

Meer doen aan gezondheid

Nota Lokaal Volksgezondheidsbeleid 2009 - 2012



gemeente
Haarlemmermeer

Meer doen aan gezondheid

Nota Lokaal Volksgezondheidsbeleid 2009-2012
Gemeente Haarlemmermeer

“Met name op het gebied van de gezondheidsbevordering en preventie is de publieke gezondheidszorg de laatste jaren tekort geschoten. Gezondheid moet veel meer gekoppeld worden aan grote sociale onderwerpen, zoals verschillen in inkomen, duurzame economische ontwikkeling en ruimtelijke planning. Daarbij moet het accent liggen op eigen kracht van mensen en gemeenschappen. Mensen en gemeenschappen moeten niet alleen gestimuleerd worden om gezond te leven, maar ook om het voortouw te nemen. De overheid moet het mogelijk maken dat mensen voor hun gezondheid kiezen.”

*Uit: Verbind gezondheid aan grote sociale onderwerpen, 2008
Door: David J. Hunter, Hoogleraar Health Policy and Management aan de Engels Durham Universiteit.*

Voorwoord

Tom Horn,

wethouder Volksgezondheid



Met veel plezier presenteer ik de nota *Meer doen aan gezondheid 2009-2012*. Een nota waar veel mensen aan hebben meegewerkt. Een nota die in feite een sluitstuk vormt van een proces. Het resultaat van vele bijeenkomsten, enquêtes, sessies en bilaterale gesprekken. Een nota ook waarbij naar mijn weten voor het eerst is ingezoomd op de gezondheidsproblematiek van afzonderlijke kernen in onze gemeente. En een nota waarbij we aan de voorkant van het proces hebben getracht de input van de leden van de gemeenteraad mee te nemen via een zogenaamde versnellingskamer.

De afgelopen maanden is er ook in onze (gemeentelijke) organisatie veelvuldig over volksgezondheid gesproken. Immers, lokaal volksgezondheidsbeleid zit tot in de haar-vaten van onze organisatie. Of het nu gaat om het aansturen van de GGD, de hoogspanningsverbinding 380 kV of het binnenmilieu van scholen. Het heeft allemaal te maken met dit beleidsterrein. Maar ook in het Wmo-beleid, sportbeleid, jeugdbeleid en onderwijsbeleid komt volksgezondheid terug. En wat te denken van het bevorderen van maatschappelijke activering bij langdurig werklozen. Wanneer zij niet goed in hun vel zitten of wanneer zij in een slechte gezondheidssituatie verkeren, is activering twee of drie maal moeilijker.

In onze gemeente krijgen we steeds beter zicht op de gezondheidstoestand van onze bevolking. Mede dankzij de gezondheidspeilingen van de GGD, maar ook via de Leefbaarheidmonitor en de *Kijk op de Wijk*-onderzoeken, komen we meer en meer tot de conclusie dat de algemene gezondheidstoestand in de gemeente Haarlemmermeer ruim voldoende tot goed te noemen is. Dat is mooi, maar het is tegelijkertijd belangrijk dat we ervoor zorgen dat we het hoge niveau vast weten te houden. Daarnaast is het belangrijk dat wij ons focussen op die onderwerpen waar het nog niet goed gaat en waar nog gezondheidswinst te behalen is. Dan gaat het om zaken in de preventieve sfeer bij jongeren of om het bestrijden van eenzaamheidsgevoelens bij specifieke doelgroepen. Eenzaamheid, zo wijst onderzoek uit, leidt tot meer psychische klachten en gevoelens van depressiviteit.

De lokale gezondheidszorg is een breed terrein waar veel gebeurt. Gemeenten kunnen een belangrijke rol spelen bij het voorkomen van ziekten en het bevorderen van de volksgezondheid. Een belangrijke nieuwe ontwikkeling in het gezondheidsbeleid is de ontwikkeling van Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) en de Consultatiebureaus voor Ouderen (CbO). Beide gericht op vroegsignalering en samenwerking van verschillende partners. Van de CJG's kan worden geconstateerd dat daarmee in de gemeente wordt gewerkt. Voor de CbO's ligt dat anders. De komende periode wil ik mij inzetten om te onderzoeken of een CbO in onze gemeente een goede aanvulling is op het huidige voorzieningenpakket ten behoeve van senioren. In de nota kunt u lezen op welke wijze het college dit thema wil oppakken.

Met deze nota laten we als college zien wat de ambities, keuzes en prioriteiten zijn voor de periode 2009-2012. Ook hebben wij als college bij de programmabegroting hiervoor extra geld beschikbaar gesteld. De nota is naar mijn idee een handzame en praktische nota Lokaal Volksgezondheid geworden met veel ambities en doelstellingen. Volgens mij biedt deze nota een belangrijk sturingsinstrument waarin op heldere wijze staat beschreven hoe de gezondheidsverschillen tussen kernen zich in onze gemeente tot elkaar verhouden. Daarnaast bevat de nota een aantal activiteiten die gericht zijn op de landelijke thema's zoals het tegengaan van obesitas en het bevorderen van gezonde leefstijlen. Deze kunnen op een lokale wijze worden ingevuld met specifieke projecten en programma's. Kortom, werk aan de winkel.

Inhoudsopgave

Samenvatting	7
Hoofdstuk 1: Waarom een nota lokaal volksgezondheidsbeleid?	11
1.1 Gezondheid als voorwaarde	11
1.2 Belang van gezondheid	12
1.3 Integraal beleid	12
1.4 Wettelijke taak	12
1.5 Nota Lokaal Volksgezondheidsbeleid en context	14
1.6 Toekomstige ontwikkelingen	14
1.7 Leeswijzer	15
Hoofdstuk 2: Visie op gezondheid en gezondheidsbeleid	17
2.1 Inleiding	17
2.2 Invloed van gezondheid	17
2.3 Verschillende rollen van de Gemeente	18
2.4 De rol van de gemeente Haarlemmermeer in het gezondheidsbeleid	18
2.5 Adviseurs van de gemeente	19
2.6 Het vaststellen van prioriteiten door de gemeente	19
2.7 Integraal volksgezondheidsbeleid op lokaal niveau	21
Hoofdstuk 3: Stand van de gezondheid in de gemeente Haarlemmermeer	23
3.1 Inleiding	23
3.2 Ervaren gezondheid	23
3.3 Leefstijl	25
3.4 Eenzaamheid, sociale ondersteuning en mantelzorg	27
3.5 Relatie gezondheid en inkomen	28
3.6 Oriëntatie voorzieningen	29
Hoofdstuk 4: Ontwikkelingen op het terrein van gezondheid	33
4.1 Landelijke ontwikkelingen en beleid van de Rijksoverheid	33
4.2 Wet- en regelgeving	36
4.3 De ontwikkelingen op het gebied van jeugd	38
4.4 Sport en beweging	40
Hoofdstuk 5: Wat gaan we doen? Speerpunten voor de komende vier jaar	43
5.1 Inleiding	43
5.2 De speerpunten	44
5.3 Onderbouwing van de speerpunten	44
5.4 Doelgroepen	45
5.5 Speerpunt 1: Voorlichting en vroegsignalering	47
5.6 Speerpunt 2: Schadelijk alcoholgebruik	54
5.7 Speerpunt 3: Overgewicht	59
5.8 Speerpunt 4: Depressie / psychosociale klachten en eenzaamheid	62
5.9 Speerpunt 5: Diabetes	66

Hoofdstuk 6:	Actuele thema's in de gemeente Haarlemmermeer die aan gezondheid gerelateerd zijn	69
6.1	Vooraf	69
6.2	Inleiding	69
6.3	Huisartsenzorg en vestigingslocaties	70
6.4	AED's in Haarlemmermeer	73
6.5	Gezond binnenmilieu via Balansventilatie?!	75
6.6	Geen snacks en “vette happen” in de verkoop nabij en in scholen	76
6.7	Het belang van (veilig) kunnen spelen en bewegen	78
6.8	Gezondheidsconsequenties van Schiphol	79
6.9	Luchtkwaliteit	81
6.10	Hoogspanningskabels	82
6.11	De aanrijtijden van ambulances in kleine kernen	84
Hoofdstuk 7:	Uitvoering van de nota	87
7.1	Uitvoering	87
7.2	Communicatie en participatie	87
7.3	Monitoring en evaluatie	88
7.4	Financiën	88
Bronnen		91
Bijlage 1	Terugblik periode 2003 – 2007	92
Bijlage 2	Overzicht taken GGD	95
Bijlage 3	Websites over gezondheid en gezonde voeding	98

Samenvatting

Een goede gezondheid is van groot belang voor volwaardige deelname aan de samenleving. Het is daarom van belang om de inwoners van Haarlemmermeer te helpen gezond te zijn, te worden en te blijven. En daar waar dit niet mogelijk is willen wij ondersteuning bieden aan mensen die hierbij hulp nodig hebben (levensloopbenadering). In deze nota presenteert de gemeente Haarlemmermeer de beleidsprioriteiten voor het lokaal gezondheidsbeleid voor de periode 2009 – 2012. Doel van het lokaal gezondheidsbeleid 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 echter wel stimuleren dat mensen een gezonde keuze maken.

Uit onderzoek blijkt dat de inwoners van de gemeente Haarlemmermeer tevreden zijn over de eigen gezondheid. Als we vragen wat ze van de eigen gezondheid vinden, antwoord negen van de tien; goed tot uitstekend. Nederlanders in het algemeen zijn minder positief over de eigen gezondheid. De inwoners van de gemeente Haarlemmermeer zijn hierin niet de enige in de regio. Over het algemeen voelen de inwoners van de voormalige GGD regio Amstelland de Meerlanden zich gezonder dan de gemiddelde Nederlander.

Een aantal patronen zoals gezondheid landelijk wordt ervaren, zien we in de Haarlemmermeer terug, maar ook binnen deze specifieke aspecten voelen de inwoners van onze gemeente zich gezonder. Mannen vinden zichzelf over het algemeen gezonder dan vrouwen dat doen. Zowel mannen als vrouwen in de gemeente Haarlemmermeer voelen zich gezonder dan de mannen en vrouwen in Nederland, maar bij vrouwen is dit verschil kleiner. Jongere Haarlemmermeesters (18-55) voelen zich gezonder dan oudere inwoners, maar jonge inwoners voelen zich gemiddeld ook gezonder dan hun leeftijdsgenoten in Nederland. Dit verschil is minder duidelijk boven de 55. Het landelijke patroon dat hoog opgeleiden zichzelf gezonder voelen dan laag opgeleiden doet zich ook in de Haarlemmermeer voor. Ook hier vinden de subgroepen zich gezonder dan hun landelijke groepsgeenoten. Dit verschil neemt toe naarmate het opleidingsniveau stijgt.

In deze nota worden de belangrijkste beleidsontwikkelingen op het gebied van gezondheidsbeleid beschreven. Het betreft vooral de preventienota *'Kiezen voor gezond leven'* Volksgezondheid Welzijn en Sport waarin de vijf landelijke speerpunten voor de collectieve preventie volksgezondheid centraal staan: roken, overgewicht, schadelijk alcoholgebruik, depressie en diabetes. Daarnaast zijn onder meer de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning, de volksgezondheid toekomstverkenning en de laatste ontwikkelingen op jeugdbeleid van belang. De gezondheidssituatie van de gemeente Haarlemmermeer is in grote lijnen vergelijkbaar met de landelijke en regionale situatie. Opvallend is dat meer inwoners van de gemeente Haarlemmermeer de gezondheid positief ervaren ten opzichte van landelijk. Maar voor het eerst hebben we ook een beschrijving gemaakt van de verschillende kernen daar waar het gezondheid betreft.

Bewoners die problemen hebben met hun gezondheid hebben meer moeite met meedoen in de samenleving dan wanneer ze deze problemen niet zouden hebben. De gemeente Haarlemmermeer probeert daarom de gezondheid van haar inwoners te bevorderen. Gezondheid omvat daarbij niet alleen het lichamelijk, maar ook het sociaal en psychisch welbevinden van mensen (nota *Meer doen aan meedoen*, 2008). Om de volksgezondheid te verbeteren zet de regering in op het stimuleren van gezonde keuzes om zo een gezonde leefstijl te bevorderen en (welvaart) ziekten te voorkomen. Als speerpunten zijn roken, schadelijk alcohol gebruik, overgewicht, diabetes en depressie aangewezen. Lokale overheden krijgen hierbij een organiserende rol en hebben met de Wcpv en Wmo instrumenten gekregen voor een effectief preventiebeleid (VWS, 2006).

Op basis van de gezondheidsgegevens van de gemeente Haarlemmermeer, gekoppeld aan de landelijke speerpunten die in de preventienota worden genoemd, hebben wij gekozen voor een vijftal beleidsthema's. Binnen deze beleidsthema's worden knelpunten ervaren. Deze knelpunten worden eveneens ervaren door de eerstelijns intermediairs en een deel van de raadsleden in onze gemeente.

Schadelijk alcoholgebruik kan verschillende (gezondheids)problemen veroorzaken. Zo is er kans op ziekten, alcoholafhankelijkheid, psychische en sociale problemen, overlast en letsel door ongevallen. De jeugd en hun ouders vormen een belangrijke doelgroep bij de preventie van schadelijk alcoholgebruik.

De inwoners van de gemeente Haarlemmermeer bewegen niet genoeg. Voldoende bewegen draagt bij aan vermindering van ziekte en sterfte. Intensieve activiteiten, zoals hardlopen of voetballen, verbeteren bovendien de conditie van hart en longen en voldoende bewegen kan het beloop van ziekte gunstig beïnvloeden.

Inwoners kunnen bewegen veel meer integreren in het dagelijkse leven. Het is belangrijk dat meer volwassenen en kinderen gaan voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen. Bijna iedereen weet wel het belang van gezonde voeding. Echter eten veel mensen te veel en verkeerd. Een ongezond voedingspatroon heeft grote gevolgen voor de gezondheid. Gezond eten levert een belangrijke bijdrage aan een gezond leven. Het levert de voedingsstoffen die nodig zijn om het lichaam gezond te houden. Ongezond eten is onder meer een belangrijke risicofactor voor doodsoorzaak nummer één in Nederland: hart- en vaatziekten.

Een disbalans tussen voeding en bewegen is de belangrijkste oorzaak voor overgewicht. Er moet meer bewustwording ontstaan over het probleem overgewicht en het belang van bewegen en gezonde voeding.

Depressie komt veel voor en heeft bovendien een grote invloed op de kwaliteit van leven. De kans dat iemand die eenmaal een depressie heeft gehad later weer een depressie krijgt is groot. Mensen met een depressie verzuimen vaker van hun werk. Het is belangrijk dat meer mensen met depressieklachten gebruik gaan maken van hulpverlening zodat ergere depressieve klachten voorkomen worden.

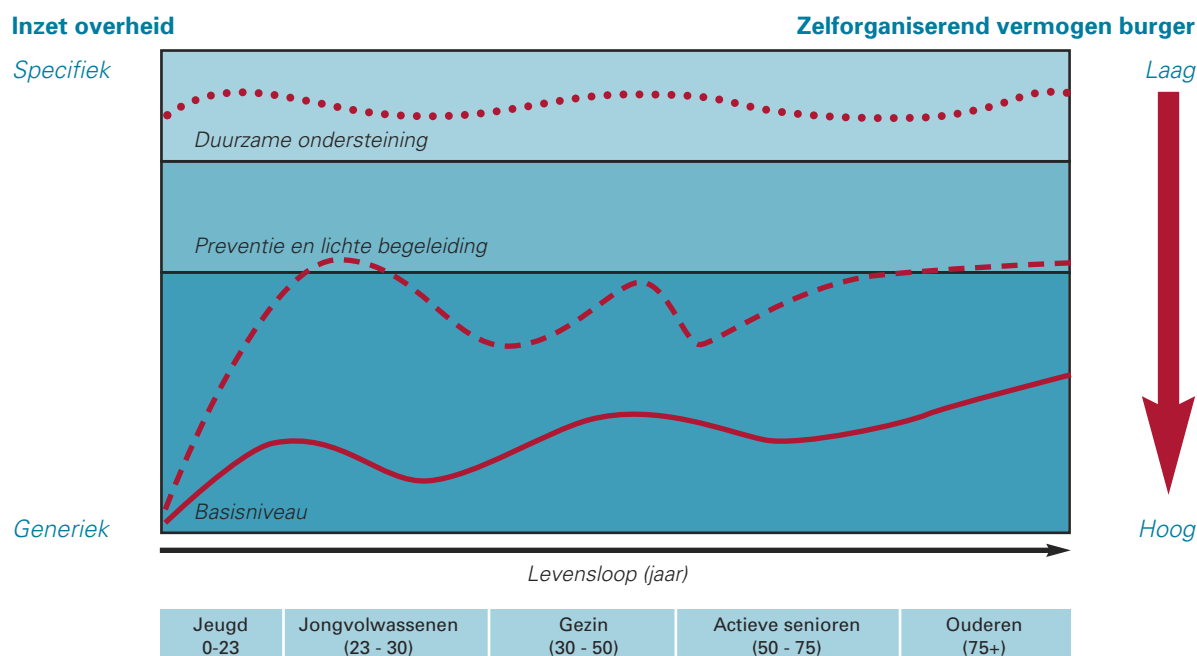
De leefomgeving heeft direct en indirect invloed op de gezondheid, bijvoorbeeld door luchtverontreiniging, geluid, verkeersongevallen en/of door stress door hinder of sociale onveiligheid. Een gezonde leefomgeving voorkomt niet alleen gezondheidsproblemen, maar bevordert ook het welbevinden. De gemeente wil zich met name richten op het verbeteren van het binnenmilieu op scholen en op gezondheidsaspecten bij bouwplannen en opnieuw in te richten gebieden.

De gemeente gaat de aankomende vier jaar bovenstaande beleidsprioriteiten aanpakken. Mede door integraal gezondheidsbeleid te hanteren kan dit bewerkstelligd worden. Op de lange termijn is er met lokaal gezondheidsbeleid veel gezondheidswinst per individu maar ook voor de gemeente als geheel te behalen.



Hoofdstuk 1

Waarom een nota lokaal volksgezondheidsbeleid?



Figuur 1.1 Levensloopbenadering

1.1 Gezondheid als voorwaarde

In het Beleidsplan Maatschappelijke Ondersteuning 2008-2011 *Meer doen aan meedoen* heeft ons college aangegeven 'meedoen' mogelijk te willen maken voor iedereen. Een goede gezondheid is van groot belang voor volwaardige deelname aan de samenleving. Het is daarom van belang om de inwoners van Haarlemmermeer te helpen gezond te zijn, te worden en te blijven. En daar waar dit niet mogelijk is willen wij ondersteuning bieden aan mensen die hierbij hulp nodig hebben. Deze levensloopbenadering is ook van toepassing op het Lokaal Volksgezondheidsbeleid. In deze nota, *Meer doen aan gezondheid*, is voor de komende vier jaar beleid opgesteld om de gezondheidsverschillen tussen (groepen) burgers te verkleinen en hen te helpen zo lang mogelijk in goede gezondheid te leven.

De individuele burgers (de kronkellijnen in de grafiek als voorbeelden) doorlopen hun leven op eigen wijze. De leefsituatie waar een individu zich in bevindt, is geen statisch gegeven. Gedurende de levensloop kan en zal de mate van zelfredzaamheid en zorgafhankelijkheid fluctueren. Zowel de inzet van de overheid als van de burger zelf dient te anticiperen op komende levensfasen, en dient in het bijzonder gericht te zijn op een vloeiende overgang naar een volgende levensfase.

De levensloopbenadering gaat ook uit van het principe "jong geleerd, oud gedaan". Wanneer de ouders het goede voorbeeld geven in hun levenswijze en levensstijl (gezond eten, sporten, matig alcoholgebruik etc.) is de kans groter dat hun kinderen later dit gedrag over zullen nemen. Jongeren zijn een belangrijke doelgroep voor gezondheidsbevordering gericht op het voorkomen van risicogedrag. Het aanleren van gezond gedrag kan het beste zo jong mogelijk beginnen. Door zo vroeg mogelijk te investeren in mensen, kan een later beroep op zorg worden voorkomen of worden uitgesteld.

1.2 Belang van gezondheid

Volksgezondheidsbeleid krijgt ook inhoudelijk steeds meer een plek op de politieke agenda. Het nieuws wordt niet alleen meer beheerst door vragen over de 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. Wie had enkele jaren geleden het nog voor mogelijk gehouden dat we sinds 1 juli jl. in Nederland een rook-vrije horeca zouden hebben? Kortom er lijkt schot in de zaak te zitten. Dat geldt eveneens voor de relatie tussen gezondheidsbeleid en de gemeente. Ook daar vindt een verschuiving plaats van een beleidsterrein dat redelijk in de coulissen heeft gestaan, naar een beleidsterrein dat in de *spotlights* staat.

Hoewel de keuze voor een gezonde leefstijl bij de burger zelf ligt, heeft een gemeente goede redenen om zich te bekommeren om de gezondheid van haar burgers. Allereerst omdat gezondheid voor de burgers erg belangrijk is. Het is immers een voorwaarde voor een gelukkig en productief leven. Ook voor de samenleving als geheel is gezondheid van de burgers van belang. De gemeente kan veel faciliteren om burgers gezonder te laten leven, door aanpassingen in de fysieke en sociale omgeving, maar ook door aandacht te schenken aan de leefstijl van mensen door middel van voorlichting of subsidieverstrekking.

1.3 Integraal beleid

Werken aan gezondheid vraagt om een integrale aanpak. Lokaal gezondheidsbeleid is breder dan alleen volksgezondheid. Voor gemeenten is het mogelijk om voorwaarden te scheppen voor een gezonde leefstijl door bijvoorbeeld faciliteiten te creëren op het terrein van sporten en fietspaden. Ook kan zij bevorderen dat burgers zich bewust worden van eventuele gezondheidsrisico's en dat zij daartoe acties ondernemen (bijvoorbeeld minder alcohol). Horecabeleid, de inrichting van de openbare ruimte, jeugd en jongerenbeleid, sportbeleid, het beleidskader maatschappelijke ondersteuning, het speelruimteplan, recreatie: het zijn allemaal beleidsvelden die in meer of mindere mate aan het volksgezondheidsbeleid raken. Dat geldt eveneens voor het beleid van sociale dienstverlening en het armoedebeluid. Recentelijk zijn van de hand van het Centraal Bureau van de Statistiek onderzoeken verschenen dat er een nauw verband bestaat tussen "slechte" gezondheid en inkomen. Ook het verband tussen laaggeletterdheid en gezondheidsachterstand is onlangs door de GGD naar buiten gebracht. Volgens Amerikaans onderzoek leven laaggeletterde mannen en vrouwen zeven tot tien jaar korter dan geletterden.

Omdat lokaal volksgezondheidsbeleid in veel domeinen speelt, wordt in deze nota regelmatig naar andere nota's verwezen. Dat geldt eveneens voor de beleidsnota's die zijn geschreven of op de rol staan rondom maatschappelijke opvang, ouderen etc. Ook vindt er in deze nota veel beleidsuitwerking plaats in het kader van het beleidsplan maatschappelijke ondersteuning. Niet in de laatste plaats via het *Wmo Innovatiefonds*. De afgelopen jaren zijn er verschillende projecten ingediend op het terrein van gezondheid, bewegen, tegengaan depressie en een betere afstemming tussen eerste en tweede lijn². Een groot deel van deze projecten is ook gehonoreerd en zal bijdragen aan een beter besef voor een gezonde leefstijl en meer begrip voor de doelgroep.

1.4 Wettelijke taak

Naast de eerder genoemde taken heeft de gemeente wettelijke taken op het gebied van gezondheid. Van oudsher heeft de gemeente volgens de Grondwet een algemene verantwoordelijkheid op het brede terrein voor de gezondheid van haar burgers, de zorgplicht. Daarnaast is er allerlei specifieke wetgeving zoals de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) die ondermeer gemeenten verplicht iedere vier jaar een nota gezondheidsbeleid uit te brengen. Ook staat in de Wcpv beschreven welke taken de

² Eerste lijn, medewerkers die in direct contact staan met hulp/zorgvragers, tweede lijn medewerkers meer gespecialiseerde medewerkers bijv. specialisten.

gemeente heeft op bijvoorbeeld het terrein van de infectieziektebestrijding, de jeugdgezondheidszorg etc. Vrijwel overal in Nederland worden deze taken uitgevoerd door de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD)³.

Sinds 1 januari 2008 valt de gemeente Haarlemmermeer onder de centrumgemeente Haarlem, met (wettelijke) taken op het terrein van de OGGz, waaronder de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang.

Gezondheidszorg wordt binnen gemeenten veelal ervaren als een vrijwel onzichtbaar beleidsterrein. De mogelijkheden en invloed op de volksgezondheid lijken gering, de effecten moeilijk meetbaar en de financiële mogelijkheden beperkt. Alleen al daarom is het van belang om de wettelijke taken en bevoegdheden eens op een rij te zetten. In artikel 2 van de Wcpv staat het volgende beschreven:

“De gemeenteraad bevordert de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen collectieve preventie alsmede de onderlinge afstemming tussen deze collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg”.

De gemeenteraad draagt volgens die Wet zorg voor:

- het verwerven van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking; deze taak omvat in ieder geval het éénmaal per vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid, op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens omtrent deze gezondheidssituatie;
- het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;
- het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;
- het bevorderen van medisch-milieukundige zorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het signaleren van ongewenste situaties, het adviseren over risico's, in het bijzonder bij rampen of dreiging van rampen, het beantwoorden van vragen uit de bevolking, het geven van voorlichting en het doen van onderzoek;
- het bevorderen van technische hygiënezorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het bijhouden van een lijst met instellingen waar, gezien de aard van de doelgroep en de omstandigheden waaronder de activiteiten worden verricht, een verhoogd risico bestaat op verspreiding van pathogene micro-organismen, het adviseren van deze instellingen over mogelijkheden op het gebied van bouw, inrichting en organisatie van de activiteiten om deze risico's te verkleinen, het signaleren van ongewenste situaties, het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting;
- het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg, het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen, het bieden van psychosociale hulp bij rampen en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de openbare geestelijke gezondheidszorg;
- de zorg voor de uitvoering van de infectieziektebestrijding (algemene infectieziektebestrijding, bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, waaronder aids, tuberculosebestrijding, bron- en contactopsporing bij vermoeden van epidemieën van infectieziekten, het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting en begeleiding);

³ Sinds 1 januari 2008 maakt de gemeente Haarlemmermeer onderdeel uit van de GGD Kennemerland die onderdeel is van de Veiligheidsregio Kennemerland.

- de zorg voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg, waaronder het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren, het ramen van de behoeften aan zorg, de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma, het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding, het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

Voor de uitvoering van deze veelheid aan taken draagt de raad zorg voor de instelling en instandhouding van een geneeskundige dienst (GGD). De producten die de GGD op deze terreinen aanbiedt zijn opgenomen in een aparte bijlage.

1.5 Nota Lokaal Volksgezondheidsbeleid en context

In 2003 heeft de gemeente Haarlemmermeer in samenwerking met de GGD en omliggende gemeenten gewerkt aan de *Regionale nota Volksgezondheidsbeleid regio Amstelland - de Meerlanden 2003-2007*. Daarnaast is er een aparte lokale paragraaf voor de gemeente Haarlemmermeer geschreven. In de nota lokaal volksgezondheidsbeleid 2009-2012, *Meer doen aan gezondheid*, ligt de nadruk op de gemeente Haarlemmermeer zelf. Het gaat daarbij om eigen speerpunten en activiteiten, maar vanzelfsprekend ook aandacht voor de regionale en landelijke context. We kiezen daarbij meer voor meerjarenprogramma's en minder voor ad hoc activiteiten, aangezien beïnvloeding van gedrag en leefstijl niet in één keer plaatsvindt. Dit vraagt om een investering door de jaren heen.

Ten opzichte van de afgelopen nota zijn er ook in het landschap van de lokale volksgezondheid nogal wat wijzigingen opgetreden. Zo hebben we inmiddels in de gemeente een vestiging van het Spaarne Ziekenhuis en hebben we na de splitsing van de GGD Amstelland de Meerlanden thans te maken met de GGD Kennemerland. Ook is de Wet maatschappelijke ondersteuning inmiddels van kracht, die nauwe samenwerking tussen gemeente en thuiszorgorganisaties tot gevolg heeft gehad.

Naast de directe verantwoordelijkheid voor uitvoerende taken op het terrein van gezondheid zijn er verantwoordelijkheden die een gemeente in de samenwerking met andere partijen op zich neemt. Samenwerking met andere gemeenten en instellingen in bijvoorbeeld de maatschappelijke opvang en de GGD. Samenwerking met en tussen organisaties op het terrein van welzijn, activering en sport. Maar ook samenwerking met andere partijen in de gezondheidszorg voor het bevorderen van toegankelijkheid en samenhang in de zorg. Anders gezegd, samen met anderen invulling geven aan een goed functionerend zorgnetwerk, van preventieve tot en met curatieve zorg. In deze samenwerkingsrelaties heeft de gemeente meestal een signalerende of faciliterende rol en in toenemende mate een regierol. Al met al ziet de gemeente Haarlemmermeer genoeg redenen en mogelijkheden om de gezondheid van haar burgers te bevorderen.

1.6 Toekomstige ontwikkelingen

Het ziet er overigens naar uit dat binnen afzienbare tijd nog meer gezondheidstaken worden overgedragen aan gemeenten. Gemeenten moeten in 2011 een meer aantoonbare rol spelen in het (eerstelijns) gezondheidszorgbeleid. Dat heeft de minister van VWS in de Doelstellingennota Eerstelijnszorg aan de Tweede Kamer laten weten. Minister Klink beschrijft in deze nota hoe hij de eerstelijnszorg de komende jaren wil versterken. De minister wil onder andere de afstemming tussen gemeenten en eerstelijnszorg op lokaal niveau verbeteren. Daarbij moeten gemeenten met de zorgaanbieders in de eerste lijn en verzekeraars afstemmen over de gemeenschappelijke doelen rondom specifieke doelgroepen, zoals bijvoorbeeld ouderen, jongeren en verslaafden. Nagegaan moet worden hoe de zorg zoveel mogelijk

integraal georganiseerd kan worden. Om dit te bereiken wil VWS een meerjarenprogramma 'Lokaal Centraal' met de VNG en GGD Nederland als instrument inzetten. GGD Nederland en VNG overleggen hier nog nader over met VWS.

1.7 Leeswijzer

Na dit inleidende hoofdstuk waarin een aantal paragrafen is opgenomen over het hoe en waarom van een lokale nota Volksgezondheid, volgt een visie op gezondheid en gezondheidsbeleid. In dit tweede hoofdstuk wordt ook dieper ingegaan op de rol van de gemeente bij dit beleidsterrein en worden de grenzen aangegeven van de integrale aanpak. Het derde hoofdstuk gaat in op de gezondheidssituatie van de inwoners van de gemeente Haarlemmermeer. We hebben ervoor gekozen om dit hoofdstuk vrij vooraan en centraal te stellen omdat dit in feite de basis is van waaruit wij verder willen werken. Het geeft de context voor de rest van de nota. Daar waar mogelijk wordt een onderscheid gemaakt naar de gezondheidssituatie in de vier grootste kernen.

