsinstrument in de GGZ.

Voorwaarden voor succes

Bij dit onderwerp zijn verschillende afdelingen binnen de GGD Amsterdam betrokken: Forensische dienst, Vangnet en Advies, Jeugdgezondheidszorg. Andere samenwerkingspartners zijn GGZ-instellingen, de Vrije Universiteit (expertise op het terrein van suïcideonderzoek) en de Ivonne van de Ven-Stichting die zich specifiek richt op suïcidepreventie. Daarnaast zal worden samengewerkt met huisartsen en spoedeisende hulpartsen voor een betere signalering van personen met een hoog risico op suïcide.

En nu?

We gaan de kennis over suïcide in Amsterdam vergroten door:

- Het afronden van het onderzoek 'suïciderelateerde problematiek bij de GGD', bij lijkschouwingen na suïcides, ambulanceritten bij suïcidepogingen en gedwongen opnamen bij personen met een psychiatrische stoornis die een gevaar zijn voor zichzelf.
- Het opzetten van een psychologische autopsie door het in kaart brengen van de omstandigheden rondom een suïcide in Amsterdam.
- Het opstellen van een plan van aanpak suïcidepreventie Amsterdam.

Gebruik van genotmiddelen

Drugsgebruik

Wat willen we bereiken?

- Voor cannabis stelt het college zich ten doel om het percentage jongeren in Amsterdam dat gebruikt (gebaseerd op de maandprevalentie) te laten dalen van 20 naar 15 procent in 2011.
- Het gebruik van uitgaansdrugs is sterk onderhevig aan veranderingen in het aanbod en aan trends. Daarom vindt het college het niet zinvol een beleidsdoelstelling te formuleren ten aanzien van de omvang van het gebruik. Wat betreft uitgaansdrugs is het doel om riskant gebruik zoveel mogelijk te beperken.
- Het gebruik van hallucinogenen en roesmiddelen is beperkt tot een zeer kleine groep. Ook hiervoor is het niet zinvol een beleidsdoelstelling te formuleren voor de omvang van het gebruik. Het college stelt zich ten aanzien van hallucinogenen en roesmiddelen dan ook ten doel om riskant gebruik (mogelijk leidend tot verslaving) zoveel mogelijk te beperken.

Voor wie?

De preventieve activiteiten met betrekking tot cannabis zullen zich richten op alle jongeren in Amsterdam, in het bijzonder autochtone jongeren, jongens en jongeren die voortijdig de school verlaten (migrantenjongeren zijn hierbij oververtegenwoordigd).

Voor uitgaansdrugs zijn jongeren in het algemeen en het uitgaanspubliek - waaronder jonge toeristen - specifieke doelgroepen. Speciale aandacht richt het college op het preventiebeleid rondom grootschalige evenementen als houseparty's.

Voor de hallucinogenen en roesmiddelen – waaronder de paddo's – richt het beleid zich op jongeren in het algemeen en jonge toeristen in het bijzonder.

Dit gaan we doen

Voor cannabis, uitgaansdrugs en roesmiddelen en hallucinogenen staan de beleidsvoornemens en preventieactiviteiten in de nota Preventie Genotmiddelengebruik Amsterdam 2008-2011. Vooral voor uitgaansdrugs, roesmiddelen en hallucinogenen is het noodzakelijk om continu inzicht te hebben in het aanbod. Zo kunnen we snel inspelen op nieuwe ontwikkelingen ten aanzien van samenstelling en kwaliteit en het gebruik. Het college wil dan ook een beleidsplatform 'Uitgaan en Drugs' instellen waaraan de relevante Amsterdamse partners deelnemen. Dit platform heeft als taak de informatie rondom ontwikkelingen in de uitgaansdrugs te vertalen naar eenduidige voorlichting en beleid op het gebied van gezondheid en preventie. Speciale aandacht dient dit platform te geven aan potentiële risico's bij grootschalige evenementen als houseparty's.

Voorwaarden voor succes

Betrokken partijen zijn GGD Amsterdam, DZS, Adviesburo Drugs, Jellinek Mentrum Preventie & Consultancy, Openbare Orde en Veiligheid, politie en justitie, de brancheorganisaties van de coffeeshops in Amsterdam en de smartshops, en de stadsdelen.

En nu?

In de Nota Preventie Genotmiddelengebruik Amsterdam 2008-2011 staan de beleidsvoornemens en preventieactiviteiten voor de komende vier jaar. Het college zal spoedig het beleidsplatform 'Uitgaan en Drugs' instellen, onder regie van de GGD Amsterdam.

Seksuele gezondheid

Veilig vrijen

Wat willen we bereiken?

- Amsterdamse jongeren en de overige specifieke doelgroepen beschikken over de noodzakelijke kennis en vaardigheden over veilig vrijen en worden gestimuleerd tot veilig seksueel gedrag.
- Het college stelt zich verder ten doel om het aantal nieuw gediagnosticeerde seksueel overdraagbare aandoeningen en hiv-infecties verder terug te brengen tot het niveau van de eerste helft van de jaren negentig.

Voor wie?

De belangrijkste doelgroepen in Amsterdam zijn jongeren in het algemeen, Amsterdammers die afkomstig zijn uit Suriname, de Antillen en de sub-Sahara, en man-

nen die seks hebben met mannen. Onder deze groepen komen seksueel overdraagbare aandoeningen (en hiv-infecties) het meeste voor.

Dit gaan we doen

In Amsterdam gebeurt veel op het gebied van de primaire en secundaire preventie van soa en hiv-infecties. Sinds 2005 ligt de regie voor de preventie van soa en hiv bij de GGD, omdat een eenduidige regie en prioritering tot op dat moment ontbraken. In het kader van GSB III (2005-2009) heeft het college extra ingezet op preventieve activiteiten voor en door zelforganisaties en religieuze gemeenschappen. Deze activiteiten zijn gericht op Amsterdammers uit Suriname, de Antillen en Afrika, bezuiden de Sahara. In samenspraak tussen de GGD en de Schorerstichting wordt gezocht naar nieuwe interventies voor mannen die seks hebben met mannen.

Voorwaarden voor succes

Naast de GGD zijn belangrijke partners: het onderwijs, de eerstelijnsgezondheidszorg, het Amsterdams Centrum voor Seksuele Gezondheid, de Schorerstichting, jongerenorganisaties, zorgverzekeraars en allochtone zelforganisaties.

En nu?

In 2008 zal het huidige preventiebeleid geëvalueerd worden naar behaalde resultaten. Op basis van deze evaluatie zal zonodig bijstelling plaatsvinden.

HIV-SOA aanpak bij migrantengroepen

Uit cijfers bleek dat er een stijging was van het aantal HIV infecties binnen de Afrikaanse, Surinaamse en Antilliaanse gemeenschappen in Amsterdam. In reactie hierop heeft de GGD subsidies verstrekt voor de uitvoering van 24 (van de 44 ingezonden) plannen die zijn opgesteld door lokale organisaties en sleutelpersonen uit deze gemeenschappen. Het overkoepelende project had als doel om mensen uit deze doelgroepen bewust te maken van de HIV/SOA problematiek. Hierbij werden verschillende activiteiten op het gebied van kunst en cultuur - uitgevoerd door lokale groepen, kerken en personen - ontwikkeld en uitgevoerd.

Een breed scala aan educatieve programma's is ingezet, zoals theaterprogramma's, workshops, outreachende programma's, maar ook de lokale radio en televisie zijn hierbij gebruikt. De GGD organiseerde trainingen waarbij de competentie en kennis van de organisaties werd verhoogd.

De deelname van lokale organisaties vanuit de bedoelde gemeenschappen bij de HIV-preventie strategie wordt als een waardevolle gezien. Het heeft de betrokkenheid

van de gemeenschap vergroot, en men voelt zich verantwoordelijker. Deze methode geeft ook aan dat een topdown benadering niet altijd hoeft te worden toegepast en daarom wordt deze aanpak ook voortgezet.

Tienerzwangerschappen en abortussen

Wat willen we bereiken?

- Het college stelt zich ten doel om de daling in het aantal tienerzwangerschappen onder (allochtone) meiden in Amsterdam verder te bevorderen, zodat in 2010 de achterstand ten opzichte van het gemiddelde in Nederland ten minste gehalveerd is.

Voor wie?

Allochtone meisjes.

Dit gaan we doen

In Amsterdam gebeurt veel op het gebied van de primaire en secundaire preventie van hiv en soa-infecties. Dit heeft ook zijn weerslag op de preventie van (on)gewenste zwangerschappen onder tienermeiden.

Voorwaarden voor succes

Naast de GGD zijn belangrijke partners: het onderwijs, de eerstelijnsgezondheidszorg, het Amsterdams Centrum voor Seksuele Gezondheid, DMO, zorgverzekeraars, jongerenorganisaties en allochtone zelforganisaties.

En nu?

De beschikbare preventieve programma's laten een daling zien van het aantal tienerzwangerschappen en het aantal abortussen bij tienermeiden. Amsterdam steekt echter nog ongunstig af ten opzichte van het landelijke beeld. Daarom zal ons college in 2008 nagaan of – en zo ja welke – aanvullende stappen noodzakelijk zijn om het aantal tienerzwangerschappen en abortussen in Amsterdam verder terug te dringen.

Seksuele weerbaarheid

Wat willen we bereiken?

- Docenten, hulpverleners en ouders signaleren vroeger wanneer er sprake is van grensoverschrijdend seksueel gedrag, en weten waarheen zij kunnen verwijzen.
- Meiden kunnen zelf eerder grenzen aangeven, jongens en meiden kunnen zelf vroeg aangeven wanneer zij in ongewenste situaties verkeren. Wanneer er hulp nodig is kunnen zij dit via docenten/hulpverleners bereiken.

Voor wie?

Meiden en jongens tot ongeveer 18 jaar. Hoewel seksuele dwang iets is wat ieder meisje kan overkomen, zijn er enkele risicogroepen bekend. Meiden met een laag opleidingsniveau of mentale beperking lopen een groter risico, net als meiden die al eerder ervaring hebben gehad met seksueel misbruik. Ook meiden met een Surinaamse, Antilliaanse of Nederlandse achtergrond lopen een groter risico om met seksuele dwang in aanraking te komen. Meiden die te maken hebben gehad met seksuele dwang zullen meer seksueel risicogedrag vertonen waardoor de kans dat zij een soa of zwangerschap oplopen groter is. Een grote mate van weerbaarheid is dan een beschermende factor voor seksuele gezondheid.

Dit gaan we doen

Verschillende interventies en werkvormen worden al door professionals toegepast. Soms gaat het om interventies die zich alleen richten op het vergroten van de weerbaarheid, andere zijn alleen gericht op seksuele voorlichting of op het vergroten van sociale vaardigheden. Hiervan is weerbaarheid één van de onderdelen. Het 'Maretje Kessel Project' en het 'Rots en Water Project' zijn twee projecten voor het onderwijs die zich specifiek richten op het vergroten van de weerbaarheid – in 2007 draait dit project op drie scholen in Amsterdam.

De GGD Amsterdam is bezig met het ontwikkelen van een lesprogramma rondom seksualiteit en dwang, gericht op meisjes met een licht verstandelijke handicap. Verder implementeert de GGD het seksuele lesprogramma 'Lang leve de liefde' voor het VMBO-onderwijs.

Voorwaarden voor succes

Partijen die hierbij betrokken moeten zijn, zijn de GGD, DMO, DZS, basisscholen, middelbare scholen, de Rutgers Nisso Groep, MOVISIE en diverse hulpverleningsinstanties.

En nu?

Het college wil dat effectieve programma's verder worden ontwikkeld rondom het signaleren van een gebrek aan seksuele weerbaarheid en het versterken van deze weerbaarheid bij jongeren.



Bewegen en voeding

Bewegen

Wat willen we bereiken?

- In 2012 dragen sport en bewegen structureel bij aan de sportieve, gezonde en sociale ontwikkeling van alle Amsterdamse kinderen en jongeren.
- Minstens 60 procent van de Amsterdamse kinderen en jongeren neemt in 2012 deel aan activiteiten gericht op bewegingsstimulering en voldoet daarmee aan de norm voor gezond bewegen.
- In 2012 is onder volwassen Amsterdammers de duurzame participatie aan bewegings- of sportactiviteiten gestegen.
- Het percentage Amsterdamse volwassenen dat in 2012 bewegingsarmoede vertoont, is gedaald tot 30 procent.

Voor wie?

De prioriteit ligt bij de jeugd en bij Amsterdammers met een lage sociaaleconomische positie, in het bijzonder Turken, Marokkanen en Afro-Surinamers. Vrouwen verdienen daarbij extra aandacht.

Dit gaan we doen

Op het gebied van bewegingsstimulering zijn en worden de laatste jaren vele activiteiten ontwikkeld en uitgevoerd. Ook in de voorgaande nota volksgezondheid voor de periode 2003-2007 was bewegingsstimulering één van de speerpunten. Daarbij was er hoge prioriteit voor bewegingsstimulering van jongeren. Dit gebeurt onder meer door de implementatie van het programma 'Jump-In', het medefinancieren van de aanleg van 'Johan Cruyff'-veldjes en het opsporen van kinderen met overgewicht door de jeugdgezondheidszorg, gevolgd door verwijzing naar passende programma's voor bewegingsstimulering.

