

Lokaal Volksgezondheidsbeleid gemeente Aalsmeer 2010 - 2014
“Gezondheid op peil”

Definitieve versie: 25 februari 2010

Voorwoord

“Het overgrote deel van de inwoners van Aalsmeer is tevreden over de eigen gezondheid. Daar zijn we als gemeente natuurlijk heel blij mee. Verder doen veel Aalsmeerders aan sport, dus ik denk dat we wel mogen stellen dat het goed gaat met de gezondheid van de gemiddelde Aalsmeerder. Toch kunnen we ook in Aalsmeer nog flink wat gezondheidswinst behalen. Zo is het alcohol- en drugsgebruik onder jongeren hoog, heeft meer dan de helft van de ouderen last van overgewicht en heeft ruim 10% van de senioren diabetes.

Vier thema's

We hebben in ons gezondheidsbeleid gekozen voor vier thema's: het terugdringen van alcohol- en drugsgebruik, verminderen van roken, beperken van het aantal mensen met overgewicht en diabetes en het vroegtijdig signaleren of voorkomen van depressie. Daarmee sluiten we aan bij het landelijk gezondheidsbeleid van het ministerie VWS en bij de uitkomsten van de gezondheidspeiling onder de Aalsmeerse bevolking van de GGD.

Preventie

Wij zetten als gemeente in op preventie. Ons beleid is gericht op het bevorderen van een gezonde levensstijl. Dit willen we onder andere bereiken door het geven van voorlichting, lessen op scholen, cursussen en trainingen. Zo heeft de GGD enkele goede lesprogramma's voor basisscholen, waarbij leerlingen én hun ouders goed worden ingelicht over de gevaren van alcohol, drugs en roken.

Mensen enthousiasmeren voor sport

Overgewicht en diabetes willen we - naast het geven van voorlichting – aanpakken door mensen te stimuleren meer te sporten en bewegen. Een goed voorbeeld hiervan is het GALM-project, een project voor senioren dat bewezen effectief is. De Sportnota die onlangs is uitgekomen en waarin sportstimulering centraal staat, sluit dus heel goed aan bij de doelstellingen van deze nota.

Hulp én handhaving

We realiseren ons dat niet alle problemen eenvoudig zijn op te lossen. Zo gebruiken veel Aalsmeerse jongeren drugs en alcohol. Ik zie dit ook in mijn directe omgeving, het is een probleem dat mij echt aan het hart gaat. Tegelijkertijd zijn jongeren die veel drinken en roken vaak lastig te bereiken. We willen daarom samenwerken met sportverenigingen, jongerenwerkers en scholen om in contact te treden met deze doelgroep. Maar we zullen ook meer handhavend gaan optreden.

Vroegtijdige hulp bij depressie

Verder is depressie een belangrijk aandachtspunt in ons beleid. Uit onderzoek blijkt namelijk dat 1 op de 4 mensen óf zelf depressief wordt óf in zijn directe omgeving te maken krijgt met iemand met depressie. Dit heeft een enorme impact op de levens van mensen. We willen meer bekendheid geven aan deze ziekte, zodat mensen in een vroegtijdig stadium hulp kunnen krijgen. Dit onderwerp pakken we gezamenlijk op met GGZ Ingeest.

Aalsmeer AED-proof

Met een aantal projecten dat wordt genoemd in de nota zijn we al begonnen. Waar ik bijvoorbeeld erg trots op ben, is dat we in Aalsmeer binnenkort een dekkend netwerk hebben voor Automatische Externe Defibrillatoren (AED). In Aalsmeer worden elk jaar 20 mensen getroffen door een hartstilstand. Als iemand een hartstilstand heeft, moet binnen 6 minuten worden ingegrepen. We hebben nu een dekkend netwerk met defibrillatoren plus een dekkend netwerk van mensen die hartmassage kunnen geven. Dit resultaat hebben we kunnen bereiken door enthousiaste samenwerking met mensen van de EHBO. Ik weet zeker dat we met dit initiatief levens gaan redden! En dat is precies wat we met deze gezondheidsnota willen bereiken: dat inwoners van Aalsmeer langer in goede gezondheid blijven leven! Ik hoop van harte dat uit de volgende gezondheidspeiling van de GGD blijkt dat we op de goede weg zijn!”

Jaap Overbeek
Wethouder Volksgezondheidszorg

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	1
Inhoudsopgave	3
Samenvatting.....	5
MISSIE	6
Hoofdstuk 1: Waarom een nota lokaal volksgezondheidsbeleid	7
§ 1.1 Inleiding	7
§ 1.2. Goede gezondheid belangrijk in het leven.....	7
§ 1.3. Opbouw nota	9
Hoofdstuk 2: Visie op gezondheid en lokaal volksgezondheidsbeleid	10
§ 2.1. Inleiding	10
§ 2.2. Gezondheid in context.....	10
§ 2.3 Integraal gezondheidsbeleid	11
Hoofdstuk 3: Stand van zaken gezondheid gemeente Aalsmeer.....	13
§ 3.1 Inleiding	13
§ 3.2. Algemeen.....	13
§ 3.2.1. Jeugd.....	13
§ 3.2.2. Volwassenen.....	14
§ 3.2.3. Ouderen.....	15
§ 3.2.4. Allochtonen.....	16
§ 3.2.5 mensen met een lage opleiding en/of laag inkomen.....	17
Hoofdstuk 4 Ontwikkelingen op het terrein van gezondheid	19
§ 4.1. Landelijk beleid.....	19
§ 4.2. lokaal beleid.....	19
§ 4.2.1. Visie gemeente Aalsmeer op volksgezondheidsbeleid.....	19
§ 4.2.2. Speerpunten lokaal volksgezondheidsbeleid	21
§ 4.2.3. Integrale aanpak gezondheidsproblemen.....	21
Hoofdstuk 5: Wat gaan we doen? Speerpunten voor de komende vier jaar.....	23
§ 5.1. Inleiding	23
§ 5.2. Onderbouwing van de speerpunten.....	23
§ 5.3. Doelgroepen	23
§ 5.4. Speerpunt 1: Verminderen schadelijk alcohol-en drugsgebruik.....	24
Financiering:.....	27
§ 5. 5. Speerpunt 2: Verminderen overgewicht / diabetes.....	28
§ 5. 6. Speerpunt 3: Depressie / psychosociale klachten en eenzaamheid.....	32
Hoofddoel DEPRESSIE (2010-2014):.....	33
Financiering	34
Prestatie-indicatoren:.....	34
§ 5.7. Speerpunt 4: Verminderen Roken	35
Financiering	36
Evaluatie	36
Hoofdstuk 6 Actuele gezondheidsthema's in de gemeente Aalsmeer.....	38
§ 6.1 Inleiding	38
§ 6.2. De zorginfrastructuur van Aalsmeer.....	38
§ 6.2.1. Eerstelijnsgezondheidszorg.....	38
§ 6.2.2. Tweedelijnsgezondheidszorg.....	39
§ 6.2.3. Wonen, Welzijn en Zorg (WWZ).....	40
§ 6.3. Gezondheid en Milieu.....	40
§ 6.3.1 Luchtverontreiniging/fijnstof:.....	40

§ 6.3.2. Geluidsoverlast.....	41
Schema 1: Geluidshinder Amstellandgemeenten	42
§ 6.4 Ambulancevervoer	42
§ 6.5 AED's in Aalsmeer	43
Hoofdstuk 7: Uitvoering van de nota	45
§ 7.1 Uitvoering	45
7.2 Communicatie.....	45
<i>Communicatiedoel.....</i>	45
A. <i>Communicatie van het gezondheidsbeleid.....</i>	46
B. <i>Communicatieplan voor de uitwerking van de vier speerpunten</i>	46
C. <i>Interne communicatie.....</i>	46
7.3 Monitoring en evaluatie	46
7.4 Financiën	46
7.5 Samenwerking en afstemming.....	48

Bijlagen

1. Taken en rol van de gemeente volgens de Wet publieke gezondheid	I
2. Terugblik periode 2003 – 2007.....	III
3. Overzicht Speerpunten lokaal volksgezondheidsbeleid.....	VI
4. Schematisch overzicht betrokken partijen per thema.....	VIII
5. Lijst van afkortingen.....	IX
6. Literatuurlijst.....	X

Samenvatting

Voor een ieder is een goede gezondheid het belangrijkste in het leven. De gemeente Aalsmeer vindt het belangrijk om de gezondheid van haar inwoners te beschermen en te bevorderen. De gemeente voert daarom een lokaal volksgezondheidsbeleid uit. Vanuit de Wet publieke gezondheid (Wpg) dient zij om de vier jaar een nota gezondheidsbeleid op te stellen. Lokaal Volksgezondheidsbeleid gaat over de wijze waarop de gemeente de gezondheid van haar burgers kan bevorderen en beschermen. Deze nota voor de periode 2010 – 2014 is een vervolg op de nota Regionaal Volksgezondheidsbeleid Amstelland en Meerlanden “Een blakend gezonde regio?!” 2003 – 2007.

De meeste inwoners van Aalsmeer voelen zich gezond. Echter op verschillende terreinen valt nog veel gezondheidswinst te behalen. De Rijksoverheid geeft in haar nota Kiezen voor Gezond leven (2006) aan dat de grootste gezondheidsbedreigers zijn: roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie. Ook zijn er nog grote verschillen in gezondheid tussen mensen met hoge opleiding/inkomen en mensen met een lage opleiding/inkomen en in etniciteit. De gezondheid in Aalsmeer wijkt niet veel af van het regionale c.q. landelijke beeld.

De gemeente gaat daarom in navolging van het rijksbeleid de komende vier jaar vooral aandacht besteden aan de onderstaande vier speerpunten:

- Het terugdringen van roken;
- Het terugdringen van schadelijk alcohol- en drugsgebruik;
- Het terugdringen van overgewicht en signaleren en tijdig voorkomen van diabetes;
- Het vroegtijdig signaleren dan wel tijdig voorkomen van depressie en angststoornissen.

En daarbinnen aan:

- Het terugdringen van gezondheidsverschillen tussen groepen.

Gezondheidsbevordering heeft de meeste kans van slagen als het op zo veel mogelijk verschillende manieren gebeurt met gebruikmaking van bewezen effectieve methoden. Bijvoorbeeld via voorlichting, lessen, cursussen en trainingen, maar ook via regelgeving en het aanpassen van de omgeving. Daarbij wordt er zowel rechtstreeks voorlichting en informatie gegeven als training aan intermediairs (leerkrachten, jongerenwerkers etc.) zodat zij in hun werk ook aandacht aan de vier speerpunten besteden.

Er vinden al veel preventie-activiteiten plaats in de gemeente Aalsmeer. Alleen ontbreekt het aan de samenhang in deze activiteiten. De gemeente gaat daarom voor de 4 speerpunten werken met vier gemeentelijke uitvoeringsprogramma's waarin van een bundeling van deze preventie-instrumenten gebruik gemaakt gaat worden. Het gaat om het uitvoeren van preventie-activiteiten waarvan grotendeels inmiddels bekend is dat ze wetenschappelijk aangetoond effectief zijn.

Elk uitvoeringsprogramma is zowel gericht op jongeren, volwassenen en ouderen en daarbinnen is er extra aandacht voor mensen met een lage opleiding en/of laag inkomen. Elk uitvoeringsprogramma omvat doelstellingen, die het bereik weergeven, zodat periodiek de vorderingen zijn na te gaan. Voor een deel komen de gezondheidsbedreigingen samen in een riskante leefstijl van een deel van de bevolking dat rookt, veel alcohol drinkt, te veel eet en te weinig beweegt. In de uitvoeringsprogramma's worden waar nodig dwarsverbanden gelegd om deze groep met een gezamenlijk aanbod te bereiken.

Naast bovengenoemde onderwerpen zijn er per leeftijdsgroep nog andere thema's die aandacht vragen, zoals: ambulancezorg, verstevigen eerstelijnsvoorzieningen en geluidsoverlast Schiphol.

MISSIE

Langer leven in gezondheid voor alle inwoners van Aalsmeer

Het doel van het gezondheidsbeleid van Aalsmeer is het bereiken van gezondheidswinst voor de inwoners van Aalsmeer en het verkleinen van de gezondheidsverschillen tussen groepen, door:

- het bevorderen van een gezonde manier van leven;
- het bevorderen van een gezonde sociale, psychische en fysieke omgeving;
- het bevorderen van de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg.

en hierbij extra aandacht te geven aan (groepen) inwoners die in een situatie van gezondheidsachterstand verkeren.

MOTTO

Aalsmeer gezondheid op peil

Hoofdstuk 1: Waarom een nota lokaal volksgezondheidsbeleid

§ 1.1 Inleiding

In de kadernota “Uitgangspunten voor invulling van nieuwe taken in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)” 2008 – 2011 heeft het college aangegeven “meedoen” mogelijk te willen maken voor iedereen. Het is daarom van belang om de inwoners van Aalsmeer te helpen gezond te zijn, te worden en te blijven. In ieder geval wil de gemeente wanneer dit niet mogelijk is ondersteuning te bieden aan de mensen, die hierbij hulp nodig hebben. Voorgaande benadering is ook van toepassing op het lokaal volksgezondheidsbeleid. In deze nota, “Gezondheid op peil”, is voor de komende vier jaar beleid opgesteld om de gezondheidsverschillen tussen (groepen)inwoners te verkleinen en hen te helpen zo lang mogelijk gezond te blijven.

§ 1.2. Goede gezondheid belangrijk in het leven.

Op de vraag wat mensen het belangrijkste in het leven vinden is vaak het antwoord: een goede gezondheid. Iedere persoon is in de eerste plaats verantwoordelijk voor de eigen gezondheid. Iemand maakt van jongs-af-aan al voortdurend keuzes die van invloed zijn op de eigen gezondheid. Die keuzes hebben niet alleen invloed op de persoon zelf maar ook op de omgeving. Hoe gezonder iemand is, hoe meer iemand volwaardig aan de samenleving kan deelnemen. Er zijn allerlei organisaties die mensen ondersteunen bij het gezond blijven. De overheid heeft een centrale taak in deze gezondheidsbevordering. Op lokaal niveau hebben gemeenten een wettelijke taak in het beschermen en bevorderen van de gezondheid van hun burgers.

De Gemeente Aalsmeer gaat actief stimuleren dat haar burgers langer in een goede gezondheid leven.

Deze taak is vastgelegd in de Wet publieke gezondheid (Wpg). Deze wet, welke op 1 december 2008 in werking is gesteld, verplicht de gemeente lokaal volksgezondheidsbeleid te voeren (zie bijlage 1). Deze wet geeft aan dat de gemeente vierjaarlijks haar beleid in een nota dient vast te leggen. Binnen de Wpg bestaat in artikel 5a specifieke aandacht voor preventieve gezondheidszorg voor (kwetsbare) ouderen.

In 2003 is door de toenmalige vijf Amstel-en Meerlandgemeenten de eerste volksgezondheidsnota getiteld “Een blakend gezonde regio?!” 2003 – 2007 vastgesteld (zie bijlage 2).

Er is in die vier jaar het nodige gebeurd aan gezondheidsbevordering en -bescherming. Deze lokale nota is de opvolger van die eerste nota. Dit is de nota voor de periode van 2010 -2014.

Lokaal gezondheidsbeleid is alle acties van de gemeente en andere organisaties of personen die erop gericht zijn de gezondheidstoestand van de bevolking te handhaven en te verbeteren.

In het lokale volksgezondheidsbeleid wordt een onderscheid gemaakt tussen preventiebeleid en zorgbeleid.

Preventiebeleid is erop gericht dat mensen langer in goede gezondheid leven. Dit is de hoofdtaak van de gemeente.

Bij het *zorgbeleid* is de gemeente niet verantwoordelijk voor de gezondheidszorg, maar wel voelt ze zich er namens haar burgers verantwoordelijk voor dat er voldoende kwalitatief goede zorg is binnen de gemeente. Is de zorg niet goed dan zal de gemeente in actie komen om deze zorg te (laten) verbeteren.

Meer en meer zie je dat ook de curatieve zorg aandacht aan preventie gaat besteden. Huisartsen en medisch specialisten hebben door dat zij een belangrijke rol kunnen spelen in het adviseren en ondersteunen van hun patiënten om tijdig een ongezonde leefgewoonte bij te stellen zodat een chronische ziekte (lichamelijk en/of geestelijk) kan worden voorkomen.

Onder gezondheidsbeleid wordt derhalve verstaan: al het beleid dat er op gericht is de gezondheidstoestand van (delen van) de bevolking te handhaven of te verbeteren.

Vanuit deze brede visie is een aantal hoofdlijnen aan te geven voor het lokale volksgezondheidsbeleid:

- De gezondheidstoestand van de lokale bevolking wordt voor een groot deel bepaald door factoren die liggen buiten de sector gezondheidszorg. Een gezonde leefomgeving, zowel fysiek als sociaal (thuis, buurt, wijk of dorp) bevordert en ondersteunt de gezondheid;
- Stimuleer en ondersteun bij mensen de persoonlijke vaardigheden en mogelijkheden om zelf voor hun gezondheid te zorgen en gezonde leefwijzen te bevorderen;
- Zorg ervoor dat de gezondheidszorgvoorzieningen en vangnetfuncties aansluiten bij de mensen en niet andersom;
- In de brede kijk op gezondheid heeft bijna iedere actie of beleidsbeslissing van de gemeente invloed op de gezondheid van burgers.

Het volksgezondheidsbeleid krijgt inhoudelijk steeds meer een plek op de politieke agenda. Het nieuws wordt niet alleen beheerst door vragen over betaalbaarheid van de zorg, kostenreductie en het nieuwe zorgstelsel. Ook in het publieke debat wordt steeds meer gesproken over inhoudelijke gezondheidsproblematiek. Preventie, leefstijl en leefgewoonten nemen daarin een belangrijke positie in. Een goed voorbeeld van het publieke debat vormt de rookvrije horeca per 1 juli 2008.

Hoewel de keuze voor een gezonde leefstijl bij de burger zelf ligt, heeft een gemeente goede redenen om zich bezig te houden met de gezondheid van haar bewoners. Naast dat gezondheid een voorwaarde is voor een gelukkig en productief leven ook voor de samenleving als geheel is gezondheid van de burgers van belang. Maatregelen die een gemeente daarbij kan treffen zijn aanpassingen te verrichten in de fysieke en sociale omgeving, maar ook door aandacht te schenken aan de leefstijl van mensen door voorlichting en subsidieverstrekking.

Het lokaal volksgezondheidsbeleid heeft veel verbinding met het in het eind 2007 vastgestelde meerjarenbeleid van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De Wmo richt zich op het ondersteunen van kwetsbare burgers. Dat zijn vaak mensen die een kwetsbare gezondheid hebben. Preventie is voorliggend op maatschappelijke ondersteuning. Door goede preventie kan de vraag naar maatschappelijke ondersteuning verminderen. Iedereen heeft er dus alle belang bij te investeren in preventie en een stevig preventiebeleid neer te zetten voorliggend op het Wmo-beleid.