In het vierde hoofdstuk gaan we in op de actuele beleidsontwikkelingen en de beleidsprioriteiten die op landelijk niveau zijn gesteld. Ook wordt verwezen naar bestaande wet- en regelgeving die van invloed is op het lokale volksgezondheidsbeleid. Deze landelijke context kan direct afgezet worden tegen het hoofdstuk over de lokale situatie dat eraan vooraf gaat. Hoofdstuk 5 gaat in op de speerpunten voor gezondheidsbeleid voor de komende vier jaar en de maatregelen en activiteiten die we willen ondernemen. In feite is dit hoofdstuk te beschouwen als een actieprogramma op hoofdlijnen voor hetgeen we willen uitvoeren. Hoofdstuk 6 gaat in op een aantal cases van lokale thema's die gerelateerd zijn aan gezondheid en die de afgelopen periode in de actualiteit hebben gestaan. We besluiten met hoofdstuk 7 waarin de financiën aan de orde komen alsmede een aanzet tot implementatie van deze nota en communicatie paragraaf.

In bijlage 1 is een terugblik opgenomen van de vorige nota Lokaal Volksgezondheidsbeleid. De tweede bijlage bevat een overzicht van taken die de GGD uitvoert. De derde en laatste bijlage bevat een overzicht van een aantal interessante websites die te maken hebben met gezondheid en gezond leven.

Kaders

In ieder hoofdstuk komen één of meer kaders voor die betrekking hebben op (lokaal) volksgezondheidsbeleid. Soms heeft de tekst betrekking op het hoofdstuk, maar soms ook niet. In het laatste geval zijn ze ter illustratie gebruikt. Het zijn zeer uiteenlopende onderwerpen die in de kaders aan de orde komen. Zij illustreren het brede terrein waarover Volksgezondheid gaat. Ook zijn ze bedoeld ter illustratie van de verschillende schaal- en beleidsniveaus waarop het volksgezondheidsbeleid betrekking heeft.



Hoofdstuk 2

Visie op gezondheid en gezondheidsbeleid

2.1 Inleiding

Gezondheidswinst is bereikbaar door in te grijpen op factoren die van invloed zijn op gezondheid en ziekte. Globaal gaat het om preventie en zorg. In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke manier de gemeente via haar beleid invloed heeft op de gezondheid door het bevorderen van een gezonde leefomgeving, gezond gedrag en een goed zorgaanbod. Daarnaast komt aan bod tot hoever de arm van de gemeente reikt als het gaat om volksgezondheidsbeleid en komt de vraag aan de orde waaraan de gemeente prioriteit moet toekennen als het gaat om het voeren van lokaal volksgezondheidsbeleid.

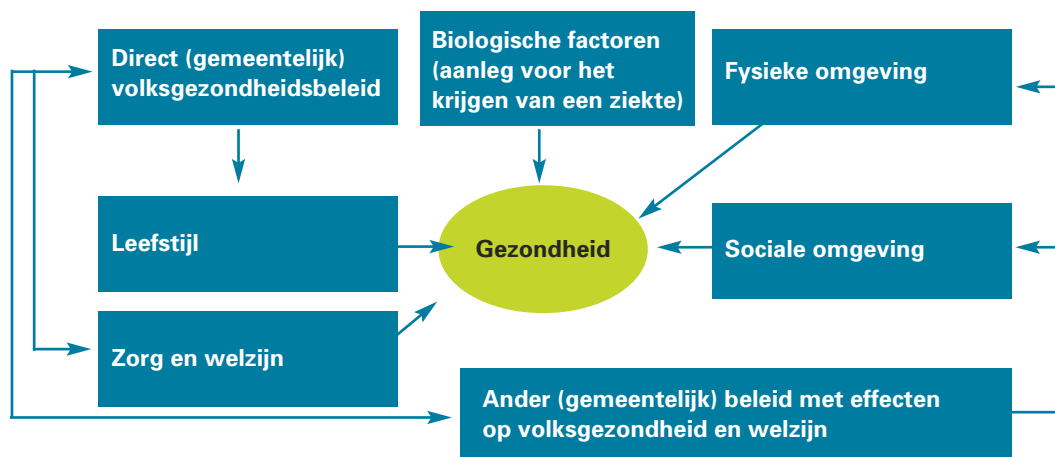
Gemeenten zijn verplicht om iedere vier jaar een nota lokaal volksgezondheidsbeleid vast te stellen. Voor u ligt de nota lokaal volksgezondheidsbeleid 2009-2012 *Meer doen aan gezondheid*. Hiermee ontwikkelen wij voor de komende vier jaar beleid om:

- 1) het gemiddelde gezondheidsniveau van onze bevolking minimaal op het huidige hoge niveau te houden;
- 2) de bestaande gezondheidsverschillen tussen (groepen) burgers te verkleinen;
- 3) burgers te ondersteunen om zo lang mogelijk in goede gezondheid te leven.

2.2 Invloed van gezondheid

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.”

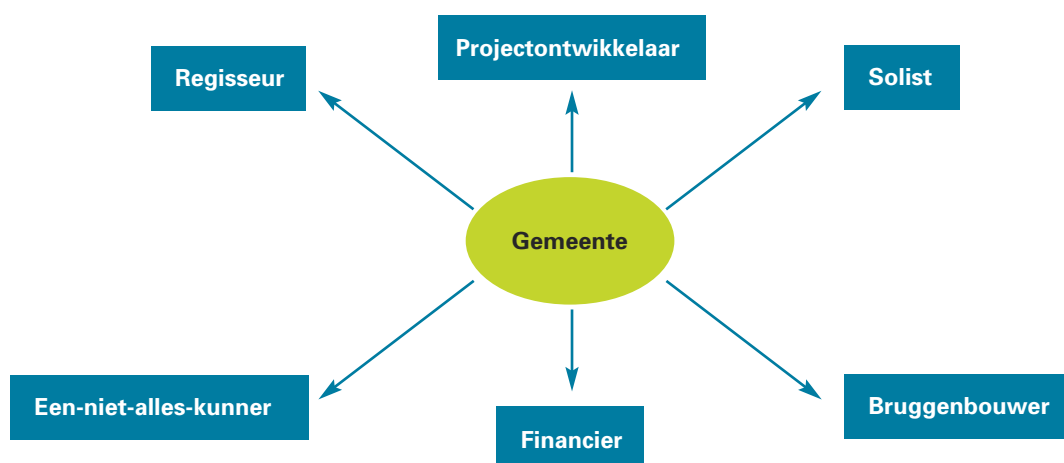
Gezondheid is meer dan je lichamelijk en geestelijk goed voelen. De staat van de volksgezondheid wordt niet alleen in hoofdzaak bepaald door de beschikbaarheid van artsen en medische voorzieningen. Leefstijl, leefomgeving (fysiek en sociaal), erfelijke factoren én de kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg beïnvloeden ook hoe gezond iemand is (Lalonde, 1974). De gemeente kan geen invloed uitoefenen op de biologische factoren. Maar door aandacht te schenken aan de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, de sociale omgeving, leefstijl en fysieke omgeving, kan de gemeente voorkomen dat bepaalde ziekten tot uiting komen of verergeren.



Figuur 2.1 Model van Lalonde: de relatie tussen (gemeentelijke) beleidsvoornemens en gezondheid.

2.3 Verschillende rollen van de Gemeente

Een gemeente kan bij gezondheidsbeleid verschillende rollen op zich nemen. De keuze van de rol hangt af van de situatie en van de voorkeur, capaciteiten en eigenschappen van 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 gemakkelijker. 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 neutrale partij die het publieke belang vertegenwoordigt en die stimuleert, aanjaagt, coördineert, keuzes voorhoudt en waar nodig ook keuzes maakt.



Figuur 2.2 Rollen van de gemeente.

Gemeenten als *projectontwikkelaars* zetten ideeën om in projecten. Daarnaast zijn er ook situaties waarin de gemeente 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, is 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 hoeder van het publieke belang, de versnipperde energie, kennis en middelen bij elkaar brengen. Vooral de coördinerende rol van het gemeentebestuur zal gezien de toekomstige ontwikkelingen steeds verder moeten worden ingevuld.

Het college ziet voor zichzelf bij de implementatie van deze nota met name de rollen van regisseur en bruggenbouwer weggelegd. Immers in onze gemeente is het vooral van belang om partijen bij elkaar te brengen, afstemming te zoeken en organisaties samen te laten werken. Zoals later zal blijken waren dit ook belangrijke punten uit de interactieve sessies die voorafgaande aan deze nota naar voren zijn gekomen.

2.4 De rol van de gemeente Haarlemmermeer in het gezondheidsbeleid

De versnippering van kennis en middelen over tal van groepen en organisaties is de grootste uitdaging voor gemeenten. De gemeente heeft in het lokaal gezondheidsbeleid de rol van regisseur. Het gaat er niet om taken of verantwoordelijkheden over te nemen, maar de regie te houden op wat er tot stand komt op het gebied van volksgezondheid. In de gemeente Haarlemmermeer kan op dit punt nog een verbeteringsslag worden gemaakt. Dit kwam ook als belangrijkste conclusie naar voren uit de twee

versnellingskamersessies die in de aanloop naar deze nota zijn gehouden⁴. In de versnellingskamers werd namelijk geconstateerd dat de samenwerking binnen onze gemeente tussen de instellingen die zorg verlenen nog niet optimaal is. Men weet elkaar nog onvoldoende te vinden. De bijeenkomst die op 21 mei jl. ten behoeve van deze nota voor de eerste lijn werd georganiseerd, was dan ook duidelijk een bijeenkomst die voorzag in een behoefte. Zo constateerden de deelnemers. Het werd zeer op prijs gesteld dat de gemeente faciliteert om de verschillende disciplines bij elkaar te brengen. De regiefunctie van de gemeente wordt dan ook sterker aangezet in de komende periode. Zowel in de formele relaties als informele. Tijdens de bijeenkomst is op verzoek van de aanwezigen door het college toegezegd dat de gemeente het samenkomen van de verschillende gezondheidsdisciplines zal faciliteren. Dit houdt in dat er door de gemeente minimaal éénmaal per jaar een inhoudelijke bijeenkomst wordt gehouden over een onderwerp op het gebied van de lokale volksgezondheid.

2.5 Adviseurs van de gemeente

De GGD kan de gemeente adviseren over en is een belangrijke uitvoerder van het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Maar ook andere partners als thuiszorginstellingen, het Algemeen Maatschappelijk Werk, de Wmo-raad, belangen- en cliënten-organisaties, patiënten- en consumentenorganisaties, MEE-organisaties of GGZ-instellingen zijn belangrijke spelers in het veld waar de gemeente mee te maken heeft. Ook andere clusters en teams binnen de gemeente, zoals jeugdbeleid en sport, spelen een grote rol in het lokaal volksgezondheidsbeleid.

“Het gezondheidsbeleid moet integraal en breed opgepakt worden, om zo ook de moeilijkste groepen in de samenleving te bereiken. Verantwoordelijkheid voor het samensmeden van beleidsterreinen ligt bij de politiek. Professionals uit de gezondheidszorg moeten op hun beurt leren om de politieke verandering te beïnvloeden. Zij moeten daarbij in het oog houden dat veranderingen in de publieke gezondheid meer tijd vragen dan de politieke cyclus geeft. Politiek moet bijvoorbeeld nu al te horen krijgen dat de zorg in de toekomst zwaar overbelast raakt als we nu niet werken aan obesitas, roken, stress, etcetera.

Uit: Verbind gezondheid aan grote sociale onderwerpen
Door: David J. Hunter⁵, 2008.

2.6 Het vaststellen van prioriteiten door de gemeente

Een manier om ordening en prioritering in gezondheidsproblematiek aan te brengen, is om het vraagstuk systematisch “af te pellen”. Hierbij kun je je richten op de vragen: is iets een probleem, moet de gemeente iets aan dit probleem doen en wat kan ze dan doen? Deze indeling onderscheidt de criteria in elementen van het beleidsproces. De zogenaamde Meetlat van Paas.

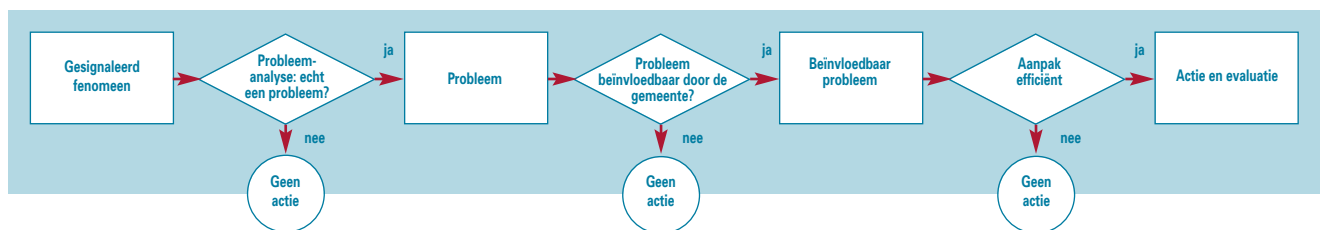
Deze meetlat is in wezen een verkorte versie van het beleidsproces zoals dat door Hoogerwerf (1989) is opgesteld. Dit proces is een reeks van gefaseerde activiteiten die in deelprocessen het begin van beleid tot de beëindiging weergeven. Belleman (1994) koppelt de afzonderlijke deelprocessen aan epidemiologische kennis over de gezondheidstoestand, de mogelijkheid tot interveniëren en de effecten voor de volksgezondheid van beleid. Paas vereenvoudigt dit model tot onderstaande 'meetlat'.⁶

Bij de meetlat valt overigens wel een kanttekening te plaatsen. Waar nu staat aangegeven in de onderste drie “bollen”: geen actie, zou eigenlijk moeten staan: communicatie naar betrokken partijen. Het is juist in dergelijke gevallen belangrijk om naar actoren (waaronder burgers) te laten weten waarom de overheid de keuze maakt een dergelijk “probleem” niet op of aan te pakken. Ook kan er voor gekozen worden om de probleemeigenaar aan te sporen oplossingen te vinden.

⁴ Een versnellingskamer is een vorm van een digitale brainstormsessie. In het kader van deze nota zijn er twee van dergelijke sessies gehouden. Eén met het maatschappelijk middenveld en één met raadsleden.

⁵ Hoogleraar Health Policy and Management aan de Engels Durham Universiteit.

⁶ Gezonde Gemeente, juni 2002, nr. 2. De Meetlat van Paas



Figuur 2.3 Meetlat van Paas.

De gemeente Haarlemmermeer, evenals andere gemeenten in ons land, heeft de afgelopen jaren een toenemende verantwoordelijkheid gekregen op het terrein van volksgezondheid en gezondheidgerelateerde zaken. Taken uit wetten als de Wmo en de Wcpv zijn daarvan de meest prominente voorbeelden. In de inleiding hebben we kunnen lezen dat het de bedoeling van het ministerie van VWS is om vanaf 2011 nog meer gezondheidstaken bij de gemeenten neer te leggen.

Ondanks deze (extra) taken en bevoegdheden die gemeenten toegewezen krijgen, blijft het voor gemeenten moeilijk om geïntegreerd beleid te voeren. Immers, over de locatiekeuze van huisartsen, huisartsenposten, ziekenhuizen etc. gaat de gemeente niet. De gemeente kan afspraken maken met het Rijk en de Provincie en daarbij overtuigingskracht aanwenden of een (bestuurlijke) lobby inzetten om de besluitvorming voor de burgers en gemeente zo gunstig mogelijk te laten verlopen. Dit zijn vaak de maximaal haalbare instrumenten om het besluitvormingsproces te beïnvloeden. Soms kunnen de belangen van de Rijksoverheid en gemeente strijdig zijn. De bekende discussie over de lusten en lasten van de luchthaven Schiphol zegt voldoende. Wanneer Rijk of Provincie het niet eens worden met de gemeente, kan het (ongebruikelijke) middel van een bestuurlijke aanwijzing of dwang worden ingezet. Een stap naar de bestuursrechter is in dergelijke gevallen dan het enige wat rest. Vooral met grote infrastructurele projecten rond hogesnelheidslijn, hoogspanningskabels 380 kV en Schiphol, lopen de belangen van de gemeente en het Rijk niet altijd synchroon. Gezondheidsconsequenties en economische ontwikkeling zijn daarbij soms elkaars concurrent.

Verband tussen 'slechte' gezondheid en inkomen

10 September 2008 - diëtistenpraktijk Renate de Schaap

Mensen die vinden dat ze een slechte gezondheid hebben, kunnen soms moeilijk de eindjes aan elkaar knopen. Bepaalde uitgaven zijn niet goed meer mogelijk. Zij kunnen niet elke dag warm eten of hun woning goed verwarmen.

Dat blijkt maandag uit een onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). In 2006 had volgens het CBS ongeveer 5 procent van de Nederlanders van 16 jaar en ouder een slechte gezondheid, vonden ze zelf. Van die groep had 40 procent moeite om rond te komen. Van de mensen die hun gezondheid redelijk tot goed beoordeelden, kwam slechts iets meer dan 10 procent moeilijk rond. Nederlanders met een vermeende slechte gezondheid konden zich in 2006 in bijna 10 procent van de gevallen niet elke dag een warme maaltijd permitteren. Verder heeft 9 procent van die groep onvoldoende geld om het huis te verwarmen.

Bron: www.nu.nl

Dit houdt in dat het voor een gemeente als de Haarlemmermeer misschien nog wel belangrijker is dan voor andere gemeenten om goed aan de burgers uit te leggen waarvoor zij wel en waarvoor zij niet verantwoordelijk is en vooral wat haar inzet is op die (beleids)terreinen of specifieke keuzes die in Den Haag worden gemaakt. Ook is het belangrijk aan te geven waar de risico's liggen. Immers, onze gemeente ontvangt nogal wat "opdrachten" vanuit Den Haag (het Rijk) inzake Schiphol, bouwopgaven, treintrajecten, hoogspanningskabels etc. Het gaat daarbij om zaken die veel burgers in onze gemeente raken.

2.7 Integraal volksgezondheidsbeleid op lokaal niveau

Werken aan gezondheid vraagt om een integrale aanpak. Lokaal gezondheidsbeleid is breder dan alleen volksgezondheid. Niet voor niets is het nauw verweven met het Wmo-beleid en het brede welzijnsbeleid. Besluiten op tal van beleidsterreinen kunnen een effect op de gezondheid van inwoners hebben en omgekeerd kan het bevorderen van gezondheid bijdragen aan veel doelstellingen van de overheid. Op het gebied van sport, jeugd en onderwijs, welzijn, ruimtelijke ordening, speelruimtebeleid, verkeer en vervoer, milieu en volkshuisvesting worden voortdurend beslissingen genomen die van invloed zijn op de gezondheid van burgers.

Belangrijk is dat medewerkers binnen de gemeente Haarlemmermeer zich hiervan bewust zijn en gezondheidsaspecten mee laten wegen in de te maken beleidskeuzes. Een voorbeeld hiervan is de strijd tegen overgewicht. Overgewicht raakt naast gezondheid ook andere beleidsterreinen. Denk maar aan sport om het bewegen meer te stimuleren en aan ruimtelijke ordening, om het voor mensen aantrekkelijker te maken de fiets te pakken en de auto te laten staan. Minder geluid en minder luchtverontreiniging heeft bijvoorbeeld weer een gunstig effect op de leefomgeving.

Samenwerking tussen verschillende sectoren ontstaat niet vanzelf. Er bestaan verschillende methoden om integraal gezondheidsbeleid op onderdelen vorm te geven: de Gezondheids Effect Screening Stad en Milieu, de Gezondheidsscreening Regionaal Duurzaam Bouwen Plus Pakket, de GGD-richtlijn Luchtkwaliteit, de RIVM-handleiding Bewegingsbevorderende Wijk en de GGD-richtlijn voor gezonde woningbouw met betrekking tot de zorgwoning, stiltewoning, frisse woning en allergeenarme woning.

In de toekomst zullen deze methoden breder worden verspreid binnen de organisatie en wordt meer aandacht gegeven aan een multidisciplinaire en integrale aansturing van gezondheidsonderwerpen. Ook wordt op beleidsniveau de samenwerking met de GGD Kennemerland verder geïntensiveerd en zal het beroep dat op de GGD wordt gedaan toenemen bij beleidsdossiers die niet primair op het terrein van de volksgezondheid liggen.

AED's

Bij een hartstilstand buiten het ziekenhuis is de keten van overleving bepalend voor de overlevingskans. Na de snelle oproep van een ambulance via 112, is directe basale reanimatie - hartmassage en beademing- tot de defibrillator is aangekoppeld, een cruciale handeling. In ons land is de AED, de automatische externe defibrillator, in toenemende mate beschikbaar. Dat is belangrijk want met een AED kan een getrainde leek, in veel gevallen, het hart met een defibrillatieschok het eigen hartritme en de pompkracht teruggeven. Directe basale reanimatie en defibrillatie binnen de eerste zes minuten na een hartstilstand bieden, zo blijkt uit onderzoek, een overlevingskans van 70%. De AED, die de hulpverlener via gesproken opdrachten aanstuurt, is een veilig en betrouwbaar apparaat. Leken mogen de AED bedienen.

Bron: www.reanimatie-lisserbroek.com



Hoofdstuk 3

Stand van de gezondheid in de gemeente Haarlemmermeer

3.1 Inleiding

Voor de eerste maal wordt in een nota lokaal Volksgezondheidsbeleid van de gemeente Haarlemmermeer een hoofdstuk toegevoegd waarin een vergelijking wordt gemaakt van de gezondheidstoestand op het niveau van kernen. Gegevens van de GGD gezondheidspeiling 2006 en gegevens van onderzoeken van ons eigen gemeentelijk onderzoeksteam zijn bij elkaar gelegd. De gedachte die daaraan ten grondslag ligt, is de constatering dat zowel qua bevolkingssamenstelling als geografische ligging het waarschijnlijk onmogelijk is dat overal een homogene gezondheidssituatie bestaat. En inderdaad zijn verschillen te constateren. Toch moeten we daarbij voorzichtig zijn. Immers de verschillen zijn vrij klein en er is beslist aanvullend (ook op grotere schaal) onderzoek noodzakelijk om deze bevindingen te staven. Dat neemt niet weg dat we graag hetgeen wij nu hebben geconstateerd in deze nota willen presenteren. Komend jaar zal een uitvoeriger onderzoek gedaan worden door de GGD. Ook in de *'Staat van Haarlemmermeer'* zal nader ingegaan worden op de thema's gezondheid en beweging.

3.2 Ervaren gezondheid

Haarlemmermeer, Regio, Nederland

Haarlemmermeesters zijn net als andere inwoners in de regio positiever over hun ervaren gezondheid dan de rest van Nederland. De ervaren gezondheid is een subjectieve maat voor de gezondheid van mensen. Aangezien deze subjectieve maat sterk samenhangt met het sterfterisico vormt het een goede indicator van de feitelijke gezondheidstoestand van mensen.

Patronen

Een aantal landelijke patronen in deze ervaren gezondheid doen zich ook in Haarlemmermeer voor. Mannen, jongeren en hoger opgeleiden voelen zich over het algemeen gezonder dan vrouwen, ouderen en lager opgeleiden. Het verschil met landelijke cijfers is voor vrouwen kleiner. De overige patronen

Groen bevordert de gezondheid

Een groene leefomgeving is een succesfactor voor een gezonde leefstijl. De belangrijkste voordelen van groen voor gezondheid zijn minder ziekteverzuim, sneller herstel en lagere ziektekosten.

Groen in de directe leefomgeving bevordert gezonder leven. Het stimuleert mensen tot (meer) beweging, een belangrijk mechanisme want een meerderheid van de Nederlandse bevolking voldoet niet aan de bewegingsnorm. Tevens vergemakkelijkt de aanwezigheid van groen de sociale contacten. Bekend is immers dat mensen met veel sociale contacten zich gezonder voelen en langer leven. Verder heeft groen een positieve invloed op het concentratievermogen en de zelfdiscipline.

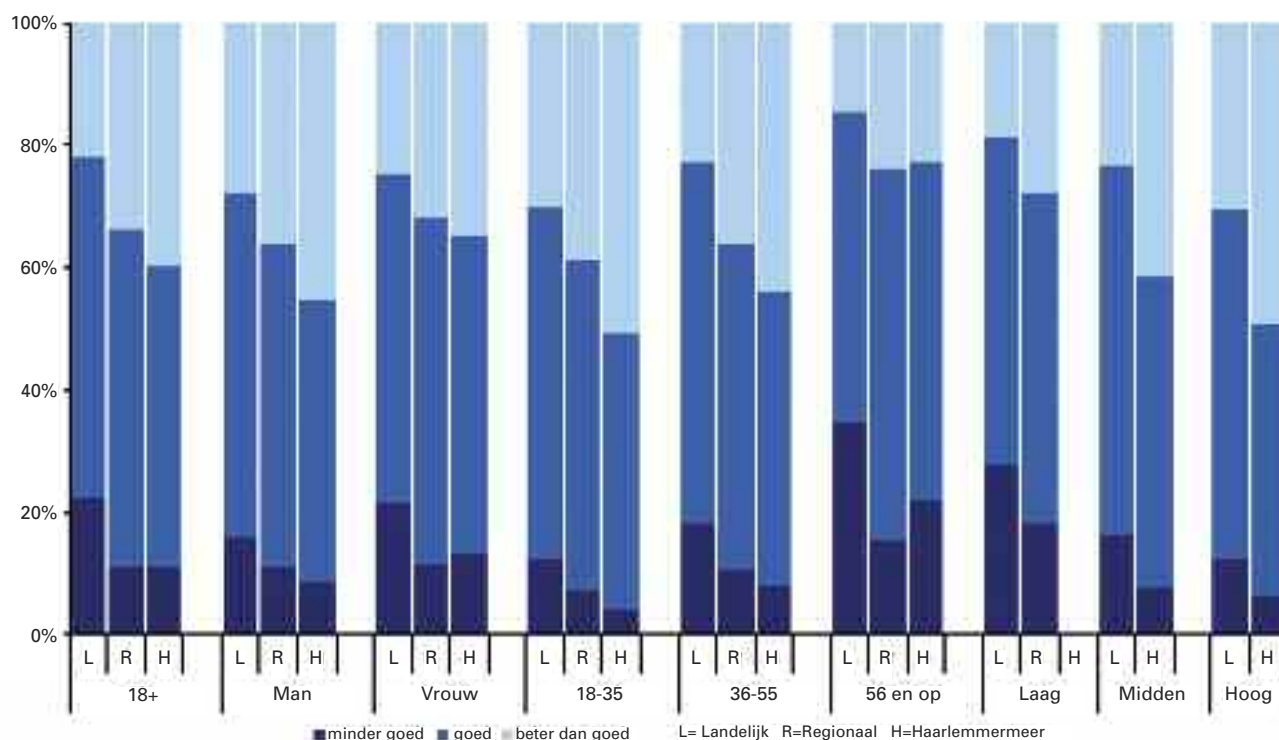
De relatie tussen groen in de woonomgeving en gezondheid blijkt zelfs sterker te zijn dan de relatie tussen stedelijkheid en gezondheid. De relatie tussen groen en de gezondheid gaat niet alleen om bos- en natuurgebieden. Stadsparken en agrarische gebieden spelen hierin een even belangrijke rol.

Belangrijk is daarom een omgeving die uitnodigt tot bewegen. Een uitnodigende omgeving stimuleert tot beweging in de vorm van bijvoorbeeld wandelen, joggen, fietsen en skaten. Zo kan men op een laagdrempelige manier in beweging komen.

Groen en recreatie gaan erg goed samen. Het huidige recreatiebeleid richt zich op het aanbieden van voldoende en aantrekkelijke recreatiegebieden en -voorzieningen. De aanwezigheid van voldoende en kwalitatieve recreatievoorzieningen draagt bij aan een ontspannen en gezonde samenleving en daarmee aan een leefbare woonomgeving en een positief imago van de gemeente.

Bron: www.groenendestad.nl

doen zich sterker voor in Haarlemmermeer. Het verschil tussen jongeren en ouderen is groter in Haarlemmermeer ten opzichte van landelijk, en zo ook tussen hoger en lager opgeleiden. De jongere en hoger opgeleide inwoners voelen zich gezonder dan jongere en hoger opgeleide inwoners van Nederland. Het verschil tussen Haarlemmermeer en Nederland kan dus maar in beperkte mate verklaard worden door de jonge en hoog opgeleide bevolking van Haarlemmermeer.



Figuur 3.1 Subjectieve gezondheid in Haarlemmermeer (H) tegenover Landelijk (L) en Regionaal (R) 2007
Landelijk: CBS Statline; Regionaal: GGD gezondheidspeiling 2006; Lokaal bevolkingsenquête Staat van de Haarlemmermeer 2008. Opleiding 'Laag' is landelijk een ongewogen gemiddelde van verschillende categorieën.

Gebieden

Als we kijken naar de waargenomen verschillen in gezondheidsbeleving in onze gemeente dan valt het volgende op: zowel in Zwanenburg als in Badhoevedorp woont een groter percentage met een negatief gezondheidsbeeld (resp. 14,2% en 15,6%) (zie tabel hieronder). Het relatief hoge percentage in Zwanenburg kan worden verklaard door het feit dat inwoners van Zwanenburg zich over het algemeen in een minder sterke economische situatie bevinden. Er bestaat een verband tussen de economische situatie van mensen en hun gezondheidsbeleving. Het relatief hoge percentage met een negatief gezondheidsbeeld in Badhoevedorp laat zich verklaren door de oververtegenwoordiging van ouderen.

Tabel A: Ervaren gezondheid in verschillende gebieden van Haarlemmermeer, in %

	Haarlemmermeer	Hoofddorp	Zwanenburg	Nieuw-Vennep	Badhoevedorp	overig
Uitstekend	13,6	14,2	6,8	15,1	13,7	11,9
Zeer goed	26,4	27,2	21,6	26,4	26,1	25,6
Goed	49,2	47,7	57,4	49,7	44,5	52,9
Matig	9,7	9,9	11,5	7,4	14,2	8,9
Slecht	1,2	1	2,7	1,4	1,4	0,7
	100	100	100	100	100	100

Bron: Inwonersenquête 'Staat van de Haarlemmermeer 2008'

De percentages op het gebied van lichamelijke/psychische aandoeningen verschillen tussen Zwanenburg en Badhoevedorp. In Badhoevedorp ondervindt men de meeste last van lichamelijke/psychische aandoeningen (19,3%, tegen 16% gemiddeld in Haarlemmermeer), terwijl in Zwanenburg dit percentage het laagste ligt (14,4%). Hoe komt het nu dat zowel in Badhoevedorp als in Zwanenburg een relatief hoog percentage een negatief gezondheidsbeeld heeft, maar dat er tussen beide plaatsen wel verschillen bestaan in de percentages van lichamelijke/psychische beperkingen? In Badhoevedorp wonen relatief veel ouderen, die vaak minder gezond zijn en door hun ouderdom last hebben van psychische, dan wel lichamelijke beperkingen. In Zwanenburg wordt het hoge percentage met een negatief gezondheidsbeeld (mede) verklaard door de mindere economische situatie waarin bewoners zich bevinden. De lage gezondheidsbeleving hoeft dus niet per definitie te betekenen dat men ook daadwerkelijk veel last heeft van psychische/lichamelijke beperkingen.

Tabel B: Inwoners met lichamelijke en/of psychische beperkingen in %

	Ja	Nee	Totaal
Hoofddorp	15,5	84,5	100,0
Nieuw-Vennep	15,9	84,1	100,0
Zwanenburg	14,4	85,6	100,0
Badhoevedorp	19,3	80,7	100,0
Overig	16,9	83,1	100,0
Totaal	16,0	84,0	100,0

Bron: Kijk op de Wijk 2

3.3 Leefstijl

Genotmiddelen

De leefstijl van Haarlemmermeesters kan ook niet verklaren waarom de ervaren gezondheid hier beter is dan in Nederland. Alleen het genotmiddelengebruik ligt lager dan in de rest van Nederland. Minder inwoners roken of drinken excessief. Het percentage rokers is lager (22,8%) dan in de rest van Nederland (29,6%).⁷ Uit GGD gegevens blijkt dat 82,2% van de inwoners niet excessief drinkt; 5,1% doet dat wel. Het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen is het hoogst in Badhoevedorp. De ruimtelijke concentratie doet vermoeden dat de geluidsoverlast van Schiphol en de verkeersdruk hier debet aan zijn.