In het kader van de BOS-impuls van het ministerie van VWS lopen in Amsterdam negen projecten. De BOS-impuls ('Buurt, Onderwijs, Sport') is een stimuleringsregeling gericht op het bevorderen van een actieve en gezonde leefstijl van jongeren, in combinatie met het terugdringen van achterstanden in het onderwijs en op het gebied van opvoeding. Binnen het programma 'Kinderen Eerst' heeft bewegingsstimulering een plaats in het thema 'Kinderen en vrije tijd'.

Voorwaarden voor succes

Om Amsterdammers meer in beweging te krijgen, is samenwerking tussen vele partners vereist. Dit betreft zowel een aantal gemeentelijke diensten (de GGD, DMO, DRO, DIVV, stadsdelen rond sport, buurthuis- en maatschappelijk werk), als partijen in de zorg (eerstelijnsgezondheidszorg, zorgverzekeraars), het onderwijs en private partijen

die zich richten op het thema 'sport en bewegen'. Ook de leefomgeving dient een grotere rol te krijgen om bewegingsarmoede te voorkomen of te verminderen.

En nu?

In Amsterdam wordt al een groot aantal activiteiten uitgevoerd, gericht op het bevorderen van bewegen. Voor de komende periode is het van belang deze activiteiten en initiatieven te stroomlijnen en te verbinden om versnippering tegen te gaan en maximaal resultaat te kunnen behalen. Ons college draagt hier aan bij door de Sportnota 2009-2012 en deze gezondheidsnota in nauwe samenhang met elkaar op te stellen.

In het kader van de Nota Volksgezondheid 2008-2011 en het Sportplan 2009-2012 is een samenhangend aanbod opgesteld, het 'Basispakket actieve levensstijl en gezond gewicht'. Kern is dat er voor alle leeftijden een passend aanbod moet zijn en dat de beweeg- en voedingsprogramma's complementair zijn aan elkaar. Het Basispakket is één investeringsstrategie waarin voedings-, beweeg- en sportprogramma's en inrichting van de omgeving samenkomen. Het pakket biedt spelregels om de huidige versnippering en wildgroei van programma's tegen te gaan. Bij de uitvoering zal prioriteit gegeven worden aan interventies die bewezen effectief zijn en die veelbelovend zijn in het behalen van resultaat. Daarnaast overweegt het college om een programmamanager 'overgewicht' aan te stellen om alle activiteiten rondom bewegingsstimulering te stroomlijnen.

JUMP-in

JUMP-in is een Amsterdams initiatief van de Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling en de GGD Amsterdam. JUMP-in zorgt er sinds 2002 voor dat kinderen tussen 4 en 12 jaar meer bewegen.

Het is een feit dat de kinderen in Amsterdam te dik worden en dat ze te weinig bewegen. JUMP-in wordt beschouwd als het antwoord op overgewicht en passiviteit bij kinderen. Door de slimme inzet van een zestal instrumenten leidt het project tot een aantal fraaie resultaten. Deze zes instrumenten zijn: Het Leerlingvolgsysteem, Oudervoorlichting, De klas Beweegt, Bewegen doe je ZO!, Sport op school, Club Extra/MRT.

Kinderen bewegen van nature graag. De groep die niet beweegt, heeft vaker een negatief zelfbeeld dan kinderen die wel actief zijn. Bewegen geeft een lekker gevoel. Ook is de motoriek van actieve kinderen beter, kinderen zijn contactueel vaardiger door het vele samenspelen, ze hebben minder vaak ongelukjes en ze kunnen zich beter op een taak concentreren. Meer beweging bij kinderen leidt tot een betere lichamelijke

gezondheid en motorische ontwikkeling, het voorkomen van overgewicht, meer zelfvertrouwen en betere sociale vaardigheden.

JUMP-in helpt om kinderen te laten voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen. Dit houdt voor kinderen in: dagelijks minimaal één uur matig intensief bewegen en minimaal twee keer per week zodanig bewegen dat de lichamelijke fitheid gehandhaafd blijft, of zelfs toeneemt. Normaal gesproken neemt de deelname aan sport- en beweegactiviteiten af bij twaalfjarige kinderen, maar kinderen die hebben meegedaan aan Jump-in blijven vaker sporten naarmate ze ouder worden dan andere kinderen van hun leeftijd.

Bij JUMP-in wordt samengewerkt door: DMO, GGD, Basisscholen, jeugdgezondheidszorg, stadsdelen (afdelingen sport, onderwijs, zorg, welzijn), sportverenigingen, sportbuurtwerk, stichting Welzijn, Amsterdam Thuiszorg, Fysiotherapeuten, ALO, Ziekenhuizen, naschoolse opvang, diëtisten, schoolbegeleidingsdienst, Fysio Educatief, NISB, Vrije Universiteit medisch centrum.

Voeding

Wat willen we bereiken?

- Het college wil bereiken dat de keuze voor gezonde voeding voor alle Amsterdammers de 'eerste' keuze kan zijn.

Voor wie?

De prioriteit ligt bij de jeugd en bij Amsterdammers met een lage sociaaleconomische positie.

Dit gaan we doen

De gemeente heeft beperkte middelen om het kopen van gezonde voeding en het gebruik van gezonde voedingsmiddelen te stimuleren. Die verantwoordelijkheid ligt bij mensen zelf. Wel kan de gemeente eraan bijdragen dat de keuze voor gezonde voeding eenvoudiger wordt.

In het onderwijs wordt steeds meer aandacht besteed aan het stimuleren van gezonde voeding. De gemeente stimuleert dit door de programma's 'Schoolgruiten' (het stimuleren van het eten van groenten en fruit in het basisonderwijs) en 'De Gezonde Schoolkantine' (een gezond aanbod in de kantines van het voortgezet onderwijs). Deze activiteiten vinden plaats in het kader van GSB III (2005-2009). Ook zijn verschillende particuliere initiatieven gestart voor het bevorderen van gezonde voeding in het onderwijs, onder meer in het kader van het programma 'Proeftuin'.



De gemeente kan er bij het vestigingsbeleid van midden- en kleinbedrijven voor zorgen dat een divers aanbod van winkels wordt nagestreefd en dat de vestiging van een snackbar in de buurt van een school zoveel mogelijk wordt beperkt.

Voorwaarden voor succes

Om Amsterdammers te stimuleren om gezond te eten, is samenwerking tussen vele partners vereist. Dit betreft zowel een aantal gemeentelijke diensten (de GGD, DRO, stadsdelen), als partijen in de zorg (eerstelijnsgezondheidszorg, zorgverzekeraars), het onderwijs en private partijen die zich richten op gezonde voeding.

En nu?

In Amsterdam wordt al een groot aantal activiteiten uitgevoerd, gericht op het bevorderen van gezonde voeding. Ook voor dit thema geldt dat het in de komende periode vooral van belang is al deze activiteiten en initiatieven te stroomlijnen en te verbinden. Zo kunnen we versnippering tegengaan en de meerwaarde van een integrale systematische aanpak volledig benutten. Het programma 'Proeftuin' levert daar een goede bijdrage aan.

In het kader van deze nota en het Sportplan 2009-2012 is een samenhangend aanbod opgesteld, het 'Basispakket actieve levensstijl en gezond gewicht'. Kern is dat er voor alle leeftijden een passend aanbod moet zijn en dat de beweeg- en voedingsprogramma's complementair zijn aan elkaar.

Het pakket biedt spelregels om de huidige versnippering en wildgroei van programma's tegen te gaan. Bij de uitvoering zal prioriteit gegeven worden aan interventies die bewezen effectief zijn en die veelbelovend zijn in het behalen van resultaat.

Daarnaast overweegt het college om een programmamanager 'overgewicht' aan te stellen, die tot taak krijgt alle activiteiten op het gebied van gezonde voeding te stroomlijnen en te verbinden.

Landelijke prioriteiten

Depressie

Wat willen we bereiken?

- Betere vroegsignalering van somberheid en depressie.
- Meer mensen met somberheidsklachten nemen deel aan interventies, gericht op het beter omgaan met somberheidsklachten, om een depressie of erger te voorkomen.
- Een herkenbaar, laagdrempelig, doelgroepgericht kernaanbod.

Voor wie?

Komende vier jaar zetten we ons vooral in voor Amsterdammers met een migratieachtergrond, ouderen en jeugd.

Dit gaan we doen

Eind 2006 zijn in een visienotitie over de preventie van angst en depressie concrete afspraken gemaakt door de GGD en de GGZ-instellingen. Afsproken is dat de GGZ-instellingen en de GGD prioriteit gaan geven aan preventie van angst en depressie.

Daarnaast is eind 2006 een aantal adviezen geformuleerd rondom angst, depressie, gedragsproblematiek en kinderen van ouders met psychiatrische problematiek en een alcohol- of drugsverslaving. Dit is gedaan op verzoek van de gemeente Amsterdam en AGIS Zorgverzekeringen. Prioriteiten: breder bereik van algemene voorlichting over psychische klachten en een grotere inzet van interventies via internet, de 'e-health'-activiteiten.

Voorwaarden voor succes

De GGZ-instellingen, de GGD, DZS, DMO en het zorgkantoor zijn de belangrijke partners bij het behalen van deze doelstellingen. Bij het opstellen van de jaarplannen zullen ook alle partijen rondom vroegsignalering worden betrokken. Het gaat om de Loketten Zorg en Samenleven, ouderen- en migrantenorganisaties en hulpverleners in de eerste lijn. Daarnaast zijn er partijen die bij kunnen dragen aan het voorkomen van erger of terugval, zoals de sport.

Andere partners zijn arbodiensten, vrijwilligersorganisaties en religieuze organisaties.

En nu?

Het initiatief voor het opstellen van dit onderdeel van de jaarplannen ligt bij de GGD, als voorzitter van de Stuurgroep Preventie GGZ-problematiek. De keuze voor jaarplannen betekent dat nieuwe initiatieven en ideeën toegejuicht worden. Voor de jeugd is aandacht voor dit thema binnen het collegeprogramma 'Kinderen Eerst'.

Met de overheveling van de financiële middelen voor de collectieve GGZ-preventie naar de Wmo per 2007 is het beschikbare budget voor Amsterdam met een derde teruggebracht. Binnen de gemeente zijn echter wel middelen vrijgemaakt om de activiteiten op het gebied van de collectieve GGZ-preventie op het noodzakelijke peil te houden.

Roken

Wat willen we bereiken?

- Het college stelt als doel dat het percentage rokers in de Amsterdamse bevolking in 2011 verder is afgenomen tot 25 procent. Deze afname (8 procent) is gelijk aan de afname die de rijksoverheid zich voor deze periode ten doel heeft gesteld. Gezien het feit dat het percentage rokers onder de Amsterdammers 5 procent hoger ligt dan het landelijke gemiddelde, is het niet reëel de doelstelling voor Amsterdam gelijk te stellen aan de landelijke doelstelling (20 procent).

Voor wie?

De preventieve activiteiten met betrekking tot roken zullen vooral gericht worden op jongeren (om te voorkomen dat zij gaan roken) en op volwassenen met een lage sociaal-economische positie (om te zorgen dat zij gaan stoppen).

Dit gaan we doen

Het voorgenomen beleid voor het terugdringen van tabaksgebruik door Amsterdammers is beschreven in de nota Preventie Genotmiddelengebruik in Amsterdam 2008-2011. Het beleid bevat drie speerpunten: het voorkomen dat jongeren gaan roken, het stimuleren dat mensen stoppen met roken, en het beschermen van niet-rokers in publieke ruimten. Tot op heden was er nog geen samenhangend beleid voor tabakspreventie. Het college wil een Partnership Tabaksontmoedigingsbeleid Amsterdam inrichten, naar voorbeeld van het Nationaal Programma Tabaksontmoediging.

Voorwaarden voor succes

Voor het vormgeven en uitvoeren van het Partnership Tabaksontmoedigingsbeleid Amsterdam zijn de volgende partners van belang: GGD Amsterdam, Amsterdam Thuiszorg, Jellinek Mentrum Preventie & Consultancy, zorgverzekeraars en vertegenwoordigers uit de eerstelijnsgezondheidszorg en de ziekenhuizen. De regie wordt belegd bij de GGD Amsterdam.

En nu?

Als eerste zal het Partnership Tabaksontmoedigingsbeleid Amsterdam ingesteld worden. Opdracht: een samenhangend pakket van maatregelen en interventies formuleren om

het gebruik van tabak in Amsterdam terug te dringen conform de doelstelling voor 2011. Jaarlijks wordt het plan geëvalueerd en zonodig bijgesteld. Het eerste jaarplan is op 1 april 2008 klaar.

Rokers verdienen een beloning

Onder de titel 'Rokers verdienen 'n beloning' voerden de GGD Amsterdam en STIVORO (Stichting Volksgezondheid en Roken) een 24-uur niet-rokenactie uit. Wie zich inschreef en 24 uur niet rookte maakte kans op een LCD-tv en ontving een tijdschrift naar keuze. 24 uur niet-roken in combinatie met persoonlijke ondersteuning – via sms – verhoogt de intentie om te stoppen met roken. Speciale aandacht ging hierbij uit naar de Turkse gemeenschap waar behoorlijk veel gerookt wordt. Via een Turkse intermediair benaderde de GGD Amsterdam 25 Turkse zelforganisaties met het verzoek hun achterban te motiveren om aan de actie deel te nemen. En dat heeft klinkende resultaten opgeleverd: roken werd onderwerp van gesprek, kwam op de agenda en maar liefst 700 Turkse rokers deden mee aan de actie.

