

Gezondheid gewoon dichtbij

Regionale nota gezondheidsbeleid Zuid-Holland Zuid 2012-2015

15 september 2011

Inhoudsopgave

	Pagina
Samenvatting	2
Inleiding	3
Hoofdstuk 1: Gezondheid gewoon dichtbij	4
1.1 Visie en uitgangspunten	4
1.2 Regionaal beleid met oog voor de lokale verschillen	4
1.3 Het rijksbeleid in relatie tot het regionale beleid	5
1.4 Afstemming en sturing	5
1.5 Integraal oppakken gezondheidsbeleid	6
Hoofdstuk 2: Gezondheidsbescherming	7
2.1 Algemeen	7
2.2 Gezondheidsbescherming 2012 - 2015	7
Hoofdstuk 3: Ziektepreventie	9
3.1 Algemeen	9
3.2 Ziektepreventie 2012 - 2015	9
Hoofdstuk 4: Gezondheidsbevordering	11
4.1 Algemeen	11
4.2 Gezondheidsbevordering 2012 - 2015	11
4.2.1 Programma's Mentale weerbaarheid en Gezond Gewicht	11
4.2.2 Programma Genotmiddelen /Verzuip jij je toekomst?!	14
4.2.3 Hoe meten we of we succesvol zijn?	15
Bijlage 1: Wettelijk kader	17
Bijlage 2: Proces van totstandkoming regionale nota gezondheidsbeleid 2012-2015	18
Bijlage 3: Bevindingen uit de RVTV	19

Samenvatting

Vanuit de Wet publieke gezondheid (Wpg) hebben gemeenten en de rijksoverheid een gezamenlijke verantwoordelijkheid op het gebied van publieke gezondheid. Gemeenten worden geacht elke vier jaar gemeentelijk gezondheidsbeleid te ontwikkelen. Voor de beleidsperiode 2012 – 2015 hebben de 19 gemeenten uit de regio Zuid-Holland Zuid één regionale gezondheidsnota opgesteld. In deze nota beschrijven we de visie en uitgangspunten van het gezondheidsbeleid en beschrijven we de doelstellingen, acties en meetmomenten op het gebied van gezondheidsbescherming, ziektepreventie en gezondheidsbevordering.

De gemeenten in de regio Zuid_Holland Zuid streven ernaar dat alle inwoners in een als goed ervaren gezondheid kunnen leven. Leeftijd, afkomst of sociaal economische status mogen hierbij geen belemmering vormen. Inwoners zijn hiervoor zelf verantwoordelijk, maar het is de verantwoordelijkheid van gemeenten om hen hiertoe in staat te stellen. Daarom sluiten de gemeenten in hun beleidsvoornemens zo veel mogelijk aan bij de leefwereld van de inwoners en het aanbod in de wijk en buurt.

De gemeenten onderkennen dat hun regio zowel een landelijk gebied betreft als ook een aantal stedelijke kernen met zware industrie en transportassen de regio doorkruisen. In deze nota houden de gemeenten rekening met de specifieke uitdagingen in beide gebieden. Voor elke gemeente is er ruimte voor de invulling van lokale thema's.

De gezondheid van de inwoners wordt beïnvloed door vele factoren; het leefklimaat, de inrichting van de openbare ruimte, het aanbod van sport- en vrijetijdsactiviteiten, etc. De gemeenten streven daarom een integrale aanpak na in al de beleidsbesluiten.

De aandacht gaat uit naar de inwoners met een lage sociaal economische status. Zij leven steeds langer in slechte gezondheid. De gemeenten willen de sociaal economische gezondheidsverschillen verkleinen en richten zich met name op deze groepen.

Ook infectieziektebestrijding, medische milieukunde en technische hygiënezorg vraagt de aandacht van gemeenten. Gezondheidsrisico's bij de verspreiding van infectieziekten, slechte hygiënische omstandigheden en andere milieutechnische gevaren willen we voorkomen.