Op de volgende manier is de betrokkenheid bij de beleidsontwikkeling en daarmee het draagvlak voor deze nota vergroot. Allereerst zijn binnen de gemeente de relevante beleidsterreinen bij het opstellen van de nota betrokken. De conceptnota is tot stand gekomen in overleg met de organisaties die in Aalsmeer preventie-activiteiten uitvoeren en met de organisaties die in Aalsmeer zorg bieden en mogelijk hun preventie-activiteiten willen uitbreiden.

Na instemming van de raad zal de conceptnota door B&W ter inzage voor inspraak worden gelegd. De conceptnota wordt daarnaast via een apart traject besproken met de cliënten- en patiëntenorganisaties in Aalsmeer.

De gemeente houdt regie over de uitvoering van preventieprogramma's in de gemeente. De preventieprogramma's worden in overleg met de betrokken partijen na vaststelling van de nota verder opgesteld en uitgevoerd.

De komende vier jaar worden vanzelfsprekend de organisaties nauw betrokken bij de verdere invulling van de gemeentelijke uitvoeringsplannen.

§ 1.3. Opbouw nota

De opbouw van deze nota is zo eenvoudig mogelijk gehouden. De nota begint met een visie op gezondheid en volksgezondheid. Om vervolgens keuzes te maken voor uit te voeren activiteiten is het nodig om eerst te weten hoe het met de gezondheid van de inwoners van Aalsmeer is gesteld. Op basis daarvan en vanuit het landelijke beleid heeft het lokale beleid vorm gekregen. Dit beleid is vervolgens uitgewerkt in speerpunten en actuele thema's gericht op doelgroepen en deelgebieden voor de komende vier jaar. Deze hoofdstukken vormen gezamenlijk de kern van deze kadernota. In de uitvoeringsplannen, volgend na vaststelling van de kadernota, worden de concrete activiteiten vastgelegd die ondernomen worden om de gestelde doelen te bereiken.

Hoofdstuk 2: Visie op gezondheid en lokaal volksgezondheidsbeleid

§ 2.1. Inleiding

Gezondheidswinst kan worden behaald door in te grijpen op factoren die van invloed zijn op de gezondheid en ziekte. Hierbij gaat het globaal om preventie en zorg. In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke manier de gemeente via haar beleid invloed heeft op een gezonde leefomgeving, gedragverandering en een goed zorgaanbod. Daarbij is er aandacht voor de vraag in hoeverre het landelijke en lokale volksgezondheidsbeleid reikt en welke reikwijdte en prioriteiten worden gesteld.

§ 2.2. Gezondheid in context

Gezondheid in brede zin betekent volgens de World Health Organisation (WHO): “een toestand van lichamelijk, sociaal en psychisch welbevinden. Gezondheid is meer dan de afwezigheid van ziekte of gebreken, het is vooral een positief begrip: gezondheid is een voorwaarde voor maatschappelijk functioneren”.

De gemeente gaat daarbij uit van het model van Lalonde. In dit model staan vier factoren van gezondheid centraal: biologische factoren, leefstijl, zorg (voorzieningen) en de omgeving (fysieke en sociale).

Onderstaand model geeft de relatie tussen beleidsvoornemens en gezondheid weer.

Afbeelding 1: Model Lalonde : de relatie tussen (gemeentelijke beleidsvoornemens en gezondheid)



De gemeente kan geen invloed uitoefenen op de biologische factoren, dit is een vast gegeven. Wel heeft de gemeente invloed op de leefstijl, leefomgeving en zorgvoorzieningen. Volksgezondheidsbeleid dient gericht te zijn op de verandering van ongezonde leefgewoonten.

Overmatig drankgebruik en onvoldoende beweging bijvoorbeeld vergroten de kans op ziekte. De gemeente kan hierbij gezonde keuzes stimuleren.

Een voorbeeld is door te overleggen met sportkantines over het schenken van alcohol of door het zorgen voor voldoende sportfaciliteiten. De fysieke en sociale leefomgeving heeft invloed op gezondheid en welzijn. De gemeente kan daaraan bijdragen door te investeren in sport- en welzijnsvoorzieningen, wonen, werken of versterking van sociale samenhang. De aanwezigheid en het functioneren van voorzieningen zoals de eerstelijnszorg, vraagsturing, toegankelijkheid, ketenzorg, personeelsbeleid en financiering hiervan zijn ook factoren die invloed hebben op de gezondheidssituatie van mensen.

Het doel van het gemeentelijke volksgezondheidsbeleid is:
het op peil houden of verbeteren van de gezondheidssituatie van de inwoners.
Mensen zijn in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor het eigen gedrag en daarmee ook voor hoe gezond men leeft. De gemeente kan door het bevorderen van een gezonde leefstijl en positief beïnvloeden van de sociale en fysieke omgeving echter wel stimuleren dat mensen een gezonde keuze maken.

§ 2.3 Integraal gezondheidsbeleid

Gezondheid kan impliciet een onderdeel zijn van allerlei andere beleidsterreinen. Veel gezondheidsproblemen horen niet alleen bij volksgezondheid. Zo vraagt bijvoorbeeld het promoten van de jeugd sportpas (van uit het lokale sportbeleid) en de activering aan sportdeelname van uitkeringsgerechtigden (minimabeleid /G2 Aalsmeer/Uithoorn) om een integrale aanpak, waarbij volksgezondheidszorg / uitvoering speerpunt overgewicht/ diabetes nauw betrokken kan zijn.

Integraal gezondheidsbeleid is erop gericht verschillende factoren die van invloed zijn op de gezondheid in samenhang aan te pakken. Hiermee kan de gemeente gezond gedrag via een gezonde omgeving stimuleren door in te zetten op verschillende beleidsterreinen. Integraal gezondheidsbeleid heeft tot doel om verschillende beleidsterreinen tegelijk gedrag positief te beïnvloeden. Niet alleen de leefstijl is van invloed op de gezondheidstoestand van individuen. Ook de fysieke en sociale omgeving, de preventie en zorg, of externe ontwikkelingen spelen een rol. De gemeente kan door verschillende beleidsterreinen met elkaar te verbinden een aantal hardnekkige of complexe gezondheidsproblemen aanpakken. Een gezonde omgeving voorkomt niet alleen gezondheidsproblemen maar bevordert ook het welbevinden.

Bij het vormgeven van integraal volksgezondheidsbeleid speelt de gemeente een belangrijke rol. Hierbij zijn GGD-en verantwoordelijk voor een groot aantal gezondheidstaken. Bij de planvorming op het gebied van infrastructuur, ruimtelijke ordening en milieu is het belangrijk om vanaf het begin rekening te houden met gezondheidseffecten. Echter ook op andere beleidsterreinen beweegt het gezondheidsbeleid op een snijvlak, zoals bij beheer openbare ruimte, veiligheid, economie, onderwijs, financiën, sport en sociale zaken, verkeer en wonen en zorg.

Samenwerking tussen volksgezondheidszorg en andere sectoren verloopt niet vanzelf. Er bestaan verschillende methoden om integraal gezondheidsbeleid vorm te geven: GezondheidsEffectScreening Stad en Milieu, GGD-richtlijn Luchtkwaliteit, GGD-richtlijn voor gezonde woningbouw met betrekking tot zorgwoning, stiltewoning, frisse woning en allergeenarme woning.

Kenmerken en voorwaarden voor integraal volksgezondheidsbeleid zijn:

- Samenhang tussen het gemeentelijke volksgezondheidsbeleid en één of meerdere andere sectoren;
- Concentratie op beïnvloeding van meerdere factoren van gezondheid in onderlinge samenhang (zie: model van Lalonde);
- Voorkomen van gezondheidsschade en/of bevorderen van gezondheid;
- Betrokkenheid van de overheid;
- Betrokkenheid van andere instanties: gezondheidsdeskundigen, belangengroepen, bedrijven en instellingen;
- Wettelijke verplichtingen voor de gemeente om bij bestuurlijke beslissingen op gezondheidsaspecten te letten;
- Samenwerking tussen de gemeente en de GGD bij het bewaken van bestuurlijke beslissingen die gevolgen hebben voor de publieke gezondheid, staande in de Wet publieke gezondheid (Wpg).

Bij de implementatie van het lokale (volks)gezondheidsbeleid zal in de uitvoeringsprogramma's aandacht besteed worden aan een integrale uitvoering.

Hoofdstuk 3: Stand van zaken gezondheid gemeente Aalsmeer

§ 3.1 Inleiding

Om de gezondheid van de burgers te kunnen bevorderen en beschermen is het belangrijk te weten hoe het met de gezondheid van de burgers is gesteld. De toenmalige GGD Amstelland en de Meerlanden heeft in opdracht van de gemeente in 2006 in de vorm van een Gezondheidspeiling de gezondheidssituatie van de volwassen inwoners (18 jaar en ouder) van Aalsmeer in kaart gebracht. Deze Gezondheidspeiling is deels aangevuld met de resultaten van gezondheidsenquêtes onder jongeren, volwassenen en ouderen en ander onderzoek en registraties (zie bijlage 3: literatuurlijst).

§ 3.2. Algemeen

De bevolking van Aalsmeer wijkt iets af ten opzichte van het landelijke gemiddelde: er wonen relatief veel ouderen, meer jongeren en minder inwoners tussen 20 en 65 jaar dan het landelijke gemiddelde. Het overgrote deel van de inwoners van Aalsmeer beoordeelt de eigen gezondheid als goed tot zeer goed. In 2006 beoordeelde 89% van de Aalsmeerse bevolking de eigen gezondheid als goed tot zeer goed.

§ 3.2.1. Jeugd

Ruim negen van de tien jongeren ervaart de eigen gezondheid als goed of zeer goed. Eén op de tien beschrijft dit met 'gaat wel' en een kleine 1% vindt de eigen gezondheid 'niet zo best' tot 'slecht'.

Roken

11,8 % van de 13 - 16 jarigen uit Aalsmeer rookt dagelijks. Daarbij blijkt de omgeving en de mening van ouders bepalend voor het rookgedrag: rokende jongeren hebben vaker ouders, vriend(in)en, broers of zussen die ook roken. Jongeren die aangeven dat er (bijna) niemand in hun omgeving rookt zijn zelf bijna allemaal niet-rokers.

De gemiddelde leeftijd waarop de huidige rokers begonnen zijn met (regelmatig) roken is 14 jaar. Meisjes begonnen gemiddeld op iets jongere leeftijd te roken dan jongens (13,8 jaar versus 14,4 jaar).

Door leerlingen in het voortgezet onderwijs die roken wordt aangegeven dat zij dagelijks gemiddeld tien sigaretten roken. Vier op de tien rokers geeft aan van plan te zijn om binnenkort te stoppen (42%), bijna net zo'n grote groep (36%) zegt "misschien wel, misschien niet" en 22% is dat niet van plan.

Schadelijk alcoholgebruik/drugs

Piekdrinken (het drinken van vijf of meer alcoholische consumpties bij één gelegenheid) komt veel voor, het meest bij 13 - 16 jarigen (namelijk 40%). In de vier weken voor het GGD-jongerenonderzoek was 30,2% van de 13 - 16 jarigen dronken of aangeschoten geweest. Vierdeklassers gebruiken ruim twee keer zo vaak overmatig alcohol als tweedeklassers (respectievelijk 56% en 23%) en VMBO-leerlingen vaker dan HAVO/VWO leerlingen (respectievelijke 46% en 34%).

Daarnaast heeft ongeveer één op de zes jongeren in de vierde klas van het voortgezet onderwijs in de voorgaande maand hasj of cannabis gebruikt. Het percentage VMBO-leerlingen uit Aalsmeer (4%) dat hasj/ cannabis gebruikt ligt hoger dan het regionale c.q. landelijk gemiddelde.

Overgewicht

In Nederland zijn de ontwikkelingen met betrekking tot overgewicht zorgwekkend bij zowel volwassenen als kinderen. Ten opzichte van twintig jaar geleden is het percentage jongeren met overgewicht verdubbeld. Momenteel (2008) schommelt het percentage rond de 15 % van de 0 – 21 jarigen.

Van de jongeren in Aalsmeer is bij ongeveer 79 % sprake van een gezond gewicht. Uit het regionale E-MOVO onder scholieren blijkt dat 0,5% ernstig overgewicht (obesitas) en 6% matig overgewicht heeft, bij 11% is sprake van ondergewicht en 3 % heeft ernstig ondergewicht¹. Zowel ondergewicht als overgewicht houden verband met een ongezond voedingspatroon.

Rond 17 % van de jongeren van 15 tot 18 jaar ontbijt minder dan vijf dagen per week. Deze jongeren hebben vaker overgewicht. Ook gaat het overslaan van ontbijt samen met een ongezonde leefstijl (weinig beweging, roken, hoger alcoholgebruik). Op het terrein van voeding is er nog veel te verbeteren: slechts één derde van de jongeren eet de aanbevolen twee stuks fruit per dag, en maar één op de vijf eet voldoende groente.

Slechts één op de vier jongeren voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (tot 18 jaar: dagelijks een uur matig intensieve lichamelijke activiteit).

Het percentage jongeren dat diabetes heeft is 0,8%.

Psychosociale problematiek

Bijna negen op de tien jongeren geeft aan zich goed te voelen. Jongens voelen zich gelukkiger dan meisjes. Ongeveer één op de zes jongeren heeft mogelijk psychosociale problemen, meisjes meer dan jongens. Meisjes zijn vaker onzeker, ze piekeren meer en zijn vaker somber of depressief – dit geldt voor een op de vier meisjes. Jongens zijn vaker driftig of agressief en kunnen zich naar eigen zeggen soms moeilijk beheersen. 22% geeft aan problemen te hebben waar zij zich dag en nacht mee bezig houden. 6% van de jongens en 14% van de meisjes voelt zich vaak somber of depressief. Er is een sterk verband tussen een slecht ervaren gezondheid en zich minder gelukkig voelen.

25% van de jongeren geeft aan ooit gepest te zijn. 15% geeft aan vaak gepest te worden. Het meest worden leerlingen van klas 2 op het VMBO gepest.

§ 3.2.2. Volwassenen

Bijna 90% van de volwassenen beoordeelt de eigen gezondheid als goed tot zeer goed. De meeste volwassenen beoordelen de eigen leefstijl als (zeer) gezond. Wanneer volwassenen in drie leeftijdsgroepen (18-35 jaar, 36- 55 jaar en 56-74 jaar) worden ingedeeld, dan neemt de positieve beoordeling van de eigen leefstijl af met de leeftijd. De beoordeling van de eigen gezondheid is een goede maatstaf voor de objectieve gezondheid: personen met de slechtst ervaren gezondheid hebben een 1,4 tot 4 keer groter risico om vroegtijdig te sterven dan personen met de best ervaren gezondheid.

Gewicht en leefstijl

35,4 % van de volwassenen in de regio heeft overgewicht en 9,6 % ernstig overgewicht. Uitgesplitst naar geslacht geeft dit het volgende beeld: 42,7 % van de mannen en 28,4 % van de vrouwen heeft overgewicht, 9 % van de mannen en 10 % van de vrouwen heeft ernstig overgewicht.

Overgewicht gaat gepaard met een verhoogde kans op een groot aantal aandoeningen, waaronder hart- en vaatziekten, rug- en gewrichtsklachten, diabetes en verschillende vormen van kanker.

¹ De Body Mass Index (BMI) wordt berekend door het lichaamsgewicht (in kilogrammen) te delen door het kwadraat van de lichaamslengte (in meters). Bij volwassenen spreekt men van overgewicht bij een BMI van 25 of hoger. Onder ondergewicht wordt verstaan een BMI onder de 18,5. Voor kinderen tot en met 21 jaar worden de BMI-grenswaarden voor de leeftijd gecorrigeerd.

Zeven op de tien mensen in de regio voldoen niet aan het advies voor groente- en fruitconsumptie (dagelijks 200 gram groenten en twee stuks fruit) en één op de zes personen in de regio ontbijt minder dan 5 keer per week.

Diabetes

Het percentage volwassenen dat diabetes heeft is voor mannen 6% en voor vrouwen 7%. Het percentage Aalsmeerse vrouwen met suikerziekte is het hoogste van de regio Amstelland.

Roken

Gemiddeld rookt één op de vier volwassenen (23%). Uit de gezondheidspeiling blijken mannen (23,4%) vaker te roken dan vrouwen (21,7 %). Voor mannen en vrouwen geldt dat het percentage rokers afneemt met het toenemen van de opleiding.

Schadelijk alcoholgebruik

De meeste respondenten (88 %) geven aan in de afgelopen 12 maanden wel eens alcohol te hebben gedronken. Van belang is het onderscheid tussen zwaar alcoholgebruik, overmatig alcoholgebruik en excessief alcoholgebruik.

Van alle volwassenen drinkt 5,4% excessief tot zeer excessief². Van de mannen drinkt 7,8% en van de vrouwen 3% excessief tot zeer excessief.

Psychische problematiek

Ruim driekwart van de volwassenen voelt zich redelijk tot heel gelukkig. Het aandeel minder gelukkigen neemt toe met de leeftijd.

Bijna 40% van de volwassenen kan minder goed met problemen omgaan dan voorheen. 10% van de volwassenen mist mensen om zich heen. Dit geeft de mate van sociale eenzaamheid weer. Een op de drie volwassenen voelt zich matig eenzaam en bijna 4% van de volwassenen voelt zich eenzaam tot zeer eenzaam.

Eén op de acht inwoners (13%) van de regio is in het jaar voorafgaand aan de enquête een periode erg somber of depressief geweest.

§ 3.2.3. Ouderen

Zeven op de tien zelfstandig wonende ouderen ervaart de eigen gezondheid als goed tot zeer goed, één op de tien beschrijft deze met 'gaat wel' tot 'slecht'. Eén op de tien ouderen geeft aan één of meerdere lichamelijke beperkingen te hebben. De meest genoemde beperkingen zijn gezichts- (minder kunnen lezen en/of herkennen) en mobiliteitsbeperkingen (onvoldoende gewicht kunnen tillen/moeilijk buigen en strekken).

Overgewicht/Diabetes

Ruim de helft van de ouderen (56%) heeft overgewicht of ernstig overgewicht.

Het percentage ouderen dat diabetes heeft is 11 %.

Psychische problematiek

6% van de ouderen is (zeer) eenzaam en 33,4% is matig eenzaam. 78% van de ouderen voelt dat zijn/haar vriendenkring beperkt is. Het percentage ouderen dat zich de afgelopen vijf jaar ooit langer dan twee weken achter elkaar angstig heeft gevoeld is 25%. Van de 55-plussers loopt een derde een matig risico op angst- en depressieklachten. Drie procent loopt een hoog risico.

Het percentage ouderen dat zich de afgelopen vijf jaar ooit langer dan twee weken achter elkaar somber heeft gevoeld is 14%.

² Excessief: 4 tot 5 glazen per dag op 5 of meer dagen per week of 6 of meer glazen per dag op 3 tot 4 dagen per week.

Zeer excessief: 6 of meer glazen per dag op 5 of meer dagen per week.

