

**(SAMEN)
WERKEN AAN EEN GEZOND
IJSELMONDE**

**Gezondheidsprogramma
Deelgemeente IJsselmonde**

2005 –2008

Versie 9 mei 2005

AANBIEDINGSBRIEF

Voor u ligt het eindresultaat van het project Openbare Gezondheidszorg IJsselmonde. De uitvoering ervan werd mogelijk dankzij de inzet van velen, waaronder met name de GGD Rotterdam. Dit eindrapport maakt zichtbaar op welke wijze de deelgemeente een steentje kan bijdragen aan het verbeteren van de volksgezondheid in IJsselmonde. Er zijn echter ook veel andere partijen die bedoeld of onbedoeld invloed uitoefenen op de volksgezondheid. Allereerst zijn dat de burgers die door leefstijl en keuzes invloed uitoefent op zijn eigen gezondheid. Ook zorginstellingen, allerlei maatschappelijke organisaties en gemeentelijke diensten spelen een rol. We hopen dat dit rapport bewoners en organisaties stimuleert om mee te denken over en mee te doen aan het verbeteren van de volksgezondheid.

Het is de bedoeling dat de Deelgemeente IJsselmonde na deze projectperiode zelfstandig, dat wil zeggen zonder extra ondersteuning van de GGD, aan de slag kan met het gezondheidsprogramma. Dit is de reden dat het eindrapport is opgebouwd uit twee delen. In deel I vindt u een beschrijving van het feitelijke gezondheidsprogramma en de routekaart er naar toe. In deel II vindt u alle relevante achtergrondinformatie. Voor sommigen wellicht bekende kost, voor anderen mogelijk een 'eye-opener'.

Terugkijkend op het afgelopen jaar meen ik te kunnen constateren dat de gekozen interactieve methode waarmee dit project tot stand is gekomen een uniek resultaat heeft opgeleverd; de 'Top Vijf' van IJsselmonde als praktisch instrument om te focussen op gezondheid en om verbinding te leggen met de andere beleidsterreinen en sectoren die daarop van invloed zijn. We hopen dat ook u geïnspireerd wordt om een bijdrage te leveren aan de gezondheid in IJsselmonde.

Bovendien zullen wij t.z.t. voor zover relevant, een beroep op u doen bij de verdere uitwerking en uitvoering van het deelgemeentelijk Gezondheidsprogramma.

Met vriendelijke groeten,

J.F.K. Jungheim

Portefeuillehouder
Maatschappelijke en Economische ontwikkelingen

INHOUDSOPGAVE

DEEL I: HET GEZONDHEIDSPROGRAMMA

1. Routekaart	9
1.1. Opdracht	
1.2. Beoogd resultaat	
1.3. Leeswijzer	
1.4. Uitgangspunten	
1.5. Top Vijf speerpunten gezondheidsbevordering	
1.6. Handvatten voor beleid	
1.7. Top Vijf - instrument voor integrale aanpak	
2. Gezondheidsprogramma 2005-2008	15
2.1. Inleiding	
2.2. Speerpunt 1: 'Meer bewegen'	
2.3. Speerpunt 2: 'Gezond eten'	
2.4. Speerpunt 3: 'Terugdringen luchtvervuiling en geluidsoverlast'	
2.5. Speerpunt 4: 'Versterken regie over eigen leven'	
2.6. Speerpunt 5: '(Zorg)voorzieningen alert en adequaat'	
2.7. Top Vijf – instrument voor dialoog	
3. Bewaken en faciliteren van de voortgang	41
3.1. Monitoren voortgang en effectiviteit gezondheidsprogramma	
3.2. Voortgang faciliteren en stimuleren	

DEEL II ACHTERGRONDEN

4. Theoretisch en bestuurlijk kader	47
4.1. Gezondheid	
4.2. Determinanten van gezondheid	
4.3. Gezondheidsverschillen	
4.4. Preventie en het belang ervan	
4.5. Preventie Sociaal Economische Gezondheidsverschillen	
4.6. Preventie in relatie tot zorg en welzijn	
5. Bestuurlijk kader - Ambities en instrumenten	53
5.1. Wettelijk kader	
5.2. Beleidsinstrumenten	
5.3. Gezondheidsbeleid gemeente Rotterdam	
5.4. Rol van de deelgemeente	
5.5. Ambitie Deelgemeente IJsselmonde	
6. Gezondheidssituatie IJsselmonde	59
6.1. Inleiding	
6.2. Bevindingen en aanbevelingen GGD Rotterdam e.o.	
6.3. Quick Scan gezondheidsbedreigingen en – kansen	

- 7. Het proces: de Top vijf voor nieuwe aanpak lokaal gezondheidsbeleid 65**
- 7.1. Op zoek naar kansen voor gezondheidsbevordering
 - 7.2. De voorlopige top vijf
 - 7.3. Op zoek naar draagvlak
 - 7.4. De mening van experts
 - 7.5. De werkconferentie
 - 7.6. Door de bril van de burger
 - 7.7. Definitieve top vijf
 - 7.8. Bevorderen van gezond gedrag – instrumenten en succesfactoren
 - 7.9. Inventarisatie van kansen en bouwstenen
 - 7.10. Selectiecriteria
 - 7.11. Hoofdpijnen van het gezondheidsprogramma
 - 7.12. Monitoren resultaten
 - 7.13. Faciliteren en stimuleren voortgang

BIJLAGEN

75

- 1. Projectopdracht en projectstructuur
- 2. Top vijf speerpunten Gezondheidsbevordering (format + inhoud)
- 3. Overzicht ingeschakelde experts en geïnterviewde organisaties
- 4. Luchtkwaliteit IJsselmonde
- 5. Bijlage met overige ideeën
- 6. Geraadpleegde literatuur
- 7. Trechter van Oude Ophuis

DEEL I

**GEZONDHEIDSPROGRAMMA
IJSSELMONDE
2005-2008**

1. Routekaart

1.1. Opdracht

De Deelgemeente IJsselmonde is door de GGD Rotterdam e.o. in de gelegenheid gesteld om een eigen gezondheidsprogramma op te stellen. Dit in aanvulling op de gemeentelijke Nota openbare gezondheidszorg Rotterdam 2004-2006. Motief voor dit project is dat men beseft dat in een stad als Rotterdam het opstellen en uitvoeren van een gezondheidsplan niet beperkt kan blijven tot het wettelijk verplichte gemeentelijke niveau. Deelgemeenten kunnen immers vanuit hun eigen (complementaire) rol een bijdrage leveren aan de ontwikkeling en realisatie van een effectief gezondheidsbeleid. Opdrachtgever is het Dagelijks Bestuur van de deelgemeente IJsselmonde. Opdrachtnemer is de GGD Rotterdam e.o., hierna te noemen, de GGD.

1.2. Beoogd resultaat

Aan het begin van de projectperiode is tijd genomen voor het specificeren en vastleggen van de opdracht. Dit om eventuele misverstanden en teleurstellingen achteraf te voorkomen. Op 20 juli 2004 is de projectopdracht¹ officieel vastgesteld. Deze opdracht luidde: "schrijf een integraal gezondheidsprogramma, inclusief plan van aanpak, voor de Deelgemeente IJsselmonde voor de periode 2005-2008". Het uiteindelijk resultaat is een samenhangend geheel van doelen, speerpunten en acties zodat de deelgemeente IJsselmonde:

- A. Zicht heeft op de gezondheidssituatie in IJsselmonde en op de belangrijkste bedreigingen en kansen;
- B. Beschikt over een integraal, samenhangend en breed gedragen gezondheidsprogramma;
- C. Beschikt over instrumenten om de voortgang en effectiviteit van het programma periodiek te meten en te bewaken.

De integrale aanpak houdt in dat het programma ingrijpt op alle beïnvloedbare gezondheidsdeterminanten, dus zowel op het vlak van voorzieningen (wonen, zorg en welzijn) als op het gebied van het sociale en fysieke milieu en leefstijl/gedrag. Door dit programma is de Deelgemeente in staat om de haar direct en indirect ter beschikking staande middelen nu en in de komende beleidsperiode, gericht in te zetten om de gezondheid van de bevolking in IJsselmonde te bevorderen. Doel is een gezondere bevolking en het verkleinen van vermijdbare gezondheidsverschillen in IJsselmonde.

1.3. Leeswijzer

Voor u ligt het eindresultaat van het traject Openbare Gezondheidszorg IJsselmonde. Dit eindrapport maakt zichtbaar op welke wijze de deelgemeente een steentje kan bijdragen aan het verbeteren van de volksgezondheid in IJsselmonde. Er zijn echter ook andere partijen die bedoeld of onbedoeld invloed op de gezondheidsbeleving uitoefenen. We hopen dat dit rapport bewoners en organisaties stimuleert om mee te denken over en mee te doen aan het verbeteren van de volksgezondheid.

¹ Zie bijlage 1

Het is de bedoeling dat de Deelgemeente IJsselmonde na de projectperiode zonder de extra ondersteuning van de GGD, zelfstandig aan de slag kan met het ontwikkelde gezondheidsprogramma. Dit is de reden dat het eindrapport is opgebouwd uit twee delen. In deel I vindt u een beschrijving van het feitelijke gezondheidsprogramma en de routekaart er naar toe. In deel II vindt u alle relevante achtergrondinformatie.

1.4. Uitgangspunten

De Deelgemeente IJsselmonde zoekt naar simpele, maar wel robuuste instrumenten om het lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden van zoveel mogelijk mensen te bevorderen. Die instrumenten moeten aansluiten bij de wettelijke, bestuurlijke en financiële mogelijkheden van de deelgemeente. Omdat deze beperkt zijn is het van belang dat iedereen binnen het raam van zijn eigen mogelijkheden nagaat wat hij of zij kan bijdragen aan gezondheidsbevordering. Tegelijkertijd is het van belang om de inspanningen te focussen op een beperkt aantal speerpunten, waardoor de doelmatigheid wordt vergroot en versnippering zoveel mogelijk wordt voorkomen. Om na te gaan of de inspanningen effect hebben is het ten slotte van belang dat de deelgemeente beschikt over instrumenten om de voortgang en effectiviteit van het programma periodiek te meten en te bewaken.

Gekozen is voor een brede definitie van gezondheid en voor een integrale aanpak. Dat houdt in dat het gezondheidsprogramma interventies mag omvatten op alle beleidsterreinen die van invloed zijn op het lichamelijk, geestelijk en sociaal functioneren van mensen. Dat strekt zich uit van het terrein van voorzieningen (wonen, zorg en welzijn) tot en met de fysieke en sociale omgeving en leefstijl/gedrag.

Ter onderbouwing van reikwijdte en richting van het gezondheidsprogramma zijn de meest recente cijfers van de GGD en adviezen van specialisten op het terrein van risicoanalyse en effectiviteit van gezondheidsinterventies gebruikt, zodat ingezet kan worden op de meest kansrijke en meest effectief geachte interventies.

Voor het ontwikkelen van het gezondheidsprogramma is gekozen voor een interactieve methode. Dat betekent dat de probleemdefinitie en oplossingsrichtingen niet alleen zijn gebaseerd op cijfers, maar ook op de **beleving** van belanghebbenden. Dit laatste is uit interviews en panelgesprekken met de bevolking en met stakeholders in de publieke en private sector naar voren gekomen.

1.5. Top Vijf speerpunten gezondheidsbevordering

In de discussie is o.a. gebruik gemaakt van een speciaal door de GGD Rotterdam e.o. gemaakt rapport over de gezondheidssituatie in IJsselmonde. Daarin worden verschillende aspecten van gezondheid zoveel mogelijk gekwantificeerd.² Vervolgens is een Top Vijf van speerpunten voor gezondheidsbevordering ontwikkeld.³ Deze Top Vijf is voorgelegd aan een aantal Rotterdamse en landelijke experts en vervolgens getoetst en nader uitgewerkt in een speciaal daarvoor georganiseerde werkconferentie.⁴

² Zie hoofdstuk 6 voor een samenvatting van dit rapport

³ Zie bijlage 2 voor Top Vijf en bijbehorende succesfactoren

⁴ Voor een uitgebreid verslag van het gehele interactieve traject zie deel II, hoofdstuk 7.

In de Top Vijf zijn de volgende speerpunten opgenomen:

1. Meer bewegen

Bewegen is rechtstreeks van invloed op het lichamelijk welbevinden, maar ook op geestelijk ('lekker moe') en sociaal welbevinden. Bij dat laatste moeten we denken aan kinderen die door gebrek aan beweging 'niet mee kunnen komen' op school en op straat en aan ouderen die eveneens door gebrek aan beweging in een sociaal isolement dreigen te raken.

2. Gezond eten

Gezond eten is niet alleen van belang om overgewicht tegen te gaan, maar ook om de lichamelijke weerstand te vergroten en voor geestelijk en sociaal welbevinden. De (partiële) ondervoeding door eenzijdig eten en/of overslaan van ontbijt en lunch leidt onder meer tot achterblijven van intellectuele ontwikkeling bij kinderen.

3. Tegengaan luchtvervuiling en geluidsoverlast

Dit item is voor lichamelijk welbevinden van belang omdat vervuiling, zowel binnen- als buitenshuis, leidt tot longziekten en andere klachten. IJsselmonde is wat kwaliteit van de buitenlucht betreft een 'hot spot', waar nog lang niet is voldaan aan de EU-eisen voor luchtkwaliteit. Naast lichamelijke klachten kan geluidsoverlast leiden tot aantasting van geestelijk en sociaal welbevinden (burenruzies).

4. Versterken regie over eigen leven

Wie te maken krijgt met ontslag, scheiding, financiële problemen of het overlijden van een dierbare kan soms in een neerwaartse spiraal terecht komen en loopt daarbij het risico om de regie over het eigen leven te verliezen. Vooral als je met meerdere problemen tegelijkertijd te maken krijgt. Dat heeft niet alleen lichamelijke en geestelijke gevolgen, maar leidt vaak ook tot sociaal isolement.

5. (Zorg)voorzieningen alert en adequaat

Voorzieningen zijn van belang voor lichamelijk welbevinden, of het herstel daarvan, maar ook voor het vroegtijdig signaleren van zaken die het algehele welbevinden kunnen bedreigen. Zo kan een klein beetje steun bij de opvoeding van jonge kinderen gezinsproblemen op latere leeftijd voorkomen. Voorzieningen moeten dan ook niet alleen aanwezig zijn in een wijk maar ook alert zijn en in staat om adequaat te kunnen reageren.

1.6. Handvatten voor beleid

Het benoemen van vijf speerpunten voor gezondheidsbevordering is één ding, het versterken van die speerpunten is een heel ander verhaal. Om de mogelijkheden hiertoe te inventariseren is tijdens het interactieve traject ook gesproken over de achterliggende 'succesfactoren'. Deze zijn deels afkomstig uit vakliteratuur en deels uit gesprekken met ervaringsdeskundigen en beleidsmakers. Onder succesfactoren wordt verstaan kansrijke 'handvatten voor beleid'. Per speerpunt zijn deze in beeld gebracht. Tegelijkertijd is advies gevraagd aan de sleutelfiguren over het 'slim aanhaken' bij bestaand beleid of bestaande initiatieven.

Werken aan de Top Vijf bevordert de gezondheid van mensen, maar betekent tegelijkertijd werken aan het tegengaan van vermijdbare sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV). Vooral omdat genoemde factoren vaker in ongunstige zin voorkomen bij mensen met een lage sociaal economische status (SES) en andere kwetsbare groepen, zodat deze op hen van extra grote invloed zijn.

Er zijn verschillende **kwetsbare groepen**, ook wel risicogroepen genoemd, die extra aandacht vragen:

- Allereerst is dat de jeugd omdat in die levensfase het fundament wordt gelegd voor het lichamelijk, geestelijk en sociaal functioneren;
- Ook nieuwkomers zijn extra kwetsbaar omdat ze vaak niet over een eigen sociaal netwerk beschikken dat hen steunt in moeilijke tijden;
- Datzelfde geldt voor ouderen, vooral als de ouderdom komt met gebreken en men weinig mobiel meer is.
- Ook een lage SES (en vooral de factor een lage opleiding) wordt in de praktijk veelal gehanteerd als maat voor het identificeren van kwetsbare groepen. Deze mensen hebben niet alleen minder te besteden, maar hebben vaak ook een ongezonde leefstijl, een lagere opleiding, wonen in een minder gezonde woning en buurt en maken minder effectief gebruik van allerlei (zorg) voorzieningen.

Deze doelgroepen zijn echter niet alleen kwetsbaar, maar vaak ook moeilijk te bereiken. Tenzij je ze benadert in hun normale '**setting**': thuis, in de buurt of de school. Een andere mogelijkheid om ze te bereiken is als ze komen voor een uitkering, voor medische behandeling of als er als huurder contact mee is. Dit is de reden dat in het gezondheidsprogramma vaak de school als insteek wordt gekozen, evenals de wijk en bestaande sociale netwerken. Alert zijn tijdens die 'normale' contactmomenten maakt 'vroegsignalering' mogelijk en helpt voorkomen dat problemen onoverkomelijk worden.

Gezondheidsbevordering kan ook vanuit de strategie om te zorgen dat '**gezonde keuzes**' de meest makkelijke zijn. Voor de deelgemeente betekent dit werken aan een gezonde leefomgeving met voldoende voorzieningen voor ontmoeting, ontspanning, ontplooiing en ondersteuning, zodat burgers zo lang mogelijk voor zichzelf kunnen zorgen.

De rijksoverheid, de gemeentelijke diensten, de gemeente en de deelgemeente zijn bij het realiseren van beleid vaak aangewezen op de medewerking van anderen. Ze hebben daarbij diverse **instrumenten** die ingezet kunnen worden om beleid te realiseren, zoals communicatie (voorlichting en propaganda), economische instrumenten (subsidies en heffing) en juridische instrumenten (overeenkomst, gebod, verbod). Vooral in situaties waar de overheid weinig of geen formele bevoegdheden heeft, kiest zij vaak voor het instrument communicatie. Bijvoorbeeld door op te treden als (onpartijdige) belangenbehartiger van de bevolking richting een hogere bestuurslaag of richting andere partners en in die hoedanigheid dringende kwesties op de agenda zetten. Communicatie is om die reden in dit gezondheidsprogramma een belangrijk instrument voor de deelgemeente. In hoofdstuk 5 is nadere informatie opgenomen over het bestuurlijk kader waarbinnen de (deel)gemeente opereert en de instrumenten die ter beschikking staan.

1.7. 'Top Vijf' - instrument voor integrale aanpak

De Top Vijf blijkt een praktisch instrument om te focussen op gezondheid en om de verbinding te leggen met andere beleidsterreinen en sectoren die daarop van invloed zijn. Volgens ingeschakelde experts is de Top Vijf een goede mix tussen de wetenschappelijke onderbouwing, die nodig is om politiek en financiers te overtuigen en de actiegerichtheid die nodig is om het gesprek met beleidsambtenaren, zorgleveranciers en bewoners op gang te brengen en te houden. De Top Vijf is daardoor een praktisch instrument voor dialoog om te komen tot een integrale aanpak. Niet alleen binnen de eigen organisatie, maar ook daarbuiten.

Daarom is in het gezondheidsprogramma van de deelgemeente het aangaan van een brede dialoog als extra speerpunt toegevoegd. Door deze dialoog wil de deelgemeente een beroep doen op anderen om ook een bijdrage te leveren. Die dialoog is extra belangrijk omdat het verbeteren van de volksgezondheid pas echt mogelijk wordt als zoveel mogelijk partijen bereid zijn daaraan een bijdrage te leveren.

In hoofdstuk 2 wordt zichtbaar gemaakt op welke wijze het gebruik van de Top Vijf heeft geleid tot een integraal deelgemeentelijk gezondheidsprogramma.

2. GEZONDHEIDSPROGRAMMA IJSSELMONDE 2005-2008

2.1. Inleiding

Dit hoofdstuk vormt de kern van het gezondheidsprogramma van de deelgemeente IJsselmonde 2005-2008. In de onderstaande paragrafen wordt achtereenvolgens ingegaan op het gezondheidsprogramma per speerpunt. Deze speerpunten zijn:

1. Meer bewegen;
2. Gezond eten;
3. Tegengaan luchtvervuiling en geluidsoverlast;
4. Versterken regie over eigen leven;
5. (Zorg)voorzieningen alert en adequaat.

Na een toelichting⁵ op de invloed van het speerpunt op de (volks)gezondheid wordt bij de 'cijfers en trends'⁶ zichtbaar hoe de vlag er in IJsselmonde bij hangt en welke algemene trends er te zien zijn. Daarna worden kansrijke handvatten voor beleid beschreven. Vervolgens wordt ingegaan op activiteiten van de gemeente Rotterdam op dit terrein. De taak voor de deelgemeente en de prioriteiten die kunnen worden gesteld, zijn uitgewerkt in het bijbehorende Plan van Aanpak.

Tot slot is de wijze waarop de deelgemeente de Top Vijf als instrument voor dialoog wil gebruiken uitgewerkt.

2.2. Speerpunt 1 'Meer bewegen'

Toelichting

In beweging blijven is van groot belang voor een goede gezondheid. Allereerst vermindert regelmatig bewegen de kans op allerlei lichamelijke klachten zoals van het bewegingsapparaat (rug, nek, schouder etc.) en de kans op allerlei zogenaamde welvaartsziekten zoals hart- en vaatziekten, ernstig overgewicht en suikerziekte. Maar het heeft ook direct invloed op het geestelijk en sociaal welbevinden. Lichamelijk niet mee kunnen komen, vergroot immers de kans dat kinderen gepest worden en dat ouderen in een sociaal isolement raken en zich eenzaam voelen. Omgekeerd geldt dat (samen) bewegen mensen helpt om uit hun sociale isolement te komen. Ze ontmoeten anderen en hebben iets gemeenschappelijks om over te praten of zich voor in te zetten. Voldoende bewegen is belangrijk voor de jeugd omdat in de kinderjaren het fundament gelegd wordt voor hun toekomstige 'sport- en beweeg carrière', maar ook voor ouderen en zieken omdat daardoor versnelde lichamelijke en geestelijke veroudering wordt voorkomen. Goede beweeglijkheid en souplesse verkleinen bovendien de kans om te vallen of om een arm, been of heup te breken.

Cijfers en trends

In het algemeen is de bewustwording over het belang van bewegen bij publiek en politiek toegenomen. Het is een feit dat we door technologische ontwikkelingen steeds minder hoeven te bewegen. Bovendien is er, vooral in de grote steden, een gebrek aan ruimte met als gevolg dat er een druk bestaat op bestaande groenvoorzieningen en andere 'beweegruiimte'.

⁵ Idem tekst in bijlage 2

⁶ Afgeleid uit hoofdstuk 6 - Samenvatting Rapport GGD over gezondheidssituatie IJsselmonde

In IJsselmonde bewegen mensen veel te weinig. Volgens het rapport van de GGD Rotterdam e.o. geeft 31% van de inwoners (16-69 jaar) aan zelden of nooit aan sport te doen tegenover 29% in Rotterdam. Hoewel niet significant was dit percentage in 1995 nog 35%. Onder de 16-34 jarigen is het percentage dat niet voldoende lichaamsbeweging krijgt (minder dan 3 keer per week minimaal 20 minuten) in IJsselmonde 82%. Ook dit is hoger dan in Rotterdam waar dit 72% is. Dat mensen in IJsselmonde te weinig bewegen blijkt ook uit het hoge percentage mensen met overgewicht. Velen voldoen niet aan de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen⁷. Deze norm is voor jeugdigen (jonger dan 18) dagelijks een uur matig intensief lichamelijke actief zijn waarvan minimaal 2 x per week activiteiten gericht op het verbeteren of handhaven van de lichamelijke fitheid (kracht, lenigheid en coördinatie). Volwassenen (18-55) en ouderen (55+) dienen minstens vijf keer per week een half uur matig intensief lichamelijke actief te zijn bijvoorbeeld door te wandelen en/of te fietsen. Voor niet-actieven, zonder of met lichamelijke beperkingen, is elke lichamelijke activiteit meegenomen.

Handvatten voor beleid

Het is van belang dat mensen zich bewust zijn van het belang om voldoende te bewegen. Dat betekent niet alleen af en toe een uurtje sporten, maar ook bewegen als onderdeel van de dagelijkse bezigheden. Bijvoorbeeld door er een gewoonte van te maken om op de fiets naar het werk te gaan, door kinderen lopend naar school te brengen, of door de trap te nemen in plaats van de lift. Al deze kleine beetjes gespreid over de dag zijn van groot belang en kosten niet veel extra tijd of geld. Hierbij doelen wij op een bewuste actieve leefstijl.

Een belangrijke succesfactor is dan ook de inrichting van de buitenruimte. Kinderen moeten veilig buiten kunnen spelen en fiets- en wandelpaden en oversteekplaatsen moeten voldoende aanwezig en veilig zijn. Ook voor volwassenen en ouderen is dit van belang. In 1999 is dit door de deelgemeente in een speelplekkenplan vastgelegd die als leidraad dient voor de inrichting van speelvoorzieningen.