Overmatig alcoholgebruik

Wat willen we bereiken?

- Kinderen op latere leeftijd laten beginnen met de consumptie van alcohol, in elk geval niet onder de 16 jaar (uitstel van eerste gebruik).
- Het verminderen van de alcoholconsumptie van jongeren: de percentages jongeren in Amsterdam die overmatig alcohol gebruiken nemen tot 2011 niet toe.
- Het terugdringen van het aantal excessieve drinkers: de percentages excessieve drinkers in Amsterdam nemen tot 2011 niet toe.

Voor wie?

De aandacht richt zich vooral op autochtone kinderen tot 16 jaar en hun ouders (om uitstel van het eerste gebruik te bereiken), autochtone, Surinaamse en Antilliaanse jongeren (om de alcoholconsumptie onder jongeren terug te dringen) en autochtone mannen (om het aantal excessieve drinkers terug te dringen).

Dit gaan we doen

Het voorgenomen beleid voor het terugdringen van overmatig alcoholgebruik door Amsterdammers is beschreven in de nota Preventie Genotmiddelengebruik in Amsterdam 2008-2011. Het terugdringen van (overmatig) alcoholgebruik is een onderwerp dat de lokale en nationale overheid hand in hand moeten doen, dat kan Amsterdam niet alleen. In 2002 heeft het college een alcoholmatigingsbeleid vastgesteld met 24 actie-

punten. Onderdeel was het opzetten van een alcoholmonitor ter verbetering van de registratie van de alcoholproblematiek in Amsterdam. Deze monitor wordt tweejaarlijks uitgevoerd. Onderdeel van de eerstkomende monitor in 2007 is de evaluatie van het alcoholmatigingsbeleid. Los van deze evaluatie wil het college intensievere preventieactiviteiten gericht op de Amsterdamse jeugd. Dit gebeurt door het introduceren van preventieactiviteiten in het basisonderwijs en het continueren van de activiteiten in het voortgezet onderwijs en activiteiten voor jongeren buiten het onderwijs.

Voorwaarden voor succes

Betrokken partijen in Amsterdam zijn de GGD, DZS, Jellinek Mentrum Preventie & Consultancy, Openbare Orde en Veiligheid, politie en justitie, de horeca, de Voedsel en Waren Autoriteit, het onderwijs, zorgverzekeraars en de eerstelijnsgezondheidszorg.

En nu?

In de Nota Preventie Genotmiddelengebruik Amsterdam 2008-2011 staan de beleidsvoornemens en preventieactiviteiten. Op basis van de resultaten van de alcoholmonitor van 2007 zal in 2008 eventuele herijking van het alcoholmatigingsbeleid plaatsvinden.

Overgewicht

Wat willen we bereiken?

- Het college wil dat het percentage Amsterdammers dat te kampen heeft met matig en ernstig overgewicht gelijk blijft in de periode 2008-2011. Dit doel geldt zowel voor kinderen en jongeren als voor volwassen en oudere Amsterdammers. Deze doelstelling komt overeen met de doelstelling van het rijk.

Voor wie?

Ten aanzien van het voorkomen en terugdringen van overgewicht onder de Amsterdamse bevolking ligt de prioriteit bij de jeugd en bij Amsterdammers met een lage sociaaleconomische positie, waaronder Turken, Marokkanen en Afro-Surinamers. Vrouwen verdienen daarbij extra aandacht.

Dit gaan we doen

In het kader van het Grote Steden Beleid 2005-2009 zijn met het rijk afspraken gemaakt over de integrale aanpak van gezondheidsachterstanden in de steden. Overgewicht onder de jeugd is het rijksthema.

In Amsterdam wordt dit vorm gegeven door:

- 1 opsporing van kinderen met overgewicht via de jeugdgezondheidszorg, gevolgd door interventies op individueel niveau,



- 2 het bevorderen van bewegen van de jeugd via het programma 'Jump-In' (zie ook onder 'Bewegen'), en
- 3 het bevorderen van gezonde voeding via en in het onderwijs (zie ook onder 'Voeding').

Voor volwassenen en ouderen richt het beleid zich vooral op het bevorderen van bewegen en het gebruik van gezonde voeding.

Voorwaarden voor succes

Om de epidemie van overgewicht een halt toe te roepen, is samenwerking met vele partners nodig. Dit betreft zowel een aantal gemeentelijke diensten (de GGD, DMO, Ruimtelijke Ordening, DIVV) en stadsdelen (sport, buurthuis- en maatschappelijk werk), als partijen in de zorg (eerstelijnsgezondheidszorg, zorgverzekeraars) en private partijen die zich richten op de thema's 'bewegen' en 'voeding'.

En nu?

In Amsterdam wordt al een groot aantal activiteiten uitgevoerd en ontplooid om de epidemie van overgewicht in te dammen. Voor de komende periode is het vooral van belang al deze activiteiten en initiatieven te stroomlijnen en te verbinden. Hierdoor kan versnippering tegen worden gegaan en kunnen we de meerwaarde van een integrale systematische aanpak volledig benutten en dus een maximaal effect bereiken.

In het kader van deze nota en het Sportplan 2009-2012 is een samenhangend aanbod opgesteld: het 'Basispakket actieve levensstijl en gezond gewicht'. Kern is dat er voor alle leeftijden een passend aanbod moet zijn en dat de beweeg- en voedingsprogramma's complementair zijn aan elkaar. Het Basispakket is één investeringsstrategie waarin voedings-, beweeg- en sportprogramma's en inrichting van de omgeving samenkomen. Het pakket biedt spelregels om de huidige versnippering en wildgroei van programma's tegen te gaan.

Tevens overweegt het college om een programmamanager 'overgewicht' aan te stellen die deze stroomlijning en verbinding tot stand kan brengen.

Bij de uitvoering zal prioriteit gegeven worden aan interventies die bewezen effectief zijn gebleken of die veelbelovend zijn in het behalen van resultaat. Voor de verdere uitwerking verwijzen we naar de thema's 'Bewegen' en 'Voeding'.

Diabetes

Wat willen we bereiken?

- Het college wil dat het aantal patiënten met diabetes in de Amsterdamse bevolking in de periode 2005 – 2025 met maximaal 15 procent stijgt. Deze doelstelling komt overeen met de doelstelling van het rijk.

Voor wie?

Overgewicht is een belangrijke factor voor de ontwikkeling van diabetes, ook op jonge leeftijd. Daarom komen de doelgroepen die we benoemd hebben bij overgewicht ook naar voren als het gaat op de preventie van diabetes. Bijzondere aandacht verdienen Turkse, Marokkaanse en Surinaamse Amsterdammers, omdat diabetes onder deze groepen beduidend vaker voortkomt dan gemiddeld in de Amsterdamse bevolking.

Dit gaan we doen

Tot op heden is er geen beleid ten aanzien van de preventie van diabetes. Als gemeente richten we ons vooral op informatievoorziening aan de doelgroepen over de potentiële risico's voor het ontwikkelen van diabetes en hoe deze te verminderen. Vanuit de zorg – zowel de eerste als de tweede lijn – worden veel activiteiten ontplooid om diabetespatiënten te identificeren, hen de juiste therapie voor te schrijven en therapietrouw te bevorderen. Vervolgens ondersteunen we hen bij het bevorderen van een gezonde leefstijl om de fysieke gevolgen van diabetes te verminderen.

Voorwaarden voor succes

Naast de gemeente (GGD, DMO, DZS) zijn vooral de zorginstellingen – zowel de eerste als de tweede lijn – en de zorgverzekeraars belangrijke partners in de preventie van diabetes en in de zorg aan diabetespatiënten. Aansluiting bij zelforganisaties is daarbij van belang.

En nu?

Gezien de epidemie van overgewicht en de daarmee verwachte toename van het aantal diabetespatiënten wil het college zich richten op goede ketenzorg rondom diabetes, dus van preventie tot zorg. De gemeente zal daarom het initiatief nemen om in overleg met alle betrokkenen de juiste ketenzorg te realiseren.

Daarnaast zullen preventieve activiteiten worden ingezet, gericht op het terugdringen van de epidemie van overgewicht, gekoppeld aan het bevorderen van bewegen en het bevorderen van gezonde voeding.

Leefomgeving

Er zijn verschillende factoren van invloed op de kwaliteit van de leefomgeving en indirect ook op de gezondheid van de Amsterdammers. Deze factoren zijn onder andere de luchtkwaliteit, de inrichting van de openbare ruimte en de aanwezigheid van 'groen' in de leefomgeving. Ook overlast in de vorm van geluidshinder of stank is van invloed.

Luchtverontreiniging: fijnstof en stikstofdioxide

Wat willen we bereiken?

- Het doel van de gemeente Amsterdam is om in heel Amsterdam te voldoen aan de normen voor luchtkwaliteit. De consequentie hiervan is dat de luchtkwaliteit op een groot aantal punten in Amsterdam fors moet verbeteren. Omdat er geen veilige waarde voor PM10 bestaat, levert ook een verdere daling onder de norm een bijdrage aan een betere gezondheid van de Amsterdammers.

Voor wie?

Alle Amsterdammers, maar in het bijzonder kinderen en Amsterdammers met hart- en vaatziekten en luchtwegaandoeningen.

Dit gaan we doen

De gemeenteraad van Amsterdam heeft in maart 2006 het Actieplan Luchtkwaliteit Amsterdam vastgesteld. Hierin staan vijftig acties die een bijdrage moeten leveren aan een schonere lucht. Twee belangrijke acties zijn: het invoeren van een omvangrijke milieuzone en het verkeersplan oude stad. De GGD Amsterdam beheert het luchtmeetnet van de gemeente Amsterdam. Dit luchtmeetnet speelt een belangrijke rol in het monitoren van de maatregelen uit het actieplan luchtkwaliteit.

Voorwaarden voor succes

Het belangrijkste wat nu ontbreekt, zijn concrete resultaten. Er zijn goede plannen en de eerste acties zijn en worden uitgevoerd. De grote acties die het meeste resultaat opleveren, zijn in voorbereiding. Het succes hiervan hangt af van de inzet van vele verschillende partijen, waaronder het bedrijfsleven en de inwoners van Amsterdam. De voornaamste gemeentelijke partijen hierbij zijn de GGD, DMB, DIVV en DRO.

En nu?

Het Actieplan Luchtkwaliteit Amsterdam is het kader van de aanpak om de luchtkwaliteit in Amsterdam te verbeteren. In 2007 is het luchtmeetnet van de gemeente Amsterdam uitgebreid om de monitoringsfunctie nog beter te kunnen vervullen. Het actieplan dient volgens plan uitgevoerd te worden.



Gezonde wijk

Wat willen we bereiken?

- Bij de (her)inrichting van een woonwijk wordt meer rekening gehouden met de factoren die van invloed zijn op het beweeggedrag van de kinderen en volwassen buurtbewoners.

Voor wie?

Bewoners van met name achterstandswijken.

Dit gaan we doen

Momenteel is er onvoldoende beleid over de relatie tussen de inrichting van de wijk en het beweeggedrag van bewoners van alle leeftijden. Op onderdelen wordt hier wel rekening mee gehouden maar een integrale benadering ontbreekt.

Voorwaarden voor succes

De partijen die een rol kunnen spelen bij de (her)inrichting van een wijk, met aandacht voor het beweeggedrag, zijn DRO, stadsdelen, GGD, DMB, DIW en woningbouwcorporaties.

En nu?

Op verzoek van de GGD is een analyse gemaakt. Vervolgens zijn aanbevelingen gedaan voor de (her)inrichting van zowel stedelijke als suburbane wijken in relatie tot het beweeggedrag van de bewoners. Dit rapport is te vinden op www.degezondewijk.nl. Voor de gemeente biedt dit rapport aanknopingspunten om interdisciplinair het probleem van overgewicht te benaderen. Er blijkt een aanzienlijk verschil te zijn tussen de bewegingsvriendelijkheid van vier onderzochte Amsterdamse buurten. Het rapport doet aanbevelingen voor de bebouwing, de infrastructuur, de voorzieningen en het groen in de zogenaamde 'suburbane' en 'urbane' buurten. Hoewel het voor stadsdelen niet altijd mogelijk zal zijn om de aanbevelingen goed op te volgen, is het zeer interessant om kennis te nemen van de effecten van de planologische keuzes op het beweeggedrag van hun bewoners.

Deze aspecten moeten daarom in Amsterdam ook een plaats krijgen binnen de aanpak van de aandachtswijken van minister Vogelaar. Hierbij kijken we ook naar mogelijke aansluiting bij het thema 'Kinderen en vrije tijd' uit het programma 'Kinderen Eerst'.