Roken

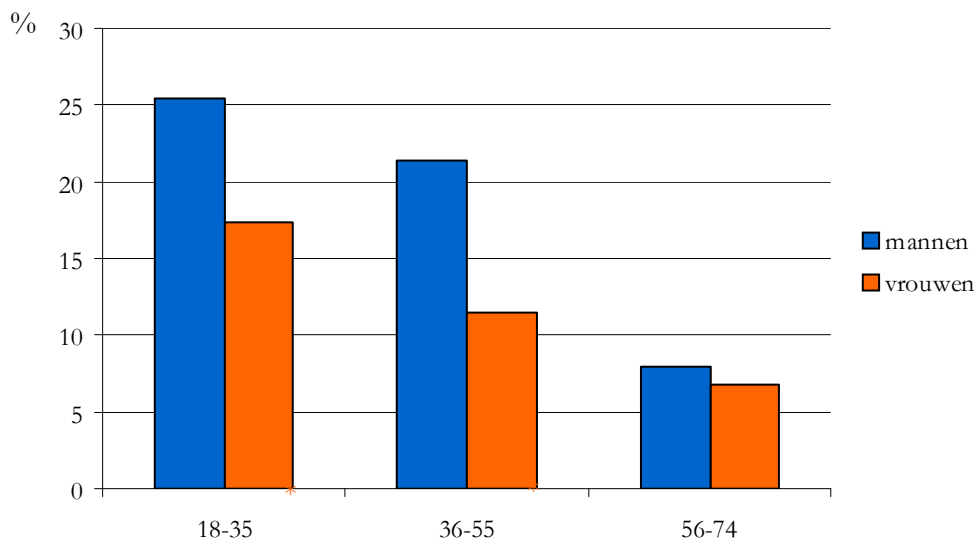
18% van de ouderen rookt. 5,6% van de ouderen in de leeftijdscategorie 56 tot 74 rookt tussen de 11 en 20 sigaretten per dag.

Schadelijk alcoholgebruik

9,8 % van de ouderen drinkt excessief en 1% zeer excessief. Dat is beduidend meer dan de gemiddelde alcoholconsumptie in de regio, waarvan 5,4 % tot de excessieve drinkers gerekend kan worden.

Voeding

Ruim de helft van de ouderen eet voldoende groente en ruim 47% eet voldoende fruit. In vergelijkingen met andere leeftijdsgroepen voldoen ouderen vaker aan de zgn. “ontbijtnorm” / vijf keer per week ontbijt (zie figuur 1).



Figuur: 1: Percentages respondentent die minder dan vijf keer in de week ontbijten naar leeftijd en geslacht (cijfers Amstelland)

Lichamelijke beweging

58% van de ouderen voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen³. Personen met een lagere- en middelbare opleiding bewegen minder dan de hoogopgeleiden.

§ 3.2.4. Allochtonen

Het percentage niet-westerse en westerse allochtonen is in Aalsmeer met respectievelijk 4,5% en 6% veel lager dan het landelijke percentage (10% en 9%). Van de allochtone bevolking in Aalsmeer is 32% 0-20 jaar, 61% 20-65 jaar en 7% ouder dan 65 jaar. Van de Aalsmeerse allochtonen komen de meeste uit Polen (27%), Marokko (13,5%) en Duitsland (10,9%).

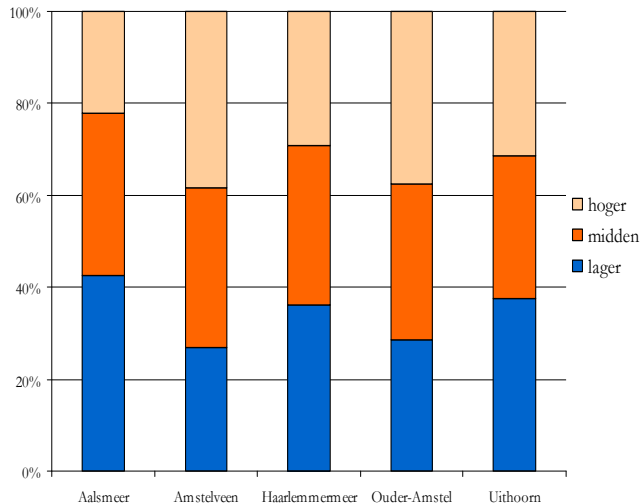
Omdat deze groep relatief klein is en er geen sprake lijkt te zijn van afwijkende problematiek op grote schaal, is het niet nodig om collectief gezondheidsbeleid te voeren. In de uitwerking van de speerpunten zal per punt gekeken worden of er specifieke aandacht besteed moet worden aan deze groepen inwoners.

³ De Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen houdt in dat men minstens 5 keer per week een half uur matig intensief beweegt.

§ 3.2.5 mensen met een lage opleiding en/of laag inkomen

Binnen de regio Amstelland heeft Aalsmeer het hoogste percentage laagopgeleiden (42,5%). (zie figuur 2). Mensen met een lage opleiding beoordelen hun gezondheid minder goed dan mensen met een gemiddelde of hoge opleiding.

Figuur 2: toont dat er tussen gemeenten duidelijke verschillen bestaan in opleidingsniveau. In Amstelveen en Ouder-Amstel is een relatief hoog percentage van de bevolking hoog opgeleid (respectievelijk 38% en 37%), terwijl in Aalsmeer, Haarlemmermeer, Uithoorn en relatief veel mensen met een lager opleidingsniveau wonen (respectievelijk 43%, 36% en 38%).



Jongeren met een lage opleiding

Jongeren met een lagere opleiding hebben vaker een indicatie voor psychosociale problematiek dan jongeren met een hogere opleiding. Er zijn meer rokers onder de jongeren met een lagere opleiding dan jongeren met een hogere opleiding. Hoe lager de opleiding van de ouders hoe meer jongeren er roken, hoe meer het piekdrinken van alcohol voorkomt en hoe minder jongeren regelmatig sporten. Jongeren met laag opgeleide ouders ontbijten slechter, eten minder voldoende fruit en groente dan jongeren met hoger opgeleide ouders.

Volwassenen met een lage opleiding

Volwassenen met een lage opleiding hebben over het algemeen een minder goede gezondheid en een minder gezonde leefstijl dan hoger opgeleide volwassenen.

Hoe lager de opleiding hoe hoger het percentage rokers.

Het percentage mensen met (ernstig) overgewicht is veel hoger bij mensen met een lage opleiding. Lager opgeleiden sporten minder dan hoog opgeleiden. Lager opgeleiden zijn minder gelukkig dan hoger opgeleiden en rapporteren ook zelf een slechtere gezondheid: 18 % vergeleken met een gemiddelde van 11 %.

Ouderen met een lage opleiding

Ouderen met een lage opleiding en/of een laag inkomen hebben een minder goede gezondheid en meer beperkingen dan hoger opgeleide ouderen. Zij eten minder goed, gebruiken meer alcohol en bewegen minder. Omdat deze groep minder gunstig gezondheidsgedrag vertoont en bijvoorbeeld vaker eenzaam is kunnen specifieke activiteiten gericht op deze groep gezondheidswinst opleveren.

Conclusies:

Verreweg de meeste inwoners van Aalsmeer voelen zich gezond tot zeer gezond. Gezondheidsrisico's zitten vooral bij roken, overgewicht en gezonde voedingsgewoonten, schadelijk alcohol- en drugsgebruik en psychische problematiek.

Het lokaal gezondheidsbeleid zou zich vooral op een brede en integrale aanpak van deze gezondheidsproblemen moeten (blijven) richten door zowel bij jongeren, volwassenen als ouderen het ongezond gedrag terug te dringen.

Mensen van jong tot oud met een laag inkomen en/of een lage opleiding hebben een behoorlijke gezondheidsachterstand. Het lokaal gezondheidsbeleid zou extra aandacht aan deze groepen moeten besteden.

Hoofdstuk 4 Ontwikkelingen op het terrein van gezondheid

§ 4.1. Landelijk beleid

In oktober 2006 is de rijksnota 'Kiezen voor Gezond leven' verschenen. Deze nota bouwt voort op de nota 'Langer Gezond leven' van 2003. Deze vorige nota bepleitte om in de wijk, op het werk, in de zorg en op school aandacht te hebben voor drie speerpunten: roken, diabetes en overgewicht. De nieuwe nota kiest er voor om naast deze speerpunten ook schadelijk alcoholgebruik en depressie steviger aan te pakken.

Een sterke inzet is nodig op gezond leven want de gezondheid van Nederlanders verslechtert door roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht. Nederlanders leefden in 1960 op één na het langst van alle Europeanen. Nu is Nederland naar de middenmoot afgezakt.

De ziekten in Nederland met de hoogste ziektelast zijn achtereenvolgens: coronaire hartziekten, angststoornissen, beroertes, chronische luchtwegaandoeningen en depressies. Hart/- en vaatziekten en kanker zijn nog steeds de belangrijkste doodsoorzaken. Psychische stoornissen tasten de kwaliteit van leven (ernstig) aan.

Roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht leveren een forse bijdrage aan deze ziekten.

De rijksoverheid heeft voor de 5 speerpunten voor de periode 2007 - 2010 de onderstaande doelstellingen vastgelegd.

Doelstellingen speerpunten rijksnota Kiezen voor gezond leven

<i>Roken:</i>	in 2010 rookt hooguit 20% (nu: 28%);
<i>Schadelijk alcoholgebruik:</i>	het gebruik onder jongeren is terug naar het niveau van 1992 (61,3%); Het percentage volwassen drinkers verlagen naar 7,5 % (nu: 10,3% in 2010);
<i>Overgewicht</i>	Het percentage volwassen met overgewicht mag niet stijgen; Het percentage jongeren met overgewicht moet dalen;
<i>Diabetes</i>	Het percentage van mensen met diabetes mag tussen 2005 en 2025 hooguit met 15% stijgen;
<i>Depressie</i>	Meer mensen met depressie worden vroegtijdig gesignaleerd en krijgen preventieve hulp.

§ 4.2. lokaal beleid

§ 4.2.1. Visie gemeente Aalsmeer op volksgezondheidsbeleid

Het beleid van de gemeente Aalsmeer is er op gericht dat mensen langer in goede gezondheid leven. Gezondheid is meer dan de afwezigheid van ziekte. Aanleg, leefstijl, omgeving en de beschikbaarheid van gezondheidszorg bepalen iemands gezondheid. Elke persoon is primair verantwoordelijk voor de eigen gezondheid. De gemeente ondersteunt haar burgers in het houden en krijgen van een goede gezondheid. Dat geldt zowel voor jongeren, volwassenen als ouderen. Jongeren krijgen extra aandacht omdat het belangrijk is vroegtijdig gezond gedrag aan te leren. Eenmaal verkeerd aangeleerd gedrag is moeilijk weer te veranderen. Preventie is ook belangrijk om vroegtijdig verkeerde ontwikkelingen bij jongeren te signaleren. Groepen met gezondheidsachterstand krijgen extra aandacht om hun achterstandspositie in gezondheid te verkleinen.

Nogmaals wordt benadrukt dat gezondheidsbevordering en –bescherming een gezamenlijke aangelegenheid is. Van ouders mag verwacht worden dat ze hun kinderen in de opvoeding begeleiden in gezond gedrag. Van verenigingen mag verwacht worden dat ze zorgen voor het naleven van regels waarin gezond gedrag kan gedijen. Dat wil zeggen dat ze ook bewust zijn van hun rol m.b.t. roken en alcoholgebruik. De gemeente wil hierbij een stimulerende rol spelen.

Ontwikkelingen op het terrein van gezondheidsbevordering.

In de media wordt veel aandacht besteed aan gezondheidsbevordering. Op de televisie, in de krant en op internet wordt informatie gegeven over gezonde voeding, stoppen met roken, meer bewegen. In de lokale kranten wordt reclame gemaakt door sportverenigingen en fitnessclubs als men bijvoorbeeld meer wil gaan bewegen. De voorlichting over gezondheid moet aan de andere kant opboksen tegen de reclames die mensen juist wil overhalen om bepaalde producten zoals alcohol en voeding te kopen en te consumeren. Ook kan de omgeving (soms onbewust) een bijdrage vormen voor ongezonde leefgewoonten. Voor gezondheidsbevordering kan een omgeving waar veel mensen elkaar ontmoeten juist ook een mogelijkheid zijn. Hiertoe gaan we nader in op het verenigingsleven.

Verenigingsleven, kerken

De gemeente Aalsmeer wordt gekenmerkt door een rijk verenigingsleven. Daarnaast spelen de kerken een belangrijke rol in de gemeenschap. Preventie gericht op volwassenen zou gebruik kunnen maken van het verenigingsleven en kerkelijk werk om aandacht te besteden aan gezondheidsbevordering en – bescherming.

Sportverenigingen kunnen een belangrijke rol spelen in gezondheidsbevordering. Aan de ene kant door het bevorderen van het bewegen; vooral ook bij mensen die nu nog weinig of weinig meer aan sport doen. Aan de andere kant door voorbeeldgedrag richting jongeren als het gaat om roken, alcohol- en druggebruik en (gezonde) voeding. Voorbeelden zijn programma's gericht op het bevorderen van 'gezonde' kantine's.

De gemeente zal de verenigingen betrekken om te bespreken of zij een bijdrage kunnen leveren aan de uitvoering van (een deel van) de vier speerpunten.

Ontwikkelingen op het terrein van de ouderenzorg

Aalsmeer vergrijst de komende decennia. Veel ouderen kampen met gezondheidsproblemen. Er is echter nog veel gezondheidswinst te halen met gezondheidsbevordering en het beter gebruik maken van bestaande werkzame interventies. Uitstel van ziekte en daarmee uitstel van beperkingen is van groot belang voor het langer zelfstandig kunnen functioneren van ouderen.

Er is een breed scala aan projecten op het gebied van preventie bij ouderen. De nadruk van landelijke interventies ligt vooral bij bewegen, gezonde voeding, depressie en eenzaamheid. Verder vindt een groot aantal interventies plaats gericht op de algemene gezondheid ('ageing well' projecten).

Ook bij 65-plussers is gezondheidswinst te behalen door het terugdringen van ongezonde gewoontes. Zo kan door op 65-jarige leeftijd te stoppen met roken, de gemiddelde levensverwachting voor mannen nog met twee jaar toenemen en voor vrouwen met bijna vier jaar. Binnen de reguliere preventieprogramma's kan daarom ook aandacht worden besteed aan het stoppen met roken bij ouderen.

Excessieve gebruikers van alcohol zijn ook nogal eens eenzaam. Hulpverleners moeten zich bewust zijn van deze dubbele problematiek.

De eerstelijns gezondheidscentra

De gemeente streeft ernaar om in de drie kernen gezondheidscentra te laten realiseren. Hierbij werkt de gemeente mee door regievoering op samenhang. De eerstelijns zorgpartijen zullen hierbij zelf de eindverantwoordelijkheid op zich moeten nemen.

Ambitieniveau van de gemeente Aalsmeer

De gemeente Aalsmeer wil een aantoonbare bijdrage leveren aan gezondheidsbevordering en –bescherming. Daartoe zal ze speerpunten benoemen en meetbare doelen formuleren. Daartoe zal ze de voortgang van de uitvoering volgen.

§ 4.2.2. Speerpunten lokaal volksgezondheidsbeleid

De gemeente Aalsmeer volgt de landelijke speerpunten uit de rijksnota “Gezond leven”. De uitkomsten van de GGD-gezondheidspeiling en landelijke ontwikkelingen binnen het preventieve (lokale) gezondheidsbeleid steunen de keuze van de speerpunten voor de gemeente Aalsmeer. Immers ook in Aalsmeer zijn dit de onderwerpen waarmee de meeste gezondheidswinst te behalen is.

De speerpunten van het lokaal gezondheidsbeleid in Aalsmeer zijn daarmee:

1. roken,
2. schadelijk alcohol- en drugsgebruik,
3. overgewicht/diabetes,
4. depressie/angststoornissen

§ 4.2.3. Integrale aanpak gezondheidsproblemen

Integraal beleid houdt in dat er over de grenzen van het eigen domein gekeken wordt en dat er coalities aangegaan worden waar dit winst kan opleveren. De in deze nota benoemde thema's staan juist benoemd omdat daar gezondheidswinst behaald kan worden. Een integrale aanpak, gericht op de langere termijn en vanuit verschillende invalshoeken, betekent voor deze thema's dat de hele gemeente zich in woord en daad achter deze thema's schaaft.

Binnen beleidsterreinen waar in eerste instantie niet dagelijks nagedacht wordt over gezondheidsproblematiek kan, bij een goede agendering van de thema's, gezien worden dat er wel degelijk ruimte is om, binnen het reguliere beleid, of met minimale aanpassingen en nieuwe partners, bij te dragen aan verbetering van de gezondheid. Een verbeterde gezondheid van de Aalsmeeders draagt op vele vlakken bij aan de gemeenschap. Investerings in deze gezondheid betalen zich bijvoorbeeld terug op het terrein van schooluitval, arbeidsparticipatie, zorgconsumptie en op sociaal gebied: meer interactie met elkaar.

Wanneer men vanuit stedenbouwkundig perspectief kijkt naar de inrichting van de openbare ruimte en daarin gezondheidsaspecten meeneemt (luchtkwaliteit, beweegmogelijkheden, ontmoetingsplekken), draagt men bij aan het preventiebeleid. Als sport en gezondheid gezamenlijk doelen stellen en de activiteiten daarop aanpassen, zal de gezondheidswinst eerder bereikt worden. Door de ondernemers in de gemeente te stimuleren de thema's te omarmen kan ook vanuit die kant meer dan één steentje bijgedragen worden.

Woningcorporaties kunnen een rol spelen: “kijkgroen” kan “beweeggroen” worden, of een volkstuin voor buurtbewoners.

Nieuwe beleidsvoornemens kunnen getoetst worden: in hoeverre dragen deze bij aan de verbetering van de gezondheid? En door de inzet van de reguliere communicatiekanalen van de gemeente kan aandacht aan interessante projecten op deze terreinen worden besteed, om elkaar te inspireren.

Met andere woorden: de kadernota volksgezondheid is geen eenzijdig verhaal voor en door gezondheidswerkers. De bewoners van Aalsmeer gaan naar school, wonen, werken en winkelen in de gemeente. Niet alleen de gemeente Aalsmeer zelf, maar ook de maatschappelijke organisaties, als kerken en vrijwilligersorganisaties, en de ondernemers, zijn een onderdeel van hun leven. De gemeente biedt de kaders voor het gezondheidsbeleid om iedereen in staat te stellen lang en gezond te leven. Een integrale visie en handelwijze door betere afstemming op de korte termijn en gezamenlijk optrekken op de langere termijn betekenen ook een forse investering in de gezondheid van de Aalsmeeders.

Hoofdstuk 5: Wat gaan we doen? Speerpunten voor de komende vier jaar

§ 5.1. Inleiding

Dit hoofdstuk en hoofdstuk 6 “Actuele thema’s” omvatten de beleidskeuzes voor het lokale gezondheidsbeleid voor de aankomende vier jaar. Op basis van deze keuzes worden concrete uitvoeringsplannen gemaakt. Om een beeld te geven van de mogelijke activiteiten de komende jaren wordt in de tekst voorbeelden gegeven van huidige en mogelijke activiteiten in Aalsmeer. De Gemeente Aalsmeer hecht er belang aan op te merken dat het in deze kadernota om suggesties gaat, die verder uitgewerkt moeten worden in overleg met de betrokken partijen.

