Beter Breda

Nota lokaal beleid volksgezondheid

2008-2011

0870/07 V9

Gemeente Breda, directie Maatschappelijke Ontwikkeling

Februari 2008

Inhoudsopgave

Voorwoord **5**
Samenvatting **7**

1 Inleiding **9**
1.1 Totstandkoming nota 9
1.2 Leeswijzer 9

2 Doelstelling en visie lokaal beleid volksgezondheid **11**
2.1 Algemene doelstelling gemeentelijk gezondheidsbeleid 11
2.2 Visie op gezondheidsbeleid 11

3 De burger centraal **15**
3.1 Schets van de gezondheidsituatie van de Bredase bevolking 15
3.2 Gezondheidsverschillen tussen diverse groepen burgers 17
3.3 Conclusie voor gezondheidsbeleid 17

4 De omgeving **21**
4.1 Sociale omgeving 21
4.2 Woonomgeving 21
4.3 Milieu 22
4.4 Conclusies voor gezondheidsbeleid 22

5 Bereikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg **23**
5.1 De organisaties 23
5.2 Het ontstaan van samenwerkingsverbanden 23
5.3 Toegankelijkheid 24
5.4 Conclusies voor gezondheidsbeleid 25

6 Overheid - het beleid **27**
6.1 Het wettelijke kader 27
6.2 Rijksbeleid 27
6.3 Conclusies voor lokaal gezondheidsbeleid 29

7 Doelstellingen voor 2008 tot en met 2011 ..... **31**
7.1 Uitvoering van basistaken 31
7.2 Inzet op speerpunten van beleid 31

8 Aanpak **35**
8.1 Sturen op samenhang, een integrale aanpak 35
8.2 Analyse en vroegsignalering 36
8.3 Aansluiten op wat er al is 37

9 Instrumenten en randvoorwaarden **39**
9.1 Regierol 39
9.2 Opdrachtgever en financier 39
9.3 Convenanten, vergunningen en verordeningen 40
9.4 Professionaliteit en kwaliteit 40

10 Financiële paragraaf **41**

11 Evalueren **43**

Bijlagen

Bijlage 1: Uitvoeringsplan voor de periode 2008 en 2009 ..... **47**
Bijlage 2: Beschrijving basistakenpakket **55**
Bijlage 3: Lijst van aandachtspunten bij uitvoering beleid **59**

Voorwoord

Voor u ligt de nota lokaal beleid volksgezondheid 'Beter Breda 2008-2011'.
In de nota staat op hoofdlijnen beschreven hoe we als gemeente uitvoering willen geven aan het beleid en welke instrumenten daarvoor worden ingezet. In het bijgaande uitvoeringsplan zijn de concrete acties benoemd.

Ter voorbereiding op deze nota zijn in het voorjaar van 2007 al interviews gehouden met vragers en aanbieders. Ook is in juni een brede discussiebijeenkomst geweest met raadsleden en organisaties in het veld.
Na de inspraakperiode en de verwerking van de reacties in een commentaarnota is deze nota op 14 februari 2008 definitief vastgesteld door de gemeenteraad.

Het traject dat voor deze nota is doorlopen heb ik ervaren als een positief proces. Vragers en aanbieders die hun bijdragen hebben geleverd hebben constructief meegedacht en een goede inbreng geleverd. De betrokkenheid was groot. Ook de ontvangen reacties tijdens de inspraakperiode getuigen van een positieve insteek die partijen hebben gekozen. Ik ben erg blij met dit resultaat dat zonder de inbreng van alle betrokkenen niet gerealiseerd had kunnen worden. Ik verwacht dat deze nota kan rekenen op een breed draagvlak.

Ik wil iedereen bedanken voor de bijdrage die zij tot nu toe hebben geleverd aan de totstandkoming van deze nota.

Namens het College van burgemeester en wethouders,

C.G.M.F. Schoenmakers,
Wethouder Volksgezondheid.

Samenvatting

De Gemeente Breda wil de gezondheid van de Bredase burgers zo optimaal mogelijk beschermen, bewaken en bevorderen. Dit wil de gemeente doen door haar inwoners een gezonde, veilige en prettige leefomgeving te bieden, waarin haar burgers in staat zijn om verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen gezondheid en daarin eigen keuzes te maken.
Daar waar burgers moeite hebben deze verantwoordelijkheid te nemen zal de gemeente ondersteuning bieden.

Gelet op de huidige gezondheidssituatie van de Bredase burgers kiest de gemeente voor de volgende speerpunten van beleid: preventie van roken, overgewicht, schadelijk alcoholgebruik, depressie, diabetes, psychosociale problematiek en seksueel overdraagbare aandoeningen (Soa's). De belangrijkste doelgroepen zijn 'jongeren' en 'mensen met een lage sociaaleconomische status'.

De omgeving waarin we leven is van invloed op onze gezondheid en op ons gedrag. Het gaat hierbij zowel om de sociale omgeving als de woonomgeving en het milieu. Zo heeft de inrichting van onze buitenruimte invloed op de leefstijl. De aanwezigheid van speel- en trapveldjes of veilige fietspaden nodigen uit tot bewegen. Maar ook de aanwezigheid van voorzieningen hebben invloed op gezondheid, zoals winkels, een zorgkruispunt, de huisarts, thuiszorg, een buurthuis, horeca of snackbar. Daarom heeft de gemeente voor de uitvoering van haar gezondheidsbeleid veel partijen nodig. De gemeente wil haar beleid tot stand laten komen in samenspraak met partijen en burgers. Om een zo groot mogelijke gezondheidswinst te boeken kiest de gemeente voor een integrale aanpak, zoekt naar mogelijkheden om het ontstaan van gezondheidsproblemen vóór te zijn of in ieder geval zo vroeg mogelijk gezondheidsproblemen te signaleren. Daarvoor zal de gemeente veel meer dan nu gaan samenwerken met organisaties, instellingen en marktpartijen die bij kunnen dragen aan de gezondheid van de Bredase burgers.

Om haar doelstelling te bereiken zorgt de gemeente voor een basispakket van activiteiten, waarbij zoveel mogelijk activiteiten uit dat basispakket gericht worden op de speerpunten van het beleid. Burgers zullen waar mogelijk bij de uitvoering van het beleid betrokken worden, activiteiten moeten duidelijk aansluiten bij hun wensen en behoeften. De gemeente wil sturen op samenhang en zal haar regierol optimaal invullen. In voorkomende gevallen is de gemeente opdrachtgever en financier en waar nodig zullen convenanten, verordeningen en vergunningen gebruikt worden om partijen en organisaties aan te sturen.

Naast het inhoudelijk kader dat deze nota biedt wordt ook het financiële kader gegeven. In de tweede helft van 2009 zal een tussenevaluatie plaatsvinden en de eindevaluatie vindt plaats in het laatste jaar van de nota, het jaar 2011. Bij de nota is een uitvoeringsplan voor de jaren 2008 en 2009 gevoegd. Hierin staan de concrete acties die de gemeente de komende twee jaar gaat uitvoeren. Het college is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit plan. Op basis van een tussentijdse evaluatie eind 2009 zal het college het uitvoeringsplan voor de jaren 2010 en 2011 opstellen.

1

Inleiding

1.1 Totstandkoming nota

De wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Wcpv) verplicht gemeenten elke vier jaar een nota volksgezondheid vast te stellen. In december 2003 heeft de gemeente de nota Beter Breda vastgesteld. Beter Breda heeft een looptijd tot en met december 2007. Nieuw beleid dient voor de periode 2008-2011 te worden vastgesteld.

Ter voorbereiding van de nieuwe nota heeft de gemeente een plan van aanpak opgesteld. De gemeente heeft ervoor gekozen haar beleid samen met vragers en aanbieders vorm te geven. In maart 2007 zijn vier groepsinterviews gehouden. Eén met vragers, twee met aanbieders en één met ambtenaren van diverse afdelingen. Vervolgens heeft in juni 2007 een brede discussiebijeenkomst plaatsgevonden met raadsleden en de deelnemers van de vier groepsinterviews. De resultaten uit de groepsinterviews en de brede discussiebijeenkomst hebben input geleverd voor de nieuwe nota. Ook de conclusies en aanbevelingen uit de eerder uitgevoerde evaluatie van de huidige nota Beter Breda zijn verwerkt in de nieuwe nota. In 2006 heeft de gemeente samen met het veld uitwerking gegeven aan het speerpunt 'sturen op samenhang'. De resultaten en bevindingen uit dit traject zijn eveneens verwerkt in deze nota.

De opzet van de nota is anders dan de vorige. In de nota zelf geeft de gemeente aan wat haar visie is op gezondheidsbeleid en op hoofdlijnen wordt weergegeven wát de gemeente gaat doen aan gezondheidsbeleid en hóe de gemeente dat gaat doen. Concrete acties zijn niet in de nota opgenomen. In het uitvoeringsplan dat het college voor de jaren 2008 en 2009 heeft opgesteld zijn de concrete acties opgenomen. Het uitvoeringsplan is als bijlage bij de nota gevoegd.

De nota is als concept vrijgegeven voor inspraak van 29 augustus 2007 tot 11 oktober 2007. De inspraakreacties zijn verwerkt in deze nota Beter Breda 2008-2011. De gemeenteraad heeft in zijn vergadering van 14 februari 2008 de nota vastgesteld.

1.2 Leeswijzer

Na de inleiding wordt in hoofdstuk twee de doelstelling van het gemeentelijke gezondheidsbeleid geformuleerd. Tevens wordt in dit hoofdstuk de visie op gezondheidsbeleid beschreven.

In de hoofdstukken drie tot en met zes wordt nader ingegaan op de vier onderdelen van de visie. In deze hoofdstukken wordt inhoudelijk ingegaan op de gezondheid van de Bredase burgers, de invloed die de omgeving hierop heeft, de invloed die de bereikbaarheid en toegankelijkheid van zorg erop heeft en tenslotte de invloed die beleid en wetgeving heeft op de gezondheidssituatie van de Bredase burgers. Uit de gezondheidschets van de Bredase burgers volgen de speerpunten van het beleid en de belangrijkste doelgroepen.

In de hoofdstukken zeven tot en met elf én het uitvoeringsplan (bijlage 1) wordt ingegaan op de doelen van het lokale gezondheidsbeleid voor de komende vier jaar en wordt de wijze waarop de gemeente wil werken aan de doelen beschreven. In hoofdstuk zeven wordt per speerpunt een doelstelling geformuleerd. In de hoofdstukken acht en negen worden aanpak, instrumenten en randvoorwaarden beschreven waarmee de gemeente laat zien hoe ze haar doelen wil bereiken. Hoofdstuk tien is de financiële paragraaf en in hoofdstuk elf wordt aangegeven hoe en wanneer het lokale beleid geëvalueerd wordt. Bijlage 1 is het uitvoeringsplan voor de jaren 2008-2009.

2

Visie en doelstelling lokaal beleid volksgezondheid

2.1 Algemene doelstelling gemeentelijk gezondheidsbeleid

Volgens de World Health Organisation (WHO) is 'gezondheid' een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden en niet louter de afwezigheid van ziekte of gebrek. De gemeente hanteert deze definitie van gezondheid. Het gaat dus niet alleen om de lichamelijke gezondheid, maar ook om geestelijke en sociale gezondheid.

Het hebben van een goede gezondheid is een belangrijke voorwaarde om maatschappelijk te kunnen participeren.

> De algemene doelstelling van het gemeentelijke volksgezondheidsbeleid luidt:
> ***De Gemeente Breda stelt zich ten doel de gezondheid van de Bredase burgers zo optimaal mogelijk te beschermen, te bewaken en te bevorderen.***

2.2 Visie op gezondheidsbeleid

De Gemeente Breda wil haar inwoners een gezonde, veilige en prettige leefomgeving bieden. Iedereen vindt gezondheid belangrijk én iedereen maakt graag zelf keuzes, ook als het om gezondheid gaat. De Gemeente Breda is van mening dat burgers in staat moeten zijn om verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen gezondheid en daarin eigen keuzes moeten kunnen maken.

Daarnaast staat de gemeente Breda een sociale samenleving voor en in dat licht wil de gemeente een brede ondersteuning bieden aan groepen in de samenleving die moeite hebben verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen gezondheid. Deze ondersteuning moet aansluiten bij de mogelijkheden, wensen en interesses die deze groepen burgers hebben. De aandacht zal gericht moeten zijn op wat iemand nog kan en waar zijn of haar sterke kanten liggen. De zorg of verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid wordt niet overgenomen, tenzij kwetsbare burgers beschermd moeten worden. Denk bijvoorbeeld aan kinderen van wie de gezondheid en ontwikkeling ernstig bedreigd worden of zorgmijders die wel degelijk zorg nodig hebben. In deze gevallen neemt de gemeente haar verantwoordelijkheid, bijvoorbeeld door de inzet van 'bemoeizorg'.

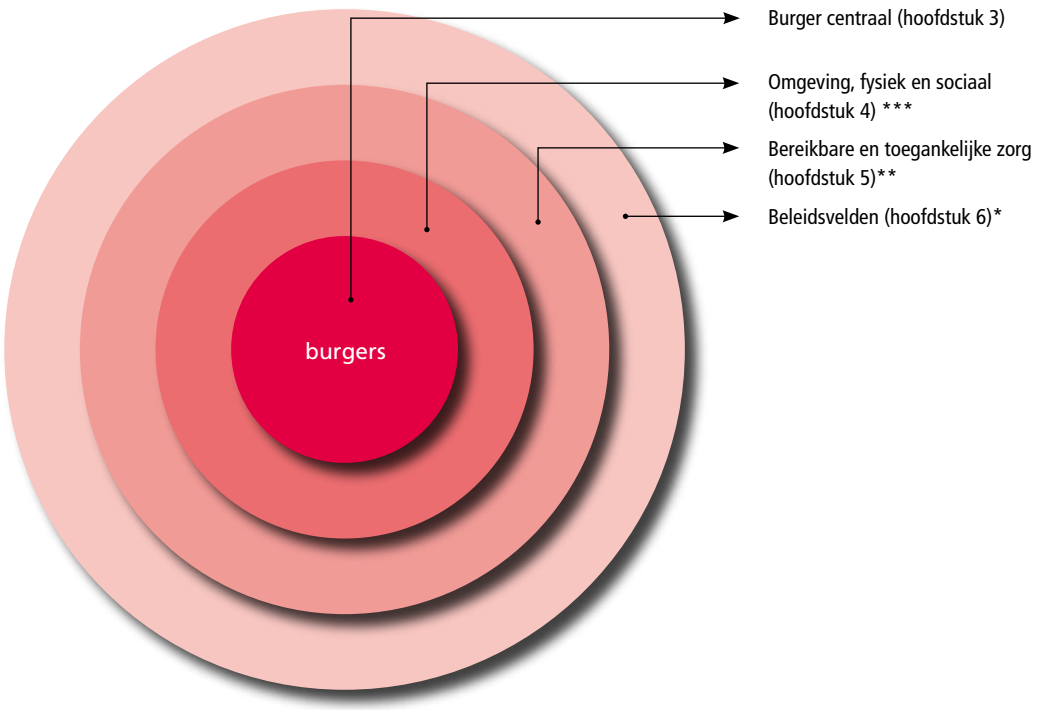
De stad met haar inwoners is voortdurend in beweging. We worden geconfronteerd met klimaatveranderingen, nieuwe ziekten verspreiden zich. Inzichten in gezondheid wijzigen, normen en waarden veranderen, wet- en regelgeving verandert. Nieuwe aanbieders komen op de markt, anderen verdwijnen. Van bedrijfsleven/scholen/instellingen wordt verwacht dat ze een andere of nieuwe rol op zich gaan nemen. Er wordt afgebroken, opnieuw ingericht en gebouwd. Er wordt gespeeld, gefietst, vervoerd, gewerkt, geproduceerd, gerecreëerd en uitgegaan. Te veel om op te noemen. Breda verandert en ook de leefstijl van haar burgers, jong of oud, verandert. Veranderingen in de omgeving en in de leefstijl van de mensen hebben ook gevolgen voor de gezondheid.

De gemeente wil actief inspelen op deze veranderingen. Voorkomen is beter dan genezen. Daarom steekt de gemeente de komende jaren vooral in op ondersteuningsvormen die voorkomen dat burgers gezondheidsproblemen krijgen of die in elk geval de kans op het

ontstaan van gezondheidsproblemen kleiner maken. De gemeente denkt aan collectieve preventie maar ook aan ondersteuning van specifieke groepen.
Ze doet dit samen met partners in het veld. Veel organisaties en instellingen voeren taken uit op het brede terrein van de volksgezondheid. Er zijn daarnaast ook organisaties die niet werkzaam zijn op het terrein van gezondheid, maar toch invloed hebben op de gezondheid van burgers. In het verleden is veel gezondheidswinst behaald door betere huisvesting, scholing, arbeidsomstandigheden, sociale zekerheid en verkeersveiligheid. Ook nu nog liggen veel mogelijkheden voor gezondheidswinst buiten de volksgezondheidssector. Het gezondheidsbeleid van de gemeente zal zich de komende jaren dan ook bewegen op het snijvlak van verschillende beleidsterreinen, zoals welzijn, verkeer, ruimtelijke ordening, wonen en zorg. Intensieve samenwerking tussen zorgaanbieders en andere interessante partijen is noodzakelijk. De gemeente heeft hierbij een belangrijke taak als regisseur; zij wil sturen op samenhang. Op beleidsniveau vult de gemeente de regierol zelf in. Op uitvoeringsniveau neemt de gemeente de regie als het nodig is. De samenwerking van de gemeente betreft niet alleen die met de zorgaanbieders. Ook met de zorgvragers, georganiseerd of ongeorganiseerd, wil de gemeente meer dan vroeger samenwerken. Zij worden betrokken bij het maken van het beleid, maar daarnaast wil de gemeente hun betrokkenheid bij de uitvoering van het gezondheidsbeleid vergroten. Ook meer dan vroeger gaat de gemeente voor de uitvoering van haar beleid op zoek naar onverwachte partners en creatieve oplossingsrichtingen.