'Proeftuin Amsterdam'

Proeftuin Amsterdam is een actieprogramma gericht op verbetering van voeding in de Amsterdamse regio en de daarmee samenhangende leefgewoonten. Met Proeftuin Amsterdam werkt de gemeente in allianties samen met maatschappelijke partijen, ondernemers en andere overheden. Beleid, initiatieven en activiteiten die samenhangen met het verduurzamen van de voedselketen en het stimuleren van gezonde leefgewoonten worden in dit programma gebundeld.

Wat willen we bereiken?

De missie van het Actieprogramma Proeftuin Amsterdam is:

- Het voedsel in Amsterdam gezonder en duurzamer maken en breed beschikbaar maken voor alle Amsterdammers.
- Gezonde eet- en leefgewoonten bevorderen, vooral voor jongeren.
- De relatie met de producten van het omringende landelijk gebied versterken en daarmee de internationale reputatie van de stad op het gebied van voedsel verbeteren.

Voor wie?

In principe horen alle Amsterdammers bij de doelgroep, met specifieke aandacht voor jongeren, ouderen (zorginstellingen) en Amsterdammers met een lage sociaaleconomische positie.

Dit gaan we doen

Er is nog geen beleid met betrekking tot dit thema. Het Actieprogramma wordt uitgevoerd in samenhang met het Milieubeleidsplan, de Sportnota van de gemeente Amsterdam, het beleid Amsterdam Topstad en deze nota.

Met betrekking tot voedselkwaliteit en plattelandsontwikkeling wordt het beleid van het ministerie van LNV gevolgd, waarbij met name de pijlers 'duurzame leefomgeving' en 'sociale samenhang' (met aandacht voor jeugd en gezin) van belang zijn.

Voorwaarden voor succes

Ministerie van Landbouw, Natuur en Visserij, Provincie Noord-Holland, gemeente Zaanstad en Stuurgroep Groen Hart hebben de doelstellingen van Agenda Proeftuin Amsterdam onderschreven. Binnen de gemeente wordt samengewerkt met de GGD, DMB, DRO, DMO, DZS en de stadsdelen. Daarnaast wordt samengewerkt met maatschappelijke instellingen (onderwijs, zorg), private partijen (burgers, zorgverzekeraars, cateraars, banken, detailhandel, horeca), onderzoeksinstituten en belangenorganisaties (LTO, Biologica, KHN).

Er zijn middelen aangevraagd en toegekend bij de gemeente Amsterdam (Jaarprogramma Groen 2008, voorjaarsprioriteit 2008) en er worden bijdragen verwacht van derden, zoals het ministerie van LNV en de provincie Noord-Holland.

En nu?

Het actieprogramma wordt najaar 2007 vastgesteld door het college. De start van de uitvoering van het actieplan staat in 2008 op de agenda.

4 Wettelijke verplichting van de gemeente Amsterdam

Het gezondheidsbeleid van de gemeente staat niet op zichzelf. Behalve de Grondwet zijn er diverse wetten die de gezondheid beschermen en bevorderen. Twee wetten springen er op dit punt uit. In dit hoofdstuk ziet u wat die wettelijke verplichtingen van de gemeente zijn.

Grondwet

De Grondwet stelt in artikel 22 lid 1: "De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid". De landelijke overheid zorgt dus voor de randvoorwaarden voor een gezond bestaan, in het bijzonder de randvoorwaarden die collectief tot stand moeten worden gebracht en niet aan het initiatief van iedere afzonderlijke burger (of gemeente) kunnen worden overgelaten. Dat gaat om wetgeving op het gebied van milieu, verkeer, voedselveiligheid en ziektekostenverzekering.

Wcpv

De Wcpv is de Wet collectieve preventie volksgezondheid. De taken die de gemeenteraad vanuit de Wcpv dient uit te voeren, beslaan drie terreinen: de collectieve preventie, de infectieziektenbestrijding en de jeugdgezondheidszorg. De GGD Amsterdam coördineert namens de gemeente deze taken.

De gemeenteraad heeft tot taak om de totstandkoming en continuïteit van collectieve preventie te bevorderen. Daarnaast is de gemeenteraad verantwoordelijk voor de samenhang binnen de collectieve preventie en de afstemming tussen collectieve preventie en curatieve zorg.

De taken van de gemeente op het terrein van de **collectieve preventie** zijn:

- Verwerven van inzicht in de lokale gezondheidssituatie van de bevolking.
- Bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen.
- Bijdragen aan preventieprogramma's.
- Bevorderen van medisch-milieukundige zorg.
- Bevorderen van technische hygiënezorg.
- Bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg.

Verder draagt de gemeenteraad zorg voor de uitvoering van de infectieziektebestrijding. Naast de taken op dit terrein die voortvloeien uit de Infectieziektenwet, zijn de taken van de gemeenteraad in ieder geval:

- Algemene infectieziektebestrijding.
- Bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, waaronder aids.
- Tuberculosebestrijding.



- Bron- en contactopsporing bij vermoeden op epidemieën van infectieziekten.
- Beantwoorden van vragen uit de bevolking.
- Geven van voorlichting en begeleiding.

Ook zorgt de gemeenteraad voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg. Taken op dit terrein zijn in ieder geval:

- Verwerven van inzicht in de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren.
- Ramen van de behoefte aan zorg.
- Vroegtijdige opsporing en preventie van een aantal specifieke stoornissen en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma.
- Geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding.

Voorbeelden van GGD-taken die aanvullend zijn:

- Openbare geestelijke gezondheidszorg: directe hulpverlening (waaronder crisisinterventie, maatschappelijke opvang), preventie en zorg voor mensen met een verhoogd risico (o.a. signalering, screening en beleidsadvisering), verslavingszorg (inclusief vangnetfunctie) en algemeen maatschappelijk werk (gedeeltelijk).
- Forensische geneeskunde.
- Crisishulpverlening (GHOR).

Er is een nieuwe wet in de maak, de Wet Publieke Gezondheid, die de Infectieziektenwet, de Wcpv en de Quarantainewet vervangt. De tekst van deze wet is op het moment van schrijven nog niet beschikbaar.

In de Wmo is de gedachte verankerd dat alle burgers op één of andere wijze meedoen aan alle facetten van het leven.

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Per 1 januari 2007 is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) van kracht, waarin een aantal andere wetten is opgegaan. In de Wmo is de gedachte verankerd dat alle burgers op één of andere wijze meedoen aan alle facetten van het leven, al dan niet geholpen door vrienden, familie of bekenden. Onderlinge ondersteuning en betrokkenheid staan hierbij centraal. Pas als dat niet mogelijk is, worden zij ondersteund door de gemeente. Het eindperspectief van de Wmo is een samenhangend lokaal beleid op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning en aanpalende terreinen. Niet voor niets geeft het ministerie van VWS in de landelijke preventienotitie aan dat de Wmo gemeenten in 2007 nóg een instrument voor doeltreffend preventiebeleid biedt.

Naast deze Nota Volksgezondheid wordt de Amsterdamse Wmo-nota uitgebracht. Hierin geeft het college voor vier jaar aan wat de doelstellingen, het samenhangend beleid, de te behalen resultaten en maatregelen op het gebied van maatschappelijke ondersteuning zijn. De Wmo-nota en de voorliggende nota zijn in overleg tussen de beide verantwoordelijke diensten opgesteld. Daarbij kan niet onvermeld blijven dat beide onderwerpen op het terrein van de wethouder Zorg liggen. Dit heeft als voordeel dat deze twee nota's en de uitvoering hiervan in samenhang met elkaar zullen plaatsvinden.

Wmo in Amsterdam

In Amsterdam wordt op basis van interactief beleid een vierjarige Wmo-nota opgesteld door de Dienst Zorg en Samenleven. Dit gezamenlijke product van de stad en de stadsdelen gaat in op de programma's die uitgevoerd worden in het kader van de Wmo en de visie en ambities die daaraan ten grondslag liggen.

De Wmo is een brede participatiewet die betrekkelijk veel beleidsvrijheid aan gemeenten laat. Anders dan in de AWBZ en de Wgv worden in de Wmo geen strikt omschreven voorzieningen of aanspraken genoemd. In Amsterdam is er voor gekozen de negen prestatievelden die door de Wmo benoemd zijn onder te brengen in verschillende domeinen en programmalijnen, aansluitend op de behoeften van de Amsterdammers.

Naast de keuze voor domeinen, waardoor verkokering wordt tegengegaan, kenmerkt de Amsterdamse aanpak zich door het streven naar transparantie teneinde de kosten, de efficiency en, last but not least, de toegang voor de burger inzichtelijk te krijgen en houden.

Op basis van de vraag en de geconstateerde problemen zijn in de stadsdelen 14 programma's ontwikkeld waardoor een integraal en wijkgericht aanbod van voorzieningen ontstaat. Het pakket van voorzieningen wordt getoetst aan de in het stadsdeel levende vraag (herijking). Ook is in ieder stadsdeel een op de burger toegesneden Wmo-loket ingericht. Het is de bedoeling dat over vier jaar het aanbod gegroeid is, en waar nodig aangepast, tot het gewenste niveau.

De Wmo kan worden gezien als een kwestie van balans. De gemeente heeft enerzijds de taak om een solide basis van voorzieningen te bieden en een vangnet- en signaal-functie voor kwetsbare groepen. Tegelijkertijd is het de opdracht van de Wmo om de burger te empoweren en initiatieven in de samenleving te faciliteren.

Visie op maatschappelijk meedoen

De nadruk ligt op eigen kracht en actief burgerschap. Daarbij staat voorop wat iemand zelf kan en wil. De gemeente heeft als taak de barrières weg te nemen die mensen er van weerhouden mee te doen. De gemeente moet ruimte bieden aan mensen om naar eigen invulling en met eigen keuzevrijheid 'mee te doen'. Burgers en professionals worden expliciet uitgenodigd om samen de stad te verbeteren. Burgers kunnen ook veel voor elkaar betekenen waarbij de gemeente voor een gunstig klimaat zorgt (bijvoorbeeld bij buddyprojecten, mantelzorg of vrijwilligerswerk).

Visie op zorg en ondersteuning als stevige basis

De basisvoorzieningen voor kwetsbare groepen moeten solide zijn en de burger moet hier op kunnen rekenen. Ondersteuning is zoveel mogelijk gericht op zelfstandig wonen, en zoveel mogelijk zelf het eigen leven kunnen inrichten. Daarbij moeten zorg en welzijn elkaar aanvullen en versterken, dicht bij huis en op wijkniveau. Deze visie gaat uit van maatwerk op individueel niveau voor mensen met complexe problematiek, waarbij aangesloten wordt op de behoefte. Hierbij moet niet alleen afstemming plaatsvinden tussen zorg en welzijn, maar ook tussen Wmo en Werk en Bijstand, Wonen, Ruimtelijke Ordening, Verkeer/Vervoer, Leefbaarheid en het Grote Steden Beleid. In feite is de Wmo een verantwoordelijkheid die het hele college aangaat, waarbij de Wethouder Zorg de coördinerend wethouder is.

De ambities voor de Wmo worden stapsgewijs uitgewerkt in de programmalijnen 'Maatschappelijk meedoen', 'Wonen, zorg en dienstverlening', 'Maatschappelijke opvang', 'Huiselijk geweld' en 'productontwikkeling/inhoud pakket'. Stad en stadsdelen werken samen bij de uitvoering van deze programma's. De samenhang met andere beleidsterreinen, zoals beschreven in de Nota Volksgezondheidsbeleid 2008 - 2011, is hierbij een belangrijk aandachtspunt.



5 De gemeente als regisseur

De gemeente Amsterdam heeft de rol van regisseur. Wat houdt die rol in? Wat doet de rijksoverheid en wat is de verantwoordelijkheid van mensen zelf? Dat leest u in dit hoofdstuk.

Regie door de gemeente

De Wcpv is een wet die zich richt op de bevolking als geheel. De gemeente signaleert, regisseert, is verstrekker van informatie en voorzieningen op het gebied van de openbare gezondheidszorg en gesprekspartner van zorg- en welzijnsaanbieders in de regio. De Wmo richt zich op het individu, en de zelfstandigheid van de burger middels individuele en collectieve voorzieningen gericht op zelfstandig wonen, sociale verbanden aangaan en het meedoen aan de samenleving. Hierbij wordt gezocht naar de winst die gevonden kan worden door de krachten van individuen te bundelen tot een samenleving waaraan ieder binnen en met zijn of haar beperkingen deelneemt en bijdraagt. Amsterdam bestaat natuurlijk niet alleen uit een homogene groep mensen, maar ook niet uit een verzameling individuen. Er zijn verschillende groepen die onze aandacht behoeven vanuit diverse perspectieven. De gezamenlijke betrokkenheid van alle beleidsterreinen is voor het college cruciaal. De wethouder Zorg treedt daarbij op als coördinerend wethouder.

De gezamenlijke betrokkenheid van alle beleidsterreinen is cruciaal.

De behoeften van kwetsbare groepen hebben niet alleen een directe relatie met de GGD en met de Dienst Zorg en Samenleven, ook andere gemeentelijke diensten zijn hierbij, direct of indirect, betrokken.