§ 5.2. Onderbouwing van de speerpunten

De keuze voor de speerpunten die in dit hoofdstuk zijn uitgewerkt, is gemaakt op basis van een groot aantal bronnen:

- de gezondheidsanalyse en aanbevelingen door de voormalig GGD Amstelland de Meerlanden uit de Gezondheidspeiling 2006;
- de vijf speerpunten van het ministerie van VWS: schadelijk alcoholgebruik, roken, overgewicht, diabetes en depressie en uitwerkingsbijeenkomsten werkgroepen lokale speerpunten met het maatschappelijk middenveld gedurende periode september 2008 tot januari 2009;
- actuele onderwerpen die in de gemeente Aalsmeer spelen. Dit naar aanleiding van rapportages, jaarverslagen aanpalende beleidsvelden (o.m. sport en WWZ) en lokale en regionale zorg- en welzijnsinstellingen;
- presentatie speerpunten lokaal volksgezondheidsbeleid op BIO 7 mei 2009 aan de raadsleden.

Vanuit de bovenstaande acties zijn de volgende 4 speerpunten bepaald, te weten:

1. Verminderen schadelijk alcohol- en drugsgebruik;
2. Overgewicht/diabetes;
3. Psychische problematiek: depressie/angststoornissen en eenzaamheid en
4. Roken.

Als actuele thema’s worden de volgende thema’s aangegeven: fijnstof/ geluidsoverlast, versterken eerstelijnsgezondheidszorg en verspreiding Automatische Externe Defibrillatoren (AED’s). De actuele thema’s worden in het volgende hoofdstuk uitgewerkt.

Tussen de prioriteiten vanuit de analyses van de GGD, vertegenwoordigers van het maatschappelijk middenveld en raadsleden was een grote mate van overeenkomst. Aandacht bij de uitwerking van afstemming en samenwerking tussen de verschillende partijen staan daarbij hoog op de agenda.

§ 5.3. Doelgroepen

Jongeren en ouderen nemen, conform de WMO-visie in het beleid en bij de te nemen maatregelen een aparte plaats in. Zo wordt bij de speerpunten 1 en 2 speciaal aandacht besteed aan jongeren. Bij speerpunt 3 kan geconstateerd dat deze vooral van toepassing is op ouderen.

Voor de doelgroep jongeren kenden we al lange tijd het consultatiebureau voor 0 – 4 jarigen. Dat is opgegaan in de brede jeugdgezondheidszorg en recentelijk opgenomen in het Centrum van Jeugd en Gezin. Ook met het consultatiebureau voor Ouderen worden inmiddels goede ervaringen opgedaan.

Naast jongeren en ouderen is er speciaal aandacht voor mensen met een laag inkomen. Bij mensen met een lage sociaal-economische status (SES) stapelen de problemen zich vaak op: zijn vaak minder gezond en leven minder lang dan mensen met een hogere SES (zie § 3.2.5)

Omdat mensen met een laag inkomen moeilijk bereikt worden met algemene preventieprogramma's voor gezondheid, wordt veelal gekozen voor een zogenaamde "settingsgerichte aanpak". Bij deze aanpak worden mensen benaderd in hun directe leefomgeving, zoals de school, de werkplek en de wijk.

Om een gezonde leefwijze te bevorderen en sociaal economische gezondheidsverschillen te verminderen lijkt een brede integrale aanpak het meest doeltreffend. Een integrale aanpak kenmerkt zich door samenwerking tussen meerdere sectoren: volksgezondheid, arbeid, huisvesting, onderwijs en milieu.

Tot slot: De bevordering van de gezondheid van allochtonen vraagt om blijvende en adequate aandacht, soms integraal en vaak specifiek. Preventie zal rekening moeten houden met herkomst, verblijfsduur en opleidings- of kennisniveau van de diverse allochtone bevolkingsgroepen. Gestreefd wordt naar aansluiting bij het doelgroepenbeleid en de thema's zoals verder in deze nota besproken.

In de volgende paragrafen zijn de speerpunten van de gemeente Aalsmeer voor de komende vier jaar uitgewerkt en zijn per speerpunt de doelstellingen en (mogelijke) activiteiten weergegeven.

§ 5.4. Speerpunt 1: Verminderen schadelijk alcohol-en drugsgebruik

Probleemomschrijving:

Uit landelijke cijfers blijken 14% van de mannen en 10% van de vrouwen overmatig te drinken. Het aantal jongeren dat drinkt is de laatste jaren toegenomen. Met name onder jonge meisjes van 12 tot en met 14 jaar is er een sterke toename van het gebruik van alcohol. Preventie van overmatig alcoholgebruik is van groot belang vanwege de aanzienlijke gevolgen ervan voor zowel het individu als de maatschappij.

De lokale situatie

De analyse van de Aalsmeerse alcohol-en drugsgebruik staan in § 3.2.1. jeugd, § 3.2.2, volwassenen en § 3.2.3. ouderen. Het hoge percentage piekdrinkers (40%) en overmatig drank gebruik(30,2 %) onder de 13 -16 jarigen verdient de aankomende periode de nodige aandacht. Dit geldt ook voor ouderen, waarvan 9,8% excessief en 1 % zeer excessief drinkt. Naast het alcoholgebruik valt het hoge hasj- en cannabis gebruik onder de 13 – 16 jarigen op. Eén op de zes jongeren in de vierde klas van het voortgezet onderwijs geeft aan deze middelen te gebruiken.

In de regio zijn alcohol-, cannabis- en cocaïnegebruik de belangrijkste reden om een beroep te doen op de verslavingszorg. Het percentage cliënten dat hulp zoekt voor alcoholgebruik ligt hoger dan het landelijk gemiddelde. Typerende groepen zijn ouderen met alcoholproblemen, personen met een psychiatrische achtergrond die vooral cannabis gebruiken en jongeren die een mix van middelen gebruiken: alcohol en cannabis en in toenemende mate cocaïne.

De verantwoordelijkheid van de gemeente ligt bij de preventie en toeleiding naar de hulpverlening. Het preventieaanbod van de Brijderstichting richt zich op beleidsadvies, publieksvoorlichting, deskundigheidsbevordering (huisartsen, GGZ scholen, etc.)informatieavonden en het verspreiden van voorlichtings- en lesmateriaal. Ook Cardanus jongerenwerk informeert in afstemming met de Brijder verslavingszorg jongeren over het alcohol- en drugsgebruik.

Wat gaan we doen?

Het aanbod van preventieve activiteiten is divers en omvangrijk. Naast voorlichting en cursussen gaat het om het handhaven van wet- en regelgeving. Landelijk is er een handreiking gemeentelijk alcoholbeleid met handvatten ontwikkeld om samen met lokale gezondheidsorganisaties en het lokale bedrijfsleven schadelijk alcoholgebruik in gemeentes terug te dringen. Naast de voorlichting aan jongeren vormen ouders bij alcoholmatigingspreventie een belangrijke aandachtsgroep. Uit diverse landelijke onderzoeken komt naar voren dat jongeren waarvan de ouders afwijzend staan tegenover alcoholgebruik minder drinken dan jongeren bij wie de ouders niet een duidelijk standpunt ten opzichte van overmatig alcoholgebruik innemen. De meest recente landelijke voorlichtingsboodschappen richten zich meer dan voorheen op de schadelijke effecten en het belang van de rol van ouders.

Voor drugs is in tegenstelling tot alcoholmatiging geen landelijke handleiding ontwikkeld. De gemeente zal in afstemming met Brijder Verslavingszorg komen tot een uitvoeringsplan "terugdringen schadelijk alcoholgebruik en terugdringen drugsgebruik".

Alhoewel het niet tot (landelijk) speerpunt is benoemd is druggebruik in Aalsmeer wel een belangrijk aandachtspunt. Via diverse voorlichtingsprogramma's op scholen en aan ouders wordt hieraan in Aalsmeer preventief gewerkt.

Wat willen wij bereiken;

Doelen ALCOHOL- EN DRUGSGEBRUIK:

- A. Verminderen alcoholgebruik doelgroep onder de 16 jaar;
 - Toename bekendheid van de norm 'geen alcohol onder de 16 jaar';
- B. Verminderen alcohol- en drugsgebruik bij volwassenen en jongeren (uitgaande jongeren);
 - Aandacht voor alcohol- en drugsgebruik in o.m. het verkeer en (sport)verenigingen;
- C. Opzetten preventieve activiteiten onder risicogroepen en probleemdrinkers;
 - Aandachtsgroepen: zwangere vrouwen en volwassen probleemdrinkers.

Het lokale alcohol- en drugsbeleid omvat een mix van maatregelen en interventies voor verschillende leeftijdscategorieën en doelgroepen. In Aalsmeer dient nog een integraal alcoholbeleid vormgegeven te worden. Dit betekent een integrale visie op alcoholmatiging vanuit veiligheid/handhaving en zorg/lokaal gezondheidsbeleid. Bij het opzetten van een integrale visie dient afstemming plaats te vinden met andere Amstellandgemeenten. De onderstaande doelstellingen en instrumenten zijn gericht op preventieve activiteiten vanuit het lokale gezondheidsbeleid.

Bij de uitwerkingen is er een onderscheid gemaakt tussen maatregelen/interventies inzake:

- Vergroten van het draagvlak;
- Vroegsignalering.

Prioriteiten ALCOHOL- EN DRUGSGEBRUIK:	Suggesties t.a.v. de uitvoering:
A. Vergroten van het draagvlak	
<ul style="list-style-type: none">• Voorlichting basisschoolgaande kinderen (1)	Stimuleren door bijv.: <ul style="list-style-type: none">- Schriftelijk en digitaal lesmateriaal;- Materialen voor scholen en intermediairs;- Lesprogramma met vier pijlers:<ul style="list-style-type: none">-Voorlichtingslessen;-Regels en dealen;-Signaleren en begeleiden;-Ouderparticipatie.
<ul style="list-style-type: none">• Opvoedtips (2)	Stimuleren door bijv.: <ul style="list-style-type: none">- Landelijke campagne "ouder en op voeding"/ informeren ouders;

<ul style="list-style-type: none"> • Risico's van genotsmiddelen verhogen voor specifieke doelgroep (3) • Bewustwording/kennisverhoging jongeren, uitgaansmomenten (4) • Bewustmaken gevolgen bij jongeren (5) • Algemene voorlichting voor alcoholverstrekkers 	<ul style="list-style-type: none"> - Informatiemap over het organiseren van ouderavonden (BaO + VO); - Brochures voor ouders; - Online materialen voor ouderavonden en opvoedingsondersteuning; - Persoonsgebonden voorlichting. <p>Stimuleren door bijv.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Algemene informatie; -Factsheets; -Websites; -Brochures/ Posters; -Spreekuren voor informatie en advies; -Persoonsgebonden voorlichting. <p>Stimuleren door bijv.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peer education; - Inzetten van getrainde leeftijdsgenoten; - Inzetten via gemeenten. <p>Stimuleren door bijv.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Landelijk campagnes alcohol en drugsgebruik (AlcoholVoorlichtingsProject, AVP en DrugsVoorlichtingsProject, DVP); - Brochures voor jongeren; - Informatie materiaal (jongerenwerk, sociaal-cultureel werk (sport); - Websites; - Posters; - Persoonsgebonden voorlichting. <p>Stimuleren door bijv.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preventieprogramma's; - Algemene voorlichtingsprogramma's m.b.t. professionalisering van de doelgroep vier pijlers: <ul style="list-style-type: none"> -Voorlichtingsbijeenkomst; -Bekendheid geven over regel alcoholgebruik; (sport/ vereniging kantines) -Signaleren en begeleiden; -Jongerenparticipatie. - Deskundigheidsbevordering; - Einddoelgroep; - Consultatie en advies; - IVA (Instructie Verantwoordelijk Alcoholgebruik).
---	--

Prestatie indicatoren

1. Streven is dat over 3 jaar 100 % van de Aalsmeerse scholen voor het basis- en voorgezet onderwijs deel neemt;
2. Aantal cursussen, aantal deelnemers;
3. Aantal folders/ brochures, aantal bezoeken website;
4. Aantal bereikte jongeren;
5. Aantal folders/ brochures.

Prioriteiten ALCOHOL- EN DRUGS- GEBRUIK: B. Vroeg signalering:	Suggesties t.a.v. de uitvoering:
<ul style="list-style-type: none"> • Advies, consultatie en toeleidingszorg¹ • Opvoedingsondersteuning² • Hulpverleningsaanbod specifieke doelgroepen³ • Netwerk alcohol- en drugsgebruik⁴ 	<p>Stimuleren door bijv.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultatie m.b.t. alcohol en drugs in persoonlijke leefsituatie met evt. doorverwijsmogelijkheden; - Spreekuren; - Website. <p>Stimuleren door bijv.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - D.m.v. thematische groepsbijeenkomst inspelen op opvoedingsvraag van de ouders/ verzorgers (o.m. BaO + VO); - Consultatie en advies; - Signaleren; - Doorverwijzen; - Persoonsgebonden voorlichting. <p>Stimuleren door bijv.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ondersteuning bieden omgeving verslaafde; - Preventieprogramma (KOPP/KVO); - Familie/ omgeving problematische verslaafde; - Spreekuren (Haarlem); - Deskundigheidsbevordering; - Consultatie en advies; - Basiszorgcoördinatie. <p>Stimuleren door bijv.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aanhaken bij bestaande lokale (preventieve) structuur; - Nauwe samenwerking met maatschappelijke organisaties; - Regie/ coördinatie; - Signalering; - Doorverwijzen.

Prestatie indicatoren

1. Onderzoeken of een spreekuur in Aalsmeer tot de mogelijkheden behoort, aantalbezoeken website;
2. Aantal thema/ voorlichtingsbijeenkomsten, aantal deelnemers;
3. Aantal thema/ voorlichtingsbijeenkomsten;
4. Brede deelname vanuit verantwoordelijke/ betrokken instellingen.

Financiering:

Regionale verslavingsgelden centrum gemeente Amsterdam, WMO prestatieveld 8 (verslavingszorg), GGD Amsterdam, subsidieafspraken met AMW (VITA) en GGZ de Geestgronden.

Evaluatie

M.b.v. bereikcijfers (prestatie-indicatoren zie bovenstaand overzicht) + gezondheidsmonitor GGD Amsterdam.

§ 5. 5. Speerpunt 2: Verminderen overgewicht / diabetes.

Probleemomschrijving

Ongeveer 5% van de jaarlijkse sterfte wordt veroorzaakt door overgewicht. Overgewicht komt veel voor. Landelijk hebben circa 55% van de mannen en 45% van de vrouwen overgewicht, waarvan 10% ernstig overgewicht. Het aantal mensen met ernstig overgewicht is de laatste decennia sterk toegenomen. Onder laagopgeleiden zijn twee maal zo veel mensen met ernstig overgewicht als onder hoogopgeleiden.

Ook bij kinderen is het overgewicht de afgelopen jaren toegenomen. Ongeveer één op de acht kinderen heeft overgewicht. Om overgewicht te verminderen is een combinatie van preventie gericht op gezonde voeding en beweging effectiever dan afzonderlijke preventie gericht op een van beide.

In Nederland hebben meer dan 600.000 mensen diabetes type II. Elk jaar komen er ruim 70.000 mensen bij. Voorspeld wordt dat het aantal personen met diabetes tussen 2005 en 2025 met ruim 30% toeneemt. De groei komt vooral door vergrijzing en de toename van mensen met overgewicht.

De verontrustende toename van (vooral ook jongere) diabetespatiënten bedreigt de vitaliteit van de samenleving en heeft ook economische gevolgen, bijvoorbeeld voor de arbeidsmarkt en de betaalbaarheid van de zorgsector. Diabetes is een ernstige chronische ziekte. Zonder een passende leefstijl en goede behandeling krijgen veel patiënten ernstige complicaties. Preventie en vroege signalering kan de kans op diabetes verminderen en complicaties voorkomen. Een belangrijke rol bij diabetes spelen overgewicht, voeding, fysieke activiteiten en roken, vooral in combinatie met elkaar. Het beter integreren van activiteiten op het gebied van preventie en zorg leidt tot minder mensen met diabetes, tot een betere opvang van groepen met een hoog risico en tot betere zorg van diabetespatiënten.

De noodzakelijke samenhang tussen preventie en curatie in dit diabetesprogramma vraagt ook om lokale betrokkenheid. Verschillende activiteiten dienen aan te sluiten bij de jeugdgezondheidszorg en bij de lokale gezondheidsprogramma's.

De lokale situatie

De analyse van de Aalsmeerse situatie overgewicht/diabetes staat op in § 3.2 onder § 3.2.1.. jeugd, § 3.2.2 volwassenen en § 3.2.3 ouderen.

Van de jongeren tussen de 15 en 18 jaar kampt 5,1% met matige tot ernstig overgewicht.

Van de zelfde leeftijdscategorie geeft 17% aan minder dan vijf maal per week te ontbijten.

Het percentage diabetes onder de jongeren is 0,8%. Bij volwassenen is het percentage diabetes onder de mannen 6% en vrouwen: 7%. Dit is boven het regionale gemiddelde. Bij ouderen is het percentage diabetes gestegen naar 11%, terwijl het percentage personen met matig/ernstig overgewicht 56% bedraagt.

Wat gaan we doen?

De gemeente komt met een uitvoeringsplan terugdringen overgewicht/diabetes. In de sportnota 2009 – 2013 “Sportief Aalsmeer” zijn in samenhang met het lokale volksgezondheidsbeleid acties vermeld om het overgewicht bij kinderen en jongeren te verminderen, het zogenaamde integraal sport- en beweegaanbod, zoals “Groep 6 on the Move” en de Jeugdsportpas. De projecten zijn gebaseerd op het verhogen van de kennis van diverse sporten, zodat jeugd ook op latere leeftijd blijven of gaan sporten.

Daarnaast vormen de ouderen een aandachtsgroep binnen het lokale sportbeleid. De sportdeelname onder de ouderen is laag en daarnaast wordt er een hoog percentage overgewicht geconstateerd. Vanaf 2011 zal voor deze leeftijdscategorie het GALM (Groninger Actief Leefmodel) project van start gaan.

Gerelateerd aan overgewicht zal aankomende periode diabetes aandacht krijgen. Een belangrijke rol bij diabetes spelen overgewicht, voeding, fysieke activiteiten en roken, vooral in combinatie met elkaar. Het beter integreren van activiteiten op het gebied van preventie en zorg leidt tot minder mensen met diabetes, tot een beter opvang van groepen met een hoog risico en tot betere zorg van diabetespatiënten.

De noodzakelijke samenhang tussen preventie en curatie in het uitvoeringsplan terugdringen overgewicht/diabetes vraagt ook om lokale betrokkenheid. Verschillende activiteiten dienen aan te sluiten bij onder meer de jeugdgezondheidszorg. De gemeente zal in overleg treden met de GGD en specifiek voor diabetes met de zorgorganisaties om na te gaan welke preventieve activiteiten in Aalsmeer nodig en mogelijk zijn.

Wat willen we bereiken?

Hoofddoel OVERGEWICHT (2010 – 2014): .

Het gelijk blijven (dus niet toenemen) van het percentage overgewicht bij jongeren en volwasseneni senioren in Aalsmeer t.o.v. peiljaar 2008

Doelen OVERGEWICHT:

- A. Stabilisatie van het aantal Aalsmeerse volwassenen en senioren met overgewicht;
- B. Afname van het aantal Aalsmeerse jeugdigen (incl. jongeren) met overgewicht.