Het bevorderen van de gezondheid van Zuid-Holland Zuid vraagt om een langetermijn-beleid gericht op de veranderingen in de samenleving bij de burgers en in de omgeving. De speerpunten op het gebied van gezondheidsbevordering zijn: mentale weerbaarheid, het voorkomen van genotmiddelengebruik onder jongeren en gezond gewicht. De gemeenten zetten daarmee het beleid van afgelopen beleidsperiode voort en sluiten daarbij aan bij het kabinetsbeleid. De gemeentelijke ambities op deze drie terreinen zijn omgezet in uitvoeringsprogramma's in de regio Zuid-Holland Zuid. Met deze programma's geven de gemeenten uitvoering aan het gezondheidsbeleid en maken de gemeenten afspraken met lokale partijen. Instrumenten worden ingezet en gemeten.

Deze regionale nota is in opdracht van de portefeuillehouders volksgezondheid van de regio Zuid-Holland Zuid opgesteld en in samenwerking met de gemeentelijke ambtenaren volksgezondheid en de GGD Zuid-Holland Zuid geschreven.

Inleiding

Voor u ligt de nota Lokaal Gezondheidsbeleid voor de beleidsperiode 2012 – 2015. Deze nota beschrijft welk beleid de gezamenlijke gemeenten in de regio Zuid-Holland Zuid (hierna de gemeenten) inzet om de gezondheid van haar inwoners te beschermen en te bevorderen. Een groot deel van dit beleid komt tot stand in samenwerking met andere gemeenten in de regio. De gemeenten uit de regio Zuid-Holland Zuid hebben gezamenlijk te maken met landelijke en regionale ontwikkelingen in de gezondheid van haar inwoners. Zij zien welvaartsziekten, zoals diabetes en hart- en vaatziekten in de gehele regio toenemen, maar bijvoorbeeld ook het problematisch gebruik van alcohol onder jongeren is een (boven-)regionaal probleem. Daarnaast houden de gemeenten rekening met de landelijke nota volksgezondheid die de speerpunten van het landelijk beleid aangeeft.

De gemeenten in Zuid-Holland Zuid hebben gezamenlijk een aantal wettelijke taken van de Wet publieke gezondheid overgedragen aan de gemeenschappelijke regeling Regio Zuid-Holland Zuid. In haar regio voert de GGD Zuid-Holland Zuid (hierna de GGD) deze wettelijke taken van het gezondheidsbeleid uit. De GGD geeft inzicht in de gezondheidstoestand van haar inwoners door middel van gezondheidsenquêtes en de regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (rVTV). Deze nota is tot stand gekomen in nauwe samenwerking met de GGD.

Tot slot sluiten in deze beleidsperiode voor het eerst de gemeenten uit de Hoeksche Waard aan bij deze regionale nota, omdat zij sinds 1 januari 2010 zijn aangesloten bij de gemeenschappelijke regeling Zuid-Holland Zuid.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 wordt de context beschreven waarbinnen het beleid met betrekking tot de publieke gezondheid in Zuid-Holland Zuid wordt vormgegeven. Het beschrijft de visie en uitgangspunten, de relatie tussen het regionale beleid en lokale thema's, de relatie met het rijksbeleid, hoe de gemeenten afstemmen met andere partijen.

De hoofdstukken 2, 3 en 4 beschrijven de context, doelstellingen, acties en meetmomenten op het gebied van gezondheidsbescherming, ziektepreventie en gezondheidsbevordering.

In de bijlagen worden achtereenvolgens het wettelijk kader, het proces van totstandkoming van de regionale nota en de bevindingen uit de regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (rVTV) beschreven. Verder is het subsidiekader iJGZ toegevoegd als bijlage.

1. Gezondheid gewoon dichtbij

1.1. Visie en uitgangspunten

De gemeenten in de regio Zuid-Holland Zuid streven ernaar dat álle inwoners in haar gemeente in een als goed ervaren gezondheid kunnen leven. Leeftijd, afkomst of een lage sociaal economische status (met name door een lage opleiding of het ontbreken ervan) mogen hierbij geen belemmering vormen en mag niet leiden tot gezondheidsverschillen. Goede gezondheid moet bereikbaar zijn voor iedereen.