Rol van de overheid bij openbare gezondheidszorg

Wanneer naar de belangen van de totale bevolking, of groepen daarbinnen, wordt gekeken, spreken we over het terrein van de openbare gezondheidszorg. Hierbij gaat het in de eerste plaats om handelen vanuit het algemeen belang, daar waar individuele burgers en de markt geen verantwoordelijkheid willen of kunnen nemen. In de openbare gezondheidszorg regelt de overheid ongevraagd iets voor burgers; dat geldt bijvoorbeeld voor leefstijlcampagnes, voor de bron- en contactopsporing bij infectieziekten, voor de hygiënecontroles in tatoeageshops en voor gedwongen opname van psychiatrische patiënten.

De overheid zorgt voor de randvoorwaarden voor een gezond bestaan, in het bijzonder de randvoorwaarden die collectief tot stand moeten worden gebracht en niet aan het initiatief van iedere afzonderlijke burger kunnen worden overgelaten. De overheid helpt burgers om verantwoorde keuzes te maken, bijvoorbeeld door voorlichting. Niet alleen leefstijlcampagnes zijn hier een voorbeeld van, ook de loketten Zorg en Samenleven die worden ingericht in het kader van de Wmo passen bij die voorlichtingstaak, vooral gericht op voorlichting over voorzieningen.

Daarnaast is de overheid belangenbehartiger van de burgers die niet voor hun eigen belang kunnen opkomen. Het rijksvaccinatieprogramma maakt de drempel voor de bescherming van kinderen tegen gevaarlijke infectieziekten zo laag mogelijk. De overheid grijpt in bij kindermishandeling. De overheid grijpt ook in als de ene burger een gevaar vormt voor de gezondheid van de andere, via de meldingsplicht voor infectieziekten of via gedwongen opname van psychiatrische patiënten die door hun stoornis gevaar veroorzaken. De overheid houdt ook een oogje in het zeil bij activiteiten die in eerste instantie bij maatschappelijke organisaties gelegd zijn, en repareert de gaten die hierbij vallen. Zo houdt de overheid toezicht op de kinderopvang, organiseert de gemeente huisartsenhulp voor dak- en thuislozen en worden collectieve contracten voor de zorgverzekering van bijstandsgerechtigden afgesloten.

Er liggen veel kansen

De vorige minister van VWS stelde nadrukkelijk in de landelijke notitie 'Kiezen voor gezond leven' (2007-2010) dat een veranderende samenleving en nieuwe technologische ontwikkelingen vragen om herbezinning en zo nodig aanpassing van de uitgangspunten van gezondheidsbescherming en -bevordering. Andere en aanvullende benaderingswijzen van preventie kunnen effectief bijdragen aan de gezondheid van de Nederlandse bevolking. Daarbij noemde hij niet alleen de rol van zorgaanbieders als artsen (zowel huisartsen als specialisten), maar ook die van ouders en opvoeders. Bij de uitwerking van de door VWS aangedragen thema's wordt duidelijk dat er om breed beleid gevraagd wordt waarbij in samenhang met andere partijen wordt gestreefd naar verbetering van de gezondheid van de burgers.

We pleiten voor een bredere benadering.

Dit uitgangspunt wordt ook in Amsterdam onderschreven. Niet alleen stellen wij in deze nota voor dat gezondheidsvoorlichters samenwerken met lokale partijen (dit gebeurt ook al), maar pleiten we voor een bredere benadering waarbij concrete voorbeelden aangedragen worden en voorstellen gedaan worden. Immers, hoe kan de gemeente

vanuit de regierol vragen om brede samenwerking, maar de kansen die binnen de eigen organisatie laten liggen?

Er liggen nog veel (onbenutte) kansen om de gezondheid vanuit andere beleidsterreinen gunstig te beïnvloeden. In andere Europese landen zoals Engeland of Zweden wordt er, meer dan in Nederland, aandacht besteed aan integraal gezondheidsbeleid, bijvoorbeeld door brede politieke overeenstemming over de aanpak van gezondheidsachterstanden of door het actief aanmoedigen van samenwerkingsinitiatieven die de levensomstandigheden van bewoners verbeteren. De landelijke aanpak om de achterstandswijken tot krachtwijken te verheffen biedt hiervoor ook kansen.

Hand in eigen boezem

Concreet betekent dit dat de gemeente zichzelf een regierol oplegt. Dit houdt in dat eigen diensten, stadsdelen en partijen op het terrein van zorg en welzijn dezelfde prioriteiten stellen en hier hun activiteiten op aanpassen. Ook zijn deze partijen aanspreekbaar op hun verantwoordelijkheden en de samenwerking die vereist is. De gemeente zal hiertoe het initiatief nemen of initiatieven vanuit het veld ondersteunen. De jaarplannen kunnen hier op het gebied van volksgezondheid een rol in spelen. De regierol vraagt met name om een initiërende, innoverende en faciliterende houding van alle betrokkenen met oog voor samenhang.

De regierol vraagt met name om een initiërende, innoverende en faciliterende houding.

Zo ligt het bijvoorbeeld voor de hand dat met huisartsen en andere aanbieders in de eerste lijn gesproken wordt over hun (mogelijke) rol bij preventie van ziekten en de mogelijkheden binnen hun vakgebied.

Er zijn verschillende samenwerkingsrelaties en initiatieven waar het onderwerp 'preventie' een (al dan niet structurele) plek kan krijgen. Enkele voorbeelden zijn het Wmo-beleidsoverleg, de gebiedsgerichte programmering (ook opgezet in het kader van de Wmo), de aanpak van de aandachtswijken en, rondom specifieke thema's, overleggen die binnen het Plan van Aanpak OGGZ van de G4 gepland zijn.

Voorgesteld wordt dat de wethouder Zorg hierbij optreedt als coördinerend wethouder, om de samenhang met andere beleidsterreinen rondom de preventiethema's te ondersteunen.

Regie van de burger

De titel van de preventie-notitie van VWS is 'Kiezen voor gezond leven'. Deze titel laat aan duidelijkheid niet veel te raden over: mensen maken zelf keuzes die hun gezondheid in positieve of negatieve zin beïnvloeden. De minister zegt hierover het volgende: "... ziekte is deels onvermijdelijk door (genetische) aanleg of toeval. De welvaartsziekten van nu zijn grotendeels te vermijden: ongezond gedrag verhoogt de ziektelast. Ongezonde leefgewoonten vormen veel risico voor bijvoorbeeld hart- en vaatziekten, kanker, chronische luchtwegaandoeningen en diabetes (type 2). Iedereen vindt zijn eigen gezondheid belangrijk, maar lang niet iedereen leeft gezond. Mensen hóeven niet te roken of overmatig te drinken, maar velen doen het wel. Mensen kunnen voldoende bewegen, maar (slechts) minder dan de helft van de bevolking wil dagelijks een half uur bewegen. Met sporten leef je drie jaar langer. Gezonde voeding als groente en fruit is volop te koop, maar veel mensen eten liever vette, zoete of te zoute producten. Burgers kunnen dus kiezen voor gezond leven. Volwassenen moeten dat beseffen. En ook bewust zijn van de keuze die zij daarin (kunnen) maken en hun voorbeeldfunctie

Iedereen vindt zijn eigen gezondheid belangrijk,
maar lang niet iedereen leeft gezond.

naar jongeren." Overigens wordt hierbij opgemerkt dat een deel van de Nederlandse bevolking een lichamelijke of geestelijke beperking heeft die de mogelijkheid tot het maken van gezonde keuzes beïnvloedt.

Burgers ondersteunen

De minister geeft aan dat de burger zo veel mogelijk ondersteund dient te worden in het maken van gezonde keuzes, onder andere door de samenleving zo in te richten dat de 'gezonde en bewuste keuze' een makkelijke keuze wordt. Dit kan door de beschikbaarheid en toegankelijkheid van gezonde producten te vergroten, het eventueel invoeren van een 'vettax', en door de leefomgeving van de burger zodanig in te richten dat deze uitgenodigd wordt tot bewegen. Een goede samenwerking tussen de verschillende sectoren van de overheid draagt hieraan bij. Aan het einde van deze paragraaf vindt u een theoretisch kader over de wijze waarop het gedrag van burgers kan worden beïnvloed.

Specifiek voor Amsterdam

Het mag inmiddels bekend verondersteld worden dat een grote stad als Amsterdam te kampen heeft met bijzondere gezondheidsproblematiek. In hoofdstuk 2 is hier specifiek op ingegaan. In zijn algemeenheid geldt dat de bevolking van Amsterdam dermate divers is dat algemene gezondheidsbevorderende methoden - waaronder voorlichting -

onvoldoende zijn. Er zijn groepen kwetsbare mensen in de stad waar speciaal aandacht aan besteed moet worden. Uit de Amsterdamse Gezondheidsmonitor (2004) blijkt dat Amsterdammers zich iets minder gezond voelen (en dat ook zijn) dan het gemiddelde van de Nederlanders.

Eigen verantwoordelijkheid

Burgers zijn niet altijd even vatbaar voor de boodschap van de overheid om gezonder te leven. Niet alleen de (lokale) overheid heeft te maken met een veelvoud aan gezondheidsrisico's, risicogroepen en gezondheidsproblemen. Ook de individuele burger ontvangt verschillende boodschappen en waarschuwingen met betrekking tot zijn of haar gezondheid. Het is vervolgens aan de burger om de keuzes te maken, al dan niet ondersteund door de overheid. Dit is echter makkelijker gezegd dan gedaan. De mate waarin mensen in staat zijn grip te hebben op hun eigen leven en keuzes verschilt van persoon tot persoon. Sommige (groepen) mensen hebben hier meer moeite mee dan andere. In gesprekken met verschillende zorgaanbieders en patiënten- en cliëntenvertegenwoordigers komt steeds hetzelfde beeld naar voren: natuurlijk is het van belang dat mensen gestimuleerd worden om de juiste gezonde keuzes te maken. Maar als je een laag inkomen of schulden hebt, opvoedingsproblemen ervaart, je ongelukkig voelt in je werk, in je woning of in je sociale kring, dan staan gezonde keuzes niet altijd bovenaan je prioriteitenlijst.

Amsterdammers moeten in staat zijn regie te voeren over hun eigen leven.

Gedeeld probleem

Niet iedereen ervaart dezelfde problemen, maar dezelfde problemen worden ook niet altijd door iedereen op dezelfde wijze ervaren. Amsterdammers moeten in staat zijn regie te voeren over hun eigen leven, om gezonde keuzes te maken. Daarnaast moeten zij geïnformeerd worden over de gevolgen van hun keuzes voor hun gezondheid op korte en langere termijn. Vooral in dat eerste deel, het in staat stellen van personen om een gezonde keuze te maken, liggen veel mogelijkheden die tot nu toe onbenut zijn.

De betrokkenheid van de gemeente moet hierbij groter worden: de inrichting van de openbare ruimte kan mensen motiveren tot een gezondere leefstijl. Het gunningbeleid van de gemeente kan het aanbod van gezonde artikelen en diensten bevorderen. Via subsidies, deelname aan projecten en een beleid gericht op de zelfredzaamheid van mensen kunnen preventieve activiteiten verankerd worden in Amsterdam.

Geraadpleegde literatuur

Alderliesten M, Vrijkotte TGM, Wal MF van der, Bonsel GJ.

Late start of antenatal care among ethnic minorities in a large cohort of pregnant women. BJOG 2007;114:1232-1239.

Biglan A, Metzler CW, Wirt R, Ary D, Noell J, Ochs L, French C, Hood D.

Social and behavioral factors associated with high-risk sexual behavior among adolescents. Journal of Behavioral Medicine 1990;13: 245-262.

Brussel GHA van, Buster MCA. *OGGZ monitor Amsterdam '02'03'04.*

Amsterdam: GGD Amsterdam, 2005.

Dijkshoorn H. *De gezondheid van Surinamers in Amsterdam.*

Amsterdam: GGD Amsterdam, 2006.

Donker MCH. *Torn between two lovers: lokaal volksgezondheidsbeleid tussen*

politiek en wetenschap [inaugurele rede Erasmus Universiteit]. S.l.: s.n., 2006.

Gemeente Amsterdam. *Bestuursakkoord stad en stadsdelen 2006-2010.*

Amsterdam: Gemeente Amsterdam, 2006.

Gemeente Amsterdam. *Bundel met aanpak onderwerpen uit bestuursakkoord 2006-2010.*

Amsterdam: Gemeente Amsterdam, 2006.

Gemeente Amsterdam. *Meerjarenprogramma Jong Amsterdam/Kinderen Eerst*

[Raadsvoordracht, 2007, nr, 295]. Amsterdam: Gemeente Amsterdam, 2007.

Gemeente Amsterdam. *Bijlage, behorende bij raadsbesluit nr. 136/295 van 2007:*

meerjarenprogramma Jong Amsterdam/Kinderen Eerst.

Amsterdam: Gemeente Amsterdam, 2007.

Gemeente Amsterdam. Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling. *Visie op*

eerstelijnsgezondheidszorg in Amsterdam. Amsterdam: DMO/MGZ, 2005.

Gemeente Amsterdam. Dienst Werk en Inkomen. *Meerjarenbeleidsplan inkomen*

en armoedebeleid 2007-2010. Amsterdam: Dienst Werk en Inkomen, 2006.

GGD Amsterdam. *Seksueel gedrag in een subcultuur van tieners in Amsterdam*

Zuidoost: rapportage van een quick scan. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2006.