Tabel C: Rookgedrag, alcohol en slaap-kalmeringsmiddelen gebruik in %

	Haarlemmermeer*	Hoofddorp	Nieuw-Vennep	Badhoevedorp	Overig
Rookgedrag					
Ja	22,8	23,8	16	28,8	24,3
nee, vroeger wel	35	35,8	41,1	35,6	44,1
nee, nooit gerookt	42,2	40,4	42,9	35,6	31,6
Alcohol					
Niet excessief	82,2	82,3	85,2	84,8	85,6
(zeer) excessief	5,1	3,5	5,3	3	6,4
Slaap-kalmeringsmiddelen					
Afgelopen 2 weken	6	5,7	5,1	11,3	6,6

Bron: GGD gezondheidspeiling 2006 (er zijn geen betrouwbare gegevens over Zwanenburg)

In 2005/2006 is het EMOVO-onderzoek uitgevoerd onder middelbare scholieren. Hieruit is gebleken dat van de leerlingen uit Haarlemmermeer 46,3% ooit heeft gerookt, 13,3% rookt minstens één keer per week en 10,5% rookt dagelijks.

⁷ POLS, module gezondheid, CBS

Van alle middelbare scholieren in de gemeente Haarlemmermeer is 27,7% in vier weken voorafgaand aan het EMOVO-onderzoek minstens één keer dronken of aangeschoten geweest. Het gebruik van vijf of meer alcoholische drankjes tijdens één gelegenheid is veel en kan als overmatig alcoholgebruik worden beschouwd. In de vier weken voorafgaand aan het onderzoek heeft 39,1% van de leerlingen uit de gemeente Haarlemmermeer volgens deze norm overmatig alcohol gebruikt (EMOVO).

Overgewicht

Qua lichaamsgewicht zijn Haarlemmermeesters vergelijkbaar met de rest van Nederland. Dit zou lager moeten zijn vanwege de jongere en hoger opgeleide bevolking. Overgewicht heeft een nadelige invloed op de gezondheid van mensen, zowel op de korte als de langere termijn. Een veel gebruikte en betrouwbare maat voor gezond gewicht is de zgn. BMI (Body Mass Index). Ruim de helft van de Haarlemmermeesterse inwoners heeft een 'normaal' gewicht. Toch heeft nog 44,1% van de Haarlemmermeesters matig tot ernstig overgewicht.

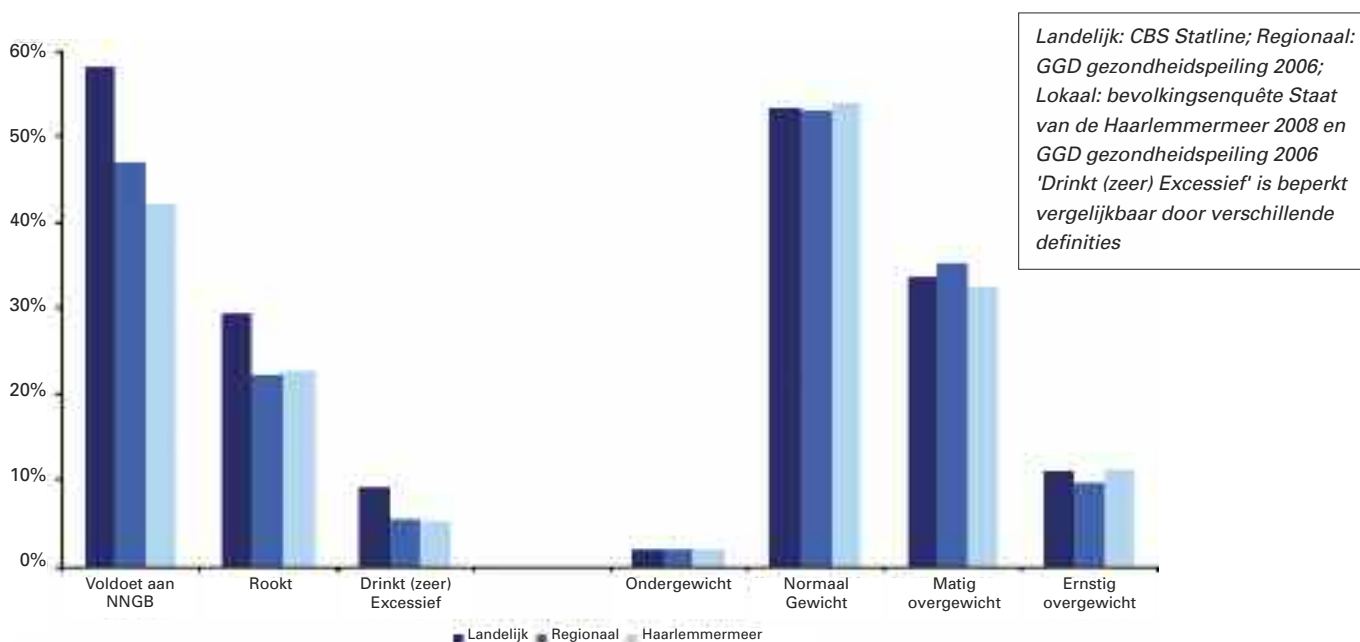
Tabel D: Gewicht (Body Mass Index, BMI) in %

	Haarlemmermeer*	Hoofddorp	Nieuw-Vennep	Badhoevedorp	Overig
Ondergewicht (BMI <18,5)	2	2,5	2,3	3	0,8
Normaal gewicht (18,5<BMI<25)	53,9	55,1	57	48,5	52,9
Matig overgewicht (25<BMI<30)	32,7	32,1	29,7	36,4	32,8
Obesitas (BMI>30)	11,4	10,3	11	12,1	13,4

Bron: GGD gezondheidspeiling 2006 (er zijn geen betrouwbare gegevens over Zwanenburg)

NNGB

In Haarlemmermeer voldoen minder inwoners aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) dan in Nederland. Overigens is geen duidelijk verband aan te wijzen tussen voldoen aan de NNGB en ervaren gezondheid. Tussen sportdeelname en gezondheid is wel een verband maar dat kan beide kanten op werken. Mensen die meer sporten kunnen zich gezonder voelen, of gezondere mensen kunnen meer sporten.



Figuur 3.2 Leefstijl Landelijk, Regionaal en in de Haarlemmermeer

3.4 Eenzaamheid, sociale ondersteuning en mantelzorg

Eenzaamheid is net als ervaren gezondheid een indicator van de gezondheidstoestand en ontwikkeling van mensen. Uit de gezondheidspeiling van de GGD blijkt dat éénderde van de inwoners van de regio AM zich eenzaam voelt.

Sociale ondersteuning geeft aan of men bij anderen terecht kan met problemen of men deel uitmaakt van een vriendengroep en of men zich geïsoleerd voelt. Onderzoek wijst uit dat er geen grote verschillen tussen de verschillende kernen in Haarlemmermeer te vinden zijn. In 'Kijk op de Wijk 2' zijn verschillende wijktypen gedefinieerd. De sociale ondersteuning is in de eerste grootschalige wijken het zwakst en in het buitengebied het sterkst. In de eerste grootschalige wijken is men door de oververtegenwoordiging van de lagere inkomensklassen en door de lagere gezondheidssituatie in die wijken, minder in staat om elkaar ondersteuning te bieden. In buitengebieden heeft men juist een bewustzijn ontwikkeld van de kwetsbaarheid van de woonsituatie, waardoor inwoners een bepaalde vorm van zelfredzaamheid (inclusief het onderhouden van een sociaal netwerk met mensen in een vergelijkbare woonsituatie) hebben ontwikkeld. Tabel G geeft het percentage mantelzorgers per wijk weer.

Tabel E: Sociale ondersteuning: Mijn sociale contacten zijn oppervlakkig in %

	Historische kern	Oude Uitbreidings-wijk	Nieuwe Uitbreidings-wijk	Centrum-gebied	1 ^{ste} grootschalige wijk	Groeikern-wijk	Vinex	Luxe bouw	Buiten gebied
Ja	13,4	9,9	11,9	9,3	15,2	9,5	6,9	5,7	7,4
Soms	22,8	30,9	27,7	34,3	29,1	31,1	29,9	14,3	27,7
Nee	62,2	57,1	59	51,4	54,9	56,4	61	77,1	62,8
Weet niet	1,6	2	1,5	5	0,8	3	2,2	2,9	2,1
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Bron: Kijk op de wijk 2 (de respons voor luxe wijken is te laag, waardoor deze cijfers niet betrouwbaar zijn)

Tabel F: Sociale ondersteuning: Gemiddelden, hoe lager bij de 1, hoe sterker men zich sociaal ondersteund voelt

	Gemiddeld
historische kernen	1,25
oude uitbreidingswijken	1,26
nieuwe uitbreidingswijken	1,27
centrumgebied	1,28
eerste grootschalige wijken	1,32
groeikernwijken	1,27
VINEX-wijken	1,23
luxe bouw	1,14
Buitengebied	1,20

Bron: Kijk op de wijk 2 (de respons voor luxe wijken is te laag, waardoor deze cijfers niet betrouwbaar zijn)

Tabel G: Inwoners die iemand verzorgen met een ziekte of beperking in %

	Ja	Nee	Totaal
Hoofddorp	10,4	89,6	100,0
Nieuw-Vennep	10,4	89,6	100,0
Zwanenburg	16,8	83,2	100,0
Badhoevedorp	12,0	88,0	100,0
Overig	11,9	88,1	100,0
Totaal	11,1	88,9	100,0

Bron: Kijk op de Wijk 2

Leden van het gezin, gevolgd door familie, zijn de belangrijkste 'hulpverleners' in het geval iemand langdurig ziek of hulpbehoevend is. In de kleinere kernen vallend onder de categorie 'overig' vormen burens een belangrijkere steun en toeverlaat dan in de grotere kernen. Zoals ook uit de rapportage *Kijk op de Wijk 2* blijkt, bestaat er in 'historische kernen' meer bereidheid om hulp en ondersteuning te bieden. Men voelt zich betrokken bij de gemeenschap.

Tabel H: De hulp op wie men kan rekenen in geval van ziekte/hulpbehoevendheid in %

	Hoofddorp	Nieuw-Vennep	Zwanenburg	Badhoevedorp	Overige kernen
Gezin	73,1	74,8	68,5	66,1	73,0
Familie	64,2	68,5	65,4	63,8	69,5
Buren	27,7	24,0	21,7	24,0	33,6
Vrienden	47,9	47,5	40,4	42,7	46,4
Huishoudelijke hulp	9,7	7,7	7,2	14,4	9,9
Vrijwilligers(organisatie)	3,3	2,8	5,1	2,7	4,7
Professionele hulp	28,6	30,7	28,0	30,6	28,0
Niemand	1,6	1,7	4,2	1,2	1,8
Weet niet	7,0	5,8	8,6	10,3	8,3

Bron: Kijk op de Wijk 2

3.5 Relatie gezondheid en inkomen

Armoede en/of een laag inkomen staat een goede gezondheid vaak in de weg. En andersom: een slechte gezondheid houdt armoede in stand. Er zijn verschillende manieren waarop armoede wordt gedefinieerd en gemeten. Ook in de gemeente Haarlemmermeer wordt gemeten hoeveel mensen in armoede leven (via de Staat van Haarlemmermeer en de Leefbaarheidmonitor 2007). Uit de cijfers van het onderzoek *"Armoede in de Haarlemmermeer"* uit 2006 blijkt dat de inwoners van de gemeente Haarlemmermeer met een inkomensniveau op en rond het bijstandsniveau zich minder gezond voelen dan de overige inwoners van onze gemeente. Zij blijken ook vaker last te hebben van een langdurige ziekte, een aandoening of een handicap.

Tabel I: Mate van gezondheid

	Minima	Overig
Uitstekend	8,1	12,9
Zeer goed	7,9	25,6
Goed	49,4	49,9
Matig	26,8	10,5
Slecht	7,8	1,2
	100	100

Bron: Bewonersenquête 'Staat van Haarlemmermeer'

Tabel J: Last van één of meer langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps

	Minima	Overig
Ja	48,5	26,3
Nee	46,6	71,5
Weet niet	4,8	2,2
	100	100

Bron: Bewonersenquête 'Staat van Haarlemmermeer'

Inwoners van de gemeente Haarlemmermeer met een laag of minimum inkomen voelen zich in het algemeen vaker geïsoleerd en zonder sociale contacten dan de overige inwoners van de gemeente. De cijfers in onderstaande tabel hebben betrekking op minima. Het onderscheid is gemaakt tussen minima met een goede gezondheid en minima met een mindere gezondheid.

Tabel K: Sociale ondersteuning ervaren door minima

	Niet gezond	Wel gezond	Niet gezond	Wel gezond
A. Mensen met wie ik goed kan praten			B. Ik voel me geïsoleerd van anderen	
Ja	66,7	74	7,8	0
Soms	27,2	26	37,4	14
Nee	4,1	0	54,5	80,1
Weet niet	1,9	0	0,3	5,9
	100	100	100	100

3.6 Oriëntatie voorzieningen

Als we het hebben over gezondheid is het van belang aandacht te besteden aan de beschikbaarheid en tevredenheid over de eerstelijns medische voorzieningen. Voor de Staat van de Haarlemmermeer is de oriëntatie van de bevolking op een aantal van deze voorzieningen onderzocht. In het kort een aantal resultaten:

Huisarts

Inwoners van Haarlemmermeer bezoeken al vrij snel, na hun verhuizing, een huisarts in de plaats waar men woont. In de kleinere randkernen (met name de Westrand) bezoekt men ook wel een huisarts aan de overzijde van de Ringvaart.

Tandarts

Bewoners die kort (minder dan 10 jaar) in Haarlemmermeer wonen, bezoeken minder vaak een tandarts in Haarlemmermeer, maar vaker in Amsterdam, gevolgd door Haarlem en elders. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de tandarts die zij bezoeken, zich nog bevindt in hun vorige woonplaats. Als bewoners langer dan 10 jaar in Haarlemmermeer wonen, neemt het percentage af dat een tandarts buiten Haarlemmermeer bezoekt. Het zijn vooral bewoners van sommige randkernen, die een tandarts aan de overzijde van de Ringvaart blijven bezoeken.

Tabel L: Tandartsbezoek voor mensen die van buitenaf naar Haarlemmermeer zijn verhuisd in % horizontaal

	Binnen gemeente	Regio	Elders
< 10 jaar	42,3	43,1	10,1
> 10 jaar	57,5	32	5,6

Bron: Inwonersenquête 'Staat van de Haarlemmermeer 2008'

Fysiotherapeut

De fysiotherapeut bezoekt men vooral in de eigen kern. In de oosttrand gaat men wat meer naar Aalsmeer en Uithoorn en in de westrand meer naar de Bollenstreek en Haarlem. De woonduur is nauwelijks van invloed waar men een fysiotherapeut bezoekt.

Keuze huisarts / tandarts

De bewoners van Haarlemmermeer geven aan dat de drie belangrijkste afwegingen bij de keuze van een huisarts zijn: deskundigheid, nabijheid/bereikbaarheid en vertrouwdheid (45-49%). Bij de keuze van

een tandarts is deskundigheid het belangrijkste op afstand gevolgd door de aspecten vertrouwdsheid en nabijheid. Dit minder grote belang van nabijheid verklaart mede dat men langer bij de oude tandarts blijft.

Tevredenheid over zorgvoorzieningen

Een ruime meerderheid van de Haarlemmermeeders is tevreden over het aanbod van gezondheidsvoorzieningen. Slechts een klein deel is ontevreden over het aanbod. Deze onvrede komt voornamelijk voort uit een gebrek aan tandartsen en huisartsen. Het weinige aanbod en de daardoor geringe keus wordt het meest als reden voor onvrede genoemd. In Zwanenburg en Badhoevedorp zijn in verhouding meer inwoners ontevreden over het totale aanbod aan gezondheidsvoorzieningen. De onvrede over het huisartsenaanbod is hoger in Getsewoud en de westrand van Haarlemmermeer. Het tandartsenaanbod levert vooral in Badhoevedorp onvrede op.

Tabel M: Tevredenheid voorzieningen naar voorziening in %

	(zeer) ontevreden	neutraal	(zeer) tevreden	geen mening
Gezondheidsvoorzieningen	3%	15%	76%	6%
Huisarts	6%	19%	64%	11%
Tandarts	7%	23%	48%	23%
Fysiotherapie	2%	18%	55%	25%

Bron: Inwonersenquête 'Staat van Haarlemmermeer 2008'

In de gemeente Haarlemmermeer gaat het over het algemeen goed. Er is sprake van relatief weinig werkloosheid en de woningen zijn ruim van opzet vaak voorzien van een tuin. Veel mensen hebben één of twee auto's voor de deur en ook in ander materieel opzicht gaat het veel inwoners voor de wind. Toch zien we steeds vaker een grens ontstaan tussen zij die kunnen meekomen en zij die niet kunnen meekomen. Door de ingewikkelder maatschappij vallen sommige inwoners sneller uit de boot dan vroeger en is er ook eerder sprake van meerdere problemen tegelijk: spanningen, alcohol gebruik, eenzaamheid, scheiding, geen werk. Wanneer je niet meer meedoet of mee kunt doen is de prestatie maatschappij hard en meedogenloos. Als je niet in staat bent om aan het "succes profiel" te voldoen zijn er weinig mensen om op terug te vallen. Sommige mensen zoeken hun heil op het internet waar ze een eigen wereldje scheppen en zich als iemand anders kunnen voordoen dan de persoon die ze daadwerkelijk zijn. Dit is de andere kant van het verhaal van succes in de polder. Het voorkomen van erger, een preventieve aanpak en zorgen dat het niet zover komt, zijn maatregelen die via vroegsignalering kunnen worden aangepakt.

Uit de beschrijving van de lokale gezondheidssituatie in de gemeente Haarlemmermeer, blijkt dat de kern Zwanenburg er relatief en absoluut gezien het minst florissant voor staat wat betreft de gezondheidsproblematiek. Het college wil dan ook extra aandacht schenken aan deze kern om de gezondheidstoestand te verbeteren. Onderdeel daarvan is een lokaal actieprogramma dat is opgesteld waarin instellingen concrete maatregelen zijn getroffen om overmatig alcoholgebruik tegen te gaan, obesitas te verminderen en eenzaamheid te bestrijden⁸. Vanuit het gebiedsmanagement en via een intensivering van bestaande projecten wordt de gezondheidstoestand gemonitord. Vindt er medio 2010 geen aantoonbare verbetering plaats, dan zal een gezondheidsmakelaar worden aangesteld die als taak krijgt het beter informeren van burgers over gezondheidsrisico's en het actief bevorderen van een gezonde leefwijze. Ook zal de gezondheidsmakelaar een belangrijke rol moeten spelen in het stimuleren van de samenwerking tussen instellingen.

⁸ Convenant van A tot Zwanenburg

Binnenmilieu

Een gezond binnenmilieu is een belangrijk aandachtspunt gezien de grote tijdsbesteding binnenshuis, de bouw van energiezuinige woningen (isolatie), het hoge verontreiniging- niveau binnen ten opzichte van buiten, maar ook de toename van het aantal personen met allergische symptomen. Bij de GGD komen meer klachten binnen over het binnenmilieu dan over het buitenmilieu.

Het binnenmilieu wordt verontreinigd door biologische factoren en door chemische factoren. Biologische factoren zijn o.a. huisstofmijt en schimmel. Chemische factoren zijn tabaksrook, asbest, verbrandingsgassen van afvalloze geisers en houtkachels /open haarden. Landelijke cijfers laten zien dat bij 52% van de inwoners de binnenluchtkwaliteit beïnvloed wordt door meerdere factoren. Hoe beter er geventileerd wordt hoe beter het binnenmilieu

Bron: www.rivm.nl

Eén Badhoevedorp

De autosnelweg doorkruist nu het centrum van Badhoevedorp, waardoor de omwonenden veel last hebben van verkeer en luchtvervuiling. Daarnaast wordt het dorp nu in tweeën gesplitst door de weg. Na de omlegging loopt de weg ten zuiden van de stad om de bebouwde kom heen. Het stuk snelweg dat nu door het centrum loopt wordt dan ook gesloopt en er komen nieuwe woningen, winkels en bedrijven op te staan. Zo wordt Badhoevedorp weer één. Daarnaast zorgt de omlegging van de A9 bij Badhoevedorp er voor dat de leefbaarheid in het dorp stukken verbetert.

Website: Rijkswaterstaat



Hoofdstuk 4

Ontwikkelingen op het terrein van gezondheid

4.1 Landelijke ontwikkelingen en beleid van de Rijksoverheid

Het Kabinet concludeert in de preventienota *Kiezen voor gezond leven (2007-2010)* dat na jaren waarin de Nederlander alleen maar gezonder werd, deze vooruitgang sinds kort tot stilstand is gekomen.

De Nederlander is zelfs ongezonder dan voorheen. Dit is vooral te wijten aan ongezonde keuzes die gemaakt worden en die 'welvaartsziekten' met zich mee brengen. Een aantal veelvoorkomende ziekten is tegenwoordig voor een groot deel te vermijden. Dat komt vooral ook omdat de kennis over ziekte en gezondheid steeds verder toeneemt. Maar de kennis bij de brede laag van de bevolking kan nog verder toenemen. Wie had twintig jaar geleden kunnen bevroeden dat borstvoeding (*zie kader onder*) een zo verstrekkende werking zou hebben voor moeder én kind. Het is dus niet zonder reden dat er veel geïnvesteerd wordt in informatie over gezonde voeding, gezondheid en gezond leven.

Leefstijlfactoren

In het Rijksbeleid zijn drie leefstijlfactoren dan ook als speerpunt aangemerkt om de burger te stimuleren tot het maken van gezonde keuzes⁹. Naast leefstijlfactoren zijn ook twee ziekten als speerpunt aangemerkt. Deze ziekten hangen echter veelal samen met leefstijlfactoren. De speerpunten van het Rijksbeleid zijn:

- Roken (leefstijlfactor)
- Schadelijk alcoholgebruik (leefstijlfactor)
- Overgewicht (leefstijlfactor)
- Diabetes (ziekte)
- Depressie (ziekte)

'*Kiezen voor gezond leven*', is de opvolger van de preventienota 'Langer gezond leven' (2003-2007). De speerpunten roken, diabetes en overgewicht zijn overgenomen uit de eerdere nota die als doel had om de problemen te agenderen. In de meest recente preventienota wordt geconstateerd dat dit gelukt is, maar er is op de drie terreinen nog steeds gezondheidswinst mogelijk en nodig. Daaruit blijkt dat de aanpak om dit soort zaken gunstig bij te buigen vaak een lange adem vragen. Daarnaast zijn de onderwerpen schadelijk alcoholgebruik en depressie toegevoegd.

In de preventienota '*Kiezen voor gezond leven*' wordt gekozen voor een aanpak waarin gemeenten, lokale organisaties en hulpverleners een belangrijke rol krijgen toebedeeld. De grote rol die het lokale niveau krijgt komt voort vanuit de gedachte dat een betere gezondheid via preventie het beste tot stand gebracht kan worden langs korte lijnen met de burgers. De verantwoordelijkheid die de gemeente heeft om aan het beleid gestalte te geven is geregeld sinds de invoering van de Wcpv, maar ook de Wmo

Borstvoeding

Borstvoeding beschermt het kind tegen maag-darminfecties, middenoorontsteking, overgewicht en hoge bloeddruk. Waarschijnlijk beschermt borstvoeding ook tegen astma, piepen op de borst en eczeem. Ook de moeders profiteren van het geven van de borst. Borstvoeding beperkt het bloedverlies na de bevalling en maakt het gemakkelijker weer op gewicht te komen. Ook hebben vrouwen die borstvoeding hebben gegeven minder kans op reumatoïde artritis en waarschijnlijk ook op borstkanker vóór de overgang en eierstokkanker.

Bron: [website voedingscentrum](http://website.voedingscentrum.nl)
www.voedingscentrum.nl

⁹ Preventienota: *Kiezen voor gezond leven (2007 – 2010)*, VWS p. 9-12

geeft de gemeenten een instrument in handen. Dat geldt eveneens voor het vestigingsbeleid van bijvoorbeeld horeca. In 2006 riep het Voedingscentrum de overheid al op een strenger vestigingsbeleid te voeren voor *fastfood*- en afhaalrestaurants. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat er een verband bestaat tussen hoe vaak iemand *fastfood* eet en de kans om dik te worden. Als we de strijd tegen overgewicht willen aangaan, dan moeten de overheid en het bedrijfsleven de consumenten helpen een gezonde keuze te maken. Minister Klink onderschrijft dit in de recent verschenen Voedingsnota.

Hoewel het lokaal volksgezondheidsbeleid volgens de inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) flink is verbeterd, schort het over het algemeen nog aan de uitvoering en aan het nemen van de verantwoordelijkheid voor het gezondheidsbeleid door gemeenten¹⁰. De IGZ heeft geconstateerd dat gemeenten in het algemeen de lokale gezondheidssituatie nog onvoldoende kennen om de juiste prioriteiten te kunnen stellen. Maatregelen sluiten daardoor niet aan op de problemen. Daarnaast stellen zij dat gemeenten nog te weinig kijken naar de uitvoering van voornemens in hun nota's. Ook gebruiken zij beschikbare (en bewezen effectieve) maatregelen nog onvoldoende en gebruiken ze nog te weinig eigen instrumenten om leefstijlveranderingen te ondersteunen. Verder brengen de gemeenten nog te weinig samenhang aan in het lokale gezondheidsbeleid¹¹. Deze conclusies zijn door de IGZ getrokken op basis van een landelijk onderzoek onder 100 gemeenten. Er wordt onderkend door de IGZ dat er veel variaties kunnen voorkomen tussen gemeenten¹².

Ter ondersteuning van bovenstaande punten tracht het Rijk een gezond preventiebeleid eenvoudiger te maken door het ontwikkelen van informatie, kennis en interventies via programma's. Deze programma's worden ontwikkeld door bijvoorbeeld het RIVM en ZonMW. Een solide informatiebasis ondersteunt organisaties die een taak hebben in het volksgezondheidsbeleid.

De thema's van de landelijke preventienota komen ook terug in het lokaal volksgezondheidsbeleid van de gemeente Haarlemmermeer. In *Kiezen voor gezond leven* biedt het Ministerie oplossingsrichtingen voor de lokale overheid en meldt in het bijgevoegde actieprogramma hoe de Rijksoverheid hierbij gaat ondersteunen. De Inspectie Volksgezondheid gaat nadrukkelijk toetsen of bij de uitvoering van lokaal volksgezondheidsbeleid de landelijke prioriteiten voldoende worden gevolgd, maar ook of de uitvoering van het beleid effectief is. In het hierna volgend kader worden de landelijke prioriteiten genoemd. Behoudens het speerpunt roken neemt de gemeente Haarlemmermeer alle speerpunten over. Samen met de lokale prioriteiten (zie elders deze nota) vormen zij de basis voor het werkprogramma dat aan deze nota verbonden is. De reden waarom roken niet als speerpunt is gekozen, is omdat uit de gezondheidspeiling van de GGD blijkt dat in de gemeente Haarlemmermeer het percentage inwoners dat rookt, beduidend lager is dan in de rest van Nederland. Wij zitten al dicht tegen de landelijke doelstelling en er is nog steeds (landelijk) een daling zichtbaar. Het niet opnemen als

E coli bacterie

Escherichia coli is een van de meest voorkomende soorten bacteriën in de dikke darmen van homoïotherme dieren, zoals zoogdieren en is nodig voor het verteren van voedsel. Het is een enterobacterie die vaak gebruikt wordt als model voor bacteriën in het algemeen. De bacterie is genoemd naar de Duitse microbioloog Theodor Escherich.

Gemiddeld komen zo'n 100 miljard tot tien biljoen van deze bacteriën per dag via de ontlasting van de mens naar buiten en als *E. coli* (de gebruikelijke afkorting) in water wordt aangetroffen is dat dus een indicatie dat het water met uitwerpselen vervuild is.

Bron: Wikipedia

¹⁰ Preventienota: *Kiezen voor gezond leven (2007 – 2010)*, VWS, p. 18- 21

¹¹ Preventienota: *Kiezen voor gezond leven (2007 – 2010)*, VWS, p. 18- 21

¹² Onderzoek gemeentelijke nota's lokaal gezondheidsbeleid 2005, IGZ, p. 24

speerpunt wil overigens niet zeggen dat er geen acties en activiteiten worden ontplooid om het roken te ontmoedigen of tegen te gaan. Vooral het rookgedrag van jongeren blijft aandacht houden.

De vijf ambities uit de preventienota Kiezen voor gezond leven (ministerie van VWS, 2006)

Roken:

- In 2010 rookt nog maar 20 procent van de Nederlanders (nu 28 procent)

Schadelijk alcoholgebruik:

- Het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 jaar terugbrengen naar het niveau van 1992, 61,3 procent
- Minder volwassen probleemdrinkers: van 10,3 procent nu naar 7,5 procent in 2010

Overgewicht:

- Het percentage volwassenen met overgewicht moet gelijk blijven (peiljaar 2005)
- Het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen (peiljaar 2005)

Diabetes:

- Het aantal mensen met diabetes mag tussen 2005 en 2025 met niet meer dan 15 procent stijgen. Daarbij heeft 65 procent van de diabetespatiënten geen complicaties

Depressie:

- Meer mensen krijgen preventieve hulp tegen depressie (nu worden jaarlijks ongeveer 4.000 personen bereikt)

In het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), die per 1 januari 2007 in werking is getreden, zijn verantwoordelijkheden gedecentraliseerd van het Rijk naar de gemeenten en worden deze met de bestaande gemeentelijke verantwoordelijkheden samengebracht in één wettelijk kader. De gemeente heeft dus meer onderhandelingsruimte de komende jaren, waarbij de financiële ruimte echter beperkt is. De Wmo is een wet met twee aspecten. Aan de ene kant staat de Wet in het teken van een terugtrekkende overheid en meer eigen verantwoordelijkheid. Aan de andere kant staat participatie en meedoen centraal. De gemeente Haarlemmermeer heeft in haar beleidsplan *Meer doen aan meedoen* het meedoen van inwoners aan de samenleving centraal gesteld. De voorliggende nota lokaal volksgezondheidsbeleid is opgesteld vanuit die Wmo-gedachte.

Zorgverzekeringswet

Vanaf 1 januari 2006 bestaat de Zorgverzekeringswet. Alle inwoners van Nederland zijn verplicht bij een zorgverzekeraar een zorgverzekering af te sluiten. Verzekeraars zijn op hun beurt verplicht om iedereen, die zich voor de verzekering aanmeldt, te accepteren. Kinderen onder de 18 jaar betalen geen premie. Uit recent onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) begin 2007 blijkt dat er circa 241.000 onverzekerden zijn. Voor de gemeente Haarlemmermeer is de schatting dat er 1.850 onverzekerden¹³ zijn. In maart 2008 heeft het Ministerie van VWS een plan van aanpak gepresenteerd met maatregelen om het aantal onverzekerden terug te dringen¹⁴. Vanaf 2009 wordt een begin gemaakt om te achterhalen wie er wel en niet verzekerd is voor ziektekosten. Dit wordt gedaan aan de hand van een bestandskoppeling. Daarna zal door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) actief worden opgetreden tegen de personen die onverzekerd zijn.