Bij bewegen geldt 'jong geleerd is oud gedaan'. Vandaar dat bewegingsonderwijs in het basisonderwijs en voortgezet onderwijs (BO en VO) als belangrijke succesfactor wordt gezien. Helaas is echter de afgelopen jaren in Nederland geen prioriteit gelegd bij het bewegingsonderwijs. Hoewel geen exacte gegevens bekend zijn hebben veel, maar niet alle, scholen in IJsselmonde nog een vakdocent.

Er zijn allerlei redenen te noemen waardoor mensen niet bewegen. Ouderen wijzen op het belang van voldoende openbare toiletten (het ontbreken ervan beperkt hun actieradius) en bij kinderen speelt vaak mee dat ouders het druk hebben of buiten spelen te gevaarlijk vinden. Dit maakt het aantrekkelijk om kinderen thuis te houden en TV te laten kijken of computeren. Jonge moeders en vaders sporten weinig, omdat ze daarvoor te weinig tijd of energie hebben. Andere redenen om niet te bewegen zijn bijvoorbeeld kosten, onbereikbaarheid of omdat er een grote bewegingsachterstand is waardoor deelname aan normale sportactiviteiten niet haalbaar is.

Hoe kun je inactieve mensen bereiken en stimuleren om de draad op te pakken? Om te beginnen zouden maatschappelijke instellingen zoals scholen en (zorg)instellingen alert moeten zijn op signalen van bewegingsachterstand en overgewicht en daar adequaat op reageren. Bijvoorbeeld door als ze merken dat iemand moeilijk beweegt of steeds dikker wordt een gesprek te voeren over mogelijke belemmeringen en deze voorzover mogelijk weg te nemen.

⁷ Kemper et al, 2004 (nr. 10 literatuurlijst in bijlage 6)

Een andere mogelijkheid biedt de in IJsselmonde ontwikkelde Kijklijst voor jonge kinderen. Deze wordt gebruikt door leerkrachten in de kleutergroepen en door peuterleidsters om bij een 'niet pluis gevoel' achterliggende oorzaken te achterhalen en vervolgens gericht door te verwijzen. Zo kan er ter overbrugging van de kloof met sportverenigingen bijvoorbeeld worden verwezen naar 'Club Extra', d.w.z. een serie van extra sportlessen na schooltijd.

Wat doet de Gemeente Rotterdam?

Het probleem van toenemend overgewicht staat in Nederland momenteel hoog op de politieke agenda. Soms wordt gezegd dat dit probleem endemisch is, d.w.z. dat het de omvang van een epidemie aanneemt. Om die reden heeft het ministerie van VWS het onderwerp opgenomen in het Programma Grote Stedenbeleid 2005 – 2009. In de gemeente Rotterdam hebben de diensten Sport en Recreatie, Stedelijk Onderwijs en GGD een actieprogramma Voeding en Bewegen opgezet dat door het gemeentebestuur is goedgekeurd. In dit programma is het uitgangspunt dat ouders in eerste instantie zelf verantwoordelijk zijn voor eet en beweeggedrag van hun kinderen, maar dat de overheid een verantwoordelijkheid heeft om de gezonde keuze mogelijk te maken.

In het kader van Rotterdam Sportjaar 2005 vond een debat plaats: "de Basisschool beweegt: Overgewicht te Lijf". De conclusies uit dat debat sporen met de suggesties die in het gezondheidsdebat in IJsselmonde naar voren zijn gebracht:

- De vakdocent gymnastiek moet terug op school, waardoor minimaal elke dag 1 uur bewegingsonderwijs gestimuleerd wordt;
- Voorlichting aan kinderen en ouders helpt alleen als deze gericht is op leefstijlverandering. Voorlichting die uitgaat van een verbod heeft geen positief effect;
- Niet het 'dik zijn' dient in campagnes centraal te staan, maar het leefpatroon dat het overgewicht veroorzaakt;
- Om ouders met voorlichting te bereiken moet de school als communicatiekanaal worden gebruikt;
- De Brede School is een nuttig instrument in de strijd tegen overgewicht, maar alleen als deze daadwerkelijk breed wordt getrokken: de school moet door maatschappelijke partners gesteund worden in haar buitenschoolse activiteiten.

De dienst Sport en Recreatie pleit voor een breed preventieprogramma dat jongeren aanzet tot voldoende bewegen en gezond eten. Daarom is men actief bezig aan het opstellen van een normering voor buitenspeelplekken. De dienst investeert samen met de deelgemeente in trapveldjes met kunstgras en andere sportieve plekken. Daarnaast moeten er voldoende en modern ingerichte gymzalen zijn, komt er een helpdesk voor betrokken organisaties alsmede een protocol voor jeugdartsen. Vanaf het schooljaar 2005-2006 is het de bedoeling is dat 30 scholen in Rotterdam (waarvan 6 in IJsselmonde) starten met een pilot:

- Er is elke dag een gymles onder begeleiding van vakkundig personeel;
- Er is gelegenheid om kennis te maken met nieuwe sporten;
- Er wordt ingezet op participatie van ouders;
- De lessenreeks over voeding en beweging bestaat uit informatie over gezonde voeding, eenvoudige fysiologie en anatomie en fysieke testjes.

De GGD Rotterdam e.o. hanteert een protocol aan de hand waarvan met kinderen en hun ouders gepraat kan worden over gewicht en leefpatroon. Om zicht te krijgen op de ontwikkeling zullen in de Rotterdamse Jeugdmonitor gegevens opgenomen worden over gewicht en bewegen. Deze gegevens zullen worden teruggekoppeld naar de deelgemeenten.

Volgens een nota van het ministerie van Verkeer en Waterstaat, uit september 2004, blijkt dat van de grote steden de bewoners in Rotterdam het meest de auto nemen en het minst fietsen. In Zwolle neemt 36,8% de fiets als men ergens heen moet, in Utrecht 29,7%, in Amsterdam 25,0% en in Rotterdam, helemaal onderaan, 15,3%. Stimuleren dat mensen de fiets nemen kan een bijdrage leveren aan het terugdringen overgewicht (speerpunt 2) en het terugdringen van de luchtvervuiling (speerpunt 3). Geconstateerd is dat de gemeentelijke diensten die waken over de ruimtelijke ordening van Rotterdam, dS+V en OBR, weinig oog hebben voor de noodzaak van bewegen en de rol die zij kunnen hebben bij de oplossing van dit probleem. Deze diensten kunnen stimuleren dat mensen de fiets nemen in plaats van de auto door het realiseren van een goede en voor fietsers aantrekkelijke infrastructuur.

Waar ligt een taak voor de deelgemeente?

Voor de deelgemeente betekent dit alles dat zij prioriteit wil leggen bij onderstaande beleidsdoelen:

- a. De deelgemeente streeft naar voldoende veilige fiets- en wandelpaden en oversteekplaatsen voor kwetsbare verkeersdeelnemers.
- b. De deelgemeente ziet er op toe dat in elk plan voor Ruimtelijke Ordening voldoende 'speel en beweegruiimte' aanwezig is. Speelruimte moet al bij voorbaat worden ingepland. Dit betekent alert zijn als nieuwbouwplannen worden gerealiseerd. Voorkomen moet worden dat dit ten koste gaat van groen- en sportfaciliteiten in IJsselmonde.
- c. De deelgemeente blijft alert als het gaat om kwantiteit, kwaliteit, bekendheid, bereikbaarheid en de daadwerkelijke benutting van sport en bewegingsfaciliteiten in IJsselmonde.
- d. De deelgemeente hecht eraan dat burgers en verwijzende instanties toegang hebben tot actuele informatie over alle commerciële en niet-commerciële sportactiviteiten in IJsselmonde.
- e. De deelgemeente wil doorgaan met een krachtig sportstimuleringsbeleid. Wel met meer accent op sport als instrument ter versterking van eigen regie en sociale cohesie. Hierbij wordt rekening gehouden met de bijdrage die sport kan leveren aan de overige speerpunten uit de Top Vijf. Bijvoorbeeld door sportactiviteiten te organiseren in diverse settings (school, in de buurt etc) en deze te koppelen aan voorlichting over een gezonde leefstijl.
- f. De deelgemeente richt zich daarbij minder op de fanatieke sporter of op de sporthater, maar op categorieën die het belang van sporten (nog) niet inzien of die om allerlei praktische redenen (nog) niet sporten. Conform het advies van de GGD zijn jongeren, jongvolwassenen en ouderen de belangrijkste aandachtsgroepen.
- g. De deelgemeente zal in samenwerking met Sport en Recreatie bewerkstelligen dat in 2006 minstens zes basisscholen in IJsselmonde kunnen meedoen aan de pilot "De Basisschool Beweegt". Tegelijkertijd wil de deelgemeente aandacht vragen voor het belang van het bewegingsonderwijs en de meerwaarde van ouders en kinderen die zelf lopen of fietsen naar school.
- h. De deelgemeente hecht belang aan het tijdig opsporen en behandelen van kinderen met een bewegingsachterstand, zodat onomkeerbare fysieke en/of sociale achterstand wordt voorkomen. Belangrijk instrument daarbij is de 'Kijklijst' waarbij het zogenaamd 'niet-pluisgevoel' als aangrijpingspunt wordt gehanteerd. Via het beleid van achterstandbestrijding zal zij hier aandacht aan besteden.
- i. De deelgemeente heeft subsidiecriteria waarbij in het verlenen van subsidies rekening gehouden wordt met de doelstelling voor samenwerken in de brede school en voor bewegen en gezond gedrag.

- j. De servicewijk is een wijk voor iedereen met specifieke aandacht voor inwoners met beperkingen. Kort samengevat: een levensloopbestendige wijk als een gebied waarin bewoning mogelijk is in elke levensfase, ongeacht beperkingen. Bij de ontwikkeling van servicewijken zal naast de aandacht voor wonen, zorg en welzijn ook rekening gehouden met worden bewegen.

Voor nadere uitwerking zie bijgevoegd Plan van Aanpak.

2.3. Speerpunt 2 'Gezond eten'

Toelichting

Naast het bewegen is het voor een goede gezondheid van belang dat mensen gezond eten. Onder gezond eten verstaan we:

- de juiste hoeveelheid: niet te veel of te weinig eten in verhouding tot wat het lichaam nodig heeft. Bepalende factor daarbij is de hoeveelheid energie die wordt verbruikt.
- de juiste samenstelling: genoeg vezelrijke groente en fruit, 'gezonde vetten' en gerechten met beschermende vitamines en mineralen.
- de juiste regelmaat: ontbijten, meerdere maaltijden per dag eten, niet te grote porties tegelijk eten en ook niet te streng lijnen.

Gezond eten verkleint de kans op te vroeg overlijden ('vroegsterfte') en ziekte last door hart- en vaatziekten, kanker, overgewicht en diabetes (suikerziekte). Bovendien vergroot het de weerstand tegen (infectie)ziekten. Ernstige vormen van overgewicht vergroten de kans op ademhalingsproblemen, psychische en sociale problemen en problemen met het bewegingsapparaat. Meestal worden de gevolgen van ongezond eten pas zichtbaar op de langere termijn. Bovendien gaat het proces vaak heel geleidelijk. Elke dag een boterham te veel eten in vergelijking met de fysiologische behoefte, betekent dat het gewicht jaarlijks al gauw met een enkel kilo stijgt. Een plotselinge poging om dit proces een halt toe te roepen door streng lijnen werkt averechts omdat het lichaam zichzelf dan juist extra zuinig afstelt, waardoor op termijn het gewicht alleen maar sneller toeneemt. Zorgen voor voldoende beweging in combinatie met een gezonde voeding is een betere remedie, dan plotseling fanatiek je gewicht proberen omlaag te brengen.

Cijfers en trends

Als trend is te zien dat beleidsmakers, industrie en publiek steeds meer doordrongen worden van het belang om overgewicht terug te dringen en om te zorgen dat voedsel gezonder en veiliger wordt.

Dat mensen niet altijd gezond eten blijkt uit het percentage volwassenen met ernstig overgewicht. In 25 jaar is dit aantal in Nederland verdubbeld. In IJsselmonde is het percentage mensen met overgewicht (56%) hoger dan in Rotterdam en Nederland (47 respectievelijk 48%). Vooral bij vrouwen tussen 16 en 34 jaar is het percentage met overgewicht hoger dan in Rotterdam (40% versus 27%). De consumptie van groenten en fruit daalt verder en slechts 5% van de Nederlanders voldoet aan de aanbevelingen t.a.v. vet.⁸ Onder ernstig overgewicht wordt verstaan een Body Mass Index (BMI) van 30 of hoger. (BMI = gewicht gedeeld door lengte in het kwadraat).

Handvatten voor beleid

Een gezonde voeding is in eerste instantie de verantwoordelijkheid van mensen zelf. Succesfactoren daarbij zijn:

- Mensen weten wat goede voeding is, zien het belang ervan in en beschikken over kennis en vaardigheden om een gezonde maaltijd te bereiden, ook als er niet veel te besteden is.
- De juiste houding en gedrag van mensen. Het zijn persoonlijke en vaak cultureel bepaalde ideeën en richtlijnen die het eetpatroon bepalen. Zo zijn naast de factor erfelijkheid, het cultureel bepaalde voedingspatroon en het bewegingspatroon een mogelijke verklaring voor het relatief vaak vóórkomen van diabetes bij allochtonen.

⁸ Zie ook het RIVM-rapport 'Ons eten gemeten' 2004 (nr. 1 literatuurlijst in bijlage 6)

- Dat het zelfregulerende mechanisme van honger en verzadiging bij mensen nog in takt is. Essentieel daarbij zijn: niet streng lijnen of lang vasten; langzaam eten (goed kauwen); minstens drie maal per dag een maaltijd en niet te grote porties tegelijk.
- Het beschikbare inkomen. Niet alleen de hoogte van het inkomen, maar vooral of het uitgavenpatroon voldoende financiële ruimte biedt voor het kopen van voedsel. Hierbij is zicht en grip op het eigen uitgavenpatroon noodzakelijk.
- Zorgen dat gezonde keuzes de meest makkelijke zijn. Bijvoorbeeld dat 'gezond' voedsel aantrekkelijk is en snel binnen handbereik in bijvoorbeeld school- en bedrijfskantines, thuis, in winkels en dat aangeboden porties niet te groot zijn.
- Of bij zwangerschap, ziekte, handicap, groei en ouderdom extra maatregelen worden genomen. In bepaalde perioden van het leven en bij ziekte, zijn immers extra voedingsstoffen nodig. Gehele of gedeeltelijke ondervoeding belemmert de normale groei en het genezingsproces. Tevens verandert er in deze fase veel in het sociale leven van mensen, waardoor ze geneigd zijn minder te gaan bewegen. Daarom is het juist in die cruciale levensfasen extra opletten geblazen.

Wat doet de gemeente Rotterdam?

De gemeente Rotterdam ziet voor ziektekostenverzekeraars een rol weggelegd in de preventieve aanpak van overgewicht. Immers, hoe minder mensen ziek worden door ongezond voedsel en ongezond eetgedrag, hoe lager de premie kan zijn. Organisaties binnen de voedingsindustrie kunnen zorgen voor een gezonde samenstelling van voedsel en gezond voedsel meer promoten, goedkoper maken en/of meewerken aan gezondheidscampagnes onder de bevolking. Binnen het beleid van maatschappelijk verantwoord ondernemen kan de gemeente ernaar streven dat de verzekeraars, maar ook het bedrijfsleven, verantwoordelijkheid gaan nemen.

Een actuele vraag is of de school een aandeel kan hebben in het beïnvloeden van de leefstijl. Mogelijkheden hiertoe liggen in het kader van de brede school. Indien de school met andere partners samenwerkt kan worden gedacht aan het geven van kooklessen en het verzorgen van ontbijten en lunches. Hierbij worden kinderen bewust gemaakt van het belang van gezond eten. Landelijk is een experiment gaande om op scholen naast of in plaats van schoolmelk ook groente en fruit aan te bieden. Ook beschikken sommige scholen over kantines of frisdrank automaten. Zij kunnen hierin een verantwoordelijkheid nemen door te kiezen voor aanbieders met het meest gezonde assortiment. Je kunt kinderen nu eenmaal niet leren kiezen voor de gezonde keus als er niets te kiezen valt. De GGD wil scholen in het voortgezet onderwijs, die tot een gezonde schoolkantine willen overgaan, ondersteunen.

De GGD zal kinderen met overgewicht adviseren om met een diëtiste hun voedingspatroon kritisch te bekijken. Samen met de diensten DSO en S&R zal de GGD een advies- en steunpunt inrichten voor iedereen en elke organisatie die iets wil ondernemen op het gebied van gezond eten en bewegen. Informatie over effectief gebleken interventies of voorlichtingsmateriaal komt daar beschikbaar.

Waar ligt een taak voor de deelgemeente?

Op het terrein van gezond eten zijn de bevoegdheden van de deelgemeente beperkt. Mensen bepalen in eerste instantie zelf wat zij wel of niet eten. Daarnaast is er een belangrijke taak voor zorginstellingen om alert en adequaat te reageren op voedingsvraagstukken. Ouders van jonge kinderen krijgen voedingsadvies via het consultatiebureau, schoolartsen houden een oogje in het zeil bij de opgroeiende jeugd en verloskundigen begeleiden zwangere vrouwen. Voor ouderen die thuis of in een verzorgingshuis of verpleeghuis wonen zal het verplegend en verzorgend personeel alert moeten zijn op plotselinge gewichtsveranderingen.

De deelgemeente ziet haar taak dan ook veelal in samenwerking met andere instellingen. Prioriteiten hierbij zijn:

- a. Scholen en waar mogelijk ook andere organisaties stimuleren tot een actief gezondheidsbeleid op het gebied van de kantine, het roken, genotmiddelen, etc.
- b. Initiatieven stimuleren rond voorlichting goede voeding en het belang van het ontbijt, ontbijtlessen en/of projecten over groente en fruit.
- c. Burgers en intermediaire instellingen bekend maken met het preventieprogramma voeding en beweging dat stedelijk wordt ontwikkeld.

Voor nadere uitwerking zie bijgevoegd Plan van Aanpak.

2.4. Speerpunt 3 'Tegengaan luchtvervuiling en geluidsoverlast'

Toelichting

Wonen en werken in een gezonde omgeving, zowel in het buitenmilieu als in het binnenmilieu, is van belang voor de volksgezondheid. De invloed van milieufactoren op de volksgezondheid is echter relatief beperkt. De schatting is dat in Nederland 5 tot 10 procent van alle gezondheidsproblemen zijn toe te schrijven aan het milieu. In IJsselmonde maken velen zich vanwege het aantal rijkswegen en grote doorgaande verkeerswegen zorgen om geluidsoverlast en luchtverontreiniging. De mogelijke gevolgen zijn stress en een verhoogde kans op long- en luchtwegziekten, hart- en vaatziekten, kanker en soms ook ernstige gehoorschade (bij hogere geluidsniveaus).

Cijfers en trends

De invloed van leefstijl/gedrag, bijvoorbeeld het effect van roken, is groter dan de problemen met het milieu. De invloed van de factor leefstijl is in de beschikbare cijfers echter geheel buiten beschouwing gelaten. Van alle milieufactoren heeft luchtkwaliteit het meeste negatieve effect op de volksgezondheid in Nederland. De concentraties fijn stof (<PM10) en stikstofdioxide (NO₂) zijn op diverse locaties in Nederland hoger dan volgens de EU normen is toegestaan. Stikstofdioxide wordt dikwijls gebruikt als maatstaf voor luchtverontreiniging.

De voornaamste bron voor luchtverontreiniging in Rotterdam is volgens de jaarrapportage 2002 van de DCMR het wegverkeer, dat ongeveer 50% bijdraagt aan de vervuiling. Daarnaast heeft Rotterdam te maken met uitstoot van scheepvaart, huishoudens en industrie. De gegevens over de uitstoot van diverse stoffen laat zien dat er in 2002 in IJsselmonde bij 12.489 woningen (27.675 inwoners) sprake is van overschrijding van de norm (grenswaarde) van 40 microgram/m³ NO₂. Deze woningen bevinden zich vooral in Groot-IJsselmonde, Beverwaard en Oud-IJsselmonde. Nadat de DCMR haar plannen heeft gerealiseerd zal dit aantal in 2010 zijn teruggebracht tot 1.531 woningen (3.832 inwoners). Of deze streefcijfers worden bereikt is echter twijfelachtig. Dit omdat de mobiliteit door welvaart toeneemt en omdat veel afhangt van het landelijke en Europese beleid gericht op het terugdringen van de uitstoot aan de bron zoals het verplichtstellen van roetfilters voor dieselmotoren. Het onderwerp zelf staat landelijk op de politieke agenda omdat overheden in de planvorming rond aanleg van wegen, bedrijfsterreinen en andere projecten rekening moeten houden met deze Europese normen. Dit is o.a. het gevolg van recente uitspraken van de administratieve kamer van de Hoge Raad.

Uit de gezondheidsenquête GGD blijkt dat 45% van de inwoners van IJsselmonde problemen heeft met de woning voor wat betreft milieu en hygiëne (geluidshinder, vocht, ventilatie, schimmel en/of ongedierte); 21% van de inwoners ondervindt specifiek geluidshinder. Zeker 32% van de inwoners van IJsselmonde rookt en ruim 10% heeft last van een slecht gehoor.

Handvatten voor beleid

Allereerst is het nodig dat mensen, beleidsmakers, werkgevers en maatschappelijke instellingen het belang van dit speerpunt onderschrijven doordat ze bekend zijn met de gezondheidsrisico's die niet onderschat moeten worden. Het is hierbij belangrijk om als politiek bestuur te weten waar bevoegdheden en mogelijkheden liggen voor beïnvloeding vanuit de overheid.

Succesfactoren zijn:

- Voor het binnenmilieu de kwaliteit van de woning, de gebruikte materialen en de fysieke maatregelen die zijn aangebracht om geluidsoverlast te beperken en ventilatie mogelijk te maken.
- De leefstijl van mensen. Voorbeelden zijn: Zelf niet roken en ook niet de rook van andere inademen thuis en op het werk; regelmatig ventileren van woning en kantoorruimtes; beschermende materialen op het werk gebruiken als die door de werkgever worden verstrekt en last but not least de koptelefoon niet te hard zetten.
- Het tempo van invoering van wettelijke regelingen en het handhavingsbeleid. Bijvoorbeeld: lucht- en geluidsnormen in acht nemen bij uitbreiding-herstructureringsplannen en de wettelijke geluidsnormen en emissienormen streng handhaven bij evenementen en in het verkeer.

Wat doet de gemeente Rotterdam?

Landelijk gezien staan er een aantal items hoog op de politieke agenda. Zo is er in verband met de gezondheidseffecten een strenger beleid ten aanzien van roken ontwikkeld. Ook is er veel aandacht voor het terugdringen van de luchtvervuiling, waarbij vooral het terugdringen van de uitstoot van fijn stof (o.a. door dieselmotoren) prioriteit heeft. Dit omdat de Europese milieunormen een rem dreigen te betekenen voor ontwikkeling van bouwplannen en de aanleg van nieuwe wegen en spitsstroken. Mogelijk zal door druk van gemeentelijke overheid en provincies de rijksoverheid maatregelen gaan nemen voor het verkeer op rijkswegen rond de stedelijke bebouwing. Dat zou voor IJsselmonde kunnen betekenen dat de snelheid op de rijkswegen aangepast gaat worden, waardoor luchtverontreiniging en geluidsoverlast worden teruggedrongen.⁹

Waar ligt een taak voor de deelgemeente?

De bevoegdheden van de deelgemeente op het terrein van het milieu zijn beperkt. Veel zaken betreffende het buitenmilieu worden op stedelijk, landelijk en vaak ook Europees niveau geregeld. Lobbyen, samen met de bevolking bijvoorbeeld voor instellen van een 80 km zone of het aanbrengen van geluidsschermen is een van de weinige mogelijkheden om extra druk op de ketel te zetten. Een alternatief is om via de rechter af te (laten) dwingen dat de overheid zich houdt aan de nieuwe, strengere Europese normen.

Belangrijke aanknopingspunten voor verbetering van het binnenmilieu zijn de kwaliteit van de woning zelf, de gebruikte materialen en de fysieke maatregelen die zijn aangebracht om de geluidsoverlast te beperken en ventilatie mogelijk te maken. In IJsselmonde wordt hard gewerkt aan de herstructurering van een aantal wijken. Oude woningen worden gesloopt en vervangen. Dat geeft mogelijkheden om aan te dringen op duurzaam bouwen, waarbij materialen worden gebruikt die zo min mogelijk het binnenmilieu schaden.

Prioriteit hebben onderstaande beleidsdoelen:

- a. Vermindering luchtvervuiling en geluidsoverlast door het verkeer;
- b. Alert en adequaat handelen na klachten van de burgerij over geluidsoverlast (brommers, terrassen, burengerucht, grote evenementen);
- c. Nieuwe woningen worden gebouwd met 'gezonde' en duurzame materialen en staan op voldoende afstand van Rijkswegen;

⁹ Voor nadere informatie over de Rotterdamse situatie en Plan van Aanpak, zie jlage 4

- d. Burgers zijn bekend met het hoe en waarom van een gezond binnenmilieu (lucht/geluid) en weten bovendien op welke punten streng zal worden gecontroleerd (bv piekbelasting bij concerten/geluidshinder evenementen)

Zie voor een nadere uitwerking bijgevoegd Plan van Aanpak.