Samenvattend: voor de Gemeente Breda geldt dat voor haar burgers de gezonde keuze de makkelijkste keuze moet worden. Daarvoor wil de gemeente niet alleen de burgers stimuleren een gezonde keuze te maken. Ook de omgeving moet gezond en veilig zijn en zorg moet beschikbaar en toegankelijk zijn.

Schematisch wordt de visie van de gemeente hieronder weergegeven.



*Beleidsvelden:	**Bereikbare en toegankelijke zorg:	***Omgeving:
Volksgezondheid, Wmo, Milieu, Ruimtelijke en economische ontwikkeling, Volkshuisvesting, Verkeer&vervoer, Sociale zaken, Onderwijs, Openbare orde, Buitenruimte, Medische zorg, Verpleging en verzorging.	Ziekenhuis, Thuiszorg, Sociale Dienst, GGD, afvalservice, GGZ, Mee-West-Brabant, opvangvoorzieningen, woningcorporaties, woonbegeleiding, jeugdhulpverlening, Breda-actief, verslavingszorg, politie, corporaties, et cetera.	Trapveldjes, fietspaden, bewegwijzering, kunst in de wijk, groen, school, werk, zorgkruispunt, huisarts, verenigingsleven, winkel, lotgenotencontact, belangenorganisatie, buren, familie, vrienden.

Toelichting:
De burger is in het centrum geplaatst. Deze heeft zijn dagelijkse contacten in de directe omgeving, sociaal en fysiek; de eerste schil. Als er ondersteuning nodig is, wordt deze in eerste instantie in de directe omgeving gezocht. Is er meer ondersteuning nodig, dan wordt er een beroep gedaan op professionele ondersteuning, de tweede schil. Als ook deze ondersteuning ontoereikend is dan worden beleidmakers aangesproken, de derde schil. Dit schema is geen statisch geheel. De burgers, partijen en organisaties uit elke schil beïnvloeden elkaar direct en indirect. Beleidmakers zullen bijvoorbeeld direct burgers benaderen om na te gaan wat er leeft. Burgers, verenigd in belangenorganisaties spreken de professionele organisaties aan, maar ook de beleidmakers.

In de hoofdstukken drie tot en met zes worden achtereenvolgens ingegaan op de burger(s)/ de kern en de drie schillen.

3

De burger centraal

De gemeente stelt de burger(s) centraal in het Bredase gezondheidsbeleid. Burgers zijn verantwoordelijk voor de eigen gezondheid en maken met betrekking tot hun gezondheidssituatie zelf keuzes. Tegelijkertijd staat Breda voor een sociale samenleving. Vanuit dat oogpunt wil de gemeente een brede ondersteuning bieden aan mensen die moeite hebben verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen gezondheid.
Om te bepalen welke ondersteuning nodig, is inzicht nodig in de vraag van de Bredase burger(s). Daarnaast is inzicht nodig in wat er leeft bij burgers zodat de ondersteuning die geboden gaat worden aansluit op de wensen en behoeften van de burgers.

Voor het gemeentelijke gezondheidsbeleid gaat het in eerste instantie niet om de individuele vraag, maar om de collectieve vraag van (groepen) burgers van Breda. Het gezondheidsbeleid van de gemeente is op dit gebied vooral preventief. Bij preventie is lang niet altijd sprake van een directe vraag van burgers. Bijvoorbeeld: vaak weet iemand met overgewicht wel dat hij of zij te dik is en dat het eigenlijk niet goed is voor de gezondheid, maar dat leidt lang niet altijd tot een vraag om ondersteuning in de preventieve sfeer.

Inzicht in de gezondheidssituatie van de Bredase burgers helpt de gemeente te bepalen welke ondersteuning op het gebied van preventie het beste geboden kan worden en op welke groepen de ondersteuning het beste gericht kan worden.

3.1 Schets van de gezondheidssituatie van de Bredase bevolking

In Breda wijkt de gezondheidssituatie van burgers niet veel af van de landelijke gezondheidssituatie. Hart- en vaatziekten en psychische stoornissen zijn de belangrijkste gezondheidsproblemen. Daarnaast zijn artrose (gewrichtsaandoeningen) en diabetes veel voorkomende ziekten. Diabetes is de snelst groeiende ziekte. De belangrijkste oorzaken van ongezondheid hebben met de leefstijl te maken; dit zijn roken, overmatig alcoholgebruik en lichamelijke inactiviteit. Landelijk onderzoek laat zien dat 15% van de ouders opvoedproblemen ervaart. 45% van de bevolking is tussen het 18^{e} en 70^{e} levensjaar ooit slachtoffer geweest van huiselijk geweld. Meer dan 10% is wekelijks slachtoffer. Kinderen die opgroeien in een situatie van huiselijk geweld lopen groot risico zelf agressief gedrag te ontwikkelen.

De cijfers over de Bredase bevolking zullen nooit "compleet" zijn, omdat de Gezondheidsmonitor van de GGD West-Brabant bestaat uit een vier-jaarlijkse cyclus onder vier leeftijdsspecifieke doelgroepen (kinderen van 0 t/m 11 jaar, jeugd van 12 t/m 18 jaar, volwassenen van 19 t/m 64 jaar en ouderen van 65 jaar en ouder). Dit betekent dat er elk jaar één doelgroep onderzocht wordt. Eind 2009 zijn alle leeftijdsgroepen aan bod geweest.
Hieronder wordt kort, op basis van de nu beschikbare cijfers, de gezondheidssituatie van de Bredase bevolking per leeftijdsgroep geschetst. Het betreffen gegevens over de gezondheid, over ziektelast en over de leefstijl. Ziektelast betekent dat ziekte leidt tot vroegtijdige sterfte en/of verlies van de kwaliteit van leven.

Gezondheidssituatie van de jeugd in Breda
Eén op de vijf jongeren (12 tot en met 17 jaar) ervaart de eigen gezondheid als matig tot slecht. Twee op de vijf jongeren in Breda heeft één of meer chronische aandoeningen, zoals allergieën, eczeem of andere huidziekten, astma of chronische bronchitis en migraine. Van de jongeren ervaart 14% een slechte psychische gezondheid, meisjes scoren hier slechter dan jongens. Verder is 7% van de jongeren regelmatig het slachtoffer van pesten.

In Breda kampt 12% van de jeugdigen met overgewicht. Op jongere leeftijd (groep twee basisschool) is het percentage wat lager (9%). Rond het elfde jaar (groep zeven basisschool) en veertiende jaar (tweede klas voortgezet onderwijs) neemt het percentage toe (13 tot 14%). Na het veertiende jaar neemt het aantal jongeren met overgewicht weer wat af.

Naast (dagelijks) roken (9%) is vooral het alcoholgebruik onder jongeren zorgwekkend. Momenteel is één op de acht jongeren een zogenaamde 'binge drinker' (een binge drinker drinkt zes of meer glazen alcohol op minstens één weekenddag). Veel jongeren eten ongezond en bewegen niet of weinig. De meeste jongeren (87%) eten niet dagelijks groente en fruit en een kwart van de jongeren in Breda sport minder dan één keer per week (buiten schooltijd). In het schooljaar 2004-2005 is er voor 99 kinderen een gerichte preventief gezondheidsonderzoek van de GGD aangevraagd vanwege het vermoeden van mishandeling of verwaarlozing. In het jaar 2005 is er door het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling in Breda in 126 gevallen onderzoek gedaan wegens (een vermoeden van) kindermishandeling en/of verwaarlozing. In het jaar 2006 keer is er in 189 gevallen onderzoek gedaan wegens (een vermoeden van) kindermishandeling en/of verwaarlozing. Dit is een stijging van 46%. Afgeleid uit landelijke gegevens is de inschatting dat in Breda per jaar ongeveer 1.140 kinderen slachtoffer van kindermishandeling en/of verwaarlozing zijn (3%).

Van de jongeren in de regio West-Brabant die seksueel contact hebben vrijt meer dan de helft wel eens onveilig. Van de 12 tot en met 17 jarigen heeft 16% ooit geslachtsgemeenschap gehad. Van deze groep heeft meer dan de helft het ook wel eens zonder condoom gedaan. Eén op de tien Bredase jongeren heeft wel eens onveilig gevreeën.

Gezondheidssituatie van de volwassenen in Breda

Van de inwoners van Breda ervaart 14% de eigen gezondheid als matig tot slecht en één op de vijf volwassenen ervaart beperkingen in het dagelijks functioneren als gevolg van hun lichamelijke gezondheid. Van de volwassenen in Breda heeft ruim eenderde één of meer chronische aandoening(en). Artrose, hartziekten en diabetes komen het meeste voor. Met het stijgen van de leeftijd, nemen gezondheidsproblemen toe. 19% van de volwassenen in Breda ervaart een slechte psychische gezondheid. Ook komt eenzaamheid veel voor: 37% van de 19-64-jarigen voelt zich matig tot zeer ernstig eenzaam. Hart- en vaatziekten, angststoornissen, beroerte, depressie en chronische longziekten zorgen voor de grootste ziektelast. Bijna de helft (ruim 40%) van de Bredase burgers heeft overgewicht.

Eén op de drie volwassenen rookt, één op de acht drinkt overmatig alcohol en ruim 40% beweegt te weinig. Daarnaast eten de meeste volwassenen (90%) onvoldoende groente en fruit.

Gezondheidssituatie van de ouderen in Breda

Met het stijgen van de leeftijd nemen gezondheidsproblemen en het zorggebruik toe.
Ruim een kwart van de ouderen ervaart de eigen gezondheid als matig tot slecht. Van de 65-plussers heeft 70% één of meer chronische aandoeningen vastgesteld door een arts. De vier meest voorkomende aandoeningen zijn: hoge bloeddruk, gewrichtslijtage, diabetes en een ernstige aandoening aan de rug. Verder voelt ruim één op de vijf ouderen zich psychisch ongezond. Eén op de acht ouderen in Breda is vanwege de gezondheid niet in staat om ergens naar toe te gaan. Verder heeft een aanzienlijk deel van de ouderen moeite met de zelfredzaamheid. Zo heeft 57% moeite met, of hulp nodig bij het uitvoeren van huishoudelijke activiteiten en gaat één op de vijf ouderen wel eens ergens niet naar toe vanwege vervoersproblemen.

Momenteel voldoet 73% van de ouderen niet aan de groenteconsumptie en ruim de helft van de ouderen niet aan de fruitconsumptie. De beweegnorm (dagelijks 30 minuten bewegen) wordt door 41% van de ouderen niet gehaald. Van de 65-plussers rookt 17% en is 12% een zware drinker.

Ruim één op vier ouderen in Breda is kwetsbaar. Kwetsbare ouderen zijn 65-plussers met een hoge draaglast (niet zelfredzaam en beperkt door lichamelijke aandoeningen) en een lage

draagkracht (geen regie over eigen leven, alleenwonend en ouderen die alleen AOW ontvangen). Ruim 4% van de Bredase ouderen (55+) woont vanwege hun lichamelijke en/of geestelijke gesteldheid niet meer zelfstandig thuis. Daarnaast heeft één op de vijf, nog zelfstandig wonende, ouderen gezondheidsproblemen. Het percentage alleenstaande vrouwen 75+ bedraagt 12%. Ruim 13% van de Bredase hoogbejaarden (80+) woont nog zelfstandig. Deze laatste twee groepen lopen risico op sociaal isolement.

Prognosecijfers laten zien dat de bevolking in het geheel toeneemt (ruim 3%) en vergrijst. Het aandeel 65-plussers neemt tot 2020 toe met bijna 30%. De verwachting is dat door de vergrijzing (grote toename van vooral 65-plussers) het aantal nieuwe gevallen van infecties, gezichtsstoornissen, rugaandoeningen en ongevallen sterk toe zal nemen. Ook het vóórkomen van hartfalen, beroertes en hart- en vaatziekten neemt naar verwachting sterk toe, als het aantal mensen met diabetes. Tot het jaar 2025 wordt op Nederlandse schaal een stijging van het aantal ouderen verwacht van zo'n 30%.
Daarnaast is het waarschijnlijk dat het aantal patiënten met diabetes nog harder zal stijgen door de toename van het aantal mensen met overgewicht. Ook het zorggebruik in de sectoren verzorging, verpleging en thuiszorg zal sterk toenemen.

3.2 Gezondheidsverschillen tussen diverse groepen burgers

Het is een gegeven dat er verschillen bestaan in de gezondheid van verschillende groepen burgers. De hiervoor gegeven schets van de gezondheid is algemeen, waarbij onderscheid is gemaakt tussen jeugd, volwassen en oud. Voor collectieve preventie is deze indeling goed te hanteren.

Meer specifieke ondersteuning voor groepen burgers vraagt om een nadere gezondheidsschets voor die specifieke groep. In deze paragraaf wordt nader ingegaan op het verschil in gezondheid tussen mensen met een lage sociaal-economische status en mensen uit de hogere sociaal-economische lagen van de bevolking. De gezondheidsverschillen tussen deze groepen zijn zo duidelijk dat daar in het beleid in ieder geval rekening mee moet worden gehouden.

Mensen met een lage sociaal-economische status (lage SES) hebben een minder goede gezondheid dan mensen met een hogere sociaal-economische status. Mensen met een lage opleiding leven gemiddeld bijna vier jaar korter en brengen tien tot vijftien jaar minder lang door in goede gezondheid dan mensen met een hoge opleiding. Ook in Breda bestaan deze sociaal-economische verschillen. Mensen met een lage SES wonen vooral in de aandachtswijken. In deze wijken beoordelen meer mensen de eigen gezondheid als matig tot slecht (25% ten opzichten van Breda 14%). Een op de drie volwassenen in de aandachtswijken voelt zich psychisch ongezond, ook dit is beduidend hoger dan in Breda als geheel (19%). Bovendien voelen meer mensen in de aandachtswijken zich beperkt ten gevolge van lichamelijke gezondheid of door emotionele problemen. Verder rapporteert 41% van de volwassenen uit aandachtswijken één of meerdere chronische aandoeningen te hebben.

Een deel van deze gezondheidsverschillen wordt veroorzaakt door de minder gezonde leefstijl. Mensen met een lage SES roken en drinken meer alcohol, eten minder groente en fruit en bewegen minder. Bovendien ligt het drugsgebruik hoger, komt stress vaker voor en is er minder sociale steun aanwezig. Ook zijn hun woon- en werkomstandigheden vaak minder gunstig voor de gezondheid.

Een slechtere gezondheid is er voor een deel de oorzaak van dat mensen tot een lagere SES-groep gaan behoren. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk dat men door gezondheidsproblemen zijn werk verliest, minder inkomen heeft en sociaal geïsoleerd raakt. Een deel van de samenhang tussen SES en gezondheid blijft echter onverklaard (bron: RIVM).
Als kwetsbare groepen zijn landelijk de volgende groepen vastgesteld: éénoudergezinnen, allochtonen, ouderen, chronisch zieken en mensen met een beperking. De gemeente Breda voegt hier de groep jonge mantelzorgers aan toe. In veel publicaties wordt ervan uitgegaan dat tenminste 10% van de thuiswonende kinderen een ouder, broer of zus heeft die chronisch ziek is of een handicap heeft. De jonge mantelzorger wordt geconfronteerd met extra

huishoudelijk werk en het bieden van verzorging. Dit leidt vaak tot stress en oververmoeidheid.

In het rapport 'gezondheid telt! In Breda', kernboodschappen voor lokaal beleid, is meer informatie te vinden over de gezondheidstoestand van de inwoners van Breda. Ook in de Regionale Volksgezondheid Toekomst verkenning 2006 (Gezondheid telt! In West-Brabant) is meer informatie te vinden.

3.3 Conclusies voor gezondheidsbeleid

Uit de gezondheidsschets kunnen speerpunten van beleid worden afgeleid en kunnen kwetsbare groepen worden benoemd.

Speerpunten van beleid
De gezondheidsschets leidt tot de volgende speerpunten van beleid: preventie van roken, overgewicht, schadelijk alcoholgebruik, diabetes, depressie. De gemeente sluit hiermee aan op de landelijke speerpunten.

Roken, overgewicht en schadelijk alcoholgebruik zijn leefstijlfactoren. Het is vooral een ongezonde leefstijl die zorgt voor gezondheidsproblemen als hart- en vaatziekten en kanker (dit zijn de twee ziekten waar de meeste mensen aan overlijden). Preventie van deze drie leefstijlfactoren zal zich vooral moeten richten op gedragsverandering. Daarnaast kunnen in de voorwaardenscheppende sfeer verschillende maatregelen getroffen worden die burgers uitdagen tot gezond gedrag. Dan gaat het vooral om maatregelen in de sociale en fysieke omgeving of juridische maatregelen.

Depressie en diabetes zijn ziekten waarvan het aantal patiënten in de afgelopen tien jaar fors is gestegen. Diabetes veroorzaakt een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, blindheid en nierziekten. Diabetes kan ondermeer voorkomen worden door het terugdringen van overgewicht. Preventie van depressie is belangrijk omdat het een groot verlies van kwaliteit van leven tot gevolg heeft. Preventie moet vooral gericht zijn op het vroeg opsporen van milde depressieklachten.

Chronische aandoeningen zoals allergieën, eczeem of andere huidziekten waar veel jongeren, maar ook volwassenen mee kampen geven een veel minder grote ziektelast dan hart- en vaatziekten, diabetes en depressie. Daarom wordt preventie van deze aandoeningen niet als speerpunt aangemerkt.

Behalve de vijf speerpunten die aansluiten op de landelijke speerpunten benoemt de gemeente voor Breda nog twee speerpunten. De gezondheidssituatie van de jeugd laat zien dat preventie van psychosociale problematiek en seksueel overdraagbare aandoeningen belangrijk zijn. In de groepsinterviews is ook duidelijk naar voren gekomen dat de zorg voor mensen, met name kinderen en jongeren, met psychosociale problemen aandacht behoeven.