¹³ CBS rapportage, *Het aantal onverzekerden tegen ziektekosten naar land van herkomst (overig niet-westerse en overig westerse landen) en het aantal onverzekerden tegen ziektekosten in de 25 grootste gemeenten van Nederland*

¹⁴ Plan van aanpak inzake het terugdringen van onverzekerden, VWS, maart 2008

Modernisering AWBZ

Doordat de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) meer voorzieningen omvat dan oorspronkelijk de bedoeling was én omdat er steeds meer mensen gebruik van gaan maken is het met de financiële houdbaarheid van de Wet slecht gesteld. Het Kabinet brengt de AWBZ terug tot de basis: alleen de langdurige en elders niet te verzekeren zorg (de langdurige zorg voor gehandicapten, ouderen en psychiatrische patiënten) wordt uit de AWBZ vergoed. De AWBZ-functies die niet met langdurige zorg te maken hebben, krijgen een nieuwe plaats in aanpalende financieringssystemen: de Zorgverzekeringswet (dit geldt voor de 'curatieve' AWBZ-zorg) of de Wmo (dit geldt voor de op ondersteuning gerichte zorg).

4.2. Wet- en regelgeving

Vier wetten vormen de basis voor de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de gezondheid van burgers: de Grondwet, de Gemeentewet, de Wmo en de Wcpv.

4.2.1 Grondwet

In artikel 22 van de Grondwet staat beschreven dat de overheid maatregelen moet treffen ter bevordering van de gezondheid.

4.2.2 Gemeentewet

Artikel 149 van de Gemeentewet geeft de gemeenteraad de bevoegdheid om verordeningen te maken in het belang van de gemeente. In de huidige Gemeentewet is de opsomming van onderwerpen (openbare orde, zedelijkheid en gezondheid) komen te vervallen, omdat het slechts om voorbeelden ging. Voorheen werd gezondheid dus wel expliciet genoemd.

4.2.3 Wet collectieve preventie volksgezondheid

In het kader van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) zijn veel taken en verantwoordelijkheden op het gebied van de collectieve preventie in medebewind gegeven aan gemeentelijke overheden. De bedragen die daarbij horen zijn in het Gemeentefonds gestort. Gemeenten moeten de totstandkoming en de continuïteit van collectieve preventie bevorderen, evenals de samenhang binnen de collectieve preventie. Ook het stimuleren van de onderlinge afstemming tussen enerzijds de collectieve preventie en anderzijds de curatieve gezondheidszorg behoort tot de gemeentelijke taken. In de gemeentelijke nota gezondheidszorg moeten gemeenten hun ambities en doelstellingen op het terrein van de openbare gezondheidszorg beschrijven, maar ook de manier waarop de gemeente vorm geeft aan de Wpcv-taken. Er zijn binnen de Wcpv uitvoeringstaken en bevorderingstaken.

Verhoogde bloeddruk door lawaai Schiphol

AMSTERDAM - Zeshonderd tot zestienhonderd mensen rondom Schiphol hebben last van een te hoge bloeddruk wegens vliegtuiglawaai 's nachts. Dit heeft het Rijksinstituut voor Volksgezondheid (RIVM) berekend op basis van onderzoek dat de afgelopen jaren is uitgevoerd bij zes Europese vliegvelden, waaronder Schiphol en het Londense Heathrow. Het RIVM komt maandag met haar berekeningen naar buiten.

De afgelopen jaren is de bloeddruk gemeten van vijfduizend omwonenden van zes internationale luchthavens. Het gaat om mensen tussen 45 en 70 jaar die er al minstens vijf jaar wonen, evenveel vrouwen als mannen.

Er is een correctie aangebracht voor andere bloeddrukverhogende factoren als roken, alcoholgebruik en overgewicht. Uit de analyse blijkt dat bewoners met de meeste geluidsoverlast 's nachts een hogere bloeddruk hebben dan omwonenden die het minste vliegtuiglawaai te verduren krijgen.

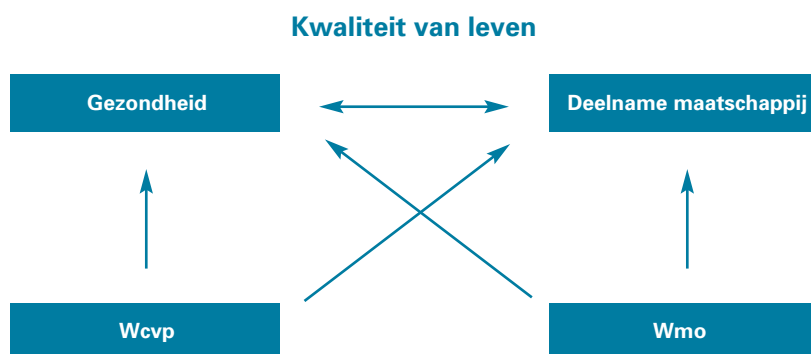
De onderzoeksresultaten worden in maart gepubliceerd in een Europees milieutijdschrift. Het RIVM heeft de Europese onderzoeksresultaten vertaald naar de situatie bij Schiphol. Uit die berekeningen blijkt dat 2 procent van de omwonenden een te hoge bloeddruk heeft, die aan vliegtuiglawaai kan worden toegeschreven, ofwel zeshonderd tot zestienhonderd omwonenden. Uit de analyse blijkt dat de bloeddruk hoger is naarmate het lawaai 's nachts harder is. Een hoge bloeddruk is een belangrijke risicofactor voor hart- en vaatziekten.

Bron: Volkskrant, 14 februari 2008

De uitvoeringstaken (infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg, JGZ) zijn tamelijk precies omschreven in de wet. Deze taken worden in hoofdzaak verricht door de GGD.

4.2.4 Wet maatschappelijke ondersteuning

De kern van de Wmo is dat iedereen meedoet aan de samenleving. Er zijn echter verschillende mensen voor wie dat niet vanzelfsprekend is, omdat zij daar belemmeringen bij tegenkomen. Burgers zijn in eerste instantie zelf verantwoordelijk om oplossingen te zoeken. Lukt dat niet dan dienen zij een beroep te doen op familie of vrienden. Als ook dat niet lukt, dan kan er een beroep gedaan worden op de gemeente om ondersteuning te krijgen.



Figuur 4.1 Kwaliteit van leven.

Er is een duidelijke relatie tussen de Wcgv en de Wmo. De eerste heeft het bevorderen van gezondheid op het oog en de tweede het bevorderen van welbevinden en deelname aan de maatschappij. Tussen gezondheid en welbevinden bestaat in theorie en in praktijk een nauwe relatie. Dit verband is in de figuur hierboven weergegeven. Het bevorderen van een actieve deelname aan de maatschappij is vaak ook geschikt om depressieve klachten te laten verminderen. In die zin werken welzijn en gezondheid nadrukkelijk op elkaar in hetgeen de kwaliteit van leven ten goede komt.

4.2.5 De Wet publieke gezondheid (in voorbereiding)

De taken en bevoegdheden op het gebied van infectieziektebestrijding zijn straks vastgelegd in één wet. Nu staan deze nog versnipperd over drie wetten: de Wet collectieve preventie volksgezondheid, de Infectieziektewet en de Quarantainewet. Eén Wet komt de inzichtelijkheid, de bekendheid en dus de goede werking van dit soort regels ten goede.

De Tweede Kamer is in mei 2008 akkoord gegaan met het wetsvoorstel dat het mogelijk maakt om sneller in te grijpen bij dreigingen van bijvoorbeeld SARS of vogelgriep: de Wet publieke gezondheid (Wpg). Deze Wet maakt het ook eenvoudiger om nieuwe internationale afspraken op het gebied van infectieziektebestrijding te verankeren.

De nieuwe Wet publieke gezondheid regelt onder andere dat er voldoende voorzieningen komen om infectieziekten snel op te kunnen sporen en te bestrijden met name in het internationale verkeer op grote havens en vliegvelden. Daarnaast worden de bevoegdheden van de burgemeester uitgebreid. Ook krijgt de minister van VWS meer bevoegdheden ten opzichte van verantwoordelijke burgemeesters. De Eerste Kamer heeft het wetsvoorstel in juli 2008 besproken. Besluitvorming over het voorstel vindt naar verwachting eind 2008 plaats. Voor het infectieziektedeel zal de Wet zo snel mogelijk na aanname in werking treden.

4.3 De ontwikkelingen op het gebied van jeugd

In februari 2008 heeft de raad de Uitvoeringsprogramma's Jeugd- en Onderwijs beleid 2008-2011 vastgesteld. De uitvoering van de jeugdgezondheidszorg vormt de basis voor het uitvoeringsprogramma *Opvoeding, gezondheid en bescherming*. De belangrijkste doelen van het uitvoeringsprogramma zijn:

- het realiseren van Centra voor Jeugd en Gezin;
- het verbeteren van de zorg voor multiprobleem gezinnen;
- implementeren van het Elektronisch Kinddossier (EKD) en de verwijzindex;
- bevorderen van een gezonde leefstijl onder jongeren.

In de gemeente Haarlemmermeer is al in 2006 gestart met de voorbereidingen van de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG). De Centra voor Jeugd en Gezin in de gemeente Haarlemmermeer zijn primair een samenwerkingsverband tussen professionals. Daarnaast is het CJG een laagdrempelig fysiek inlooppunt waar ouders terecht kunnen met alle vragen op het gebied van opvoeden, opgroeien en ontwikkeling van hun kind.

De basis van het CJG wordt gevormd door de integrale jeugdgezondheidszorg. Vanuit het CJG wordt vormgegeven aan de vijf Wmo taken op het gebied van opvoed- en opgroei-ondersteuning:

- informatie verstrekken aan ouders, kinderen en jeugdigen over opvoeden en opgroeien;
- signaleren van problemen door instellingen als jeugdgezondheidszorg en onderwijs;
- toegang tot het (gemeentelijk) hulpaanbod, beoordelen en toeleiden naar voorzieningen aan de hand van de 'sociale kaart' voor ouders, kinderen, jeugdigen en verwijzers;
- pedagogische hulp (advisering en lichte hulpverlening) zoals maatschappelijk werk en coachen van jongeren;
- coördineren van zorg in het gezin op lokaal niveau (gezinscoaching).

Daarnaast zorgt het CJG voor een schakel naar de zorgadviesteams in het onderwijs en Bureau Jeugdzorg.

In juni 2008 is het eerste (fysieke) CJG geopend in Nieuw Vennep. In dit CJG werken GGD Kennemerland en MeerWaarde nauw samen. Naast de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg (consultatiebureau en schoolgezondheidszorg) zijn in het CJG de volgende functies beschikbaar: (jeugd)maatschappelijk werk, opvoedspreekuur, opvoedinfobalie, logopedisch spreekuur, jeugd RIAGG, zorgcoördinatie voor jonge risicokinderen. Het CJG werkt samen met verloskundigen, kraamzorg, peuterspeelzalen, kinderdagverblijven en scholen. Daarnaast is er samenwerking met huisartsen en zorginstellingen zoals MEE, MOC 't Kabouterhuis, Spirit, Ons Tweede Thuis enz.

Bij de start is de focus in dit eerste CJG nog sterk gericht op (ouders van) jonge kinderen. De opdracht voor de komende jaren is enerzijds de dienstverlening van het CJG verder uit te breiden naar (ouders van) kinderen en jeugdigen tot 23 jaar. Daarnaast moet er een verbreding komen naar andere (zorg)domeinen zoals onderwijs, jeugdzorg, zorg voor multiprobleemgezinnen en OGGz (Openbare geestelijke gezondheidszorg). Dat laatste is vooral belangrijk om de jeugdzorgketen en de volwassenen zorgketen met elkaar te verbinden. Tot slot moet er ook een uitbreiding komen van het aantal Centra voor Jeugd en Gezin in de gemeente Haarlemmermeer. De stuurgroep CJG met daarin de belangrijkste netwerkpartners werkt onder regie van de gemeente aan voorstellen voor verdere uitbreiding en implementatie van de Centra voor Jeugd en Gezin in de gemeente Haarlemmermeer.

4.3.1 Zorg voor multiprobleemgezinnen

Op initiatief van de Stadsregio Amsterdam is een proces gestart om de zorg voor multiprobleemgezinnen beter te organiseren. Het doel is om multiprobleemgezinnen eerder in beeld te krijgen en de zorg rond deze gezinnen beter en effectiever te organiseren volgens het principe van één gezin, één plan.

Omdat veel (jeugd)zorgverleners werken op de schaal van de Stadsregio is het belangrijk eenzelfde raamwerk voor de aanpak in de Stadsregio te gebruiken. Belangrijkste afspraken in dit raamwerk worden vastgelegd in een convenant tussen de Stadsregio, stadsdelen/gemeenten en Bureau Jeugdzorg. De afspraken behelzen de aanstelling van lokale procesmanagers die zorgdragen voor de onderlinge procesafspraken en toezien op het tot stand komen van het ene plan per gezin. In de subregio's komen analyseteams waar de gezinnen worden aangemeld en besproken. In de gemeente Haarlemmermeer worden JGZ, MeerWaarde, Bureau Jeugdzorg en Vangnet en Advies vaste deelnemers aan het analyse-team. Als het plan is vastgesteld krijgt één van de hulpverleners in het gezin de taak van gezinsmanager. De zorg voor de multiprobleemgezinnen zal worden georganiseerd vanuit de Centra voor Jeugd en Gezin. Daarnaast zal directe afstemming komen met de volwassenen zorg (waar onder de Geestgronden) en de OGGz.

Ondersteunende instrumenten voor het CJG en de zorg voor multiprobleemgezinnen zijn het Elektronisch Kinddossier en de verwijfsindex.

4.3.2 Elektronisch Kinddossier (EKD)

De minister van Jeugd en Gezin heeft samen met de VNG, Actiz en GGD Nederland afgesproken dat alle uitvoerders van jeugdgezondheidszorg met een elektronisch kinddossier (EKD) gaan werken. Er is een wettelijke verplichting voor JGZ instellingen om met het EKD te werken. De ingangsdatum is gesteld eind 2009. Gemeenten zijn er voor verantwoordelijk dat het EKD wordt ingevoerd.

Gegevens worden eenmalig geregistreerd en zijn voor professionals van JGZ digitaal beschikbaar. Dit maakt het monitoren van de ontwikkeling van de kinderen mogelijk, zowel op individueel als op geaggregeerd niveau. Mogelijke risicofactoren zijn sneller bekend en interventies kunnen effectiever worden ingezet. Het doel van de invoering van het EKD is vooral het verbeteren van de communicatie en samenwerking tussen de organisaties in de jeugd(gezondheids)zorgketen. Daarnaast kunnen de organisaties door de invoering van het EKD een kwaliteits- en efficiëntieslag maken omdat er bijvoorbeeld minder vaak opnieuw een intake gedaan hoeft te worden.

Een meerderheid van de Tweede Kamer wil dat het elektronisch kinddossier meer dan alleen jeugdgezondheidszorg gegevens bevat. De minister van Jeugd en Gezin houdt vast aan de doelstelling digitalisering van de jeugdgezondheidszorg. Wel heeft hij de Tweede Kamer toegezegd een notitie te zenden waarin de mogelijkheden tot verbreding van het elektronisch kinddossier worden verkend.

4.3.3 Verwijsindex

Met de landelijke Verwijsindex Risicjongeren (VIR) kunnen instanties die problemen signaleren bij jongeren gegevens uitwisselen.

'Meer dan honderd Zwanenburgse jongeren drinken te veel'

Door: Frits Verhagen | vrijdag 20 juni 2008

ZWANENBURG/HOOFDDORP - Meer dan honderd jongeren uit Zwanenburg maken zich wel eens schuldig aan overmatig drankgebruik. Dat zei burgemeester Theo Weterings donderdagavond in de gemeenteraad tijdens het debat over het actieplan voor de aanpak van drugs- en alcoholgebruik onder de Zwanenburgse jeugd.

Het actieplan is opgesteld door de Brijder stichting, in samenwerking met de dorpsraad Zwanenburg-Halfweg, de politie, stichting Meerwaarde en de gemeente. Aanleiding zijn verontrustende berichten over het drank- en drugsgebruik onder Zwanenburgse jongeren en de overlast die sommige groepen veroorzaken. Dat kwam aan het licht bij het leefbaarheidsonderzoek dat de dorpsraad heeft gehouden.

Iedere gemeente in Nederland is verplicht om de landelijke Verwijsindex Risicjongeren te implementeren. De gemeente Amsterdam is gestart met de ontwikkeling van de verwijsindex Matchpoint en biedt gemeenten in de Stadsregio Amsterdam de mogelijkheid om bij dit systeem aan te sluiten. Matchpoint sluit aan op de landelijke Verwijsindex en faciliteert bovendien de ketensamenwerking en de afspraken rond zorgcoördinatie. Het instrument is een belangrijke ondersteuning voor de uitvoering van het jeugd-beleid. Elders in het land, onder andere in Rotterdam, is al gebleken dat het gebruik van een verwijsindex daadwerkelijk leidt tot snellere hulpverlening en verbeterde samenwerking tussen (zorg)instellingen rondom kinderen/ gezinnen.

De gemeente Haarlemmermeer heeft de intentie aan te sluiten bij Matchpoint en is daartoe het overleg met de netwerkpartners gestart. Uiterlijk juni 2009 moeten gemeente en netwerkpartners definitief besluiten over deelname aan Matchpoint.

Relevante wetten voor het uitvoeringsprogramma *Opvoeding, gezondheid en bescherming* zijn de Wet publieke gezondheid (nu nog de Wcpv), Wet op de Jeugdzorg en de Wmo. De Wet publieke gezondheid zal gemeenten niet alleen opdragen om uitvoering te geven aan de jeugdgezondheidszorg, maar stelt daarnaast ook de invoering van het Elektronisch Kinddossier verplicht. Wijzigingen in de Wet op de Jeugdzorg zullen de wettelijke inbedding van de Centra voor Jeugd en gezin regelen, alsmede de verplichte invoering van de Verwijsindex en het regelen van doorzettingsmacht.

4.4 Sport en bewegen

Het is alweer twee jaar geleden dat de rijksnota 'Tijd voor Sport – Bewegen, Meedoen, Presteren'¹⁵ is verschenen. In de nota gaf het toenmalige Kabinet aan dat zij bereid was te investeren in een sportieve samenleving en welke keuzes er dan gemaakt dienen te worden. Sport en gezondheid zijn nadrukkelijk met elkaar verbonden. En niet zonder reden:

Sport wordt uitdrukkelijk gekoppeld aan gezondheid, omdat bewezen is dat sport en bewegen preventief werken bij problemen rond overgewicht, diabetes, lichte depressiviteit, roken en alcohol. Een leven lang sporten is het ideaal, van f-jes en mini's tot aan 'masters', in wedstrijd- of recreatiesport. Dat is aan ieder zelf om te bepalen. Maar de overheid zal haar steentje bijdragen als het om de bevordering van sporten en bewegen gaat. Het onderwijs is daarbij een belangrijke factor; de school biedt immers als intermediair en belanghebbende een goede infrastructuur. Bovendien is "jong geleerd (nog steeds) oud gedaan" en heeft de school baat bij fitte leerlingen.

¹⁵ Nota Tijd voor Sport; Den Haag, Ministerie van VWS, 2006



Al ruim een jaar biedt **Gezonderwijs.nl** voor basisscholen hét overzicht van lesmateriaal over gezond eten en bewegen. Vanaf half september is nu ook de portal voor het voortgezet onderwijs geopend.

Na een succesvol eerste jaar, waarin de site al vele onderwijsprofessionals wegwijs maakte in het grote aanbod aan projecten voor het basisonderwijs, is nu ook het voortgezet onderwijs aan de beurt. Op de website kan de bezoeker door een digitale school dwalen. In iedere ruimte - bijvoorbeeld de gymzaal, het theorielokaal en de kantine - komt hij lesmateriaal tegen. De projecten en lespakketten zijn gerangschikt per vak en met name interessant voor de lessen biologie/verzorging, lichamelijke opvoeding, maatschappijleer en de mentorles. Ook kan eenvoudig gezocht worden op trefwoord. Meer weten? Kijk op **www.gezonderwijs.nl**!

Gezonderwijs.nl is een samenwerking van Jump (jeugdfonds van de Nederlandse Hartstichting), Voedingscentrum, Nederlandse Zuivelorganisatie en het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen.

Andere logische plek om te sporten en bewegen is op en rond de werkplek. Bedrijven hebben belang bij fitte en gezonde werknemers.

In de Sportnota van de gemeente Haarlemmermeer "Sport in een beweeglijk perspectief", die recent is uitgekomen, wordt de relatie sport en gezondheid verder uitgewerkt vanuit de specifieke situatie in de gemeente Haarlemmermeer. Voor het eerst is het onderwerp sport in een breed kader geplaatst en verbonden met verschillende beleidssectoren. Zoals bijvoorbeeld gezondheid, recreatie en welzijnsbeleid. In 2009 zal gestart worden met de opzet van de programmalijnen 'Sport en bewegen in en rond de school' en 'Sport in de wijk'. De meest succesvolle, soms nog lopende stimuleringsprojecten zoals Groep 6 on the move, Sportieve wijk, Whoz next en Galm (sport/bewegen voor ouderen) worden in deze programma's verwerkt. Er zijn mogelijkheden om de aandacht voor sport en bewegen in de openbare ruimte te combineren met de programmalijn Sport in de wijk. We zullen voor de inzet onder meer gebruik maken van de 'Landelijke impuls combinatiefuncties', die gemeenten de mogelijkheid biedt om door het rijk gesubsidieerde formatieplaatsen in te zetten voor gecombineerde sport-, onderwijs en cultuurfuncties.



Hoofdstuk 5

Wat gaan we doen? Speerpunten voor de komende vier jaar

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan de speerpunten van ons college voor de komende jaren beschreven. Voor de komende vier jaar kiezen we speerpunten die met concrete acties op lokaal niveau zijn aan te pakken. Met andere woorden: de prioriteit ligt bij zaken die direct in onze invloedssfeer liggen en waarvan wij van mening zijn dat daar de grootste gezondheidswinst te behalen is. In die zin volgen wij de meetlat van Paas die elders in deze nota is uitgewerkt. In de programmabegroting 2009-2011 zijn de volgende doelstellingen en indicatoren opgenomen met betrekking tot de gezondheidszorg:

Doelstelling Waar nodig, kunnen mensen gebruik maken van voorzieningen waarbij eerstelijnsgezondheidszorg dicht bij huis mogelijk is

Verantwoordelijkheden:

1. Faciliteren van een toereikend, toegankelijk en nabij aanbod eerstelijns gezondheidszorg.

Naast de concrete basistaken uit de Wet publieke gezondheidszorg heeft de gemeente ook de taak om cure, care en preventie beter op elkaar af te stemmen.

2. Geschikte vestigingslocaties voor de eerstelijns gezondheidszorg.

De gemeente faciliteert bij het vinden van geschikte vestigingslocaties.

3. De geestelijke gezondheidszorg een nadrukkelijker plek in de eerste lijn geven.

De gemeente heeft hierbij een coördinerende en stimulerende taak.

4. Zorg dragen voor een effectieve melding, registratie en hulpverlening op het gebied van huiselijk geweld.

De gemeente heeft een coördinerende taak om (in overleg met de Centrumgemeente Haarlem) ervoor te zorgen dat huiselijk geweld in een zo vroeg mogelijk stadium gemeld wordt en dat er voor zowel daders als slachtoffers hulpverlening mogelijk is.

5. Voorkomen dan wel snel en effectief aanpakken van dakloosheid en Openbare Geestelijke Gezondheids Zorg (OGGz)-problematiek.

In de maatschappelijke opvang in Hoofddorp worden dak- en thuislozen opgevangen en begeleid, met als doel een spoedig maatschappelijk herstel en doorstroming naar een reguliere woning. Met de Centrumgemeente Haarlem worden afspraken gemaakt over (additionele) bovenregionale opvangplaatsen.

6. Uitwerking samenwerkingsconvenant politie, Meerwaarde en gemeente.

Het kiezen voor de landelijke prioriteiten en het niet noemen van onderwerpen die niet in onze invloedssfeer liggen neemt overigens niet weg dat we op deze punten geen actie zullen ondernemen: integendeel! Maar bij punten waarvoor wij niet de primaire verantwoordelijkheid dragen of waarbij onze invloed een afgeleide is, is het niet reëel een indicator of streefwaarde te noemen waarop wij kunnen worden aangesproken. Bij elk speerpunt dat we hier noemen zijn doelen gesteld, actiepunten geformuleerd en mogelijke oplossingen beschreven.

5.2 De speerpunten

Het college heeft – in lijn met de landelijke doelstellingen van het ministerie van VWS - voor de volgende speerpunten voor het lokaal volksgezondheidsbeleid 2009-2012 gekozen:

1. Schadelijk alcoholgebruik
2. Overgewicht
3. Depressie
4. Diabetes

Het speerpunt roken is niet overgenomen. In de gemeente Haarlemmermeer (22,8%) ligt het percentage rokers lager dan het landelijk gemiddelde (29,6%). Hoewel door ons college wordt onderschreven dat het wenselijk is dit getal laag te houden en zelfs verder terug te dringen, is het voor de gemeente geen direct speerpunt. Het rookverbod zal volgens ons college een belangrijke impuls geven aan het verder terugdringen van het tabaksgebruik. Verder ondersteunen we de landelijke acties en wordt het ontmoedigingsbeleid uitgedragen in manifestaties die wij organiseren. Immers, hoe minder personen er roken, des te beter dat is.

Naast het overnemen van vier van de vijf landelijke speerpunten is een vijfde speerpunt *“Voorlichting en vroegsignalering”* toegevoegd. Naast deze speerpunten worden er door de gemeente *“reguliere of wettelijke gezondheidstaken”* uitgevoerd zoals het aansturen en in stand houden van de GGD-Kennemerland.

5.3. 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 door de GGD-Amstelland de Meerlanden van de gemeente Haarlemmermeer¹⁶;
- adviezen van de GGD-Kennemerland bij de aanbevelingen uit de Gezondheidspeiling 2006;
- de analyses door team Onderzoek van de gemeente Haarlemmermeer;¹⁷
- de digitale vragenlijst voor de eerste lijn;
- de vijf speerpunten van het ministerie van VWS: schadelijk alcoholgebruik, roken, overgewicht, diabetes en depressie;
- actuele onderwerpen die in de gemeente Haarlemmermeer spelen¹⁸;
- de uitkomsten van de versnellingskamerssessies¹⁹ met raads-leden, de eerstelijns gezondheidszorg en overige deskundigen uit het maatschappelijk middenveld van Haarlemmermeer (op 21 en 29 mei 2008).

Allochtonen en gezondheid

De gezondheidssituatie van allochtonen is vaak slechter dan die van de gemiddelde Nederlander. Dat hangt samen met de achterstandspositie waarin veel allochtonen verkeren. Met gezondheidsbevorderende activiteiten levert het NIGZ een bijdrage aan het wegwerken van onnodige gezondheidsachterstand.
Bron: website NIGZ www.nigz.nl

Tijdens deze sessies is een top vier van onderwerpen naar voren gekomen die prioriteit hebben om aangepakt te worden. Tussen de prioriteiten van de raadsleden en de vertegenwoordigers van het maatschappelijk middenveld was een grote mate van overeenkomst. Onvoldoende afstemming en samenwerking tussen de verschillende partijen stond bij beiden hoog op de agenda. Maar ook de problematiek van een slechte leefstijl bij jongeren (overgewicht en alcohol gebruik) scoorde bij beiden hoog.

¹⁶ Gezondheidspeiling GGD AM, Hoe gezond is de regio?, EMOVO onderzoeken

¹⁷ Kijk op de wijk 2, O&S gemeente Haarlemmermeer

¹⁸ Dit zijn de onderwerpen die de afgelopen periode in de gemeenteraad hebben gespeeld en in hoofdstuk 6 verder zijn uitgewerkt. Te denken valt onder andere aan huisartsenlocaties, binnenmilieu, Schiphol etc.

¹⁹ Vorm van een digitale brainstorm sessie

De top vier bij de versnellingskamersessie van het maatschappelijk middenveld is als volgt:

1. Overgewicht bij jongeren met name in het VMBO en praktijkonderwijs;
2. Mensen waarbij een chronische ziekte of handicap is gediagnosticeerd en hun mantelzorgers vinden niet altijd de weg naar regelingen als Wmo en AWBZ, met onnodig leed tot gevolg;
3. Organisaties weten vaak niet van elkaar wat ze de mensen kunnen bieden, waardoor geen goede doorverwijzing plaatsvindt en samenwerking ontbreekt;
4. Het effectief bereiken van de jeugd (plus licht verstandelijk gehandicapten) als het gaat om het geven van voorlichting ter preventie van drugs en alcoholmisbruik en het signaleren van problematiek.

De top vier bij de versnellingskamersessie van de raadsleden is als volgt:

1. Samenwerking tussen instanties is niet voldoende. Instanties werken onderling onvoldoende samen waardoor mensen “verloren” raken in de systemen;
2. Schadelijk alcoholgebruik van jongeren;
3. Fijnstof / luchtkwaliteit door verkeersbeleid, m.n. bij bedrijventerreinen en door Schiphol;
4. Eenzaamheid bij ouderen.

De top drie van de internetenquête onder vertegenwoordigers van de eerste lijn gaf een vergelijkbaar beeld:

1. Overgewicht bij de jeugd;
2. Drugs- en alcoholgebruik bij de jeugd;
3. Gebrek aan samenwerking tussen de verschillende zorginstanties.

Over het algemeen kan worden gesteld dat de respondenten de gemeente een belangrijke en actieve rol in het gezondheidsbeleid toedichten. Tweederde van de respondenten is het bijvoorbeeld niet eens met de stelling dat de gemeente slechts beperkt invloed heeft op de volksgezondheid. De voorstellen voor concreet, gezondheidsbevorderend beleid (bijv. het subsidiëren van AED's, het inrichten van gezondheidscentra of het weren van snack- en friettentten in de buurt van scholen) worden over het algemeen positief beoordeeld.

5.4. 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 speciale aandacht besteed aan jongeren. Bij speerpunt 3 kan geconstateerd worden dat deze vooral van toepassing is op ouderen.

Maar ook de hulp en ondersteuningsmaatregelen die geboden worden in het kader van de Wmo hebben vooral betrekking op ouderen en in mindere mate ook gehandicapten. Voor de doelgroep jongeren kenden we reeds lange tijd het consultatiebureau voor 0-4 jarigen. Dat is opgegaan in de brede jeugdgezondheidszorg en recentelijk opgenomen in het Centrum voor Jeugd en Gezin. Inmiddels staan we aan de vooravond van het oprichten van een Consultatiebureau voor Ouderen. Het periodiek

Consultatiebureau voor Ouderen

Wat betekent het Consultatiebureau voor Ouderen (CbO) voor partijen uit de sector wonen, welzijn en zorg? Het CbO kan vroegtijdig risico op ongezond ouder worden opsporen. Onder de oudere bevolking komt nogal wat onderbehandeling voor, bijvoorbeeld voor depressie en angsten. Het CbO kan mensen op tijd verwijzen naar daarvoor geschikte organisaties. Datzelfde geldt ook voor een ongezonde leefstijl. En het CbO kan mensen enthousiasmeren tot maatschappelijke participatie, zoals het doen van vrijwilligerswerk. Het CbO heeft tot doel dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen en deelnemen aan de samenleving op een manier die zij prettig vinden.

Voor partijen uit de sector wonen, welzijn en zorg en het CbO is het daarom goed om de samenwerking en afstemming te zoeken met elkaar.

Bron: Werkmethodiek CbO, Kenniscentrum Ouderen, Vilans, januari 2008

en op systematische wijze monitoren van kinderen met daaraan gekoppeld voorlichting voor de ouders heeft een belangrijke impuls gegeven aan de gezondheidsbevordering van kinderen. Een dergelijke aanpak voor ouderen kan een zelfde impact hebben. Het is daarom zeker de moeite waard om dit te onderzoeken.