Prioriteiten OVERGEWICHT: A. Stabilisatie van het aantal Aalsmeerse volwassenen en senioren met overgewicht:	Suggesties t.a.v. de uitvoering:
<ul style="list-style-type: none"> • Gezonde energiebalans + gezond eten + gezond bewegen + balansdag • Gezonde energiebalans + gezond eten + gezond bewegen + balansdag wanneer nodig (senioren vanaf 55 + jaar) 	<p>Stimuleren door bijv.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Landelijke campagne: “30 minuten bewegen” (volwassenen 25 – 55 jaar); - Balansdag; - Voedingsvoorlichting voor allochtone vrouwen (GGD pakket); <p>Stimuleren door bijv.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Landelijke campagne: “30 minuten bewegen” - GALM-project (= bewegingsstimuleringsprogramma) (zit in breedtesportproject; zie ook kadernota sport).

Aandachtspunt: GGD Amsterdam heeft geen interventieprojecten voor deze doelgroepen.

Prioriteiten OVERGEWICHT B. Afname van het aantal Aalsmeerse jeugdigen (incl. jongeren) met overgewicht:	Suggesties t.a.v. de uitvoering:
<ul style="list-style-type: none"> • Gezonde voeding peuters en kleuters: • Stimuleren van een gezond 	<p>Stimuleren door bijv.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ouderbijeenkomsten voeding & beweging peuters (GGD pakket); <p>Stimuleren door bijv.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Project Beter(Zw)eten voor groep 5 en hun

<p>eetpatroon en stimuleren van sport / bewegen (4 – 12 jarigen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stimuleren van een gezond eetpatroon en het aanzetten tot een actieve levensstijl (12 – 18 jarigen) 	<p>ouders (GGD pakket);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ouderbijeenkomsten voeding & beweging via de basisschool; (zie ook kadernota sport) - Spelen en bewegen in de buitenschoolse opvang (GGD pakket); - Preventief Gezondheidsonderzoek (PGO/groep 7/8) (landelijk); - Vakonderwijs gymnastiek; - Landelijke campagne “30 minuten bewegen”. <p>Stimuleren door bijv.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De gezonde (school/sport)kantine (mogelijk nieuw project vanaf 2011); - Onderzoek naar de Gezonde School (uitgevoerd door GGD mogelijk vanaf 2010); - Landelijke campagne “30 minuten bewegen”; - Preventief Gezondheidsonderzoek (PGO)(klas 2)(landelijk).
--	---

Aandachtspunten:

- Vraag: ook meenemen als mogelijke doelgroep **zwangeren**: onder meer door zwangerschapsbegeleiding en thema-avonden fles- en borstvoeding;
- Streven naar een integrale benaderingen: o.m. checken aanbod vanuit lokaal breedtesport, JGZ 0 – 4 jaar en minimabeleid;
- Onderzoeken of er een regionale aanpak “Overgewicht” mogelijk is.

Financiering

Financiering kan plaatsvinden vanuit basispakket + maatwerk gelden GGD, eigen bijdragen ouders, AWBZ (doelgroep zwangere vrouwen), landelijk ontwikkeld materiaal is veelal gratis, budget breedtesport, en zo mogelijk minimabeleid /bijzondere bijstand.

Evaluatie

M.b.v. bereikcijfers + gezondheidsmonitor GGD o.b.v. de navolgende prestatie-indicatoren.

Prestatie-indicatoren:

- Doelgroep peuters en kleuters:
 - Aantal bijeenkomsten en het aantal deelnemers aan activiteiten.
- Doelgroep jeugd (4 – 18-jarigen):
 - Aantal scholen dat meedoet aan de diverse projecten;
 - PGO: aantal leerlingen die in groep 7 en 8 basisschool en klas 2 voortgezet onderwijs zijn gescreend en indien nodig zijn doorverwezen; aantal ouders en kinderen die advies hebben gekregen of worden begeleid;
 - Aantal themabijeenkomsten per categorie;
 - Aantal deelnemende jeugdigen per categorie;
 - Aantal verspreide campagnematerialen per categorie.
- Doelgroep volwassenen en senioren:
 - Aantal verspreide campagnefolders per categorie volwassenen en per categorie senioren;
 - Aantal deelnemers aan themabijeenkomsten + cursussen per categorie volwassenen en per categorie senioren.

- Doelgroep zwangeren (indien opgenomen):
 - Aantal zwangere vrouwen dat een vorm van zwangerschapsbegeleiding heeft gevolgd;
 - Aantal moeders dat per jaar deelneemt aan thema-avonden borst- en flesvoeding.

DIABETES

Hoofddoel DIABETES (2010 – 2014):

Gelijk blijven van het percentage personen met diabetes t.o.v. peildatum 2008

Doelen DIABETES:

A. Beperking van de toename van het aantal nieuwe mensen met diabetes;

B. Bevordering van het vroegtijdig signaleren van diabetes;

Prioriteiten DIABETES: A. Beperking van de toename van het aantal nieuwe mensen met diabetes:	Suggesties t.a.v. de uitvoering:
<ul style="list-style-type: none"> • Bewustwording jongeren van gevaren overgewicht • Voorlichting aan volwassenen, ouderen uit hoge risico groepen en allochtonen + kennisontwikkeling diabetes + preventie. 	<p>Stimuleren door bijv.: lesmateriaal op basisscholen;</p> <p>Stimuleren door bijv.: themabijeenkomsten; voorlichting op braderie e.d; informatiebijeenkomsten.</p>

Aandachtspunt: GGD Amsterdam organiseert reeds voorlichtingsbijeenkomsten (landelijke campagne Kijk op diabetes).

Prioriteiten DIABETES B. Bevordering van het vroegtijdig signaleren van diabetes:	Suggesties t.a.v. de uitvoering:
<ul style="list-style-type: none"> • Informatie over meer bewegen en hoe (voor hoge risico groepen) • Informatie over voorkomen van diabetes • Bevorderen kennis over gezonde voeding voor volwassenen en ouderen uit hoge risicogroepen 	<p>Stimuleren door bijv.: beweegbijeenkomsten;</p> <p>Stimuleren door bijv.: voorlichtingsbijeenkomsten; voorlichtingsbijeenkomsten voor allochtonen; informatiepakket voor vrouwen met zwangerschapsdiabetes.</p> <p>Stimuleren door bijv.: supermarktrondleidingen.</p>

Financiering

Materialen landelijke campagne “Kijk op diabetes” zijn gratis. Uurloon voor ingehuurd hulpverleners. Voorts: maatwerkgelden GGD, eigen bijdragen, en zo mogelijk bijzondere bijstand.

Evaluatie

M.b.v. bereikcijfers + gezondheidsmonitor GGD o.b.v. de navolgende prestatie-indicatoren.

Prestatie-indicatoren:

- Aantal lespakketten basisscholen;
- Aantal voorlichtingsbijeenkomsten c.q. voorlichtingsactiviteiten (uitgesplitst per categorie) en aantal deelnemers c.q. bezoekers;
- Aantal supermarktbijeenkomsten en aantal deelnemers;
- Aantal informatiebijeenkomsten en aantal deelnemers;
- Aantal beweegbijeenkomsten en aantal deelnemers;
- Aantal informatiepakketten dat is uitgedeeld aan zwangere vrouwen;
- Aantal cursussen en aantal deelnemers;
- Aantal themabijeenkomsten (uitgesplitst naar thema) en aantal deelnemers.

§ 5. 6. Speerpunt 3: Depressie / psychosociale klachten en eenzaamheid

Probleemomschrijving

Eén van de speerpunten van het kabinet is het vergroten van het bereik van depressiepreventie. Er is geconcludeerd dat er te weinig gebruik gemaakt wordt van preventieve hulp tegen depressies. Ook de GGD adviseert om preventie van depressieve klachten tot speerpunt te maken, aangezien de helft van de respondenten met psychische klachten hulp zoekt.

Depressie behoort tot de aandoening met de grootste ziektelast en vormt een aanzienlijke bedreiging van voor de volkgezondheid. Per jaar lijdt naar schatting 6% van de volwassen bevolking van Nederland aan depressie en 12% aan een angststoornis. Preventieve interventies in de GGZ zijn vooral gericht op depressies, angstproblematiek en gedragsproblematiek. Andere thema's waarop veel interventies zich richten zijn: het voorkomen van psychische aandoeningen bij kinderen van ouders met psychische problemen (zogenaamde KOPP-kinderen), het verminderen van psychische belasting bij mantelzorgers en het verminderen van psychische aandoeningen in relatie met werk.

De lokale situatie

De analyse van de Aalsmeerse situatie depressie/ angststoornissen staat op in § 3.2 onder § 3.2.1.. jeugd, § 3.2.2 volwassenen en § 3.2.3 ouderen.

22% van de Aalsmeerse jongeren geeft aan problemen te hebben, die hun de gehele dag bezig houden. 6% van de jongens en 14% van meisjes voelt zich vaak somber of depressief. Bij volwassenen neemt het aandeel minder “gelukkigen” toe met de leeftijd. Van de volwassenen voelt 4% zich eenzaam tot zeer eenzaam. Voor ouderen is het percentage matig tot zeer eenzaam 39%. 78% van de ouderen voelt dat zijn/haar vriendenkring is beperkt.

Tijdens de werkgroep bijeenkomsten met het maatschappelijk middenveld en tijdens de presentatie van de speerpunten van het lokale volksgezondheidsbeleid met de raadsleden is het voorkomen en verminderen van eenzaamheid naast het verminderen van alcohol- en drugs als belangrijkste speerpunt van het lokale volksgezondheidsbeleid naar voren gekomen.

Wat gaan we doen?

Gemeenten in de regio's Zuid-Kennemerland en Amstelland en de Meerlanden hebben de GGZ De Geestgronden gevraagd om met een aantal organisaties te komen tot een gezamenlijk regioplan voor volwassenen en ouderen. Hieraan is ondermeer samengewerkt met de GGD, Tandem, Steunpunt Mantelzorg Amstelring, Vita Welzijn en Advies en Vluchtelingenwerk. In Amstelland valt de geestelijke gezondheid van jeugd onder Jeugdriagg Noord-Holland Zuid. In 2008 is er met de uitvoering van het plan gestart. Dit met subsidies vanuit de regionale Wmo/OGGz middelen) De doelstelling is:

1. Meer bekendheid geven aan depressie(ve) klachten en de hulpverleningsmogelijkheden;
2. Verbeteren van vroegsignalering van depressie(ve) klachten;
3. Zorgdragen voor een goede ontwikkeling van kinderen van ouders met depressieve klachten.

Het belangrijkste knelpunt in de praktijk is op dit moment het beperkte bereik van vooral de geïndiceerde preventieve interventies. Met name mensen met een laag inkomen worden door middel van algemene werving niet bereikt. De oplossing ligt in het bereik van de gehele doelgroep.

Landelijk heeft het Trimbosinstituut een gemeentelijke handreiking terugdringen depressie gemaakt. De gemeente zal in samenwerking en afstemming met de GGZ Ingeest deze landelijke handreiking te vertalen naar een uitvoeringsplan preventie depressie/angststoornissen voor de gemeente Aalsmeer.

Wat willen we bereiken?

Hoofddoel DEPRESSIE (2010-2014):

Meer vroegtijdige signalering van mensen met depressieve klachten en meer preventieve hulp voor hen.

Doelen DEPRESSIE:

- A. Verminderen van het aantal mensen dat nog geen klachten heeft, maar wel risico's loopt;
- B. Verminderen van het aantal jongeren en ouderen met lichte depressieve klachten;
- C. Bevorderen van gerichte interventies voor de gehele Aalsmeerse bevolking;
- D. Vergroten deskundigheidsbevordering voor intermediairs.

Prioriteiten DEPRESSIE:

A. Verminderen van het aantal mensen dat nog geen klachten heeft, maar wel risico's loopt:

- Vergroten bewustwording inzake risicogroepen (zoals mantelzorgers, eenzame ouderen)

Stimuleren door bijv.:

- Informatie/themabijeenkomsten op o.m. kerken/scholen/verzorgingshuizen, bibliotheek;
- Trainingen (groep/individueel) o.m. "Stap voor Stap" (training voor lage SES / migranten), 'sociale vaardigheden voor kinderen', 'omgaan met verlies' en KOPP-training voor kinderen van ouders met psychiatrische problematiek.

Prioriteiten DEPRESSIE: B. Verminderen van het aantal jongeren en ouderen met lichte depressieve klachten;	Suggesties t.a.v. de uitvoering:
<ul style="list-style-type: none"> Bewustwording /signalering van lichte/depressieve klachten; 	Stimuleren door bijv.: <ul style="list-style-type: none"> Informatiebijeenkomsten / workshops (o.m. kerken/scholen/verzorgingstehuizen, bibliotheek in Aalsmeer); Trainingen (groep/individueel), o.m.: “in de put, uit de put”, “omgang met verlies”, “Grip op je dip”.

Prioriteiten DEPRESSIE: C. Bevorderen gerichte interventies voor de gehele Aalsmeerse bevolking:	Suggesties t.a.v. de uitvoering:
<ul style="list-style-type: none"> Bewustwording t.a.v. depressieve klachten vergroten 	Stimuleren door bijv.: <ul style="list-style-type: none"> Uitbrengen van jaarkrant + plaatsen in media; Plaatsen advertentietjes /persberichten. / interviews over GGZ voor de gehele bevolking

prioriteiten DEPRESSIE: D. Bevorderen van deskundigheidsbevordering voor intermediairs:	
<ul style="list-style-type: none"> Vergroten van kennis over psychische problematiek bij professionals (o.m.: leerkrachten/ Fysiotherapeuten/ JGZ-ers/ medewerkers verzorgingshuizen) 	Stimuleren door bijv.: <ul style="list-style-type: none"> trainingen/ themabijeenkomsten

Financiering

De activiteiten onder de prioriteit “Depressie” kunnen worden o.m. bekostigd worden vanuit de collectieve preventiegelden / GGZ en/of WMO. Daarnaast via subsidieafspraken met Vita Welzijn en Advies en het Zorgkantoor Achmea/ Zilveren Kruis.

Evaluatie

M.b.v. bereikcijfers + trendonderzoek GGD Amsterdam o.b.v. de navolgende prestatie-indicatoren.

Prestatie-indicatoren:

- Aantal persberichten naar ontwerp;
- Aantal folders naar locaties;
- Aantal cursussen + aantal deelnemers;
- Aantal trainingen + bereikte instellingen;
- Aantal informatie/themabijeenkomsten (uitgesplitst naar thema) en aantal deelnemers.

§ 5.7. Speerpunt 4: Verminderen Roken

Probleemomschrijving

Roken is de belangrijkste oorzaak van vroegtijdige sterfte. Daarnaast zorgt roken ook voor verlies van kwaliteit van leven. Het percentage rokers is geleidelijk aan het dalen. Ook bij jongeren is er in de meeste leeftijdsgroepen sprake van een lichte daling. Een groot deel van de preventie bestaat uit voorlichting: van campagnes tot persoonlijke voorlichting. Steeds meer artsen adviseren en ondersteunen rokers aan de hand van interventieprotocollen te stoppen. Naast voorlichting is de wet- en regelgeving, vastgelegd in de Tabakswet, aangescherpt. Deze wet- en regelgeving heeft er mede toe bijgedragen dat het aantal rokers jaarlijks afneemt.

De lokale situatie

De analyse van de Aalsmeerse situatie roken staat op in § 3.2 onder § 3.2.1. jeugd, § 3.2.2 volwassenen en § 3.2.3 ouderen.

11,8 van de 12 -16 jarigen uit Aalsmeer rookt dagelijks. De gemiddelde leeftijd waarop men begint te roken is 14 jaar. Rokende leerlingen op het voortgezet onderwijs geven aan dagelijks gemiddeld 10 sigaretten te roken.

Gemiddeld rookt één op de vier volwassenen. Van de volwassen rokers geeft 11% binnen een jaar te willen stoppen. 18% van de ouderen rookt.

Wat gaan we doen?

De gemeente komt met een lokaal uitvoeringsplan terugdringen roken. De GGD Amsterdam heeft in samenwerking met STIVORO inmiddels ervaring opgedaan met het terugdringen van roken. Ook de wettelijke maatregelen die per 1 juli 2008 van kracht zijn gegaan, welke geleid hebben tot het rookverbod in de horeca, maken het mogelijk om met beperkte inzet tot uitvoering van deze prioriteit te komen. De gemeente vraagt de GGD/STIVORO om, in samenwerking, tot een uitwerking van het uitvoeringsplan in Aalsmeer te komen.

Wat willen we bereiken?

Hoofddoel ROKEN (2010 - 2014):

Maximaal 20% rokers in 2013 in plaats van de 22,5% in 2008

Doelen ROKEN:

- a. het voorkomen van het gaan roken van jongeren: Het aantal 12 – 16 jarigen die roken verminderen van 11,8% (2009) tot 9,8%
- b. het ondersteunen van rokers die willen stoppen met roken
- c. het percentage rokende volwassenen is met 2 % verminderd ten opzichten van 2008;
- d. Het voorkomen van meerroken.

Prioriteiten ROKEN: A. Niet beginnen met roken (met name jongeren):	Suggesties t.a.v. de uitvoering:
<ul style="list-style-type: none">• Rookvrije (sport)kantine• Rookvrije scholen / schoolpleinen (voortgezet –en basisonderwijs)	Stimuleren door bijv.: <ul style="list-style-type: none">- Een predicaat of beloning (= handhavingsbeleid);- Subsidievoorwaarden als sturingsmiddel; Stimuleren door bijv.: <ul style="list-style-type: none">- Een predicaat of beloning;

<ul style="list-style-type: none"> • Voorlichting / themabijeenkomsten 	Stimuleren door bijv.: - Actie Tegengif (VO) (STIVORO/GGD)/ Rooksignaal (BaO).
---	---

Prioriteiten ROKEN: B. Stoppen met roken (met name volwassenen):	Suggesties t.a.v. de uitvoering:
<ul style="list-style-type: none"> • Voorlichting • Digitale adviezen • Stopadvies en begeleiding door verloskundigen • Kortdurend stopadvies en begeleiding door huisarts • Publieksvoorlichting • Groepstraining 	Stimuleren door bijv.: - Een predicaat of beloning; Stimuleren door bijv.: - “Advies op Maat” en “Advies op Maat voor zwangeren” (STIVORO); Stimuleren door bijv.: - Materiaal STIVORO tegen portokosten; Stimuleren door bijv.: - Folders STIVORO tegen portokosten; Stimuleren door bijv.: - Promotiemateriaal van STIVORO “Rokers verdienen een beloning” Gericht op de doelgroep lage SES; Stimuleren door bijv.: - “Pak je Kans – samen stoppen met roken” (STIVORO).

Prioriteiten ROKEN: C. Vermijden van meerroken door kinderen en volwassenen:	Suggesties t.a.v. de uitvoering:
<ul style="list-style-type: none"> • Rookvrije horeca • Voorlichting en informatie over effecten voor meerokers 	Stimuleren door bijv.: - Een predicaat of convenant (= handhaving); Stimuleren door bijv.: - Brochures; - Themabijeenkomsten.