GGD Amsterdam. *Preventie genotmiddelengebruik in Amsterdam 2008-2011: beleidsnotitie*. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2007.
Hollander AEM de (eindred.). *Zorg voor gezondheid: volksgezondheid toekomst verkenning 2006*. Bilthoven: RIVM, 2006.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Kiezen voor gezond leven [Tweede Kamer, kamerstuknummer 22894, nr. 110]*. Den Haag: Tweede Kamer, 2006.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Gezond zijn, gezond blijven: een visie op gezondheid en preventie*. Den Haag: Ministerie van VWS, 2007.

Project Wonen-Zorg-Dienstverlening 2015. *Woonservicepact Amsterdam voor de realisatie van Amsterdamse woonservicewijken 2007-2010*. Amsterdam: Project Wonen-Zorg-Dienstverlening 2015, 2007.

Rijk/Vier grote steden. *Plan van aanpak maatschappelijke opvang*. S.l.: s.n., 2007.

Roozeboom K. *Let's talk about... sex: explorerend onderzoek naar seksuele gezondheid en weerbaarheid van meiden in Amsterdam*. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2007.

Schuijt-Lucassen NY, Deeg DJH, Verhoeff AP, Tichelman PJ. *Ouderen in Amsterdam: omvang en risicofactoren van depressie, sociaal isolement en verlies van regie over eigen leven*. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2006.

Spijker J, Bijl RV, Dekker J, Peen J. *Psychiatrische morbiditeit in de grote steden: een vergelijking tussen de vier grote steden en de rest van Nederland*. TSG tijdschrift voor gezondheidswetenschappen 2001;79:155-161.

Spijker J, Wurff FB van der, Poort EC, Smits CHM, Verhoeff AP, Beekman ATF. *Depression in first generation labour migrants in Western Europe: the utility of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)*. International Journal of Geriatric Psychiatry 2004;19:538-544.

Stuurgroep GGZ Preventie [GGD Amsterdam, AMC De Meren, GGZ Buitenamstel, Mentrum]. *De preventie van angst en depressie in Amsterdam: een verkenning*. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2007.

Uitenbroek DG, Ujcic-Voortman JK, Janssen AP, Tichelman PJ, Verhoeff AP. *Gezond zijn en gezond leven in Amsterdam: Amsterdamse gezondheidsmonitor gezondheidsonderzoek*. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2006.

Verhoeff AP, Hesdahl B (red.). *Gezond leven in gezond Amsterdam: nota volksgezondheidsbeleid 2004-2007*. Amsterdam: Gemeente Amsterdam/GG&GD Amsterdam, 2004.

Verweij A, Hooijdonk C van, Deuning C, Droomers M, Lucht F van der, Zwakhals L. *Gezondheid in de 40 prachtwijken*. Bilthoven: RIVM, 2007.

Vogelaar E. *Actieplan krachtwijken: van aandachtswijk naar krachtwijk*. Den Haag: Ministerie van VROM-Wonen, Wijken en Integratie, 2007.

Vrijkotte TGM, Wal MF van der, Eijdsden M van, Bonsel GJ. *First trimester employment, working conditions and birth weight*. BMJ [ingediend].

Wal MF van der, Diepenmaat ACM. *Psychosociale gezondheid van kinderen in groep 7 en 8 van de basisschool*. Amsterdam: GG&GD Amsterdam, 2002.

Wit MAS de, Tuinebreijer WC, Beekman ATF, Dekker J, Gorissen WHM, Penninx BW, Komproe IH, Mesu PS, Verhoeff AP. *Stemmings- en angststoornissen in Amsterdam: verschillen in vóórkomen en zorggebruik naar etniciteit*. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2006.

Wurff FB van der, Beekman ATF, Dijkshoorn H, Spijker JA, Smits CHM, Stek ML, Verhoeff AP. *Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands*. Journal of Affective Disorders 2004;83:33-41.

Zee W van (eindred.). *Amsterdam in cijfers 2006*. Amsterdam: Dienst Onderzoek en Statistiek, 2006.

6 Amsterdamse ontwikkelingen & beleid

Bijlage 1: Amsterdamse ontwikkelingen & beleid

Bijlage 2: Overzicht activiteiten laatste Nota Volksgezondheid

Bijlage 3: Schematisch overzicht betrokken partijen per thema

Bijlage 4: Overzicht van gebruikte afkortingen

Bijlage 5: Lijst met relevante websites voor achtergrondinformatie

Bijlage 1 Amsterdamse ontwikkelingen & beleid

Er zijn veel invalshoeken die benut kunnen worden om de gezondheid van de Amsterdammers positief te beïnvloeden. Er zijn ook al verschillende documenten verschenen over het Amsterdamse volksgezondheidsbeleid. In dit hoofdstuk ziet u een overzicht, inclusief de raakvlakken met de thema's in deze nota.

Het overzicht is opgesteld om aan te geven dat we in Amsterdam op vele terreinen kansen nemen en creëren voor het bevorderen van de gezondheid van de Amsterdammers. Ons college ziet in deze ontwikkelingen extra mogelijkheden om de komende vier jaar een sterke impuls te geven aan het terugdringen van gezondheidsverschillen in de bevolking. Zoals gezegd zullen we daarbij meer dan voorheen een beroep doen op andere partijen die een wezenlijke bijdrage moeten en kunnen geven. De samenwerking tussen publieke en private organisaties zal dus expliciet aandacht krijgen.

Achtergrond beleid en ontwikkelingen	Relatie met thema's van 'Alle Amsterdammers gezond'
Bestuursakkoord	
Het Bestuursakkoord 2006-2010 behelst acht punten waarvan een aantal raakvlakken heeft met het terrein van de openbare gezondheidszorg.	<ul style="list-style-type: none"> - Gedragsproblematiek - Sociaal isolement bij ouderen - Depressie - Angststoornissen
Wmo-nota	
De aanpak van de Wmo in Amsterdam is als volgt: <ul style="list-style-type: none"> - De vraag van de cliënt moet centraal staan, niet het (versnipperde) aanbod; - Er moet een zorgvuldige en integrale afweging plaatsvinden welke activiteiten en producten het best aansluiten bij de situatie van de cliënt - De informatie- en adviesfunctie moet gestroomlijnd worden: loketontwikkeling - Meer greep op toename zorgvraag en stijgende kosten - Meer greep op output zorgaanbieders en welzijnsorganisaties - Meer inzicht in budgetten, betere sturing en beheersing - De taakverdeling tussen stad en stadsdelen moet geoptimaliseerd worden Belangrijk speerpunt in de aanpak van de Wmo is het zo goed mogelijk aansluiten op de vraag en het bieden van een samenhangend pakket van voorzieningen. Wmovoorzieningen worden geboden op een zestal domeinen: opvang en onderdak, gezondheid, zelfstandig wonen, mobiliteit, sociale participatie, maatschappelijke participatie.	<ul style="list-style-type: none"> - Dreigende OGGZ-problematiek - Sociaal isolement bij ouderen - Suïcide - Bewegen - Voeding - Proeftuin Amsterdam - De gezonde wijk

Achtergrond beleid en ontwikkelingen	Relatie met thema's van 'Alle Amsterdammers gezond'
Sportnota	
In de Sportnota 2009-2012 van de gemeente Amsterdam worden drie uitgangspunten onderschreven: <ol style="list-style-type: none"> (1) sport als doel op zich; hierbij richt het zich op breedtesport, topsport en de ongeorganiseerde sport), (2) sport als middel voor gezondheid; hierbij wordt aandacht geschonken aan zowel de relatie van bewegen met gewicht en voeding, als in relatie tot psychosociale gezondheid, (3) sport als middel voor welzijn; hierbij is aandacht voor het sociaal isolement waarin sommige Amsterdammers verkeren, en voor specifieke doelgroepen die onvoldoende tot bewegen komen. De doelstellingen van de Sportnota en de Nota Volksgezondheid zijn op elkaar afgestemd op de relevante terreinen.	<ul style="list-style-type: none"> - Overgewicht - Depressie - Proeftuin Amsterdam - De Gezonde Wijk - Sociaal isolement bij ouderen
Preventie Genotmiddelengebruik in Amsterdam 2008-2011	
In deze nota staan de doelstellingen en activiteiten voor het gemeentelijk preventiebeleid genotmiddelengebruik voor de komende vier jaar. Het is de eerste keer dat ons college een samenhangend preventiebeleid ten aanzien van genotmiddelengebruik heeft opgesteld. Hiermee is een kader geboden om de samenwerking tussen en met de diverse betrokken partijen verder te stroomlijnen en te versterken, en om de financiering te stroomlijnen.	<ul style="list-style-type: none"> - Roken - Overmatig alcoholgebruik - Drugs - Depressie - Suïcide - Seksuele gezondheid
Jong Amsterdam / Kinderen Eerst	
Jong Amsterdam beschrijft het onderwijs- en jeugdbeleid voor 2006-2010 en is in samenspraak met schoolbesturen, stadsdelen, jeugdzorg en andere diensten tot stand gekomen. Jong Amsterdam bestaat uit een visie en een uitvoeringsplan. Vanwege de nauwe inhoudelijke samenhang tussen 'Kinderen Eerst' en 'Jong Amsterdam' is besloten deze twee programma's onder één noemer en aansturing te brengen: Jong Amsterdam/Kinderen Eerst. Er zijn drie werkwijzen waarlangs de middelen worden ingezet als het gaat om preventie van opvoedproblematiek. Deze drie werkwijzen (gericht op alle kinderen (basisvoorziening); gericht op specifieke groepen kinderen met gemeenschappelijke problemen; en gericht op individuele kinderen met specifieke problemen) zijn vertaald in vijf programmalijnen die in dit meerjarenprogramma worden beschreven. Lijn 1: Referentiemodel Lijn 2: Gezinsaanpak en zorg Lijn 3: Kinderen en vrije tijd Lijn 4: Gegevens en informatie Lijn 5: Visie op competentieontwikkeling	<ul style="list-style-type: none"> - Gedragsproblematiek - Bewegen - Voeding - Depressie - Angststoornissen - Seksuele gezondheid

Achtergrond beleid en ontwikkelingen	Relatie met thema's van 'Alle Amsterdammers gezond'
Meerjarenbeleidsplan Inkomens en Armoedebeleid 2007-2010	
Het beleidsplan schetst de prioriteiten voor aanvullende voorzieningen in het kader van het gemeentelijk armoedebeleid. Accenten liggen op: investeren in jonge Amsterdammers, voorkomen van gezondheidsproblemen, tegemoetkomen van mensen die niet in staat zijn op eigen kracht aan inkomensverbetering te werken en een handreiking bieden aan mensen met problematische schulden. In het plan wordt aangegeven dat samenwerking wordt gezocht met andere (gemeentelijke) instellingen die in het sociale domein actief zijn om de betrokken Amsterdammers op te zoeken.	<ul style="list-style-type: none"> - Dreigende OGGZ-problematiek - Sociaal isolement bij ouderen - Drugsgebruik
Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang, vertaling G4/Rijk naar Amsterdam	
Het Plan van Aanpak wil de bestaande aanpak intensiveren om de leefsituatie van mensen die dak- of thuisloos zijn (of dat dreigen te worden) te verbeteren en daarmee de vaak gepaard gaande overlast en criminaliteit tot een minimum beperken. Aangegeven wordt welke kansen het plan biedt, welke acties zinvol zijn en hoe men samen tot resultaten komt. Het landelijke plan richt zich op maatregelen die preventief werken voordat iemand dakloos wordt, op de gemeentelijke regie (door centrale toegang tot de maatschappelijke opvang en voorzieningen, en het ontwikkelen van veldregie) en op trajectregie op basis van een persoonsgebonden aanpak. Het plan gaat heel nadrukkelijk niet alleen over dak- en thuislozen maar ook over de groep die dat dreigt te worden. Hierbij spreekt men over OGGZ-cliënten: dakloze/thuisloze personen die in aanmerking komen voor AWBZ-zorg, personen bij wie sprake is van problemen op twee of meer van de domeinen wonen, zorg, inkomen, dagbesteding en beschermd gebruik.	<ul style="list-style-type: none"> - Dreigende OGGZ-problematiek - Sociaal isolement bij ouderen - Overmatig alcoholgebruik - Drugsgebruik
Van Aandachtswijk naar Krachtwijk	
Het kabinet wil eind 2007 een 'charter' (overeenkomst tussen gelijkwaardige partners) sluiten met de gemeente waarin ingezet wordt op 'urgente, hardnekkige en complexe' problemen in 17 buurten in Amsterdam. Aan dit charter liggen lokale wijkactieplannen ten grondslag. De minister heeft vijf velden benoemd waar de wijk aanpak zich op toespitst: wonen, werken, leren, integreren en veiligheid. De problemen in deze wijk vragen om een integrale en systematische aanpak die over de grenzen van de leefgebieden van bewoners heengaat. Daarbij gaat het om een combinatie van preventieve, curatieve en repressieve maatregelen. De problemen en achterstanden op de terreinen wonen, werken, leren en opgroeien, integreren en veiligheid zijn in de aandachtswijken onevenredig groot. De gezondheid en gezondheidsachterstanden van de inwoners in de wijken hebben een duidelijke relatie met deze vijf thema's.	<ul style="list-style-type: none"> - De Gezonde Wijk - Proeftuin Amsterdam - Overgewicht - Diabetes - Gedragsproblematiek - Sociaal isolement bij ouderen