Hoe werkt e-health

E-health bestaat uit verschillende opdrachten en regelmatig online contact met uw persoonlijke behandelaar. Het online programma bevat praktische opdrachten. U kunt de opdrachten thuis doen in uw eigen tempo. Kernpunten zijn: het versterken van uw motivatie, wat u kunt doen in plaats van gebruiken en het omgaan met valkuilen.

Uw persoonlijke online behandelaar zet telkens een nieuwe stap in het programma voor u open. U kunt dan de bijhorende opdracht maken. Per dag zal dat, afhankelijk van de opdracht, vijf tot twintig minuten in beslag nemen.

U communiceert met uw behandelaar via een berichtenschermbord. Op elk gewenst moment laat u een bericht achter. Binnen drie dagen krijgt u een bericht terug. Bij sommige behandelprogramma's zit een forum waar u tips kunt krijgen van anderen en ervaringen uit kunt wisselen. De duur van de programma's varieert van acht tot twaalf weken. De duur van een programma is daarnaast afhankelijk van uw eigen tempo.

De kosten van online hulp worden vergoed door de basisverzekering. Iedere Nederlander van 18 jaar en ouder heeft echter een verplicht 'eigen risico' van 150 euro. Dit betekent dat u in dat geval per jaar maximaal 150 euro moet betalen voor zorg die valt onder de vergoeding van het basispakket. Als u voor een hoger 'eigen risico' heeft gekozen kunnen de kosten hoger zijn. Het 'eigen risico' kan dus voor kosten zorgen, ook indien u vroegtijdig uw behandeling beëindigt.

Bron: site Brijder Stichting, www.brijder.nl

Naast jongeren en ouderen is er speciale aandacht voor mensen met een laag inkomen. Bij mensen met een laag inkomen stapelen de problemen zich vaak op: ze zijn gemiddeld minder gezond en leven minder lang dan mensen met een hoger inkomen. Gegeven de diversiteit in oorzaken voor het ontstaan van sociaaleconomische gezondheidsverschillen, is voor een vermindering hiervan de inzet vanuit een samenwerking tussen verschillende beleidsterreinen nodig. Naast de volksgezondheid zijn bijvoorbeeld de sectoren onderwijs, sociale zekerheid, arbeidsomstandigheden en volkshuisvesting relevant voor het verkleinen van de verschillen. De gemeente Haarlemmermeer voert een actief beleid ter bestrijding van armoede. Deze ambitie is onder het motto "Meer doen aan meedoen" in het WMO beleidsplan vastgelegd.

Eén van de kernpunten is het voorkomen dat mensen die van een minimuminkomen rond moeten komen, op essentiële onderdelen worden uitgesloten van volwaardige deelname aan de samenleving. De gemeente kent een aantal specifieke regelingen die speciaal voor de doelgroep bestemd zijn. Door inzet van advertenties en flyers richt de gemeente de aandacht op financiële tegemoetkomingen. Zo kan gebruik worden gemaakt van de HaarlemmermeerPas. Deze pas geeft korting op sportieve, culturele en recreatieve activiteiten voor mensen met een minimum-inkomen. Het doel is dat mensen (en kinderen) die rond moeten komen van een minimum-inkomen participeren in de samenleving en deel kunnen nemen aan de sport, recreatie en cultuur die de gemeente Haarlemmermeer biedt. Een belangrijk thema hierbij is het verbeteren van de toekomstperspectieven van de kinderen van de doelgroep. Hiervoor is het convenant 'Kinderen doen mee!' ondertekend.

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

In de volgende paragrafen zijn de speerpunten van de gemeente Haarlemmermeer voor de komende vier jaar uitgewerkt en zijn per speerpunt de doelstellingen en activiteiten voor de komende vier jaar aangegeven.

5.5 Speerpunt 1: Voorlichting en vroegsignalering

Probleemomschrijving

Zoals in de eerdere hoofdstukken aan de orde is gekomen, kan gezondheidswinst worden behaald met betere voorlichting en het inzetten van vroegsignalering. Voorlichting is met name belangrijk om er voor te zorgen dat er een mentaliteit- en gedragsverandering ontstaat die bijdraagt aan een beter en gezonder leven. Een deel van de bevolking die juist bereikt moet worden, wordt niet of onvoldoende bereikt. Denk daarbij aan kwetsbare groepen ouderen, mensen met een laag inkomen en mensen met sociaal psychische problematiek. Daarvoor zijn andere vormen van communicatie nodig en gewenst.

Gerichte informatie over risico's die bepaalde groepen lopen is eveneens van belang. Bijvoorbeeld informatie over valpreventie. Veel ouderen herstellen heel langzaam wanneer zij een breuk hebben opgelopen. Dan is revalidatie een moeizaam proces en komen de functies van voor de val niet meer terug. Het nemen van maatregelen om een val tegen te gaan is daarom belangrijk.

Uit onderzoek van de Vrije Universiteit Amsterdam blijkt dat mensen boven de vijftig ongezonder leven dan tien jaar geleden. Ze drinken meer, bewegen minder en zijn te zwaar. Bovendien zijn vrouwen meer gaan roken. Vijftigplussers hebben door hun ongezonde leefstijl een grotere kans op levensbedreigende ziektes als kanker, diabetes en hartkwalen. Vaak blijken ouderen zich niet bewust van de gezondheidsrisico's. Door regelmatige gezondheidscontroles en adviezen over een gezonde leefstijl kunnen gezondheidsproblemen bij ouderen voorkomen worden. Dit kan bij huisartsen die zich gespecialiseerd hebben in de problematiek of op een Consultatiebureau voor Ouderen (CbO). Een dergelijk consultatiebureau bestaat in onze gemeente nog niet, maar het is één van de beleidsvoornemens om daarmee te starten. De buurgemeente Amstelveen heeft goede ervaringen opgedaan met dit concept en werd hierbij ondersteund door de GGD.

Steeds meer particulieren starten activiteiten voor hun medemens. Soms met en soms zonder subsidie. Ook de Rijksoverheid stimuleert via het mogelijk maken van Persoonsgebonden budgetten (Pgb's) dat kleine, meer op het individu toegesneden initiatieven, van de grond komen. Vaak blijkt op een gegeven moment dat deze initiatieven een startsubsidie nodig hebben om van de grond te komen. Soms is een startsubsidie niet genoeg en is een bijdrage in de exploitatie gewenst. Meer dan in het verleden zal moeten worden gekeken of op regionale schaal deze activiteiten in stand gehouden kunnen worden. Ook is het belangrijk de mogelijkheden te verkennen van charitatieve fondsen en is het wenselijk de (regionale) zorgverzekeraars bij deze activiteiten te betrekken.

Over gezondheid en een gezonde leefstijl is veel informatie en documentatie beschikbaar. Veel boeiende websites en televisieprogramma's stellen obesitas en andere welvaartziektes aan de kaak. Ook het aantal zelfhulpsites en internetdiagnostiek via de computer heeft een grote vlucht genomen. Hoewel wij ons bewust zijn van de risico's van dergelijke websites, kunnen bepaalde websites wel degelijk voorzien

in een behoefte. Juist om die reden is in bijlage 4 (zie pagina 4) een overzicht opgenomen met verwijzingen naar verschillende sites die naar ons idee de moeite waard zijn.

De lokale situatie

In de gemeente Haarlemmermeer is een aantal particuliere initiatieven opgestart die zich richten op de verlening van zorg op de menselijke maat. De initiatieven zijn verschillend van aard en hebben veelal een verschillende doelgroep. Soms concentreren de activiteiten zich op een specifieke ziekte of zoals bij hospice Bardo op de laatste fase van het leven. De meeste van deze initiatieven hebben zich verschillend ontwikkeld. In de gemeente Haarlemmermeer kennen wij onder andere het Adamas inloophuis²⁰, Stichting Bardo,²¹ Stichting Meerbalans²² en het Alzheimercafé²³. De organisaties leveren een belangrijke bijdrage aan zorg binnen de gemeente Haarlemmermeer.

Wat willen we bereiken

- Bevorderen van gezondheid en gezond gedrag van inwoners
- Versterken van de regierol van de gemeente
- Versterken van de samenwerking tussen instellingen op gebied van gezondheid
- Bevorderen van toegankelijkheid van gezondheidsinstellingen
- Vormen van expertisecentra rond bepaalde doelgroepen
- Faciliteren van instrumenten (bijvoorbeeld voorlichting) ter bevordering van de gezondheid

Via projecten uit het innovatiefonds van de Wmo willen we duidelijk maken dat meer bewegen en gezonde voeding goed is voor iedereen. Via het project “gezondheidsplein” van de Bibliotheek zullen op een groot aantal plekken informatiefolders over gezondheid komen te staan. Ook zullen in verschillende vestigingen van de bibliotheek lezingen, voordrachten, presentaties etc. worden verzorgd over gezondheid en een gezonde leefstijl. Daarnaast gaan we in samenwerking met verschillende partijen een gezondheidsbeurs en – week organiseren.

Het Consultatiebureau voor Ouderen (CbO) is een opkomend verschijnsel in de gezondheidszorg. Het is een periodieke vorm van preventieve zorg voor ouderen vanaf 50 jaar waarbij de ouderen via een integrale benadering worden gescreend door een *consulent*. Dit kan een arts, een praktijkverpleegkundige of een medewerker van de GGD zijn. Het initiatief lijkt kansrijk wanneer we afgaan op de ervaringen die elders in het land zijn ontwikkeld. Vooral wanneer binnen het CbO de griepvaccinatie wordt ondergebracht, is het bereik van de doelgroep groot. Op die manier worden de gezondheidsrisico's opgespoord en worden ouderen geïnformeerd over gezond en actief ouder worden. Zo nodig wordt hen de weg gewezen in het woud aan voorzieningen die er zijn. In de gemeente Haarlemmermeer willen we in de periode van deze nota onderzoeken of het wenselijk is om in onze gemeente één of twee CbO's te realiseren. Daarnaast willen we onderzoeken of er mogelijkheden zijn om een mobiel CbO te starten. De gemeente leent zich hier goed voor met haar 26 kernen. Het onderzoek zal in nauw overleg met het zorgkantoor, zorgverzekeraars, huisartsen, verzorgingshuizen en ouderenbonden worden opgezet en uitgewerkt.

²⁰ Het Adamas Inloophuis biedt mensen met kanker en hun naasten ondersteuning in de vorm van psycho-oncologische begeleiding, lotgenotencontact, creatieve therapieën en informatievoorziening. Alles onder één dak, in een 'healing environment'

²¹ In **Hospice Bardo** wordt, 24 uur per dag, zorg geboden aan maximaal acht patiënten in een terminale fase. Zij kunnen in alle rust, in een sfeervolle omgeving en in de nabijheid van dierbaren, deze periode doorbrengen. Ongeacht de persoonlijke, vaak benarde situatie, wordt er gestreefd naar een dragelijk en menswaardig levenseinde. Ook palliatieve thuiszorg is in ontwikkeling.

²² Een ouderinitiatief om in de Haarlemmermeer een woonvoorziening te creëren voor normaal begaafde jonge mensen (22-35 jaar) met een stoornis binnen het autistisch spectrum (PDD-NOS en Asperger) waar men zelfstandig kan wonen met gespecialiseerde begeleiding een aantal uren per dag op vaste tijden.

²³ Het Alzheimer Café, georganiseerd door de Geestgronden, is een ontmoetingsplek voor mensen die zorg of ondersteuning bieden aan een dementerende en voor dementerenden zelf.

Graag willen we daar waar mogelijk de genoemde organisaties als Adamas Inloophuis, Stichting Bardo etc. ondersteunen. In het verleden is dit gebeurd via de beleidsregels voor zorg- en welzijnsinitiatieven en individuele projectsubsidies. Voor deze organisaties zijn er eveneens mogelijkheden om projecten in te dienen via het Wmo innovatiefonds of via het Preventiefonds dat in het kader van deze nota wordt opgericht. Tenslotte zal in overleg met de regiogemeenten en de zorgverzekeraar worden gezocht naar mogelijkheden om middelen te genereren. Dat neemt niet weg dat deze initiatieven vooral zullen blijven draaien op AWBZ-bijdragen, Pgb's en bijdragen van derden in de vorm van giften. Daar waar mogelijk wil de gemeente een ondersteunende rol bieden als het gaat om het verkrijgen van middelen via fondsen.

In de gemeente Haarlemmermeer wordt niet iedereen via voorlichting voldoende bereikt. Informatie die breed voor handen is en wordt aangeboden komt toch niet altijd op de juiste plaats terecht. De komende periode willen we via een aantal grootschalige activiteiten een breder publiek bereiken en betrekken bij het gezondheidsbeleid. De gemeente stelt zich daarbij op als intermediair en maakt daarbij gebruik van de infrastructuur van organisaties en instellingen die de gemeente rijk is.

Daarnaast wil de gemeente huisartsen en andere dienstverleners uit de eerste en tweede lijn meer aan zich binden en gezamenlijk optrekken. Daarom gaat de gemeente in samenwerking met 'REOS' Zorg (Regionale Eerstelijns Ondersteunings Structuur)²⁴ een aantal bijeenkomsten en trainingen organiseren om het lokale Volksgezondheidsbeleid te stimuleren en te bevorderen.

De praktijk heeft uitgewezen dat tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en cliënten van allochtone afkomst knelpunten kunnen ontstaan in het begrijpen van de hulpvraag die een cliënt heeft en het behandelvoorstel dat de hulpverlener voorstelt. Op zoek naar effectieve oplossingen is het Gezondheidscentrum Floriande in gesprek gegaan met de Stichting Gender Concerns. De gemeente zal deze ontwikkeling verder stimuleren en bevorderen. Na een grondige evaluatie wordt gezien of het wenselijk is de opgedane methodiek ook op andere plaatsen te introduceren.

Voor sommige Haarlemmermeesters van allochtone afkomst is het niet eenvoudig om hun weg te vinden in de Nederlandse gezondheidszorg. Zorgambassadeurs helpen hen daarbij.

In de veelheid aan regelingen, organisaties en instellingen op het gebied van mantelzorgondersteuning en respijtzorg dienen deze vrijwilligers als intermediair de rol van wegwijzer ten behoeve van de allochtone groepen te vervullen.

In het schema op de volgende pagina staan de concrete activiteiten beschreven die de komende vier jaar uitgevoerd zullen worden om de genoemde doelstellingen te bereiken.

²⁴ REOS Zorg biedt een aantal activiteiten aan ter ondersteuning van de eerstelijnsgezondheidszorg.

'Snoep en snacks de school uit'

Door Suzanne Verbaan

ROTTERDAM - Scholen moeten hun verantwoordelijkheid nemen bij het tegengaan van overgewicht bij kinderen. Nu de jeugd steeds meer tijd op school doorbrengt, kunnen zij een belangrijke rol spelen in het bevorderen van een gezonde leefwijze.

Hiervoor pleiten het Innovatiecentrum Gezonde Voeding (ICGV), het Voedingscentrum en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Snoep- en frisdrankautomaten de deur uit, geen vette snacks verkopen en gezonde ontbijten en lunches verstrekken zijn maatregelen waarmee scholen hun steentje kunnen bijdragen aan de bestrijding van overgewicht.

Doelstellingen	Wat gebeurt er al?	Activiteiten 2009 - 2012
Bevorderen van gezondheid en gezond gedrag van inwoners Versterken van de regierol van de gemeente Versterken van de samenwerking tussen instellingen op gebied van gezondheid Bevorderen van toegankelijkheid van gezondheidsinstellingen Faciliteren van instrumenten ter bevordering van de gezondheid Vormen van expertise-centra rond bepaalde doelgroepen	a) Informatie website GGD b) Informatiepunt Zorg Spaarnepoort c) Seniorenbeurs d) Projecten in het kader van het Wmo Innovatiefonds op gebied van gezondheid	1) Gemakkelijk toegankelijke en begrijpelijke informatie over gezondheid, te denken valt aan specifieke informatie voor allochtonen en mensen met een laag inkomen (NIGZ) 2) In openbare bibliotheek een "gezondheidsplein" inrichten waar zowel in papieren vorm alsook digitaal een breed scala aan gezondheidsinformatie beschikbaar is 3) Minimaal één keer in de twee jaar wordt een "gezondheidsweek" in de gemeente Haarlemmermeer georganiseerd, waarbij detailhandel, scholen, gezondheidscentra, buurt- en wijkcentra, jeugd en jongeren-centra, sportclubs, Sportservice Haarlemmermeer, etc. het thema gezondheid centraal stellen. 4) Eénmaal per twee jaar organiseert de gemeente een gezondheidsbeurs voor alle inwoners van de gemeente Haarlemmermeer. 5) Mocht medio 2010 de gezondheidssituatie in Zwanenburg niet aanmerkelijk zijn verbeterd, dan krijgt Zwanenburg een gezondheidsmakelaar. 6) Inventarisatie van vertrekkende huisartsen en faciliteiten die aanwezig zijn om een gezondheidscentrum of praktijk te starten, plan van aanpak om voldoende huisartsenzorg te garanderen. 7) In aansluiting op de drie reeds bestaande gezondheidscentra (Overbos en in Floriande 2) wordt op minimaal twee plekken in de gemeente Haarlemmermeer een geïntegreerd aanbod van gezondheidscentra, centra voor jeugd en gezin, buurtcentra, apothekers etc. aangeboden. Deze partijen formuleren gezamenlijk een buurt- of wijkgezondheidsaanpak. De gemeente zal dit ambtelijk ondersteunen. 8) Minimaal 1 maal per jaar organiseert de gemeente Haarlemmermeer in samenwerking met REOS Zorg, VU, AMC of LUMC een nascholing voor huisartsen op het terrein van de lokale gezondheidszorg. Aspecten zoals mantelzorg, vrijwilligerszorg en respijtzorg kunnen hierbij aan de orde komen. Maar ook zaken als samenwerking op buurt- en wijkniveau met het welzijnswerk of bijvoorbeeld ouder- en kindcentra kunnen aan de orde komen. Voor deze nascholing wordt accreditatie aangevraagd.

Wanneer	Wie	Middelen
Voorjaar 2009	<i>In al deze projecten heeft de gemeente afhankelijk van de aanpak van het project één of meer van de volgende rollen:</i>	€ 3.000 + 0,1 fte ambtelijke capaciteit
Voorjaar 2009	- regisseur - bruggenbouwer - projectontwikkelaar - opdrachtgever - solist - financier	Is gehonoreerd in het kader van het Wmo innovatiefonds 2008
Najaar 2009 en najaar 2011	Andere partijen die bij de ontwikkeling en uitvoering betrokken zijn: GGD, Brijder Stichting, Meerwaarde, huis-artsen, gezondheidscentra, Sportservice Haarlemmermeer, zorgverzekeraars, zorgkantoor, scholen, Bibliotheek, Spaarne ziekenhuis, middenstand, etc.	€ 25.000 voor een extern bureau die de contacten gaat leggen en de logistiek doet.
2010 en 2012		€ 25.000 voor een extern bureau of de GGD
2010	Gebiedsmanagement	(€ 20.000 per jaar, indien nodig)
Voorjaar 2009	Planvorming	Ambtelijke capaciteit van planvorming (75 uur)
PM	Projecten/planvorming betrokken externe partijen	€ 3.000 + 75 uur Ambtelijke capaciteit
2009 tot en met 2012	REOS (regionale ondersteuningsstructuur) i.s.m. andere partijen en de Gemeente Haarlemmermeer	€ 5 000

Doelstellingen	Wat gebeurt er al?	Activiteiten 2009 - 2012
		9) Bij de verdere ontwikkelingen rondom het traject van de hoogspanningsleiding 380kV en de bestaande 150kV zal de gemeente nog nadrukkelijker dan in het verleden het geval is geweest, de bevolking informeren over nieuwe inzichten omtrent de consequenties voor de Volksgezondheid. 10) De gemeente zal AED's financieren op plaatsen waar veel mensen samenkomen uit risicogroepen of waar mensen een fysieke inspanning leveren. 11) Haalbaarheidsstudie naar consultatiebureaus voor senioren/ouderen. Daarnaast onderzoek naar een mobiel consultatiebureau voor ouderen 12) Inventarisatie van het aantal woningen met balansventilatie in de gemeente Haarlemmermeer. Het geven van voorlichting aan huisartsen over de symptomen van Balansventilatie (curatief) en huis-eigenaren/huurders (preventief). 13) Onderzoek naar opzetten van een Preventiefonds. Een specifiek deel van het Wmo-innovatiefonds wordt ingezet voor projecten gericht op preventie in de gezondheidszorg en middelen van derden. 14) Verbeteren van de communicatie tussen allochtonen en de gezondheidsinstellingen 15) Het in kaart brengen van (alle) adressen van gezondheids-gerelateerde instellingen binnen onze gemeente ten behoeve van de digitale sociale kaart

Wanneer	Wie	Middelen
Doorlopend	Gemeente in samenwerking met TENNET	Past deels binnen het voorlichtingsbudget + € 3.000
5 per jaar	GGD in samenwerking met Stichting reanimatie AED Bollenstreek	€ 20.000 per jaar
2010/2011	Huisartsen, ouderenadvies, welzijnswerk, GGD Kennemerland	Haalbaarheidsstudie in combinatie met planvorming (50 uur ambtelijke capaciteit) + € 20.000
Voorjaar 2009	Gemeente Haarlemmermeer	€ 5.000 + 50 uur ambtelijke capaciteit
Voorjaar 2009	Gemeente Haarlemmermeer/ Zorgverzekeraars/fondsen	€ 30.000 + co-financiering
2009-2012	Gezondheidsinstellingen en de zorgambassadeurs	€ 5.000 + Mantelzorgbeleid en integratienota
Voorjaar 2009	Onderdeel van de sociale kaart-ontwikkeling	€ 3.000 + Opnemen in budget sociale kaart (beleidsintensivering Wmo)

5.6 Speerpunt 2: Schadelijk alcoholgebruik

Probleemomschrijving

Overmatig drinken is in Nederland –naast roken, hoge bloeddruk en overgewicht- één van de belangrijkste factoren die de gezondheid bedreigen. Overmatig alcoholgebruik kan leiden tot leverziekten, hart- en vaatziekten (zoals een beroerte, slokdarmkanker, dikke darmkanker) en letsel door ongevallen. Daarnaast is overmatig alcoholgebruik samen met drugsgebruik een niet te onderschatten aanjager van geweld en overlast, met name in het uitgaansleven. Alcoholproblemen manifesteren zich vooral op lokaal niveau. Daarom spelen gemeenten een belangrijke rol bij de aanpak: vrijwel dagelijks worden ze met alcohol schade geconfronteerd. Ongelukken, openbaar dronkenschap, criminaliteit, huiselijk geweld en verslavingsproblemen.

Alcoholgebruik door jongeren brengt veel gezondheidsrisico's en maatschappelijke problemen met zich mee. Onder de zestien jaar heeft alcohol een heftiger effect op de hersenen, dan bij oudere jongeren. Dit kan tot directe beschadiging leiden maar ook een belemmering van de groei van de hersenen opleveren. Hierdoor kunnen gedrags- en schoolproblemen ontstaan.

De lokale situatie

Door middel van de gezondheidspeiling van de GGD is onderzoek gedaan naar alcohol-gebruik onder volwassenen. Dit onderzoek geeft aan dat in de regio 5% van de inwoners aangemerkt kan worden als excessieve drinkers. Dat betekent dat zij ten minste drie dagen in de week zes of meer glazen of ten minste vijf dagen in de week vier of meer glazen alcohol drinken. Onder laagopgeleide mannen is het hoogste percentage te vinden, namelijk 14%. Daarnaast is zichtbaar dat in de hoogste leeftijdsgroep (56-74 jaar) zich veel excessieve drinkers bevinden (10%) (zie gezondheidspeiling 2006). Het gaat hierbij om de regionale cijfers. De GGD geeft aan dat deze per gemeente niet significant verschillen.

Van de leerlingen op de middelbare school in de Amstelland de Meerlanden (AM)-regio heeft 69% ooit wel eens alcohol gedronken. De gemiddelde leeftijd waarop deze groep zijn eerste drankje dronk is voor jongens 12 en voor meisjes 12,5 jaar. Van alle middelbare scholieren in de gemeente Haarlemmermeer is 27,7% in vier weken voorafgaand aan het onderzoek minstens één keer dronken of aangeschoten geweest. Het gebruik van vijf of meer alcoholische drankjes tijdens één gelegenheid is veel en kan als overmatig alcoholgebruik worden beschouwd. In de vier weken voorafgaand aan het onderzoek heeft 39,1% van de leerlingen uit de gemeente Haarlemmermeer volgens deze norm overmatig alcohol gebruikt (EMOVO).

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

Hulpaanbod in de regio

Het Brijder-aanbod in de AM-regio bestaat uit:

- Bureaudienst;
- Intake, zorgtoewijzing, indicatiestelling en medisch consult;
- Kortdurende ambulante behandeling (leefstijltrainingen);
- Langdurende intensieve behandeling/begeleiding van chronisch verslaafden;
- Begeleiding verslaafde ouders en hun kinderen;
- Preventie en voorlichting;
- Ambulante jeugdbehandeling.

Bovenstaande activiteiten worden vanuit twee locaties aangeboden: locatie Spaarnepoort en Steunpunt Amstelveen.

Voor patiënten is binnen het Brijder-aanbod eveneens beschikbaar:

- Intensieve dagbehandeling in deeltijd en begeleid/beschermd wonen in Haarlem;
- Klinische opname in de verslavingskliniek van Brijder in Hoofddorp, locatie Spaarnepoort. Op deze locatie zijn twee afdelingen gevestigd: afdeling opname en diagnostiek (incl. crisisopname) en afdeling vervolgbehandeling;
- Klinische opname in het Intramuraal Motivatiecentrum in Hoofddorp, locatie Spaarnepoort. Dit is een laagdrempelige voorziening gericht op motivatie tot verdere behandeling, hulp en resocialisatie aan chronisch verslaafde patiënten.

De verantwoordelijkheid van de gemeente ligt bij de preventie en toeleiding naar de hulpverlening. De Brijder verslavingszorg ontvangt gemeentelijke subsidie voor activiteiten op dit gebied. Deze subsidie verstrekt VWS via een doeluitkering aan de centrumgemeenten (voor Haarlemmermeer is dat sinds 1 januari 2008 de gemeente Haarlem). De behandeling wordt vervolgens gefinancierd door de AWBZ en/of de ziektekostenverzekering. Het preventieaanbod van de Brijderstichting richt zich op beleidsadvisering, publieksvoorlichting, deskundigheidsbevordering (huisartsen, GGZ, AMW, thuiszorg, scholen, jongerenwerk, jeugdhulpverlening, ed.), informatieavonden en het verspreiden van voorlichtings- en lesmateriaal. Ook de welzijnsinstelling Meerwaarde heeft veel contacten met de jongerendoelgroep en kan op deze manier jongeren informeren over alcohol en drugsgebruik.

In 2007 kwamen er 370 ambulant ingeschreven patiënten bij de Brijder uit Haarlemmermeer. In de gehele AM regio waren dat er in totaal 713.

Zwanenburg

In het Leefbaarheidsonderzoek 2006 constateerde de Dorpsraad Halfweg-Zwanenburg een toenemend misbruik van drank en drugs onder de jeugd. Naar aanleiding hiervan heeft Brijder Verslavingszorg medio 2007 op verzoek van de gemeente een probleem-verkenning uitgevoerd en een plan van aanpak opgesteld. Dit plan met een geïntegreerde aanpak tussen de verslavingszorg, de jongerenwerkers van de Stichting Meerwaarde en de dorpsraad van Zwanenburg-Halfweg zal als een proefproject dienen. Indien de aanpak succesvol dan zal deze ook in andere kernen uitgerold worden.

Wat willen we bereiken?

- Alle inwoners van Haarlemmermeer (en met name jongeren) hebben voldoende informatie over alcohol en druggebruik om de risico's van elk middel goed in te kunnen schatten;
- Alle professionals die met jongeren werken (jongerenwerkers, leraren, huisartsen) zijn in staat om vroegtijdig probleemgebruik te signaleren en weten hoe iemand naar de hulpverlening moet worden doorgeleid;
- Er bestaat een goed netwerk waar de eerste signalen van probleemgebruik worden opgevangen;
- Mensen die aankloppen voor hulp kunnen meteen worden geholpen;
- We willen dat jongeren tot 16 jaar het alcohol gebruik zo lang mogelijk uitstellen en daarna hooguit matig gaan drinken;
- Gebruik van alcohol onder jongeren tot 18 jaar willen we terugbrengen tot minder dan 42% bij jongens en minder dan 37% bij meisjes;
- Het percentage volwassen excessieve drinkers moet teruggebracht worden tot minder dan 7,8% bij mannen en minder dan 3% bij vrouwen.

Doelstellingen	Wat gebeurd er al?	Activiteiten 2009 - 2012
Gebruik van alcohol onder jongeren tot 18 jaar terugbrengen tot < 39% van de leerlingen (jongens < 42%, meisjes < 37%). We willen dat jongeren onder de 16 het gebruik van alcohol zo lang mogelijk uitstellen. Alle inwoners van Haarlemmermeer (en met name de jongeren) hebben voldoende informatie over alcohol en druggebruik om de risico's van elk middel goed in te kunnen schatten; Het percentage volwassen excessieve drinkers moet teruggebracht worden naar Man: < 7,8% Vrouw: < 3%	1) Programma Gezonde School en Genotmiddelen op het voortgezet onderwijs 2) Pilot Zwanenburg ter preventie en terugdringen van alcohol en drugs Voorlichting algemeen publiek (telefonisch)-advies (bijvoorbeeld vragen van ouders, intermediairs en scholieren); publieksvoorlichting, lokale inbedding van landelijke campagnes. 'Vrije Tijd' : Drugsinfoteam bereik 400 - 600 jongeren, werven van 'peers' uit de eigen regio en begeleiding. 'Onderwijs': voornamelijk inzet op VMBO en MBO: voor 25 - 30 gastlessen. Bereik 600 leerlingen/ 60 docenten. Voorlichting in het basisonderwijs. Doelgroep: kinderen groep 7 en 8 en hun ouders. - Collectieve preventie - Veldwerk/ zorgtoeleiding: individuele cliënten - Ambulante hulpverlenings-trajecten - Eénmalige dienstverleningscontacten begeleidingscontacten	1 a) Continueren van programma Gezonde School en Genotmiddelen op voortgezet onderwijs 1 b) Invoering programma Gezonde School en Genotmiddelen op het basisonderwijs (groep 7 en 8) 2) Uitrol pilot Zwanenburg naar andere kernen Voortzetting en uitbreiding van diverse activiteiten en projecten gericht op primaire en secundaire preventie en voorlichting ten aanzien van alcohol- en druggebruik en gokverslaving in Haarlemmermeer. Voortzetting en zo mogelijk uitbreiding van deze activiteiten. Aansluiting bij activiteiten die in de regio Kennemerland worden uitgevoerd, hierdoor wordt het aanbod groter en moet er een efficiëncyslag worden gemaakt.

Wanneer	Wie	Middelen
2009-2012	GGD, Brijder	Regulier budget
Najaar 2009	GGD, Brijder	
2010	GGD, Brijder, Trimbos-instituut, Meerwaarde, huisartsen, gemeente en Centrumgemeente	€ 20.000
2009-2012	GGD, Brijder, Meerwaarde, huisartsen, gemeente en Centrumgemeente	€ 60.000 per jaar ²⁵
2009-2012	Brijder, gemeente en Centrum-gemeente	€ 170.000 per jaar ²⁶

^{25/26} De financiering van deze activiteiten komt uit het reguliere budget en valt niet onder de beleidsintensivering die in het kader van deze nota beschikbaar is gekomen.