Financiering

De meeste activiteiten kunnen met behulp van STIVORO kosteloos worden gerealiseerd. Ook materiaal van STIVORO is gratis, bijv. themakist genotmiddelen (soms alleen portokosten). De kosten verlopen via landelijke campagnes van STIVORO. Echter aan de implementatie van de activiteiten/projecten zijn kosten verbonden.

Evaluatie

M.b.v. bereikcijfers + gezondheidsmonitor GGD o.b.v. de navolgende prestatie-indicatoren.

Prestatie-indicatoren (via landelijke en lokale registraties: gemeente/GGD):

- Voortgezet onderwijs: GGD voert uiterlijk in 2010 Jongerenonderzoek uit waaruit trends over roken naar voren komen;
- Aantal rookvrije (sport)kantines, scholen/ schoolpleinen (het aantal scholen dat een predicaat Rookvrije school heeft is op te vragen bij STIVORO);
- Aantal basisscholen en voortgezet onderwijs scholen dat gebruik maakt van landelijk lesmateriaal (STIVORO/GGD) en aantal gastlessen "Gezonde School";
- Aantal voorlichting- en themabijeenkomsten en aantal deelnemers (uitgesplitst per categorie);
- Aantal verloskundigenpraktijken dat pre-conceptie zorg biedt alsmede dat werkt met minimale interventiestrategie voor Stoppen met roken door zwangere vrouwen en hun partners;
- Aantal huisartsenpraktijken dat werkt met minimale interventiestrategie voor Stoppen met roken door patiënten;
- Registratie aantal telefonische coaching en door STIVORO;
- Registratie aantal adviezen en aantal verspreide brochures (door STIVORO);
- Aantal groepstrainingen per jaar.

Hoofdstuk 6 Actuele gezondheidsthema's in de gemeente Aalsmeer.

§ 6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op een aantal actuele thema's in de gemeente Aalsmeer die aan gezondheid gerelateerd zijn. Het gaat in de meeste gevallen om situaties waar iets van de gemeenten verwacht wordt. Soms zijn andere partijen voor het onderwerp verantwoordelijk of soms gaat het om een probleem dat niet beïnvloedbaar is.

Veel thema's die in dit hoofdstuk aan de orde komen, zijn in de afgelopen periode in de raad geweest. Tijdens de discussie in raadscommissiesessies en schriftelijke stukken over deze onderwerpen naar de raad zijn gestuurd, is toegezegd dat deze onderwerpen in de nota lokaal Volksgezondheidsbeleid zouden terugkomen. Hetgeen hierbij ook gebeurt.

De onderwerpen die in dit hoofdstuk worden behandeld zijn respectievelijk eerste- en tweede lijnsgezondheidszorg, Welzijn Wonen en Zorg, gezondheidsconsequenties van Schiphol, problemen van fijnstof, ambulance aanrijtijden en AED's.

§ 6.2. De zorginfrastructuur van Aalsmeer

De gemeente is niet verantwoordelijk voor de gezondheidszorg in haar gebied, maar wel voelt ze zich verantwoordelijk dat er voor haar burgers voldoende kwalitatief goede zorg is binnen de gemeente. Is de zorg niet goed dan zal de gemeente in actie komen om deze zorg te (laten) verbeteren. Preventie gaat een steeds grotere rol spelen in de curatieve gezondheidszorg. De curatieve zorg ziet dat zij een rol kan spelen in gezondheidsbevordering van mensen die met de zorg in aanraking gekomen zijn.

§ 6.2.1. Eerstelijnsgezondheidszorg

De eerste lijn is de cruciale schakel in het Nederlandse zorgsysteem. Zij is de eerste opvang bij klachten en voorkomt dat zorgvragers een onnodig beroep doen op complexere en duurdere zorg in de tweede lijn, zoals ziekenhuiszorg of geestelijke gezondheidszorg. De eerstelijns stroomlijnt de zorgvraag naar de juiste behandeling/begeleiding en draagt bij aan een doelmatige, doeltreffende en patiëntgerichte werking van de gezondheidszorg. De gemeente heeft geen formele verantwoordelijkheid, de gemeente heeft wel een (in)formele organisatieplicht ten aanzien van zorginfrastructuur, de gemeente is wel in staat om het proces positief te beïnvloeden.

Praktijkondersteuning Huisartsenzorg (POH)

Landelijk is er een Convenant Huisartsenzorg overeengekomen om de huisartsenzorg extra te ondersteunen met professionele medewerkers om de georganiseerde huisartsenzorg en de samenwerking te verbeteren en de werkdruk van de huisartsen te verlichten. Inmiddels is er in veel huisartsenpraktijken een praktijkondersteuner werkzaam die voornamelijk wordt ingezet op chronische ziekten (diabetes, astma/COPD, ouderenzorg, hart- en vaatziekten). Ook worden de huisartsen ondersteund door Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen van GGZ Ingeest.

Versterking van de eerstelijns

Versterking van de eerstelijns is ook een aangelegenheid voor het lokaal gezondheidsbeleid. In het hele land zijn eerstelijns ondersteuningsstructuren voor huisartsen, verloskundigen, oefentherapeuten, fysiotherapeuten en logopedisten, eerstelijns psychologen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en algemeen maatschappelijk werkers.

In de gemeente Aalsmeer is REOS Zorg (Regionale Eerstelijns Ondersteuningsstructuur) de organisatie die voor deze ondersteuning zorg draagt. REOS is onder andere in relatie tot speerpunten uit de nota bezig met:

- ondersteuning op onder andere samenwerking, chronische ziekten en ketenzorg;
- de coördinatie van de GGZ zorg in de eerste lijn;
- opzetten zorgprogramma depressie;
- ondersteuning bij het opzetten van een zorgcafe voor kwetsbare ouderen.

De gemeente zal REOS Zorg betrekken bij de uitwerking van de gemeentelijke speerpunten.

Actie:

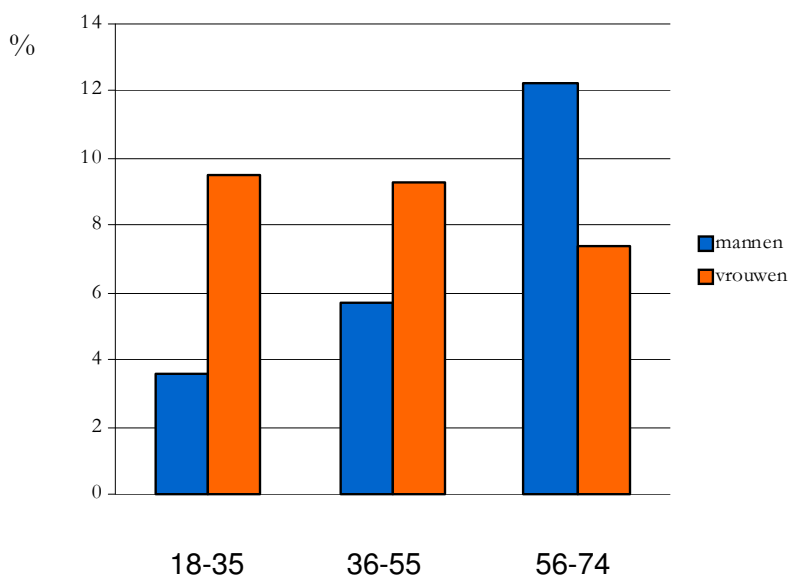
Vanuit versteviging van de eerstelijns zet de gemeente Aalsmeer in 2010 een structureel eerstelijns-overleg op, waarin actuele onderwerpen op het terrein van de eerstelijnsgezondheidszorg worden afgestemd. Mogelijke thema's zoals huisartsenzorg en vestigingslocaties, thema's/speerpunten uit het lokale volksgezondheidsbeleid, etc.

§ 6.2.2. Tweedelijnsgezondheidszorg

De tweedelijns gezondheidszorg is zorg waarvoor men een verwijzing nodig heeft. Het gaat hierbij om medische specialisten, gespecialiseerde thuiszorg, behandelingen van de Geestelijke Gezondheidszorg of opname in verpleeg-, verzorgings- of ziekenhuizen en bijvoorbeeld. behandeling door een verpleeghuisarts.

Inwoners van Aalsmeer kunnen in de directe omgeving goed terecht voor tweedelijnsgezondheidszorg. Men kan kiezen uit ziekenhuizen in Amsterdam, Amstelveen en Hoofddorp. (figuur 3: Ziekenhuisopname Amstelland) Voor de GGZ kan men in Amstelveen of Amsterdam terecht. Voor verslavingszorg kan men terecht in Amsterdam.

Onlangs is de eerste paal geslagen voor de dependance van ziekenhuis Amstelland in Uithoorn (voormalig IBM terrein). De polikliniek die hier gevestigd zal worden zal niet alleen beschikbaar zijn voor de inwoners van Uithoorn, maar ook voor die uit Aalsmeer/Kudelstaart. Daarmee is het zorgaanbod in Aalsmeer voldoende gedekt en is het niet noodzakelijk om in Aalsmeer nieuwe tweedelijnsgezondheidsvoorzieningen te vestigen.



Figuur 3: Ziekenhuisopname Amstelland gedurende jaar

* * *

§ 6.2.3. Wonen, Welzijn en Zorg (WWZ)

De gemeente Aalsmeer heeft als missie om met elkaar adequaat in te spelen op de sterk toenemende vergrijzing, de veranderende vraag naar zorg en diensten en te werken aan een woonomgeving welke geschikt is voor een ieder die in Aalsmeer woont. De door de Raad aangenomen "projectnota Wonen, welzijn en zorg (WWZ) 2004 – 2007 geeft het kader voor de integrale uitwerking van de WWZ. Gedurende de periode 2005 – 2008 is door de gemeenten Aalsmeer en Uithoorn samengewerkt in het voorbeeldproject "Samen aan de slag": uitvoeringsprogramma Wonen, Welzijn en Zorg 2005 – 2008 Aalsmeer/Uithoorn. Dit project is deels gesubsidieerd door de provincie Noord-Holland.

Het doel van de WWZ is het realiseren van een samenhangend en integraal pakket van voorzieningen op de terreinen van wonen, welzijn en zorg. De methodiek van de woonzorgzones vormt een belangrijk uitgangspunt. In Aalsmeer wordt gewerkt aan vijf woonzorgzones, te weten Kudelstaart, Dorp, Stommeer, Hornmeer en Oosteinde. Per 31 december 2008 is het meerjarige uitvoeringsprogramma WWZ afgelopen. Vanaf 2009 vindt de uitwerking van de WWZ plaats via een tweejaarlijks programma Aalsmeer getiteld "Een zorg minder". De geformuleerde doelstellingen worden in het WWZ programmaplan beschreven en via zogenaamde projectkaarten wordt de uitvoering aangegeven. Voor de aankomende jaren wordt de aandacht gevraagd voor de ontwikkeling van een voorzieningseenheid en gezondheidscentrum in Oosteinde, "dorpshuis"/wijksteunpunt in Oosteinde, voorzieningseenheid/wijksteunpunt in Kudelstaart, doelgroepenvervoer. De lopende proef met preventief onderzoek gezondheid ouderen (consultatiebureau ouderen) wordt in november 2009 afgerond, waarna begin 2010 een rapportage verschijnt. Of de proef een vervolg krijgt hangt af van de resultaten.

Actie:

Met betrekking tot het versterken van de zorginfrastructuur in Aalsmeer dient bij de implementatie van het meerjarig uitvoeringsprogramma WWZ "Een zorg minder"/projectkaarten nauwe afstemming te bestaan tussen WWZ en het lokale gezondheidsbeleid. Dit geldt met name voor leefstijlthema's, het opzetten van wijkgezondheidscentra / zgn. HOED (Huisartsen Onder Eén Dak).

§ 6.3. Gezondheid en Milieu

De belangrijkste milieufactoren die tot gezondheidsverlies leiden zijn: luchtverontreiniging (verkeersemisatie, ozon) en geluidshinder.

§ 6.3.1 Luchtverontreiniging/fijnstof:

Jaarlijks overlijden in Nederland enige duizenden personen vroegtijdig door kortdurende blootstelling aan luchtverontreiniging. Enige tienduizenden mensen overlijden vroegtijdig door langdurige blootstelling. Gevoelige groepen zijn kinderen, ouderen en mensen met een hart- of longziekte. Aangevoerd is dat de luchtkwaliteit van invloed is op de leerprestaties van kinderen. Er is geen ondergrens waarbij de concentratie geen effect heeft op de gezondheid van de mens. Dit betekent dat bij het voldoen aan de norm nog steeds sprake zal zijn van vroegtijdige sterfte.

De belangrijkste componenten van luchtvervuiling zijn stikstofoxiden (NOx) als indicator voor een mengsel van luchtverontreinigende stoffen, en fijn stof (PM10). Oorzaken van luchtverontreiniging zijn wegverkeer, industrie, landbouw en huishoudens. Het is een grensoverschrijdend probleem: 60-80 % van de luchtvervuiling is afkomstig uit het buitenland. Luchtverontreiniging bestaat uit een achtergrondconcentratie met daar bovenop een lokale bijdrage, die in deze regio met name wordt veroorzaakt door het wegverkeer.

Door technische verbeteringen aan auto's, brandstoffen en industrie is de luchtkwaliteit in de afgelopen decennia aanzienlijk verbeterd. Deze trend zet zich naar verwachting door tot 2015. Nederland heeft momenteel echter nog steeds een probleem met het voldoen aan de grenswaarden voor fijn stof. Langs een aantal drukke wegen is bovendien nog sprake van overschrijdingen van de grenswaarden voor stikstofdioxide.

Sinds 2006 is de Wet luchtkwaliteit van kracht. Deze bepaalt dat bij ruimtelijke ontwikkelingen moet worden onderzocht of aan de normen wordt voldaan. Anders moeten maatregelen ter verbetering van de luchtkwaliteit worden getroffen. Vanwege het (gemeente)grens overschrijdende karakter wordt de aanpak van knelpunten door de rijksoverheid georganiseerd middels het Nationaal Samenwerkingsprogramma Luchtkwaliteit (NSL).

Het onderzoeksrapport Toets luchtkwaliteit ruimtelijke ontwikkelingen Aalsmeer (2008) geeft aan dat het jaargemiddelde concentratie NO_x en PM₁₀ in 2008, 2010 en 2020 niet overschreden zal worden en zelfs zal dalen. De hoogste concentraties treden op langs de N201 en de Burgemeester Kasteleinweg-oost (bloemenveiling). Omdat geen sprake is van overschrijdingen worden geen maatregelen genomen om de luchtkwaliteit te verbeteren. Wel is het zo dat om andere redenen (mobiliteit, energiebesparing) maatregelen worden getroffen die gunstig zijn voor de luchtkwaliteit.

§ 6.3.2. Geluidsoverlast

Blootstelling aan geluid kan psychische effecten, zoals hinder en slaapverstoring, veroorzaken. hinder is een verzamelterm voor allerlei negatieve reacties op geluid. Mensen beleven hinder verschillend (zie schema 5: geluidshinder Amstellandgemeenten). Er zijn bovendien aanwijzingen dat langdurige blootstelling aan geluid de kans op hart- en vaatziekten kan vergroten. Bij de huidige geluidsniveaus in onze woonomgeving komen hinder en slaapverstoring het meest voor. Omdat geluid door weg- en vliegverkeer in de toekomst zal toenemen, zal het aantal mensen dat hiervan ernstige hinder ondervindt ook toenemen, naar schatting met 20-50 %. Dit leidt mogelijk ook tot een toename van het aantal mensen met hoge bloeddruk en hart- en vaatziekten.

In de gemeente Aalsmeer bevindt zich een aantal gezoneerde industrieterreinen van grote scheepswerven. Daarnaast bevindt de gemeente zich voor een deel binnen de geluidzone van de gezoneerde industrieterreinen Schiphol Oost en Rijsenhout.

De gemeente Aalsmeer is ook gelegen binnen de luchtvaartcontouren van Schiphol. Binnen Aalsmeer zijn ook woningen gelegen die worden blootgesteld aan het wegverkeerslawaai van enkele provinciale wegen Burg. Kasteleinweg (N201), de Bosrandweg en de Legmeerdijk. De provincie heeft daarvoor een eigen Actieplan Geluid opgesteld.

Uit het rapport Geluidbelastingkaarten d.d. september 2007 en het Actieplan Geluid 2008 – 2013 d.d. 5 mei 2008 van de regio Amstelland en de Meerlanden blijkt dat:

- in 2006 het totaal aantal gehinderden vanwege het verkeer op de gemeentelijke wegen 1.434 bewoners en het aantal ernstig gehinderde 583 bewoners bedraagt. Het aantal slaapgestoorden in de nachtperiode bedraagt 161 bewoners.
- in 2006 het totaal aantal gehinderden vanwege industrielawaai (voornamelijk industrieterrein Schiphol-Oost).780 bewoners en het aantal ernstig gehinderden 330 bewoners bedraagt. Er zijn geen slaapgestoorden.
- in 2006 het totaal aantal gehinderden vanwege de luchtvaart 4.453 bewoners en het aantal ernstig gehinderden 2.058 bewoners bedraagt. Het aantal slaapgestoorden in de nachtperiode bedraagt 18 bewoners.

Aankomende periode wordt vanuit het Actieplan Geluid gewerkt om de geluidsoverlast vanwege het wegverkeer te verminderen door het gefaseerd aanleggen van geluidsreducerend asfalt op lokale- en provinciale wegen. In dat kader zullen de Van Cleeffkade en de Aalsmeerderweg worden voorzien van geluidsreducerend asfalt. Schiphol is als bronbeheerder zelf verantwoordelijk voor het luchtvaartlawaai in de omliggende regio. De regio stelt zich proactief op richting Schiphol om de geluidssituatie in de regio ten gevolgen van deze geluidbron te verbeteren. Het beleid ten aanzien van Schiphol is verwoord in de nota Schipholbeleid Aalsmeer 2006 – 2010 (2007) waar de overige gemeenten in de regio zich bij hebben aangesloten.

Schema 1: Geluidshinder Amstellandgemeenten

	Totaal	Aalsmeer	Amstelveen	Haarlemmermeer	Ouder-Amstel	Uithoorn	
<i>Geluidshinder totaal</i>							*
Ja	71.8%	74.3%	70.6%	71.1%	67.2%	79.6%	
Nee	28.2%	25.7%	29.4%	28.9%	32.8%	20.4%	
<i>Ernstige geluidshinder</i>							*
Ja	34.4%	40.8%	30.9%	34.7%	24.1%	42.1%	
Nee	65.6%	59.2%	69.1%	65.3%	75.9%	57.9%	
<i>Geluidshinder totaal</i>							
Verkeer, wegen > 50 km	12.1%	12.6%	13.2%	10.6%	27.6%	9.0%	*
Verkeer, wegen < 50 km	20.0%	23.9%	22.6%	18.1%	20.3%	18.6%	
Treinen	1.9%	0.5%	0.9%	2.6%	7.6%	0.3%	*
Trams/metro	4.0%	1.8%	9.2%	1.9%	5.7%	1.0%	*
Vliegtuigen	54.8%	64.8%	50.1%	54.0%	49.1%	66.5%	*
Schiphol	21.8%	22.2%	17.0%	28.4%	5.4%	8.8%	*
Bedrijven/industrie	3.6%	6.3%	3.1%	3.2%	3.5%	4.9%	
Buren	19.4%	13.1%	26.2%	17.6%	17.1%	14.7%	*
Kinderen/jongeren	17.2%	15.9%	13.2%	19.9%	15.2%	17.6%	*
Bromfietsen/-scooters	26.2%	24.4%	22.0%	29.1%	21.1%	28.2%	*
Overig	3.7%	3.3%	3.0%	4.2%	2.4%	4.1%	

* Significant verschil tussen de groepen (P < 0.05)

§ 6.4 Ambulancevervoer

De gemeenten hebben weinig directe sturingsmogelijkheden voor een goed ambulancevervoer vanuit GHOR, maar wel indirect als onderdeel van de Veiligheidsregio Amsterdam.