Achtergrond beleid en ontwikkelingen	Relatie met thema's van 'Alle Amsterdammers gezond'
Proeftuin Amsterdam	
In juni 2007 is het Project Proeftuin Amsterdam van start gegaan. Dit initiatief gaat over gezond en lekker eten in Amsterdam en omgeving, meer gebruik van producten uit de regio en voedsel dat milieu- en diervriendelijker is. Diverse initiatieven en activiteiten worden samengevoegd om gezonde leefgewoonten en een meer duurzame voedselketen te stimuleren. Het is gericht op: <ul style="list-style-type: none"> - Het verbeteren van beschikbaarheid en consumptie van vers en gezond voedsel met aandacht voor de ecologische aspecten van voedselverbouwing, dierenwelzijn en eerlijke handel. - Het verbeteren van eet- en leefgewoonten in brede lagen van de bevolking, vooral bij kinderen en jongeren. - Het in de stad promoten van producten van het nabije platteland. - Het verbeteren van de logistiek van aanlevering van lokale producten. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proeftuin Amsterdam - De Gezonde Wijk - Voeding - Beweging - Diabetes - Overgewicht - Fijnstof
Centra Jeugd en Gezin: doorontwikkeling OKC's in twee fasen	
Met de ontwikkeling van de OKC's voor de leeftijdsgroepen van -9 maanden tot 12 jaar geven de stadsdelen vorm aan hun regierol op het gebied van het preventief jeugdbeleid en een sluitende aanpak zorg. De OKC-ontwikkeling draagt dan ook in hoge mate bij aan de realisatie van de doelstellingen en resultaatsafspraken van speerpunt 3 van Jong Amsterdam (sluitende aanpak zorg). Een goede afstemming tussen het stedelijk basismodel voor het OKC, de uitwerking van het programma Kinderen Eerst (visie, referentiemodel, aanpak multiproblemegezinnen) en de zorg in en om de school is nodig om tot een 'sluitende aanpak' te komen. Binnen het beschreven basismodel wordt uitgegaan van de ordening van de zorg voor kinderen tot 12 jaar en hun gezinnen naar drie leefmilieus of 'cirkels'. Hierbinnen functioneert het OKC als het coördinatiepunt voor de zorg voor het eerste milieu waarin kinderen opgroeien, de cirkel 'gezin'. Het OKC legt van daaruit de nodige relaties met de cirkels van het onderwijs en het publiek domein en maakt afspraken over de afstemming van de daar functionerende zorg- en interventiesystemen. De OKC's dragen zorg voor de schakeling van kind- naar gezinsgerichte zorg.	<ul style="list-style-type: none"> - Gedragsproblematiek - Beweging - Voeding - Seksuele gezondheid - Overgewicht

Achtergrond beleid en ontwikkelingen	Relatie met thema's van 'Alle Amsterdammers gezond'
Woonservicepact	
Partijen op het terrein van wonen, zorg en dienstverlening in Amsterdam willen samenwerken om de veranderende wensen van burgers te faciliteren. De samenwerking is erop gericht burgers meer mogelijkheden te geven om te kiezen waar zij willen wonen, hoe ze zorg willen krijgen en welke diensten ze willen afnemen om hun welzijn te vergroten. Belangrijkste ambitie is verder gestalte te geven aan gedifferentieerde en kleinschalige vormen van zelfstandig wonen en woonservicewijken. Om deze ambitie kracht bij te zetten is door de partijen op het terrein van wonen, zorg en dienstverlening een Woonservicepact opgesteld.	<ul style="list-style-type: none"> - Gezonde wijk - Sociaal isolement bij ouderen
Versterken preventie Eerste Lijn	
<p>In het voorjaar van 2005 is een notitie geschreven waarin de visie van de gemeente op de (toegang tot) zorg in de eerste lijn wordt beschreven. In deze breed gedragen visienota wordt ingegaan op de knelpunten die zich in de eerste lijn voordoen en de oorzaken hiervan.</p> <p>De kernpunten zijn:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aansluiten op de vraag van patiënten. 2. Aantrekkelijk zijn voor de beroepsgroepen. 3. Doelmatig en goed georganiseerd zijn. <p>Het is belangrijk dat de zorgvraag en het aanbod goed op elkaar afgestemd zijn, op stedelijk niveau en op stadsdeel- of wijkniveau. Daarom wordt ook aan de rol van de stadsdelen aandacht besteed. Voor goede zorg, toegesneden op de behoeften van de bewoners van een wijk of stadsdeel, wordt multidisciplinaire samenwerking hierbij het sleutelinstrument.</p> <p>De rol van preventie in de eerste lijn wordt niet sterk uitgelicht in de notitie terwijl het draagvlak hiervoor zeker groeit.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Overgewicht - Diabetes - Depressie - Angststoornissen - Gedragsproblematiek - Dreigende OGGZ-problematiek - Sociaal isolement bij ouderen - Suïcide - Bewegen - Voeding - Drugsgebruik - Roken - Overmatig alcoholgebruik - Seksuele gezondheid

Achtergrond beleid en ontwikkelingen	Relatie met thema's van 'Alle Amsterdammers gezond'
Huiselijk Geweld	
<p>Het Bestuursakkoord beoogt in 2009 een afname van het aantal meldingen huiselijk geweld met 10 procent ten opzichte van 2003. De afname moet het resultaat zijn van een aanpak voor zowel slachtoffers als plegers van huiselijk geweld en een goede samenhang tussen preventie- en signaleringsactiviteiten, hulpverlening en nazorg. Beoogde resultaten zijn:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) realisatie van zes ambulante steunpunten; b) realisatie van sluitende procesafspraken tussen de ketenpartners; c) uitbreiding en verbetering van het hulpaanbod; d) aandacht voor specifieke risicogroepen, zoals ouderen en allochtonen; e) uitbreiding van trajecten voor plegers om recidive tegen te gaan; f) versterking van preventie-, voorlichtings- en nazorgactiviteiten. <p>Binnen de aanpak Huiselijk Geweld valt ook het onderwerp eengerelateerd geweld. Het actieprogramma Eengerelateerd Geweld 2008-2009 richt zich op signalering, voorlichting, uitbreiding opvang, slachtofferbescherming en advies.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Depressie - Angststoornissen - Gedragsproblematiek - Sociaal isolement bij ouderen - Suïcide

Bijlage 2 Overzicht van activiteiten 'Gezond Leven in Gezond Amsterdam'. Nota Volksgezondheidsbeleid Amsterdam 2004-2007

Thema	Actie Nota 2003-2007	Stand van zaken 2007	
Gezonde start kinderen	1	Onderzoek naar oorzaken van problemen rond zwangerschap en geboorte	ABCD-study opgezet en uitgevoerd. Op basis van de resultaten zijn interventies ontwikkeld en geïmplementeerd. Het onderzoek wordt voortgezet om de ontwikkeling van de kinderen te volgen.
	2	Verdere implementatie ouder kind centra	In alle stadsdelen zijn OKC's geïmplementeerd.
	3	Uniformering taken en activiteiten binnen OKC	Protocollen zijn ontwikkeld en ingevoerd. De Groeigids is uitgebracht.
	4	Inzet voorlichting eigen taal en cultuur in OKC	Allochtone zorgconsulenten zijn werkzaam in de OKC's in die stadsdelen waar een behoefte aan deze expliciete inzet leefde bij de bewoners.
Gezonde leefgewoonten: minder roken, alcohol en andere genotmiddelen	5	Ontwikkelen preventiebeleid genotmiddelen	De Nota Preventie Genotmiddelen 2008-2011 is vastgesteld.
	6	Verdere implementatie 'Gezonde School en Genotmiddelen'	48 scholen nemen deel, wat overeenkomt met driekwart van de VO-scholen.
	7	Intensivering voorlichting (basis)onderwijs	De niet-rokenwedstrijd 'Actie Tegengif' draait op 16 scholen voor VO. Rookvoorlichting in het basisonderwijs 'Rooksignaal' draait op 20 basisscholen. Voorlichting over cannabis en alcohol in het middelbaar beroepsonderwijs draait in 42 klassen, verspreid over 7 scholen (i.t.t. tot de geplande 50 klassen). Hiervan besteden 33 klassen aandacht aan cannabis en 9 aandacht aan alcohol.
Gezonde leefgewoonten: gezonde voeding en voldoende beweging	8	Screening op risicofactoren overgewicht in ouder kind centra	Bij de contactmomenten met de kinderen zijn er 3 minuten extra tijd beschikbaar voor dit onderwerp. Naar scholen toe is veel aandacht besteed aan dit onderwerp.
	9	Ontwikkeling campagne gericht op gezonde voeding en vermindering inactiviteit jeugd	Campagne 'Over gewicht gesproken' is opgezet en geïmplementeerd.
	10	Sport- en bewegingsstimulering	De 1 ^e fase van Jump-In is geëvalueerd en op basis van veelbelovende uitkomsten zijn programmaonderdelen verder ontwikkeld. Nu is JUMP-in op 40 scholen in achterstandswijken geïmplementeerd (wordt 60 scholen in 2008 en verder uitgebreid vanaf 2009): Een effectevaluatie wordt uitgevoerd.
	11	Onderzoek culturele factoren overgewicht allochtonen	Twee interventies zijn ontwikkeld, geïmplementeerd en geëvalueerd in Westerpark.

Thema	Actie Nota 2003-2007	Stand van zaken 2007
Gezonde leefgewoonten: seksueel veilig gedrag	12	Versterking preventie-activiteiten SOA gericht op jongeren Het project 'Lang Leve de Liefde' wordt gecontinueerd, lesmateriaal is ontwikkeld voor leerlingen in praktijkonderwijs. Het project draait op 29 VMBO-scholen (is 80% van de scholen) en 5 van de 6 scholen voor praktijkonderwijs.
	13	Verbetering nieuwe media SOA preventie www.syfillistest.nl / www.homohep.nl / www.vasterelatie.nl
	14	Uitbreiding SOA-polikliniek De verhuizing heeft in mei 2006 plaatsgevonden.
	15	Versterking secundaire preventie SOA (counseling) Meerdere activiteiten zijn uitgevoerd: ontwikkeling risico-profileringsmethode t.b.v. cliënt-gericht counselen, afspraken rondom overname bron- en contactopsporing HIV+ patiënten en praktijkondersteuning bij praktijk Zuidoost.
Armoede en gezondheid: jeugd en ouderen	16	Verbetering aansluiting vraag en aanbod armoede bestrijding Het in het kader van de pilot opgezette spreekuur van de Formulierenbrigade in OKC Amsterdam Noord werd niet goed bezocht. Voortzetting was niet wenselijk.
	17	Signalering armoede problematiek jeugd
Verminderen psychosociale problematiek: versterken preventie GGZ	18	Versterking signalering en ketensturing psychosociale problematiek jeugd Na onderzoek is een protocol opgesteld, dat in het kader van project Samen Starten ingevoerd wordt onder de vlag van het programma 'Kinderen Eerst'.
	19	Versterking collectieve preventie psychosociale problematiek jeugd
	20	Plan van aanpak versterking preventie GGZ De opgerichte Stuurgroep Preventie GGZ heeft een breed gedragen visiedocument Preventie Angst en Depressie uitgebracht en deze onderwerpen tot prioriteit gemaakt binnen eigen en stedelijk beleid.
Verminderen psychosociale problematiek: betere signalering kindermishandeling	21	Versterking signalering kindermishandeling Het signaleren en bespreekbaar maken van kindermishandeling heeft extra aandacht gekregen binnen de activiteiten van JGZ
	22	Laagdrempelige melding van vermoedens van kindermishandeling Het Amsterdams Protocol Kindermishandeling voor beroepskrachten is geïmplementeerd. Hierbij worden medewerkers van verschillende geledingen binnen instellingen geschoold in de signalering van kindermishandeling en het werken met het protocol.
Tijdig signaleren hiaten in de zorg: ouderen	23	Verbetering afstemming preventieve, medische zorg, verzorgings- en welzijnsactiviteiten ouderen Dit onderwerp is een belangrijk punt binnen de inmiddels ingevoerde Wmo. De afstemming tussen preventie en zorg is in de afgelopen jaren nog onvoldoende uit de verf gekomen.
Tijdig signaleren hiaten in de zorg: personeelstekorten in de eerstelijnszorg	24	Haalbaarheidsonderzoek verdergaande samenwerkingsverbanden 1 ^e lijn Er is een visiedocument opgesteld door de gemeente dat onderschreven is door Agis. Uitwerking hiervan zal plaatsvinden in het kader van de Nota Volksgezondheid 2008-2011.