2.5. Speerpunt 4: 'Versterken regie over eigen leven'

Toelichting

Verlies van regie ontstaat op het moment dat de draagkracht en draaglast van mensen niet in evenwicht zijn. Draaglast is de optelling van alles wat je moet doen thuis, in de wijk, op het werk en in je vrije tijd en de omstandigheden waaronder dat werk moet worden gedaan. Draagkracht is het totaal van persoonlijke en sociale kenmerken en omstandigheden die maken dat je in staat bent om goed en succesvol te kunnen functioneren. Mensen die de moed hebben opgegeven en die niet tijdig om hulp vragen lopen een groot risico om in een neerwaartse spiraal terecht te komen. Een proces dat moeilijk omkeerbaar is en soms ook een negatieve invloed kan hebben op de volgende generatie. Kenmerkend is dat oorzaak en gevolg van problemen niet meer te onderscheiden zijn en elkaar in stand houden. Bijna altijd zijn er financiële problemen. Het is van groot belang dat mensen zelf wegen vinden om hun problemen aan te pakken en daarmee de regie op het eigen leven behouden.

Verlies van de eigen regie kan ontstaan door ziekte, werkloosheid, psychische en/of psychosociale problemen, armoede en/of schulden. Mogelijke oorzaken of gevolgen zijn agressief gedrag (geweld in huiselijke kring), verslaving. Deze problemen zijn niet alleen voor mensen zelf heel vervelend, maar brengen ook hoge maatschappelijke kosten met zich mee. Vandaar dat het versterken van de eigen regie een belangrijk speerpunt is, zowel in preventieve zin (voorkomen dat mensen de regie verliezen) als in curatieve zin (weer terugkrijgen van de eigen regie).

Cijfers en trends

Er zijn geen onderzoeksgegevens over de mate waarin mensen in IJsselmonde het gevoel hebben dat ze voldoende regie hebben over hun eigen leven. Wel is bekend dat dit vaak moeilijker is voor economisch kwetsbare groepen zoals: alleenstaande vrouwen, eenoudergezinnen, mensen met een uitkering, migranten en mensen die in een achterstands wijk wonen. In IJsselmonde zijn die categorieën net als in Rotterdam ruimschoots vertegenwoordigd.

In het rapport van de GGD staat dat 40% van de inwoners in IJsselmonde mogelijk psychosociale problemen heeft versus 35% in Rotterdam. Omdat bijna één op de vier ouderen een psychische stoornis heeft is dit verschil mogelijk te verklaren door het grote percentage ouderen tussen 55-84 jaar. De meest voorkomende stoornissen bij ouderen zijn angst, depressie en dementie. Uit zelfgerapporteerde gegevens blijkt dat 9% van de inwoners een excessieve drinker is (13% in Rotterdam) en dat 16% ooit of in de afgelopen 4 weken cannabis heeft gebruikt (24% in Rotterdam). Gegevens over geweld, schulden en/of meervoudige problemen ontbreken.

Handvatten voor beleid

Essentieel voor het behoud van eigen regie zijn

- de sociale steun waarover je kan beschikken;
- de mogelijkheid op te groeien in een veilige en stimulerende omgeving;
- kansen op de arbeidsmarkt met behulp van een opleiding;
- maar ook helderheid van geest: overmatig drankgebruik, drugs, maar soms ook medicijngebruik hebben daarop een negatieve invloed;
- het is belangrijk om te wonen in een leefbare wijk die heel, schoon en veilig is met voldoende basisvoorzieningen;
- deze (zorg)voorzieningen moeten niet alleen beschikbaar zijn, maar ook alert en adequaat professionele steun bieden zodra dat nodig is.

Belangrijk is dat de zorg niet alleen is gericht op het (tijdelijk) verlichten van de draaglast maar ook op het versterken van draagkracht. Dus op het versterken van de eigen regie en zelfwerkzaamheid van mensen.

Wat doet de Gemeente Rotterdam?

Het beleid van de Gemeente Rotterdam is gericht op leefbaarheid van de wijken. Dat wil zeggen dat de wijken schoon, heel en veilig zijn, dat de woonsituatie adequaat is, dat er geïnvesteerd wordt in programma's voor werkloosheidsbestrijding en sociale cohesie om de onderlinge steun in de wijken te vergroten. Ook het pakket (zorg)voorzieningen, zoals aanwezige huisartsen, moet zoveel mogelijk op peil zijn.

Soms zijn er ontwikkelingen die verslechtering van de situatie betekenen en waar de deelgemeente noch de gemeente invloed op uit kan oefenen. In dit kader wordt gewezen op het beleid van KPN om postkantoren te sluiten, buurtwinkels die moeten sluiten als gevolg van economische ontwikkelingen en wijzigingen die door de regio raad worden doorgevoerd in het openbaar vervoer. De gemeente Rotterdam heeft, vanuit financiële overwegingen, op het aanvullend Vervoer op Maat van de RET bezuinigd. Mensen kunnen ook (tijdelijk) in een risicovolle situatie komen als er sprake is van schulden met huisuitzetting als gevolg. Of als mensen na behandeling in een intramurale voorziening hun leven weer zelfstandig moeten oppakken. De gemeente heeft hierbij echter geen of beperkte bevoegdheden.

In het kader van de Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) krijgt de gemeente verantwoordelijkheid voor de ondersteuning bij het zelfstandig functioneren van mensen met een functiebeperking (waaronder veel ouderen). Hiervoor is kennis nodig van het zorgaanbod en de toegang tot dat zorgaanbod. De GGD Rotterdam e.o. zal deze informatie verzamelen en toegankelijk maken via een zogenaamde sociale kaart zorg, in de vorm van een digitale database, gepresenteerd via het web. De GGD start medio 2005 met het opzetten van deze sociale kaart zorg.

Waar ligt een taak voor de deelgemeente?

Voor de deelgemeente betekent dit alles dat zij prioriteit wil leggen bij onderstaande beleidsdoelen:

- a. Het beleid continueren waarbij de leefbaarheid in de wijken op het punt van schoon, heel en veilig worden vergroot. Bevorderen van sociale cohesie en steun, versterken voorzieningenniveau, ontwikkelen plannen rond werk en activering alsmede wijk economie zijn relevante thema's.
- b. In de nota Jeugdbeleid IJsselmonde wordt aansluiting gezocht bij de stedelijke prioriteit op het gebied van verzuimbeleid in basisonderwijs en voortgezet onderwijs o.a. door gerichte verzuimbegeleiding en de bestrijding van jeugdwerkloosheid.
- c. In samenwerking met partners ontwikkelt de deelgemeente het concept servicewijk om mensen die kwetsbaar dreigen te worden door ouderdom of ziekte een zo goed mogelijk mix van wonen, zorg en welzijn te garanderen. Ook in de discussie rond de Wet Maatschappelijk Ondersteuning wordt ervan uitgegaan dat mensen met behulp van (deel)gemeentelijke voorzieningen in wonen, zorg en welzijn hun zelfstandigheid en hun regie weten te behouden.
- d. Hoewel de deelgemeente IJsselmonde als aanvullende voorziening op het openbaar vervoer de wijkbusorganisaties IJsselmonde en Vreewijk Lombardijen subsidieert biedt dit alleen overdag en door de week mogelijkheden. In het weekend en 's avonds is er nog steeds een groot probleem. In samenspraak met anderen (w.o. de gemeente) moet worden gezocht naar mogelijkheden om dit probleem op te lossen.

- e. De deelgemeente signaleert dat het goed is problematische (huur)schuldsituaties vroegtijdig te onderkennen en aan te pakken. Dit door betere afstemming binnen een signaleringsketen. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt echter bij de GGD, Sozawe en wooncorporaties, waar dit ter sprake gebracht zal worden.
 - f. De deelgemeente stelt het Algemeen Maatschappelijk Werk in staat om te participeren in lokale zorgnetwerken. Deze netwerken hebben als doel te voorkomen dat problemen als gevolg van psychische problemen, ziekte of handicap, verslaving (drank/drugs) geweld in huiselijke kring, verliesverwerking en/of schulden zich opstapelen en daardoor onoplosbaar worden.
- Voor nadere uitwerking zie bijgevoegd Plan van Aanpak.

2.6. Speerpunt 5: '(Zorg)voorzieningen alert en adequaat'

Toelichting

Het is voor de gezondheid van burgers in IJsselmonde van belang dat de deelgemeente beschikt over maatschappelijke voorzieningen, die in staat zijn om snel en adequaat te reageren als daar een beroep op wordt gedaan. Het gaat daarbij niet louter om het aantal (zorg)voorzieningen en de bereikbaarheid ervan, maar ook of ze in staat zijn vroegtijdig (gezondheids)problemen te signaleren en/of te voorkomen. Dit geldt niet alleen voor cure (medische voorzieningen), care (zorg- en verpleegvoorzieningen), preventie en welzijnsector, maar voor alle voorzieningen die ten dienste staan van het brede publiek. Adequate en alerte voorzieningen zijn de smeerolie voor de samenleving, want ze helpen 'vroegsterfte' en ziekte last voorkomen, evenals de daardoor veroorzaakte (onnodige) kosten. Dat is zowel in het belang van het individu als van de samenleving als geheel.

Cijfers en trends

De GGD verwacht een toename van de zorgvraag in IJsselmonde als gevolg van een toename van de bevolking. Huisartsen en andere zorgvoorzieningen moeten met deze groeiende vraag rekening houden. Daarnaast heeft de nieuwe generatie hulpverleners in de eerste lijn andere eisen. Op basis van de leeftijd van zittende huisartsen is berekend dat er binnen vijf jaar zes vacatures ontstaan. Nog onbekend is wat het effect zal zijn op de zorgvraag van de nieuwe zorgwet die in 2006 van kracht worden.

In het rapport van de GGD staan geen gegevens over de mate waarin voorzieningen adequaat en alert reageren. Bruikbaar zijn wellicht cijfers over snelheid en kwaliteit van de alarmopvolging, over bereik en resultaten van de baarmoederhalskanker screening en/of over meldingen en reactietijd m.b.t. bijvoorbeeld infectieziekten, milieuklachten en huiselijk geweld. Gegevens hierover zijn echter vanwege de privacywetgeving niet eenvoudig te achterhalen.

Handvatten voor beleid

Het is van belang dat er een dekkend systeem is van basisvoorzieningen op het terrein van cure, care, preventie en welzijn. Deze voorzieningen dienen zo efficiënt mogelijk te worden georganiseerd zodat beschikbare menskracht en middelen optimaal worden benut. De ontwikkelingen rond elektronische dossiervorming en overdrachtsmogelijkheden kunnen hierbij goede hulpmiddelen zijn. Bovendien moeten de voorzieningen qua informatie toegankelijk zijn, zodat het publiek de juiste voorzieningen op het juiste moment weet te vinden. De onderlinge verdeling tussen de diverse (zorg)ketens moet daarom ook herkenbaar en 'sluitend' zijn. De onderlinge samenwerking (inclusief vroege signalering) moet zo geregeld zijn dat deze efficiënt en doelgericht is en cliënten snel en goed worden geholpen. Tijdovende procedures moeten worden voorkomen. Het belang van de cliënt is daarbij leidend.

In de praktijk zijn hiervoor belemmeringen. Soms financieel, soms door tegengestelde belangen, de toegenomen marktwerking, maar ook door ingewikkelde regelgeving. Overheden, zorgsector en overige instellingen moeten zich door deze belemmeringen niet laten weerhouden om gezamenlijk, in het belang van de burger, een actief beleid te voeren waarbij belemmeringen in wet- en regelgeving ter discussie worden gesteld. Essentieel is dat organisaties kansen zien.

Onderwerpen die extra aandacht verdienen omdat ze verhoudingsgewijs veel gezondheidswinst opleveren zijn:

- de aanpak van opvoedingsproblemen (incl. psychische problemen bij de jeugd)
- het tegengaan van bewegingsachterstanden;
- het aanpakken van overgewicht, diabetes en overmatig medicijngebruik;
- preventief ingrijpen bij gesignaleerde financiële problemen;
- de aanpak van werkloosheid.

Wat doet de Gemeente Rotterdam?

De Gemeente Rotterdam onderschrijft het belang van een dekkend systeem van basisvoorzieningen en efficiënte organisatie. Dit zijn voorwaarden die mensen in staat stellen zelf verantwoordelijkheid te dragen voor hun eigen gezondheid.

Aan deze voorwaarden wordt in de Rotterdamse nota over de Openbare Gezondheidszorg, die in 2004 door de Raad is aangenomen, ruim aandacht gegeven. In deze nota staat o.a. het voornemen om met inzet van de stichting Zorgimpuls de praktijksituatie van huisartsen te verbeteren. De huidige maatschappelijke ontwikkeling laat zien dat huisartsen, al of niet met andere aanbieders van zorg, onder één dak in een HOED of een gezondheidscentrum samen gaan werken. In die centra kunnen eenvoudiger preventieprojecten worden ontwikkeld voor diabetes en depressie bij ouderen.

Een ander voornemen is om toe te werken naar goede zelfzorg in wijken, waaronder bemoeizorg voor gezinnen met complexe problemen. De afdeling Persoonsgerichte Zorg van de GGD zal zich in het kader van de bemoeizorg richten op verdere implementatie van een elektronisch dossier aansluitend op het bestaande dossier voor de jeugd. De GGD start in 2005 met het maken van een sociale kaart, waarin zorgvoorzieningen en het gebruik daarvan staan, om te bevorderen dat vraag en aanbod beter op elkaar kunnen worden afgestemd. Het programma 'Rotterdam zet door' heeft de GGD aangewezen als verantwoordelijk voor de ketenregie in de keten zorg en hulpverlening. Die keten moet voorkomen dat mensen die niet of niet meer bij de juiste genezer en zorgverlener komen, zo vroeg mogelijk worden gesignaleerd en begeleid naar het juiste arrangement van steun en zorg.

In de uitwerking van het bestuursakkoord Sociale Integratie wil de GGD afspraken maken met de deelgemeenten over Lokale Zorgnetwerken, JONG (centrum voor jeugdgezondheidszorg en opvoedingsondersteuning), ondersteuning voor preventieprogramma's voor het gebruik van riskante genotsmiddelen en voor de steunpunten Mantelzorg.

Op rijksniveau wordt nog gediscussieerd over de invoering van de Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning. Het is de intentie om per 01-01-2006 de enkelvoudige huishoudelijke zorg uit de AWBZ over te dragen aan de gemeente. In een latere fase zullen in dit kader meer taken en bevoegdheden bij de gemeente worden gelegd. In het verlengde van deze discussie wordt in de gemeente Rotterdam een "Power discussie" gevoerd over de impuls die het welzijnswerk zou moeten krijgen. De GGD wil als ketenmanager hierover met de deelgemeente IJsselmonde in gesprek gaan.

Waar ligt een taak voor de deelgemeente?

De deelgemeente heeft op het terrein van zorgvoorzieningen geen bevoegdheden. Deze liggen bij het Zorgkantoor, bij zorginstellingen en beroepsgroepen en bij de GGD.

De deelgemeente ziet voor zichzelf wel een aantal doelstellingen:

- a. Voor zover het tot de mogelijkheden behoort meewerken aan de ontwikkelingen in de eerstelijnsgezondheidszorg, dicht bij mensen in hun woonomgeving, met aandacht voor de wijken en samenwerking met andere sectoren.
- b. Vanuit het integraal Jeugdbeleid wordt een samenhang georganiseerd op het gebied van opvoeden (JONG), hulpverlening (voorpost jeugdzorg), werk en scholing (Jongerenloket) en meervoudige problematiek (DOSA – Lokaal zorgnetwerk). Vanuit werkgelegenheid is er een samenhang tussen het Informatiepunt Werk en Scholing en Mensenwerk en vanuit Ouderenwerk wordt Vraagwijzer en de Servicewijken ontwikkeld. Er moet voor worden gewaakt dat er geen overloop ontstaat tussen deze verschillende loketten/netwerken en/of witte vlekken ontstaan.
- c. Verzorgen van informatie voor burgers en intermediaire instellingen over voorzieningen en activiteiten in de deelgemeente IJsselmonde zodat deze weten wat er is en waar men terecht kan voor vragen over zorg/wonen/welzijn en dienstverlening.
- d. Faciliteren van het steunpunt mantelzorg IJsselmonde waardoor mantelzorgers zich door de deelgemeente ondersteund voelen. Financiering van deze voorziening is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van GGD en Deelgemeente.
- e. Stimuleren dat er in IJsselmonde een kwalitatief hoogwaardig en dekkend systeem is van personenalarmering en (professionele) alarmopvolging zodat ouderen langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen.

Voor nadere uitwerking zie bijgevoegd Plan van Aanpak.

2.7. Top Vijf – instrument voor dialoog

Toelichting

Duidelijk is dat veel participanten, zowel burgers als instellingen, actief zijn op het terrein van de volksgezondheid en dus invloed kunnen uitoefenen op het realiseren van de Top Vijf. Tijdens het interactieve traject, in aanloop naar de nota, merkten we tevens dat het bespreken van de Top Vijf tot effect had dat mensen zich de vraag stelden wat hun instelling bij kon dragen aan de realisatie van de diverse speerpunten. Ze gingen als het ware hun eigen werk in breder verband en met een andere bril, die van de 'Gezondheid', bekijken. Zo werd duidelijk dat sportbeleid zich niet alleen richt op het speerpunt "bewegen", maar ook bij kan dragen aan het speerpunt "versterken van de eigen regie over het leven". De Top Vijf lijkt daarom een prima instrument om te focussen op gezondheid en om verbinding te leggen met andere beleidsterreinen en sectoren die daarop van invloed zijn.

In deze paragraaf wordt ingegaan op de wijze waarop de Deelgemeente IJsselmonde de Top vijf kan gebruiken als instrument voor dialoog met burgers, instellingen en de gemeente Rotterdam. Dus als instrument om anderen te verleiden een steentje bij te dragen aan het bevorderen van de volksgezondheid. Die dialoog is extra belangrijk omdat het deelgemeentelijk gezondheidsprogramma alleen maar is te realiseren als ook anderen bereid zijn daaraan een bijdrage te leveren. Als iedereen een steentje bijdraagt zal het totale effect beslist verrassend zijn en is de Top Vijf pas echt een instrument **om integraal gezondheidsbeleid** in de praktijk vorm te geven.

Waar liggen kansen voor de deelgemeente?

Communicatie over het deelgemeentelijke gezondheidsprogramma en de Top Vijf is een belangrijke kans. Dit kan op de volgende manieren:

- a. De gemeente Rotterdam informeren en hen verleiden tot afspraken over de inzet van gemeentelijke diensten in deze en/of de volgende raadsperiode.
- b. De maatschappelijke organisaties die werkzaam zijn in de deelgemeente informeren over het gezondheidsprogramma en de Top Vijf en met hen in gesprek gaan over kansen die zij zien om daaraan een bijdrage te leveren. Dit betreft niet alleen organisaties waarmee de deelgemeente een contractrelatie heeft (zoals met het AMW, het Ouderenwerk en Perspect), maar ook alle andere maatschappelijk gefinancierde organisaties, zoals bijvoorbeeld de Thuiszorg, het Zorgkantoor etc.
- c. Landelijke bekendheid zoeken voor de Top Vijf als instrument voor een integrale lokale aanpak, met het doel fondsen te werven voor extra ondersteuning ter implementatie en evaluatie van dit instrument.
- d. Burgers informeren over wat de deelgemeente en anderen doen en wat mensen zelf kunnen doen om hun gezondheid te bevorderen.
- e. Stimuleren en faciliteren van mantelzorgers zodat ze zich ondersteund voelen.

Voor nadere uitwerking zie bijgevoegd Plan van Aanpak.

3. Bewaken en faciliteren van de voortgang

3.1. Monitoring voortgang en effectiviteit van het gezondheidsprogramma.

Een van de doelen in de projectopdracht is dat de deelgemeente beschikt over instrumenten om de voortgang en effectiviteit van het programma te meten en te bewaken. De deelgemeente heeft zelf geen middelen om dit te doen. Ook op stedelijk niveau zijn beschikbare middelen om periodiek de gezondheid van individu en samenleving te meten heel beperkt. Bovendien is er bij gezondheid en gezondheidsbeleving vaak sprake van een combinatie van meerdere factoren. Desondanks vindt de deelgemeente het belangrijk om niet alleen doelen vast te stellen, maar om ook na te gaan in hoeverre die doelen worden gerealiseerd.

Metten hoofddoelen

Als hoofddoel van het deelgemeentelijk gezondheidsprogramma is de wens uitgesproken om de gezondheid van de bevolking te bevorderen en om vermijdbare gezondheidsverschillen tegen te gaan. De GGD Rotterdam heeft in oktober 2004 een inventarisatie gemaakt van de gezondheidssituatie in IJsselmonde¹⁰. De bevindingen zijn neergelegd in het rapport 'De gezondheidssituatie in de deelgemeente IJsselmonde'. Hierin is informatie, voor zover deze beschikbaar was, opgenomen over:

- 1) de gezondheidstoestand van de bevolking (cijfers over sterfte, algemene en zelfgerapporteerde gezondheid en ziekenhuisopnames);
- 2) persoonsgebonden risicofactoren zoals bewegen/sport, roken en alcoholgebruik;
- 3) de sociale en fysieke omgeving (werkloosheid, armoede, isolement, woningkwaliteit, hinder en vervuiling zowel in de binnen als buitenruimte);
- 4) de zorgvoorzieningen (beschikbaarheid, vraag, kwaliteit en alertheid).

In het najaar 2005 houdt de GGD weer een vierjaarlijkse gezondheidsenquête waarin een deel van de vragen hetzelfde zal zijn als in eerdere enquêtes. In de loop van 2006 zal de deelgemeente kunnen beschikken over de resultaten van deze enquête.

Landelijk worden eveneens gegevens verzameld onder meer door de gezamenlijke GGD'en en het RIVM. Het RIVM produceert ook de Zorgatlas, waarin tot op het niveau van de deelgemeente parameters zoals sterftecijfers, ziekenhuisopname en huisartsenbezoek worden gemeten. De komende jaren wordt deze Zorgatlas verder uitgebreid. Het RIVM is ook verantwoordelijk voor het periodiek uitgeven van de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV), met daarin allerlei informatie over de gezondheidssituatie van de bevolking in Nederland door de jaren heen. De GGD maakt, voor zover mogelijk, gebruik van deze gegevens.

Een andere mogelijke bron voor 'datamining' zijn de registraties van de Thuiszorg of het Zorgkantoor. Op dit moment worden die daar nog niet voor gebruikt.

In de plannen van de GGD Rotterdam staat het voornemen beter aan te sluiten bij de methodiek van de Volksgezondheid Toekomstig Verkenningen (VTV), zodat aangesloten overheden een nog beter inzicht krijgen in de gezondheidstoestand van de bevolking en mogelijke speerpunten voor interventie. Ook is er van plan om gericht onderzoek te doen naar de gezondheidstoestand van jeugdigen en het effect van mogelijke interventies.

Hoewel er veel gegevens zijn en er in de nabije toekomst nog meer gegevens bij komen, moet er nog een slag over heen voordat ze bruikbaar zijn voor het gezondheidsbeleid van de deelgemeente.

¹⁰ Rapport GGD (2005) (nr 2 literatuurlijst in bijlage 6)

Eenzijds is behoefte aan aggregatie, waarbij gegevens worden gecombineerd tot 'hapklare' brokken, bijvoorbeeld in de vorm van een typologie van leefstijlen. Anderzijds is er behoefte aan meer detaillering, zodat je tot op het niveau van de postcode kunt nagaan hoe het staat met gezondheid, leefstijl en de sociale en fysieke omgeving.

De deelgemeente IJsselmonde hoopt dat de hierboven geschetste ontwikkelingen bij de GGD en het RIVM inderdaad in de toekomst een bijdrage kunnen leveren. De deelgemeente realiseert zich wel dat het aantonen van een oorzakelijk verband tussen het gezondheidsprogramma en een eventueel gemeten verandering van de gezondheid niet mogelijk is. Wel wil zij een dergelijke rapportage gebruiken als een soort maatschappelijke thermometer om na te gaan of het de positieve of negatieve kant op gaat met de gezondheid in IJsselmonde in vergelijking met Rotterdam en Nederland.

Resultaten van activiteiten

In het plan van aanpak staan per speerpunt activiteiten. Het is de bedoeling dat de beoogde doelen van elke activiteit zo concreet en meetbaar mogelijk worden geformuleerd. In vaktermen gesproken moeten de doelen 'SMART' zijn. Dat wil zeggen dat ze Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden zijn. De in het Plan van Aanpak aangegeven indicatoren zijn een eerste aanzet. Na twee jaar zal worden geëvalueerd hoe de voortgang van de activiteiten opgenomen in het volksgezondheidsprogramma eruit ziet en wat de resultaten zijn.