5.7 Speerpunt 3: Overgewicht

Probleemomschrijving

Goede voeding, voldoende beweging en een goed gewicht zijn van groot belang voor een goede gezondheid. Overgewicht (en obesitas) is één van de belangrijkste volksgezondheidsproblemen van dit moment. 40% van de volwassen Nederlanders heeft overgewicht en 10% ernstig overgewicht (obesitas). Van de kinderen heeft ruim 15% last van overgewicht.

De nadelige effecten van overgewicht voor de volksgezondheid zijn omvangrijk:

- Mensen met obesitas leven minder lang en leven vooral langer in een slechte gezondheid.
- Overgewicht verhoogt de kans op diabetes, hart- en vaatziekten, sommige vormen van kanker en aandoeningen aan het bewegingsapparaat.
- Overgewicht kan leiden tot stigmatisering van mensen, in het bijzonder kinderen, en daarmee tot psychische klachten.

Overgewicht is ook een duur probleem. Volgens de Gezondheidsraad is de gezondheidszorg nu al een half miljard euro per jaar kwijt aan kwalen die verband houden met overgewicht. De verwachting is dat die kosten alleen maar zullen stijgen.

De lokale situatie

In de gemeente Haarlemmermeer heeft 32,7% van de inwoners matig overgewicht, terwijl bij 11,4% van de mensen sprake is van ernstig overgewicht (obesitas).

Voor de jongeren in de AM-regio heeft bijna één op vier leerlingen (23%) de vragen naar lengte en gewicht niet ingevuld. Van de leerlingen in Haarlemmermeer die de vragen wel hebben ingevuld heeft 0,7% ernstig overgewicht, 6,4% matig overgewicht, 79% een normaal gewicht, bij 10,6% is sprake van ondergewicht en 3,2% heeft ernstig ondergewicht. Jongens hebben vaker overgewicht dan meisjes en VMBO-leerlingen vaker dan HAVO/VWO leerlingen.

Bovenstaande geeft waarschijnlijk een onderschatting van overgewicht door jongeren weer. In 2004-2005 heeft de GGD een onderzoek uitgevoerd onder leerlingen van klas 2 in de AM-regio waarbij gewicht en lengte werden gemeten door een arts of verpleegkundige. Volgens deze uitkomsten had van de VMBO-leerlingen uit klas 2 14% matig overgewicht en 3% ernstig overgewicht. Bij 13% was sprake van ondergewicht.

Wat willen we bereiken?

In 2011 willen we bereikt hebben dat een groter aandeel van de bevolking van Haarlemmermeer een gezond gewicht heeft dan in 2007.

Er wordt naar gestreefd dat het percentage volwassenen met overgewicht niet stijgt; Het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen.

Overgewicht raakt behalve aan het terrein van gezondheid ook aan veel andere beleidsterreinen. Denk maar aan sport om het bewegen meer te stimuleren en aan ruimtelijke ordening, om het voor mensen aantrekkelijker te maken de fiets te pakken en de auto te laten staan. In de Sportnota staat een groot aantal activiteiten met bijbehorende streefwaarden ter bevordering van de sport genoemd. Deze activiteiten zijn ook relevant in deze nota en vormen daar dan ook een integraal onderdeel van.

Doelstellingen	Wat gebeurd er al?	Activiteiten 2009 - 2012
Er wordt naar gestreefd dat het percentage volwassenen met overgewicht niet stijgt. Het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen.	a) GALM-project voor ouderen b) Groep 6 on the move	1) GALM-project voortzetten 2) Continueren en uitbreiden van project Groep 6 on the move 3) Project Overgewicht bij kinderen (Wmo-innovatiefonds) 4.1) Er worden geen vergunningen verstrekt voor uitbaters van snack- en friettentten die nabij scholen zijn gevestigd. Daar waar zij reeds zijn uitgegeven zal geen verlenging worden verstrekt en wordt omgezien naar andere locaties (stippenplan). 4.2) Er wordt met de scholen en de beheerders van kantine op school gesproken over het snack-assortiment. 4.3) Binnen deze actie hoort ook overleg met snack-bars in de nabijheid van scholen over de verkoop van snacks tijdens de pauzes en rond het tijdstip dat de school uitgaat. 5) In het kader van de Haarlemmermeerpas worden met meer fitnesscentra en sportscholen afspraken gemaakt om korting te geven op gezondheidsbevorderende activiteiten. 6) Sportinstuif (Wmo-innovatiefonds) 7) Inzetten project De gezonde schoolkantine op VO 8) Doelgroepen informeren: a) Via scholen ouders informeren over goede voeding voor zichzelf en de kinderen. Meer projecten op scholen, voedingsadviezen via bureaus (bijvoorbeeld voedingscentrum), sportaanbiedingen via scholen en werkgevers, Haarlemmermeerpas, sportpas, bevorderen natuur- en recreatiegebruik, groenkamers in zorgcentra, wandel- en fietsnetwerken, etc. b) Artikelen over gezonde voeding/beweging in plaatselijke media

Wanneer	Wie	Middelen
2009-2012	Sportservice Haarlemmermeer, gemeente	Middelen € 12.500 per jaar
2009-2012	Sportservice Haarlemmermeer, GGD, gemeente	€ 12.500 per jaar
2009	Sportservice Haarlemmermeer en Fysioplaza	€ 20.000 per jaar
2009	Gemeente	inzet 0,05 fte.
2009	Scholen, gemeente	inzet 0,05 fte.
2009	Gemeente	inzet 0,05 fte.
2009/2010	Gemeente, fitnesscentra, sportscholen	Reserveren € 15.000
2009	Sportservice Haarlemmermeer, RIBW	Is gehonoreerd in het kader van het Wmo innovatiefonds 2008
2009	GGD, scholen	€ 10.000
2009-2012	Gemeente, GGD, scholen, huisartsen, werkgevers, etc.	€ 10.000
2009-2012	Gemeente en betrokken partijen	€ 5.000 + het reguliere voorlichtingsbudget

5.8 Speerpunt 4: 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 wordt gemaakt 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 psychosociale klachten hulp heeft gezocht.

Depressie behoort tot de aandoeningen met de grootste ziektelast en vormt een aanzienlijke bedreiging voor de volksgezondheid. Per jaar lijdt naar schatting 6% van de volwassen bevolking van Nederland aan depressie en 12% aan een angststoornis.

Wanneer mensen een depressie hebben is de kwaliteit van leven sterk gereduceerd. Lokale gezondheidsmonitors maken zichtbaar dat veel inwoners van gemeenten last hebben van depressieve klachten. Dit gegeven doet een appél op het gezondheidsbeleid van gemeenten: een integraal lokaal preventiebeleid kan de kans op depressie verminderen. Een uitdaging voor de komende jaren is om meer mensen met preventie van depressie te bereiken. Op dit moment maken in Nederland jaarlijks 4.000 personen (jongeren, volwassenen en ouderen) gebruik van preventieve ondersteuning (cursussen, groepswork) tegen depressies. Dit bereik kan sterk worden vergroot.

Depressieve klachten worden niet of pas laat onderkend. Hierdoor krijgen mensen geen of (te) laat hulp en adequate ondersteuning. Daardoor worden de klachten ernstiger of krijgen de stoornissen een chronisch beloop. Op den duur kan dit leiden tot bijkomende klachten en stoornissen (bijvoorbeeld afhankelijkheid van alcohol of drugs). Ook kinderen van ouders met depressieve klachten vormen een risicogroep. Hun ontwikkeling wordt door de ziekte van vader of moeder ernstig belemmerd. Daarnaast is het bereik van effectieve interventies (te) beperkt. Personen die de zorg dicht bij de mensen bieden zijn onvoldoende toegerust om tijdig te signaleren en adequaat ondersteuning te bieden en/of adequaat door te verwijzen naar de juiste hulpverlening. Met name mantelzorgers en professionals uit de eerste lijnhulpverlening hebben last van dit knelpunt.

Mantelzorgers hebben zelf ook een risico op depressieve klachten. Uit onderzoek blijkt dat vooral de oudere mantelzorgers vaker depressieve klachten hebben dan hun niet-zorgende leeftijdgenoten.

Het psychisch welbevinden van burgers wordt sterk beïnvloed door de mate waarin men in de gelegenheid en in staat is sociale contacten te onderhouden. Eenzame mensen zijn eerder depressief en verliezen hun motivatie om zichzelf en hun directe leefomgeving te verzorgen. Eenzaamheid kan voortkomen uit sociale uitsluiting. Een problematiek die we veel zien bij mensen met bijvoorbeeld een verstandelijke of psychische beperking, maar die bijvoorbeeld ook kan voortkomen uit analfabetisme. Daarnaast kan een sociaal isolement ook juist leiden tot psychosociale problemen zoals verwaarlozing, alcoholmisbruik en depressie.

Activeren en stimuleren dat mensen elkaar weten te vinden en niet steeds verder afglijden is een taak van de huisarts, het welzijnswerk, buurtbewoners en familieleden. Het volksgezondheidsbeleid sluit aan bij het welzijnsbeleid en het beleid dat in het kader van het beleidsplan maatschappelijke ondersteuning wordt uitgevoerd.

De lokale situatie

Van alle respondenten uit de regio (Gezondheidspeiling) heeft 5% een hoog risico, 39% een matig risico en 56% weinig of geen risico op een angststoornis of depressie. Van alle respondenten uit de regio geeft 13% aan in de 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek een periode erg somber of depressief te zijn geweest, gedurende minstens twee weken achter elkaar. Van alle respondenten is 7% voor de klachten onder behandeling of controle bij een huisarts, specialist of psycholoog geweest. Eerder (2002)

was dat 6%. In totaal heeft de helft van alle respondenten met klachten in het jaar voorafgaand aan het onderzoek hulp gezocht.

De GGD-gezondheidspeiling laat zien dat 6% van de bewoners last heeft van ernstige eenzaamheidsgevoelens en 32% is in enige mate eenzaam. Het voorkomen en verminderen van eenzaamheid is ook tijdens de versnellingskamersessies met het maatschappelijk middenveld en met raadsleden genoemd als onderwerp dat de aandacht verdient.

Wat gaan we doen?

De AM gemeenten hebben de GGD gevraagd om een met een aantal organisaties te komen tot een gezamenlijk actieplan depressiepreventie voor de AM-regio. Hieraan is ondermeer samengewerkt met Geestgronden, Brijder, Meerwaarde, Jeugdriagg, Steunpunt Mantelzorg en de Stichting Vluchtelingenwerk. In 2008 is er met de uitvoering van dit plan gestart (met subsidie vanuit de Wmo/OGGz middelen die regionaal worden ingezet). De doelstelling hiervan is:

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

Uiteindelijk doel is het verminderen van de kans op een depressie al dan niet met angstklachten en/of in combinatie met alcoholgebruik voor alle inwoners.

Doelgroep

- Kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen met lichte en depressieve klachten al dan niet gecombineerd met angstklachten en/of (problematisch) alcoholgebruik en (oudere) mantelzorgers.
- Intermediairen die in contact staan met mensen die depressieve klachten hebben zoals medewerkers van het Algemeen Maatschappelijk Werk, organisaties in de Jeugdzorg, organisaties in de OGGz keten, vrijwilligers en thuiszorgmedewerkers.
- Kinderen van volwassenen met depressieve klachten.

Het belangrijkste knelpunt in de praktijk is op dit moment het geringe bereik van vooral de geïndiceerde preventieve interventies. Zo worden met depressiepreventie in Nederland slechts ongeveer vierduizend mensen per jaar bereikt. Dat is slechts 1% van de ruim 350 duizend mensen die jaarlijks depressie ontwikkelen. Om de ziektelast werkelijk te verminderen, zou het aantal deelnemers aan effectief gebleken interventies flink omhoog moeten. Met name mensen met een laag inkomen waaronder veel allochtonen en vluchtelingen worden door middel van algemene werving niet bereikt. De oplossing ligt in een beter bereik van de doelgroep.

Wat willen we bereiken?

- Voorkomen van depressies door een goed en toegankelijk aanbod van preventieve activiteiten voor alle doelgroepen en een toename van het bereik van 1% in 2006 naar 30% in 2012;
- In een volgende gezondheidspeiling dient het percentage mensen met depressieve klachten te zijn gedaald (ook onder mensen met een laag inkomen) naar minder dan 13%;
- In een volgende gezondheidspeiling dient het aantal mensen dat slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt op doktervoorschrift te zijn gedaald naar minder dan 7%;
- Mensen met psychiatrische problemen worden zo vroeg mogelijk geholpen. Speciale aandacht gaat hierbij naar jongeren;
- Alle belangstellenden ((ex)cliënten, familieleden, professionals) kunnen gemakkelijk de benodigde informatie verkrijgen over psychiatrische aandoeningen en hoe daarmee om te gaan;
- Mensen met psychiatrische problemen kunnen zoveel mogelijk deelnemen aan de maatschappij (studie, werk, sport, recreatie, etc.).

In een volgende gezondheidspeiling dient het percentage mensen met depressieve klachten te zijn gedaald (ook onder mensen met een laag inkomen) naar minder dan 13%.

Het aandeel bewoners dat aangeeft zich wel eens eenzaam te voelen daalt naar 28% (32% in 2007)

Overbelasting bij de mantelzorgers terugbrengen

Anti depressieplan

Gericht op de intermediaire doelgroep (professionals):

- Voorkomen van depressieve klachten, angstklachten en/of alcoholmisbruik (m.n. jongeren): Consultatie, psycho-educatie en voorlichting aan beroepskrachten;
- Stimuleren vroegsignalering depressieve klachten bij patiënten : Voorlichtingsbijeenkomst voor huisartsen
- Stimuleren vroegsignalering depressieve klachten bij patiënten: Trainingen voor professionals

Gericht op de mantelzorgers

- Signaleren knelpunten /(psychische) problemen bij mantelzorger
- Info over mantelzorg voor mensen met depressieve klachten

Gericht op de doelgroep

- Versterking van emotionele veerkracht en zelfvertrouwen, opbouwen probleemoplossende vaardigheden voor kinderen van 12 – 16 jaar: Vriendenprogramma
- Omgaan met lichte tot matig depressieve klachten: 'Grip op je dip'
- Omgaan met lichte tot matig depressieve klachten: 'In de Put, uit de Put'
- Omgaan met lichte tot matig depressieve klachten: 'In de Put, uit de Put' (55+)
- Omgaan met lichte tot matig depressieve klachten: Lichte dagen donkere dagen (allochtonen)
- Psycho-educatie voor vluchtelingen en asielzoekers: Mindspring
- Voorkomen dat kinderen van ouder(s) met psychiatrische problemen zelf psychische problemen ontwikkelen: Psycho-educatieve gezinsinterventie

Wanneer	Wie	Middelen ³⁰
2009-2012	Jeugdriagg NHZ	€ 8.400 per jaar
2009-2012	Geestgronden, Brijder, Vita Welzijn en Advies, Meerwaarde, Steunpunt Mantelzorg	€ 7.500
2009-2012	Geestgronden, Brijder, Vita Welzijn en Advies, Meerwaarde, Steunpunt Mantelzorg	€ 7.500
2009-2012	Geestgronden en Steunpunt Mantelzorg	€ 4.800
2009-2012	Geestgronden en Steunpunt Mantelzorg	€ 9.000
2009-2012	Jeugdriagg	€ 18.816
2009-2012	Jeugdriagg, algemeen maatschappelijk werk (AMW)	€ 15.120
2009-2012	Geestgronden, AMW	€ 15.300
2009-2012	Geestgronden, AMW	€ 13.500
2009-2012	Geestgronden, AMW	€ 8.550
2009-2012	Geestgronden, Vluchtelingenwerk	€ 5.850
2009-2012	Jeugdriagg	€ 8.820

³⁰ De financiering van deze activiteiten komt uit het reguliere budget en valt niet onder de beleidsintensivering die in het kader van deze nota beschikbaar is gekomen.

5.9 Speerpunt 5: Diabetes

Probleemomschrijving

Diabetes wordt ook wel (ouderdom) suikerziekte genoemd. Bij diabetes kan het lichaam de bloedsuiker niet meer zelf in evenwicht houden. Normaal regelt het lichaam de bloedsuikerspiegel heel nauwkeurig, met het hormoon insuline. Mensen met diabetes maken zelf geen insuline meer, of hun lichaam reageert niet meer op de insuline. Dat hangt af van de soort diabetes die iemand heeft. Als insuline zijn werk niet kan doen, loopt de bloedsuiker veel te hoog op. Als er lange tijd te veel suiker in het bloed zit, is dat erg schadelijk voor alle delen van het lichaam. Daarom is het belangrijk om diabetes zo snel mogelijk te behandelen. Naast het probleem met bloedsuiker, zijn ook vaak het cholesterol en de bloeddruk te hoog.

Volgens de Rijksnota 'Kiezen voor Gezond Leven' hebben in Nederland meer dan 600.000 mensen diabetes. Diabetes is in veel gevallen gevolg van overgewicht en heeft zodoende te maken met gezonde voeding en bewegen. Het is echter gezien de ziektelast een apart speerpunt, met name gericht op de oudere bevolkingsgroep.

De lokale situatie

In de Gezondheidspeiling 2006 van de GGD is voor alle chronische ziekten, vastgesteld door een arts, gekeken of er verschillen zijn tussen de gemeenten in de AM-regio. We vinden gemeentever verschillen alleen voor vrouwen en voor de groep 36-55 jarigen.

Bij vrouwen zien we verschillen bij het vóórkomen van suikerziekte. Het hoogste percentage vrouwen met suikerziekte vinden we in Aalsmeer (7%) en het laagste percentage in Haarlemmermeer (3%).

Een uitspraak naar leeftijd én geslacht en ook op kernniveau geeft geen extra informatie omdat de groepen te klein worden om hierover betrouwbare uitspraken te doen.

Doelstellingen	Wat gebeurd er al?	Activiteiten 2009 - 2012
We willen het aantal diabetespatiënten in de gemeente Haarlemmermeer gelijk houden	1) Diabetes preventienetwerk 2) Diabetespoli in Spaarne ziekenhuis	1) Voortzetten diabetes preventienetwerk 2) Informatieverstrekking via huisartsen (campagne 'Kijk op diabetes') 3) Voorlichting aan jeugd over overgewicht wordt aangevuld met informatie over de kans op het ontstaan van diabetes mellitus 4) Tijdens de gezondheidsweek en gezondheidsbeurs zal specifieke aandacht besteed worden aan diabetes mellitus.

	Geslacht			leeftijdscategorie		
	Totaal	Man	Vrouw	18-35	36-55	56-74
Diabetes/suikerziekte						
AM-regio	3.8%	4,7	3,2	0,4	2,0	10,9
Haarlemmermeer	3.0%	4,3	1,5	0,4	1,4	9,9
Bron: Gezondheidspeiling 2006, GGD Amstelland de Meerlanden						

Tabel 5.1 Overzicht van diabetes in de AM-regio

Elk jaar komen er in Nederland ruim 70.000 patiënten bij. 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.

Wanneer preventie, gericht op het voorkomen van diabetes, achterwege blijft is de verwachting dat het aantal mensen met diabetes door de vergrijzing in de komende 20 jaar toe gaat nemen met 32,5%. Als de trend in overgewicht zich voortzet, zal deze toename nog groter worden.

Wat willen we bereiken?

We willen het aantal diabetespatiënten in de gemeente Haarlemmermeer gelijk houden.

Wanneer	Wie	Middelen
2009-2012	GGD, Spaarne ziekenhuis, huisartsen	Regulier budget GGD
2009-2012	Spaarne ziekenhuis	
2009-2012	Gemeente, GGD, scholen	Materiaal 'Kijk op diabetes' is gratis verkrijgbaar
2009-2012	Gemeente, GGD	Zie speerpunt 1



Hoofdstuk 6

Actuele thema's in de gemeente Haarlemmermeer die aan gezondheid gerelateerd zijn

6.1 Vooraf

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op een aantal actuele thema's in de gemeente Haarlemmermeer die aan gezondheid gerelateerd zijn. In de meeste gevallen gaat het om onderwerpen waarbij iets van de gemeente wordt verwacht. Dat kan zijn door burgers of door instellingen. Zoals we reeds in paragraaf 2.6 uit hoofdstuk 2 hebben kunnen zien, is de gemeente niet in alle gevallen de partij die ook daadwerkelijk iets aan het probleem kan doen. Soms zijn andere partijen voor het onderwerp verantwoordelijk of soms gaat het om een probleem dat niet beïnvloedbaar is (model meetlat van Paas). Veelal betreft het ook vragen die weliswaar zijn te beïnvloeden, maar waar vaak een (hoog) prijskaartje aan hangt. Het gaat daarbij om het maken van keuzes en het afwegen van belangen. Maar ook de vraag wat is financieel haalbaar of wat hebben we als samenleving met elkaar er voor over.

De onderwerpen die in dit hoofdstuk worden behandeld zijn respectievelijk huisartsenlocaties, AED's, balansventilatie, snackverkoop voor scholen, mogelijkheden tot buitenspelen, gezondheidsconsequenties van Schiphol, problematiek van fijnstof, ambulance aanrijtijden in kleine kernen en de gezondheidsconsequenties van de 380kV hoogspanningskabels. Voor veel van deze onderwerpen zijn actiepunten geformuleerd. Deze actiepunten zijn verwerkt in de overzichten die in hoofdstuk 5 van deze nota staan genoemd.

Veel van de thema's die in dit hoofdstuk aan de orde komen, zijn in de afgelopen periode in de raad aan de orde geweest. Tijdens de discussie in raadsessies en in brieven die over deze onderwerpen naar de raad zijn gestuurd, is toegezegd dat we op deze onderwerpen in de nota Lokaal Volksgezondheidsbeleid zouden terugkomen. Hetgeen wij bij deze ook doen.

Zoals reeds is aangegeven is het gezondheidsbeleid heel breed, dat blijkt wel uit de hoofdstukken die de revue hebben gepasseerd. Toch hebben we besloten om niet alle onderwerpen uitputtend te behandelen. Er zijn immers ook andere (beleids)nota's waar dat gebeurt. Sport is op verschillende plekken aan de orde geweest en in de sportnota is veel aandacht voor de relatie tussen gezondheid, sport en onderwijs. Ook maatregelen rondom het alcoholbeleid zijn reeds aan de orde geweest, maar deze zullen verder worden uitgewerkt in het horecabeleid. Dat geldt eveneens voor gezondheidgerelateerde aspecten rond de Westflank. Uitgangspunt bij nieuwe ontwikkelingen is dat we ernaar streven dat burgers zo dicht mogelijk bij hun wijk bediend worden en dat het aanbod dat gerealiseerd wordt multidisciplinair en goed toegankelijk is.

6.2 Inleiding

Het kan niet vaak genoeg gezegd worden: Volksgezondheidsbeleid is heel breed en veel omvattend. Het is een taak die je als gemeente smal of breed kunt oppakken. Vallen de begraafplaatsen onder het Volksgezondheidsbeleid? Fijnstof? Bodemverontreiniging? Geluidsoverlast? Balansventilatie? Binnenmilieu van scholen? Valt de vestiging van huisartsen onder de verantwoordelijkheid van de wethouder Volksgezondheid? De aanrijtijden van de ambulances? Het al dan niet subsidiëren van AED's? Hoort dat laatste misschien in de veiligheidsportefeuille van de Burgemeester? Moet de wethouder Volksgezondheid stimuleren dat er een betere voorlichting komt over de houdbaarheids datum van

versproducten in de supermarkt? Moet hij propageren dat er in de openbare ruimte meer plekken beschikbaar komen voor vrouwen zodat ze borstvoeding kunnen geven?³¹ Het is inderdaad een veel omvattend beleidsterrein. Bovenstaande vragen zijn dan ook vragen uit de dagelijkse praktijk. Het zijn de onderwerpen waarmee iedere willekeurige gemeente mee wordt geconfronteerd. Ook de gemeente Haarlemmermeer. De cases zijn beschrijvend en inhoudelijk van aard. Ze worden voorafgegaan door een klein kader waarin de toedeling van de formele verantwoordelijkheid wordt beschreven. Ook komt de vraag aan de orde of de gemeente iets aan het probleem kan doen. Iedere casus wordt besloten met een kader dat is afgeleid van de meetlat van Paas. De meetlat aan de hand waarvan je kunt bepalen of een probleem werkelijk een probleem is en wat je er vervolgens als gemeente aan kunt doen.

6.3 Huisartsenzorg en vestigingslocaties

De gemeente heeft geen formele verantwoordelijkheid, de gemeente heeft wel een (in)formele orgplicht ten aanzien van de zorginfrastructuur, de gemeente is wel in staat om het proces positief te beïnvloeden.

Formeel is de eerste lijn - waaronder ook de huisartsen vallen - geen verantwoordelijkheid van de gemeente. Dat geldt eveneens voor de huisvesting van deze beroepsgroep.

Uit hoofde van de *zorgplicht* is ons college verantwoordelijk voor een goede zorginfrastructuur voor de burgers. Dat geldt dus ook in toenemende mate voor het vraagstuk van de huisvestingsproblematiek van huisartsen. Inmiddels is er een groot aantal huisartsen, al dan niet in samenwerking met andere collega's of andere disciplines bezig om "eigen" gezondheidscentra te vormen. Op nieuwbouw locaties is het redelijk eenvoudig om de plannen van huisartsen te verwerken en in te passen. Maar vaak is dat niet mogelijk en wil men ondersteuning bij het vinden van ruimte in reeds bestaande bebouwing of op terreinen waarvoor een andere bestemming geldt. De komende periode komt deze kwestie met regelmaat terug op de bestuurlijke agenda. Wat is er aan de hand?

Casus: Huisartsenzorg in de gemeente Haarlemmermeer

De huisartsenzorg is in principe geen directe verantwoordelijkheid van de gemeentelijke overheid. Vroeger was de vestiging van een individuele huisarts iets dat onderling tussen de artsen van een huisartsengroep werd besproken en bepaald. Waarbij de zorgverzekeraar op afstand was betrokken. Inmiddels is dat beleid vrijgelaten en kan een huisarts individueel bepalen of hij zich ergens wil vestigen. Belangrijk is natuurlijk wel dat een huisarts een contract heeft met een zorgverzekeraar. Ook is het belangrijk dat een huisarts praktijkruimte heeft waar hij of zij de praktijk kan uitoefenen. Juist bij dit laatste punt ontstaat steeds vaker een probleem omdat binnen onze gemeente onvoldoende beschikbare locaties voor praktijkruimte voor handen is. Immers, aan de praktijk van vandaag de dag worden andere eisen gesteld dan vroeger. Zowel door de arts, maar zeker ook door de patiënt. Ook is het vak van de huisarts sterk veranderd en doen steeds meer artsen kleine verrichtingen of ingrepen. Meer en meer artsen werken met praktijkondersteuners en doen mee aan multidisciplinaire projecten en programma's. Dit heeft te maken met kostenreductie in de zorg. Specialist worden ontlast en kunnen zich richten op zwaardere en moeilijker gevallen. De verrichting die door een huisarts wordt gedaan is goedkoper dan door de specialist. Bijkomend voordeel voor de patiënt is dat de zorg dicht bij huis georganiseerd kan worden en dat er op één adres meerdere voorzieningen zijn.

³¹ Dit is een campagne die is opgezet door het voedingscentrum www.voedenkanhier.nl

Binnen de gemeente Haarlemmermeer is naast de solo of duo-praktijk ook het gezondheidscentrum een modaliteit waarin huisartsenzorg wordt aangeboden. In Hoofddorp zijn gezondheidscentra actief onder de paraplu van Stichting Huisartsenposten Haarlemmermeer. Het zijn de gezondheidscentra in Overbos en Floriande (2x). Ook in andere kernen worden of zijn gezondheidscentra gerealiseerd; Zwanenburg, Rijsenhout, Nieuw Vennep (Pionier). Zij functioneren zelfstandig.

Voor de toekomst is het erg belangrijk dat gemeente in kaart brengt op welke plekken locaties beschikbaar zijn of komen voor huisartsen. Uit onderzoek in opdracht van de regionale zorgverzekeraar blijkt dat de komende jaren een groot aantal huisartsen de pensioengerechtigde leeftijd bereikt (15 van de 53 huisartsen). Ook door de groei van de bevolking zullen er meer huisartsen moeten komen (6). Belangrijk is dat er een gerichte aanpak komt om te inventariseren waar (nieuwe) huisartsen een geschikte locatie kunnen vinden voor hun praktijk.

Tabel 6.1. Leeftijdsoopbouw huisartsen HV Haarlemmermeer

Leeftijdscategorie	Aantal respondenten	Percentage van totaal
30-34 jaar	2	4%
35-39 jaar	6	11%
40-44 jaar	9	17%
45-49 jaar	10	19%
50-54 jaar	10	19%
55-59 jaar	8	15%
60-64 jaar	6	11%
onbekend	3	5%
	53	100%

Tabel 6.2: Huisartsdichtheid in Haarlemmermeer 2005-2020

	Prognose	2005	2010	2015	2020
Huisartsdichtheid	2350 inw / FTE	53,6	57,4	60,4	62,6

Bron: Info Zorgatlas RIVM, Januari 2005

Situatie in Lissbroek

De afgelopen periode is vanuit de gemeenteraad de wens geuit om een huisartsenpraktijk te vestigen in Lissbroek. Patiënten moeten nu in de avonduren en in het weekend naar de huisartsenpost in Voorhout. Ondanks diverse pogingen is het voor de gemeente niet mogelijk om dit te veranderen. Wel kan de gemeente –mits er voldoende inwoners in Lissbroek wonen- samen met de huisartsencoöperatie Nieuw-Vennep en de zorgverzekeraar bevorderen dat er een eigen huisarts in Lissbroek komt. Maar dan moeten er eerst voldoende inwoners in Lissbroek zijn. Dit onderwerp krijgt dus nog een gevolg, in het bijzonder bij de uitbreiding van Lissbroek.

De Meetlat van Paas toegepast op de problematiek van vestigingslocaties voor huisartsen

Gesignaleerd fenomeen:	Huisvesting van huidige huisartsen is verouderd en voor toekomstige huisartsen is er geen zicht op goede locaties. Hierdoor kan uiteindelijk de zorginfrastructuur en toegankelijkheid van de zorg in buurten en wijken in gevaar komen.
Probleem analyse: echt probleem?	Op de langere termijn zeer zeker, steeds meer huisartsen zullen met pensioen gaan en praktijkruimte achterlaten die niet geschikt is voor opvolgers die vaak hun praktijk op een andere manier willen inrichten, bijvoorbeeld als gezondheidscentrum. Er is ook de noodzaak voor extra locaties in verband met de bevolkingsgroei.
Probleem:	Er is de afgelopen jaren onvoldoende contact geweest tussen beroepsgroep en gemeente waardoor onvoldoende is geanticipeerd op de vergrijzingproblematiek van huisartsen en de andere behoefte aan huisvesting van huisartsen. Er ligt geen locatieonderzoek dat anticipeert op de ontwikkelingen.
Probleem beïnvloedbaar door de gemeente?	Ja, 1) de gemeente kan een locatieonderzoek starten en met voorstellen komen waar binnen de gemeente locaties kunnen worden gerealiseerd voor huisartsen. Ja, 2) de gemeente kan andere partijen interesseren om als "projectontwikkelaar" in dit gat te springen en gunstige voorwaarden scheppen om dit te realiseren
Beïnvloedbaar probleem:	Ja, er kunnen afspraken worden gemaakt met de beroepsgroep en aanverwante partijen
Aanpak efficiënt:	Als er een bruikbaar plan ligt waarover gemeente, huisartsen en zorgverzekeraars het eens zijn om de opvolging de komende jaren te regelen.
Actie en evaluatie:	Starten locatieonderzoek en het gesprek met de huisartsen en zorgverzekeraars intensiveren.