Een goede gezondheid is in de eerste plaats op individueel niveau belangrijk maar is ook van grote betekenis voor de samenleving. Gezonde mensen zijn beter in staat om een bijdrage te leveren aan de maatschappij en zijn onmisbaar voor een vitale en economisch welvarende samenleving. Door de gezondheid te bevorderen kunnen de gemeenten maatschappelijke en economische baten realiseren. Investeren in gezondheidsbescherming, ziektepreventie en gezondheidsbevordering levert niet alleen winst op voor de gemeente zelf, maar ook voor zorgverzekeraars, werkgevers en onderwijs. Gezonde mensen kosten minder, leren beter en zijn arbeidsproductiever. Daarom zijn de gemeenten van mening dat een gezonde samenleving een gemeenschappelijke zaak is van inwoners, zorgverzekeraars, werkgevers, zorg- en onderwijssector en de gemeenten zelf.

In eerste instantie zijn de inwoners zelf verantwoordelijk voor hun gezondheid. Het is wel de beleidsverantwoordelijkheid van de gemeente om hen in staat te stellen deze verantwoordelijkheid mogelijk te maken. Ondersteuning van de inwoners heeft alleen zin als de gemeenten goed luisteren en inzicht krijgen in hun leefwereld en de achterliggende normen en waarden. In de beleidsuitvoering kunnen de gemeenten vervolgens beter bij deze leefwereld aansluiten en daardoor de kans op een gezonde samenleving vergroten. Dit impliceert een omslag in de manier van werken. De gemeenten gaan de dialoog aan met de inwoners die ondersteuning nodig hebben en met huisartsen, professionele- en vrijwilligersorganisaties. Met hen ontwikkelen de gemeenten samen een aanpak die aansluit bij hun vraag.

1.2. Regionaal beleid met oog voor de lokale verschillen

De regio Zuid-Holland Zuid kent zowel verstedelijkt gebied met (zware) industrie en grote transportassen als landelijke gebied met kleinere gemeenten en dorpskernen. Beide kennen hun eigen specifieke uitdagingen op het gebied van de publieke gezondheid. De verstedelijkte gebieden hebben bijvoorbeeld te maken met milieuknelpunten zoals een overschrijding van de norm voor stikstofdioxide langs drukke wegen en geluidsoverlast, terwijl in sommige kleine, landelijke dorpskernen weer hele andere zaken een rol spelen, zoals een lage vaccinatiegraad of specifieke behoeften aan opvoedingsondersteuning.

Binnen het domein van de publieke gezondheid hebben de gemeenten op het gebied van de gezondheidsbevordering in tegenstelling tot gezondheidsbescherming en ziektepreventie relatieve beleidsvrijheid. In samenspraak met elkaar hebben de gemeenten

voor de periode 2012-2015 gekozen voor een inzet op drie regionale thema's.¹ Net als in de voorgaande periode, willen de gemeenten inzetten op het bevorderen van mentale weerbaarheid, gezond gewicht en op het voorkomen van genotmiddelengebruik door jongeren. Deze thema's worden tot uitvoering gebracht in drie uitvoeringsprogramma's onder regie van de GGD.

De uitvoering van de thema's en de opdracht om een integrale aanpak op te zetten zal echter niet in iedere gemeente binnen de regio gelijk zijn. Zo kunnen de grotere steden (het verstedelijkte gebied) kiezen voor een wijkgerichte aanpak, terwijl kleinere gemeenten (in het landelijke gebied) kiezen voor een passende lokale aanpak.

Bij de inkoop en inzet van interventies streven de gemeenten naar lokaal maatwerk door goed te luisteren naar en af te stemmen met haar inwoners, professionele en vrijwilligersorganisaties, en door de uitvoering van interventies te beleggen bij lokaal en/of regionaal opererende uitvoeringspartners. Meer hierover leest u in hoofdstuk 4.

In aanvulling op de regionale thema's kunnen de gemeenten lokale prioriteiten vaststellen.

1.3. Het rijksbeleid in relatie tot het regionale beleid in Zuid-Holland Zuid

Op 25 mei 2011 verscheen de landelijke nota gezondheidsbeleid *Gezondheid dichtbij*.² In deze nota schrijft de minister van Volksgezondheid dat het kabinet staat voor de eigen verantwoordelijkheid en eigen kracht van mensen. De kabinetsvisie is in deze nota uitgewerkt in drie thema's:

- vertrouwen in gezondheidsbescherming;
- zorg en sport dichtbij in de buurt;
- zelf beslissen over leefstijl.

De minister vraagt aandacht voor met name gezondheidsrisico's in de omgeving, prenatale zorg, toename van chronische ziekten en psychische aandoeningen. In deze nota worden deze specifieke gezondheidsvraagstukken opgenomen.