3.2. Voortgang proces faciliteren en stimuleren

De Deelgemeente IJsselmonde zal aan de slag moeten met het ontwikkelde gezondheidsprogramma. Dit betekent dat er binnen de begroting van de deelgemeente ruimte moet worden gevonden voor het realiseren van de activiteiten. Een aantal integrale voornemens kan worden uitgevoerd vanuit reeds benoemde prioriteiten binnen het lopende beleid, zowel van de deelgemeente of van anderen. Nog niet duidelijk is wat de mogelijkheden zijn nadat er in 2006 verkiezingen zijn gehouden. Belangrijk is het om ervoor te zorgen dat politici beseffen dat het hard nodig is om het thema gezondheid (en dus ook de Top Vijf) hoog op de politieke agenda te zetten, want er is nog veel gezondheidswinst te boeken.

De GGD Rotterdam e.o. heeft de deelgemeente zowel facilitair als inhoudelijk gesteund bij het opstellen van een eigen gezondheidsprogramma. Vanwege een goede afstemming is ervoor gekozen om de inhoud van het gezondheidsprogramma met vertegenwoordigers van de deelgemeente en de GGD af te stemmen. Voorgesteld wordt om twee maal per jaar bijeen te blijven komen om de voortgang, kwaliteit en resultaten van het gezondheidsprogramma IJsselmonde te bespreken. Immers, er gebeurt in IJsselmonde veel op allerlei terreinen. Bij de uitvoering van dit project werd wederom duidelijk hoe zinvol het is als verschillende disciplines elkaar ontmoeten, hoe weinig men bekend is met elkaars werk en hoe slecht men elkaar (soms) weet te vinden. Het creëren van een virtuele gemeenschap ('virtual community') is een prima instrument gebleken om mensen met elkaar in contact te brengen en om zaken boven water te krijgen.

Waar ligt een taak voor de deelgemeente

Besluit de deelgemeente op het gezondheidsprogramma daadwerkelijk op te pakken en om het ook te gebruiken voor discussie over het beleid van de komende jaren, dan vergt dit in de randvoorwaardelijke sfeer de volgende beleidsdoelen:

- a. Vanwege een goede afstemming is ervoor gekozen om de inhoud van het gezondheidsprogramma met vertegenwoordigers van de deelgemeente en de GGD af te stemmen. Voorgesteld wordt om twee maal per jaar bijeen te blijven komen om de voortgang, kwaliteit en resultaten van het gezondheidsprogramma IJsselmonde te bespreken.
- b. Mogelijk kan in samenwerking met de GGD Rotterdam e.o. gezocht worden naar fondsen voor gerichte activiteiten. Voorbeelden zijn: de Erasmus Universiteit, ZON MW, Fonds OGZ, het NIGZ, GGD Nederland of het RIVM. Wellicht kan gebruik worden gemaakt van gratis inhoudelijke ondersteuning van landelijke en regionale organisaties van NIZW, GGD Nederland, VNG.
- c. Evalueren na een of twee jaar hoe de voortgang van de activiteiten opgenomen in het volksgezondheidsprogramma eruit ziet.

DEEL II

ACHTERGRONDEN

4. THEORETISCH KADER

4.1. Gezondheid

Volgens de World Health Organisation (WHO) is gezondheid 'een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn en niet alleen de afwezigheid van ziekten en gebreken'. Het gaat niet om een ideale situatie van burgers die nooit ziek zijn en een samenleving waarin nooit iets mis is. Het is wel belangrijk dat mensen positieve keuzes kunnen maken betreffende hun eigen gedrag, invloed kunnen uitoefenen op hun sociale en fysieke omgeving en dat ze, indien nodig, gepaste, betaalbare zorg ontvangen.

Voor de burger zelf is gezondheid vaak geen doel op zich, maar een voorwaarde tot geluk, mobiliteit en werk. Iemand met een handicap of chronische aandoening kan zichzelf best gezond voelen. Deze 'gezondheidsbeleving' wordt ook vaak als maat voor gezondheid genomen.

In de memorie van toelichting bij de wijziging van de Wet collectieve preventie volksgezondheid wordt gezondheidswinst opgevat als: "verlengen van de gezonde levensverwachting, voorkomen van vermijdbare sterfte en verhogen van de kwaliteit van het leven".

4.2. Determinanten van gezondheid

Lalonde¹¹, een Canadese minister onderscheidt vijf factoren die van invloed zijn op de gezondheid van de bevolking:

- biologische factoren: o.a. genetische en persoonskenmerken;
- leefstijl: voeding, lichamelijke activiteit en genotsmiddelen;
- sociale omgeving: inkomen, onderwijs, arbeid, sociale contacten;
- fysieke omgeving: milieu, veiligheid, woonomgeving;
- gezondheidszorg: kwaliteit, bereikbaarheid en toegankelijkheid.

Deze factoren hangen met elkaar samen, beïnvloeden elkaar en bepalen samen de gezondheid. Met uitzondering van de biologische kunnen deze factoren via beleid beïnvloed worden.

4.3. Gezondheidsverschillen¹²

In Nederland bestaan aanzienlijke verschillen in gezondheid naar sociaal economische status (SES). De verschillen hangen samen met opleiding, inkomen of beroepsniveau. Mensen met een lage sociaal economische status (lage opleiding, laag inkomen, geen werk of een uitkering) geven vaker dan anderen aan problemen te hebben met hun gezondheid en bezoeken vaker de huisarts. Deze verschillen noemt men sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV). Vooral de factor opleiding is hierbij van belang. Een lage opleiding wordt om die reden in de praktijk gehanteerd als maat voor een lage SES.

Dat gezondheidsverschillen aanzienlijk kunnen zijn wordt zichtbaar in onderstaande tabellen.

¹¹ La Londe (1994) (nr 4 literatuurlijst in bijlage 6)

¹² Instrumentenkoffers VNG en GGD Nederland (nr 3 literatuurlijst bijlage 6)

Tabel 1

Gezondheidsverschillen

SES	Laag	Hoog	
Geboortegewicht	3190	3424	gemiddelde in grammen
Lichaamslengte	175	180	volwassen mannen
Chron.aandoeningen	46	29	aantal per 100 personen
Ernstige beperkingen	19	6	percentage personen
Arbeidsongeschiktheid	18	3	percentage
Psych.soc.klachten	8.4	5.2	gemiddeld aantal per 100 pers.
Obesitas	14.2	4.5	Percentage

Bron: NIGZ/RIVM-VTV cijfers 2002

Gezondheidsverschillen worden ook zichtbaar als gekeken worden naar de gemiddelde levensverwachting van mensen en vooral het aantal jaren dat men in goede gezondheid leeft.

Tabel 2

Gezondheidsverschillen

SES	laag	hoog	verschil
Vrouwen			
Levensverwachting	79.5	82.1	-3
Zonder beperkingen	64.7	73.3	-9
Goed ervaren gezondheid	54.2	68.2	-14
Mannen			
Levensverwachting	73.1	78.0	-5
Zonder beperkingen	63.8	73.7	-10
Goed ervaren gezondheid	52.9	68.7	-16

Bron: NIGZ/RIVM-VTV cijfers 2002

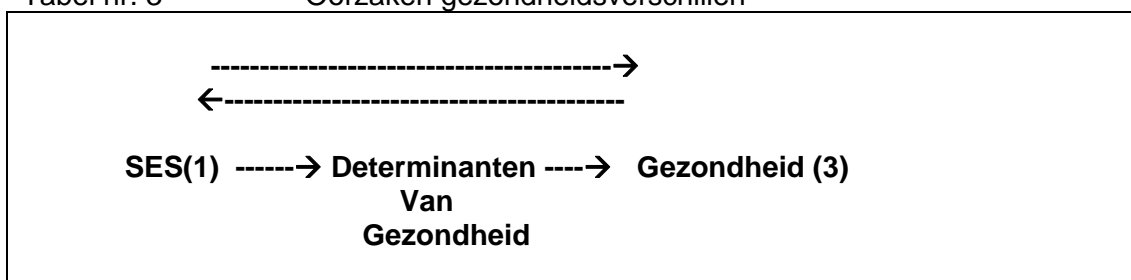
Uit deze cijfers blijkt dat het verschil in levensverwachting voor mannen 5 jaar is en voor vrouwen 2,6 jaar. Ook is er een duidelijk verschil in jaren zonder lichamelijke beperkingen.

Oorzaken van gezondheidsverschillen

De lage sociaal economische status (lage SES) heeft direct, maar ook indirect, grote invloed op gezondheid van mensen. Direct omdat het extra stress met zich meebrengt wat een negatief effect heeft. Indirect via determinanten van gezondheid. Een laag inkomen en/of opleiding gaat immers dikwijls gepaard met slechte huisvesting en een ongezonde leefomgeving. Bovendien heeft men vanwege de kosten, de kennis hoe er te komen of de mondigheid, minder toegang tot (zorg) voorzieningen. Een ongezonde leefstijl komt daarom vaker. Een ongezonde leefstijl betekent weer een kleinere kans om je opleiding af te maken, om ontslagen te worden of in de WAO te belanden. Hierdoor dreigen gezinnen in vicieuze cirkels terecht te komen en niet uit de lage SES te raken.

Tabel nr. 3

Oorzaken gezondheidsverschillen



4.4. Preventie en het belang ervan ¹³

Onder preventie verstaan we activiteiten gericht op het voorkómen van ziekten door oorzaken zoveel mogelijk te elimineren (bijvoorbeeld door gezonder(er) te leven in een gezondere leefomgeving) maar ook het vroegtijdig opsporen en behandelen van problemen. Determinanten van gezondheid en gezondheidsverschillen zijn dan ook hiermee te beïnvloeden. Bijvoorbeeld door het screenen van de jeugd of door tijdige opsporing van infectieziekten.

Preventie gericht op het voorkómen van ziekten vindt vooral plaats in het kader van de Wet op de Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV): rijk en gemeenten hebben de wettelijke taak zich bezig te houden met de volksgezondheid. Ook zorgverzekeraars zien steeds meer de waarde van individuele preventieve zorg. : Bovendien blijken verzekerden het op prijs te stellen tips te krijgen om zo gezond mogelijk te blijven of aanbiedingen voor afslankcursussen of fitnessabonnementen. Er is echter (nog) geen formele verantwoordelijkheid voor het aanbieden van preventieve producten. Buiten medische preventie, zoals vaccinaties, zijn er nog maar weinig voorbeelden van preventieve zorg. Voor zover het wordt uitgevoerd is het geen kerntaak. Een voorbeeld is de “stoppen-met-roken-activiteiten” door huisartsen waarvoor eigenlijk geen tijd is. Of de primaire preventieve zorg door thuiszorginstellingen die geen onderdeel uitmaakt van de kerntaken.

Buiten de zorgsector kunnen ook anderen een bijdrage leveren aan het voorkomen van ziekten. De organisaties die zich bezig houden met verkeer, veiligheid, ruimtelijke ordening, sociaal beleid, milieu en onderwijs maar ook individuele burgers kunnen vroegtijdig problemen signaleren en gericht doorverwijzen als ze merken dat er problemen zijn waarvan bekend is dat ze een potentiële bedreiging vormen voor de gezondheid. Voorbeelden zijn: scholen signaleren opvoedingsproblemen, corporaties signalen problematisch (huur)schulden en het ouderenwerk signaleert eenzaamheid of bewegingsachterstand bij ouderen. De GGD speelt vooral een rol bij infectieziektebestrijding, jeugdgezondheidszorg en via haar werkzaamheden op het terrein van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ).

Belang van preventie

Er is veel winst te halen door preventie, dat wil zeggen uit het voorkomen van gezondheidsproblemen en het groter worden van gezondheidsverschillen. Dat spaart niet alleen geld, maar ook veel persoonlijk en maatschappelijk kosten.

Het belang van preventie wordt door velen onderkend. Toch heeft het geen prioriteit. Verreweg het meeste gaat naar ‘cure’ en ‘care’. De ‘cure’ richt zich op het diagnosticeren en behandelen van ziekten. De ‘care’ staat voor het verzorgen en verplegen van langdurig zieken, niet zelfstandige ouderen en gehandicapten. Geld voor het voorkómen, of het tijdig te signaleren en aanpakken van problemen, heeft landelijk maar ook in Rotterdam weinig prioriteit. Mogelijke redenen hiervoor zijn:

- Vanuit de bevolking is er geen vraag naar (m.u.v. vaccinaties).
- Het effect is pas zichtbaar op de lange termijn en daarmee weinig interessant voor mensen zelf en voor de politiek en allerlei maatschappelijke organisaties die nu willen en moeten scoren.

¹³ Instrumentenkoffers VNG en GGD Nederland (nr 3 literatuurlijst in bijlage 6)

- De effectiviteit van maatregelen is moeilijk aantoonbaar, vooral als het gaat om het meten van lange termijn effecten en effecten op individueel niveau.
- Er zijn weinig maatregelen (m.u.v. stoppen met roken) waarvan het effect aan één persoon ten goede komt. Daardoor is het bekostigen minder interessant voor bv zorgverzekeraars.
- En last but not least heeft preventie een wat oubollig en betweterig imago. Het lijkt wel of alles wat het leven zo aangenaam maakt wordt verboden.

Omdat preventie niet vanzelf van de grond komt ligt hier een taak voor de overheid in het opzetten en uitvoeren van een krachtig en inspirerend volksgezondheidsbeleid.

4.5. Preventie Sociaal Economische Gezondheidsverschillen

Er zijn allerlei beleidsmogelijkheden om sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV) te verkleinen.

Op de eerste plaats door te **voorkomen dat lage SES ontstaat** door o.m.:

- Inkomenspolitiek (verschillen niet groter maken);
- Armoedebeleid (voorkomen van langdurige armoede);
- Financiële steun (pasjes, inzet bijzondere bijstand);
- Onderwijsbeleid;
- Arbeidsmarktbeleid.

Op de tweede plaats door te **voorkomen dat ziekte tot lage SES leidt**.

Bijvoorbeeld door:

- Verzuimbewaking en –begeleiding school of het werk;
- Versterken positie van chronisch zieken door drempels weg te nemen.

Op de derde plaats door te voorkomen **dat ziekte ontstaat bij lage SES**.

Een ongezonde leefstijl, eenzaamheid en wonen in een achterstandswijk komen extra veel voor bij mensen met een lage SES. Beleidsinstrumenten die extra effect hebben zijn:

- Bevorderen gezonde leefstijl (bv door een anti-rookcampagne of door een groente/fruit project op scholen)
- Versterking sociale steun en netwerken / bestrijding sociaal isolement
- Verbeteren fysieke omgeving / leefbaarheid
- Extra voorzieningen gezondheidszorg / zorg financieel toegankelijk houden

En tenslotte door **extra aandacht voor risicogroepen**.

In het rapport 'Tijd voor gezond gedrag'¹⁴ is gekeken naar de mogelijkheid om iets aan het ongezonde gedrag te doen, vooral bij een aantal specifieke risicogroepen:

- **Jongeren**, waarbij het risico vooral zit in de consequenties van hun gedrag voor hun eigen gezondheid op langere termijn. Want juist in die fase van het leven worden de fundamenteën gelegd voor de lichamelijke, geestelijke en sociale vermogens van mensen, dus voor hun kansen op een goede gezondheid.
- **Ouderen**, omdat zij door gezonder gedrag langer zelfstandig kunnen blijven leven en omdat co-morbiditeit (het optreden van andere gezondheidsklachten als gevolg van bepaalde gezondheidsproblemen, bijvoorbeeld het optreden van depressieve klachten als gevolg van chronische aandoeningen zoals reuma of diabetes) kunnen voorkomen.

¹⁴ Begin 2002 verscheen in de VTV-reeks van het RIVM (nr 6 literatuurlijst in bijlage 6)

- **Mensen met een lage sociaal-economische status**, omdat gebleken is dat zij over het algemeen een ongezonder leefstijl hebben dan gemiddeld.
- **Allochtonen**, omdat bekend is dat hun gezondheid over het algemeen slechter is dan die van de Nederlanders en dat dit voor een deel met leefstijl te maken heeft. Zo heeft bijvoorbeeld het bewegingspatroon, maar naar alle waarschijnlijkheid ook het voedingspatroon, invloed op het vóórkomen van meer diabetes bij allochtonen. Maar de 'nieuwkomers' onder hen missen bovendien het eigen sociale netwerk dat praktische steun en advies kan geven als dat nodig. Dat maakt hen extra kwetsbaar.

De gegevens over ongezond gedrag laten grote verschillen zien tussen de gemiddelde inwoner van Nederland en deze risicogroepen. Het meest ongunstig voor de gezondheid is als mensen op meerdere fronten tegelijk ongezond leven: bijvoorbeeld roken, te weinig groenten en fruit eten en ook nog eens te weinig bewegen. Vaak zijn deze doelgroepen moeilijk te bereiken, tenzij je ze benadert in hun normale 'setting', dus in hun buurt, de school of als ze komen om een uitkering te regelen.

4.6. Preventie in relatie tot zorg en welzijn¹⁵

Preventie en zorg (cure en care) zijn met elkaar verbonden. Ook welzijn hangt samen met preventie en zorg. Welzijn is gericht op het bevorderen van maatschappelijke participatie, sociale samenhang (cohesie) en het creëren van een vangnet voor de zwakkeren in de samenleving. Dit zijn belangrijke elementen ter versterking van de eigen regie. Welzijnsaspecten die dicht tegen zorg aanzitten zijn de WVG (Wet Voorzieningen Gehandicapten), het Algemeen Maatschappelijk Werk en de maatschappelijke opvang/verslavingszorg.

In de maatschappelijke ontwikkeling van extramuralisering en vermaatschappelijking van de zorg wordt steeds meer verzorging en verpleging aan huis aangeboden in plaats van in een instelling. Dit heeft gevolgen voor de soort vraag naar welzijnsvoorzieningen. Een goede welzijnsinfrastructuur is hierbij relevant zowel voor het slagen van de extramuralisering als voor het behoud van welzijn van mensen. Omgekeerd hebben ontwikkelingen in de welzijnssector gevolgen voor andere sectoren: bezuinigingen op welzijn kunnen leiden tot een grotere zorgvraag. Minder aandacht voor vrijwilligerswerk (bijvoorbeeld burenhulp) zal leiden tot meer vraag naar thuiszorg, etc.

Er zijn vier onderdelen die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn: welzijn, preventie, care en cure. Complicerende factor is dat deze vier zo divers worden gefinancierd. Waarom meewerken aan preventie als jouw sector of organisatie daar zelf niet direct baat bij heeft? Hetzelfde geldt voor bezuinigingen in de ene sector waarbij effecten vaak terechtkomen in een andere sector. Stimuleren van samenwerking vanuit het belang van de klant en het wegnemen van financiële schotten kan verbetering brengen, ware het niet dat toegenomen 'marktwerking' organisaties huiverig maakt om samen te werken met een concurrent. Wellicht kan WMO (de Wet Maatschappelijke Ondersteuning), de nieuwe wet die gemeenten grotere bevoegdheden geeft vanaf 2006, hier verandering in brengen.

¹⁵ Instrumentenkoffers VNG en GGD-Nederland (nr. 3 literatuurlijst in bijlage 6)

5. BESTUURLIJK KADER – AMBITIES EN INSTRUMENTEN (DEEL)GEMEENTELIJK GEZONDHEIDSBELEID

5.1. Wettelijk kader

De gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid is onlangs geregeld in de WCPV (wet **collectieve preventie volksgezondheid**). In deze (herziene) wet is vastgelegd dat vanaf 1 juli 2003 elke gemeente verplicht is om zijn ambities vast te leggen in een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid. Het algemene doel van dit beleid is om een gezonde fysieke en sociale omgeving voor burgers te creëren en een gezonde leefstijl te stimuleren. Het beleid hiervoor dient dicht bij de burger, dus op lokaal niveau bepaald en uitgevoerd te worden.

Aanleiding voor deze gewijzigde wet was het besef dat de gezondheidssituatie van de bevolking niet alleen te beïnvloeden is via de gezondheidszorg. Er is potentieel juist veel winst te behalen door gezondheidsbeïnvloeding vanuit allerlei andere maatschappelijke geledingen. Gemeenten moeten veel meer verantwoordelijkheid nemen voor het gezondheidsbeleid en niet alleen een doorgeefluik zijn van landelijk beleid. Inmiddels is via het Nationaal Contract OGZ met alle betrokkenen (ministerie van VWS, BZK, de VNG en GGD Nederland) vastgelegd op welke wijze gemeenten worden gestimuleerd en gefaciliteerd om het gezondheidsbeleid ook daadwerkelijk vorm te geven. O.a. is afgesproken dat de gezondheidscomponent onderdeel wordt van de sociale pijler van het Grote Steden Beleid per 2005.

Gemeenten hebben naast bovenstaande preventietaak, vanuit de Welzijnswet en mogelijk straks nog meer vanuit de WMO ook een **ondersteuningstaak** voor alle burgers. De zorg voor zieke burgers ligt bij de zorgpartijen; de zorg voor gezondheid bij de gemeente, zeker daar waar de burgers het zelf niet voldoende kunnen of doen. De rol van de gemeente varieert dus naar de mate van benodigde intensiteit en naar de gezondheidssituatie van burger(s)

Dit betekent dat gemeenten ook zelf zorg verlenen, onder meer in het kader van hun **vangnetfunctie** voor de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ). OGGZ wordt wel omschreven als 'de geestelijke gezondheidszorg voor die situaties, waar men niet moet afwachten tot het individu zelf om een interventie vraagt en voor al die situaties waarin naast het individuele belang ook de belangen van anderen beschermd moeten worden'. Taken zijn onder meer het regelen van de crisisopvang (acute zorg), bemoeizorg en dak- en thuislozenzorg, maar ook de preventie van psychosociale problematiek zoals het voorkomen van huiselijk geweld en het voorkomen van psychosociale problemen bij adolescenten. Gemeenten werken voor de OGGZ samen met diverse organisaties zoals de GGD, politie, woningcorporaties en het maatschappelijk werk. Vaak is die samenwerking vastgelegd in een convenant of een netwerk zodat een 'sluitende aanpak' mogelijk is.

5.2. Beleidsinstrumenten

De rijksoverheid, maar ook de gemeentelijke en deelgemeentelijke overheden hebben allerlei instrumenten die zij kunnen inzetten om beleid te realiseren. Voor een overzicht van die instrumenten zie onderstaande tabel.

Tabel 4: beleidsinstrumenten volgens de indeling van Van der Doelen
(Bron: Bressers, 1993) ¹⁶

	Stimulerend	Repressief
Communicatief	Voorlichting	Propaganda
Economisch	Subsidie	Heffing
Juridisch	Overeenkomst	Gebod, verbod

Communicatie instrumenten zoals voorlichting worden meestal ingezet om een stap in de richting van gedragsverandering te zetten. Ze zijn daarnaast ook bruikbaar om andere instrumenten te ondersteunen (bijvoorbeeld uitleg bij bepaalde juridische maatregelen) en om knelpunten in de communicatie over en weer met doelgroepen te verbeteren. Communicatie is niet alleen gericht op het overbrengen van kennis, maar is ook van belang bij het creëren van draagvlak voor beleidsactiviteiten in het algemeen. Juist daar waar de (deel)gemeente geen formele bevoegdheden heeft, kan de overheid optreden als onpartijdige belangenbehartiger van de bevolking richting een hogere bestuurslaag of richting andere partners en in die hoedanigheid dringende kwesties op de agenda zetten.

Een andere vorm van communicatie, die we vaak aanduiden als propaganda, is minder neutraal en heeft een dwingend karakter. Een van de bekendste toepassingen is het waarschuwen voor gezondheidsbedreigende factoren, zoals overmatig alcoholgebruik en roken. Propaganda is als het ware de repressieve variant van voorlichting.

Economische instrumenten zijn heffingen, stimuleringsgelden (bv subsidies) en worden vaak ingezet om met financiële prikkels (gedrags)veranderingen na te streven. Accijnzen op ongezonde producten zoals tabak en alcohol hebben een aantoonbaar effect op gedrag, in het bijzonder bij jongeren. Het effect van dergelijke prikkels is overigens afhankelijk van de financiële positie van de doelgroepen. Economische instrumenten zijn ook te gebruiken in de strijd tegen gezondheidsverschillen. Subsidies kunnen bijvoorbeeld gezonde voeding goedkoper en dus beter bereikbaar maken voor alle bevolkingsgroepen. Gemeentelijke subsidies voor sportverenigingen verlagen de drempel voor achterstandsgroepen om in beweging te komen. Bij de armoedebestrijding zijn projecten mogelijk waarmee gemeenten de bijzondere bijstand gebruiken om kwetsbare groepen extra mogelijkheden te bieden om deel te nemen aan gezondheidsbevorderende activiteiten en om gezondheidsbedreigingen weg te nemen. Een economisch instrument is in feite ook het vakinhoudelijk ondersteunen of het op andere wijze faciliteren van gezamenlijke initiatieven. Bijvoorbeeld door een trekker/aanjager te leveren.

Juridische instrumenten omvatten onder andere wetgeving, waarbij de gemeente beperkende en/of verbiedende regels kan opstellen (geboden, verboden). Een voorbeeld zijn de sluitingstijden van horecagelegenheden. Ook bestaan er zogenaamde horizontale juridische instrumenten, waarbij belangrijke determinanten van gezondheid worden beïnvloed. Een dergelijke afspraak kan gaan over verkoopbeperkingen van genotmiddelen of over het stimuleren van de verkoop van gezonde voedingsmiddelen of het opnemen van schoolzwemmen in het programma van de basisscholen. Ook een beperking van, of een verbod op reclame en/of sponsoring van ongezonde producten behoort tot de mogelijkheden, al zijn dat middelen die de centrale overheid meestal hanteert.