Aandacht voor kwetsbare groepen
Het gezondheidsbeleid is vooral preventief beleid. Dit betekent dat hoe eerder in een leven er gericht gewerkt wordt aan een gezonde leefstijl hoe groter de kans op een gezond leven is. Hoewel het met een groot deel van de jeugd goed gaat, is er toch sprake van zorgwekkende trends, zowel op het gebied van leefstijl als op het gebied van psychosociale problematiek (gedrags- en emotionele problemen, risicovolle opvoedingssituaties). Er is een sterke samenhang met sociaaleconomische status. Ook zijn er andere kwetsbare groepen jongeren te onderscheiden zoals allochtonen, kinderen van verslaafden, kinderen van ouders met lichamelijke beperkingen of psychiatrische problematiek/jonge mantelzorgers.
De Gemeente Breda kiest er daarom voor kinderen en jongeren als belangrijkste doelgroep binnen het gezondheidsbeleid aan te merken.

De gemeente realiseert zich dat gezondheidsverschillen tussen groepen burgers altijd zullen blijven bestaan. Dit neemt niet weg dat de gemeente juist die mensen die in minder goede

gezondheid verkeren of groter risico lopen gezondheidsproblemen te krijgen moet proberen te bereiken. Bij kwetsbare groepen is grotere gezondheidswinst te halen. Daarom kiest de gemeente als tweede belangrijke doelgroep de burgers met een lagere opleiding en een lager inkomen.

Gelet op de omvang van huiselijk geweld problematiek zal de gemeente de bijdrage aan het Advies en steunpunt huiselijk geweld onverkort in stand houden en waar mogelijk versterken. In deze nota wordt verder niet ingegaan op het gemeentelijke beleid ten aanzien van huiselijk geweld, omdat dit onderdeel uitmaakt van andere beleidsvelden (openbare geestelijke gezondheidszorg en vrouwenopvang; de Wmo).

4

De omgeving

Gezondheid wordt niet alleen bepaald door persoonsgebonden factoren (genetisch, biologisch). Ook de leefstijl en de omgeving (fysiek, sociaal) zijn van invloed op gezondheid. In hoofdstuk 3 zijn leefstijlfactoren en een aantal sociale omgevingsinvloeden (sociaal-economische gezondheidsverschillen) beschreven. In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de sociale invloeden. Daarnaast komen andere omgevingsinvloeden aan bod, zoals de woonomgeving en het milieu. Het hoofdstuk sluit af met conclusies voor het beleid.

4.1 Sociale omgeving

Naast sociaal economische factoren spelen andere factoren in de sociale omgeving een rol. Zo heeft het sociale netwerk van familie, vrienden en collega's invloed op gedragskeuzen van een persoon. Er kan sprake zijn van sociale steun of sociale druk. Sterke sociale verbanden hebben directe invloed op gezondheid. Het houdt de gemeenschap bij elkaar, werkt door in welbevinden, maar ook in economische productiviteit, in misdaadcijfers en in armoedecijfers. Het beschikbaar zijn van voldoende mantelzorg, burenhulp, vrijwilligerswerk draagt bij aan de gezondheid van burgers. Tegelijk kan de druk op mantelzorgers, buren of vrijwilligers zo groot worden dat het weer ten koste gaat van de gezondheid van de persoon die hulp biedt. Sociale steun kan gevonden worden bij belangengroepen, zelfhulpgroepen, lotgenotencontact, het verenigingsleven. Ook de diversiteit in culturele achtergrond van burgers in wijken en buurten is van invloed op de leefomgeving.

4.2 Woonomgeving

De inrichting van de woonomgeving met daarbij de aanwezigheid van groen heeft in belangrijke mate invloed op de gezondheid en het gezondheidsgedrag van de inwoners. In een verkeers- en sociaal veilige woonomgeving zijn mensen meer geneigd te gaan bewegen. Een veilige en groene woonomgeving nodigt uit tot fietsen en lopen. Actief bezig zijn is het makkelijkste vol te houden als het past binnen de dagelijkse routine. De inrichting van een wijk biedt daarom belangrijke aangrijpingspunten voor gezondheidsbevordering. De aanwezigheid van groen kan ook gunstige invloed hebben op de luchtkwaliteit en het beperken van geluidshinder. Bij de (her)ontwikkeling van een buurt of wijk zal dan ook gekeken moeten worden naar mogelijkheden voor gezondheidsbevorderende maatregelen. De woonomgeving moet zo zijn ingericht dat mensen, vooral diegenen met beperkingen, veilig en makkelijk winkels en gezondheidsvoorzieningen kunnen bereiken. Sport en trapveldjes in de directe omgeving nodigt de jeugd uit tot buiten spelen. Scholen in de buurt kunnen bijvoorbeeld hun speelplaats openstellen.

Lang is gedacht dat gemengd bouwen ertoe zou leiden dat verschillende groepen burgers binnen een buurt of wijk ook meer samen gaan leven (gemengd leven). Dat is niet automatisch het geval. Mensen zoeken gelijkgestemden op, bijvoorbeeld op basis van leefstijl en opleidingsniveau. Maar gemengd bouwen schept wel de mogelijkheid om elkaar binnen de buurt te ontmoeten. Belangrijk is dan, dat er in die buurt ook voorzieningen zijn waar allerlei verschillende mensen graag gebruik van maken, bijvoorbeeld een speeltuin, een park, een sportvoorziening, de Brede School, een zorgkruispunt.

4.3 Milieu

Het buitenmilieu is sterk van invloed op de gezondheid van burgers. Luchtverontreiniging (fijn stof en stikstofdioxide) en geluidsoverlast vormen de grootste bedreigingen voor de gezondheid. Bij fijn stof en stikstofdioxide gaat het dan vooral om gebieden langs drukke (snel)wegen. Voor fijn stof worden in Breda overschrijdingen gemeten van de dagnorm bij de meetstations van het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu). Het RIVM zal eind 2007 een onderzoek starten naar de herkomst van fijn stof in Breda. Verkeer is ook de belangrijkste veroorzaker van geluidsoverlast. Het betreft vooral verkeersintensieve wegen die op korte afstand lopen van de bebouwing. Blootstelling aan omgevingsgeluid kan leiden tot tal van gezondheidsklachten. De dagnorm is geen gezondheidskundige norm; ook beneden deze norm kunnen nog gezondheidseffecten optreden.
Het onderwerp straling leidt vaak tot ongerustheid.

In huizen, scholen, kindercentra, verzorgingshuizen en dergelijke kan de kwaliteit van het binnenmilieu een bedreiging voor de gezondheid vormen. Radon (afkomstig van bouwmaterialen), tabaksrook en schimmel- en vochtplekken zijn de belangrijkste veroorzakers van ongezondheid. Ook luchtverontreiniging in de directe omgeving kan leiden tot een slechte kwaliteit van de binnenlucht. In Breda woont ruim een kwart van de inwoners in een huis met schimmel- of vochtplekken. Een slechte kwaliteit van de binnenlucht in scholen kan leiden tot slechtere leerprestaties en gezondheidsklachten zoals hoofdpijn, vermoeidheid en verminderde concentratie. Het is zaak om mensen te wijzen op het belang van een goede ventilatie van hun woning, ook al ligt hun woning langs een drukke weg.

De aanwezigheid van bodem- en/of grondwaterverontreiniging kan door direct contact met, of door uitdamping van verontreinigende stoffen, tot verhoogde blootstelling aan chemische stoffen leiden en daarmee de gezondheid beïnvloeden.

Als laatste kunnen bepaalde risicovolle activiteiten bij calamiteiten van invloed zijn op de leefomgeving. Denk bijvoorbeeld aan transport van gevaarlijke stoffen over de weg of over het spoor. Het is van belang goed te communiceren over deze risico's en wat te doen bij rampen (risicocommunicatie). Dit is ook een speerpunt vanuit het Rijk.

4.4 Conclusies voor gezondheidsbeleid

De sociale en fysieke omstandigheden zijn van invloed op gezondheid en gezond gedrag. Er is daarom niet alleen inzicht nodig in de gezondheidssituatie van de Bredase burger om de vraag te kunnen bepalen. Ook een analyse van de leefomgeving is nodig om te bepalen welke activiteiten en maatregelen bijdragen aan de gezondheid van burgers.

Werken aan gezondheid betreft daarom niet alleen het uitvoeren van gezondheidsbevorderende activiteiten gericht op groepen burgers. Het betreft ook maatregelen die de omgeving gezonder, veiliger en socialer maken. Goede communicatie rondom zaken als GSM/UMTS-antennes is belangrijk om onnodige onrust te voorkomen.

De omgevingsinvloeden die in dit hoofdstuk zijn benoemd zijn vooral die zaken waar de gemeente vanuit haar lokale beleid iets aan kan doen. Andere invloeden van buiten zijn met gemeentelijk beleid nauwelijks te beperken of positief aan te wenden. Een voorbeeld is de verandering van ons klimaat. Hier zal landelijk en zelfs mondiaal op ingespeeld moeten worden. De gemeente zal, indien nodig en mogelijk, wel inspelen op eventuele gevolgen van klimaatveranderingen. Als gevolg van klimaatveranderingen komt het voor dat er nieuwe soorten insecten in Nederland en ook in Breda de kop opsteken. Dit kan ertoe leiden dat er in Nederland nieuwe infectieziekten voor gaan komen.

5

Bereikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg

Professionele organisaties komen in beeld als ondersteuning nodig is en deze wordt niet in de directe omgeving gevonden. Bereikbare en toegankelijke zorg kan leiden tot verbetering van de gezondheidstoestand van een persoon, van stabilisatie van de toestand of een vermindering van beperkingen (bijvoorbeeld bij chronisch zieken). De aanwezigheid en beschikbaarheid van professionele organisaties bepaalt daarom mede de gezondheid van burgers. Het betreft niet alleen professionele organisaties die actief zijn op het terrein van de gezondheidszorg, maar ook op het terrein van wonen, welzijn, sport, cultuur, onderwijs en marktpartijen.

5.1 De organisaties

Professionele zorg dient in voldoende mate beschikbaar te zijn en vooral ook toegankelijk te zijn. Het gaat dan vooral om preventie, thuiszorg, huisartsen, apotheek, ziekenhuiszorg, de verzorgings- en verpleeghuizen, de jeugdzorg, verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg.
Als de toegang tot deze zorgvoorzieningen laagdrempelig is, dan heeft dit een positief effect op de gezondheid van mensen. Dit geldt ook voor acute zorg die bereikbaar en beschikbaar is (denk aan het ambulancevervoer, verloskundigen, huisartsenposten).

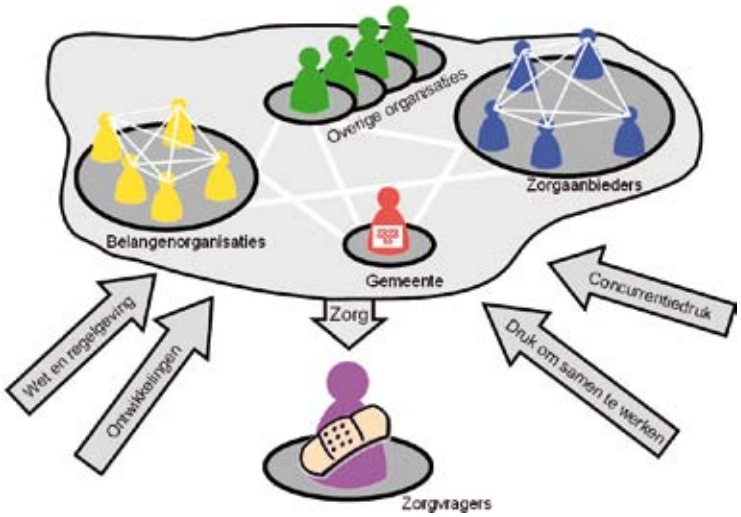
Ook professionele organisaties zoals corporaties of fitnesscentra, privéklinieken, de horeca, detailhandel, het bedrijfsleven kunnen van invloed zijn op de gezondheid van burgers. Denk hierbij aan bijvoorbeeld het binnenmilieu in huurwoningen, arrangementen voor fitnesscentra die worden aangeboden door de werkgever, partijen die evenementen organiseren.

De GGD heeft in het veld van organisaties een bijzondere positie. De GGD kan enerzijds gezien worden als een gemeentelijke dienst, omdat deze bestuurlijk door de gemeente, samen met de zeventien andere gemeenten, wordt aangestuurd. Omdat de aansturing op regionaal niveau plaatsvindt is de GGD 'op afstand' gekomen van de gemeente. De GGD wordt door het veld, maar ook door verschillende gemeentelijke diensten, vooral gezien als één van de aanbieders in het veld.

5.2 Het ontstaan van samenwerkingsverbanden

Het aanbod van activiteiten op het terrein van gezondheid wordt door de professionele organisaties nog vaak versnipperd aangeboden. Gemeente en organisaties streven naar efficiëntere inzet van activiteiten en middelen. De afgelopen jaren heeft dit geleid tot samenwerkingsverbanden waarbinnen het aanbod van de diverse organisaties op elkaar wordt afgestemd. Daar komt bij dat organisaties geconfronteerd worden met problemen die zo complex zijn dat deze niet door één organisatie kunnen worden aangepakt. Ook dit dwingt organisaties tot samenwerking. Voorbeelden van samenwerking zijn de ontwikkeling van: bemoeizorg, Maatschappelijke Steunsystemen (MASS), de gebiedsgerichte aanpak van depressie gericht op ouderen, Heuvel 55+ in beweging, de BOS-projecten, Brede School, de proeftuin WMO, de GWI-aanpak en de preventieprogramma's volksgezondheid als uitwerking van het thema 'sturen op samenhang'.

Samenwerkingsverbanden met ziekenhuis en huisartsen vindt in Breda in veel mindere mate plaats. Dit geldt ook voor samenwerkingsverbanden met bijvoorbeeld culturele en educatieve instellingen. Maar ook belangenorganisaties kunnen bij de samenwerking betrokken worden. Zij vertegenwoordigen enerzijds de vragers en anderzijds hebben zij vaak zelf ook een aanbod.



De toenemende marktwerking in de zorg en preventie is van invloed op de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Er ontstaat een spanning tussen de steeds groter wordende concurrentie enerzijds en de noodzaak tot samenwerking bij de aanpak van grote maatschappelijke problemen anderzijds. De vraag is of de (prijs) concurrentie ten koste zal gaan van de kwaliteit. De gesignaleerde problemen op het terrein van de volksgezondheid vragen ook om een gezamenlijke inspanning van meerdere partijen.

5.3 Toegankelijkheid

De toegankelijkheid van zorg kan door tal van factoren beperkt worden. Bijvoorbeeld door wachtlijsten, het ontbreken van voorzieningen, personeelstekorten, geografische afstand of door financiële, sociale en culturele belemmeringen. De gemeente vindt het belangrijk dat er een rechtvaardige verdeling is van de beschikbare voorzieningen voor al haar burgers. In deze paragraaf gaat het niet over de toegankelijkheid van de gebouwen, maar over het zorggebruik en de mate waarin de zorg aansluit bij de wens/behoefte van de burger(s).

Er zijn nog steeds verschillen in zorggebruik door verschillende groepen mensen, maar de verschillen zijn niet groot. Lager opgeleiden bijvoorbeeld maken van sommige zorgvoorzieningen minder gebruik dan hoger opgeleiden. Het betreft dan vooral tandartsbezoek, psychosociale hulp en het laten maken van een uitstrijkje. Allochtonen bijvoorbeeld maken gemiddeld minder gebruik van fysiotherapie, thuiszorg en medicijnen dan autochtonen.
De mate waarin een organisatie toegankelijk is voor alle verschillende doelgroepen hangt af van de kwaliteit van de werkwijze van de organisatie. Verborgen discriminatie komt bijvoorbeeld nog geregeld voor; een moeilijke klant helpen kost immers meer tijd (en dus meer geld) dan een gemiddelde klant helpen. Daarnaast geldt dat de werkwijze van een organisatie meestal past bij de vraag van één (dominante) doelgroep; het betreft dan in de regel autochtone doelgroepen. De werkwijze is in dit geval bij allochtone doelgroepen minder effectief. Het aanbod van een organisatie sluit daarom niet altijd aan bij alle doelgroepen.

Gebruik maken van zorg- en hulpverlening is een vorm van participatie. Daarom is het van belang dat burgers, vooral bij preventie, betrokken worden bij de voorbereiding van activiteiten, maar ook bij de evaluatie ervan. Dit kan op verschillende manieren. Individuele burgers kunnen gevraagd worden zitting te nemen in een klantenpanel of forum die programma's en activiteiten toetst op kwaliteit.
De GGD is in 2007 gestart met gericht onderzoek naar de kwaliteit van haar producten. De resultaten van de onderzoeken worden voorgelegd aan een klantenforum. De Gemeente Breda vormt een van de drie klantenfora die de GGD heeft. De GGD zal bij haar onderzoeken ook gebruik maken van klantenpanels. Er is nu nog weinig ervaring opgedaan met klantenpanels, maar het is een goede manier om burgers te betrekken bij de uitvoering van beleid. Voor de klantenpanels kunnen naast individuele burgers ook belangenorganisaties gevraagd worden.

Maar ook belangenorganisaties, zoals ouderenbonden, het Bredaas Centrum Gehandicaptenbeleid, zorgbelang, MEE West-Brabant, wijkraden, bewonersverenigingen et cetera. kunnen direct betrokken worden bij de ontwikkeling van programma's. Vaak hebben zij zelf ook activiteiten die onderdeel kunnen zijn van een programma. Burgerinitiatieven (kleinschalige projecten en activiteiten) dienen waar mogelijk een plaats te krijgen in de samenwerkingsverbanden.

Vrijwel alle professionele organisaties hebben cliëntenraden, die betrokken worden bij de ontwikkeling van het beleid van de organisatie en bij de uitvoering ervan.