1.4. Afstemming en sturing

Voor het aanpakken van gezondheidsverschillen hebben de gemeenten samenwerkingspartners nodig. Integrale en intersectorale samenwerking is een voorwaarde voor succes. Uit de rVTV blijkt dat de gezondheidsproblematiek in de gemeenten van de regio Zuid-Holland Zuid in grote lijnen met elkaar overeenkomt.³ Dit pleitte voor het gezamenlijk formuleren van ambities, neergelegd in de regionale Nota

¹ Zie Nota van Uitgangspunten

² Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij', mei 2011

³ GGD Zuid-Holland Zuid, Gezondheid inZicht. Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning Zuid-Holland Zuid oktober 2010

van Uitgangspunten. In Zuid-Holland Zuid werken gemeenten steeds meer beleidsmatig samen op de schaal van de subregio's Drechtsteden, Hoeksche Waard en de Alblasserwaard/Vijfheerenlanden. Om op een effectieve wijze beleidsinterventies te realiseren, is het nodig om juist op dit subregionale niveau integrale afstemming te zoeken en beleidsmatige afspraken te maken.

Publieke gezondheidszorg bestrijkt de drie taakgebieden gezondheidsbescherming, ziektepreventie en gezondheidsbevordering, vastgelegd in de Wet publieke gezondheid (Wpg). Een groot deel van deze taken wordt uitgevoerd door of onder regie van de GGD.

Een bijzondere plaats nemen de zorgverzekeraars in. De reden hiervoor is dat gemeenten en zorgverzekeraars samen verantwoordelijk zijn voor de gehele zorgketen (van preventie, curatieve zorg tot chronische zorg). In de komende beleidsperiode gaan de gemeenten met de (preferente) zorgverzekeraars, te weten UVIT en CZ, concrete samenwerkingsafspraken maken over het raakvlak tussen preventie en zorg en de financiering hiervan.

1.5 Integraal oppakken gezondheidsbeleid

De gezondheid van de inwoners wordt door vele omgevingsfactoren beïnvloed, zoals het leefklimaat in de woon- en werkomgeving, de inrichting van de openbare ruimte, het aanbod van sportfaciliteiten in de buurt, etc. Het beleidsterrein gezondheidszorg heeft daarmee vele raakvlakken met andere beleidsterreinen als ruimtelijke ordening, verkeer, jeugd, sport, welzijn. De gemeenten streven ernaar de wettelijke taak om gezondheidsaspecten mee te wegen in andere beleidsterreinen in te vullen en uit te gaan van een integrale aanpak. De gemeenten volgen daarmee de aanbevelingen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

1.6 Sociaal economische gezondheidsverschillen

De gezondheid van de inwoners is landelijk, maar ook in deze regio ongelijk verdeeld. Mensen met een lage sociaal economische status (SES) leven gemiddeld zes jaar korter en leven ook significant korter in goed ervaren gezondheid. De gemeenten zien het als hun verantwoordelijkheid deze gezondheidsverschillen te verminderen. Zij willen zowel aandacht voor lage SES groepen in de steden als voor de lage SES inwoners in kleinere dorpskernen. In deze nota en in de uitvoeringsprogramma's Mentale Weerbaarheid en Gezond Gewicht (zie hoofdstuk 4) wordt impliciet en expliciet dit uitgangspunt meegenomen en daar waar mogelijk wordt hier extra op ingezet.

2. Gezondheidsbescherming

2.1. Algemeen

Gezondheidsbescherming gaat over het opsporen en voortijdig onschadelijk maken van (bekende) risicofactoren voor de gezondheid, die voortvloeien uit de wisselwerking tussen mens en omgeving of tussen mens en producten. Dit gaat om medische milieukunde, technische hygiënezorg en infectieziektebestrijding.

- Bij de medische milieukunde gaat het om het signaleren van risico's, advies aan gemeentebesturen, (bezorgde) burgers te woord staan, ondersteuning bij milieu-incidenten, voorlichting en onderzoek.
- Voor de bescherming van de inwoners tegen gezondheidsrisico's voortkomend uit slechte hygiënische omstandigheden vervult de GGD toezichttaken bij kinderopvang, schepen en tattooshops en adviestaken bij seksinrichtingen en evenementen.
- De wettelijke taak infectieziektebestrijding (waaronder TBC en SOA's) betreft het beperken van de verspreiding van infectieziekten door bron- en contactonderzoek, voorlichting en hygiëne, advies aan burgers en ketenpartners en beheersmaatregelen.