¹⁶ Beleidsinstrumenten volgens de indeling Van der Doelen (nr 7 literatuurlijst in bijlage 6)

Het is zinvol om bij het voorbereiden van beleid te kijken of er voldoende gebruik is gemaakt van de beschikbare instrumenten. Dit geldt ook voor lokaal gezondheidsbeleid. De praktijk laat zien dat vooral programma's die gezondheidsproblemen via een meersporenbeleid aanpakken, succesvol zijn. Een voorbeeld van een dergelijk meersporenbeleid is het alcoholbeleid .

5.3. Gezondheidsbeleid gemeente Rotterdam

De gemeente Rotterdam streeft naar een vitale stad door de gezondheid van haar inwoners te beschermen en waar mogelijk te bevorderen door, samen met partners, te zorgen voor een gezonde context, waar nodig groepen mensen extra te ondersteunen, sociaal-economische verschillen in gezondheid te beperken, adequate hulp bij ziekten te bepleiten en een tijdelijk vangnet te bieden voor die inwoners die niet tot zelfzorg in staat zijn.

In Rotterdam is vanuit die visie een trechtermodel ontwikkeld: het Oude Ophuis-model¹⁷. Dit model onderscheidt vier groepen burgers:

1. gezond en zelfredzaam
2. (redelijk) gezond maar kwetsbaar
3. ziek en zelfredzaam
4. ziek en slechte zelfzorg
5. illegaal en ongezond

De laatste groep burgers 'mag officieel niet bestaan', maar heeft wel zorg nodig en is daarom als vijfde groep toegevoegd

De rol van de gemeente is om te zorgen dat er voor iedereen uit elke groep basisvoorzieningen zijn, en dat er extra voorzieningen zijn voor diegenen die extra zorg nodig hebben. Vandaar de trechter: de breedste basis is er voor iedereen en de smalste voor degenen die intensieve aandacht nodig hebben.

De gemeente Rotterdam onderscheidt vier niveaus van taken: zorgen voor goede basisvoorzieningen, voorkomen van ongezondheid bij risicogroepen, bevorderen van adequate behandeling van mensen met een gezondheidsprobleem in de zorgsector en een vangnet bieden voor cliënten die door de mazen van het reguliere zorgsysteem vallen. Deze vier niveaus gedragen zich als communicerende vaten; als een laag niet goed functioneert veroorzaakt dat problemen in de andere lagen. Een gemeente moet dan ook al zijn verantwoordelijkheden gebruiken om een evenwichtige openbare gezondheidszorg te bereiken.

Dit beleid is nader uitgewerkt in de 'Nota openbare Gezondheidszorg Gemeente Rotterdam 2004-2006' (mei 2004).

Speerpunten daar zijn:

- Extra inzet op infectieziektebestrijding
- Goede zelfzorg voor mensen in onveilige wijken
- Bevorderen gezond gedrag bij de jeugd
- Gegevens voor de planning van voorzieningen voor chronische zieken en gehandicapten
- De situatie in de eerstelijnszorg verbeteren
- Integrale aanpak voor chronisch psychiatrische patiënten en verslaafden.

¹⁷ NOTA OGZ Rotterdam 2004-2006 (nr. 8 literatuurlijst in bijlage 6)

De GGD Rotterdam e.o. is verantwoordelijk voor de uitvoering van bovengenoemde gemeentelijke nota. In een stad als Rotterdam kan het opstellen en uitvoeren van een gemeentelijk gezondheidsplan niet beperkt blijven tot het wettelijk verplichte gemeentelijke niveau omdat er ook een aantal beleidsterreinen (vooral welzijn) zijn gedecentraliseerd. Vanaf 2002 – 2005 heeft de GGD daarom deelgemeenten in de gelegenheid gesteld om een lokaal gezondheidsprogramma te ontwikkelen.

5.4. Rol Deelgemeente IJsselmonde ¹⁸

Rotterdam kent twee bestuurlijke lagen te weten de gemeente Rotterdam en de deelgemeente. De gemeente Rotterdam is verantwoordelijk voor de ontwikkeling van een stedelijke visie, de relatie met de regio, het Rijk en voor de internationale contacten. De deelgemeenten hebben daarnaast een eigen lokale verantwoordelijkheid naar de burgers. Zij beschikken over zelfstandige bevoegdheden op het gebied van buitenruimte en welzijn. Bij de uitvoering van gezamenlijke verantwoordelijkheden wordt samen opgetrokken. Hierbij is er sprake van complementair bestuur ofwel het zgn. medebewind.

Voor het uitoefenen van de eigen bevoegdheden heeft de deelgemeente de beschikking over algemene middelen in de vorm van een uitkering uit het Deelgemeentefonds. Voor de uitvoering van gerichte taken stelt het gemeentebestuur een zgn. doeluitkering ter beschikking. Op dit moment zijn dat : Werk en Economie, het programma Veilig, Jeugd, Sociale Integratie en Wonen. Afspraken over het beleidsprogramma binnen de lopende raadsperiode worden vastgelegd in het Bestuursakkoord. Het laatste akkoord in dit kader is het Bestuursakkoord 2001-2005.

De stedelijke diensten vallen onder de verantwoordelijkheid van het stadsbestuur. De fysieke diensten zijn toegerust om zowel de stad als ook deelgemeente te bedienen (Gemeentewerken, Roteb en dienst Stedenbouw, Wonen en Verkeer). De deelgemeenten maken hier gebruik van in de uitvoering van hun taken en hebben daarmee een verplichte inkooprelatie. Daarnaast zijn er sociaal-maatschappelijke diensten zoals Dienst Sport en Recreatie, Stedelijk Onderwijs, Sociale Zaken en Werkgelegenheid en GGD die voor de ontwikkeling en uitvoering van het eigen beleid van groot belang zijn voor de deelgemeenten.

De deelgemeenten hebben geen formele bevoegdheid en ook geen faciliteiten op het beleidsterrein zorg. De taken op het terrein van openbare gezondheidszorg (inclusief OGGZ) worden uitgevoerd door de GGD Rotterdam e.o. en vallen daarmee onder de verantwoordelijkheid van het gemeentebestuur. Wel hebben deelgemeenten formele bevoegdheden op welzijn, welzijngerelateerde beleidsterreinen en openbare ruimte. Het op die terreinen gevoerde beleid kan bewust of onbewust van grote invloed zijn op de gezondheid van de inwoners. De mate waarin deelgemeenten daar invloed op uit kunnen oefenen verschilt per dienst en per beleidsterrein.

Daarbij komt dat er in de deelgemeente diverse zorgleveranciers werkzaam zijn, die hun zorgtaken vrijwel autonoom uitvoeren. Ook hierover heeft de deelgemeente formeel geen zeggenschap.

Naast de relatie naar diensten heeft het deelgemeentebestuur de bevoegdheid om via subsidies instellingen in de gelegenheid te stellen om in dit gebied maatschappelijk gewenste activiteiten te ontplooiën.

¹⁸ De waarde van het Rotterdam Lokaal Bestuur (2004)(nr. 9 literatuurlijst in bijlage 6)

5.5. Ambitie Deelgemeente IJsselmonde

Wat gezondheid betreft wordt de deelgemeente IJsselmonde geconfronteerd met een aantal vragen. Zo is de deelgemeente benieuwd naar de vraag hoe het staat met het niveau van (met name eerstelijns) zorgvoorzieningen in de deelgemeente en of het aanbod wel aansluit bij de vraag. Onbekend is hoe het er voor staat met de gezondheid van inwoners en wat de belangrijkste gezondheidsbedreigingen en -kansen zijn voor individu en samenleving in de komende jaren. Is de ligging van IJsselmonde tussen de rijkswegen een dergelijke belangrijke bedreiging?

Deelgemeente IJsselmonde realiseert zich dat haar formele bevoegdheid op het terrein van zorg niet groot is. Toch wil zij graag een steentje bijdragen door na te gaan hoe er met de bestaande (beperkte) middelen zoveel mogelijk gezondheidswinst is te boeken voor IJsselmonde. Vandaar dat de deelgemeente de wens heeft uitsproken om in samenwerking met de GGD Rotterdam e.o. te komen tot een integraal en een breed gedragen, deelgemeentelijk gezondheidsprogramma. Inmiddels is dit plan gereed en beschreven in deel I van deze nota. Kern van dat programma vormen de Top Vijf speerpunten voor gezondheidsbevordering en bijbehorend Plan van Aanpak. Daarmee heeft de deelgemeente een instrument om te focussen op gezondheid, maar ook om anderen te stimuleren een steentje bij te dragen.

6. GEZONDHEIDSITUATIE IJSSELMONDE

6.1 Inleiding

Om het gezondheidsbeleid van de deelgemeente IJsselmonde vorm te geven, is inzicht in de huidige gezondheidssituatie nodig. De GGD Rotterdam e.o. is daarom gevraagd om een beschrijving te maken van de gezondheidssituatie van de bevolking in IJsselmonde te maken. Tegelijkertijd is een 'Quick Scan' uitgevoerd onder beleidsmedewerkers van de deelgemeente IJsselmonde, gericht op het snel in kaart brengen van de belangrijkste gezondheidsbedreigingen en kansen. In dit hoofdstuk wordt eerst verslag gedaan van de belangrijkste bevindingen en aanbevelingen van de GGD. Daarna volgt een korte samenvatting van de Quick Scan. Wat opvalt, is de grote overeenkomst in bevindingen.

6.2. Bevindingen en aanbevelingen GGD Rotterdam e.o.¹⁹

In het rapport van de GGD Rotterdam over de gezondheidssituatie in deelgemeente IJsselmonde wordt niet alleen een feitelijke beschrijving gegeven van de gezondheid van de bevolking in IJsselmonde, maar worden ook de factoren inzichtelijk gemaakt die de gezondheid beïnvloeden. Het model van Lalonde²⁰ is als uitgangspunt genomen voor het beschrijven van die 'determinanten van gezondheid'.

Bij het presenteren van de gegevens van IJsselmonde, worden ze vergeleken met cijfers voor Rotterdam als geheel en, indien beschikbaar, met cijfers voor Nederland. De meest opvallende resultaten en aangrijpingspunten voor beleid worden puntsgewijs in deze paragraaf beschreven. Voor nadere informatie wordt verwezen naar het oorspronkelijke rapport.

Bevolkingssamenstelling

- In 2004 heeft IJsselmonde bijna 60.000 inwoners en beslaat hiermee 10% van de Rotterdamse bevolking. Verwacht wordt dat het aantal inwoners in 2017 toeneemt tot ruim 63.000.
- IJsselmonde ontwikkelt zich in snel tempo tot een deelgemeente met een grote etnische verscheidenheid. Op dit moment is ruim eenderde van allochtone herkomst. In 2017 verwacht men een stijging tot 57%. In Beverwaard wordt de grootste toename verwacht (tot 80%).
- In IJsselmonde wonen meer mensen van 70 jaar en ouder (15%) dan in Rotterdam (11%) en Nederland (10%). De verwachting is dat deze categorie ouderen in IJsselmonde de komende jaren flink zal afnemen (-21%). Bij de groep ouderen in de leeftijd 60 tot en met 69 jaar, wordt in 2017 echter een toename van 14% verwacht.

Aandachtspunten voor beleid

In IJsselmonde blijven ouderen de komende jaren een relatief groot deel van de bevolking uitmaken. De genoemde groep heeft extra aandacht nodig, omdat het een kwetsbare groep is als het gaat om gezondheid.

¹⁹ De Gezondheidssituatie in deelgemeente IJsselmonde, april 2005 (nr. 2 literatuurlijst in bijlage 6)

²⁰ zie hoofdstuk 4.2

Lichamelijke en geestelijke gezondheid

- Bijna driekwart (73%) van de inwoners van IJsselmonde ervaart de eigen gezondheid als 'goed'. Dit is vergelijkbaar met Rotterdam (76%), maar lager dan in Nederland (81%).
- Inwoners van IJsselmonde (16 tot en met 69 jaar) geven vaker dan Rotterdammers aan beperkingen te ondervinden bij dagelijkse bezigheden ten gevolge van hun lichamelijke gezondheid; dit heeft onder andere te maken met de oudere populatie van IJsselmonde.
- Op basis van zelfgerapporteerde gegevens kunnen inwoners van IJsselmonde, vaker dan Rotterdammers, geclassificeerd worden in de groep mensen met een slechte of matige psychische gezondheid (40% versus 35%). Met name onder inwoners van 55 tot en met 84 jaar is het percentage inwoners met een matige psychische gezondheid in IJsselmonde hoger dan in Rotterdam.
- In Rotterdam zijn, net als in Nederland, hart- en vaatziekten (35%) en kanker (27%) de belangrijkste doodsoorzaken. Hart- en vaatziekten, kanker en psychische stoornissen veroorzaken de meeste ziektelast. Gegevens over sterfte en ziekenhuisopnamen zijn op dit moment niet beschikbaar op deelgemeente niveau.
- De sterfte onder Rotterdamse mannen was in de periode 1996-1999 hoger dan die in Nederland.
- Onder Rotterdamse mannen is de sterfte door kanker, ziekten van ademhalingsorganen, niet natuurlijke doodsoorzaken, infectieuze en parasitaire ziekten hoger dan op grond van leeftijdsopbouw verwacht mag worden.
- Onder Rotterdamse vrouwen is de sterfte aan kanker, aids en moord en doodslag hoger dan op grond van leeftijdsopbouw verwacht mag worden.
- Het aantal ziekenhuisopnamen in Rotterdam is voor bijna alle diagnoses hoger dan op grond van leeftijdsopbouw verwachte wordt. De grootste verschillen met Nederland worden gevonden voor opnamen voor infectieuze en parasitaire ziekten, bijzondere opnamen en endocriene en stofwisselingsziekten (waaronder suikerziekte/diabetes). Voor vrouwen wordt het grootste verschil ten opzichte van Nederland gevonden voor opnamen voor infectieuze en parasitaire ziekten, bijzondere opnamen en ziekten van de ademhalingsorganen.
- Op basis van zelfgerapporteerde gegevens hebben meer mensen in IJsselmonde last van gewrichtsslijtage (16,8%) dan in Rotterdam als geheel (13,9%). Het percentage in IJsselmonde is hoger dan op grond van de leeftijdsopbouw verwacht wordt.
- Sportongevallen en sportblessures komen minder vaak voor in IJsselmonde dan in Rotterdam (2,9% versus 6,3%).
- Infectieziekten komen in Rotterdam veel vaker voor dan in Nederland.

Aangrijpingspunten voor beleid

Doordat een relatief groot deel van inwoners van IJsselmonde tot de ouderen behoort, komen bepaalde gezondheidsproblemen vaker voor dan in Rotterdam als geheel. Op basis van landelijke gegevens wordt een stijging verwacht van het percentage mensen met suikerziekte (diabetes type 2), zowel onder jongeren als ouderen. Suikerziekte is één van de 10 ziekten die in Nederland verantwoordelijk is voor het grootste gedeelte van de ziektelast (vroegsterfte en ziektejaren gecombineerd). Preventie en tijdig signaleren van chronische aandoeningen en zorg voor mensen met een chronische aandoening zouden in het lokaal gezondheidsbeleid aandacht kunnen krijgen. Aandacht voor vroegtijdige onderkenning van psychische problemen, zowel bij jongeren als bij ouderen, lijkt gezien de bevolkingssamenstelling van groot belang. Het versterken van geestelijke gezondheidszorg en aandacht voor bovenstaande onderwerpen in de eerstelijns zou uitgewerkt kunnen worden in het lokaal gezondheidsbeleid. Infectieziekten blijven een belangrijk aandachtspunt voor het gemeentelijk en landelijk gezondheidsbeleid.

Leefstijl

- Bijna eenderde (32%) van de inwoners van IJsselmonde geeft aan te roken. Dit is even hoog als het Rotterdams en Nederlands cijfer. Het percentage rokers is hoger onder laagopgeleiden. De meeste zware rokers komen voor onder Rotterdammers tussen de 35 en 44 jaar, mannen en alleenstaanden.
- In IJsselmonde drinkt driekwart van de bevolking alcohol, dit is even hoog als het percentage drinkers in Rotterdam. Negen procent van de inwoners is een excessieve drinker.
- Zestien procent van de inwoners van IJsselmonde heeft ooit of in de vier weken voorafgaand aan de enquête cannabis gebruikt. Dit percentage is lager dan in Rotterdam als geheel (24%).
- In IJsselmonde geeft 31% aan zelden of nooit aan sport te doen, dit percentage is vergelijkbaar met Rotterdam (27%).
- Het aandeel inwoners dat niet voldoende lichamelijk actief is (minder dan 3 keer per week minimaal 20 minuten lichaamsbeweging) is in IJsselmonde hoger (79%) dan in Rotterdam (74%).
- In IJsselmonde is minder dan een kwart (23%) lid van een sportvereniging of sportschool; dit percentage is lager dan in Rotterdam (29%). Op basis van de Rotterdamse Jeugdmonitor blijkt dat het percentage jongeren (14-15 jarigen) dat lid is van een sportvereniging vergelijkbaar is met Rotterdam als geheel (52% versus 48%).
- Inwoners van IJsselmonde geven vaker dan Rotterdammers aan dat de aard van hun dagelijkse werkzaamheden zwaar werk betreft (8% versus 6%).
- Gegevens over voedingsgewoonten in IJsselmonde en Rotterdam ontbreken. Landelijke gegevens wijzen uit dat de groente- en fruitconsumptie verder daalt en dat slechts 5% van de mensen in Nederland voldoet aan de aanbevelingen ten aanzien van vetconsumptie.
- In Nederland is het percentage volwassenen met ernstig overgewicht in 25 jaar tijd verdubbeld. In IJsselmonde is het percentage mensen met overgewicht (56%) hoger dan in Rotterdam en Nederland (respectievelijk 47% en 48%). Het percentage mensen met overgewicht stijgt met de leeftijd. In IJsselmonde is het percentage overgewicht onder vrouwen tussen de 16 en 34 jaar veel hoger dan in Rotterdam (40% versus 27%).

Aangrijpingspunten voor beleid

Met name op het gebied van bewegen en gezonde voeding is het van belang verbetering te realiseren bij de inwoners van IJsselmonde. Dit gezien het relatief hoge percentage lichamelijk onvoldoende actieven en het hoge percentage mensen met overgewicht. Ook op nationaal niveau is overgewicht een speerpunt van het gezondheidsbeleid. De jongeren, jong volwassenen en ouderen zijn de belangrijkste aandachtsgroepen. Permanente aandacht verdient de problematiek rond de traditionele risicofactoren roken en (excessief) alcoholgebruik.

Sociale omgeving

- Het percentage mensen met een middelbare of hogere opleiding ligt in IJsselmonde lager (39%) dan in Rotterdam als geheel (49%).
- In IJsselmonde is het percentage huishoudens met een laag inkomen (19%) vergelijkbaar met Rotterdam, maar hoger dan in Nederland (12%).
- De werkloosheid in IJsselmonde bedraagt circa 6% van de beroepsbevolking, ten opzichte van Nederland (circa 3%) is dit veel hoger.
- De verdeling naar financiële situatie is voor de inwoners van deelgemeente IJsselmonde vergelijkbaar met Rotterdam vergelijkbaar. Tien procent maakt schulden, 10% moet spaarmiddelen aanspreken, eenderde kan precies

- rondkomen en 46% houdt geld over. Van eenoudergezinnen maakt 23% schulden, moet 10% spaarmiddelen aanspreken en kan 46% precies rondkomen.
- Uit de Rotterdamse Monitor Voortijdig Schoolverlaten blijkt dat in schooljaar 2002/2003 in IJsselmonde 1.452 voortijdig schoolverlaters van 5-23 jaar waren. Dit is 10,3% van het aantal jongeren van 5-23 jaar. Ten opzichte van schooljaar 2001/2002 is er sprake van een toename van het aantal voortijdig schoolverlaters (1.063; 7,5%).
 - In 2004 is in IJsselmonde 39% van de gezinnen met kinderen een eenoudergezin. Dit percentage is veel hoger dan het Nederlands gemiddelde (17%).
 - De mate waarin inwoners een sociaal netwerk hebben, verschilt niet tussen IJsselmonde en Rotterdam. Eén procent van de inwoners van IJsselmonde heeft geen regelmatig contact met familie, 23% heeft geen regelmatig contact met de bureaus en 7% heeft geen goede vrienden.
 - De veiligheidsindex 2003 (6,6) geeft voor IJsselmonde een iets hogere score als in 2002 (6,2), maar IJsselmonde blijft een aandachtsgebied. In de wijken Beverwaard, Groot IJsselmonde en Lombardijen is nog wel ruimte voor verbetering. Oud IJsselmonde scoort daarentegen nog steeds maximaal.
 - Driekwart van de inwoners van IJsselmonde geeft aan zich heel of tamelijk veilig te voelen in de woonplaats. Dit is vergelijkbaar met het percentage van Rotterdam. In IJsselmonde doet 45% de deur 's avonds wel open, dit is hoger dan Rotterdam, waar 38% de deur 's avonds open doet.

Aangrijpingspunten voor beleid

Ten opzichte van Nederland heeft IJsselmonde relatief veel inwoners met een laag inkomen en een laag opleidingsniveau. Men verwacht, op basis van demografische gegevens, een verdere toename van deze groep. Ongezonde leefgewoonten en gezondheidsproblemen komen vaker voor bij mensen met een lage sociaal economische status, waaronder mensen met een uitkering, eenoudergezinnen en mensen die de regie over hun eigen leven kwijt raken/zijn. Daarnaast is het ontvangen van sociaal steun belangrijk als het gaat om een goede geestelijke gezondheid. Onder jongeren en ouderen komt eenzaamheid het meest voor. In het algemeen geven vrouwen, inwoners van grote steden, mensen met een lage opleiding en allochtonen vaker aan zich eenzaam te voelen.

Fysieke omgeving

- In IJsselmonde geeft 45% van de inwoners aan één of meerdere problemen in de woning te ondervinden. Het gaat onder andere om geluidshinder, vocht en schimmelvorming in de woning en last van ongedierte. In Rotterdam heeft de helft van de inwoners problemen in de woning.
- Geluidshinder is zowel in IJsselmonde als in Rotterdam een veel voorkomend probleem. Van de inwoners in IJsselmonde heeft 21% geluidshinder.
- Uit de jaarrapportage 2002 van DCMR blijkt dat 12.489 woningen (dwz 27.675 inwoners) in IJsselmonde in een gebied liggen waar de EG-norm van 40 microgram/m³ NO₂ wordt overschreden.

Aangrijpingspunten voor beleid

De woonomgeving in op allerlei manieren van invloed op de gezondheid. Aandacht voor de kwaliteit van woning, de woonomgeving en milieu is in dit kader belangrijk. Luchtkwaliteit en geluidsniveau in de buitenruimte voldoen op diverse locaties in IJsselmonde niet aan grenswaarden.

Zorggebruik

- Bijna alle inwoners van IJsselmonde hebben een eigen huisarts (96%).
- Circa de helft van de inwoners van IJsselmonde heeft in de twee maanden voorafgaand aan de enquête de huisarts bezocht (53%). Dit is vergelijkbaar met het Rotterdams gemiddelde. In Groot IJsselmonde is het huisartsbezoek hoger (59%). Dit is gedeeltelijk te verklaren door het grote aandeel ouderen.
- Zeven procent van de inwoners van IJsselmonde had in de afgelopen vier weken contact met de huisarts vanwege psychische problemen. Dit percentage wijkt niet af van het Rotterdams gemiddelde (6%).
- In IJsselmonde heeft 87% een eigen tandarts, dit is vergelijkbaar met Rotterdam als geheel (90%).
- 21% van de respondenten van IJsselmonde gaat minder dan 1 keer per jaar naar de tandarts. Dit percentage is hoger dan Rotterdam als geheel (16%).
- 29% van inwoners van IJsselmonde heeft in de twee maanden voorafgaand aan de enquête een specialist bezocht; dit percentage is hoger dan in Rotterdam (25%).
- Opname in een ziekenhuis of kliniek komt vaker voor in IJsselmonde dan in Rotterdam (12% versus 9%).

Aangrijpingspunten voor beleid

Gezien een toename van de bevolking in IJsselmonde, met name gezinnen, zal er een stijging plaatsvinden van het huisartsbezoek. Het aanbod van huisartsen en andere zorgvoorzieningen zal moeten meegroeien met de toenemende vraag. Op basis van de leeftijd van de zittende huisartsen wordt verwacht dat er binnen nu en vijf jaar zes vacatures ontstaan. Naast een toename in de zorgvraag dient ook rekening gehouden te worden met de wensen van de huidige hulpverleners in de eerstelijns en de nieuwe generatie ten aanzien van praktijkvoering (vorm praktijkvoering). Gezien het blijvende grote aandeel ouderen in IJsselmonde is extra aandacht voor een goede toegankelijkheid van de zorg en voldoende aanbod van zorgvoorzieningen voor deze groep relevant.