5.4 Conclusies voor gezondheidsbeleid

De toegankelijkheid van voorzieningen kan verder verbeteren als meer dan nu rekening wordt gehouden met de wensen en behoeften van de burger en de culturele verschillen die er zijn tussen burgers en groepen burgers. De gemeente zal hierop sturen de komende jaren.

Het betrekken van burgers bij de ontwikkeling en uitvoering van activiteiten en de evaluatie ervan kan verder verbeteren. Naast de aanwezigheid van cliëntenraden ziet de gemeente het werken met klantenpanels als een positieve ontwikkeling om burgers te betrekken. De gemeente zal activiteiten en programma's toetsen op de mate waarin burgers betrokken zijn bij de ontwikkeling ervan of betrokken worden bij de uitvoering en evaluatie.

Verder zal de gemeente inzetten op versterking van de al ontstane samenwerkingsverbanden en het zoeken naar nieuwe samenwerkingspartners, binnen en buiten de sector. De samenwerking zal zich richten op de realisatie van een samenhangend aanbod dat bijdraagt aan de oplossing van complexe maatschappelijke/gezondheidsvraagstukken. Het speerpunt 'Sturen op samenhang' uit de eerste nota Beter Breda blijft ook in de komende periode aandacht vragen.

De gemeente heeft directe invloed op organisaties waarmee zij een bestuurlijke (GGD) en/of een financiële (subsidies en contracten) relatie heeft. Met organisaties waarmee de gemeente geen bestuurlijke of financiële relatie heeft zal de gemeente via overleg en samenwerking tot afspraken moeten komen over de afstemming van het aanbod. Marktpartijen zullen gevraagd worden hoe zij kunnen bijdragen om de omgeving gezonder, veiliger en socialer te maken.

6

De rol van de overheid

Dit hoofdstuk schetst het wettelijk kader en het landelijke volksgezondheidsbeleid en de beleidsterreinen die raken aan het gezondheidsbeleid. Vervolgens worden conclusies getrokken voor het lokale beleid volksgezondheid.

6.1 Het wettelijke kader

De rol van de gemeente voor volksgezondheid is vastgelegd in de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv). De gemeentelijke taken liggen op het terrein van gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Deze wet onderscheidt drie deelterreinen: de collectieve preventie, de infectieziekten bestrijding en de jeugdgezondheidszorg. Voor het deelterrein infectieziekten bestrijding is ook de Infectieziektenwet van kracht.

De gemeente is verplicht elke vier jaar een nota volksgezondheid te maken. Daarbij dient de gemeente in haar preventiebeleid aan te geven wat zij op de drie deelterreinen doet. In de wet worden de taken en bevoegdheden van de gemeente beschreven (zie ook paragraaf 7.1. en bijlage 2). De wet schrijft ook voor dat de gemeente een gezondheidsdienst heeft en in stand houdt. De gemeente Breda heeft daarom samen met de zeventien andere gemeenten van West-Brabant één gezondheidsdienst. Hiertoe is een gemeenschappelijke regeling getroffen, die de bestuurlijke verantwoordelijkheid van de GGD West-Brabant regelt. De GGD voert de direct uitvoerende taken (basistakenpakket) van de gemeente uit. Bovendien is de gemeente verplicht advies te vragen aan de GGD voordat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie. Wat betreft de Jeugdgezondheidszorg heeft de GGD de zorg voor 4-18 jarigen. De zorg voor 0-4 jarigen heeft de gemeente neergelegd bij de Thuiszorg.

6.2 Rijksbeleid

Het landelijke volksgezondheidsbeleid
Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is net als de gemeente wettelijk verplicht elke vier jaar preventiebeleid vast te stellen. Voor de periode 2007-2010 is het rijksbeleid vastgelegd in de preventienota 'Kiezen voor een gezond leven'. De speerpunten zijn: het aanpakken van roken, overgewicht, schadelijk alcoholgebruik, diabetes en depressie.

Het ministerie geeft bij de uitvoering van haar beleid via landelijke organisaties, die zich met gezondheid bezighouden, richting aan de uitvoering van taken door GGD-en andere organisaties op het gebied van volksgezondheid. Op landelijk niveau worden ook afspraken gemaakt over de kwaliteit van de dienstverlening en over de uitvoering van de wettelijk taken.
Zo wordt op landelijk niveau sterk ingezet op infectieziektenbestrijding. Maar ook op het gebied van de jeugdgezondheidszorg wordt door het rijk sterk gestuurd. In het kader van de jeugdgezondheidszorg zijn gemeenten verplicht het Elektronisch Kinddossier in te voeren en het rijk stuurt sterk op een integrale uitvoering van de jeugdgezondheidszorg.

De inspectie voor de volksgezondheid houdt, in de meest brede zin van het woord, toezicht op alle activiteiten die worden uitgevoerd en gericht zijn op het gezond houden van mensen. De inspectie gaat na of men de goede dingen doet en of men de dingen goed doet. In het laatste rapport over de openbare gezondheidszorg (2005) concludeert de inspectie ondermeer dat *'de bestuurlijke betrokkenheid bij de openbare gezondheidszorg verbeterd is, maar de sturing nog onvoldoende is'*.

Raakvlakken met andere beleidsvelden
Behalve het rijksbeleid op het terrein van de volksgezondheid is het rijksbeleid op andere beleidsvelden ook van invloed op de gezondheid van burgers.

Een voorbeeld is de toekomstagenda Milieu, uitgebracht door het rijk. Hierin zijn tal van acties opgenomen onder de noemer leefomgevingskwaliteit. De acties moeten leiden tot een vermindering van het aantal gezondheidsklachten door milieuproblemen en zijn gericht op: een gezonde lokale leefomgeving, risicocommunicatie met burgers, een gezond milieu in gebouwen en woningen en algemeen gezondheids- en milieubeleid. Onlangs is het Actieprogramma Milieu en Gezondheid 2002-2006 afgerond. In het kader van het Actieprogramma zijn activiteiten ondernomen op het gebied van binnenmilieu van woningen en scholen, lokaal omgevingsbeleid, informatievoorziening aan burgers en omgaan met risico's. De in gang gezette activiteiten worden gecontinueerd in de Nationale Aanpak Milieu en Gezondheid. Vanaf 2008 zullen jaarlijks speerpunten geformuleerd worden waarop het Rijk zal inzetten. Verder is er inmiddels een Actieplan Kind, Milieu en Gezondheid opgesteld met speciale aandacht voor luchtkwaliteit op en rond scholen, voldoende veilige speelruimte en een rustige leeromgeving. Verder neemt de gemeente het voortouw waar het verbetering betreft van communicatie en informatie aan de bevolking over GSM/UMTS.

Belangrijk om in deze paragraaf te noemen is de komst van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Onder de Wmo vallen de beleidsvelden op het gebied van zorg, welzijn en sport. Tal van taken die vallen onder de Wmo raken, of overlappen, taken die vallen onder het veld van de volksgezondheid. Zo is opvoedingsondersteuning een belangrijk onderdeel van het Jeugdbeleid (Wmo) maar komt ook in de Jeugdgezondheidszorg terug. Verder is de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) per 1 januari 2007 overgeheveld van de Wcpv naar de Wmo, omdat dit nauw samenhangt met de maatschappelijke opvang, de vrouwenopvang en de verslavingszorg. Het geven van advies en informatie is zowel in de Wmo als op het gebied van collectieve preventie een belangrijke gemeentelijke taak.

De Wcpv en Wmo lopen in elkaar over bij de uitvoering van activiteiten. De gemeente zal daarom het gezondheidsbeleid en het beleid op de diverse beleidsterreinen binnen de Wmo nauw op elkaar moeten afstemmen.

Zoals al aangegeven heeft het gezondheidsbeleid raakvlakken met beleidsterreinen zoals milieu, ruimtelijke en economische ontwikkeling, volkshuisvesting, sociale zaken, onderwijs, verkeer&vervoer, openbare orde. Door samen te werken op deze beleidsvelden is gezondheidswinst te halen.

Toelichting
De plaats van het gezondheidsbeleid:
In de binnenste cirkel zijn de beleidsvelden Gezondheid en Wmo bij elkaar geplaatst, omdat deze velden in de uitvoering in elkaar overlopen.
Verder zijn er raakvlakken met tal van andere beleidsvelden; deze zijn er omheen geplaatst.

6.3 Conclusies voor lokaal gezondheidsbeleid

De gemeente zal rekening moeten houden met het rijksbeleid en de normen die op landelijk niveau gesteld zijn. De gemeente sluit met deze nota op lokaal niveau aan op het landelijke gezondheidsbeleid en zal waar mogelijk gebruik maken van landelijke ondersteuning als dit de uitvoering van het lokale beleid kan versterken.
Behalve rekening houden met het rijksbeleid zal de gemeente rekening moeten houden met het oordeel van de inspectie. Toch zijn er nog ruime mogelijkheden voor lokaal beleid. Deze nota Beter Breda 2008-2011 is de tweede gezondheidsnota van de Gemeente Breda. De aanbevelingen uit de eerste nota Beter Breda zijn in deze nota meegenomen.

Conform de wettelijke eisen zijn de direct uitvoerende taken van de gemeente op het terrein van gezondheidsbeleid ondergebracht bij de GGD West-Brabant. De GGD stelt op basis van de in de wet beschreven taken en bevoegdheden vierjaarlijks het basistakenpakket samen voor de drie deelterreinen. Dit doet de GGD in nauw overleg met de achttien gemeenten. De omvang van het basistakenpakket is echter niet bij wet vastgelegd. Hierin zit beleidsruimte voor de gemeente. Bovendien is binnen het basispakket bij een aantal taken ruimte gelaten om per gemeente een eigen accent te leggen (maatwerk). De gemeente maakt hierover jaarlijks afspraken met de GGD en zal dat voor de komende periode ook blijven doen.

De Gemeente Breda onderkent de noodzaak om tot uitvoering van integrale jeugdgezondheidszorg te komen De gemeente streeft ernaar dat dit uiterlijk 1 januari 2009 gerealiseerd is. Ook zal de gemeente ervoor zorgdragen, in samenspraak met de andere gemeenten in de regio, dat het Elektronisch Kind Dossier (EKD) tijdig ingevoerd wordt.

De gemeente heeft daarnaast volop mogelijkheden maatregelen te treffen op andere beleidsterreinen die tevens uitvoering geven aan het gezondheidsbeleid. Door vanuit meerdere beleidsterreinen aan gezondheidsdoelen te werken, kan de gemeente meer werk maken van gezondheidsbeleid.
De gemeente doet nu al het nodige op andere beleidsterreinen. De gemeente richt zich met haar beleid 'Geschikt wonen voor iedereen' al een aantal jaren op de sociale en fysieke omgeving. Mensen, met of zonder beperkingen en van alle leeftijden moeten in de directe leefomgeving veilig en makkelijk winkels en gezondheidsvoorzieningen kunnen bereiken. De beschikbaarheid en bereikbaarheid van huisartsenzorg is hierbij een aandachtspunt.
Daarnaast geven de nota buitenruimte, de impulsnota 2006-2010 (economie), de sportnota en de Fietsnota mede richting aan de inrichting van de omgeving en de beschikbaarheid van voorzieningen.
Binnen de gemeente is brede aandacht voor de relatie milieu en gezondheid. In diverse beleidsplannen wordt de relatie met gezondheid gelegd. In het luchtkwaliteitplan 2006-2009 staan de nodige maatregelen die positief effect moeten hebben op de gezondheid. Zo worden er in het kader van het luchtkwaliteitsplan een aantal pilots uitgevoerd met het instrument Gezondheidseffectscreening (GES). In een GES worden ruimtelijke ontwikkelingen op hun gezondheidskundige aspecten getoetst. De GES pilots worden uitgevoerd door de GGD. Daarnaast voert de gemeente geluidbeleid, is de Woonvisie in ontwikkeling en is er een integraal veiligheidsplan (denk hierbij aan jeugd&alcohol). Ook gaat de gemeente de kwaliteit van het binnenmilieu op basisscholen onderzoeken.

Verbindingen leggen tussen de diverse beleidsnota's en komen tot afstemming bij uitvoering vindt al plaats, maar kan nog verbeteren. Op het thema 'fietsen' worden de diverse activiteiten al op elkaar afgestemd. Dit vindt ook plaats rond het thema jeugd& alcohol. En als laatste voorbeelden van afstemming tussen verschillende beleidsterreinen zijn de Buurt-Onderwijs-Sport projecten en de ontwikkeling van Brede scholen en Multi Functionele Accommodaties.

7

Doelstellingen voor 2008 tot en met 2011

De doelstelling van het gemeentelijke gezondheidsbeleid is algemeen: beschermen, bewaken en bevorderen van de gezondheid van de Bredase burgers. Om dit te bereiken zorgt de gemeente voor een basispakket van activiteiten, waarbij zoveel mogelijk activiteiten uit dat basispakket gericht worden op de speerpunten van het beleid. In paragraaf 7.1 wordt kort aangegeven welke basistaken uitgevoerd worden. Vervolgens wordt in paragraaf 7.2 per speerpunt van beleid een doelstelling geformuleerd.

7.1 Uitvoering van basistaken

Volgens de wet dient de gemeente aan te geven wat zij op de drie te onderscheiden deelterreinen van de volksgezondheid doet: de collectieve preventie, de infectieziekten bestrijding en de jeugdgezondheidszorg. Per deelterrein is een basistakenpakket vastgesteld. De GGD West-Brabant is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit basistakenpakket.

Vanuit het basistakenpakket worden zoveel mogelijk activiteiten gericht op de speerpunten van het beleid. Ook worden de activiteiten ingebracht in programma's of projecten, waarbinnen meerdere activiteiten rond een thema worden samengebracht. Hierbij kan gedacht worden aan de BOS-projecten, de Brede Scholen of de pilotprojecten 'Sturen op samenhang'. De gemeente maakt hierover afspraken met de GGD en stuurt bij waar dat nodig is.
Een beschrijving van het basistakenpakket per deelterrein is in bijlage twee bij deze nota gevoegd. Het basistakenpakket is vastgesteld tot en met 2008. In 2007 zijn de besprekingen gestart voor het nieuwe basistakenpakket. De Gemeente Breda opteert voor een basistakenpakket voor een periode van drie jaar (2009-2011). Het daaropvolgende basistakenpakket kan dan voor dezelfde periode gaan gelden als de volgende nota volksgezondheid (2012-2015).

De gemeente stelt aanvullend op het basistakenpakket subsidies beschikbaar voor activiteiten op het terrein van volksgezondheid. Het betreft financiële ondersteuning aan ehbo-verenigingen, belangenorganisaties en kleinschalige gezondheidsprojecten. De kleinschalige gezondheidsprojecten dienen gericht te zijn op één of meerdere speerpunten van het beleid en moeten aansluiten op de kaders van deze nota.

De taken op het gebied van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) vallen sinds één januari 2007 onder de Wmo. De basistaken die vanuit de volksgezondheid worden ingezet op dit terrein worden afgestemd met de activiteiten van andere organisaties op het gebied van de OGGZ. Het betreffen diverse activiteiten, zoals bemoeizorg, meldpunt voor complexe zorgvragen, spreekuren op locatie, medische zorg en participatie in het Advies- en steunpunt huiselijk geweld West-Brabant (ASHG). Deze producten wil de gemeente onverkort in blijven zetten.

7.2 Doelstellingen voor de speerpunten van beleid

De gemeente zal naast de uitvoering van het reguliere werk/de basistaken, de komende vier jaar inzetten op de speerpunten van beleid. Per speerpunt wordt in deze paragraaf een doelstelling geformuleerd. We kiezen daarbij voor richtinggevende doelstellingen in plaats van voor meetbare kwantitatieve doelstellingen op ziekte- of gedragsniveau. Voor dit laatste is namelijk de actieperiode van de nota Beter Breda te kort en er bestaan geen 0-metingsgegevens voor alle bevolkingsgroepen van het peiljaar 2007. Bij elke doelstelling wordt kort aangegeven welke type activiteiten bij kunnen dragen aan het bereiken van het gestelde doel en welke organisaties hierbij betrokken kunnen worden. De korte beschrijving is niet

limitatief, gaat ook niet in op de aanpak die het beste werkt (is hoofdstuk acht), maar is ter illustratie, om een beeld te schetsten van de mogelijkheden. In het uitvoeringsplan 2008-2009 staan de activiteiten die de gemeente gaat uitvoeren. Per activiteit worden concrete resultaten benoemd.

Doelstelling, speerpunt 1 - preventie van roken
De gemeente wil voorkomen dat jongeren beginnen met roken en dat burgers die niet roken meeroken met rokende burgers. Verder wil de gemeente ondersteuning bieden aan rokers die willen stoppen met roken.

Voorbeelden van activiteiten die hieraan bijdragen zijn:
Het geven van voorlichting en advies, wet- en regelgeving toepassen en handhaven, preventieprogramma 'gezonde school en genotmiddelen', stoppen met roken cursussen, rookvrije ruimten creëren, convenanten sluiten met sportverenigingen/buurthuizen/horeca, vroegsignalering van diabetes in de huisartsenpraktijk.

Partijen die betrokken kunnen/moeten worden zijn:
De GGD, scholen, huisartsen, verloskundigen. Daarnaast kan gedacht worden aan de horeca, sportverenigingen en buurthuizen (kantinebeheer), zorgverzekeraar, diabetesvereniging (zie speerpunt 4 - preventie diabetes)

Doelstelling, speerpunt 2 - preventie van overgewicht
De gemeente wil de groei van het aantal burgers met overgewicht tegengaan. De gemeente wil dit doen door: een gezonde leefstijl (voeding en bewegen) te bevorderen, de sociale omgeving positief te beïnvloeden (thuis, werk, school en buurt), de fysieke omgeving positief te beïnvloeden (voorzieningen in woonomgeving en het aanbod van gezonde voedingsmiddelen) positief te beïnvloeden, vroegsignalering van diabetes in de huisartsenpraktijk

Voorbeelden van activiteiten die hieraan bijdragen zijn:
Het geven van voorlichting- en advies, aanbieden van cursussen afvallen en bewegen, sportstimuleringsactiviteiten, gezonde (school)kantine, aanleg en onderhoud van trap- en speelveldjes in de buurt, meer groen in de buurt (bevorderen goede luchtkwaliteit), aanleg van veilige fietsroutes, fietscampagne, fietsplan werkgever, het geven van kooklessen, het aanbieden van beweegprogramma's voor diverse doelgroepen.