Op het gebied van de gezondheidsbescherming vragen de gemeenten de GGD advies uit te brengen over gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen.

Beleidskaders voor gezondheidsbescherming zijn vastgelegd in de Wet publieke gezondheid (Wpg). De gemeenten volgen voor de gezondheidsbescherming de beleidsrichtlijnen van de landelijke overheid (Ministerie van VWS) en landelijke organen (RIVM). De wettelijke taken op het gebied van gezondheidsbescherming hebben de gemeenten overgedragen aan de GGD. Hieronder is geformuleerd waar de gemeenten de komende beleidsperiode binnen de bestaande wettelijke taken accent op gaan leggen.

2.2. Gezondheidsbescherming 2012-2015

Wat willen de gemeenten bereiken?

1. De gemeenten willen meer aandacht voor de gezondheidsaspecten bij fysieke veiligheid, risicovolle ondernemingen en evenementen in de besluitvorming om de risico's voor de gezondheid van de inwoners zo goed mogelijk te beperken;
2. De gemeenten willen de adviezen van de GGD op het terrein van de medische milieukunde en technische hygiënezorg meewegen in de gemeentelijke besluitvorming waarbij het effect van de bestuurlijke beslissingen op de gezondheid inzichtelijk wordt gemaakt;
3. De gemeenten willen dat de inzet op het terrein van de infectieziektebestrijding wordt geconsolideerd. De gemeenten bereiden zich voor op de dreiging van terugkerende en nieuwe infectieziekten en blijven daarbij de accenten leggen op preventie, vroegtijdige signalering en op de bestrijding met extra aandacht voor het verhogen van de vaccinatiegraad in plattelandsgemeenten;
4. De gemeenten willen de inzet voor het verbeteren van het binnenmilieu in scholen borgen.

Wat willen de gemeenten daarvoor doen?

1. De gemeenten brengen in kaart op welke wijze zij invloed kunnen uitoefenen op het meenemen van gezondheidsaspecten bij fysieke veiligheid, risicovolle ondernemingen en evenementen. En de gemeenten brengen in beeld op welke wijze de GHOR en de GGD een bijdrage kunnen leveren aan het intensiveren van de aandacht voor de gezondheidsaspecten door hen proactief te laten adviseren op het terrein van medische milieukunde en technische hygiënezorg. In het kader van evenementenbeleid vragen de gemeenten advies aan de GHOR (acute geneeskundige hulp) en via de GHOR de GGD om advies over gezondheidsbescherming;
2. De gemeenten benaderen beleidsvraagstukken in andere gemeentelijke sectoren integraal bijvoorbeeld aan de hand van de landelijk ontwikkelde instrumenten. De gemeenten screenen de gemeentelijke besluitvorming op raakvlakken op het terrein van medische milieukunde, technische hygiënezorg en gezondheidsbevordering. De gemeenten zullen de GGD betrekken bij besluitvorming op deze terreinen;
3. De gemeenten bereiden zich voor, conform de Wet publieke gezondheid, op de dreiging van opkomende nieuwe en oude infectieziekten door toegepast onderzoek, preventie, vroegtijdige signalering en bestrijding. De GGD zorgt voor een netwerk en een samenwerkingsstructuur in deze voorbereiding. De gemeenten positioneren de GGD binnen de eerste en tweedelijns zorg voor het aannemen en onderzoeken van infectieziektemeldingen en zij melden dit conform de Wpg aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ);
4. De gemeenten continueren de aandacht voor de verbetering van het binnenmilieu in de scholen voor basis- en voortgezet onderwijs. Scholen wijzen een aandachtsfunctionaris aan die de taak krijgt erop toe te zien dat de adviezen van de GGD voor het verbeteren van het binnenmilieu blijvend worden nageleefd en de gemeenten intensiveren de samenwerking met onderwijshuisvesting voor technische aanpassingen en onderhoud.

Hoe meten de gemeenten het succes van de uitvoering?