6.3. Quick Scan gezondheidsbedreigingen en – kansen

De Quick Scan is gebaseerd op tien korte interviews met beleidsmedewerkers werkzaam in drie verschillende beleidssectoren, te weten Samenleving, Ruimtelijke en Economische ontwikkeling en Wijkcoördinatie.

Uit de Quick Scan kwamen als belangrijkste **gezondheidsbedreigingen**:

- De sociale armoede en het feit dat mensen met een uitkering vaak veel gezondheidsklachten hebben, wat de kans op werk vermindert;
- De gevolgen van geluidsoverlast en luchtvervuiling door de A16 en A15;
- De onherstelbare gehoorschade voor de jeugd door de herrie tijdens disco's en door het gebruik van de koptelefoons;
- Aandacht werd gevraagd voor de toenemende druk op groenvoorzieningen in de (nog?) groene deelgemeente;
- De voedingsproblemen en de bewegingsarmoede bij kinderen;
- De eenzaamheid van ouderen;
- De toenemende psychosociale problemen bij jongeren. Vaak begint het met problemen thuis, met als gevolg ook problemen op school of het werk. Ook zijn er steeds meer jongeren met meervoudige problemen (éénouder gezin, lage SES, geen school, geen werk).
- Men maakt zich zorgen over het dreigende huisartsen tekort en vraagt zich af of het voorzieningenniveau toereikend is voor de grote groep ouderen die nu in

IJsselmonde woont. Er wordt wel (levensloopbestendig) gebouwd, maar zijn die woningen voor de ouderen nog wel te betalen?

- In sommige wijken is een toenemende overlast door jongeren (stoer gedrag en geluidsoverlast) en het gebruik van drugs/drank in de openbare ruimte. Als reden voor de toegenomen drugsoverlast wordt genoemd het strenge vervolgingsbeleid in West Rotterdam en de aanleg van snelle tramverbindingen met het centrum.
- Het feit dat IJsselmonde snel verjongt en verkleurt baart zorgen. Met name oudere autochtonen voelen zich steeds minder thuis in de deelgemeente waar ze soms al hun hele leven wonen. Ze zien hun wijk veranderen, maar zien zelf geen kans uit te wijken naar een Vinex-locatie. Ze kennen niemand en de jeugd heeft geen respect meer voor ouderen.

Tijdens de interviews werd ook gevraagd naar **kansrijke oplossingsrichtingen** voor de gesignaleerde bedreigingen. Dit resulteerde in veel tips over nieuw en verbeterd beleid en waarop het gezondheidsprogramma mogelijk kan aanhaken. Genoemd werden o.a.

- de ontwikkelingen op het terrein van de Brede School,
- de herijking van het jeugdbeleid,
- het preventieprogramma voor basisscholen van de politie en de GGD;
- het interventieteam;
- sportstimulering via buurt, onderwijs en sportverenigingen (BOS);
- Opzomen en Sportzomen;
- sportjaar 2005;
- de nieuwe strengere regelgeving over de geluidskwaliteit,
- het milieubeleidsplan Rotterdam;
- de Woonvisie Rotterdam en Woonvisie IJsselmonde;
- de Ontwikkelings Maatschappij IJsselmonde voor werkgelegenheidsprojecten;
- de Nieuwkomersnota;
- het nieuwe ziekenhuis MCRZ met aanpalende 'Medi-Mall' bij het station Lombardijen;
- de ontwikkeling van zorgnetwerken,
- Stichting Zorgimpuls en allerlei plannen voor geïntegreerde eerstelijnszorg;
- de ouderennota, het ouderenwerk en de nieuwe welzijnsorganisatie Perspect;
- het wijkveiligheidsbeleid;
- het ene loket/servicepunten voor ouderen,
- de herstructurering van wijken en de sociaal investeringsplannen;
- het concernbeleid voor communicatie, waarbij de dialoog met burgers centraal staat en nader uitgewerkt.

Te veel om op te noemen. Zo ontstond bij de projectleider het beeld van een deelgemeente met een tomeloze energie, met het hart op de goed plaats en met de visie om op een praktische en tikkeltje eigen wijze de problemen doelgericht te lijf te gaan.

7. HET PROCES: 'TOP VIJF' VOOR NIEUWE AANPAK LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID

7.1. Op zoek naar kansen voor gezondheidsbevordering

De resultaten van de Quick Scan en het voorlopige rapport van de GGD over de gezondheidssituatie zoals beschreven in hoofdstuk 6, vormden de basis voor het ontwikkelen van een methode om de gesignaleerde gezondheidsbedreigingen aan te pakken.

De stuurgroep wilde zich niet focussen op allerlei bedreigingen, omdat dat alleen maar stigmatiserend en contraproductief is. Bovendien vond de stuurgroep de gesignaleerde gezondheidsbedreigingen weliswaar serieus, maar in geen enkel opzicht te vergelijken met gezondheidsbedreigingen in andere delen van de wereld, zoals aids, ondervoeding, infectieziekten en oorlog, die een hele samenleving kunnen ontwrichten. Vandaar dat gekozen is voor een positieve insteek: het zoeken naar 'kansen' om de gezondheid te bevorderen.

7.2. De voorlopige top vijf

Vanuit die positieve insteek ontstond het idee van een Top Vijf van speerpunten, toegespitst op de situatie in IJsselmonde. De Top Vijf is een instrument voor de deelgemeente om zich te focussen, maar ook een instrument om anderen (bevolking en instellingen) te motiveren om zelf een steentje bij te dragen aan gezondheidsbevordering.

De Top Vijf is erop gericht om met beperkte middelen zoveel mogelijk gezondheidswinst te boeken. De speerpunten zijn:

1. Meer bewegen
2. Gezond eten
3. Tegengaan luchtvervuiling en geluidsoverlast
4. Versterken regie over eigen leven
5. Adequate en alerte (zorg)voorzieningen

Van elk van deze speerpunten is geïnterviewd wat de succesfactoren (inmiddels omgedoopt 'tot handvatten voor beleid') zijn en waar kansen liggen voor de deelgemeente, de zorgaanbieders, de maatschappelijke organisaties en de bewoners zelf om de gezondheid te verbeteren. De Top Vijf vormt de basis voor een gezondheidsprogramma voor IJsselmonde, dat aan het einde van het project ter goedkeuring wordt voorgelegd aan de deelraad.

Wezenlijk is dat de gekozen speerpunten niet alleen zijn gebaseerd op de bekende risicofactoren, maar ook op het oordeel van de deelgemeente, andere organisaties en burgers over wat zij als de belangrijkste gezondheidsbedreigingen zien. Daarmee is de Top Vijf een instrument om mensen bewust te maken dat gezondheid een rol speelt op terreinen die ogenschijnlijk weinig met gezondheid hebben te maken zoals woningbouw, verkeer, ruimtelijke ordening en sociaal-economisch beleid.

7.3. Op zoek naar draagvlak

De eerste -voorlopige- Top Vijf werd in de maanden oktober en november, samen met het conceptrapport van de GGD voorgelegd ter commentaar aan een aantal instellingen en groepen burgers. Dit om te toetsen of men het eens kon zijn met deze voorlopige Top Vijf en zo ja, waar organisaties kansen zien om zelf iets te ondernemen. Dus ook om na te gaan wat hun drijfveren zijn en waar hun mogelijkheden en beperkingen liggen. Ook konden ze aangeven welke kansen zij zien voor de (deel)gemeente. In deze (ontwikkel)fase van het project, zijn ook de deelraadsleden in de gelegenheid gesteld om tijdens een speciaal daarvoor uitgeschreven informele vergadering in november 2004 hun mening te geven en een steentje bij te dragen. Dit resulteerde in een herziene en nader uitgewerkte Top Vijf.

Duidelijk werd tijdens de interviewronde dat de voorlopig Top Vijf niet alleen veel mensen aansprak, maar dat men daardoor het eigen werk door een andere bril ging bekijken. Men stelde zich de vraag draagt mijn organisatie eigenlijk bij aan het realiseren van de Top Vijf en kan dat misschien ook effectiever?

Zo realiseerden onze gesprekspartners van de stedelijke Dienst Sport en Recreatie (DSO) zich dat zij zich niet alleen richten op het speerpunt bewegen, maar - door de gekozen werkvorm – soms ook direct bijdragen aan het versterken van de eigen regie van mensen. Bijvoorbeeld door kansloze jongeren op te leiden en in te schakelen bij het begeleiden van sportactiviteiten.

Een ander voorbeeld betreft een teamleider van de sociale dienst, die zich realiseerde dat er soms meer aandacht is voor het tijdig en correct regelen van een uitkering, dan voor het feit dat er op zo'n moment ook kansen liggen om mensen te stimuleren de regie over hun eigen leven te nemen.

7.4. De mening van experts

In december zijn de bevindingen van de interviewronde, samen met de herziene Top Vijf en het rapport van de GGD over de gezondheidssituatie in IJsselmonde, voorgelegd aan een twaalfstal experts tijdens een speciaal voor hen georganiseerd Diner Pensant in het Koetshuis in IJsselmonde. Gezocht was naar mensen met durf en visie, die werkzaam zijn in diverse voor volksgezondheid relevante beleidsterreinen. Acht daarvan werken in IJsselmonde en/of Rotterdam en zijn potentiële cultuurdragers voor het gezondheidsprogramma IJsselmonde. Daarnaast zijn ook een vier landelijk werkzame deskundigen op het terrein van preventie en epidemiologie, uitgenodigd om mee te denken, vanuit hun vakgebied. Deelnemers waren o.a. de Directeur Generaal van de Volksgezondheid van het ministerie van VWS (Volksgezondheid Welzijn en Sport) en een vertegenwoordiger van het RIVM (Rijks Instituut Volksgezondheid en Milieu) en het NIGZ (Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie)²¹.

Volgens geraadpleegde experts biedt de Top Vijf-aanpak mogelijkheden voor een praktische, lokale vorm van gezondheidsbevordering, omdat zowel organisaties als bewoners worden gestimuleerd om mee te denken over en mee te doen aan het verbeteren van de volksgezondheid, zonder dat de overheid daarbij als 'nanny' optreedt.

De Top Vijf spreekt aan omdat de eerste speerpunten, 'meer bewegen' en 'gezond eten' dicht bij je zelf liggen. Dan volgen omgevingsfactoren zoals luchtkwaliteit en

²¹ Voor lijst experts zie bijlage 3

geluid, terwijl de 'regie over het eigen leven' heeft te maken met de vraag hoe je je staande houdt. Het laatste speerpunt is erop gericht om je daarbij te ondersteunen. Op het niveau van de (deel)gemeente blijkt de Top Vijf een goede mix te zijn tussen de wetenschappelijke onderbouwing, die nodig is om politiek en financiers te overtuigen en de actiegerichtheid die nodig is om het gesprek met beleidsambtenaren, zorgleveranciers en bewoners op gang te brengen en te houden.

7.5. De werkconferentie

De laatste fase van dit interactieve traject was de werkconferentie op dinsdag 18 januari 2005 in het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid, locatie Clara in IJsselmonde

Met deze werkconferentie wilde de stuurgroep bevorderen dat sleutelfiguren werkzaam en/of woonachtig in IJsselmonde met elkaar in gesprek gaan over het onderwerp 'gezondheidsbevordering' en gezamenlijk op zoek gaan naar een slimme en goedkope aanpak met de bestaande middelen. Extra geld is er immers nauwelijks, zo luidde de boodschap aan de aanwezigen. 'Waar liggen kansen voor de (deel)gemeente en waar voor andere in IJsselmonde werkzame organisaties', zo luidde de vraag. Doel van de werkconferentie was om het draagvlak peilen voor de Top Vijf en om bouwstenen²² te leveren voor het gezondheidsprogramma voor IJsselmonde. In totaal namen 80 personen deel.

Na afloop van het plenaire deel van de conferentie mocht elke deelnemer 10 punten verdelen over de vijf speerpunten uit de Top Vijf. Ook mochten de deelnemers suggesties doen voor andere speerpunten.

7.6. Door de bril van de burger

Tijdens de werkconferentie was er eveneens een expertgroep²³ bijeengehaald. Deze keer niet samengesteld 'beroeps', zoals in december, maar bestaande uit drie sleutelfiguren uit de politiek (de deelraad IJsselmonde) en drie vertegenwoordigers van respectievelijk het Regionale Consumenten/patiëntenplatform (RPCP), de Seniorenraad en de Vereniging Bewonerscommissies IJsselmonde (VBC). Taak van deze expertgroep was om door de 'bril' van de burger de resultaten van de diverse workshops samen te vatten en van commentaar te voorzien.

Volgens de expertgroep laat de peiling zien dat speerpunt 4 'Regie over het eigen leven', als veruit de belangrijkste factor voor gezondheid wordt beschouwd (204 punten). Op de tweede plaats volgt 'Meer bewegen' (151), gevolgd door 'Zorgvoorzieningen alert en adequaat' (126), 'Gezond eten' (109) en 'Tegengaan luchtvervuiling en geluidsoverlast' (95). De expertgroep kan zich in deze volgorde vinden. De lage score van 'Tegengaan luchtvervuiling en geluidsoverlast', wil volgens de expertgroep echter niet zeggen dat het speerpunt niet belangrijk is. Het beleid op dat vlak moet met kracht worden voortgezet.

Ook heeft de expertgroep zich gebogen over de resultaten van de eerste serie workshops.

- wat 'Regie' betreft, moet er voldoende infrastructuur beschikbaar zijn om mensen even of zelfs langdurig bij te staan bij het verwerven en behouden van de regie over het eigen leven. Regie wil niet zeggen dat mensen niet langdurig gebruik mogen maken van voorzieningen, maar dat ze de

²² voor een overzicht van ingebrachte wensen en ideeën zie bijlage 5

²³ voor lijst experts zie bijlage 3

slachtofferrol vermijden. De vraag is hoe je de mensen kunt aanspreken op hun eigen kracht;

- wat 'Bewegen' betreft, moet er niet alleen aandacht zijn voor bewegingsonderwijs en zwemmen, maar ook voor de inrichting en gebruik van de buitenruimte, bijvoorbeeld schoolpleinen. De deelgemeente moet zich opwerpen als bondgenoot van sportverenigingen. Probleem is dat jongeren of niet kunnen sporten door gebrek aan geld, of niet willen sporten, omdat ze liever achter de computer zitten of niet mogen sporten vanwege de risico's;
- Diezelfde buitenruimte wordt ook gebruikt door ouderen. Zij worden ernstig in hun beweging belemmerd door het ontbreken van openbare toiletten, waardoor hun actieradius beperkt blijft tot een kwartier, twintig minuten gaans;
- Wat 'Voorzieningen' betreft, is het belangrijk dat ze laagdrempelig en bereikbaar zijn. Verder gelden daarvoor de vier O's van ontmoeting, ontplooiing, ontspanning en ondersteuning. Vroege signalering door alle betrokkenen is van belang om problemen later te voorkomen. Zelfs het te laat betalen van de huur, zou een signaal moeten zijn;
- Kansrijke initiatieven zijn verder de Vraagwijzer (1-loketgedachte) en de Beweegwijzer. Ook de Brede School biedt aanknopingspunten om kinderen te stimuleren tot meer bewegen.

Tot slot verklaart de expertgroep zich bereid om nog een keer bijeen te komen om de resultaten van deze dag in zijn geheel te evalueren en de deelgemeente daarover van advies te dienen. Van dit aanbod is dankbaar gebruik gemaakt op 17 maart, toen het eerste concept gezondheidsprogramma aan hen ter commentaar is aangeboden.

Wat opviel tijdens de werkconferentie was het grote aantal initiatieven dat in IJsselmonde wordt ontplooid en het grote aantal bouwstenen dat men wist aan te dragen. Maar zichtbaar werd ook de keerzijde, namelijk het gevaar dat men van elkaar niet weet wat er gaan is. In dat verband daarmee werd het idee geopperd om een 'virtual community', een virtuele gemeenschap in het leven te roepen voor overleg en het uitwisselen van informatie. Diverse mensen reageerden positief op dit idee. Hoe effectief zo'n werkwijze kan zijn, bleek de afgelopen maanden toen nadere informatie nodig was n.a.v. een signaal over het grote aantal huisuitzettingen. Dit resulteerde in een gezamenlijke overleg van betrokkenen.

7.7. Definitieve Top Vijf

Uiteindelijk resulteerde het hiervoor beschreven interactieve traject in onderstaande definitieve Top Vijf van speerpunten voor gezondheidsbevordering. Wat betreft de volgorde van de speerpunten is uiteindelijk besloten om te kiezen voor een logische volgorde, zodat de Top Vijf goed is te onthouden. Dus eerst de speerpunten 'meer bewegen' en 'gezond eten', die dicht bij je zelf liggen. Dan volgen omgevingsfactoren zoals luchtkwaliteit en geluid, terwijl de 'regie over het eigen leven' heeft te maken met de vraag hoe je je staande houdt. De laatste speerpunt is erop gericht om je daarbij te ondersteunen. Deze volgorde sluit ook redelijk aan bij de mogelijkheden van de deelgemeente om zelf invloed uit te oefenen op deze speerpunten.

1. **Meer bewegen:** rechtstreeks van invloed op het lichamelijk welbevinden, maar ook op geestelijk ('lekker moe') en sociaal welbevinden. Bij dat laatste moeten we denken aan kinderen die door gebrek aan beweging 'niet mee kunnen komen' op school en op straat en aan ouderen die eveneens door gebrek aan beweging in een sociaal isolement dreigen te raken.

2. **Gezond eten:** niet alleen van belang om overgewicht tegen te gaan, maar ook om de lichamelijke weerstand te vergroten. Ook van belang voor geestelijk en sociaal welbevinden omdat (partiële) ondervoeding door eenzijdig eten en/of overslaan van ontbijt en lunch onder meer leidt tot achterblijven van intellectuele ontwikkeling.
3. **Tegengaan luchtvervuiling en geluidsoverlast:** Voor lichamenlijk welbevinden van belang omdat vervuiling, zowel binnen- als buitenshuis leidt tot long- en andere klachten. IJsselmonde is wat kwaliteit van de buitenlucht betreft een 'hot spot', waar nog lang niet is voldaan aan de EU-eisen voor luchtkwaliteit. Naast lichamelijke klachten kan geluidsoverlast ook leiden tot aantasting van geestelijk en sociaal welbevinden (burenruzies).
4. **Versterken regie over eigen leven:** wie te maken krijgt met ontslag, scheiding of overlijden van een dierbare kan (hoeft niet) in een neerwaartse spiraal terecht komen, en loopt daarbij een groot risico om de regie over het eigen leven te verliezen. Dat heeft niet alleen lichamelijke en geestelijke gevolgen maar leidt vaak ook tot sociaal isolement. Vaak gaat dit gepaard met ernstige financiële problemen.
5. **(Zorg)voorzieningen alert en adequaat:** is vanzelfsprekend van belang voor het lichamenlijk welbevinden, of het herstel daarvan, maar ook voor het vroegtijdig signaleren van en reageren op zaken die het algehele welbevinden kunnen bedreigen. Zo kan een klein beetje steun bij de opvoeding van jonge kinderen, gezinsproblemen op latere leeftijd voorkomen. Het aanwezig zijn van voorzieningen in een wijk alleen, is echter niet genoeg. Ze moeten vooral alert zijn en daarna adequaat reageren.

7.8 Bevorderen van gezond gedrag – instrumenten en succesfactoren

Het benoemen van de vijf speerpunten voor gezondheidsbevordering is één ding, maar het versterken van die speerpunten is een heel ander verhaal. Om die vraag te kunnen beantwoorden heb je niet genoeg aan een analyse van de 'faalfactoren'. Je moet ook weten waarom kinderen te weinig bewegen. Is het een kwestie van niet willen of van niet kunnen en waar ligt dat dan aan? Wil een kind wel sporten, maar is er geen geschikte speelplaats in de buurt of ligt het aan het feit dat deelnemen aan een sportclub te duur is of om andere redenen een brug te ver is voor het kind. Of komt het gewoon omdat er zoveel andere zaken de aandacht en interesse van het kind opeisen? Alleen in één op één begeleidingstraject zijn de echte oorzaken wellicht te achterhalen en op te lossen. Voor groepen is dat onbegonnen werk.

Succesfactoren

Veel effectiever is het om te zoeken naar 'succesfactoren' (of wel 'kansrijke handvatten voor beleid). Zorgen voor voldoende uren inspirerend bewegingsonderwijs is een dergelijk succesfactor omdat hierdoor alle kinderen op de desbetreffende school door de uitbreiding van uren daadwerkelijk meer gaan bewegen. Bovendien vergroot het de kans dat kinderen plezier in sporten krijgen en het (hopelijk) gaan beschouwen als een niet meer weg te denken element in hun leven.

Voor alle vijf speerpunten zijn belangrijkste succesfactoren²⁴ in kaart gebracht. Eerst op basis van de resultaten van de Quick Scan en (vak)literatuur. Daarna zijn ze tegelijkertijd met de 'voorlopige Top Vijf' ter toetsing voorgelegd tijdens de interviewronde en de werkconferentie aan sleutelfiguren die wonen en/of werken in IJsselmonde.

²⁴ voor Top Vijf en succesfactoren zie bijlage 2

Beleidsinstrumenten

De deelgemeente heeft globaal drie soorten beleidsinstrumenten ter beschikking om het gedrag/beleid van anderen te beïnvloeden. Kort samengevat zijn het de communicatie (de preek), economisch (de peen) en juridisch (de zweep)²⁵.

De vraag is hoe je daarmee als deelgemeente jezelf, maar ook anderen kunt verleiden om te werken aan deze succesfactoren? Hoe kun je bijvoorbeeld scholen verleiden zodat ze het bewegingsonderwijs intensiveren en verbeteren. Helpt een goed gesprek ('communicatie') met de scholen? Of is het beter ze een 'peen' (subsidie) voor te houden. De BOS-impuls is zo'n maatregel, waarmee de (deel)gemeente basisscholen kan verleiden met behulp van 'economische instrumenten' om extra bewegingslessen op te nemen in het lesprogramma.

Slim te werk gaan

De kosten voor dergelijke maatregelen kunnen hoog oplopen. Soms kunnen partijen de kosten gelukkig 'doorberekenen' aan een andere (subsidiërende) partij, zoals in geval van de BOS-impuls. Maar er zijn gelukkig ook maatregelen die 'goedkoop' en toch robuust zijn. De afgelopen jaren is bijvoorbeeld erg veel geld gestoken in voorlichting over roken, echter zonder al te veel resultaat. Pas nu er strenge anti-rookwetgeving is het aantal rokers in Nederland gaan dalen. De deelgemeente kan deze nieuwe strengere wetgeving gebruiken om alle direct of indirect door haar gesubsidieerde instellingen (ook sportverenigingen) te wijzen op het feit dat ze wettelijk verplicht zijn rookvrij te zijn. Toepassing daarvan heeft direct invloed op de luchtkwaliteit in de (sport)kantines, wat vooral voor de niet-rokers (vaak kinderen) van belang is.

Slim zijn kan ook betekenen 'aanhaken' bij bestaand beleid' of bij bestaande initiatieven, waar toch al menskracht en middelen voor zijn vrij gemaakt. Bijvoorbeeld door te besluiten dat bijzondere bijstand ook kan worden toegekend voor het betalen van het lidmaatschap van een sportvereniging. De indicatie daarvoor kan door de GGD worden afgegeven tijdens het standaard preventieve medische onderzoek bij 5- en 11-jarigen. In Breda bleek uit onderzoek dat een dergelijke geringe verschuiving in het bestaande beleid inderdaad een positief effect kan hebben op de gezondheid van kinderen die tot de risicogroep behoren en een meerwaarde heeft door de sociaal-emotionele steun die door de ouders wordt ervaren. Bij het Steunpunt Lokale Aanpak Gezondheidsverschillen (SLAG) van het Nederlandse Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) in Woerden is veel informatie beschikbaar over dergelijke slimme interventies die ook snel en effectief zijn voor het verminderen van gezondheidsverschillen en het bevorderen van van gezond leven.

7.9. Inventarisatie van kansen en bouwstenen

Niet alleen tijdens de werkconferentie, maar al in het voortraject tijdens de interviews inclusief de expertmeeting van 1-12-2004 zijn een heleboel suggesties aangedragen voor kansrijke interventies op het terrein van de vijf speerpunten en bijbehorende succesfactoren. Deze zijn gebruikt als potentiële bouwstenen voor het gezondheidsprogramma IJsselmonde.

²⁵ Zie hoofdstuk 5.2.

7.10. Selectiecriteria

Vooral bouwstenen/activiteiten die voldoen aan onderstaande criteria zijn uiteindelijk opgenomen in het gezondheidsprogramma. De belangrijkste zijn, dat de activiteit:

1. Bijdraagt tot een integrale aanpak. D.w.z.
 - stimuleert de onderlinge samenwerking binnen en tussen diverse sectoren.en
 - draagt ertoe bij dat (zorg/diensten)ketens een duidelijk doel hebben en sluitend zijn.
2. Een grote kans op succes heeft. Bijvoorbeeld omdat:
 - er maatschappelijk draagvlak voor is
 - ingrijpt op maatschappelijk zinloze energie- en geldvreters
 - er op redelijk korte termijn zichtbare resultaten zijn te verwachten
 - er is sprake van win-win voor alle betrokkenen.
 - (elders) effectief is gebleken
 - mogelijkheden biedt tot (co)financiering
3. Past binnen de invloedssfeer van overheid in het algemeen en van de deelgemeente in het bijzonder
4. Aansluit bij bestaande (kansrijke) activiteiten in de deelgemeente en de effectiviteit daarvan vergroot.
5. Een voorbeeldfunctie en/of hefboomwerking heeft, d.w.z. een relatieve kleine verandering heeft een groot effect tot gevolg.* of laat mensen beleven dat het (gezamenlijk) werken aan gezondheid ook voor hen iets oplevert en dat het leuk nog leuk is ook (positieve energie).