Partijen die betrokken kunnen/moeten worden zijn:
De GGD, ziekenhuis / huisartsen / fysiotherapeuten/ diëtisten, Breda-actief / sportverenigingen, scholen, ruimtelijke ontwikkeling, verkeer&vervoer, jeugd- en jongerenwerk / opbouwwerk, thuiszorg, vrijwilligersorganisaties, supermarkten, werkgevers, zorgverzekeraars, belangenorganisaties, waaronder diabetesvereniging (zie speerpunt 4 - preventie diabetes)

Doelstelling, speerpunt 3 - preventie van schadelijk alcoholgebruik
De gemeente wil de nadelige gevolgen van alcoholgebruik terugdringen door te voorkomen dat jongeren onder de 16 jaar alcohol drinken en door te voorkomen dat jongeren boven de 16 jaar overmatig alcohol gebruiken. Verder wil de gemeente ondersteuning bieden aan probleemdrinkers van alle leeftijden.

Voorbeelden van activiteiten die hieraan bijdragen zijn:
Het geven van voorlichting aan diverse doelgroepen (jongeren, automobilisten, werkers in de horeca, ouders, et cetera), internetsites met kennis- of signaleringstesten, convenant met horeca cursus sociale hygiëne (voor horeca), instructie verantwoord alcoholgebruik (voor vrijwilligers kantines en buurthuizen), alcoholsimulator (voor jongeren), vroegsignalering in de huisartsenpraktijk, het instellen van leeftijdsgrenzen voor het kopen van alcohol en het beperken van reclame en verkooppunten.

Partijen die betrokken kunnen/moeten worden zijn:
Novadic-Kentron (verslavingszorg), de GGD, huisartsen, Horeca Nederland, afdeling Breda, sportverenigingen/buurthuizen, supermarkten/drankenhandel, jeugd- en jongerenwerk/ opbouwwerk, verkeer & vervoer (Bob jij?), belangenorganisaties.

Doelstelling, speerpunt 4 - preventie diabetes
De gemeente wil diabetes bij haar burgers voorkomen en vroeg opsporen, zodat complicaties als gevolg van diabetes voorkomen worden. Dit wil de gemeente doen door de kennis bij burgers over diabetes te vergroten en te werken aan bewustwording bij burgers van het risico op diabetes. Daarnaast het bevorderen van vroege opsporing van diabetes in de huisartsenpraktijk.

Diabetes kan voorkomen worden door het terugdringen van overgewicht (voeding en beweging). Zie hiervoor het speerpunt preventie van overgewicht.

Voorbeelden van activiteiten die hieraan bijdragen zijn:
Vroegopsporing d.m.v. voorlichtingsbijeenkomsten gericht op ouderen, mensen met een lage SES, Turkse of Marokkaanse ouderen. Verder wordt verwezen naar de activiteiten die genoemd staan onder de speerpunten preventie van overgewicht.
Mensen met diabetes, die roken hebben een verhoogde kans op complicaties zoals aderverkalking. Daarom staat onder het speerpunt roken als partij die betrokken kan worden de diabetesvereniging.

Partijen die betrokken kunnen/moeten worden zijn:
Verwezen wordt naar de partijen die genoemd staan onder de speerpunten preventie van roken en overgewicht.

Doelstelling, speerpunt 5 - preventie depressie
De gemeente wil voorkomen dat burgers een depressieve stoornis ontwikkelen en wil zorgen dat mensen met depressieve klachten eerder hulp zoeken. De gemeente wil dit doen door de kennis bij burgers te vergroten over depressie en te streven naar gedragsverandering (herkennen, onderzoeken en veranderen van negatieve gedachten). De gemeente richt haar activiteiten op verschillende leeftijdsgroepen: jongeren, volwassen en ouderen.

Voorbeelden van activiteiten die hieraan bijdragen zijn:
Voorlichting en advies, groepscursussen (grip op je dip en in de put - uit de put), vroegsignalering door huisartsen en leerkrachten op school, interventies via internet, informatie en lotgenotencontact voor kinderen met depressieve ouders, plezierige beweegactiviteiten op verwijzing van de huisarts, activiteiten op het gebied van kunst en cultuur, projecten in de wijk gericht op betere signalering.

Partijen die betrokken kunnen/moeten worden zijn:
GGZ, GGD, huisartsen, maatschappelijk werk, mantelzorg, MEE West-Brabant, vrijwilligersorganisaties, thuiszorg, bedrijfsarts, eerstelijns psycholoog, scholen sportverenigingen, verzorgingshuizen, welzijnswerk, culturele instellingen, belangenorganisties.

Doelstelling, speerpunt 6 - preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen (Soa)
De gemeente wil voorkomen dat burgers een Soa ontwikkelen en wil zorgen dat mensen met een Soa eerder hulp zoeken. De gemeente richt haar activiteiten op de risicogroepen: jongeren met speciale aandacht voor laagopgeleide en allochtone jongeren, MSM (mannen die seks hebben met mannen) en prostituees.

Voorbeelden van activiteiten die hieraan bijdragen zijn:
Anonieme spreekuren, actief opsporen van risicogroepen (outreachend werken), risico-analyse maken, een voorlichtingsplan voor het uitvoeren van preventie-activiteiten, een basispakket op het gebied van seksualiteit, veilig vrijen en soa beschikbaar hebben voor alle jongeren, lespakketten (Lang Leve de Liefde) opnemen in lesprogramma's van scholen, trainen van leerkrachten en jongerenwerkers, voorlichting geven in seksinrichting, een inloopspreekuur voor prostituees, nazorg voor vrouwen en slachtoffers die uit de branche willen stappen of problemen hebben.

Partijen die betrokken kunnen/moeten worden zijn:
De GGD, gemeente (vergunningen & handhaving), scholen, huisartsen, maatschappelijk werk, jongerenwerk, COC, bordeelhouders.

Doelstelling, speerpunt 7 - preventie psychosociale problematiek
De gemeente wil risicovolle opvoedingssituaties en gedrags- en emotionele problemen bij kinderen en jongeren voorkomen en wil zorgen dat de jongeren eerder hulp zoeken bij psychosociale problematiek en dat ouders ondersteund worden bij de opvoeding.

Voorbeelden van activiteiten die hieraan bijdragen zijn:
Aanpak 'Samen starten', Buitenschoolse opvang plus, opvoedingsondersteuning inclusief pedagogische hulp, opstellen van risicogroepanalyse en risicoprofielen, bemoeizorg, aansluiting bij zorgstructuur op scholen (Zorgadviesteams), intensivering van de zorgcoördinatie aan jongeren met complexe meervoudige problematiek,versterking zorgketens rondom risicogezinnen, armoedeinterventies, trainingen sociale vaardigheid, aandacht voor spraak-taalontwikkeling, ontwikkeling centra Jeugd&Gezin.

Partijen die betrokken kunnen/moeten worden zijn:
De GGD, algemeen maatschappelijk werk, de thuiszorg, bureau jeugdzorg, de jeugdzorg, advies- en meldpunt kindermishandeling, Raad voor de Kinderbescherming, scholen, jongerenwerk, veiligheidshuis, Valkenhorst.

8

Aanpak

In de vorige hoofdstukken is een schets gegeven van de gezondheid van de Bredase burgers en welke factoren van invloed zijn op de gezondheid van burgers. We weten nu dat gezondheidsbeleid zich enerzijds moet richten op alle burgers, maar dat ook bijzondere groepen burgers met bijzondere gezondheidsproblemen benaderd moeten worden. In hoofdstuk zeven is aangeven 'wat' de gemeente op het gebied van gezondheidsbeleid wil gaan doen en welk doel de gemeente per speerpunt nastreeft. In dit hoofdstuk wordt aangegeven 'hoe' de gemeente haar beleid tot uitvoering wil brengen.

8.1 Sturen op samenhang, een integrale aanpak

Ontwikkelen van integrale preventieprogramma's

Onderzoek wijst uit dat de effectiviteit van preventie kan worden verhoogd door verschillende methoden en activiteiten tegelijk in te zetten. De gemeente wil sturen op samenhang en kiest daarom voor een integrale aanpak. Door integraal te werken wordt voorkomen dat het aanbod versnipperd blijft. Een integrale aanpak kan goed gerealiseerd worden door programmatisch te werken. Door het maken van preventieprogramma's worden diverse activiteiten met elkaar tot een samenhangend aanbod gesmeed. Dergelijke programma's kunnen ontwikkeld worden vanuit bepaalde settings, zoals een integraal aanbod op een school of in de wijk, of rondom een speerpunt van preventiebeleid zoals bijvoorbeeld een integraal actieprogramma op het gebied van overgewicht. De keuze voor een programma vanuit een setting of rondom een speerpunt hangt af van de omvang van een probleem en ook wáár een probleem zich voordoet.

Meer vormen van integraal werken

Een integrale aanpak is niet alleen integraal werken aan gezondheidsthema's binnen de preventie volksgezondheid. Er zijn nog andere vormen van integraal gezondheidsbeleid:

- Vanuit het beleidsveld volksgezondheid wordt een bijdrage geleverd aan programma's die op andere beleidsterreinen worden ontwikkeld. Hierbij wordt bijvoorbeeld gedacht aan de ontwikkeling of herstructurering van een wijk, waarin ook naar gezondheidseffecten wordt gekeken. Een ander voorbeeld is vanuit gezondheidsbeleid aanhaken bij het programma 'fietsen, net zo makkelijk' waarbij de GGD met haar activiteiten op de scholen in tijd aansluit op de activiteiten die vanuit het beleidsvelden verkeer & vervoer en milieu worden uitgevoerd.
- Vanuit andere beleidsterreinen wordt een bijdrage geleverd aan de aanpak op het gebied van volksgezondheid. Een voorbeeld is de aanleg van trapveldjes in de wijk in het kader van gemeentelijk sportbeleid. Of de GWI-aanpak van waaruit gewerkt wordt aan de realisatie van zorgkruispunten in de buurt of wijk.
- Verbindingen maken tussen preventie, de care en de cure, waarbij vanuit preventie volksgezondheid af wordt gestemd met de zorg sector en samenwerking wordt gezocht met het ziekenhuis (de cure).
- De publiek-private samenwerking, waarbij het gaat om samenwerking tussen gemeente en het bedrijfsleven om gezondheidsschade te voorkomen en/of gezondheid te bevorderen.

De eerste twee vormen van integraal beleid zijn binnen de gemeente volop in ontwikkeling. De gemeente wil dit de komende jaren verder doorzetten.

Met de zorgsector wordt in het kader van het GWI-beleid samengewerkt, maar met de 1e en 2e lijns gezondheidszorg (ziekenhuis, privéklinieken, huisartsen, fysiotherapeuten en dergelijke) werkt de gemeente nog weinig tot niet samen. Met het bedrijfsleven zijn in het kader van gezondheidsbeleid ook nauwelijks contacten. De gemeente wil de komende beleidsperiode

nagaan welke mogelijkheden voor samenwerking er zijn met de 1e en 2e lijns gezondheidszorg en met het bedrijfsleven. De gemeente wil dit doen door te streven naar de uitvoering van twee proefprojecten rondom één van de speerpunten, waarin deze samenwerking vorm krijgt. De invulling van de proefprojecten dient te passen in het beleid, maar zal in overleg met partijen nader worden ingevuld.

8.2 Analyse en vroegsignalering

Analyse

Voordat integrale preventieprogramma's tot stand kunnen komen is inzicht nodig in de situatie. Er zal eerst een analyse van de situatie/het probleem/de wijk/de doelgroep(en) gemaakt moeten worden. Tevens moeten de diverse activiteiten en de aanwezige netwerken en samenwerkingsverbanden in beeld gebracht worden. Analyse van de wensen, behoeften en ervaringen van de doelgroep is van groot belang om met het aanbod aan te kunnen sluiten bij de vraag en interesses van (groepen) burgers. Bij de samenstelling van een programma wordt dan duidelijk welke activiteiten er aanvullend nog ingezet kunnen worden om een bepaald doel te bereiken. Professionele organisaties zijn op de hoogte van de talrijke mogelijkheden van effectieve of veelbelovende activiteiten.

Vroegsignalering

Vroegsignalering kan op twee manieren vorm krijgen.
Eén manier is het zo vroeg mogelijk in de levensfase van een kind signaleren dat een kind problemen kan krijgen, nog voordat de problemen ontstaan. Hoe eerder in de levensfase van een kind wordt geïnvesteerd hoe groter de kans is dat problemen uitblijven. In Breda is de aanpak van Samen Starten ontwikkeld. Kinderen worden vanaf de geboorte onderzocht op het consultatiebureau. Ruim 90 % van de kinderen wordt zo bereikt. Er wordt onderzocht op het 'mogelijk' ontstaan van gezondheidsproblemen en op het 'mogelijk' ontstaan van psychosociale problematiek. Hiervoor is een instrument ontwikkeld, zodat de gegevens systematisch wordt verzameld en volgens een vastgesteld plan worden opgespoord. Zo worden kinderen die door opvoedingsproblemen of door een stoornis van hun ouders een (ernstig) risico lopen op psychische stoornissen en agressief gedrag vroegtijdig gesignaleerd.

Maar vroegsignalering kan ook vorm krijgen bij oudere kinderen en jongeren of bij volwassenen. Problemen worden niet altijd tijdens de zwangerschap of het eerste levensjaar gesignaleerd. Er hoeven dan ook nog geen problemen te zijn. Daarom is het belangrijk dat ook in latere jaren bij kinderen en jongeren, maar ook bij volwassenen dreigende problemen tijdig worden gesignaleerd. Ook dit is vroegsignalering dat aan de hand van een signaleringsinstrument plaats kan vinden. Het zijn de ouders, leerkrachten op scholen, huisartsen, wijkverpleegkundigen, vrijwilligers en medewerkers in de thuiszorg, medewerkers in het jongerenwerk en buurt- en opbouwwerk, in het verenigingsleven, sportleiders, die kunnen signaleren.

Voor elke vorm van signalering geldt dat er ook iets gedaan moet worden met het signaal. Het zal daarom duidelijk moeten zijn waar een signaal weggelegd kan worden. De invoering van signaleringssystemen voor jeugd of voor bijvoorbeeld huiselijk geweld of zorgmijders binnen de openbare geestelijke gezondheidszorg kan hieraan bijdragen. Bij de invoering van een signaleringssysteem worden afspraken gemaakt over wie verantwoordelijk is voor welk type signaal en ook worden afspraken gemaakt over de samenwerking tussen organisaties. De gemeente streeft naar de invoering van signaleringssystemen voor jeugd, maar ook voor andere groepen of problemen. De signaleringssystemen dienen afgestemd op elkaar (liefst met één systeem) te worden ingevoerd.

Signalering en melding van een probleem heeft alleen maar zin als er vervolgens maatregelen getroffen worden. De aanpak Samen Starten zorgt ervoor dat bij signalering van een probleemsituatie er maatregelen worden getroffen in het gezin, bijvoorbeeld een opvoedcursus, bezoek van de wijkverpleegkundige, inschakeling maatschappelijk werk of bureau jeugdzorg. Ook wordt bij Samen Starten aansluiting gezocht bij de fase vóór de geboorte.
De gemeente streeft ernaar de aanpak van Samen Starten de komende jaren in Breda uit te rollen voor alle jeugd tot 19 jaar.

Bij de ontwikkeling van integrale preventieprogramma's zal 'vroegsignalering' een aandachtspunt moeten zijn.

8.3 Aansluiten op wat er al is

In Breda worden al preventieprogramma's ontwikkeld en uitgevoerd. De samenwerking die hiervoor nodig is loopt op tal van plaatsen. Ook vanuit andere beleidsvelden worden activiteiten uitgevoerd die bijdragen aan de gezondheid van burgers. De gemeente wil de lopende initiatieven die aansluiten op het gezondheidsbeleid van de komende jaren verder ondersteunen en waar mogelijk versterken. Zo zal Samen Starten verder uitgerold worden. De drie pilotprojecten die in het kader van 'sturen op samenhang' in voorbereiding zijn, zullen in 2008 en 2009 worden uitgevoerd en zodra blijkt dat de eerste resultaten positief zijn, zullen deze ook worden uitgerold. Andere initiatieven en ontwikkelingen waar de gemeente op aansluit en verder wil uitbouwen/ontwikkelen zijn de bemoeizorg, de Maatschappelijke Steunsystemen (MASS), de gebiedsgerichte aanpak van depressie gericht op ouderen, Heuvel 55+ in beweging, de BOS-projecten, Brede School, de proeftuin WMO, de GWI-aanpak, centra voor jeugd&gezin, de ontwikkeling van het programma jeugd&veiligheid, het fietsplan, aansluiten op activiteiten vanuit het beleidsterrein milieu en bijdragen aan het thema 'hospitality' dat als speerpunt is benoemd in de impulsnota 2006-2010 (EZ).

9

Instrumenten en randvoorwaarden

De gemeente heeft een aantal instrumenten om in te zetten en kan daarnaast randvoorwaarden creëren, zodat de uitvoering van het beleid mogelijk wordt. De volgende instrumenten wil de gemeente de komende jaren inzetten.

9.1 Regie voeren

Regie wordt omschreven als:
Een proces waar getracht wordt om de diverse partijen in de complexiteit van het netwerk tot samenwerking te brengen, ze te prikkelen hun taakuitvoering mede te richten op het bereiken van gemeenschappelijk te formuleren doelen en initiatieven. (uit: Kan ik hier een poosje blijven?)