6.4 AED's in Haarlemmermeer

Geen formele verantwoordelijkheid van de gemeente, wel (in)formele zorgplicht, de gemeente is gedeeltelijk in staat om het proces te beïnvloeden.

In april 2007 is de Hartstichting gestart met de campagne 'Een leven hoeft niet te stoppen bij een hartstilstand'. De komende jaren wordt de campagne onder andere via tv, radio, de krant en internet zichtbaar. De Hartstichting vindt dat iedereen op de hoogte moet zijn van het feit dat de eerste 6 minuten bij een hartstilstand cruciaal zijn én dat men weet wat er dan moet gebeuren: direct 112 bellen, onmiddellijk beginnen met reanimeren (hartmassage en mond-op-mondbeademing) en met een AED (Automatische Externe Defibrillator) het hart één of meerdere krachtige stroomstoten toedienen. Een AED is een compact en makkelijk te bedienen apparaat dat door middel van elektrische schokken het hartritme weer op gang kan helpen (defibrillatie). 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.

Casus: AED in Lissersbroek

Elke week worden 300 Nederlanders buiten het ziekenhuis getroffen door een hartstilstand. Jong, oud, man, vrouw: iedereen kan getroffen worden door een hartstilstand. Op dit moment overleeft maar 5 tot 10 procent van de slachtoffers. Met een snelle en doeltreffende hulp van omstanders kan de overlevingskans echter aanzienlijk worden verhoogd. Met name de afgelopen tijd is de Roep om AED's vanuit verschillende groepen groter geworden. Medio 2007 werd de vraag heel concreet gesteld in Lissersbroek. Inmiddels heeft de organisatie die in deze kern actief is, Stichting Reanimatie en AED Bollenstreek, via sponsoring een drietal AED's beschikbaar. Hierdoor is de kern een zogenaamde "6-minuten-zone" geworden en zijn de bewoners niet meer afhankelijk van de aanrijdtijden van de ambulances.

Hart- en vaatziekten vormen de belangrijkste groep van doodsoorzaken, zowel in de gemeente Haarlemmermeer als regionaal en landelijk. In de gemeente is de totale sterfte voor 35% het gevolg van sterfte aan hart- en vaatziekten.

De oproep van de Hartstichting is heel Nederland in te richten met 6 minuten zone's. Aan het plaatsen van AED's kleven echter ook bezwaren. Een AED kan gebruikt worden door leken, maar een training is wel nodig. Ook herhalingscursussen zijn van belang. Daarnaast komt een hartstilstand zo weinig voor, in een gemiddelde bevolking ongeveer 1 keer per jaar op 1000 inwoners, dat plaatsing pas effectief is op plekken waar veel mensen samen komen. Tot slot moeten AED's jaarlijks onderhouden worden.

Door op verschillende plaatsen AED's te installeren, kunnen mensen die een hartstilstand krijgen in publieke ruimtes of gemeentelijke accommodaties eerder geholpen worden. In het raadhuis en gebouw de Polderlanden in Hoofddorp zijn drie AED's geïnstalleerd. Alle Bedrijfshulpverleners (BHV-ers) en EHBO-ers worden momenteel getraind om met deze apparatuur om te gaan. De gemeente zal meer AED's financieren op plaatsen waar een vergroot risico bestaat dat de aanrijdtijden van ambulances (nog) niet gehaald worden. Ook zal op plekken waar veel mensen samenkomen of waar veel mensen uit de risicogroepen samenkomen en een fysieke inspanning leveren een AED worden geïnstalleerd. Een eerste stap is het maken van een overzicht van deze plaatsen. Daarnaast zal er een subsidieregeling komen, voor andere plaatsen waar veel mensen samenkomen uit risicogroepen. Gedacht wordt bijvoorbeeld aan het winkelcentrum, en of dorpshuizen/wijkcentra. Inmiddels is bekend dat de Raad van Hoofddorp commissarissen heeft besloten met ingang van 2009 alle surveillancewagens van de politie uit te rusten met een AED.

De Meetlat van Paas toegepast op de problematiek van AED's

Gesignaleerd fenomeen:	Iedereen moet op de hoogte zijn van het feit dat de eerste 6 minuten bij een hartstilstand cruciaal zijn én dat men weet wat er dan moet gebeuren. Door direct ingrijpen kunnen levens worden gered.
Probleem analyse: echt probleem?	Niet in alle kernen van de gemeente Haarlemmermeer zijn de aanrijtijden van ambulance voertuigen of andere hulpverleners dusdanig dat er te allen tijde een AED beschikbaar is. Vooral op plekken waar veel mensen samen komen. De vraag of het een écht probleem is, is beetje ook een gewetensvraag. Immers, je kunt een AED ergens ophangen, maar niet écht op iedere hoek van de straat. Je zult altijd keuzes moeten maken. Ook moeten de personen die een AED gebruiken zijn opgeleid. Verder hebben we onvoldoende zicht op de huidige capaciteit van AED's in de gemeente. Vrijwel alle dienst-wagens van de huldiensten zijn inmiddels met een AED uitgerust. Maar er zijn ook huisartsen die een AED in de auto hebben of winkelcentra waar een AED te vinden is.
Probleem:	Gebrek aan kennis en informatie over de mogelijkheden van een AED; te weinig AED's op plekken die daar wel voor in aanmerking zouden komen.
Probleem beïnvloedbaar door de gemeente?	De gemeente kan het goede voorbeeld geven door een aantal AED's te plaatsen en andere partijen stimuleren hetzelfde te doen. Daarnaast moet de gemeente er op blijven aandringen dat de aanrij tijden van de hulp diensten (nog) beter wordt.
Beïnvloedbaar probleem:	Het aantal mensen dat komt te overlijden aan een hartstilstand kan worden verkleind, maar er zal niet altijd kunnen worden voorkomen dat mensen door een hartstilstand overlijden.
Aanpak efficiënt:	De aanpak is efficiënt wanneer er een dekkend netwerk ontstaat van samenwerkende partijen die allemaal hun verantwoordelijkheid nemen: partijen die de AED's zelf financieren.
Actie en evaluatie:	De eerste stap is een inventarisatie van publieke locaties waar de AED's moeten komen. Vervolgens afspraken over het opleiden van de mensen die de AED's gaan gebruiken. Regelmatige evaluatie over het gebruik en de inzet van de apparaten.

6.5. Gezond binnenmilieu via Balansventilatie

Geen formele verantwoordelijkheid van de gemeente, wel (in)formele zorgplicht, de gemeente is gedeeltelijk in staat om het proces te beïnvloeden.

Een balansventilatiesysteem met warmteterugwinning is een mechanisch systeem dat de afvoer en toevoer van lucht in huis regelt. Door de warmte terugwinfunctie wordt de lucht die van buiten komt eerst opgewarmd voor het naar binnen wordt geblazen, en wel door de warme lucht die naar buiten wordt afgevoerd. Het voordeel van dit systeem is dat je aanzienlijk minder gas gebruikt, omdat je optimaal gebruik maakt van de warme lucht.

Er is de afgelopen tijd veel te doen om het balansventilatiesysteem met warmteterugwinning dat in veel nieuwbouwwoningen wordt gebruikt. Sinds veel bewoners van de Amersfoortse nieuwbouwwijk Vathorst ernstige gezondheidsklachten kregen, is er een link gelegd tussen het systeem en de gezondheid. Er gaan stemmen op om het systeem en dan vooral die in combinatie met de warmtewinning voortaan te verbieden. Of er in ieder geval voor te zorgen dat er te allen tijde frisse lucht het huis in kan. Nu wordt het openen van ramen in huizen met een balansventilatiesysteem afgeraden of het is zelfs niet mogelijk.

Casus: Balansventilatie

Het is op dit moment onduidelijk in hoeveel woningen in de gemeente Haarlemmermeer gebruik wordt gemaakt van balansventilatie. Sinds 2000 wordt het systeem niet (meer) geïnstalleerd in huurwoningen. Daarvoor was dit wel het geval, maar hoeveel woningen het nog in gebruik is, is niet duidelijk. Dit wordt namelijk niet bijgehouden en wordt niet geregistreerd. Het systeem wordt nog wel steeds geïnstalleerd in koopwoningen. Ook op de vraag om hoeveel koopwoningen het gaat, kan geen antwoord worden gegeven. Navraag bij de GGD leert dat er bij haar geen of nauwelijks klachten binnenkomen over dit systeem. Ook na de ophef in de Amersfoortse wijk Vathorst, zijn er geen (extra) klachten binnengekomen. Het zou zo kunnen zijn dat er door bewoners of artsen geen verband wordt gelegd tussen eventuele klachten van mensen en de verwarmingssystemen die worden gebruikt. In ieder geval zal de GGD Kennemerland bij het eerstvolgende volwassenen gezondheidsonderzoek dat eind dit jaar gehouden wordt, een vraag aan dit onderwerp opnemen.

Er zal een begin gemaakt worden met een inventarisatie om hoeveel balansventilatiesystemen het in onze gemeente gaat. Tegelijkertijd wordt heel gericht informatie verstrekt aan huisartsen en andere dienstverleners in de zorg over mogelijk causale verbanden tussen gezondheidsproblematiek en balansventilatie. Ook zullen bewoners actief worden voorgelicht over de noodzaak van een goed gebruik van de systemen. Dit gebeurt uiteraard op een dusdanige manier dat er geen onnodige onrust wordt veroorzaakt. Immers de systemen zijn niet schadelijk, maar zij dienen wel zorgvuldig en volgens de gebruiksaanwijzing te worden gebruikt. Een juiste afstelling is daarbij van cruciaal belang.

De Meetlat van Paas toegepast op de problematiek van balansventilatie

Gesignaleerd fenomeen:	Mensen gebruiken hun verwarmingssysteem niet volgens de regels. Mensen verversen de filters van de systemen onvoldoende. Mensen worden ziek en krijgen last van de luchtwegen.
Probleem analyse: echt probleem?	Voor de mensen die ziek worden is het een reëel probleem, maar wanneer het systeem op een juiste wijze wordt gebruikt en is geïnstalleerd zijn de risico's heel erg beperkt.
Probleem:	Gebrek aan informatie en deskundig gebruik. Gebrekkige installatie. Gebrek aan kennis bij de gemeente over de precieze locatie van de woningen die gebruik maken van deze vorm van verwarming.
Probleem beïnvloedbaar door de gemeente?	De gemeente zou bij de bouw er strenger op kunnen laten toezien dat de systemen goed worden geïnstalleerd. De gemeente zou kunnen inventariseren waar de systemen zijn toegepast.
Beïnvloedbaar probleem:	Door deskundiger gebruik en meer informatie kunnen gezondheidsproblemen worden gereduceerd. De gemeente kan de GGD de opdracht geven om extra aandacht aan dit onderwerp te schenken. De gemeente kan meer doen aan voorlichting.
Aanpak efficiënt:	Dit zal moeten blijken uit het aantal gezondheidsklachten dat bij de GGD en huisartsen binnenkomt over dit onderwerp.
Actie en evaluatie:	Start met een inventarisatie van de omvang van de problematiek. Inmiddels is door de GGD dit onderwerp opgenomen in de gezondheidsenquête die dit najaar wordt gehouden.

6.6 Geen snacks en “vette happen” in de verkoop nabij en in scholen

Formele verantwoordelijkheid, geen (formele) zorgplicht, in staat om het proces substantieel te beïnvloeden, staat op gespannen voet met vrij ondernemerschap.

Alle Britse leerlingen zijn afgelopen zomer gezonder gaan eten. De Britse regering heeft chocola, frisdrank en patat verbannen uit de kantine. Wat ze wel krijgen, is bij elke maaltijd minstens twee porties groente en fruit. De nieuwe voedingsregels zijn het resultaat van een actie van de Britse televisiekok Jamie Oliver. Vorig jaar maakte hij een serie tv-programma's over de belabberde kwaliteit van de Britse schoolmaaltijden. Daarmee kreeg hij voor elkaar dat de regering drie jaar lang 407 miljoen euro extra uittrekt om de kwaliteit van de maaltijden te verbeteren.

Maar ook voor (sommige) scholen worden fast food en snacks verkocht. Het is belangrijk deze twee aspecten gelijktijdig aan te pakken.

Casus: Vergunningen voor de verkoop van snacks

De Raad heeft verzocht om onze burgers die gevoelig zijn voor verleiding van ongezonde voeding- en genotsmiddelen (zoals snoepgoed en fast food) beter te beschermen. In het stippenplan en de vent- en standplaatsen verordening zullen wij, met het oog op ons gemeentelijk gezondheidbeleid, benadrukken dat binnen een straal van 500 m rond scholen, sportaccommodaties en andere sociaal maatschappelijk kwetsbare locaties (bijvoorbeeld jongerencentra) geen standplaatsvergunning wordt verstrekt voor de verkoop van producten die de gezondheidsrisico's voor onze burgers in het algemeen en kwetsbare groepen in het bijzonder vergroten (zoals snacks/fast food, sigaretten, e.d.).

Daarnaast geven wij in de vent- en standplaatsen verordening aan dat het voor venters verboden is om in de gemeente Haarlemmermeer te venten binnen een straal van 500 m rond scholen, sportaccommodaties, winkelcentra, markten en vaste standplaatsen (het stippenplan).

De Meetlat van Paas toegepast op de problematiek van snacktenten voor scholen

Gesignaleerd fenomeen:	Scholieren eten fast food en snacks voor de deur van scholen bij snack- en friettentten.
Probleem analyse: echt probleem?	Scholieren/jongeren hebben een verkeerd voedingspatroon en bewegen te weinig. Jongeren zijn zich onvoldoende bewust dat hun slechte voedingspatroon negatieve effecten heeft op de langere termijn. Er is onvoldoende toezicht op de jongeren tussen de middag.
Probleem:	Kinderen/jongeren/scholieren hebben in toenemende mate te maken met overgewicht. Dit is de oorzaak van een verkeerd voedingspatroon en onvoldoende beweging.
Probleem beïnvloedbaar door de gemeente?	Wanneer de gemeente een beleid heeft dat gericht is op preventie en het bevorderen van een gezonde levensstijl ligt het voor de hand dat zij verbiedt dat er snacks en <i>fast food</i> worden verkocht voor de scholen. Dit kan betuttelend overkomen, maar de gemeente heeft ook tot taak een voorbeeldfunctie in deze te nemen. Tegelijkertijd moeten scholen erop aangesproken worden dat zij hun assortiment "gezonder" maken.
Beïnvloedbaar probleem:	Het probleem is gedeeltelijk beïnvloedbaar door de gemeente. Thuis, op school en in de buurt moet de gezonde leefstijl ook worden nageleefd. De gemeente kan verschillende voorlichting- en bewustwordingscampagnes starten. Daarnaast moet er op de scholen gesproken worden over het aanbod in de kantines. Het aanspreken van de snackbars in de buurt van scholen en het bevorderen dat zij meer doen aan gezonde voeding, moet daarbij ook worden aangepakt.

Aanpak efficiënt:	Wanneer jongeren uit zichzelf aangeven minder behoefte te hebben aan snacks gedurende de schooldag.
Actie en evaluatie:	Over twee jaar wordt de inzet van gemeente en school geëvalueerd.

6.7. Het belang van (veilig) kunnen spelen en bewegen

Formele verantwoordelijkheid, wel (formele) zorgplicht, in staat om het proces substantieel te beïnvloeden, staat op gespannen voet met inrichting openbare ruimte en moet wedijveren met bouwplannen.

Lichamelijke activiteit heeft effect op de gezondheid, het psychisch en sociaal welzijn en de motorische ontwikkeling. Kinderen moeten daarom buiten kunnen spelen. Kinderen hebben echter in toenemende mate bewegingsarmoede én het vrije buitenspelen wordt bedreigd. Er wordt minder buiten gespeeld en gesport. Naast de verplichtingen van kinderen (school en thuis), brengt de jeugd een steeds groter deel van haar tijd door binnen georganiseerde omgevingen. Daarnaast besteden veel kinderen en jongeren een toenemend deel van de vrije tijd aan tv- en computergebruik. Maar een andere (belangrijke) factor die hierbij een rol speelt, is het ontbreken van voldoende geschikte en kwalitatief goede sport- en speel-mogelijkheden in de directe woonomgeving van kinderen. Bij stedelijke ontwikkelingen trekken kinderen vaak aan het kortste eind; aan het realiseren van kantoren, huizen, wegen en parkeerplaatsen wordt vaak meer prioriteit gegeven dan aan de realisatie van speelplekken. Vrijwel iedere plek die vrijkomt, wordt direct bebouwd en daardoor zien we speelterreinen, sportfaciliteiten, parken en ander groen uit de wijk verdwijnen en/of naar de rand van de wijk verplaatst worden

Casus: Buitenspelen (relatie sportnota)

De toegang en afstand tot faciliteiten waar kinderen kunnen spelen, bewegen en sporten is van groot belang voor de hoeveelheid lichamelijke activiteit van kinderen. De hoeveelheid lichamelijke activiteit van kinderen hangt dus samen met de aanwezigheid van sport- en spelfaciliteiten in de directe woonomgeving. Via het belang voor kinderen van voldoende fysieke activiteit is een verband te leggen tussen buitenspelen en gezondheidsbeleid. In dat licht moet 'buitenspelen' - c.q. een beleid voor het realiseren van een spel- en bewegingsactiviteit stimulerende openbare buitenruimte met speelvoorzieningen - als een relevant en effectief instrument ten behoeve van het gemeentelijk gezondheidsbeleid worden aangemerkt.

De gemeente Haarlemmermeer wil graag een kindvriendelijke gemeente zijn en blijven. Nu wordt dit niet alleen bepaald door het openbaar speelvoorzieningenniveau, maar wel voor een belangrijk deel. Niet alleen kinderen, maar ook ouders en andere bewoners vinden goede speelruimte belangrijk voor de leefbaarheid van de woonomgeving. De aanwezigheid van speelmogelijkheden en openbare speelruimte in de woonomgeving is voor de jeugd dus van wezenlijk belang en als gemeente willen we de jeugd daarom een goed toegankelijk, veilig en gevarieerd speelaanbod van voldoende kwaliteit (blijven) bieden.

De Meetlat van Paas toegepast op de problematiek van speelvoorzieningen in openbare ruimte

Gesignaleerd fenomeen:	De buitenruimte biedt onvoldoende mogelijkheid en uitdaging voor kinderen om te ravotten en buiten te spelen.
Probleem analyse: echt probleem?	Door de verdichtingbouw en het toegenomen aantal auto's is de "vrije" en veilig beschikbare openbare ruimte afgenomen.
Probleem:	Kinderen/jongeren bewegen te weinig in georganiseerd en ongeorganiseerd verband.
Probleem beïnvloedbaar door de gemeente?	De gemeente kan door middel van inrichtingsplanning ervoor zorgen dat kinderen meer en makkelijker kunnen buitenspelen.
Beïnvloedbaar probleem:	- de aanleg van speelvoorzieningen in de directe woon-omgeving; - zorgen voor een gevarieerde inrichting, aantrekkelijke speeltoestellen en speelprikkel, die uitnodigen tot bewegen; - bij ontwerp, inrichting en onderhoud van de openbare ruimte nagegaan - normen voor formele speelruimte (de speelplekken) hanteren om nu en in de toekomst de kwantiteit en kwaliteit te waarborgen; - het stimuleren van de aanleg van speelbossen, avontuurlijke- en natuurspeelplekken (hutten bouwen, boompje klimmen, rennen en ravotten, etc.). Dit zal een actiepunt worden in het speelruimteplan dat momenteel voor de gehele gemeente in voorbereiding is.
Aanpak efficiënt:	Wanneer er de komende vier jaar meer buitenspeelplaatsen zijn gerealiseerd.
Actie en evaluatie:	Over vier jaar evaluatie.

6.8. Gezondheidsconsequenties van Schiphol

Geen bevoegdheid van de gemeente, geen formele verantwoordelijkheid van de gemeente, wel (informele) zorgplicht om overlast te beperken, gedeeltelijk in staat om het proces te beïnvloeden.

De ligging van Schiphol in de gemeente Haarlemmermeer brengt naast lusten ook lasten met zich mee, zoals geluidsoverlast voor omwonenden. Blootstelling aan geluid vormt een belangrijk probleem voor de volksgezondheid in Nederland. Zowel de Gezondheidsraad in Nederland als de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) hebben vastgesteld dat een te hoge geluidbelasting in de woon- en werkomgeving

tot gezondheidsproblemen kan leiden. De huidige geluidsniveaus in onze woonomgeving veroorzaken vooral hinder en slaapverstoring. Daarnaast kan blootstelling aan geluid via lichamelijke stressreacties leiden tot een verhoogde kans op hoge bloeddruk en hart- en vaatziekten en de klachten doen verergeren bij mensen die al lijden aan een hart- en vaataandoening. Blootstelling aan geluid kan ook leiden tot een verminderd prestatievermogen bij kinderen.

Casus Schiphol

Er zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd over de gevolgen die het vliegverkeer kan hebben op de nachtrust, leerprestaties en een hoge bloeddruk. Wij kunnen geen directe invloed uitoefenen op deze risico's, maar willen ze concreet benoemen en er aandacht voor vragen in de verschillende gremia die overleg hebben over de ontwikkeling van de luchthaven. Zo is in het eindadvies van de Alderstafel een pakket aan hinderbeperkende maatregelen opgenomen, welke winst zullen opleveren voor Haarlemmermeer: de uitfasering van de meest geluidproducerende vliegtuigen, een maximum van het aantal nachtvluchten en het verlengen van de maatregelen van het nachtregime tot 6.30 uur. Verder blijft onze inzet meer onderzoek naar de relatie tussen vliegverkeer en gezondheid.

De Meetlat van Paas toegepast op de problematiek van geluidsoverlast van Schiphol

Gesignaleerd fenomeen:	Door de geluidsoverlast van Schiphol hebben de directe omwonenden regelmatig te maken met verstoring van de nachtrust aan de randen van de nacht (in de ochtend en de avond).
Probleem analyse: echt probleem?	In de afgelopen jaren is veel onderzoek gedaan naar de effecten van de luchthaven Schiphol op de gezondheid van mensen. Er zijn inmiddels voldoende aanwijzingen voor een verband tussen het beleven van geluidhinder en gezondheidsklachten als hoge bloeddruk en het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen. Dat laatste blijkt uit Europees onderzoek waar ook het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu aan heeft meegewerkt. De Gezondheidskundige Evaluatie Schiphol (GES) onderzoekt welke factoren dit verband precies kunnen verklaren.
-> probleem:	Het botsen van de economische belangen en het welbevinden van de inwoners van de Haarlemmermeer en omgeving.
Probleem beïnvloedbaar door de gemeente?	Met draconische maatregelen (verplaatsing van Schiphol) is het probleem op te lossen maar niet door de gemeente Haarlemmermeer.
Beïnvloedbaar probleem:	Op korte termijn niet reëel dit te veronderstellen. De overlast kan wel door middel van begeleiding beperkt gehouden worden.

6.9. Luchtkwaliteit

Geen formele bevoegdheid, geen formele verantwoordelijkheid, wel (informele) zorgplicht, gedeeltelijk in staat om het proces te beïnvloeden.

Een ander belangrijk thema is luchtkwaliteit. Nederlanders worden blootgesteld aan niveaus van luchtverontreiniging waarbij gezondheidseffecten kunnen optreden. Tot deze gezondheidseffecten behoren luchtwegklachten en hart- en vaatziekten, maar ook voor-tijdige sterfte. In Haarlemmermeer wordt bij luchtkwaliteit vaak gelijk de relatie met Schiphol gelegd. De bijdrage van het vliegverkeer aan de lokale luchtverontreiniging is echter beperkt en bedraagt voor de verschillende luchtverontreinigingscomponenten maximaal enkele procenten. Het drukke verkeer rondom Schiphol en in de gemeente Haarlemmermeer draagt meer bij aan de verontreiniging van de lucht.

De laatste jaren is er steeds meer inzicht ontstaan in de relatie tussen de luchtkwaliteit en de volksgezondheid. Blootstelling aan luchtverontreiniging kan leiden tot luchtwegaandoeningen en hart- en vaatziekten. Verbetering van de luchtkwaliteit zal leiden tot een verhoogde levensverwachting en een hogere kwaliteit van het leven.

Casus: Badhoevedorp

De drukke autosnelweg A9 geeft veel problemen. Er ontstaan vaak files, waardoor Schiphol en de regio Amsterdam minder goed bereikbaar zijn. Bij Badhoevedorp doorkruist de weg het centrum van het dorp, wat zorgt voor geluidsoverlast en een slechte luchtkwaliteit. Ook splitst de weg het dorp in twee delen. Rijkswaterstaat wil deze problemen oplossen door de weg tussen knooppunt Raasdorp en de aansluiting Aalsmeer om te leggen. Als het goed is, is de wettelijke procedure voor de omlegging in 2011 afgerond en kunnen de werkzaamheden daarna van start gaan. Na de omlegging loopt deze weg om Badhoevedorp heen en gaat de leefbaarheid van het dorp met sprongen vooruit. Ook is Badhoevedorp dan weer één geheel.

De gemeente Haarlemmermeer moet maatregelen nemen ter verbetering van de luchtkwaliteit. Op dit moment wordt een actieplan opgesteld waarin maatregelen zijn opgenomen voor verbetering van de luchtkwaliteit. Dit actieplan zal eind 2008 gereed zijn.

Maatregelen die diverse gemeentes in deze regio nemen worden opgenomen in het Regionaal Actieplan Luchtkwaliteit (RAL). Het actieplan geeft een overzicht van de problemen met de luchtkwaliteit in onze regio en de maatregelen waarmee de luchtverontreiniging wordt bestreden. Daarnaast is de luchtkwaliteit voor veel overheden een barrière voor het ontwikkelen van nieuwe bouwplannen. Veranderende wetgeving, Europese regels en uitspraken van de rechter zijn hier de oorzaak van. Om de impasse rondom bouwprojecten te doorbreken, heeft het Rijk een Nationaal Samenwerkingsprogramma Luchtkwaliteit (NSL) opgesteld. Het NSL is een bundeling van alle gebiedsgerichte programma's en alle maatregelen van het Rijk om de luchtkwaliteit te verbeteren. Verder zijn in het NSL alle ruimtelijke ontwikkelingen die de luchtkwaliteit verslechteren opgenomen.

De Meetlat van Paas toegepast op de problematiek van luchtkwaliteit

Gesignaleerd fenomeen:	De luchtkwaliteit wordt negatief beïnvloed door de uitstoot van uitlaatgassen door auto's en vliegtuigen. De inwoners van de gemeente Haarlemmermeer zijn bezorgd over hun gezondheid wanneer zij daaraan worden blootgesteld.
Probleem analyse: echt probleem?	Te veel schadelijke stoffen in de lucht zijn niet goed voor de ademhalingsorganen van de mens.
Probleem:	Blootstelling aan luchtverontreiniging kan leiden tot luchtwegaandoeningen en hart- en vaatziekten.
Probleem beïnvloedbaar door de gemeente?	De gemeente stelt een actieplan op met een overzicht van de problemen met de luchtkwaliteit in de regio en de maatregelen waarmee de luchtverontreiniging wordt bestreden.
Beïnvloedbaar probleem:	Door maatregelen kan de luchtkwaliteit verbeterd worden.
Aanpak efficiënt:	Indien de luchtkwaliteit verbeterd is.
Actie en evaluatie:	Actieplan luchtkwaliteit is eind 2008 gereed.

6.10. Hoogspanningskabels

Geen formele bevoegdheid, geen formele verantwoordelijkheid, wel (informele) zorgplicht, gedeeltelijk in staat om het proces te beïnvloeden.

In 2005 heeft de toenmalige Staatsecretaris van Volkshuisvesting Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer Van Geel een advies over hoogspanningslijnen en het magneetveld uitgebracht aan gemeenten en beheerders van het hoogspanningsnet. Het advies luidt: vermijd bij vaststelling van streek- en bestemmingsplannen en van de tracés van bovengrondse hoogspanningslijnen, dan wel bij wijzigingen in bestaande plannen of van bestaande hoogspanningslijnen, zo veel als redelijkerwijs mogelijk is, dat er nieuwe situaties ontstaan waarbij kinderen (0-15 jaar) langdurig verblijven in het gebied rond bovengrondse hoogspanningslijnen waarbinnen het jaargemiddelde magneetveld hoger is dan 0,4 microTesla (de magneetveldzone). Het gaat hierbij om woningen, scholen, crèches en kinderopvangplaatsen. Het advies van 2005 is beperkt tot nieuwe situaties op basis van het redelijkerwijs-criterium omdat de gezondheidseffecten onzeker zijn en omdat maatregelen in bestaande situaties maatschappelijk vaak grote gevolgen hebben (bijvoorbeeld de verplaatsing van woningen of hoogspanningslijnen). Daar staat tegenover dat in nieuwe situaties vaak veel meer keuzemogelijkheden aanwezig zijn en dat preventie aanzienlijk goedkoper kan zijn dan sanering. Het advies van VROM is een aanzienlijke verscherping van de internationaal geldende normen ter bescherming van de vastgestelde mogelijke effecten van het magneetveld op de mens.

Casus 380 kV

Eind 2006 is bekend geworden dat door Haarlemmermeer een nieuwe hoogspanningsverbinding komt te lopen. Deze moet 2011 operationeel zijn om de Randstad van voldoende stroom te blijven voorzien. Het gaat hier om de nieuwe verbinding Randstad 380 kV die van Beverwijk tot Wateringen loopt. Deze verbinding is inzet van een lobby van Haarlemmermeer bij het Rijk. De voorkeur van het Rijk gaat uit naar een verbinding door het westen van de polder. Hier ligt ook vanuit het Rijk (Nota Ruimte, Urgentie Programma Randstad) een grote opgave voor woningbouw, groen en water (de gebiedsuitwerking Westflank). In de plannen van het Rijk voor de nieuwe verbinding is deze ontwikkeling en de ontwikkeling van de woningbouwlocatie Boseilanden onvoldoende onderkend. De gemeente Haarlemmermeer is daarom een lobby gestart met als doel opname van de Oost-variant in de besluitvorming. De Minister heeft inmiddels toegezegd de Oost-variant zoals aangedragen door Haarlemmermeer serieus te onderzoeken in de verdere planvorming. Momenteel loopt dit nader onderzoek naar een mogelijk tracé voor de Randstad 380 kV. De gemeente Haarlemmermeer is opnieuw een intensief traject ingegaan van lobby en overleg met verschillende partijen. Eind 2008 wordt het voorgenomen besluit van het tracé (dat ook door Haarlemmermeer loopt) voorgelegd aan de Tweede Kamer.

Inwoners van de gemeente Haarlemmermeer die bij de bestaande hoogspanningsverbinding wonen of waarvan kinderen een school of een kinderdagverblijf in de nabijheid daarvan bezoeken zijn door de gemeente middels bewonersbrieven geïnformeerd over de procedure die doorlopen wordt. Daarnaast worden inwoners blijvend op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen via brieven, de rubriek Informeer in de Hoofddorpse Courant en via de gemeentelijke website.

De Meetlat van Paas toegepast op de problematiek van de hoogspanningskabels 380kV

Gesignaleerd fenomeen:	Inwoners van de gemeente Haarlemmermeer maken zich zorgen over de elektromagnetische velden van hoogspanningskabels en de eventuele gevolgen voor de gezondheid.
Probleem analyse: echt probleem?	Ongerustheid bij direct omwonenden.
Probleem:	Het advies van de staatssecretaris is gebaseerd op diverse onderzoeken van de afgelopen jaren naar mogelijke risico's van elektromagnetische straling rond hoogspanningsmasten. Uit deze onderzoeken blijkt dat kinderen die in de buurt van hoogspanningslijnen wonen een verhoogde kans hebben op het krijgen van leukemie. Een eenduidig oorzakelijk verband tussen elektromagnetische velden en het krijgen van leukemie is echter niet aangetoond.
Probleem beïnvloedbaar door de gemeente?	Gedeeltelijk.