7.11. Hoofdpijnen van het gezondheidsprogramma

De mix van speerpunten, succesfactoren, beleidsinstrumenten en suggesties van sleutelfiguren in IJsselmonde, resulteerde in hoofdpijnen in het gezondheidsprogramma met bijbehorend Plan van Aanpak per speerpunt, zoals beschreven hoofdstuk 2 van deze nota.

Centraal staan daarin de vijf speerpunten ('De Top Vijf'):

1. Meer bewegen
2. Gezond eten
3. Tegengaan luchtvervuiling en geluidsoverlast
4. Versterken regie over eigen leven
5. Adequate en alerte (zorg)voorzieningen

Per speerpunt is een Plan van Aanpak gemaakt. Sommige daarvan zijn te beschouwen als zogenaamd 'laaghangend' fruit, ofwel 'kansen' die wellicht nog in deze raadsperiode kunnen worden opgepakt. Een klein duwtje in de rug door de deelgemeente kan wellicht tot effect hebben dat diverse partijen zich daadwerkelijk gericht gaan inzetten voor het oplossen gesignaleerde knelpunten en liefst het voorkomen ervan. De kwestie van het grote aantal huisuitzettingen in IJsselmonde is wellicht zo'n onderwerp.

Daarnaast is uitgewerkt op welke wijze de deelgemeente de Top Vijf als instrument kan gebruiken als instrument voor dialoog met burgers, instellingen en financiers²⁶, zodat ook zij een (extra) bijdrage gaan leveren aan het bevorderen van de volksgezondheid in IJsselmonde.

²⁶ Zie hoofdstuk 2.7.

Uiteindelijk moet het gezondheidsprogramma leiden tot een gezondere bevolking en tot het verkleinen van vermijdbare gezondheidsverschillen in Deelgemeente IJsselmonde.

7.12. Monitoren resultaten

In de projectopdracht staat als doel vermeld dat de deelgemeente beschikt over instrumenten om de voortgang en effectiviteit van het programma te meten en te bewaken. Met de experts is uitgebreid ingegaan op de mogelijkheden en onmogelijkheden van die doelstelling.²⁷

7.13. Faciliteren en stimuleren voortgang

Aan het begin van het project is met de GGD afgesproken dat Deelgemeente IJsselmonde na deze projectperiode zelfstandig, dat wil zeggen zonder extra ondersteuning van de GGD, aan de slag kan met het ontwikkelde gezondheidsprogramma.

²⁷ Zie hoofdstuk 3.1

Bijlagen

Bijlage 1

Bijlage 1

PROJECTOPDRACHT OPENBARE GEZONDHEIDSZORG IJSSELMONDE (15-07-04)

Opdrachtgever

Namens het Dagelijks Bestuur van Deelgemeente IJsselmonde: Verantwoordelijk portefeuillehouder is de heer J.F.K. Jungheim, portefeuillehouder van Maatschappelijke ontwikkeling, Welzijn, Werkgelegenheid en Economische zaken (MEO)

Opdrachtnemer

Namens GGD Rotterdam e.o.: Ir. L.M. van Kasteren-Havenaar, beleidsmedewerker project Openbare Gezondheidszorg IJsselmonde (OGZ-IJ)

Opdracht

Schrijf een gezondheidsprogramma (inclusief plan van aanpak) voor de deelgemeente IJsselmonde voor de periode 2005 t/m 2008.

Aanleiding

Onlangs is voor geheel Rotterdam een gemeentelijk beleidsplan vastgesteld (Nota openbare gezondheidszorg Rotterdam 2004-2006) als uitvloeisel van het Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg van voorjaar 2001. In het contract hebben de ministeries van VWS en Binnenlandse Zaken, de GGD Nederland en de VNG met elkaar afgesproken, dat gemeenten verplicht zijn elke vier jaar een Openbaar Gezondheidsbeleidsplan vast te stellen, voor het eerst in 2003. Deze afspraken zijn inmiddels wettelijk vastgelegd in de Wet op de Collectieve Preventie (WCPV).

In Rotterdam is de GGD verantwoordelijk voor de uitvoering van het gezondheidsplan. In een stad als Rotterdam kan het opstellen en uitvoeren van een gemeentelijk gezondheidsplan niet beperkt blijven tot het wettelijk verplichte gemeentelijke niveau. Ook de deelgemeenten spelen een actieve rol bij ontwikkeling en realisatie van een effectief gezondheidsbeleid. Vanaf 2002 heeft de GGD daarom jaarlijks een budget ter beschikking, waarmee fasegewijs deelgemeenten in de gelegenheid worden gesteld om een lokaal gezondheidsprogramma te ontwikkelen. De deelgemeente IJsselmonde heeft te kennen gegeven van deze gelegenheid gebruik te willen maken in de periode van mei 2004/2005.

Probleemstelling

De deelgemeente IJsselmonde is betrokken bij de gezondheid van haar inwoners, maar heeft geen formele bevoegdheid op dit terrein. De gemeentelijke taken op het terrein van openbare gezondheidszorg worden immers centraal uitgevoerd door de GGD, conform het bestuursakkoord 2001-2005. Daarnaast zijn er diverse zorgleveranciers werkzaam in IJsselmonde, die vrijwel autonoom hun zorgtaken uitvoeren. De deelgemeente heeft wel taken en bevoegdheden op welzijn, welzijngerelateerde beleidsterreinen en openbare ruimte (zoals sport en recreatie, werkgelegenheid, volkshuisvesting, veiligheid, samenlevingsopbouw, milieu, verkeer en vervoer en het beheer van de openbare ruimte). Het op die terreinen gevoerde beleid kan bewust of onbewust van grote invloed zijn op de gezondheid van de inwoners. Overigens mag bij dit alles niet vergeten worden dat de zorg voor een goede gezondheid primair de eigen verantwoordelijkheid is van mensen zelf. De taken van zowel overheden als van zorgaanbieders zijn in wezen aanvullend op die zelfzorg.

Wat gezondheid betreft worden de deelgemeente IJsselmonde en GGD geconfronteerd met een aantal vragen. Zo is de deelgemeente benieuwd naar de vraag hoe het staat met het niveau aan zorgvoorzieningen in de deelgemeente en of het aanbod wel aansluit bij de vraag. Vooral geïnteresseerd is de deelgemeente daarbij in de stand van zaken m.b.t. de eerstelijnsvoorzieningen, de zorgnetwerken, (jeugd)gezondheidszorg, de voorzieningen op het terrein van opvoedingsondersteuning (w.o. de 'JOED-ontwikkeling' d.w.z. jeugd en ouders onder een dak) en het Medisch Centrum Rijnmond Zuid. Onbekend is ook hoe het er voor staat met de gezondheid van de inwoners en wat de belangrijkste gezondheidsbedreigingen en -kansen zijn voor individu en samenleving in de komende jaren. Is de ligging van IJsselmonde tussen de rijkswegen een dergelijke belangrijke bedreiging?

In het algemeen kan gesteld worden dat er geen integrale, samenhangende en breed gedragen visie is in IJsselmonde over gezondheid, gezondheidsvoorzieningen, gezondheidsbedreigingen en –kansen, noch over de rol van de deelgemeente. Dit gebrek aan visie en samenhang doet vermoedelijk afbreuk aan de effectiviteit van het geheel van inspanningen en maakt dat de deelgemeente niet optimaal kan anticiperen op mogelijke ontwikkelingen. Vandaar de wens van de deelgemeente om te komen tot het opstellen van een integraal en een breed gedragen, lokaal gezondheidsprogramma.

Beoogd resultaat

Het resultaat van het programma moet zijn, een samenhangend geheel van doelen, speerpunten en acties zodat de deelgemeente IJsselmonde:

- A. zicht heeft op de gezondheidssituatie en op de belangrijkste bedreigingen en -kansen van de gezondheid zowel op individueel niveau als voor de samenleving als geheel. Expliciet is daarbij gekeken naar eventuele hiaten in de beschikbaarheid en bereikbaarheid van het voorzieningenniveau;
- B. beschikt over een integraal, samenhangend en breed gedragen gezondheidsprogramma (een plan van aanpak inclusief financiële paragraaf) dat haar in staat stelt om de haar direct en indirect ter beschikking staande menskracht en middelen, nu en in de komende beleidsperiode, gericht in te zetten om de gezondheid van de bevolking in IJsselmonde te bevorderen (d.w.z. op peil te houden en/of te verbeteren). De integrale aanpak houdt in dat het programma interventies kan omvatten op alle beïnvloedbare gezondheidsdeterminanten, dus zowel op het vlak van voorzieningen (wonen, zorg en welzijn) als ook op het sociaal en fysiek milieu en/of leefstijl/gedrag.
- C. beschikt over instrumenten om de voortgang en effectiviteit van het programma periodiek te meten en te bewaken

Wat de precieze reikwijdte en diepgang van dit project en van bovengenoemd gezondheidsprogramma wordt, wordt al gaande weg bepaald. Vandaar dat in het tijdpad na elke fase, een moment van bezinning en besluitvorming is ingebouwd, waarbij ook het element van de praktische haalbaarheid worden meegenomen (zie bijlage 1).

Uitvoeren van het gezondheidsprogramma moet uiteindelijk leiden tot een gezondere bevolking en tot het verkleinen van onderlinge gezondheidsverschillen in de deelgemeente IJsselmonde. Om dat doel te bereiken moet antwoord worden gevonden op de volgende vragen:

- a) Hoe is de (feitelijke en ervaren) gezondheidssituatie in de deelgemeente IJsselmonde en zijn er nog hiaten in het voorzieningen niveau? Wat weten we wel en wat (nog) niet?
- b) Wat zijn de tien belangrijkste gezondheidsbedreigingen voor individu en samenleving? Niet alleen nu, maar ook in de nabije toekomst?
- c) Wat zijn de meest kansrijke oplossingsrichtingen?
- d) Wat wordt er al gedaan op deze terreinen, door wie en welke belemmeringen ervaart men daarbij? Wat zijn witte vlekken?
- e) Welke rol kunnen en willen de diverse in IJsselmonde actieve partijen (d.w.z. de burgers zelf, de publieke en private sector) vervullen bij het wegwerken van de gesignaleerde bedreigingen?
- f) Wat betekent dit in concreto voor de rol van de deelgemeente en van de gemeente en wat zijn wenselijke speerpunten voor de huidige en komende bestuursperiode?
- g) Wat zijn bijbehorende kosten en op welke wijze kunnen deze (eenmalig en/of structureel) worden gefinancierd?
- h) Op welke wijze kan de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de deelgemeente en de gemeente/GGD voor de implementatie, uitvoering en bewaking van het deelgemeentelijke gezondheidsprogramma, het beste worden ingebed in de bestuurlijke en ambtelijke organisatie van de deelgemeente?
- i) Op welke wijze kunnen voortgang en resultaten van het programma worden gemeten?
- j) In hoeverre kan daarbij gebruik gemaakt worden van de stedelijke periodieke gegevensverzameling en – verwerking door GGD en het COS.

Bij de laatste twee punten moet de kanttekening worden gemaakt dat de deelgemeente geen bevoegdheden en ook geen financiële middelen heeft op dit terrein. Maar zelfs op stedelijk niveau, zal het met de beschikbare kennis en financiële middelen slechts heel beperkt mogelijk zal zijn om periodiek de gezondheid van individu en samenleving te meten. Het aantonen van een hard oorzakelijk verband tussen het gezondheidsprogramma en de gemeten verandering van de gezondheid is waarschijnlijk een brug te ver. Mogelijk kunnen wel andere parameters worden ontwikkeld, die in ieder geval een indicatie geven van de voortgang en effectiviteit van het programma.

Uitgangspunten en randvoorwaarden

Bij het beantwoorden van de vragen en daarmee het opstellen van het gezondheidsprogramma worden de volgende uitgangspunten en randvoorwaarden gehanteerd:

1. Gezondheid wordt gedefinieerd als *een toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden, die meer is dan de afwezigheid van ziekte* (= de brede definitie van de Wereld Gezondheid Organisatie, de WHO);
2. Gekozen wordt voor een integrale (dus ook intersectorale) aanpak, waarbij interventies mogelijk zijn op alle determinanten van gezondheid, voor zover deze beïnvloedbaar zijn. Dat wil zeggen op het terrein van voorzieningen (wonen, zorg en welzijn), fysieke en sociale omgeving en leefstijl/ gedrag;
3. Het deelgemeentelijke gezondheidsprogramma past binnen de wettelijke, bestuurlijke en financiële kaders waarbinnen de deelgemeente IJsselmonde opereert. Dus houdt ook rekening met de beperkte bevoegdheden en financiële middelen van de deelgemeente op het beleidsterrein gezondheid, zoals vastgelegd in het bestuursakkoord 2001-2005.
4. Burgers en belangrijke stakeholders in de publieke en private sector worden - voor zover praktisch haalbaar binnen de projectperiode - actief betrokken bij zowel de analyse als het ontwerp en de uitvoering van het programma;
5. In de verschillende fasen wordt optimaal aansluiting gezocht bij bestaande faciliteiten en (beleids)initiatieven in de wijk, de deelgemeente en de stad, waaronder ook de stedelijke nota Openbare Gezondheidszorg Rotterdam 2004-2006;
6. Ter onderbouwing van reikwijdte en richting wordt gebruik gemaakt van de meest recente cijfers van de GGD en van adviezen van specialisten op het terrein van risicoanalyse en effectiviteit van gezondheidsinterventies, zodat ingezet kan worden op de meest kansrijke en meest effectief geachte interventies.

Methode

Voor het ontwikkelen van het gezondheidsprogramma wordt gekozen voor een interactieve methode. Dat betekent dat de probleemdefinitie en oplossingsrichtingen in eerste instantie worden gebaseerd op de **beleving** van belanghebbenden aan de hand van interviews en/of het voeren van panelgesprekken met de bevolking en met stakeholders in de publieke en private sector. De bijeenkomsten moeten uitnodigen tot creativiteit van de deelnemers. Enerzijds wordt daarmee zichtbaar waar de emoties liggen, anderzijds wordt de energie en draagvlak gegenereerd om er wat aan te gaan doen.

Om de gezondheidsbedreigingen en -kansen te kwantificeren (inclusief eventuele hiaten in het voorzieningenniveau), wordt daarnaast gebruik gemaakt van **gegevens** over het verzorgingsgebied. Deze gegevens worden opgevraagd bij de GGD en zo mogelijk aangevuld met gegevens van bij de deelgemeente zelf, het RCP (Regionale Patiënten en Consumenten Platform IJsselmonde) en het Zorgkantoor.

De feitelijke gegevens evenals de bevindingen uit interviews en panelgesprekken worden vervolgens voorgelegd aan een panel van **deskundigen**. Zij buigen zich over de vraag of de signaleerde gezondheidsbedreigingen ook daadwerkelijk een gezondheidsrisico met zich meebrengen, hoe groot dit risico is (bv uitgedrukt in termen verminderde sterftekans of gewonnen levensjaren of kwaliteit van leven) en over de vraag of er effectieve en betaalbare interventiemogelijkheden zijn.

Als afsluiting van de oriëntatiefase en start van de analyse en ontwerpfase, zullen de resultaten worden gepresenteerd op een speciaal daartoe georganiseerde werkconferentie.

Tegelijkertijd wordt een eerste concept van het gezondheidsprogramma voor advies voorgelegd aan betrokkenen. Het doel van deze gecombineerde aanpak is het vergroten van de kwaliteit van het gezondheidsprogramma, evenals het scheppen van draagvlak bij betrokkenen voor aanpak en uitvoering ervan. Een belangrijk neveneffect van deze methode – mits consciëntieus uitgevoerd en transparant – is, dat er duidelijkheid ontstaat over de rol van de deelgemeente en over het maatschappelijke draagvlak voor het vervullen van die rol.

Tijdpad (voor nadere informatie zie bijlage 1)

De totale looptijd van het project is 1 jaar vanaf 10 mei 2004, verdeeld over een vijftal fasen:

Oriëntatie: mei – oktober 2004
Analyse: september – december 2004
Ontwerp: december 2004 – maart 2005
Implementatie: maart – mei 2005
Evaluatie en verslaglegging: april-mei 2005

Project- en besluitvormingsstructuur

In de oriëntatiefase is er nog geen sprake van een aparte projectstructuur. Dit betekent dat de opdrachtnemer in die periode via de lijn rapporteert aan de opdrachtgever. Dat wil zeggen via de heer B. Caton, werkzaam in de deelgemeente IJsselmonde en beleidsmatig verantwoordelijk voor dit project. Vooraf wordt advies uitgebracht door mevrouw ir. J.D. Oude Ophuis, hoofd afdeling Gezondheidsinformatie en -Beleid van de GGD Rotterdam en de formele werkgever van opdrachtnemer. Pas na de oriëntatiefase wordt een besluit genomen over de eventuele projectstructuur, dat wil zeggen over de vraag of er een aparte stuurgroep en/of projectgroep wordt ingericht en de eventuele opdracht en samenstelling daarvan.

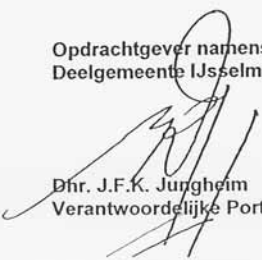
Financieel kader

De kosten voor de uitvoering van deze projectopdracht worden door de deelgemeente IJsselmonde en de GGD gezamenlijk gedragen. Zo is officieel vastgelegd in de onderlinge briefwisseling over dit onderwerp voorjaar 2004. Kort samengevat luiden de afspraken:

- De GGD neemt de personele kosten (32,4 uur per week exclusief ADV) voor haar rekening en stelt bovendien 200 uur beschikbaar vanuit de GGD voor extra begeleiding en voor intensivering van de relatie tussen de deelgemeente en GGD.
- Voor advies en informatie kan opdrachtnemer een beroep doen op twee daarvoor speciaal aangewezen 'counterparts': mevrouw J. Dekker, beleidsmedewerker bij de deelgemeente IJsselmonde met als portefeuille o.a. ouderenbeleid, zorg, maatschappelijke dienstverlening, vrijwilligersbeleid en mevrouw drs. F.M. Stoeckart-van Dijk, beleidsadviseur Stafbureau Directie GGD. De deelgemeente zal tevens een stuurgroep vormen ter ondersteuning van de beleidsontwikkeling
- Huisvesting en werkplek: 3 dgn/wk (t.l.v. deelgemeente IJsselmonde); 1 x (t.l.v. GGD)
- 18.000 euro voor activiteiten en communicatie die het plan van aanpak ondersteunen (t.l.v. de GGD). Dit budget staat ter beschikking van opdrachtgever en wordt beheerd door de heer Caton, beleidsmatig verantwoordelijke voor dit project.

Aldus overeengekomen tussen opdrachtgever en opdrachtnemer d.d. 20-07-04

Opdrachtgever namens
Deelgemeente IJsselmonde


Dhr. J.F.K. Junghem
Verantwoordelijke Portefeuillehouder

Opdrachtnemer namens
GGD Rotterdam e.o.


ir. L.M. van Kasteren-Havenaar
beleidsmedewerker GGD

Samenstelling Stuurgroep **project Openbare Gezondheidszorg IJsselmonde (OGZ-IJ)**

Samenstelling

Deelgemeente	de heer J.F. K. (Karel) Jungheim (voorzitter), portefeuillehouder Maatschappelijke en Economische Ontwikkelingen
Deelgemeente	de heer B. (Bouke) Caton, coördinator team Samenleving
Deelgemeente	mevrouw, J. (Joke) Dekker, beleidsmedewerker
GGD Rotterdam	mevrouw C. (Carola) Schrijvers, senior onderzoeker
GGD Rotterdam	mevrouw F. (Frouke) Stoeckart, beleidsadviseur
GGD Rotterdam	mevrouw. L. (Lucy) van Kasteren - projectleider
Adviseur:	mevrouw J.(Josine) Oude Ophuis (GGD Rotterdam e.o.)

Opdracht Stuurgroep

De Stuurgroep heeft de opdracht van het dagelijks bestuur van de deelgemeente om op hoofdlijnen:

1. de voortgang, kwaliteit en resultaten van het project OGZ-IJsselmonde te bewaken;
2. besluiten te nemen over de nadere invulling daarvan, binnen de kaders zoals vastgelegd in de projectopdracht door het DB op 20-7-2004.
3. gevraagd en ongevraagd advies geven aan de projectleider en het dagelijks bestuur van de deelgemeente inzake dit project, een eventueel vervolg en het gezondheidsbeleid
4. te adviseren aan de portefeuillehouder over besteding van de 18.000 euro activiteitengeld behorend bij het project
5. draagvlak en kansen te creëren voor het project zelf, voor het (te ontwikkelen) gezondheidsprogramma IJsselmonde en voor het vervolg ervan.

Projectstructuur (tot mei 2005)

De Projectleider mag zelfstandig de vergaderingen van de Stuurgroep voorbereiden en vraagt bij belangrijke onderwerpen, voor zover de tijd dit toelaat, vooraf advies aan een of meerdere leden van de Stuurgroep. Daarmee komt de feitelijke overleg- en besluitvormingsstructuur zoals die gold in de oriëntatiefase, formeel te vervallen. Ook betekent het dat er geen specifieke begeleidingscommissie wordt ingesteld. Een dergelijke projectstructuur is noodzakelijk om vaart in het project te houden, vooral gezien de korte tijdspanne waarin het geheel moet worden afgerond.

Over de aansturing en inbedding van eventuele vervolgactiviteiten, worden t.z.t. als onderdeel van de eindrapportage, nadere voorstellen aangedragen door de stuurgroep.

BIJLAGE 3 - INGESCHAKELDE EXPERTS

DINER PENSANT - 1 DECEMBER 2005

Algemeen/landelijk:

- Ministerie VWS: Dhr. Ir. J.I.M. (Hans) de Goeij, directeur Generaal van de Volksgezondheid.
- RIVM: Dhr. Prof. dr. J.A.M.(Hans) van Oers, epidemioloog en hoofd Toekomst Verkenningen Volksgezondheid.
- NIGZ (Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie): Dhr. P. (Peter) Rokers, beleidsmedewerker. Hij vervangt de heer Dhr. dr. J. J.M. (Joop) ten Dam, senior beleidsmedewerker en verantwoordelijk voor SLAG, het Steunpunt Lokale Aanpak Gezondheidsverschillen.
- Ir. J.H.R.M. (Joost) van Kasteren, freelance wetenschapsjournalist met specialisatie: Milieu, Gezondheid, Landbouw en Technologie (tevens verslaglegging bijeenkomst)

Rotterdam:

- GGD Rotterdam: Mevr. Prof. dr. M.C.H. (Marianne) Donker, algemeen directeur
- DSO (Dienst Stedelijk Onderwijs): Mevr. E. (Eveliëne) Stettens, beleidsadviseur Jeugd en Opvoeding. Zij vervangt mevr. L.D.M.(Marijke) de Vries, coördinator integraal jeugdbeleid van de gemeente Rotterdam en hoofd Jeugd en Opvoeding bij de DSO.
- Achmea Zorg (zorgkantoor voor Rotterdam en Kennemerland): Dhr. drs. J. (Jan) Hoving, bedrijfsmanager.
- Dienst SoZaWe (Sociale Zaken en Werkgelegenheid): Mevr. M. (Marjan) van den Hoek, projectleider voor de gemeente Rotterdam voor de Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)..

IJsselmonde:

- Thuiszorg Rotterdam: Dhr. drs. A.L.M. (Fons) Groen, algemeen directeur.
- De Stromen (omvat een 13-tal verzorgingshuizen/verpleeghuizen): Dhr. Drs. E.J. (Edwin) Zwerver, plv. voorzitter Raad van Bestuur.
- Deelgemeente IJsselmonde: Dhr. J.F.K. (Karel) Jungheim: vice-voorzitter van het dagelijks bestuur. Tevens portefeuillehouder Maatschappelijke ontwikkeling, Welzijn, Werkgelegenheid en Economische zaken
- Deelgemeente IJsselmonde: Dhr. drs. W. (Wouter) Boonzaaijer: portefeuillehouder Verkeer, Vervoer en Milieu.