Bij regie is er sprake van een netwerkbenadering en er is altijd sprake van samenwerking. Voor de gemeente als regisseur betekent dit dat zij als overheid niet boven de partijen (betrokken instellingen) staat maar één van de partijen is in het netwerk (partnership). Op beleidsniveau en vooral daar waar meerdere beleidsterreinen en financiers een rol spelen, is het de gemeente die optreedt als regisseur. Afhankelijk van de situatie waarin de gemeente als regisseur optreedt, zal de gemeente moeten bepalen hoe zij haar rol als regisseur invult. De gemeente kan stimuleren, situeren, steun creëren, structureren of sturen (vijf s-en van regie). Het voert te ver om in deze notitie een nadere uitwerking te geven van alle instrumenten en mogelijkheden die de gemeente ter beschikking staan in het kader van de regierol. Het belangrijkste is dat per situatie de rollen en posities van alle betrokken partijen helder zijn.

Om een sluitend aanbod van activiteiten en voorzieningen te realiseren en goede zorg en ondersteuning te realiseren, is regie nodig op drie niveaus:

- Op bestuurlijk en beleidsniveau: de regie is in de regel in handen van de overheid; dit kan op lokaal niveau, maar ook op regionaal niveau:
- Op instellingsniveau, waarbij afstemming plaats vindt tussen uitvoerende instanties over het activiteiten- en voorzieningenaanbod: de regie is doorgaans in handen van een aanbieder; de regie kan tijdelijk in handen liggen van de gemeente, ingeval aanbieders er gezamenlijk niet uitkomen.
- Op uitvoerend niveau: de regie ligt hierbij in handen van de preventiewerker, consulent, trajectbegeleider of casemanager. Invulling en een goede uitvoering hiervan zijn de verantwoordelijkheid van de hulpverleners/professionals.

Per situatie zal de gemeente in samenspraak met partijen bepalen hoe zij haar rol als regisseur invult. Bijvoorbeeld voor Samen Starten, het advies- en steunpunt huiselijk geweld, de drie pilotprojecten 'Sturen op samenhang' die in voorbereiding zijn heeft de gemeente de regie in handen.

9.2 Opdrachtgever en financier

Gemeente is naast regisseur ook opdrachtgever en financier. Via contracten en subsidies geeft de gemeente sturing aan de uitvoering van haar beleid. De gemeente maakt afspraken over de uitvoering van activiteiten waarvoor zij middelen beschikbaar stelt.

Bij de uitwerking van het speerpunt 'Sturen op samenhang' uit Beter Breda 2003-2007 is een meetlat ontwikkeld, waarmee de mate van samenhang en effectiviteit gemeten kan worden van activiteiten en projecten. De gemeente zal deze meetlat gebruiken bij de beoordeling van niet reguliere of nieuwe subsidies die in het kader van het volksgezondheidsbeleid worden

aangevraagd. Ook de activiteiten die de GGD uit het basistakenpakket in Breda wil uitvoeren worden getoetst aan de meetlat.

Activiteiten zijn subsidiabel als:

a) deze gericht zijn op één of meerdere speerpunten van het preventiebeleid volksgezondheid (roken, overgewicht, alcohol, depressie, diabetes, Soa en psychosociale problematiek);
b) deze gericht zijn op de witte vlekken die geconstateerd zijn na analyse van de situatie, een wijk of buurt de buurtscan;
c) deze gericht zijn op het leren nemen van de eigen verantwoordelijkheid (empowerment);
d) deze onderdeel uit gaan maken van een 'samenhangend programma';
e) er sprake is van een publiekprivate samenwerking en/of financiering (geheel of gedeeltelijk) met subsidies van fondsen;
f) deze innovatief, kansrijk en toekomstbestendig zijn (best practices of evidence based);
g) burgers/vrijwilligers betrokken zijn bij de voorbereiding, de uitvoering of de evaluatie;
h) per activiteit minimaal 10 personen worden bereikt.

Activiteiten en projecten komen pas in aanmerking voor subsidie als aangetoond is dat deze niet binnen de beschikbare budgetten, al dan niet aangevuld met subsidies van fondsen of bijdragen uit het bedrijfsleven (zie de meetlat) van de samenwerkende partijen kunnen worden bekostigd. Een activiteit moet aan minimaal vijf van de acht criteria voldoen.

9.3 Convenanten, vergunningen en verordeningen

De inzet van juridische instrumenten kunnen bijdragen aan een integrale aanpak. Het niet meer verlenen van nieuwe vergunningen voor verkooppunten van snacks in de nabijheid van scholen kan, in combinatie met andere maatregelen en inzet van activiteiten, bijdragen aan het terugdringen van overgewicht. Dit geldt ook voor het uitvaardigen van een verbod op de aanwezigheid van honden op speel- en sportvelden, inclusief het toezien op de naleving ervan. De gemeente zal bij de ontwikkeling van alle integrale preventieprogramma's volksgezondheid nagaan welke juridische instrumenten kunnen worden ingezet.

9.4 Professionaliteit en kwaliteit

Professionele organisaties zijn zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van hun producten. Met de inhoudelijke deskundigheid van medewerkers is in de regel weinig mis. Organisaties hebben opleidingsplannen en zorgen ervoor dat medewerkers hun deskundigheid behouden en waar mogelijk nog verbeteren.

Om integraal te kunnen werken, vroegsignalering mogelijk te maken en de toegankelijkheid van organisaties te vergroten is deskundigheid nodig die niet direct ligt op het inhoudelijke vlak. Deze ligt veel meer op het vlak van: kunnen samenwerken, zaken vanuit een ander perspectief kunnen benaderen (breed kijken) en kennis hebben van culturele verschillen tussen mensen en tussen organisaties. Deze deskundigheid is in Breda nog onvoldoende aanwezig. Dit geldt niet alleen voor medewerkers op de werkvloer. Ook managers die deze andere manier van werken moeten gaan aansturen zullen hiervoor de nodige deskundigheid moeten hebben.

De gemeente wil organisaties (inclusief haar eigen directies en diensten) stimuleren en waar mogelijk faciliteren om deze deskundigheid te verwerven. Gedacht wordt aan het organiseren van workshops of trainingsbijeenkomsten, waar door werkers van de verschillende organisaties tegelijk aan deelgenomen wordt en die elkaar ook in hun netwerk tegenkomen.

10

Financiële paragraaf

In de gemeentebegroting staan de beschikbare middelen voor het gezondheidsbeleid opgenomen onder het taakveld volksgezondheid.
Onder dit taakveld vallen diverse voorzieningen waar de gemeente financieel aan bijdraagt en die ondergebracht zijn bij gemeenschappelijke regelingen. Het betreffen: De GGD West-Brabant, de Regionale ambulance voorziening Brabant Midden-West-Noord (RAV), de Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR) en de Gemeenschappelijke meldkamer (GMK).
Besluitvorming over de financiering van deze voorzieningen vindt jaarlijks plaats tijdens de begrotingsbehandeling. In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van de benodigde gemeentelijke middelen voor 2008 en een doorkijk naar 2009-2011. De GGD West-Brabant geeft uitvoering aan het basistakenpakket dat de gemeente voor de uitvoering van haar beleid beschikbaar heeft. Zoals in paragraaf 7.1 al is aangegeven worden vanuit dit basistakenpakket zoveel mogelijk activiteiten gericht op de speerpunten van het gemeentelijke beleid. De bijdrage van de gemeente aan de RAV en de GMK zorgt er mede voor dat in Breda de ambulancezorg beschikbaar is.

Besluitvorming over de gemeentelijke middelen die voor lokaal beleid volksgezondheid beschikbaar zijn en niet via de gemeenschappelijke regelingen lopen vindt eveneens jaarlijks plaats tijdens de begrotingsbehandeling.
In het overzicht zijn de beschikbare middelen voor lokaal beleid voor het jaar 2008 weergegeven en een doorkijk tot 2011 (exclusief accres).

Omschrijving	**Budget 2008**	**Budget 2009**	**Budget 2010**	**Budget 2011**
GMK	€ 150.462	€ 150.462	€ 150.462	€ 150.462
GHOR	€ 183.623	€ 183.623	€ 183.623	€ 183.623
RAV	€ 395.199	€ 395.199	€ 395.199	€ 395.199
GGD*	€ 2.604.182	€ 2.604.182	€ 2.604.182	€ 2.604.182
RSU-jgz**	€ 1.728.014	€ 1.728.014	€ 1.728.014	€ 1.728.014
Maatwerk JGZ**	€ 173.908	€ 173.908	€ 173.908	€ 173.908
JGZ in jeugdbeleid**	€ 106.482	€ 106.482	€ 106.482	€ 106.482
Invulling lokaal beleid***	€ 80.715	€ 80.715	€ 80.715	€ 80.715
Reguliere subsidies***	€ 20.000	€ 20.000	€ 20.000	€ 20.000
Kleinschalige projecten***	€ 30.000	€ 30.000		
Aanpak overgewicht (GSB)***	€ 74.027	€ 74.027		
TOTAAL	**€ 5.546.612**	**€ 5.546.612**	**€ 5.442.585**	**€ 5.442.585**

** GGD*
Binnen het budget voor de GGD zijn middelen beschikbaar voor jeugdgezondheidszorg 4-19 jarigen. Voor het jaar 2008 bedraagt dit budget € 858.252,– Dit is exclusief de middelen die de GGD voor de implementatie van het Elektronisch Kinddossier (EKD) beschikbaar heeft.
In deze paragraaf wordt niet ingegaan op de kosten voor invoering en exploitatie van het EKD, omdat hierover nog onvoldoende duidelijkheid is. Het rijk stelt extra middelen beschikbaar voor de invoering van zowel het EKD als de VIR (verwijsindex risicojongeren, een landelijk signaleringssysteem voor risicojongeren). Nog niet duidelijk is wat het aandeel is voor Breda. Ook niet duidelijk is wat de kosten worden voor de invoering van de VIR.

*** Tijdelijke regeling specifieke uitkering jeugdgezondheidszorg, maatwerk JGZ en JGZ in jeugdbeleid.*

Met ingang van 1 januari 2008 wordt deze tijdelijke regeling vervangen door een brede doeluitkering jeugd en gezin. De in dit overzicht opgenomen bedragen van de tijdelijke regeling specifieke uitkering jeugdgezondheidszorg, het maatwerk JGZ e JGZ in jeugdbeleid worden onderdeel van de brede doeluitkering jeugd. Aan de doeluitkering jeugd wordt aanvullend nieuw geld toegevoegd voor de totstandkoming van Centra voor Jeugd en Gezin. Het aandeel voor Breda is nog niet bekend. Tevens worden extra middelen (structureel) toegevoegd voor de realisatie van het EKD en de VIR. In deze nota zijn de budgetten uit de brede doeluitkering jeugd en gezin opgenomen, die oorspronkelijk voor de jeugdgezondheidszorg beschikbaar waren. Deze worden hieronder toegelicht.

Toelichting op de budgetten voor JGZ:

- Het budget RSU-JGZ was een doeluitkering van het rijk; het betrof de tijdelijke Regeling specifieke uitkering, bedoeld voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg. Hieruit worden alle verplichte taken gefinancierd voor de kinderen van 0 tot 4 jaar. De Thuiszorg Breda en het Kruiswerk Mark en Maasmond voeren deze taken uit.
- Het Maatwerk JGZ is aanvullend op het uniforme basistakenpakket; ten aanzien van dit budget heeft de gemeente beleidsruimte, met als voorwaarde dat het bedoeld is voor risicovolle situaties (denk aan bijvoorbeeld opvoedproblemen, of overgewicht). De inzet van dit budget is ook voor de kinderen van 0 tot 4 jaar.
- JGZ in jeugdbeleid is een budget (€ 50 per nieuw geboren kind) dat naar aanleiding van de motie Verhagen bestemd is voor activiteiten die bewezen effectief zijn gericht op risicovolle opvoedsituaties.

****Toelichting op de overige budgetten:*

- Invulling lokaal beleid; met dit budget kan de gemeente sturing geven aan het beleid zoals dat in deze nota is vastgelegd. Het is bedoeld voor incidentele activiteiten of projecten, ontwikkelkosten uitwerking van onderdelen van het nieuwe beleid, investeringskosten als stimuleringsbijdrage, trainingen e.d. De gemeente zal dit budget aanwenden voor de speerpunten van beleid en daar inzetten waar aanvullend op bestaande activiteiten witte vlekken zijn. Dit budget kan ook aangewend worden voor deskundigheidsbevordering op het gebied van integrale aanpak, vroegsignalering en interculturalisatie.
- Reguliere subsidies zijn de jaarlijkse subsidies aan EHBO-verenigingen, stichtingen Reanimatie AED, zelfhulpgroepen, organisaties voor belangenbehartiging
- De activiteit 'kleinschalige gezondheidsprojecten' wordt voor twee jaar voortgezet (n.a.v. de evaluatie van de nota Beter Breda). Kleinschalige projecten die aansluiten op de speerpunten van het beleid en passen in een integraal preventieprogramma komen voor subsidie in aanmerking.
- Aanpak overgewicht; dit budget is beschikbaar uit de Brede doeluitkering Sociaal, Integratie en Veiligheid; de gemeente heeft met het rijk prestatieafspraken gemaakt voor het terugdringen van overgewicht bij 0 tot 19 jarigen. Dit budget draagt direct bij aan het speerpunt preventie overgewicht.

De in paragraaf 9.2 beschreven meetlat is het toetsingskader voor nieuwe subsidieverzoeken die worden ingediend en ten laste worden gebracht van de budgetten voor 'lokaal beleid', kleinschalige projecten' en 'aanpak overgewicht'.

Behalve de activiteiten die in het kader van het beleid volksgezondheid worden uitgevoerd, worden in het kader van andere beleidsterreinen tal van activiteiten uitgevoerd die ook bijdragen aan de volksgezondheid. Denk hierbij aan bijvoorbeeld preventie van psychosociale problematiek, een belangrijk taakveld waar het IMW grotendeels uitvoering aan geeft. Een ander voorbeeld is een groot aantal activiteiten die door Breda-actief worden uitgevoerd. Het voert te ver om in het kader van deze nota inzicht te geven in de kosten die gemoeid zijn met de uitvoering van dergelijke activiteiten.

11

Evalueren

Het doel van evalueren is tweeledig. Enerzijds is het belangrijk terug te kijken en vast te stellen welke resultaten er bereikt zijn en na te gaan wat er goed is gegaan en wat minder goed is verlopen. Vervolgens kan de evaluatie mede bepalen waar de komende jaren aan gewerkt moet worden of waar extra aandacht voor moet komen. Evaluatie levert dus input op voor nieuw beleid en het bestaande beleid kan worden bijgesteld.

De gemeenteraad controleert aan de hand van de evaluatie de uitvoering van het beleid. Het gemeentebestuur legt met een evaluatie verantwoording af voor het gevoerde beleid.

In de evaluatie van Beter Breda 2004-2007 is aanbevolen een eerste tussentijdse evaluatie uit te voeren in het laatste kwartaal van 2009. Het college kan vervolgens de activiteitenplanning voor 2010 en 2011 op basis van de tussenevaluatie vaststellen. Tegelijk met de start van de voorbereiding van de nota Beter Breda 2012-2015 zal de eindevaluatie van Beter Breda 2008-2011 plaatsvinden.

Methode
Voor het evalueren van beleid wordt de, op landelijk niveau ontwikkelde, voortgangsmeter gebruikt. Het uitvoeringsplan is opgesteld volgens het format van deze voortgangsmeter. Het college zal voor zowel de tussenevaluatie als de eindevaluatie de voortgangsmeter gebruiken.

Bijlagen

UITVOERINGSPLAN Beter Breda, periode 2008/2009

BIJLAGE 1

Basistaken	Doelstelling	Activiteiten	Beoogd resultaat	Tijdsplanning	Organisatie
Uitvoering basistaken.	Activiteiten uit basistakenpakket GGD richten op speerpunten.	1. Na overleg met de GGD jaarlijks vaststellen welke basistaken (m.n. het maatwerk) in Breda worden uitgevoerd en op welke wijze de activiteiten aan moeten sluiten op integrale preventieprogramma's.	Activiteiten uit het basistakenpakket maken onderdeel uit van de (te ontwikkelen) integrale preventieprogramma's.	Doorlopend.	Gemeente en GGD.
	Vaststellen nieuw basistakenpakket GGD voor de volgende periode.	2. Deelnemen aan de besprekingen ter voorbereiding van het nieuwe basistakenpakket GGD.	Een basistakenpakket met activiteiten die lokaal ingezet kunnen worden binnen de (te ontwikkelen) integrale preventieprogramma's; het pakket wordt vastgelegd voor de periode 2009-2011.	Besprekingen in eerste half jaar 2008; besluitvorming, via Algemeen Bestuur GGD, in tweede helft 2008.	GGD en 18 gemeenten, waaronder Breda.
	Financiële ondersteuning organisaties volksgezondheid.	3. Behandelen subsidieaanvragen.	Uitvoering van activiteiten op het terrein van volksgezondheid m.b.v. de gemeentelijke subsidie.	Subsidieverlening voor 2008 vindt plaats in 2007; subsidieverlening voor 2009, in de tweede helft van 2008.	Gemeente, indien nodig overleg met subsidieaanvrager.
	Versterken van de inzet bij de uitvoering van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) en handhaven van de inzet voor het Advies- en steunpunt huiselijk geweld West-Brabant (ASHG).	4. Meenemen in de besprekingen ter voorbereiding van het basistakenpakket GGD.	Grotere inzet van basistaken voor OGGZ en handhaven inzet voor ASHG door de GGD m.i.v. 2009.	Besprekingen in eerste half jaar 2008; besluitvorming, via Algemeen Bestuur GGD, in tweede helft 2008.	GGD en 18 gemeenten, waaronder Breda.