Om vast te stellen of de gemeenten de doelstellingen hebben gehaald, worden zowel op effect- als procesniveau evaluaties uitgevoerd;

1. De gemeenten houden bij hoeveel adviezen aan de GHOR zijn gevraagd en ontvangen in het kader van het evenementenbeleid;
2. De gemeenten houden bij hoeveel beleidsadviezen zijn gegeven door Medische Milieukunde, Technische Hygiënezorg en gezondheidsbevordering en aan wie;
3. De gemeenten houden bij hoeveel verplichte inspecties (van de Inspectie voor de Gezondheidszorg) er zijn gehouden en bij wie.

3. Ziektepreventie

3.1 Algemeen

Onder ziektepreventie valt de wettelijke taak Jeugdgezondheidszorg (Jgz) voor 0 tot 19 jarigen, zoals gesteld in de Wet publieke gezondheid (Wpg). Deze taak wordt per 1 januari 2012 uitgevoerd door het consortium Rivas/Careyn. De gemeenten ontwikkelen momenteel de kaders van de regie- en controlfunctie van de jeugdgezondheidszorg zoals gesteld in het subsidiekader jeugdgezondheidszorg. De GGD gaat de regierol (op de uitvoering) op dit terrein invullen.

De toenemende vergrijzing en de daarmee gepaard gaande toename van chronische ziekten en ouderdomsziekten brengen nieuwe uitdagingen met zich mee. Sinds 2010 is het bevorderen van de ouderengezondheidszorg een nieuwe wettelijke taak, opgenomen in de Wet publieke gezondheid. Dit nieuwe beleidsterrein vraagt om een visie op een preventie- en gezondheidsbevorderingsstructuur voor ouderen in de regio.

Tenslotte zullen de gemeenten beleid ontwikkelen op het gebied van de prenatale voorlichting. Per 1 januari 2012 wordt dit voor gemeenten een nieuwe wettelijke taak. Prenatale voorlichting is het geven van voorlichting aan aanstaande ouders in het belang van de gezondheid en welzijn van moeder en kind. Prenatale voorlichting is aanvullend op de taken van huisarts, verloskundige of gynaecoloog. De wetgever gaat ervan uit dat gemeenten prenatale voorlichting aanbieden via het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) en dat deze wordt afgestemd op de behoeften van de aanstaande ouders, in lijn met het lokale gezondheidbeleid. De wet benoemt geen verplichte of genormeerde activiteiten. De gemeente bepaalt zelf de inhoud van het aanbod van prenatale voorlichting en kiest de aanbieders.

Beleidskaders voor ziektepreventie zijn vastgelegd in de Wet publieke gezondheid. De gemeenten volgen voor de ziektepreventie de beleidsrichtlijnen van de landelijke overheid (Ministerie van VWS) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Hieronder is geformuleerd waar de gemeenten de komende beleidsperiode binnen de bestaande wettelijke taken de accenten op gaan leggen.

3.2. Ziektepreventie 2012-2015

Wat willen de gemeenten bereiken?

1. De gemeenten willen een goede, gedegen en kwalitatief hoogstaande integrale jeugdgezondheidszorg voor de 0 tot 19 jarigen, met specifieke aandacht voor risicokinderen en jeugd, zoals gesteld in de visie op jeugdgezondheidszorg in het subsidiekader JGZ;
2. Met het oog op de vergrijzing in de regio Zuid-Holland Zuid willen de gemeenten een vastgestelde visie op een preventie- en gezondheidsbevorderingsstructuur voor ouderen, conform artikel 5b van de Wet publieke gezondheid en de implementatie van deze visie in 2013;
3. Per 2012 hebben de gemeenten een uitgewerkte visie op prenatale voorlichting.

Wat willen de gemeenten hiervoor doen?

1. Het wettelijk takenpakket op de uitvoering van de integrale jeugdgezondheidszorg wordt overgedragen aan het consortium Rivas/ Careyn, conform het vastgestelde subsidiekader. De GGD gaat de regierol (op de uitvoering) op dit terrein invullen;
2. De gemeenten gaan in samenwerking met professionele en vrijwilligersorganisaties in de ouderenzorg en samenwerkingsverbanden beleid ontwikkelen met betrekking tot de preventie- en gezondheidsbevorderingsstructuur voor ouderen. Vanuit de wettelijke context van de WMO zal dit beleid verder worden vormgegeven. de gemeenten zoeken daarbij aansluiting bij het regionale uitvoeringsprogramma mentale weerbaarheid (zie hoofdstuk 4.2.1) en bij gezondheidsbevordering van de GGD.
3. Met de GGD ontwikkelen en implementeren de gemeenten in 2012 het beleid op prenatale voorlichting.