WERKCONFERENTIE 18-1-2005

- Regionale Patiënten en Consumenten Platform (RPCP): mevrouw L. van der Ploeg-de Gier
- Stichting Seniorenraad IJsselmonde: mevrouw L. van Proosdijk-van der Pool
- Vereniging Bewonerscommissies IJsselmonde (VBC): mevrouw Snoek-van Drunen
- Deelraad IJsselmonde (CDA): de heer B. Schop (fractievoorzitter)
- Deelraad IJsselmonde (PvdA): mevrouw van Hal-Meijer
- Deelraad IJsselmonde (HIJ): de heer J. Faber.
- GGD Rotterdam e.o.: mevrouw F. Stoeckart

OVERZICHT GEINTERVIEWDEN TIJDENS HET INTERACTIEF TRAJECT

Beleidssteams deelgemeente IJsselmonde

Allereerst is in de zomer 2004 een tiental beleidsmedewerkers van de deelgemeente geïnterviewd t.b.v. de Quick Scan. Een aantal van hen is daarna ook actief betrokken bij het organiseren en voeren van onderstaande interviews omdat het hun eigen beleidsveld betrof. Bovendien zijn de drie beleidssteams als geheel ook intensief betrokken bij het project. Zowel in de ontwerpfase als ook later bij het ontwerpen van het definitieve gezondheidsprogramma.

Instellingen

- Stichting Ouderenwerk IJsselmonde
- Seniorenraad IJsselmonde Gehandicapten/Drie Bonden Overleg (DBO)
- Perspect – Welzijnswerk
- Thuiszorg Rotterdam – lokatie IJsselmonde

Groepen georganiseerde bewoners IJsselmonde

Gekozen is om aan te sluiten bij het periodiek (1 x per 6 weken) door Wijkcoördinatie georganiseerde Buurtoverleg in de diverse wijken. Aan dit overleg nemen: de politie, welzijnswerk/opbouwwerk, woningcorporaties, Roteb/gemeentewerken, woningcorporaties en diverse actieve wijkbewoners. Vier van de vijf wijken in IJsselmonde zijn bezocht:

- Lombardijen
- Groenenhagen/Tuinenhoven
- Hordijkerveld.
- Beverwaard

Gemeentelijke Diensten

Met een aantal voor de volksgezochtheid relevante gemeentelijke diensten, is ook bilateraal gesproken. De deelgemeente wil immers komen tot een integraal gezondheidsprogramma voor IJsselmonde. Voor de interviews zijn uitgenodigd de vaste contactpersonen van de diverse beleidsmedewerkers van de deelgemeente. Zij namen ook actief deel aan die gesprekken. Onderstaande diensten zijn bezocht:

- Sozawe (Sociale Zaken en Werkgelegenheid)
- DSO (Dienst Stedelijke Onderwijs)
- DCMR (Dienst Centrale Milieudienst Rijnmond)
- S&R (Dienst Sport en Recreatie)
- GGD (Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst) – sector Jeugd

Invloed van milieufactoren op de volksgezondheid

Van alle milieufactoren is de luchtkwaliteit de factor die momenteel de meeste negatieve effecten heeft op de volksgezondheid in Nederland. Vooral fijn stof (PM10) en stikstofdioxide (NO₂) overschrijden de EG normen op diverse locaties. De voornaamste bron voor luchtverontreiniging in Rotterdam is volgens de rapportage luchtkwaliteit 2002 het verkeer. Het verkeer draagt ongeveer voor 50% bij. Daarnaast heeft Rotterdam te maken met uitstoot van scheepvaart, huishoudens en industrie. Wel moet opgemerkt worden dat de invloed van milieufactoren op de volksgezondheid relatief beperkt is. De schatting is dat in Nederland 5 tot 10 procent van alle gezondheidsproblemen zijn toe te schrijven aan het milieu. De invloed van de factoren leefstijl/gedrag is vele malen groter. Vooral bij rokers is het gezondheidsrisico van het milieu eigenlijk verwaarloosbaar klein in vergelijking met het effect van roken. De invloed van de factor leefstijl is bij onderstaande cijfers g

Berekening gezondheidseffecten

De gezondheidseffecten van de luchtkwaliteit worden deels modelmatig berekend op basis van schattingen over de algemene luchtkwaliteit in de regio Rijnmond. Deze schattingen zijn afgeleid van de luchtkwaliteit gemeten op een beperkt aantal meetpunten en er is dus geen specifieke informatie over IJsselmonde. Op basis van die modelmatige berekening van de luchtkwaliteit in de regio, wordt vervolgens in kaart gebracht in welke zones de normen worden overschreden en kunnen 'hotspots' worden aangewezen. De gezondheidseffecten worden ook modelmatig berekend, maar voor IJsselmonde zijn de gezondheidseffecten van luchtverontreiniging niet berekend.

Een slechte luchtkwaliteit heeft invloed op de gezondheid. Volgens de DCMR (Milieudienst Rotterdam Rijnmond) zijn stikstofdioxide (NO₂), ozon en fijn stof de belangrijke componenten in het mengsel van luchtverontreinigende stoffen. Stikstofdioxide wordt dikwijls als gidsstof voor luchtverontreiniging gezien, maar fijn stof veroorzaakt de omvangrijkste gezondheidseffecten. Hierbij gaat het niet alleen om PM10, maar ook om kleinere stofdeeltjes die gerelateerd zijn aan NO₂, bijvoorbeeld stofdeeltjes die vrijkomen uit dieselmotoren. Deze stofdeeltjes kunnen door hun geringe afmetingen diep in de luchtwegen doordringen en diverse gezondheidseffecten veroorzaken, waaronder hoesten, irritatie van de luchtwegen, verergering van astma, luchtwegklachten en hart- en vaatziekten. Een aantal van deze klachten kan bij daarvoor gevoelige personen leiden tot ziekenhuisopname en zelfs tot vervroegde sterfte. Vervroegde sterfte wil zeggen dat mensen eerder overlijden dan in gebieden met minder luchtverontreiniging. Het verlies in levensduur is beperkt tot de orde van maanden.

Wetgeving

De gemeente Rotterdam is verantwoordelijk voor het terugdringen van de hoeveelheid stikstofdioxide (NO₂) in de stad. Het Rijk draagt verantwoording voor de aanpak van fijn stof (PM10). Gemeenten zijn in het kader van het 'Besluit Luchtkwaliteit' (een wettelijke regeling) verplicht om jaarlijks te rapporteren over de luchtkwaliteit (NO₂) en met name over waar de Europese grenswaarden worden overschreden. Bovendien zijn ze wettelijk verplicht met een plan van aanpak te komen en worden ze geacht rekening te houden met die grenswaarden bij het uitoefenen van hun bevoegdheden. Als een gemeente niet aan haar verplichtingen voldoet, zullen VROM en de Provincie Zuid-Holland een 'aanwijzing' sturen of de boete die de Europese Commissie de lidstaat zal opleggen aan de gemeente doorberekenen. In het geval van ruimtelijke plannen kan de Provinciale Planologische Commissie haar goedkeuring aan een plan onthouden. De

verantwoordelijkheid voor fijn stof ligt bij de Rijksoverheid en wordt uitgevoerd door de Rijksdienst voor het Wegverkeer.

Rotterdam

Inmiddels heeft de DCMR over 2002 een rapportage opgesteld over de luchtkwaliteit in Rotterdam. Daarin wordt aangegeven welke straten (en hoeveel woningen) in 2010 niet voldoen aan de Europese grenswaarden. Ook is er in september 2004 een plan van aanpak voor Rotterdam Rijnmond opgesteld voor de gebieden waarin de norm wordt overschreden. In 2005 wordt dit plan definitief vastgesteld. De onderstaande resultaten zijn afkomstig uit het plan van Aanpak Knelpunten luchtkwaliteit Rotterdam van de DCMR (september 2004).

Het aantal woningen en inwoners dat in 2002 en 2010 niet voldoen aan de toekomstige grenswaarden contour 2010 (NO₂: 40 ug/m³) volgens de Referentie Raming¹

	Aantal inwoners 2002	Aantal woningen 2002	Aantal inwoners 2010	Aantal woningen 2010
Beverwaard	9.902	3.776	2.448	933
Groot	1.305	7.061	499	246
IJsselmonde				
Lombardijen	15	7	12	6
Oud-	3.451	1.545	773	346
IJsselmonde				
IJsselmonde	27.675	12.489	3.832	1.531
totaal				

¹ situatie na uitvoering van de plannen van de DCMR

De maatregelen die de komende jaren genomen gaan worden om die vermindering te bereiken liggen op een zestal terreinen:

1. maatregelen scheepvaart;
2. maatregelen industrie;
3. maatregelen openbaar vervoer
4. schonere brandstoffen;
5. communicatie en gedrag;
6. financiële maatregelen.

De grenswaarde contour 2010 zal echter niet gehaald worden in IJsselmonde, net als in heel Rotterdam. Vandaar dat de DCMR de minister heeft voorgesteld de termijn te verlengen naar 2015.

Bewoners van IJsselmonde kunnen langs de A16 hinder van de luchtkwaliteit ondervinden. Voor het gedeelte van de A15 dat langs IJsselmonde loopt, is geen sprake van een overschrijding van de wettelijke norm. Ook spreekt het College van B&W van Rotterdam de verwachting uit dat de knelpunten langs de A16 met de huidige bevoegdheden en financiële middelen van de gemeente en de inspanningen van het Rijk in 2010 niet zijn opgelost. Zij heeft daarom aangedrongen op nadere onderzoek en nadere maatregelen van het Rijk.

Bijlage 5

OVERZICHT INGEBRACHTE WENSEN EN IDEEËN

Voor Scholen:

1. Goedkope sportuitrusting standaard
2. Meer contact met ouders/school (bv via ouderavonden)
3. Ontbijt op school; Lunch/overblijf faciliteiten
4. Groente, fruit en schoolmelk introduceren
5. Bevorderen ontbijt thuis
6. Schoolklas ism deelgemeente naar sportclub (kennismaken met aanbod)

Voor Algemeen Cursusaanbod

7. Er worden veel cursussen georganiseerd. Probleem is vaak hoe bereik je de doelgroep. Advies: Zoek ze op in hun eigen 'setting' door die activiteit te koppelen aan die waar ze toch al naar toe gaan. Bijvoorbeeld ism ouderenbond; scholen;
8. Gebruik elkaars gebouwen (Thuiszorg heeft bv te weinig cursusruimte)
9. Aanmelding voor alle organisaties via een punt (want probleem is dat verwijzende instanties vaak niet weten wat er allemaal is) – Ze willen wellen kwaliteitsgarantie
10. Trainingen/Cursussen waaraan behoefte is:
 - Sociale vaardigheidstraining
 - Budgetcursussen
 - Opvoedingsondersteuning
 - Taal in combinatie met de weg weten t.a.v. zorg en werk
 - Zingeving ouderen 70+
 - Gezond ouder worden
 - Gezond, lekker, voordelig eten (bv ism scholen, sportverenigingen, werkgevers, winkeliers)
 - 'Doe effe normaal' (project van politie ism scholen)

Voor Ruimtelijke Ordening

11. Lobbyen bij Rijk en Gemeente ism bevolking. Dat heeft groter effect
12. Overkapping A 16
13. Deelgemeente zorg voor faciliteiten en buitenruimte
14. Terugdringen verkeersintensiteit en uitstoot
15. Veilige voet en fietspaden
16. 80 km zone
17. Spreiden van evenementen via vergunningen
18. Schrijf goed milieu beleidsprogramma voor de deelgemeente (lucht en geluid)
19. Een milieu/leefbaarheidsparagraaf toevoegen bij bouw en inrichtingsplannen
Vergunningen nu gemandateerd aan DMCR: nu alleen afspraken over procedures; rapportage van diensten op inhoud summier
20. Levensloopbestendig bouwen en verbouwen. In die plannen ook rekening houden met wensen van bewoners t.z.v. de nabijheid van voorzieningen (winkels, zorg etc); mensen willen graag in hun wijk blijven wonen
21. In Wijkvisie/Soc. Investeringsplannen ook gezondheid meenemen

Voor de Wijk

22. Burgers participeren t.a.v. veiligheid (aanhaken bij speeltuin/speelplaats/duimdrop)
23. Zelfbeheergroepen geschikt in wijken boven modaal.

24. Voetbal plan (corporaties betalen deel van de contributie en sportkinderen in ruil voor het schoonmaken en houden van de wijk.
25. Wijkagent/ buurtom/-tante in de wijk (Buren dragen samen zorg voor de publieke ruimte)

Voor Sport en Recreatie

26. Sport inbrak structuur verbeteren in het kader van sportjaar 2005
27. Kosten naar draagkracht – ook niet te laag (bijzondere bijstand voor kinderen laten indiceren via jeugdarts).
28. Meer wedstrijdjjes voor diverse leeftijden / ook toernooien
29. Burgers verleiden tot deelnemen via media en het organiseren van wedstrijdjjes
30. Fondsen werven en schenken stimuleren (ook algemeen)
31. Rol deelgemeenten: klant/Burger centraal. Deelgemeente als belangenbehartiger
32. Doorgaan met Sportstimuleringsbeleid, wel meer samenwerking met andere sectoren bv bewoners en scholen; zorgen voor veilige fietsenstalling; gezonde sportkantines (bv t.a.v. roken, gokken, drank). Resultaten beter zichtbaar maken door rapportage verplichting naar deelgemeente aan te scherpen
33. Veilige voet/fietspaden naar school, werk. Denk om oversteekplaatsen en fietsenstalling
34. Sportnota actualiseren
35. Meer aandacht voor ouderen stimuleren (Galm-principe ook voor allochtonen; Senioren sportief meer bekendheid
36. Project bewegen en Voeding (BOS) ism GGD, DSO
37. Revitaliseren en professionaliseren bestaande sportverenigingen
Bv: ook werkgelegenheidsprojecten/St. Onbenutte Kwaliteiten; meer open dagen (gezellige instuiven); gezonde kantines (zie ook punt 7), kennismakingslessen ism scholen en deelgemeenten; meer velden en/of efficiënter gebruik
38. Rotterdam Pas uitbreiden met sporten
39. Sport(shop) langer open
40. Revitaliseren sportonderwijs (vakleerkrachten; herinrichting schoolpleinen

Voor de deelgemeente IJsselmonde

41. Actief handhavingsbeleid en alert op signalen; t.a.v. overlast, geweld achter de voordeur; voorkomen ontruiming; vandalisme bij (zorg)voorzieningen; geluidsoverlast; overlast brommers op stoep; drank in openbare ruimte etc.
42. Vangnet en betrokkenheid organiseren voormensen die hulp =nodig hebben ism bedrijfsleven/maatschappelijk middenveld
43. Vervoer voor (ouderen) goed regelen
44. Investeren in welzijn (bespaart kosten); 4)'s (zorgen voor ontmoeten, ontspanning, ontplooiing en ondersteuning
45. Scholen faciliteren voor opvoedingsondersteuning
46. Actief werkgelegenheidsbeleid en activeringsbeleid (ook jeugd wil meetellen en meedoen); wegwerken van drempeld naar activering)
47. Versterken hulp bij fin. Problemen
48. Schone lucht/minder uitstoot
49. Netwerken stimuleren, ook zorgnet in Hordijkerveld en Groot IJsselmonde
50. Ook voorzieningen voor laatste kans
51. Actief inkoopbeleid door deelgemeente t.a.v. voorzieningen (Achmea adviesvragen). D.w.z. Afspraken maken t.a.v. kerntaken, te behalen doelen, rapportages gericht op de top vijf. Dus gaan zij bijdragen. Kansen voor dit geleid liggen er t.a.v. AMW, Welzijn, Ouderenwerk, WMO, OMY Schoolmaatschappelijk werk etc.

52. Voorlichting over Top Vijf (Wat kan je zelf doen, wat doet de deelgemeente en wat doen anderen)- Brochure?
53. Elkaar ontmoeten faciliteren (t.a.v. zorgverleners, oud/jong; autochtoon/allochtoon)
54. Problemen signaleren en bespreekbaar maken bij partners (Bv; gezondheidsproblemen bij inactieven, schulden, luchtvervuiling/geluidsoverlast, gehoorschade, preventie bij ouderen/chronisch zieken ter voorkoming van valincidenten, botontkalking, medicijngebruik)
55. Achmea Zorgkantoor betrekken bij discussie/financiën/acties (Doel zorgketens meer laten bijdragen aan Top Vijf
15b.Zorg voor Heel en Schone omgeving)
56. Verleiden en belonen (bv door parkeerbeleid) om doelen af te dwingen zoals geïntegreerde eerstelijnsvoorzieningen in elke wijk
57. Bij inburgering in IJsselmonde ook aandacht voor taal en gezondheid (ism ROC); springplankgroep.
58. Servicewijk verder ontwikkelen
59. Vangnet en maatschappelijke opvang – niemand afgeschreven(bv t.a.v. werk en Bijstand; problematische schulden/schuldhulpverlening)
60. Doorlichten bestaand beleid t.a.v. effectiviteiten. t.a.v. Top vijf. Bv: Communicatiebeleid: wat het nieuwe (op dit moment in ontwikkeling)beleid bijdragen bv via de website en het digitaal verzamelen en beschikbaar maken van informatie voor breed publiek over voorzieningen en activiteiten in IJsselmonde
61. Geen “Ja maar cultuur binnen de deelgemeente” Dat belemmert oplossingen zoeken voor gesignaleerde problemen.
62. SZDIJ laten herleven als discussieplatform voor beleidsmakers (en werkers?) Ook Achmea uitnodigen en het soc. Cultuurwerk. De belangen van de burger staan centraal
63. Ideeën voor het aanjagen van het Gezondheidsprogramma (Ambassadeurs in de wijk; het gesprek met wijken aangaan; uitgaan van best-practices/Qui projecten; zorgen dat mensen elkaar ontmoeten.
64. Landelijke clubs inschakelen(bv voor meten Top 5 – ism GGD; en voor aangeven best practices
65. Doe niet alles, stel prioriteiten; zorgen voor structurele aanpak – niet voor kortlopende projecten
66. Brede School aanpak ook naar VMBO

Voor de GGD

67. Motor voor gezondheidsprogramma
68. Cijfers idem opzet Volksgezondheid Toekomstverkenningen Volksgezondheid van het RIVM. D.w.z. periodiek over gezondheidssituatie en resultaten top vijf
69. Preventie programma voor jeugd
70. Organiseren van efficiënte lokale zorgnetwerken
71. alert op infectieziekten
72. Helpen bij uitwerken dien voor consultatiebureau voor ouderen (ook al is dit eerder in uitgebreide vorm afgewezen)(grieprik als hefboom?)
73. Schoolkantineproject
74. GGD sector jeugd: ook geluid meenemen t.a.v. jeugd (gehoorschade voorkomen. Bv door voorlichting bij screening kleuter en groep 7 en bij VO bij indicatiegesprekken.

Voor Sozawe

75. Alle nieuwe klanten: informeren over risico's ontstaan schulden; eventueel verwijzen naar budgetcursus. Ook alert op problematische schulden

76. Meer accent op preventie; Idee: huisbezoek direct bij aanvraag bijstaand, maar veel zaken ineens duidelijk
77. Voorkomen dat mensen in uitkering komen en/of blijven hangen. Knelpunt: CWI doet te weinig; Het regelen van een uitkering kost veel tijd, daar is er weinig tijd voor preventie. Vraag: Hoe hen in beweging krijgen om de eigen regie weer op te pakken.

BIJLAGE 6: LITERATUURLIJST + WEBSITES

1. C.F. van Kreijl en A.G.A.C. Knaap, Ons eten gemeten. Gezonde voeding en veilig voedsel in Nederland. Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, Bohn Stafleu Van Loghum, 2004.
2. GGD Rotterdam en omstreken, De gezondheidssituatie in deelgemeente IJsselmonde, april 2005.
3. Vereniging van Nederlandse Gemeenten en GGD Nederland, 'Instrumentenkoffer Gemeentelijk gezondheidsbeleid in de praktijk' (boekjes 1 t/m 9), Den Haag: 2004.
4. M, Lalonde. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: information Canada, 1994.
5. J.A.M. van Oers. Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2002. Houten Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.
6. J. Jansen, A.J. Schuit, F. van der Lucht, Tijd voor gezond gedrag. Bevorderen van gezond gedrag bij specifieke groepen. Bohn Stafleu Van Loghum 2002.
7. J. Bressers, P. de Jong, P.J. Klok, A. Korsten. De gereedschapskist van de overheid: een inventarisatie. Assen: Van Gorcum, 1993.
8. Nota Openbare Gezondheidszorg (OGZ) Rotterdam 2004-2006 'Zorgen voor jezelf, goed voor elkaar'. Rotterdam 2004.
9. Verenigde Rotterdamse deelgemeenten; De waarde van het Rotterdams Lokaal Bestuur, Rotterdam januari 2004.
10. Kemper HCG, WTM Ooijendijk. De Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen. Een update met bezinning over communicatie. Uit: Trendrapport bewegen en gezondheid, 2002/2003, pagina 25-50.
11. Plan van Aanpak Knelpunten Luchtkwaliteit Rotterdam. DCMR Milieudienst Rijnmond. Rotterdam september 2004.

WEGWIJZER: VERDER ZOEKEN ²⁸

Websites Gezondheid algemeen

Netdokter: www.netdokter.nl

Digitaal gezond: www.digitaalgezond.nl;

Gezondheidsplein: www.gezondheidsplein.nl

Gezondheidskiosk: www.gezondheidskiosk.nl

Startpagina: gezondheidspagina: gezondheids.pagina.nl

Gezondheidswijzer: www.gezondheidswijzer.nl

Zorgportaal: www.zorgportaal.nl

Nationaal Kompas Volksgezondheid: www.nationaalkompas.nl

Zorgatlas: www.zorgatlas.nl

Centraal Bureau voor de Statistiek: www.cbs.nl

Sociaal en cultureel Planbureau: www.scp.nl;

Websites Landelijke ondersteuning

Ministerie van VWS: www.minvws.nl

GGD Nederland/kennisnet: www.ggdkennisnet.nl

Versterking Openbare Gezondheidszorg VOGZ: www.vogz.nl

Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ):
www.nigz.nl en www.slag.nu

Trimbos-instituut: www.trimbos.nl

Nederland Instituut voor Zorg en Welzijn NIZW: www.nizw.nl

ZorgOnderzoek Nederland: www.zon.nl

Landelijk centrum opbouwwerk; www.eur.nl/fw/opbouwwerk/opbouwwerk.html

Nederlands School of Public and Occupational Health: www.nspoh.nl

Nederlandse Hartstichting: www.hartstichting.nl

²⁸ Uit instrumentenkoffer VNG en GGD Nederland (nr 3 literatuurlijst in bijlage 6)

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM): www.rivm.nl

Nederland instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg: www.nivel.nl;

Stichting Volksgezondheid en Roken: www.stivoro.nl/index.html

Voedingscentrum: www.voedingscentrum.nl

Kennis Centrum Grote Steden: www.kenniscentrumgrotesteden.nl

Kenniscentrum Stedelijke vernieuwing: www.kei-centrum.nl

Fonds OGZ: www.fondsogz.nl

Onze Buurt aan Zet; www.onzebuurtaanzet.nl

Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen: www.nisb.nl

WHO website: www.who.int

Websites Milieu

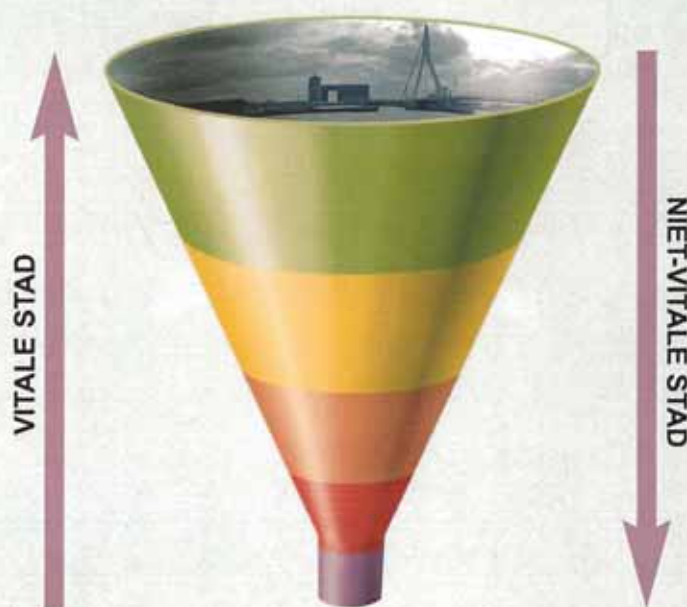
VROM: www.minvrom.nl

DCMR Milieudienst Rijnmond: www.dcmr.nl

Bijlage 7

Openbare gezondheidszorg in de stad De rol van de lokale overheid

Burgers	Rol stadsbestuur
gezond en zelfredzaam	goede basisvoorzieningen bieden
gezond en kwetsbaar	risicogroepen ondersteunen
ziek en zelfredzaam	pleiten voor goede cure en care
ziek en slechte zelfzorg	vangnet bieden
illegaal en ongezond	geen: verboden door rijksoverheid



Elke laag heeft inzet lokale overheid nodig
Verwaarlozing ene laag treft andere lagen
Inzet op alle lagen leidt tot een vitale stad

Colofon:

Deelgemeente IJsselmonde

Postadres: Postbus 9044
3007 AA Rotterdam

Telefoon: 010 - 4798200

Fax: 010 – 47981552 (?)

Internet:

www.ijsselmonde.rotterdam.nl

E-mail:

info@ijsselmonde.rotterdam.nl

Tekst: Ir. L.M. van Kasteren-Havenaar

Ontwerp:

Oplage: 75

April 2005