Thema	Actie Nota 2003-2007	Stand van zaken 2007
Tijdig signaleren hiaten in de zorg: informatievoorziening	25	Versterking informatievoorziening volksgezondheidszorg Op basis van o.a. de Amsterdamse Gezondheidsmonitor worden factsheets gemaakt over verschillende belangrijke thema's op het gebied voor de volksgezondheid voor zowel de centrale stad als de stadsdelen.
Intensiveren stadsbreed denken: versterken samenwerking ruimtelijke ordening en volksgezondheid	26	Gezondheidsaspecten systematischer meewegen in ruimtelijke ordening Dit onderwerp heeft gestalte gekregen bij de aanpak van luchtverontreiniging. Structurele overleggen met DRO zijn opgezet. Bij nader onderzoek naar de relatie tussen de fysieke inrichting van een wijk en de gezondheid van de bewoners bleek dat winst te behalen is bij dit onderwerp.
	27	Verder ontwikkelen van kengetallen voor zorg en welzijn. Het Programma Maatschappelijke Investeringen (PMI) is inmiddels afgerond en is onderdeel van het bestuursakkoord 2006-2009. Er is een monitor wonen, zorg en dienstverlening (wozodi) gereed. Deze wordt in de stadsdelen uitgevoerd.
Intensiveren stadsbreed denken: decentralisatie van de zorg naar stadsdelen	28	Inventarisatie behoefte aan ondersteuning bij stadsdelen Er is een serie bilaterale afspraken geweest met alle stadsdelen. Hieruit zijn aandachtspunten naar voren gekomen die o.a. geresulteerd hebben in de ontwikkeling van factsheets (zie punt 25). Binnen de stadsdelen is nog weinig aandacht voor preventief gezondheidsbeleid, wat niet onlogisch is gezien de ontwikkeling van de Wmo in de afgelopen periode en het feit dat collectieve preventie een taak van de centrale stad is.
	29	Inhoudelijke ondersteuning stadsdelen bij ontwikkeling en uitvoering gezondheidsbeleid

Bijlage 3 Schematisch overzicht betrokken partijen per thema

Thema / betrokken partijen ¹	Overgewicht	Diabetes	Depressie	Angststoornissen	Gedragsproblematiek	Dreigende OGGZ-probl.	Sociaal isolement bij ouderen	Suicide	Bewegen	Voeding	Roken	Alcoholgebruik	Drugsgebruik	Seksuele gezondheid	Luchtverontreiniging	Proeftuin Amsterdam	Gezonde wijk
Stadsdelen ²	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
GGD	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
DZS		•	•	•	•	•					•		•				
DMO	•	•	•	•	•			•					•				•
DWI					•												
DRO	•							•	•					•	•	•	•
DMB														•	•	•	•
DIW	•							•						•			•
Zorgverzekeraar/ Zorgkantoor	•	•	•	•	•	•		•	•	•	•	•	•			•	
GGZ-instelling/ drugshulpverl.			•	•	•		•			•	•						
Thuiszorg	•	•								•							
BJAA				•													
Eerstelijnszorg ³	•	•	•	•	•			•	•	•	•	•	•				
Maatschapp. dienstverlening			•	•		•					•		•				
Ziekenhuizen		•								•							
Zelforganisaties		•	•	•	•		•						•				
Religieuze org.		•	•	•			•										
Arbodiensten			•	•													
Private partijen	•							•	•								
Onderwijs	•							•	•	•	•		•	•	•		
Specifieke org. ⁴						•					•	•	•		•	•	•
Horeca ⁵											•	•					•
Politie											•	•					

De GGD neemt het initiatief om per thema (of meerdere thema's) de partijen bijeen te roepen om de jaarplannen op te stellen. In overleg wordt per onderwerp een trekker benoemd.

¹ De aangegeven partijen liggen niet vast. Het is uiteraard goed mogelijk dat in de komende vier jaren andere partijen een bijdrage leveren aan de jaarplannen en de uitvoering hiervan.

² Hier worden niet alleen de stadsdeelorganisaties zelf bedoeld, maar dat kunnen ook partijen zijn die onder auspiciën van het stadsdeel hun werk doen in de wijk/het stadsdeel, zoals buurtwerk, sportbuurtwerk, Loket Zorg en Samenleven, OKC's en de partners die hierin werkzaam zijn, Brede School,

³ Huisartsen, fysiotherapie, eerstelijnspsychologen, ...

⁴ Ivonne vd Ven-stichting, Schorerstichting, Amsterdams Centrum voor Seksuele Gezondheid, Rutgers Nisso Groep, jongerenorganisaties, Movisie, belangenorganisaties en onderzoeksinstanties m.b.t. milieu en natuur (Proeftuin), ministerie LNV, provincie, woningbouwcorporaties

⁵ Waaronder ook coffeeshops en smartshops vallen.

Bijlage 4 Overzicht van gebruikte afkortingen

ABCD	Amsterdam Born Children and their Development
AGM	Amsterdamse GezondheidsMonitor
AMC	Academisch Medisch Centrum
BJAA	Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam
BOS	Buurt, Onderwijs, Sport
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
DIVV	Dienst Infrastructuur Verkeer en Vervoer
DMB	Dienst Milieu en Bouwtoezicht
DMO	Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling
DRO	Dienst Ruimtelijke Ordening
DWI	Dienst Werk en Inkomen
DZS	Dienst Zorg en Samenleven
ELA	Eerstelijnszorg Amsterdam
G4	Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht: de vier grote steden
GGD	Geneeskundige en Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GSB III	Grote Steden Beleid III
GVB	Gemeentelijk Vervoersbedrijf
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KHN	Koninklijke Horeca Nederland
LASA	Longitudinal Aging Study Amsterdam
LVN	Landbouw, Natuur en Visserij (ministerie van)
LTO	Land- en Tuinbouw Organisatie
OGGz	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
OKC	Ouder- en Kind Centrum
OKC's	Ouder- en Kind Centra
OOV	Openbare Orde en Veiligheid
PM10	stofdeeltjes ('Particulate Matter') met een diameter kleiner dan 10 micrometer
SES	Sociaaleconomische Status
VMBO	Vorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs
VU	Vrije Universiteit
VWA	Voedsel- en Waren Autoriteit
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport (ministerie van)
Wcpv	Wet collectieve preventie volksgezondheid
WHO	World Health Organisation
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wwb	Wet werk en bijstand

Bijlage 5 Lijst relevante websites voor achtergrondinformatie

Hieronder volgt een lijst met relevante websites voor achtergrondinformatie.

Psychosociale problematiek / Depressie

Fonds Psychische Gezondheid

Het Fonds Psychische Gezondheid geeft informatie over psychische problemen en financiert wetenschappelijk onderzoek. De site bevat informatie over de voorlichting (o.a. via psychowijzer.nl en depressiecentrum.nl), de projecten en de publiekscampagnes van het Fonds. Verder bevat de site feiten en cijfers over psychische problemen. Via de webwinkel kunnen folders, brochures en publicaties besteld worden.

<http://www.fondspsychischegezondheid.nl/>

Informentaal

Informentaal is een Amsterdams informatie- en adviespunt voor mensen met psychische of psychiatrische problemen, hun familie en omgeving, en professionals.

<http://www.informentaal.nl>

Trimbos preventie

Het Trimbos-instituut is een landelijk kennisinstituut voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Deze site geeft een overzicht van preventieve interventies, netwerken en producten ingedeeld naar thema. Daarnaast informatie over ontwikkelingen, actualiteiten en cijfermateriaal.

<http://www.trimbospreventie.nl/>

Gebruik van genotmiddelen / roken / schadelijk alcoholgebruik

Jellinek

Informatie over alcohol, drugs, slaap- en kalmeringsmiddelen en gokken en over de verschillende vormen van hulpverlening van de Jellinek. Tevens biedt de site de mogelijkheid tot persoonlijk contact met een hulpverlener via chat of e-mail.

<http://www.jellinek.nl/>

Trimbos preventie

Het Trimbos-instituut is een landelijk kennisinstituut voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Deze site geeft een overzicht van preventieve interventies, netwer-



ken en producten ingedeeld naar thema. Daarnaast informatie over ontwikkelingen, actualiteiten en cijfermateriaal.

<http://www.trimbospreventie.nl/>

Stivoro - voor professionals

Website van de nationale organisatie voor voorlichting over de gezondheidsrisico's van roken. Deze site is bestemd voor professionals die betrokken zijn bij tabakspreventie: zorgverleners, gezondheidsbevorderaars, voorlichters, docenten en beleidsmakers. De site bevat informatie over interventies en producten van Stivoro, regionale gegevens, tabakspreventie in het lokale gezondheidsbeleid, aanbod deskundigheidsbevordering en praktische informatie. Bevat tevens een catalogus van voorlichtingsmaterialen. Vanaf de homepage kan doorgelinkt worden naar de publiekssite van Stivoro.

http://www.stivoro.nl/voor_professionals/index.aspx?mId=9929

Alcoholinfo.nl

Alcoholinfo.nl is onderdeel van de landelijke alcoholmatigingscampagne 'DRANK maakt meer kapot dan je lief is' van het NIGZ. De site geeft actuele informatie, facts en figures, achtergronden en overzichten van landelijke en regionale activiteiten per doelgroep. Via de site kunnen producten als lesmateriaal, campagneposters en onderzoeksrapporten besteld worden.

<http://www.alcoholinfo.nl/>

Seksuele gezondheid

Rutgers Nisso Groep, Kenniscentrum Seksualiteit

De Rutgers Nisso Groep is het nationaal expertise- en beleidscentrum op het gebied van seksualiteit, seksuele en reproductieve gezondheid in Nederland. De site bevat wetenschappelijk onderzoek, registratiegegevens, documentatie en informatie over innovatieve interventies en deskundigheidsbevordering. Tevens veel voorlichtingsmateriaal en een actuele wegwijzer naar internetbronnen op het gebied van seksualiteit en seksuologie. Ook toegang tot de databases van de Rutgers Nisso Groep.

<http://www.rutgersnissogroep.nl/>

SOA AIDS Nederland

De website van Soa Aids Nederland informeert zowel publiek als professionals over hiv, aids en andere soa, hiv/soa-preventie en veilig vrijen. Met materialenoverzicht, factsheets en infotheek.

Via deze site kan doorgelinkt worden naar de jongerensite safesex.nl.

<http://www.soaids.nl/>

Beweging en voeding / Overgewicht

Voedingscentrum

Het Voedingscentrum heeft als doel om consumenten wetenschappelijk verantwoorde, eerlijke informatie te geven over gezonde voeding en voedselveiligheid. De site bevat een rubriek voor professionals met onder andere informatie voor diëtisten en uitgaven voor het onderwijs.

<http://www.voedingscentrum.nl>

NISB - Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen

Het NISB is het landelijk kennis- en innovatiecentrum voor sport en bewegen met als taken advisering, begeleiding, ontwikkeling en deskundigheidsbevordering. Thema's op de site: Buurt - Onderwijs - Sport, Kwaliteit Sportaanbod en Breedtesportimpuls (BSI), Gezondheid en Actieve Leefstijl en Participatie en Toegankelijkheid.

<http://www.nisb.nl>

Kenniscentrum Overgewicht

In het kenniscentrum participeren onderzoekers van de Vrije Universiteit en het VU medisch centrum. Primaire preventie of het vinden van een effectieve behandeling van overgewicht is de missie van het Kenniscentrum. De site biedt publicaties en rapporten, de congresagenda en projectinformatie. De site is bestemd voor preventiemedewerkers en behandelaars van overgewicht van kinderen en volwassenen.

<http://www.overgewicht.org/>

Diabetes

Diabetesvereniging Nederland

Site met informatie over de werkwijze van de Diabetesvereniging Nederland, de landelijke werkgroepen diabetes, publicaties, voorlichtingsmateriaal, weblinks en een Infotheek. De site is zowel voor publiek als professionals.

<http://www.diabetesvereniging.nl/>

Diabetes Fonds

Het Diabetesfonds heeft twee kerntaken: het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek en het geven van publieksvoorlichting. Op deze site is zowel publieksvoorlichting, informatie over fondsenwerving als wetenschappelijke informatie te vinden.

<http://www.diabetesfonds.nl/>

Overige

GGD Amsterdam

<http://www.gezond.amsterdam.nl/>

ABCD-onderzoek

<http://www.abcd-study.nl/>

LASA-onderzoek

<http://www.lasa-vu.nl/>

De Gezonde Wijk

<http://www.degezondewijk.nl/>

Jump-In

<http://www.jumpin.nl/>

Luchtkwaliteit Amsterdam

<http://www.luchtkwaliteit.amsterdam.nl/>

Kinderen Eerst

<http://www.kindereneerst.amsterdam.nl/>

Proeftuin Amsterdam

<http://www.proeftuin.amsterdam.nl/>

Vrijlekker

<http://www.vrijlekker.nl/>



Colofon

Uitgave

GGD Amsterdam, 2008

Samenstelling en teksten

Annelies Acda en Arnoud Verhoeff

Redactie

Tekstburo Gort

Fotografie

Jonas Briels;

Fotoarchief Gemeente Amsterdam (p. 4, 10, 58, 60, 64)

Vormgeving en productie

In Beeld, Amsterdam

Drukwerk

Drukkerij Koopmans, Zwanenburg

ISBN

ISBN 90-978-5348-156-1

GGD Amsterdam
Nieuwe Achtergracht 100
1018 WT Amsterdam
Postbus 2200
1000 CE Amsterdam

Telefoon 020 555 5495

info@ggd.amsterdam.nl
www.gezond.amsterdam.nl