Speerpunt	Doelstelling	Activiteiten	Beoogd resultaat	Tijdsplanning	Organisatie
Preventie roken (zie ook preventie diabetes).	Voorkomen dat jongeren beginnen met roken; voorkomen dat burgers die niet roken meeroken met rokende burgers; ondersteuning bieden aan rokers die willen stoppen roken.	5. Ontwikkelen en uitvoeren van een integraal preventieprogramma roken, waarin activiteiten gericht op de drie doelstellingen staan opgenomen.	Een samenhangend programma, met preventieactiviteiten gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl (niet roken) en maatregelen die de sociale en fysieke omgeving positief beïnvloeden. Ook binnen het programma aandacht voor preventie van diabetes. De activiteiten binnen het programma voldoen aan vijf van acht criteria van de meetlat 'Sturen op samenhang' (Beter Breda 2008-2011.	Voorbereiding van het programma, de eerste helft van 2008; start uitvoering tegelijk met de invoering van de rookvrije horeca; doorloop in 2009.	Gemeente, in samenwerking met horeca, sportverenigingen (kantines), buurthuizen, huisartsen, GGD, belangenorgnisaties.
Preventie van overgewicht. (Zie ook preventie diabetes)	De groei van het aantal burgers met overgewicht tegengaan.	6. Pilot: ontwikkelen en uitvoeren van een stadsbreed integraal preventieprogramma terugdringen van overgewicht.	Een samenhangend programma, met preventieactiviteiten gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl (voeding en beweging) en maatregelen die de sociale en fysieke omgeving positief beïnvloeden. Ook binnen het programma aandacht voor preventie van diabetes.	Voorbereiding van het programma vindt plaats in 2007, start uitvoering in 2008 met een doorloop in 2009.	Gemeente, in samenwerking met Breda-actief, stichting BAS, GGD, Huispitaal/Mark en Maasmond, Thuiszorg Breda, belangen-organisaties Indien mogelijk ook samenwerking met huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten en ziekenhuis.
		7. Vanuit gezondheidsbeleid aansluiten bij de activiteiten 'Fietsen is gezond' vanuit milieu, verkeer&vervoer en accommodatie-bedrijf.	De activiteiten vanuit gezondheidsbeleid sluiten aan op de activiteiten die in het kader van 'Fietsen is gezond' worden uitgevoerd en zijn gericht op een gezonde leefstijl (voldoende beweging).	Voorbereiding en start uitvoering van de activiteiten 'Fietsen is gezond' vindt plaats in 2007, door-loop in 2008	Gemeente, in samenwerking met GGD, sportverenigingen, scholen.
		8. Vanuit gezondheidsbeleid een bijdrage leveren aan de projecten Buurt-Onderwijs-Sport (BOS) en aansluiten op het gemeentelijk sportbeleid.	De activiteiten vanuit gezondheidsbeleid sluiten aan op de activiteiten die in het kader van de 'BOS-projecten' worden uitgevoerd en zijn gericht op een gezonde leefstijl (voldoende beweging) . Alle activiteiten die in het kader van dit speerpunt worden uitgevoerd oldoen aan vijf van acht criteria van de meetlat 'Sturen op samenhang' (Beter Breda 2008-2011.	BOS-projecten, doorlopend.	

Speerpunt	Doelstelling	Activiteiten	Beoogd resultaat	Tijdsplanning	Organisatie
Preventie van schadelijk alcoholgebruik.	De nadelige gevolgen van alcoholgebruik terugdringen.	9. Vanuit gezondheidsbeleid een bijdrage leveren aan de ontwikkeling en uitvoering van een programma Jeugd & Alcohol, dat vanuit het beleidsveld Integrale veiligheid wordt ontwikkeld.	De activiteiten die vanuit gezondheidsbeleid worden ingebracht in het programma zijn gericht op het voorkomen dat jongeren onder de 16 alcohol drinken en op het voorkomen dat jongeren boven de 16 overmatig alcohol gebruiken. De activiteiten binnen het programma voldoen aan vijf van acht criteria van de meetlat 'Sturen op samenhang' (Beter Breda 2008-2011.	Ontwikkeling van het programma heeft plaatsgevonden in 2007. Uitvoering in 2008.	Gemeente, in samenwerking met Novadic-Kentron, GGD, horeca, politie, Halt sportverenigingen en buurthuizen, scholen, belangen-organisaties.
	Ondersteuning bieden aan probleemdrinkers van alle leeftijden.	10. Onderzoek naar de omvang van het aantal probleemdrinkers en inventariseren van het ondersteuningsaanbod; nagaan of dit aanbod toegankelijk, (vroegsignalering en laagdrempe-lig), toereikend en effectief is. (onderzoek naar gemarginaliseerde probleemdrinkers en drugsgebrui-kers is in 2007 uitgevoerd).	Inventarisatie waaruit duidelijk wordt hoe groot het probleem en of het beschikbare aanbod toereikend en effectief is. Vastgesteld kan worden welke activiteiten en/of maatregelen opgenomen dienen te worden voor het uitvoeringsplan 2010-2011.	Inventarisatie eerste helft 2009; aanbevelingen meenemen in uitvoeringsprogramma 2010-2011.	Gemeente initieert, onderzoek door Novadic-Kentron; andere betrokken partijen zijn scholen, GGD, huisartsen, GGZ, club- en buurthuizen, belangenorganisaties, zelfhulporganisaties.
Preventie diabetes. (zie ook preventie roken en overgewicht)	Voorkomen en vroeg opsporen van diabetes, zodat complicaties als gevolg van diabetes voorkomen worden..	Diabetes kan voorkomen worden door het terugdringen van roken en overgewicht (voeding en beweging). Zie hiervoor de speerpunten preventie van overgewicht en van roken.	Zie de speerpunten preventie van roken en van overgewicht.	Zie planning van activiteiten speerpunten roken en overgewicht.	Zie speerpunten preventie van roken en van overgewicht.

Speerpunt	Doelstelling	Activiteiten	Beoogd resultaat	Tijdsplanning	Organisatie
Preventie depressie.	Voorkomen dat burgers een depressieve stoornis ontwikkelen; Ervoor zorgen dat mensen met depressieve klachten eerder hulp zoeken.	11. Aansluiten bij het jaarlijkse programma terugdringen depressiebij ouderen, een wijkgerichte aanpak.	Jaarlijks wordt in een wijk een samenhangend pakket aan activiteiten uitgevoerd gericht op ouderen en depressie. De activiteiten binnen het programma voldoen aan vijf van acht criteria van de meetlat 'Sturen op samenhang' (Beter Breda 2008-2011).	Ontwikkeling van het programma in 2008 (wijk Heusdenhout/ Brabantpark) vindt plaats in 2007; uitvoering in 2008. Voorbereiding van het programma voor 2009 vindt plaats in 2008 (wijkkeuze moet nog gemaakt worden); uitvoering in 2009.	GGZ, in samenwerking met GGD, IMW, SOB, gemeente, belangen-organisaties, vrijwilligersorganisa-ties.
		12. Onderzoek naar de omvang van het aantal mensen dat verhoogd risico loopt op depressie en inventariseren van het aanbod preventie depressie; nagaan of dit aanbod toegankelijk, (vroegsigna-lering en laagdrempelig), toereikend en effectief is.	Inventarisatie waaruit duidelijk wordt of het beschikbare aanbod toereikend is en effectief. Vastgesteld kan worden welke activiteiten en/of maatregelen opgenomen dienen te worden voor het uitvoeringsplan 2010-2011.	Inventarisatie eerste helft 2009; aanbevelingen meenemen in uitvoeringsprogramma 2010-2011.	Gemeente initieert, Onderzoek door GGZ; andere betrokken partijen zijn scholen, GGD, IMW, huisartsen, BCG steunpunt Mantelzorg, thuiszorg, Vertizontaal, belangenorganisaties, vrijwilligersorganisaties.

Speerpunt	Doelstelling	Activiteiten	Beoogd resultaat	Tijdsplanning	Organisatie
Preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen (Soa).	Voorkomen dat burgers een Soa ontwikkelen; ervoor zorgen dat mensen met een Soa eerder hulp zoeken.	13. Uitvoeren van een risicoanalyse naar risicogroepen (een eerdere analyse is in 2005 uitgevoerd).	De risicoanalyse geeft inzicht in de belangrijkste doelgroepen en trends.	Eerste helft van 2008.	GGD, gemeente (vergunningen & handhaving), scholen, huisartsen, maatschappelijk werk, jongeren-werk, COC, bordeelhouders.
		14. Op basis van de risicoanalyse een voorlichtingsplan opstellen en uitvoeren.	Actief opsporen van risicogroepen. Stimuleren van veilig vrijen, vroegtijdig opsporen en behandelen van Soa.	Tweede helft van 2008 en 2009.	GGD, gemeente (vergunningen & handhaving), scholen, huisartsen, maatschappelijk werk, jongeren-werk, COC, bordeelhouders.
		15. Ontwikkelen van een basispakket op het gebied van seksualiteit, veilig vrijen en soa voor alle jongeren.	Uitvoering van een samenhangend programma voor alle jongeren.	Voorbereidingen zijn gestart in 2007. Realisatie en implementatie einde 2008.	GGD, gemeente, scholen, huisartsen, maatschappelijk werk, jongerenwerk, COC.
		16. Een extra aanbod voor risicojongeren (laagopgeleiden en allochtonen).	Uitvoering van een samenhangend programma voor risicojongeren.	Voorbereidingen zijn gestart in 2007. Realisatie en implementatie einde 2008.	GGD, gemeente, scholen, huisartsen, maatschappelijk werk, jongerenwerk, COC.
		17. Training aanbieden voor leerkrachten VO-scholen en ROC's. Stimuleren dat VO-scholen en ROC's effectieve interventies opnemen in het lesprogramma.	Meer VO-scholen nemen het lespakket Lang Leve de Liefde, een effectieve interventie, op in hun programma's. Voor ROC's wordt landelijk een lespakket ontwikkeld.	Voorbereidingen eerste helft 2008. Uitvoering tweede helft 2008 en 2009.	GGD, gemeente, scholen.
Preventie van psychosociale problematiek.	Voorkomen van het ontstaan van risicovolle opvoedingssituaties; voorkomen van gedrags- en emotionele problemen bij kinderen en jongeren; ervoor zorgen dat jongeren eerder hulp zoeken bij psychosociale problematiek; ondersteuning bieden aan ouders bij de opvoeding.	18. Voortzetting van de aanpak Samen Starten voor 0 tot 4 jarigen.	Er is een pakket van activiteiten en maatregelen (op het gebied van signalering, coördinatie van zorg en interventies) beschikbaar voor 220 risicogezinnen en/of kinderen en/of aanstaande risico(tiener)moeders.	Doorlopend	Gemeente, GGD, IMW, Thuiszorg Breda, Bureau Jeugdzorg, Raad voor de Kinderbescherming.
		19. De aanpak van Samen Starten uitrollen tot 19 jaar in het kader van de realisatie van een centrum voor jeugd&Gezin.	Binnen de te realiseren Centra voor Jeugd&Gezin (voor 12min en voor 12plus) is een pakket van activiteiten en maatregelen (op het gebied van signalering, coördinatie van zorg en interventies) beschikbaar voor een nog nader te bepalen aantal risicogezinnen en/of kinderen en/of jongeren.	Voorbereidingen zijn in 2007 gestart. Volledige realisatie van het activiteitenpakket en maatregelen is december 2009.	Gemeente in samenwerking met IMW, GGD, Thuiszorg Breda, Bureau jeugdzorg. Ook betrokken worden de jeugdtafels.

Aanpak	Doelstelling	Activiteiten	Beoogd resultaat	Tijdsplanning	Organisatie
Sturen op samenhang, een integrale aanpak	Ontwikkelen van integrale preventieprogramma's (zie ook speerpunten)	20. Pilot: ontwikkelen en uitvoeren van een preventie programma voor een VO-school (De Nassau)	Werkende weg opbouwen van een driejarig preventieprogramma voor De Nassau; de werkwijze en het programma moet als voorbeeld kunnen dienen voor ander VO-scholen.	Gestart is in het voorjaar van 2007; doorloop tot en met het schooljaar 2009-2010	Gemeente, GGD, GGZ, Novadic-Kentron, steunpunt Mantelzorg en BCG
		21. Pilot: ontwikkelen en uitvoeren van een gebiedsgerichte aanpak, een preventieprogramma volksgezondheid voor de buurten Kesteren, Kievitsloop en Gageldonk en daarna verbreden naar andere buurten in de Haagse Beemden	Inzicht in de gezondheidssituatie van het gebied en inzicht in het beschikbare aanbod in buurten Er is een gebiedsprogramma volksgezondheid beschikbaar dat gericht is op de bevordering van de gezondheid van de burgers in het gebied en dat afgestemd is op de behoeften en wensen van die burgers.	Voorbereidingen vinden plaats in 2007; uitvoering van het gebiedsprogramma in 2008. Voorbereidingen uitrol naar andere buurten in 2008; uitvoering van uitrol in 2009	Gemeente, Mee West-Brabant, Thuiszorg Breda/steunpunt mantelzorg, GGZ regio Breda, GGD, Huispitaal, SOB Ook contacten met Bekom, huisartsen, buurtcomité's, Vertizontaal, BOS-activiteiten, proeftuin WMO.
	Ontwikkelen van de samenwerking met 1e en 2e lijns gezondheids-zorg en met het bedrijfsleven	22. Overleg starten met huisartsen (twee maal per jaar)	Betrokkenheid van huisartsen vergroten bij preventieprogramma's; Inzicht in mogelijkheden van samenwerking tussen huisartsen en het veld van preventie; Inzicht in de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de huisartsenzorg in Breda	Halfjaarlijks overleg	Gemeente, huisartsengroepen in Breda, huisartsenkring
		23. In overleg met het ziekenhuis een project ontwikkelen waarin ziekenhuis en het veld van preventie samenwerken.	Uitvoering van pilotproject	Start overleg tweede helft van 2008, ontwikkelen pilot, eerste helft 2009	Gemeente, ziekenhuis, ……..
		24. Voorstel en onder voorbehoud van resultaat verkenning die in 2007 wordt gedaan; Pilot: Ontwikkelen van een AED-netwerk met medewerking van detailhandel en bedrijfsleven	Verkenning van de mogelijkheden van een AED-netwerk in Breda, opstellen plan van aanpak voor realisatie van een netwerk, Realiseren van een AED-netwerk	Verkenning en opstellen plan van aanpak uitgevoerd in 2007; start realisatie netwerk 2008, met doorloop in 2009.	Gemeente, GGD/GHOR, ,ehbo-verenigingen, stichtingen reanimatie AED-onderwijs, bedrijvenverenigingen, winkeliersverenigingen, buurthuizen, sporthallen, culturle instellingen, …

Aanpak	Doelstelling	Activiteiten	Beoogd resultaat	Tijdsplanning	Organisatie
	Een bijdrage leveren aan programma's en activiteiten die op andere beleidsvelden worden ontwikkeld (zie ook de speerpunten preventie overgewicht, schadelijk alcoholgebruik en depressie)	25. Afstemmingsoverleg milieu en gezondheid	Informatie delen, zodat vanuit milieu bijgedragen kan worden aan programma's volksgezondheid en volksgezondheid kan bijdragen aan programma's van milieu	Doorlopend, tweemaal per jaar overleg	Gemeente en GGD
		26. Uitwerken van het thema binnenmilieu	Opstellen van een programma gericht op verbetering van het binnenmilieu	Programma gereed in 2009	Gemeente, GGD, corporaties, scholen.
		27. In de voorbereidingsfase een bijdrage leveren aan de herstructurering van wijken en gebiedsontwikkeling	Zorgdragen voor een gezonde woonomgeving in wijken/buurten (Heuvel, Bavel, Teteringen)		Gemeente, GGD
		28. Vanuit het beleidsterrein volksgezondheid binnen de gemeente voorlichting geven over gezondheid in relatie tot andere bestuurlijke beslissingen	Drie bijeenkomsten organiseren voor verschillende gemeentelijke diensten/afdelingen	In 2008	Gemeente
		29. Vanuit het beleidsterrein volksgezondheid een inhoudelijke bijdrage leveren aan de ontwikkeling van een publiek/privaat zorgnetwerk dat vanuit economische zaken zal worden ontwikkeld		Start in 2008. Doorlopend	Gemeente, marktpartijen, ...
Burgers betrekken bij de uitvoering	Burgers betrekken bij de ontwikkeling en uitvoering van preventieprogramma's (bij de speerpunten is dit een aandachtspunt, zie de meetlat voor activiteiten)	30. Erop toezien dat de GGD klantenpanels inzet bij de kwalitatieve onderzoeken naar haar producten	Beter inzicht in wensen en behoeften van burgers met betrekking tot de inzet van preventieprogramma's	Jaarlijks	Gemeente en GGD
		31. Bij de gesubsidieerde instellingen in de subsidiebeschikkingen opnemen dat er cliëntenraden zijn			Gemeente en gesubsidieerde instellingen

Instrumenten en randvoorwaarden	Doelstelling	Activiteiten	Beoogd resultaat	Tijdsplanning	Organisatie
Bereikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg (zie ook professionaliteit en kwaliteit)	Realiseren van integrale jeugd-gezondheidszorg (JGZ)	32. Uitvoering projectplan integrale JGZ	De 'knip' in de JGZ bij 4 jaar is opgeheven, de JGZ is afgestemd op het jeugdbeleid (ontwikkeling Centrum voor jeugd & gezin) en de samenwerking is versterkt tussen de JGZ en andere partners binnen het veld gericht op kinderen en jeugdigen	In het jaar 2007 is een besluit genomen over de organisatorische vormgeving; een projectplan eveneens in 2007 opgesteld; Realisatie van nieuwe JGZ-organisatie per 1 januari 2009	Gemeente, GGD en Thuiszorg Breda en Thuiszorg Mark en Maas
Professionaliteit en kwaliteit	Bevorderen van de deskundigheid van professionals op het gebied van integraal werken, vroegsignalering en interculturalisatie	33. Organiseren trainingen en workshops, waarbij de groepen is samengesteld uit medewerkers van diverse organisatie (voor uitvoerenden en voor managers)	Medewerkers van organisaties worden deskundig op het gebied van integraal werken, vroegsignalering en interculturalisatie Organisaties nemen dit type trainingen op in hun scholingspro-gramma. Minimaal drie trainingen per jaar met minimaal tien deelnemers	Drie trainingen in 2008 en drie trainingen in 2009	Gemeente organiseert en nodigt uit.