Het belang van de bereikbaarheid van acute en levensreddende zorg komt primair tot uiting in de nadelige gevolgen voor de patiënt van te lang wachten op acute en levensreddende zorg. Bij nadelige gevolgen kan worden gedacht aan een langere revalidatieperiode, blijvende invaliditeit en in het uiterste geval overlijden.

Vastgestelde landelijke beleidsregels stellen dat een ambulance bij een spoedeisende situatie binnen 15 minuten na melding ter plaatse moet zijn. In berekeningen wordt uitgegaan van twee minuten meld- en uitruktijd: de netto reistijd is 13 minuten. De algemeen aanvaarde norm is dat 95% van de spoedritten binnen de norm ter plaats moeten zijn. Voor Aalsmeer geldt dat de afgelopen 2 jaar 89% aan de norm voldoet.

Dit is een aanvaardbaar percentage waarop geen maatregelen genomen behoeven te worden (zie schema 2: Rijtijdoverschrijdingen Aalsmeer periode 2007 – 2009 (1^{ste} helft))

(zie schema 2: Rijtijdoverschrijdingen Aalsmeer periode 2007 – 2009 (1^{ste} helft))

Periode	2007	2008	2009 (1 ^{ste} helft)
Overschrijding aanrijtijden in % van het totaal aantal ritten	11 %	12%	9 %

Wet Ambulancezorg (WAz).

De nieuwe Wet Ambulancezorg is in december 2008 van kracht gegaan. Deze wet beoogt helderheid in de aansturing en verantwoordelijkheden te geven en vervangt de Wet Ambulance vervoer (WAV) uit 1971.

In de nieuwe wet krijgen de zorgverzekeraars een centrale rol en wordt de ambulancezorg op regionaal niveau georganiseerd. Zorgverzekeraars hebben met het Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV) contractpartners, weer mee de ambulance zorg in ketensamenhang en doelmatig kan worden ingekocht.

De RAV is de rechtspersoon waaraan de vergunning tot het verlenen van ambulancezorg wordt verleend en is een zorginstelling krachtig de Wet Toelating zorginstellingen (WTZ).

De vergunningverstrekking verloopt vanaf de inwerkingtreding van de wet via het ministerie van VWS in plaats van de provincie.

De minister bepaalt de spreiding en beschikbaarheid en bepaalt het beschikbare regionaal budget. De nieuwe wet gaat uit van een gereguleerde markt voor de ambulancezorg waarin via aanbesteding wordt gekomen tot vergunningverlening. De nieuwe wetgeving heeft geen invloed op de zorgverlening of inrichting van de ambulancepost in Aalsmeer

§ 6.5 AED's in Aalsmeer

Verspreiding Automatische Externe Defibrillatoren (AED's) / "6 minuten zones"

De Nederlandse Hartstichting stimuleert het reanimatieonderwijs aan alle Nederlanders. Hiertoe heeft de Hartstichting in 2006 het Nationaal Programma Hartstilstand in het leven geroepen. De hoofddoelstelling van het programma is om de overlevingskans bij een plotselinge hartstilstand te vergroten tot 25%. Op dit moment is de overlevingskans 5 – 10 %. Vervolgens is Hartstichting in 2007 gestart met de campagne 'Een leven hoeft niet te stoppen bij een hartstilstand'. Deze campagne is de afgelopen periode (2009) via tv, radio, de krant en internet zichtbaar geweest.

Vanuit de genoemde doelstellingen vraagt de Nederlandse Hartstichting via haar publiekscampagne '6 minuten' aandacht om als omstander via herkenning en weten er na te handelen binnen zes minuten 1-1-2 te bellen, het slachtoffer te reanimeren en de AED weet te herkennen en toe te passen. Een AED is een compact en makkelijk te bedienen apparaat dat door middel van elektrische schokken het hartritme weer op gang kan helpen (defibrillatie). Belangrijk is dat de AED's breed verspreid zijn op een voor een ieder herkenbare plek. In Nederland komen steeds meer plekken waar alles zo is geregeld dat bij een hartstilstand alle elementen van de 6 minuten toegepast kunnen worden. Dit is een zogenaamde 6 Minuten Zone.

De werkgroep AED Aalsmeer/Kudelstaart heeft een plan van aanpak voor de verspreiding van AED's binnen de gemeente Aalsmeer gemaakt. Waarbij naast spreiding volgens de "6 minuten" normen van de AED's binnen de gemeente Aalsmeer ook aandacht bestaat voor instructielessen aan personeel van betrokken instellingen c.q. vrijwilligers.

Opgemerkt dient te worden dat door de gemeenteraad tijdens de behandeling van de programmabegroting 2008 – 2012 een motie raadsbreed is aangenomen inzake het “AED-proof” zijn van Aalsmeer. Dit wil zeggen dat over de gehele gemeenten de AED volgens het principe van de “6 minuten zones” verspreid dient te worden.

Het “AED-proof” maken van de gemeente Aalsmeer is een particulier initiatief waaraan de gemeente een bijdragen levert.

Actie:

Zorgdragen vanuit de zogenaamde “6 minuten zones” voor een gelijkmatige verspreiding van AED’s binnen de gemeente Aalsmeer.

In samenwerking met de Stichting AED Westeinde een spreidingsplan voor de AED maken met hieraan gekoppeld een dekkingvoorstel.

Hoofdstuk 7: Uitvoering van de nota

§ 7.1 Uitvoering

In deze nota is het lokaal volksgezondheidsbeleid voor de komende vier jaar beschreven. Daarnaast zijn concrete doelstellingen en activiteiten benoemd.

De gemeente gaat werken met uitvoeringsplannen per speerpunt om de komende vier jaar het betreffende speerpunt onder de aandacht te brengen. De uitwerking van de speerpunten in de uitvoeringsplannen vinden in afstemming tussen de gemeente en externe partijen plaats. Gezien de beperkte capaciteit en financiële middelen is gekozen om iedere twee jaar aan één of twee speerpunt(en) extra aandacht te besteden.

Voor aankomende 4 jaar ziet het er als volgt uit:

- 2010/2011: (1) schadelijk alcohol-en drugsgebruik en (2) depressie/ angststoornissen;
- 2011/2012: overgewicht/ diabetes;
- 2012/ 2014: (1) schadelijk alcohol- en drugsgebruik en (2) depressie / angststoornissen.

De fasegewijze uitvoering van de speerpunten houdt niet in dat de speerpunten die niet voor een bepaald jaar zijn weergegeven dat betreffende jaar/jaren geen aandacht krijgen. Wel zal de prioriteit betreffende dit bepaalde jaar komen te liggen op de voor dat jaar afgesproken speerpunten.

De uitwerking van de speerpunten in uitvoeringsplannen vindt plaats naar leeftijdsfase: jongeren, volwassenen en ouderen en daarbinnen aandacht voor speciale doelgroepen. In een jaarprogramma "lokaal gezondheidsbeleid" wordt een overzicht op jaarbasis van de uitvoering van de speerpunten weergegeven.

Ook de aankomende periode wordt vanuit de gemeente actief op zoek gegaan naar mogelijkheden om samen met het maatschappelijk middenveld en deskundigen de gezondheidssituatie in onze gemeente op peil te houden. Via thematische bijeenkomsten en via andere communicatiemiddelen zal er blijvende aandacht zijn voor het volksgezondheidsbeleid in Aalsmeer.

7.2 Communicatie

Een van de belangrijkste bijdragen die de gemeente op uitvoerend niveau aan het lokale gezondheidsbeleid kan leveren is in haar communicatiekanalen aandacht te besteden aan gezondheidsbevordering en –bescherming.

Eigenlijk moet iedereen die een beslissing neemt de gevolgen voor de gezondheidsaspecten mee laten wegen. Ook burgers kunnen kiezen voor meer of minder gezond gedrag. Gezondheidsvoorlichting, dus communicatie, kan de burger helpen een gezonde keuze te maken.

Communicatiedoel

Het communicatiedoel sluit aan de missie van dit beleid: "Langer leven in gezondheid voor alle inwoners van Aalsmeer".

Met als doel:

- Het bevorderen van een gezonde manier van leven
- Het bevorderen van een gezonde sociale, psychische en fysieke omgeving
- Het bevorderen van beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg

Communicatietraject

Het communicatie traject wat nu ingezet wordt is in drie delen te knippen.

- A. Het lokale gezondheidsbeleid Gemeente Aalsmeer 2010 -2014 'Gezondheid op peil' moet bekend worden gemaakt.
- B. Er komt een communicatieplan voor de uitwerking van de vier speerpunten
- C. De interne communicatie moet de nodige aandacht krijgen

A. Communicatie van het gezondheidsbeleid

De Gemeente Aalsmeer moet actief bekendheid geven aan dit gezondheidsbeleid. Dit zal gedaan worden door gebruik te maken van de website, persgesprek, persberichten en het maken van een publieksfolder over het gezondheidsbeleid. In de folder zal informatie gegeven worden over de vier speerpunten:

- roken
- schadelijk alcohol- en drugsgebruik
- overgewicht en het signaleren en tijdig voorkomen van diabetes
- het voorkomen van depressie

B. Communicatieplan voor de uitwerking van de vier speerpunten

De gemeente maakt een communicatieplan om via communicatiekanalen regelmatig de speerpunten (roken, alcohol/drugs, overgewicht/diabetes, depressie) onder de aandacht van de inwoners van Aalsmeer te brengen. De totstandkoming van dit communicatieplan zal gebeuren in overleg met alle interne en extern doelgroepen die hierbij betrokken zijn. In het communicatieplan voor de vier speerpunten wordt o.a. antwoord gegeven op de vragen: Welke doelen streven we na? Welke resultaten kunnen we formuleren om de doelen te halen, welke planning hanteren we? Welke middelen zetten we in om de doelen te behalen. Ook zal hierin de communicatie met de instellingen worden aangegeven.

C. Interne communicatie

Tot slot is ook de interne communicatie belangrijk. Gezondheid bestrijkt meerdere beleidsterreinen en gezondheid zou ook een rol moeten spelen bij beslissingen. Voor zover relevant zullen diverse afdelingen betrokken worden bij de uitvoering van deze nota. Naast gezondheidsbeleid wordt gedacht aan de beleidsterreinen ruimtelijke ordening, ouderenbeleid, jongerenbeleid, Wonen, Welzijn en Zorg, Wet maatschappelijke ondersteuning en sport.

7.3 Monitoring en evaluatie

De gemeente bespreekt de voortgang van de uitvoering van het lokaal volksgezondheidsbeleid met de uitvoerend organisaties en maakt jaarlijks een voortgangsrapportage voor de gemeenteraad. De gemeente zorgt met de ondersteuning van de GGD voor een evaluatie na vier jaar. Het onderzoek is er op gericht om na te gaan of de activiteiten zijn uitgevoerd en succesvol zijn geweest en een bijdrage hebben geleverd aan de gezondheidswinst. De GGD onderzoekt om de vier jaar de gezondheidssituatie van de bevolking van Aalsmeer en kan nagaan of de gezondheid van de inwoners van Aalsmeer in vier jaar verbeterd is. Het eerstvolgend zgn. Gezondheidsspeilonderzoek regio Amstelland vindt in 2010 plaats.

7.4 Financiën

Er zijn diverse financieringstromen voor de uitvoering van het lokaal (volks)gezondheidsbeleid. De financiering van de GGD vindt in principe plaats via de totale jaarlijkse bijdrage van de gemeente aan de GGD. De gemeente kan desgewenst aanvullende diensten bij de GGD afnemen, waarvoor apart betaald moeten worden.

De financiering van de preventie-activiteiten door organisaties als de Vita Welzijn en Advies en Amstelring maken deel uit van de subsidie aan deze organisaties. De gemeente maakt bij het toekennen jaarlijks afspraken over de uitvoering van de gewenste preventie-activiteiten. De financiering van de uitvoering van de preventie van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en verslavingspreventie loopt voor een deel via Wmo-budget en centrumgemeente Amsterdam. Bij het opstellen van de uitvoeringsplannen zal met zowel de Amstellandgemeenten als met de gemeente Amsterdam over de inzet van de organisaties als Brijder Verslavingszorg en GGZ Ingeest afspraken gemaakt worden.

Toelichting gemeentelijke middelen

Hieronder volgt een toelichting op de verschillende financieringsstromen, toegelicht per begrotingspost (zie tabel 1: overzicht financieringstromen lokaal (volks)gezondheidsbeleid). In de tweede tabel staan de bedragen die binnen de gemeentebegroting 2010 beschikbaar zijn voor het lokaal (volks)gezondheidsbeleid.

Tabel 1: overzicht financieringsstromen lokaal (volks)gezondheidsbeleid.

Onderdeel	Uitvoering door	Financiering
<i>onderzoek:</i> Naar de gezondheidssituatie van de inwoners van Aalsmeer	GGD	gemeente (begroting GGD)
<i>Uitvoering van de Wet publieke gezondheid (Wpg)</i>	GGD Ingeest; GGZ Geestduinen; Amstelring; Vita Welzijn en Advies	gemeente (begroting GGD) gemeente/Centrumgemeente Amsterdam gemeente (Wmo) gemeente
<i>Deelgebieden</i> - OGGz - Jeugdgezondheidszorg 0 – 19; - Infectieziektenbestrijding; - Medisch milieukundige zorg - Technische hygiënezorg	GGD GGD GGD GGD GGD	gemeente (begroting GGD) Idem Idem Idem Idem
Communicatie Informatie via gemeentelijke communicatiekanalen (extra middelen voor communicatie uitvoeringsplannen)	gemeente	gemeente

Tabel 2: Beschikbare gelden lokaal (volks)gezondheid cijfers begrotingsjaar 2010.

Financieringsbron	Kosten LGB in €	Toelichting
Preventieve gezondheidszorg	515.285 ^{*4}	Hieruit worden gefinancierd de gemeentelijke bijdrage aan de GGD. Alle reguliere taken van de GGD worden uit dit bedrag gedekt.
Projecten lokaal gezondheidszorg	83.000	Structureel wordt een budget voor projecten in het kader van het lokaal gezondheidsbeleid opgenomen. Dit zijn onder meer voor de projecten "6 On The Move" en de Gezonden School en Genotsmiddelen voor het basis- en voortgezet onderwijs. (als aanvullende dienst van de GGD) Vanaf 2010 is jaarlijks een bedrag opgenomen van € 6.000,- voor alcoholpreventie.
Integrale jeugdgezondheidszorg	294.447	Hieruit wordt gefinancierd het uniforme deel van de jeugdgezondheidszorg 0 – 4 jarigen en het maatwerkdeel van de jeugdgezondheidszorg
Geestelijke Gezondheidszorg	12.624	Hieruit wordt gefinancierd de collectieve preventie-activiteiten geestelijke gezondheidszorg, zoals: het project 'In de Put uit de Put' en KOPP-project.
Brede welzijnsorganisatie	7.000	Aangezien Vita Welzijn en Advies ook een aantal

⁴ De onder de financieringsbron staande onderdelen "preventieve gezondheidszorg" en "jeugdgezondheidszorg" omvatten ook andere gezondheidsactiviteiten/diensten, die niet direct met het uitvoeren van de lokale volksgezondheidsbeleid samenhangen.

		<p>preventieve activiteiten onderneemt komt een deel van de jaarlijkse subsidie ten goede van het lokale (ouderen)gezondheidsbeleid. Op basis van de begroting en het productplan van Vita Welzijn en Advies is een selectie gemaakt van de activiteiten die een bijdrage leveren aan het lokale (ouderen)gezondheidsbeleid. Het gaat hierbij om activiteiten als beweegactiviteiten (o.m. Sport-en Spelinstuif, en fittesten) als themabijeenkomsten depressie/ angststoornissen cursus "In de put, uit de put"</p> <p>Vanaf 2011 zal in het kader van het speerpunt overgewicht/ diabetes het GALMproject worden uitgevoerd. De raad zal via een apart voorstel worden geïnformeerd.</p>
Totaal	912.356	

Aanvullende financiële middelen uitvoering lokaal (volks)gezondheidsbeleid

De uitvoering van het lokale gezondheidsbeleid gebeurt in principe budgetneutraal. Op basis van het uitvoeringsplan heeft de gemeente de mogelijkheid om in de jaren verschuivingen binnen het aanbod aan activiteiten te laten plaatsvinden. Hierbij wordt gestreefd naar budgettaire neutraliteit. Er zijn echter een aantal thema's/onderwerpen waar de Raad met betrekking tot de financiële dekking nog een besluit over dient te nemen (zie tabel 3: Overzicht mogelijke structurele bijdragen lokaal volksgezondheidsbeleid 2010 – 2014). Mochten er gedurende planperiode extra gelden nodig zijn dan komt het college hiervoor met een apart voorstel naar de raad.

Tabel 3: Overzicht mogelijke structurele bijdragen lokaal volksgezondheidsbeleid 2010 – 2014:

Beschrijving project/activiteit	kosten	Toelichting op kosten
Verspreiding AED in Aalsmeer	Eenmalig € 8.000,- (voor start) / structureel: € 4.000,-	Uitvoering motie "Aalsmeer AED-proof" d.d. 6 november 2008. Verspreiding van Automatische Externe Defibrillatoren (AED's) volgens de "6 minuten zones.
Communicatie	Werkbudget: € 8.000,- BO/communicatie/	De start en het implantatietraject van het lokaal gezondheidsbeleid vraagt om extra inzet van de afdeling BO/Communicatie o.m. maken van een informatiebrochure.

7.5 Samenwerking en afstemming

De gemeente dient te zorgen voor de samenhang binnen publieke gezondheidszorg en de afstemming tussen de publieke gezondheidszorg en de curatieve gezondheidszorg.

De gemeente zal haar regiefunctie versterken, zodat er een samenhangend lokaal volksgezondheidsbeleid ontstaat door op de belangrijkste onderdelen van het lokaal volksgezondheidsbeleid een structureel overleg te creëren te weten:

1. regulier overleg met de GGD;
2. lokaal preventieoverleg (preventiebeleid) op uitvoerend niveau;
3. bestuurlijk overleg gemeente met zorgaanbieders (zorgbeleid).

Het regulier overleg met de GGD gaat met name over de voortgang van het lokaal volksgezondheidsbeleid, de inbreng van de GGD daarin, de uitvoering van het maatwerk aanbod van de GGD daarbij.

Het lokaal preventieoverleg heeft als doel de voortgang van de uitvoering van de preventieprogramma's door de GGD en andere organisaties te bewaken.