Beïnvloedbaar probleem:	Bij nieuwe ruimtelijke ontwikkelingen het advies van staatssecretaris VROM (2005) te hanteren. Bij bestaande situaties zo veel als redelijkerwijs mag worden verwacht inzetten op het ondergronds brengen dan wel omleggen van de hoogspanningsverbinding.
Aanpak efficiënt:	Aanpak is efficiënt indien onrust bij bevolking wordt weggenomen.
Actie en evaluatie:	Permanente voorlichting geven aan inwoners in directe omgeving en meenemen in gezondheidspeiling GGD.

6.11. De aanrijtiden van ambulances in kleine kernen

Geen directe sturing, maar wel indirect als onderdeel van de Veiligheidsregio Kennemerland (VRK).

Het belang van de bereikbaarheid van acute en levensreddende zorg ligt primair bij de nadelige gevolgen voor de patiënt van te lang wachten op acute en levensreddende zorg. Bij nadelige gevolgen kan men denken aan een langere revalidatieperiode, blijvende invaliditeit en in het uiterste geval overlijden. Het beleid van het ministerie van VWS is er dan ook op gericht dat patiënten met een acute zorgbehoefte de juiste zorg snel op de juiste plek kunnen ontvangen. 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 plaatse moet zijn.

Casus: aanrijtiden

In 2008 is de gemeente Haarlemmermeer, voorheen toebehorend aan de Regionale Ambulance Voorziening Agglomeratie Amsterdam, aan het dekkingsgebied van de Regionale Ambulance Voorziening Kennemerland toegevoegd. Dit in verband met het besluit Territoriale Congruentie. Om de transparantie te verhogen staan ook de resultaten uit het verleden betreffende de rijtijdoverschrijdingen van de gemeente Haarlemmermeer in de volgende tabel (tabel 1) weergegeven.

De cijfers zijn door de Regionale Ambulance Voorziening Agglomeratie Amsterdam ter beschikking gesteld, met de kanttekening dat door het in gebruik nemen van een nieuw meldkamersysteem en technische problemen begin 2007 er een vertekening van het totaalbeeld 2006 is in vergelijking met 2007. Vandaar dat tabel 2 ook de cijfers over de laatste 2 kwartalen van 2006 en 2007 weergeeft. De genoemde problemen zijn deze laatste twee kwartalen niet aan de orde geweest.

Tabel 1: Rijtijdoverschrijdingen Haarlemmermeer over 2006 en 2007

Periode	Aantal ritten		Overschrijdingen		Percentage	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Kwartaal drie en vier	1825	1783	219	204	12 %	11 %
Volledig jaar	3502	4060	386	594	11 %	15 %

- Over het derde en vierde kwartaal 2006 gemeten bedraagt het overschrijdingspercentage van de 15 minuten norm in de regio Haarlemmermeer 12%;
- Over het derde en vierde kwartaal 2007 gemeten bedraagt het overschrijdingspercentage van de 15 minuten norm in de regio Haarlemmermeer 11%.
- Over geheel 2006 gemeten bedraagt het overschrijdingspercentage van de 15 minuten norm in de regio Haarlemmermeer 11%;
- Over geheel 2007 gemeten bedraagt het overschrijdingspercentage van de 15 minuten norm in de regio Haarlemmermeer 15%.

Sinds september 2007 is er een extra ambulancepost van Verenigd Ziekenvervoer Amsterdam (VZA) gevestigd op bedrijventerrein de President, ten zuiden van Hoofddorp. Het overschrijdingspercentage zal hierdoor naar verwachting in het zuiden van de polder moeten afnemen. Daarnaast vertrekt er bij spoedeisende gevallen ook een politieauto met AED, die vaak eerder ter plekke is en hulp kan verlenen.

De Meetlat van Paas toegepast op de problematiek van aanrijtijden van Ambulances

Gesignaleerd fenomeen:	De aanrijtijden die nationaal zijn vastgelegd in wet- en regelgeving worden in een aantal kernen niet altijd gehaald.
Probleem analyse: echt probleem?	Het is inderdaad een feit dat de ambulances niet altijd binnen de daarvoor gestelde termijnen aanwezig zijn. Tot op heden heeft dat niet of nauwelijks tot onaanvaardbare risico's geleid.
-> probleem:	Mensen willen niet het risico lopen dat zij niet tijdig de meest adequate hulp krijgen en dat er op tijd een ambulance beschikbaar is.
Probleem beïnvloedbaar door de gemeente?	Haarlemmermeer maakt onderdeel uit van de Veiligheids-regio Kennemerland. Binnen de VRK worden afspraken gemaakt over de ambulancezorg. Het spreidingsplan Ambulancezorg wordt echter vastgesteld door Gedeputeerde Staten. Gedeputeerde Staten stelt dus de capaciteit en spreiding van ambulances vast. De zorgverzekeraars zijn, naast het bestuur en de provincie, de derde bepalende partij. Zij financieren het stelsel ambulancezorg. De nieuwe Wet ambulancezorg (WAZ) ligt op dit moment nog ter behandeling bij de Eerste Kamer en gaat naar verwachting in 2008 van kracht. In de nieuwe wet krijgen de zorgverzekeraars een centrale rol en wordt de ambulancezorg op regionaal niveau georganiseerd. Daarmee ontstaat meer helderheid in de aansturing en verantwoordelijkheden.
-> beïnvloedbaar probleem:	De inzet is om het percentage kwartieroverschrijdingen zoveel mogelijk terug te dringen voor de gemeente als geheel en dekking in grensgebieden moet op orde zijn, al dan niet in samenwerking met omliggende regio's.
Aanpak efficiënt:	Bij terugdringen percentage kwartieroverschrijdingen.
Actie en evaluatie:	Jaarlijkse monitoring via rapportages van de GGD en over vier jaar toetsing.



Uitvoering van de nota

7.1 Uitvoering

In deze nota is het lokaal gezondheidsbeleid voor de komende vier jaren beschreven. Daarbij zijn concrete doelstellingen en activiteiten benoemd. In vrijwel alle gevallen zijn deze gekoppeld aan een concreet tijdpad. De gemeente is samen met verschillende partners uit het maatschappelijk middenveld in gesprek gegaan om de problemen in de gemeente Haarlemmermeer boven tafel te krijgen en daar gerichte acties op te kunnen vaststellen. Dit zal na de vaststelling van deze nota niet veranderen. Ook de komende 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 het huidige hoge peil te houden. Via bijeenkomsten, via het gezondheidsplein in de bibliotheek en via andere communicatiemiddelen zal er blijvende aandacht zijn voor gezondheidsbeleid in onze gemeente.

Omdat de meest activiteiten concreet zijn benoemd, is het mogelijk om toe te zien op een adequate implementatie. Via een terugkoppeling binnen de reguliere pcc-producten, zoals de programmabegroting en jaarstukken, zal de raad worden geïnformeerd over de voortgang. Iedere vier jaar maakt de GGD een overzicht aan de hand van de enquêtes die zij uitzetten, de zgn. Gezondheidspeiling. Daarnaast worden specifieke op doelgroepen gerichte onderzoeken uitgezet door de GGD.

Naast het onderzoek van de GGD doet het eigen onderzoeksteam ook onderzoek naar volksgezondheidsaspecten. Dit loopt via onderzoeken zoals *Staat van Haarlemmermeer* en *Kijk op de Wijk*.

7.2 Communicatie en participatie

Aangezien veel van het beleid is gericht op vroegsignalering en preventie, is het van belang dat veel communicatiemiddelen zich richten op bewustwording en gedragsbeïnvloeding.

Het afgelopen jaar is veel literatuur studie gedaan, zijn bijeenkomsten bezocht en zijn onderzoeken geraadpleegd. Voor een exacte vermelding van de geraadpleegde literatuur wordt verwezen naar de literatuurlijst die aan het einde van deze nota is opgenomen. De Gezondheidspeiling 2006 van de GGD Amstelland de Meerlanden heeft belangrijke data opgeleverd voor de beschrijving van de lokale situatie in de gemeente Haarlemmermeer. Dat geldt eveneens voor de onderzoeksinformatie van *Kijk op de Wijk 2* en de Leefbaarheidmonitor die uit onze eigen organisatie is voortgekomen. Ook de gemeentelijke (concept) nota's met betrekking tot sport, speelruimte, maatschappelijke ondersteuning, etc. waren onderdeel van het materiaal waaruit is geput voor deze nota.

Voorafgaand aan en tijdens het opstellen van de nota heeft participatie plaatsgevonden met partijen uit het maatschappelijk middenveld. Zo zijn er bijeenkomsten georganiseerd met vertegenwoordigers uit de 0^e (mantelzorg en zelfhulp) en de 1^e lijn (huisartsen, fysiotherapeuten, etc.) en er hebben versnellingskamer sessies plaatsgevonden met raadsleden en het maatschappelijk middenveld. Daarnaast is er een digitale vragenlijst uitgezet onder de vertegenwoordigers uit de 1^e lijn. Tot slot heeft een groot aantal bilaterale gesprekken plaatsgevonden met sleutelfiguren uit de wereld van gezondheid en gezondheidsbeleid en is er een bijeenkomst georganiseerd met gemeentelijke beleidsmedewerkers van verschillende beleidsterreinen.

Tenslotte is dankzij internet het steeds gemakkelijker om kennis te nemen van het materiaal dat door andere gemeenten is gemaakt. Van dit materiaal hebben wij kennis genomen en voor zover relevant

gebruikt voor deze nota. Tevens bestond vanuit de SGBO, het voormalige onderzoeks- en adviesbureau van de Vereniging Nederlandse Gemeenten, de mogelijkheid om ondersteuning te krijgen in de vorm van consultancy en advies. Hiervan hebben we ook gebruik gemaakt. Er zijn twee adviesgesprekken met SGBO geweest.

7.3 Monitoring en evaluatie

Het is van essentieel belang om middels deze nota niet alleen inzicht te hebben in de activiteiten die zijn uitgevoerd maar ook in het bereik en de effecten van deze activiteiten en projecten. In deze nota wordt daarom voor het eerst, in tegenstelling tot de vorige regionale nota Lokaal Gezondheidsbeleid, gewerkt met indicatoren. Om de effecten van het beleid te kunnen meten is een goede evaluatie met bijbehorend meetinstrument immers noodzakelijk. Dit is echter vooruitstrevend omdat er weinig ervaring mee is om het lokaal volksgezondheidsbeleid 'tastbaar' te maken, ook niet in veel andere gemeenten. Samen met de GGD Kennemerland zullen we een systeem gaan ontwikkelen die een bijdrage levert aan het monitoren van onze beleidsvoornemens.

Gezien deze start is het zaak om voorzichtig te werk gaan met het toekennen van waarden aan de indicatoren. De effectmeting zal een leerproces zijn; gaande de beleidsperiode zullen we leren. De indicatoren in deze nota vormen dan ook een eerste aanzet. Daarnaast is het ook een start voor verdere uitwerking in bijvoorbeeld de activiteitenplannen. De huidige gegevens uit o.a. de leefbaarheidmonitor 2007, gezondheidspeiling 2006 en E-MOVO 2005/2006 worden als nulmeting gehanteerd.

Binnen de gemeente is met team onderzoek afgesproken dat in samenspraak met de GGD Kennemerland het volksgezondheidsonderzoek goed op elkaar wordt afgestemd. Ook, het kwam al eerder aan de orde, zullen de inspanningen worden vergroot om de onderlinge verschillen tussen de kernen beter in kaart te brengen. Eveneens zal een poging worden ondernomen om de schat aan gegevens die bij de huisartsen, apothekers, zorgverzekeraars en andere partijen voor handen is, beter te benutten. Ook daartoe is een eerste aanzet gegeven bij deze nota, maar veelal zijn wij gestuit op het vertrouwelijke karakter van rapporten en onderzoeksgegevens. Immers, kennis is macht en zeker in een toenemende markt van concurrentie is het moeilijk gegevens te ontvangen en te gebruiken.

7.4 Financiën

Veel van de middelen die in het kader van het Lokaal Volksgezondheidsbeleid beschikbaar worden gesteld liggen vast. Deze middelen gaan immers vrijwel rechtstreeks naar de GGD ten behoeve van de bekostiging van de wettelijke taken die in het kader van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) moeten worden uitgevoerd. Voor 2008 zagen de bedragen die door Haarlemmermeer aan de GGD zijn overgemaakt er als volgt uit:

Openbare Gezondheidszorg (OGZ)	€ 1.007.800,-
Jeugdgezondheidszorg (JGZ)	€ 1.126.700,-
Tijdelijke Regeling Specifieke Uitkering (RSU)	€ 1.679.100,-
Jeugdgezondheidszorg (JGZ) Maatwerk	€ 118.500,-

Daarnaast zijn er middelen die aan projecten besteed worden die langs andere stromen gaan, maar die wel direct of indirect een positieve bijdrage leveren aan de gezondheid (bijvoorbeeld projecten op het terrein van sport, leefbaarheid of welzijn). Tot deze middelen behoren ook de specifieke doeluitkeringen voor maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en verslavingszorg. In veel gevallen gaat dit direct naar de centrumgemeenten, in ons geval de gemeente Haarlem. Een volledig beeld van de middelen voor volksgezondheid is opgenomen in hoofdstuk 4 van de productbegroting, het hoofdstuk *Zorg en Welzijn*.

Bij de Voorjaarsnota is vastgesteld dat voor de periode 2009-2012 een budget van € 200.000 per jaar ingezet wordt voor beleidsintensivering. Van dit bedrag wordt € 50.000 per jaar gereserveerd voor projecten die met jeugd, sporten en gezondheid te maken hebben. De overige middelen zullen worden ingezet voor projecten gericht op het opstarten van de consultatiebureaus voor ouderen, de brede preventie van overgewicht, het versterken van de voorlichting en informatiefunctie, het versterken van de regiefunctie en het anticiperen op toekomstige ontwikkelingen (populatie met verhoogde kans op hartfalen). In de nota *Meer doen aan gezondheid* staat concreet beschreven welke activiteiten worden uitgevoerd.

Tenslotte willen we onderzoeken of we gezamenlijk met andere partijen een zogenaamd preventiefonds kunnen oprichten. Dit fonds is reeds eerder genoemd in het Wmo beleidsplan. Uit dit fonds zouden gezondheidsprojecten kunnen worden betaald die gericht zijn op preventie (zie pagina 52 van het beleidsplan *Meer doen aan meedoen*).

Bronnen

Groningen gaat steeds gezonder zorgen II, Nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2007-2010
gemeente Groningen, april 2007

Meer doen aan meedoen, Beleidsplan Maatschappelijke Ondersteuning 2008-2011
gemeente Haarlemmermeer, januari 2008

Kijk op de wijk 2, gemeente Haarlemmermeer, november 2007

LOGIN, Vereniging Nederlandse Gemeenten, 2007

G6/07 vakblad over gezondheid en maatschappij, januari 2008

Preventie in Amstelveens perspectief, Nota lokaal gezondheidsbeleid Gemeente
Amstelveen 2008-2011, februari 2008

Richtlijn tabakspreventie in lokaal gezondheidsbeleid, STIVORO, 2006

Handleiding lokaal alcoholbeleid, een integrale benadering, Voedsel en Waren Autoriteit, 2007

Handleiding preventie van depressie in lokaal gezondheidsbeleid, Trimbos-instituut,
2007

Hoe gezond is de regio? Gezondheidspeiling 2006, GGD Amstelland de Meerlanden,
juni 2007

Kiezen voor gezond leven (2007-2010), Ministerie van VWS, oktober 2006

Tijd voor Sport, Ministerie van VWS, 2006

Staat van Haarlemmermeer 2008, gemeente Haarlemmermeer

EMOVO regio profiel, september 2006

Gezondheidsbeleid gemeente Lisse 2008-2011, maart 2008

Terugblik periode 2003 – 2007

1. Inleiding

In de periode 2003-2007 heeft de GGD Amstelland de Meerlanden voor de gemeente Haarlemmermeer gezamenlijk met de AM-gemeenten een nota lokaal Volksgezondheidsbeleid geschreven: Een blakend gezonde regio?! Daarnaast is er door de gemeente Haarlemmermeer een nadere invulling geschreven, een lokale paragraaf. In feite gaat het hier om een nadere uitwerking van de voornemens uit de regionale nota. Er werden geen nieuwe zaken genoemd.

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 Wcgv 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 het onderzoek in 2006 van de GGD Amstelland de Meerlanden naar gezondheidsaspecten blijkt dat de gezondheid in de AM-regio 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 voor gezond eten. Wat betreft roken zitten we in de gemeente Haarlemmermeer 7% onder het landelijk gemiddelde. Meer specifiek voor de regio zijn de aandachtspunten eenzaamheid, huiselijk geweld, veiligheid en klachten die met vliegverkeer te maken hebben.³² Deze punten komen in het hoofdstuk over de gemeente Haarlemmermeer 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 ofwel bestrijden van gezondheidsverschillen

Op basis van het gezondheidsprofiel van de AM-regio hebben de gemeenten drie regionale ambities (en doelstellingen) voor 2003 – 2007 geformuleerd:

1. Stimuleren van gezonde leefgewoonten bij de bevolking

Doelstellingen:

- Doelgroepenbenadering: specifiek gericht op kwetsbare groepen, zoals de 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 bewegen' positief beïnvloeden.

2. Gezondheidsbeleid is integraal beleid

Doelstellingen:

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

³² Gezondheidspeiling 2006, GGD

3. WCPV taken zijn kerntaken

Doelstellingen:

- De GGD als een krachtig instrument gebruiken om de openbare gezondheidszorg te beschermen en 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. Een uitgebreidere evaluatie van de projecten die in deze periode zijn uitgevoerd treft men aan in bijlage 3.

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 door middel van het succesvolle 'Groep 6 on the move' en aanvullende activiteiten. Daarnaast heeft de gemeente zich gericht op de preventie van schoolverzuim door ziekte van de jeugd en is roken, alcohol- en drugsgebruik en onveilig vrijen aangepakt. Daarnaast is er een regionale voorlichtingscampagne over een gezond binnenmilieu opgestart, is er een preventiesteunpunt voor ouderen opgezet en zijn de leefgewoonten van volwassenen en ouderen aangepakt 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 en wordt aan jongeren de lokale JeugdSportPas aangeboden.

Ambitie 2: Gezondheid agenderen bij andere beleidsterreinen

In het kader van ambitie twee heeft het beleid zich gericht op het verbeteren van de sociale leefomgeving (verminderen van eenzaamheid en specifiek aandacht voor depressieve ouderen, activiteiten ter voorkoming van dak- en thuisloosheid), maar ook op het verbeteren van zowel de fysieke omgeving en een veilige leefomgeving. Onder de fysieke omgeving valt het verstrekken van informatie over de luchtkwaliteit, ook is getracht nieuwbouwplannen te combineren met een 'gezondheidseffectiviteitsscreening'.

Onder de veilige leefomgeving is een project huiselijk geweld opgestart en is een project opgestart dat zich richt op het verbeteren van de veiligheid in en om huis van ouderen. Verder zijn de resultaten van de gezondheidspeiling 2002 gebruikt bij bestuurlijke beslissingen rondom Schiphol, snelwegen, geluid en stof- en stankoverlast. Er is een aantal extra activiteiten ontwikkeld zoals Schakelnet (samenwerking partners in zorg rond OGGz cliënten), een project 'Ouderenmaatjes', ontmoetingsgroepen dementerenden in Haarlemmermeer en het project 'Aangepast Sporten 2003- 2006 in Haarlemmermeer en Amstelveen'.

Ambitie 3: Effectief uitvoeren WCPV taken

Elke vier jaar wordt voor de leeftijdsgroepen volwassenen, ouderen, jeugd 12- 19 jaar en jeugd 4- 12 jaar een Gezondheidspeiling uitgevoerd. In Amstelveen en Haarlemmermeer is een onderzoek 1e lijnszorg uitgevoerd. Daarnaast wordt de samenwerking en afstemming tussen zorgaanbieders OGZ, 1^e & 2^e lijnszorg geïntensiveerd. Ditzelfde 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 meerdere regiogemeenten zijn projecten opgezet voor de jeugd en ter vergroting van de veiligheid.³³

4. Lokale ontwikkelingen

Naast de regionale gezondheidsnota *'Een blakend gezonde regio?!'* is een lokale paragraaf geschreven voor de gemeente Haarlemmermeer. In de lokale paragraaf wordt voortgebouwd op de uitkomsten en aangesloten bij de drie ambities uit de regionale nota. De drie regionale ambities zijn vertaald in drie programma's, waarin een aantal projecten wordt beschreven. Elk van deze projecten richt zich op een gesignaleerd probleem dat een actieve aanpak vereist, of meer algemeen op preventie; gericht op gezonde voeding en beweging. Het gaat om lokale projecten, toegespitst op de specifieke Haarlemmermeerse situatie en behoefte. In de vorige paragrafen is reeds beschreven welke acties in de afgelopen jaren op het gebied van gezondheid zijn uitgevoerd.

5. Conclusie

Bij de vaststelling van de regionale nota lokaal gezondheidsbeleid 2003-2007 en de lokale paragraaf voor de gemeente Haarlemmermeer, zijn destijds (2002) geen effect- en prestatie-indicatoren opgesteld. Hierdoor kunnen er nu ook moeilijk concrete uitspraken worden gedaan over de resultaten van het beleid in de zin van bereik en effecten voor de doelgroep. Met de bril van vandaag is dat wellicht vreemd, maar vier jaar geleden werd het werken met streefwaarden of indicatoren nog niet zo vaak toegepast. Toch is het algemene oordeel over de projecten die in de vorige 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 zullen dan ook worden voortgezet. Voor de toekomst zullen per project wel duidelijke ambities en resultaten worden benoemd.

33 Overzicht activiteiten, nota lokaal gezondheidsbeleid 2003- 2007 (Regio Amstelland de Meerlanden), GGD.

Overzicht taken GGD

Wettelijk verplichte taken:

Onderzoek (epidemiologie)

De GGD verzamelt en analyseert gegevens over de gezondheidstoestand van de bevolking in de regio. Daarvoor maakt de GGD gebruik van:

- gegevens uit de gezondheidspeilingen jeugd, volwassenen en ouderen, die de GGD elke vier jaar uitvoert onder de bevolking
- gegevens uit eigen registraties;
- gegevens uit landelijk onderzoek.

Al die informatie levert een beeld op van de gezondheid van de bevolking in de regio en van de aard en omvang van gezondheidsproblemen.

Beleidsadvisering

Gemeenten zijn verplicht eens in de vier jaar hun plannen rond lokaal gezondheidsbeleid te verwoorden. Hiertoe biedt de GGD de gemeenten inzicht in recente ontwikkelingen op gezondheid en zorg, op landelijke en regionaal niveau. Indien gewenst, ondersteunt de GGD de gemeenten ook bij het houden van werkconferenties over het onderwerp.

Daarnaast adviseert de GGD de gemeenten gevraagd en ongevraagd over gezondheidsaspecten van beleidsbeslissingen en over de aanpak van gezondheidsproblemen. Een voorbeeld is de Handreiking Integrale lokale aanpak van de preventie van overgewicht.

Gezondheidsbevordering

Het bevorderen van gezond gedrag is een belangrijk onderdeel van gezondheidsbeleid. In nauwe samenspraak met de gemeenten voert de GGD de komende vier jaar een meerjarenprogramma "Gezond eten en bewegen" uit. Hiermee sluit de GGD tevens aan op het rijkspreventiebeleid, waarin bewegingstimulering en het voorkomen van overgewicht prioriteiten zijn. Daarnaast geeft de GGD continue aandacht aan preventie van roken en overmatig alcoholgebruik, m.n. ten aanzien van jongeren.

Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGz)

De GGD draagt bij aan de bevordering van de OGGz door o.a.:

- beleidsadvisering middels de secretaris functie van het beleidsvoorbereidende Platform OGGz
- het Meldpunt Vangnet en Advies, waar burgers en instellingen situaties kunnen melden waarover men zich zorgen maakt.
- een integrale aanpak van Huiselijk Geweld;
- coördinatie van de psychosociale hulp bij kleinschalige calamiteiten en zedenzaken;
- uitvoering van diverse preventieprojecten.

Medische milieukunde

De GGD bewaakt dat de gezondheid van burgers geen gevaar loopt als gevolg van milieuproblemen. Daarvoor voert de GGD de volgende taken uit:

- signalering van klachten en meldingen (bijvoorbeeld over binnenmilieu, bodemverontreiniging of over een opvallend hoog aantal mensen met kanker in een bepaalde straat);
- onderzoek naar aanleiding van klachten en meldingen;
- een beoordeling maken van de ernst van de situatie;
- adviseren en voorlichten over de aanpak van problemen, aan onder andere gemeenten, burgers en milieudiensten.

Technische hygiënezorg

Onder de naam Technische hygiënezorg werkt de GGD aan de bestrijding van infectieziekten, door inspectie van en advisering over de hygiënische omstandigheden en veiligheid in verschillende soorten instellingen. Het gaat hierbij vooral om collectieve voorzieningen, zoals bijvoorbeeld: kindercentra, tatoeage- en piercingshops en prostitutiebedrijven.

Twee andere voorbeelden van GGD-taken in dit kader: advisering bij het aantreffen van legionella in leidingwater en het beantwoorden van vragen van burgers over bijvoorbeeld zwembadwater, ongedierte en legionella.

Bestrijding van infectieziekten

- registreren van meldingen: voor sommige infectieziekten is melding wettelijk verplicht;
- bron- en contactonderzoek: nagaan hoe iemand besmet is geraakt en wie hij of zij vervolgens kan hebben besmet, bijvoorbeeld bij tuberculose;
- het adviseren over maatregelen, zoals een werkverbod voor een patiënt, sluiting of ontsmetting van een gebouw;
- voorlichting, bijvoorbeeld over het voorkomen van besmetting met soa (waaronder hepatitis B en HIV / aids);
- vaccinatie op kleine of grote(re) schaal;
- voorbereiding op mogelijke grootschalige uitbraken van infectieziekten.

Jeugdgezondheidszorg

Ook dat is een taak die de GGD al heel lang uitvoert: het bevorderen en bewaken van de gezondheid, groei en de ontwikkeling van jeugdigen van 4 tot 19 jaar. Voor onze gemeente doet de GGD ook de consultatiebureau functie van 0-4 jaar. De GGD bewaakt de groei en ontwikkeling van jeugdigen door:

- alle kinderen tijdens de schoolperiode een aantal malen uit te nodigen voor een Preventief Gezondheidsonderzoek (PGO) of een screening (kinderen kunnen ook een extra zorgcontact krijgen als er vragen of problemen zijn over gezondheid, ontwikkeling, opvoeding of leefstijl);
- vaccinatie van negen jarigen (herhaling DTP en BMR vaccinatie); daarnaast worden ook niet- of onvolledig ingeënte kinderen van vier tot dertien jaar in de gelegenheid gesteld zich te laten inenten;
- vroegtijdige signalering van ernstige zaken, zoals verwaarlozing of mishandeling. Zonodig gaat de sociaal verpleegkundige op huisbezoek;
- ondersteuning van docenten die gezondheidsprojecten of lessen uitvoeren (door cursussen en / of door uitleen van materialen);
- advisering en ondersteuning van scholen bij schoolgezondheidsbeleid en een gezond schoolklimaat.

Met de inwerkingtreding van de gewijzigde Wcpv per 1 januari 2003 hebben gemeenten de verantwoordelijkheid gekregen voor de jeugdgezondheidszorg voor alle kinderen van 0 tot 19 jaar.

De GGD voert ook niet wettelijk verplichte taken uit:

Reizigersadvisering

Reizigers naar (sub)tropische landen en landen in Oost-Europa kunnen bij de GGD advies krijgen over het voorkomen van besmetting met infectieziekte door onder meer hygiënerichtlijnen. Ook kunnen reizigers zich bij de GGD laten vaccineren.

Sociaal-medische advisering

Burgers kunnen voor bepaalde zaken een aanvraag indienen bij een gemeentelijke instantie. Die gaat over arbeids(on)geschiktheid, invalidenparkeer-kaarten en -vergunningen, verhuiskostenvergoeding en huisvestingsurgentie. De instelling vraagt en krijgt dan een onafhankelijk advies van de GGD.

Keuringen

Het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR) vraagt burgers die de leeftijd van 70 jaar hebben bereikt bij een aanvraag van een rijbewijs om een Verklaring van Geschiktheid. De GGD kan dan de medische keuring voor dat rijbewijs verzorgen.

Forensische geneeskunde

Forensische geneeskunde staat voor gerechtelijke geneeskunde en omvat het medisch advies van GGD-artsen aan politie en justitie. De belangrijkste taken zijn: arrestantenzorg, lijkschouw, euthanasie-melding, letselbeschrijving en bloedproef.

Missie en visie GGD Kennemerland

Missie GGD

De GGD Kennemerland is de instelling voor openbare gezondheidszorg die de gezondheid van alle inwoners van Kennemerland bewaakt, beschermt en bevordert.

Visie GGD

De missie is uitgewerkt in de visie. De GGD geeft daarin aan hoe ze naar de toekomst kijkt, wat ze wil bereiken en op welke wijze.

Bron: website

<http://ggd.hdk.nl/client/2/?websiteid=2&contentid=43>

Bijlage 3

Websites over gezondheid en gezonde voeding

Hieronder volgen een aantal sites met verwijzingen naar informatie over gezondheid. Een deel van de pagina's is afkomstig van overheidsgerelateerde organisaties. Sommige van de sites zijn commerciële initiatieven. De gemeente Haarlemmermeer is niet aansprakelijk voor de inhoud van de sites, maar noemt deze sites als service.

Een startpagina over gezondheid met vele links:

<http://gezondheids.startpagina.nl/>

Startpagina met als titel gezondheidsplein.nl:

www.gezondheidsplein.nl

Informatieve site over gezondheid

www.gezondheidsnet.nl

Een site van de voedselindustrie over gezonde voedingsmiddelen

www.ikkiesbewust.nl

Een site van de overkoepelende Gemeentelijke Gezondheidsdiensten: GGD Net

<http://www.ggdgezondheidsinfo.nl/dossiers.asp?regioid=26>

Een site van de consumenten/belangen organisaties in de zorg: Zorgbelang Nederland

<http://www.zorgbelang-nederland.nl/>

Nationaal Fonds psychische gezondheid

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

Gezondheidsdossier Bibliotheek Utrecht

<http://www.bibliotheek-utrecht.nl/nl/home/Collecties/digitale-collecties/gezondheid>

Verwijsindex bibliotheek Eindhoven

<http://www.bibliotheekeindhoven.nl/www/Weblinks/weblinksoverzicht.cfm?Hoofdcategorie=Gezondheid>

Informatie over voeding van het voedingscentrum

www.voedingscentrum.nl

Speciale pagina van het voedingscentrum voor jongeren

www.lekkerbelangrijk.nl/index/main

Gezondheidsdossier van het weekblad Elsevier

www.elsevier.nl/web/Dossiers/Uw-Gezondheid.htm

Een startpagina over gezondheid in- en om de school

<http://www.gezondeschool.nl>

Informatie over alcoholgebruik

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

beter voorkomen

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

Meer informatie?

Mail naar info@haarlemmermeer.nl
of bel naar 0900-1852

Gemeente Haarlemmermeer
Postbus 250
2130 AG Hoofddorp
www.haarlemmermeer.nl

Colofon

Deze nota is een uitgave van de
gemeente Haarlemmermeer

Vormgeving: ConceptID,
Communicatie en design,
Rotterdam

Oplage: 750 stuks
Hoofddorp, februari 2009