BIJLAGE 2

Basistakenpakket GGD West-Brabant

Met ingang van 1 januari 2005 werkt de GGD West-Brabant volgens de productcatalogus 2005 tot en met 2008. Deze productcatalogus geeft inzicht in de verscheidenheid aan producten die de GGD West-Brabant de achttien gemeenten en hun inwoners biedt.

Onderverdeling
De productcatalogus bestaat uit twee delen. Categorie I is gelijk aan wat ook wel het basistakenpakket werd genoemd. Binnen Categorie I is een deel van de diensten van de GGD wettelijk verplicht (Categorie IA en IC). Een ander deel vloeit voort uit onderlinge solidariteit tussen de achttien gemeenten van West-Brabant (Categorie IB).

Categorie IC is het meest bijzonder. Gemeenten hebben graag de vrije keuze wat betreft de aldaar te leveren GGD-diensten. Ondanks collectieve financiering kunnen gemeenten bij de producten uit Categorie IC zelf extra accenten leggen. Het gaat dan om monitoring, preventieprogramma's en onderdelen van de Integrale Jeugdgezondheidszorg voor 0 tot 19 jarigen.

Aanvullend maatwerk per gemeente
In Categorie II zijn producten ondergebracht waarvan de keuze voor de gemeenten geheel vrij is. Deze lijst is niet uitputtend. Afhankelijk van het gemeentelijk gezondheidsbeleid kan behoefte bestaan aan andere producten, dan in dit onderdeel van de catalogus opgenomen. Door de 'GGD-taskforce productafspraken' worden nadere afspraken gemaakt met elk van de portefeuillehouders volksgezondheid over de inhoud van een eventueel aanvullende pakket.

Categorie I producten

Hoofdgroep 1 Infectieziektebestrijding

Ia.1.1.	Algemene infectieziektebestrijding
Ia.1.2	Tuberculosebestrijding
Ia.1.3.	Bestrijding SOA/HIV
Ib.1.1.	Voorlichting beschermende maatregelen reizigers
Ib.1.2.	Hepatitis B vaccinatie risicogroepen

Hoofdgroep 2 Jeugdgezondheidszorg

Ia.2.1.	Vaccinaties
Ia.2.2.	Screening: preventief logopedisch onderzoek
Ia.2.3.	Preventieve gezondheidsonderzoeken
Ia.2.4.	Monitoring op basis van dossiers
Ia.2.5.	Gericht preventief gezondheidsonderzoek
Ib.2.1.	Samenwerking beleids- en themanetwerken gericht op jeugd (sub)regionaal
Ic.2.1.	Gezondheidsinformatie aan jeugdigen en ouders (maatwerk)
Ic.2.2.	Gericht preventief gezondheidsonderzoek
Ic.2.3.	Samenwerking beleids- en themanetwerken gericht op jeugd

Hoofdgroep 3 Epidemiologie

Ia.3.1.	Epidemiologisch onderzoek en advies bevolking
Ic.3.1.	Epidemiologisch onderzoek op verzoek (maatwerk)

Hoofdgroep 4 Bewaken van gezondheidsaspecten bij bestuurlijke beslissingen

Ia.4.1.	Adviseren en ondersteunen gemeenten bij het lokale volksgezondheidsbeleid
Ib.4.1.	Adviseren en ondersteunen van gemeenten bij het volksgezondheidsbeleid op regionaal niveau

Hoofdgroep 5 Preventieprogramma's

Ia.5.1. Publieksinformatie
Ia.5.2. Documentatie
Ia.5.3. Preventieprogramma's bevolking
Ic.5.1. Preventieprogramma's bevolking (maatwerk)

Hoofdgroep 6 Medische milieukunde

Ia.6.1. Medische Milieukunde

Hoofdgroep 7 Technische hygiënezorg

Ia.7.1. Technische hygiënezorg kindercentra

Hoofdgroep 8 Openbare geestelijke gezondheidszorg

Ia.8.1. Psychosociale hulpverlening bij rampen
Ib.8.1. OGZ-vangnet
Ib.8.2. OGGZ-preventie
Ib.8.3. Dokter Schorsmolen

Hoofdgroep 9 Forensische geneeskunde

Ia.9.1. Lijkschouw
Ia.9.2. 24-uurs bereikbaarheid

Hoofdgroep 10 Bevolkingsonderzoeken

Ia.10.1. Baarmoederhalskankeronderzoek
Ia.10.2. Bevolkingsonderzoek borstkanker

Categorie II producten

Hoofdgroep 2 Jeugdgezondheidszorg

II.2.1. Coördinatie buurtnetwerken, gericht op jeugdigen
II.2.2. Armoede en gezondheid van kinderen
II.2.3. Preventie ziekteverzuim op VO-scholen
II.2.5. Programma 'Praten met jonge kinderen'
II.2.6. Cursus opvoedingsondersteuning
II.2.8. Bemoeizorg JGZ 0-19 jarigen
II.2.10. 'Externe vertrouwenspersoon'
II.2.11. Gezinscoaching
II.2.12. Zorgcoördinatie
II.2.13. Sociaal-medische advisering kinderopvang
II.2.14. Sociale vaardigheidstraining
II.2.15. Zorgteam op school
II.2.16. 'Bedplassen, daar wil je vanaf!'
II.2.17. Opvoedspreekuren 0-12-jarigen
II.2.18. Extra aandacht voor kinderen uit achterstandsgroepen

Hoofdgroep 3 Epidemiologie

II.3.1. Epidemiologisch onderzoek op verzoek: onderzoek allochtone ouderen
II.3.2. Epidemiologisch onderzoek op verzoek: evaluatie project 'Samen is Wijs'
II.3.3. Epidemiologisch onderzoek op verzoek: evaluatie van het aanbod en het bereik van het project 'Oudkomers'

Hoofdgroep 4 Bewaken van gezondheidsaspecten bij bestuurlijke beslissingen

II.4.1. Beleidsadvisering op verzoek
II.4.2. Scenariomethode voor strategische vraagstukken op het terrein van de openbare gezondheidszorg

Hoofdgroep 5 Preventieprogramma's

II.5.1. Preventieprogramma's, gericht op allochtonen

Hoofdgroep 6 Medische milieukunde

II.6.1. Projecten Medische Milieukunde: kwantitatieve Gezondheids Effect Screening (GES)
II.6.2. Projecten Medische Milieukunde: binnenmilieukwaliteit op scholen en kinderdag-verblijven
II.6.3 Projecten Medische Milieu: Quick scan
II.6.2. Projecten Medische Milieukunde: advies nieuw- of verbouw scholen

Hoofdgroep 7 Technische hygiënezorg

II.7.1. Technische hygiënezorg bij evenementen
II.7.2. Technische hygiënezorg tattoo-piercen
II.7.3. Technische hygiënezorg prostitutiebedrijven
II.7.4. Technische hygiënezorg diverse collectieve voorzieningen
II.7.5. Technische hygiënezorg peuterspeelzalen
II.7.6. Technische hygiënezorg scholen

Hoofdgroep 8 Openbare geestelijke gezondheidszorg

II.8.1. Netwerk mensenhandel

BIJLAGE 3

Lijst van aandachtspunten bij uitvoering beleid
Beter Breda 2008-2011

In deze bijlage staan goede ideeën en slimme oplossingen opgenomen die door partijen naar voren zijn gebracht tijdens de evaluatie van de nota Beter Breda 2004-2007 en tijdens de interviewrondes ter voorbereiding van de nota Beter Breda 2008-2011. Ook zijn punten opgenomen die bij de uitvoering van het beleid aandacht behoeven.
Goede ideeën die passen binnen de kaders van het nieuwe beleid zullen bij de uitvoering van het beleid, de ontwikkeling van programma's, meegenomen worden. Niet alle goede ideeën en suggesties passen binnen de kaders van het nieuwe beleid. Deze hebben daarom ook geen prioriteit. Ze zijn wel in deze bijlage opgenomen, omdat er mogelijk bij de uitvoering van basistaken (hoofdstuk 7) gedurende de looptijd van de nota toch aandacht voor kan zijn.

Concrete suggesties uit evaluatie Beter Breda 2004-2007, groepsinterviews voor Beter Breda 2008-2011 en inspraakbijeenkomst.

Uitvoering basistaken

- Leg in de nota een relatie met de gezondheidsfuncties "ziekenhuis" en GHOR.
- Check rampendraaiboeken of ze voldoende rekening houden met mensen met beperkingen.
- Bureaucratie werkt belemmerend voor onderwijs, ouders, kinderen.
- Zelf verantwoordelijk voor eigen gezondheid is prima, maar als je mensen die beperkt zijn, niet ondersteunt, houdt je de cyclus van achterstand in stand.
- Aandacht voor onverzekerden.
- Bij huiselijk geweld dient er extra aandacht te komen voor gezinnen met grote afhankelijkheid. van mantelzorgers en 'gebruikelijke zorgers'.
- Aandacht voor seksuele intimidatie of misbruik van extramuraal wonende kinderen of volwassenen met een (verstandelijke) beperking.
- Keuzevrijheid van ouders van meervoudig complex gehandicapte kinderen t.a.v een orthopedagogisch dagcentrum (nu geen keuze mogelijk).
- Meer aandacht voor de ketenzorg van intramurale cliënten die extramuraal kunnen gaan wonen. Woning, inrichting, dagbesteding of arbeid zijn na verblijf in een instelling niet gewaarborgd.
- OGGZ-beleid verder ontwikkelen plus uitvoering van activiteiten en verdere ontwikkeling MASS.
- Aandacht voor onzichtbare groepen, zoals mensen met een Wajong uitkering, jonge mantelzorgers.
- Bij mantelzorg en vrijwilligerswerk ook aandacht voor mensen met psychische beperkingen.
- Aandacht voor armoede in de groep kleine zelfstandigen en WAO-ers.
- Zoek een oplossing voor vrouwen die a.g.v. een armbeperking niet kunnen deelnemen aan het bevolkingsonderzoek borstkanker.
- Voor mensen met gezichtsstoornissen is samenwerking met Sensis van belang.
- Aandacht voor lawaaidoofheid.

Speerpunten

- Start activiteiten mbt psychosociale veiligheid gericht op "digipesten", "second life" en "uitkleden voor de webcam".
- Eenzaamheidsproblematiek: een huis in elke buurt als trefpunt.
- Maak bezoek aan Fitness goedkoop voor kwetsbare groepen (meer bewegen).
- Ook aandacht voor mensen met psychische gezondheidsproblemen, nu gaat de aandacht vooral naar fysiek.
- Zelf verantwoordelijk voor eigen gezondheid is prima, maar als je mensen die beperkt zijn, niet ondersteunt, houdt je de cyclus van achterstand in stand.
- Aandacht voor onzichtbare groepen, zoals mensen met een Wajong uitkering, jonge mantelzorgers.
- Bij mantelzorg en vrijwilligerswerk ook aandacht voor mensen met psychische beperkingen.
- Aandacht voor armoede in de groep kleine zelfstandigen en WAO-ers.

Sturen op samenhang, integrale aanpak

- Regiefunctie: nuancering in sturing; benoem hoofdrolspelers en figuranten.
- Organiseer een structureel contact tussen huisartsen(praktijkondersteuners) en Ggd + Ggz + Novadic-Kentron mbt preventieve activiteiten (roken, diabetici, depressie).
- Huisartsenkringen kunnen fungeren als kenniscentra op wijkniveau.
- Denk bij nieuwbouw aan: externe veiligheid, sociale veiligheid, openbare ruimte die uitnodigt tot bewegen.
- Betrek relevante gemeentelijke directies bij gezondheidsbeleid, vraag ze om suggesties en tips vanuit hun expertise.
- Zet milieu-informatie op wijkwebsites of in wijkbladen en leg verbinding met gezondheid.
- Vraaggestuurde gezondheidsinterventies kunnen via huisartsengroepen (Hagro HB vergadert wekelijks; beschikt over gegevens).
- Gemeente: bij het voeren van regie aandacht voor uitvoerenden.
- Gemeente: stuur stevig op samenhang (bijv. dmv financiële prikkels); bevorder samenwerkingsverbanden.
- Neem verkeersmaatregelen om de luchtkwaliteit in de (binnen-)stad te verbeteren.
- Vervang het concept "keten" door "netwerk".
- In de gemeentelijke rol is stimuleren, faciliteren en informeren heel belangrijk.
- Zorg voor voldoende en bereikbare beweegmogelijkheden voor kinderen (trapveldjes, geen regels, in de buurt); organiseer beweegactiviteiten op buurtniveau; maak gebruik van stagiairs.
- Benut de verbindingsregisseurs bij het uitvoeren van de nota.
- Werk gebiedsgericht: bewoner + buurt/wijk centraal.
- Bij de focus op aandachtswijken; verder ontwikkelen van het GWI-concept en effectiever samenwerken; aandacht voor netwerkontwikkeling en civil society.
- Maak oriëntatiepunten in de openbare ruimte voor mensen met een verstandelijke beperking (bewegwijzering, fietsafbeeldingen op fietspaden, kunst in de wijk, kleurrijkere begroeiing).
- Meer gezondheidsvoorlichting op scholen: biedt scholen VO en groep 8 een integraal pakket "gezondheidsvoorlichting" aan. Neem dit op in het reguliere jaarprogramma van de school; pakket moet ook de weg wijzen naar evt. hulp/ondersteuningsmogelijkheden.
- Ook aandacht voor 'gezonde' gezinnen, waar een gezondheidsrisico aan het ontstaan is.
- Ieder (bestuurs)voorstel moet een gezondheidsparagraaf bevatten.
- Richt een Gezondheidstafel op.
- Bij regiefunctie: let op "what's in it for me!"
- Richt zorgteams in op scholen en link deze naar de Centra voor Jeugd en Gezin (Etten-Leur heeft een Onderwijszorgcentrum).
- Belangrijke pijler in integraal beleid = nabijheid.
- Zelf verantwoordelijk voor eigen gezondheid is prima, maar als je mensen die beperkt zijn, niet ondersteunt, houd je de cyclus van achterstand in stand.
- Vast beweegprogramma met inzet van vakdocenten op basisscholen.
- Sport dient voor mensen met beperkingen meer aandacht te krijgen; aanleggen van een voorzieningenpool van aangepaste sportvoorzieningen.
- Ontmoedig autogebruik bij sport.
- Ontmoedig alcoholgebruik bij sport.
- Ontvouw een visie op Centrum voor Jeugd en Gezin.
- Aandacht voor onzichtbare groepen, zoals mensen met een Wajong uitkering, jonge mantelzorgers.
- Bij mantelzorg en vrijwilligerswerk ook aandacht voor mensen met psychische beperkingen.
- Aandacht voor armoede in de groep kleine zelfstandigen en WAO-ers.

Analyse en vroegsignalering

- School uitvoerende medewerkers (leerkrachten, thuiszorg, huismeesters, nutsleveranciers) zodanig dat oog krijgen voor sociaalmedische problematiek; moedig signaleren aan + geef duidelijk aan waar signalen heen moeten.
- Scholen willen wel signaleren, maar willen niet-schoolgerelateerde problematiek goed door kunnen leiden.

- Zelf verantwoordelijk voor eigen gezondheid is prima, maar als je mensen die beperkt zijn, niet ondersteunt, houd je de cyclus van achterstand in stand.
- De GGz betrekken bij Samen Starten.
- Samen Starten uitbreiden naar de leeftijd ouder dan 12 jaar en ook aandacht voor jonge mantelzorgers (risicogroep), chronische ziekte/handicap in de gezinssituatie vormen een risico voor jongeren tot 20 jaar.
- Meer mogelijkheden creëren om intermediairs in te zetten; zij bereiken veel, hebben een groot netwerk.
- Aandacht voor signalering van verstandelijke beperking binnen gezinnen (wordt nu nog te laat onderkend).

Bereikbare en toegankelijk zorg, betrekken burgers bij uitvoering

- Gebruik wijkcomités als informatiebron voor gezondheidsbeleid en – uitvoering.
- Maak eerstelijns gezondheidszorg toegankelijker en meer gericht op de groeiende groep mensen met aan ouderdom gerelateerde gezondheidsproblemen (bijv. consultatiebureau voor ouderen).
- Let op leesbaarheid van de nota.
- Maak vitale ouderen partner in uitvoering nota (vrijwilligers, Gilde Baronie).
- Bij buurtnetwerken kun je vitale ouderen als vrijwilligers proberen in te schakelen.
- Uitdagen tot gezond gedrag; de gezonde keuze moet de leuke keuze zijn.
- Aandacht voor mensen met een lichtverstandelijke beperking.
- Aandacht voor onzichtbare groepen:
  1. er zijn in Breda ca. 600 mensen met Wajong uitkering: hoe is hun gezondheidssituatie (voldoende deelname aan maatschappelijk leven?).
  2. Jonge mantelzorgers: ca. 20% van de Bredase jongeren leeft in een gezin met een chronisch zieke/gehandicapte.
- Bij mantelzorg en vrijwilligerswerk ook aandacht voor mensen met psychische beperkingen.
- Aandacht voor armoede in de groep kleine zelfstandigen en WAO-ers.
- Zet nieuwe media in voor bevordering volksgezondheid.
- Beperk het aantal huisartspraktijken in een HOED tot 4; zo houd je een zekere geografische spreiding in stand.
- Meer kleinschalige woonvoorzieningen nodig voor dementerende ouderen.