Er komt een bestuurlijk overleg tussen de gemeente met de grootste zorgaanbieders: zoals de plaatselijke huisartsenvereniging, GGZ Ingeest, Brijder Verslavingszorg, Amstelring. In dit overleg bespreken de gemeente en de zorgaanbieders hun plannen met elkaar. De aanpak van eventuele lacunes in de zorg worden besproken. Tevens komt de voortgang van het gemeentelijke lokaal volksgezondheidsbeleid en de bijdrage van deze organisaties aan de uitvoering van preventie aan de orde.

De gemeente Aalsmeer heeft zoals eerder aangegeven een belangrijke wettelijke taak in de afstemming tussen de publieke gezondheid en de curatieve gezondheidszorg. Via dit structureel bestuurlijk overleg kan de gemeente hieraan invulling geven. Voor het onderdeel Wonen, Zorg en Welzijn is zo'n overleg er al.

Bijlage 1: Taken en rol van de gemeente volgens Wet publieke gezondheid

De gemeente heeft een wettelijke taak in het beschermen en bevorderen van de gezondheid van haar bewoners. Deze taak is vastgelegd in de Wet publieke gezondheid (Wpg). Deze wet legt een aantal verplichtingen neer bij de gemeente. De gemeente dient de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de openbare of publieke gezondheidszorg (huisartsen, ziekenhuis, zorginstellingen) te bevorderen.

Het College van Burgemeester en Wethouders dient daartoe te zorgen voor:

- inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking;
- het bewaken van de gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;
- uitvoering en afstemming van preventieprogramma's;
- het bevorderen van technische hygiënezorg;
- uitvoering van infectieziektebestrijding;
- uitvoering van jeugdgezondheidszorg.

Voor de uitvoering van deze taken dienen gemeenten te zorgen voor de instandhouding van lokale GGDen. Overigens mogen taken of onderdelen van taken ook door andere zorginstellingen worden uitgevoerd.

De rol van de gemeente

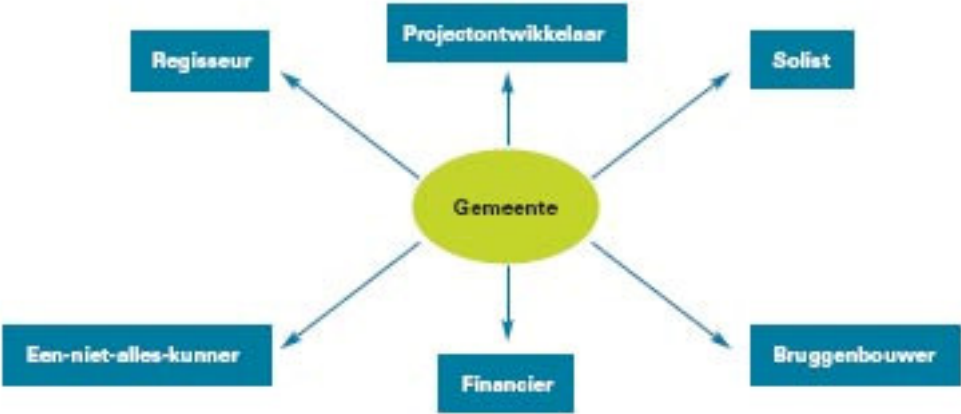
De gemeente kan bij gezondheidsbeleid verschillende rollen op zich nemen. De keuze hangt af van de situatie en van de voorkeur, capaciteiten en eigenschappen van de betrokkenen. De rol van *financier* betekent dat de gemeente geld beschikbaar stelt voor projecten waarbij anderen zorgen voor de opzet en uitvoering ervan. Als partijen een probleem willen aanpakken maar elkaar niet kunnen vinden, kan de gemeente als *bruggenbouwer* verbindingen leggen. Een vast aanspreekpunt bijvoorbeeld en de vorming van netwerken maakt het leggen van contact makkelijker. In de rol van *regisseur* heeft de gemeente een beeld waar ze naar toe wil. De weg naar dat eindplaatje toe is meer in handen van anderen. Het is ook de rol van een niet-alles-kunner die stimuleert, aanjaagt, coördineert, keuzes voorhoudt en waar nodig ook keuzes maakt. Gemeenten als *projectontwikkelaars* zetten ideeën om in projecten. Daarnaast zijn er ook situaties waarin de gemeenten een plan geheel zelf uitwerkt, in deze gevallen heeft de gemeente de rol van *solist*.

De versnippering van kennis en middelen over tal van groepen en organisaties die zich bezighouden met de zorg voor gezondheid, vormt in deze tijd de grootste uitdaging voor gemeenten. Het gaat er niet om verantwoordelijkheden of taken over te nemen. Gemeenten kunnen dankzij hun positie als houder van het publieke belang, de versnipperde energie, kennis en middelen bij elkaar brengen.

Voor de coördinerende rol van het gemeentebestuur zal gezien de toekomstige ontwikkelingen steeds verder worden ingevuld.

Wij zien voor deze nieuwe nota met name de taken van de bruggenbouwer en regisseur voor ons weggelegd.

Afbeelding 2: de verschillende rollen van de gemeente bij gezondheidsbeleid op zich kan nemen.



Bijlage 2: Terugblik periode 2003 – 2007

1. Inleiding

In de periode 2003 – 2007 heeft de GGD Amstelland en Meerlanden voor de gemeente Aalsmeer gezamenlijk met de Amstelland-en Meerlandengemeenten een regionale nota Volksgezondheidsbeleid geschreven: “Een blakend gezonde regio?!”.

2. Terugblik regionaal gezondheidsbeleid

Om een preventief gezondheidsbeleid te kunnen ontwikkelen is het nodig om inzicht te hebben in de gezondheidssituatie van de bevolking. Daarom zijn gemeenten ook verplicht om in het kader van de Wet publieke gezondheid (Wpg) onderzoek te (laten) verrichten. De GGD Amstelland de Meerlanden heeft elke vier jaar een Gezondheidspeiling uitgevoerd onder de bevolking waarin gevraagd wordt naar de gezondheid,

Uit onderzoek in 2006 van de GGD Amstelland en Meerlanden naar de gezondheidsaspecten blijkt dat de gezondheid van de Amstelland- en Meerlandregio op veel punten vergelijkbaar is met landelijke cijfers. Ook hier zijn overgewicht, depressieve klachten en alcoholgebruik een probleem en voldoen de meeste inwoners niet aan de norm van gezond eten.

Meer specifiek voor de regio zijn de aandachtspunten eenzaamheid, huiselijk geweld, veiligheid en klachten die met vliegverkeer te maken hebben⁵. Deze punten komen in het hoofdstuk over de gemeente Aalsmeer nadrukkelijk aan de orde.

3. Doelen en ambities van het regionaal gezondheidsbeleid (2003 – 2007).

Als uitgangspunten voor het regionale volksgezondheidsbeleid 2003 – 2007 zijn gekozen:

- bevordering van gezond leven door middel van stimulering van gezond gedrag;
- zo gelijk mogelijke kansen op gezondheid voor alle burgers of wel bestrijden van gezondheidsverschillen.

Op basis van het gezondheidsprofiel van de Amstelland en Meerlandenregio hebben de gemeenten drie regionale ambities (en doelstellingen) voor 2003 – 2007 geformuleerd.

A. Stimuleren van gezonde leefgewoonten bij de bevolking

Doelstellingen:

- Doelgroepenbenadering : specifiek gericht op kwetsbare groepen, zoals jeugd, 18 tot 35 jarigen en burgers met een lage SES. Deze doelgroepen via diverse kanalen en niveaus benaderen;
- Randvoorwaarden creëren voor veilig en gezond gedrag, onder het motto: “make the healthy choice the easy choice”, zorgen voor goede, laagdrempelige en betrouwbare informatie over gezondheid;
- De leefgewoonte ‘gezonde voeding en beweging’ positief beïnvloeden.

B. Gezondheidsbeleid is integraal beleid

Doelstellingen:

- Behalen van gezondheidswinst op andere beleidsterreinen dan volksgezondheid;
- Bewaken dat bestuurlijke beslissingen op andere terreinen geen gezondheidsrisico's opleveren

⁵ Gezondheidspeiling 2006, GGD

C: WCPV taken zijn kerntaken

Doelstellingen:

- De GGD als een krachtig instrument gebruiken om de openbare gezondheidszorg te beschermen te bevorderen;
- De vijf AM gemeentebesturen hebben en nemen de centrale regie van de collectieve preventie;
- Streven naar een versterking van en afstemming met de eerstelijnsgezondheidszorg.

Om deze ambities te kunnen realiseren zijn in de periode 2003 – 2007 verschillende projecten en activiteiten voorgesteld en uitgevoerd, welke hieronder zijn samengevat.

Ambitie 1: Stimuleren gezonde leefgewoonten

Om gezonde leefgewoonten bij de bevolking te stimuleren is gezonde voeding en beweging onder scholieren en hun ouders onder de aandacht gebracht, dit door middel van het succesvolle 'Groep 6 on the move' en aanvullende activiteiten en alcohol- en drugsgebruik via het project 'de Gezonden School en Genotsmiddelen'. Daarnaast is er een regionale voorlichtingscampagne over een gezond binnenmilieu opgestart en zijn de leefgewoonten van volwassenen en ouderen opgepakt door middel van gerichte voorlichting. Tot slot is ter preventie van overgewicht en obesitas onder jongeren door de GGD Amstelland de Meerlanden het onderzoek 'maathouden' uitgevoerd.

Ambitie 2: Gezondheid agenderen bij andere beleidsterreinen.

In het kader van ambities twee heeft het beleid gericht op het verbeteren van de sociale leefomgeving (verminderen van eenzaamheid en specifieke aandacht voor depressie ouderen, activiteiten ter voorkoming). Deze activiteiten zijn verricht vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) in afstemming met lokale minima en ouderenbeleid in Aalsmeer.

Verder zijn de resultaten van de gezondheidsspeiling 2002 gebruikt bij de bestuurlijke beslissingen rondom Schiphol, snelwegen, geluid en stof-en stankoverlast.

Ambitie 3: Effectief uitvoeren WCPV

Elke vier jaar wordt voor de leeftijdsgroepen volwassenen en ouderen, jeugd 12 -19 jaar en jeugd 4 – 12 jaar een Gezondheidsspeiling uitgevoerd. In Aalsmeer is een onderzoek naar de 1^{ste} lijnszorg uitgevoerd. Daarnaast wordt de samenwerking en afstemming tussen zorgaanbieders Openbare Gezondheidszorg (OGZ), 1^{ste} & 2^{de} lijnszorg geïntensiveerd. Dit geldt voor de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Verder is er een nieuw aanbod ontwikkeld op SOA/AIDS gebied en is er een netwerk diabetespreventie opgezet. In de meerder regiegemeenten zijn projecten opgezet voor de jeugd en ter vergroting van de veiligheid.⁶

⁶ Overzicht activiteiten, nota lokaalgezondheidsbeleid 2003 – 2007 (Regio Amstelland en Meerlanden”.

4. Lokale ontwikkelingen

Naast de regionale gezondheidsnota 'Een blakende gezonde regio' is in een lokale paragraaf specifieke Aalsmeerse thema's uitgewerkt. Aalsmeer zet daarbij in op het bevorderen van een gezonde leefstijl en gedrag.

Daarbij zijn de thema's:

- gebruik genotsmiddelen (nadruk op alcohol);
- bewegen (jongeren, sport en valpreventie ouderen);
- Gezonde voeding en gewicht (diabetes);
- Psychosociale klachten (depressie en eenzaamheid);
- Gezonde en veilige leefomgeving (geluidsoverlast);
- Preventie in de zorg (ketenaansluiting, creëren lokale gezondheidscentra en Centrum voor Jeugd en Gezin).

Genoemde thema's bouwen voort op de uitkomsten en aangesloten bij de drie ambities uit de regionale nota. In de vorige paragraaf is al beschreven welke acties in de periode 2003 tot en met 2007 zijn uitgevoerd.

5. Conclusies:

Bij de vaststelling van de regionale nota lokaal gezondheidsbeleid 2003 – 2007 en de lokale paragraaf voor de gemeente Aalsmeer zijn destijds (2002) geen effecten- en prestatie-indicatoren opgesteld. Hierbij kunnen er nu ook moeilijk concrete uitspraken worden gedaan over de resultaten van het beleid in de zin van bereik van effecten voor de doelgroep. Met de bril van vandaag is dat wellicht vreemd, maar 7 jaar geleden werd het werken met streefwaarden of indicatoren nog niet zo vaak toegepast. Toch is het algemeen oordeel over de projecten die in de vorig nota periode zijn uitgevoerd dat zij succesvol zijn geweest. Ze hebben positieve effecten gehad op de ambities die destijds waren geformuleerd. Enkele van de projecten zijn dan ook voortgezet. Voor de toekomst zullen per project wel duidelijke ambities en resultaten worden genoemd.

Bijlage 3: Overzicht Speerpunten lokaal volksgezondheidsbeleid

Hoofddoelstelling

- bevorderen en beschermen van de gezondheid van de inwoners van Aalsmeer

Doelstellingen

- het bevorderen van een gezonde manier van leven
- het bevorderen van een gezonde sociale, psychische en fysieke omgeving
- het bevorderen van de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg en voorzieningen;
- het verkleinen van de gezondheidsverschillen tussen groepen.

Subdoelstellingen

- voor de speerpunten:

- Bevorderen van het niet roken;
- Bevorderen van het matig alcohol- en drugsgebruik.
- Bevorderen van het verkleinen van het aantal mensen met een depressie / angststoornis.
- Bevorderen van het aantal mensen met een gezond gewicht / bevorderen van het vroegtijdig signaleren van diabetes.

In de hiernavolgende tekst worden per speerpunt een aantal beleidsdoelstellingen voor de periode 2009 – 2014 geformuleerd. De beleidsdoelen van het gemeentelijke preventiebeleid hangen samen met die van het totale rijksoverheidsbeleid. De gerealiseerde lokale doelstellingen zijn zoveel mogelijk afgeleid tot landelijke doelstellingen.

1. Bevorderen van het niet roken

hoofddoelstelling: maximaal 20% rokers in 2014 in plaats van de 22,5% in 2008

Subdoelen:

a. het voorkomen van het gaan roken van jongeren:

. Het aantal 12 – 16 jarigen die roken verminderen van 11,8% (2008) tot 9,8%

b. het ondersteunen van rokers die willen stoppen met roken

het aantal rokende volwassenen die roken verminderen met 2 % ten opzichten van 2008

c. het voorkomen van meeroken

2. Terugdringen van schadelijk alcohol- en drugsgebruik

Subdoelen:

a. Verminderen alcoholgebruik doelgroep onder de 16 jaar;

b. Verminderen alcohol- en drugsgebruik bij volwassen en jongeren;

c. Opzetten preventieve activiteiten onder risicogroepen en probleemdrinkers;

3. Bevorderen van het aantal mensen met een gezond gewicht/ bevorderen van het vroegtijdig signaleren van diabetes

Subdoelen:

a. geen stijging van het percentage volwassen met overgewicht (peiljaar 2008);

b. afname van het aantal Aalsmeerse jongeren met overgewicht (peiljaar 2008)

c. maximaal 15% stijging van het percentage mensen met diabetes (peiljaar 2008)

d. het bevorderen van vroegsignalering van diabetes.

4. Bevorderen van het voorkomen van depressie/angststoornissen

Meer vroegtijdige signalering van mensen met depressie en meer preventieve hulp voor hen.

Subdoelen:

- a. Verminderen van het aantal jongeren en volwassenen met (licht) depressieve klachten;*
- b. Verminderen van het aantal mensen dat nog geen klachten heeft, maar wel risico's loopt;*
- c. Bevorderen van gerichte interventies voor de gehele Aalsmeerse bevolking;*
- d. Vergroten deskundigheidsbevordering voor intermediairs.*

Bovenstaande beleidsdoelstellingen worden in de vier gemeentelijke uitvoeringsprogramma's verder geconcretiseerd.

Bijlage 4 Schematisch overzicht betrokken partijen per thema.

Thema/ betrokken partijen ¹	Overgewicht	Diabetes	Depressie/ angststoornissen	Gedrags- problematiek	Dreigende OGGZ-probl.	Sociaal isolement van ouderen	Suicide	Bewegen	Voeding	Roken	Alcoholgebruik	Drugsgebruik	Lucht- verontreiniging
GGD													
Zorgverzekeraar/ Zorgwinkel													
GGZ-instelling/ Drugshulpverlening													
Thuiszorg													
Bureau Jeugdzorg													
Eerstelijnszorg ²													
Maatschappelijke Dienstverlening													
Ziekenhuizen													
Zelforganisaties													
Religieuze org.													
Arbodiensten													
Private partijen													
Onderwijs													
Horeca													
Politie													

1. De aangegeven partijen liggen niet vast. Het is uiteraard goed mogelijk dat in de komen de vier jaren andere partijen een bijdrage leveren aan de jaarplannen en de uitvoering hiervan.
2. Huisartsen, Fysiotherapie, Eerstelijnspsychologen, ...
3. waaronder ook coffeeshops en smartshops vallen.

Bijlage 5: Lijst van afkortingen

iJGZ	Integrale jeugdgezondheidszorg
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
OGGz	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning;
Wpg	Wet publieke gezondheidzorg
GGD (Amsterdam)	Gemeenschappelijke gezondheidsdienst.
WWZ	Wonen, Welzijn en Zorg

Bijlage 6 : Literatuurlijst

- Belderok, T, Een Zorg minder; programma-projectnota Wonen, Welzijn en Zorg 2009 – 2010 (2009);
- Brinke, ten J.M., ir, Verhagen, C.E., dr. (2006), Hoe gezond is de regio? Gezondheidspeil 2006, GGD Amstelland en Meerlanden;
- Brinke, ten J.M. ir, Verhagen C.E. dr. (2006), Gezondheid en leefstijl van leerlingen in de regio Amstelland en de Meerlanden:
- Dijkstra- Couperus, S.M, Honing, van der R. en Kempink, E., Toets luchtkwaliteit ruimtelijke ontwikkelingen Aalsmeer (2008), Goudappel Coffeng;
- Gerritsen, S., De OGGz: een nieuw vervolg binnen Amstelland en de Meerlanden (2008);
- Haarlemmermeer, gemeente; cluster Communicatie, Marketing en Onderzoek, Eerstelijns gezondheidszorg in Aalsmeer in Aalsmeer; mogelijkheden voor een gezondheidscentrum in Aalsmeer (2007);
- Klaver, Y., Verslag en programma milieu 2007 – 2008 (2008), gemeente Aalsmeer;
- Jong de W., Sportief Aalsmeer, Sportnota 2009 – 2013 (2009);
- Riksen, C., Actieplan geluid 2008 – 2013 (2008), Regio Amstelland- de Meerlanden;
- Smit, W.J.C.M., Ondernemend Jeugd- en Gezinsbeleid gemeente Aalsmeer 2008 – 2011 (2008);
- Volksgezondheid, Welzijn en Sport ministerie van, Kiezen voor gezond leven 2007 – 2010 (2006);
- Werger, L en Zonnenberg B. (red.), De Wmo: Dat doen we samen!; kadernota Wmo-beleid 2008 – 2011 van de gemeenten Aalsmeer en Uithoorn.