Hoe meten de gemeenten het succes van de uitvoering?

1. De gemeenten meten de kwaliteit van de JGZ op basis van de verantwoording die is vastgelegd in de uitvoeringsovereenkomst met het consortium Rivas/Careyn als onderdeel van het subsidiekader.
2. Om vast te stellen of de gemeenten succesvol zijn op het gebied van ouderengezondheidszorg voeren zij op procesniveau evaluaties uit.
3. Om vast te stellen of de gemeenten succesvol zijn op het gebied van prenatale voorlichting voeren zij op procesniveau en op productniveau evaluaties uit.

4. Gezondheidsbevordering

4.1. Algemeen

Gezondheidsbevordering richt zich op de leefstijl of het gezondheidsgedrag van individuen en groepen mensen. Een belangrijk deel hiervan bestaat uit het op systematische wijze ontwikkelen, uitvoeren en evalueren van preventieprogramma's. Met preventieprogramma's willen de gemeenten voorkomen dat ongezond gedrag en gewoontes van haar inwoners leidt tot de verspreiding van ziekten, het groeien van welvaartsziekten en het voorkomen van langdurig slecht ervaren gezondheid. De effectiviteit van gedragsgerichte interventies wordt mede versterkt door het faciliteren van gewenst gezond gedrag door bijvoorbeeld het aanbieden van bepaalde voorzieningen, voorlichting en het wegnemen van (fysieke of sociale) barrières en versterken van mentale weerstand tegen verleiding en verslaving.

Gezondheidsbevordering is een algemene wettelijke taak die is vastgelegd in de Wet publieke gezondheid (Wpg). Ter uitvoering van deze taak draagt de GGD de zorg voor het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, zoals Stoppen met roken acties en acties ter bevordering van de seksuele gezondheid ('Lentekriebels'). Om deze taak goed uit te kunnen voeren zijn een aantal andere – eveneens wettelijk vereiste- taken noodzakelijk, zoals het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking en het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen. De beleidsvrijheid voor gemeenten op de preventieprogramma's is relatief groot. Hieronder is geformuleerd waar de gemeenten, binnen de wettelijke taken, de komende beleidsperiode accenten op gaan leggen.

4.2. Gezondheidsbevordering 2012 - 2015

De gemeenten in Zuid-Holland Zuid hebben, in overeenstemming met de landelijke nota gezondheidsbeleid, gezamenlijk drie *prioriteiten* vastgesteld voor gezondheidsbevordering:

- het bevorderen van de mentale weerbaarheid bij kinderen en jongeren, volwassenen en ouderen;
- het bevorderen van gezond gewicht bij kinderen en jongeren en hun ouders;
- het voorkomen van het gebruik van genotmiddelen door jongeren.

Hiervoor heeft de GGD drie uitvoeringsprogramma's ontwikkeld. Met deze uitvoeringsprogramma's willen de gemeenten de komende beleidsperiode doorgaan op de ingeslagen weg van de afgelopen beleidsperiode. Op deze drie thema's zijn al veel investeringen gedaan en goede resultaten behaald. Ze sluiten goed aan bij de preventiedoelstellingen van het rijk en leveren een bijdrage aan het realiseren van andere gemeentelijke doelstellingen zoals participatie, activering en maatschappelijke integratie. In verband met de komende bezuinigingen gaat de voorkeur uit naar uitvoering van een beperkt aantal thema's waarvoor voldoende financiële middelen beschikbaar zijn voor het leveren van kwaliteit. De programma's worden hieronder kort beschreven.

4.2.1. Programma's Mentale Weerbaarheid en Gezond Gewicht

Dat aandacht voor depressiepreventie nodig is, blijkt zowel uit de landelijke als regionale cijfers. Zo is depressie een groot volksgezondheidsprobleem. Jaarlijks heeft drie kwart miljoen mensen er last van en de gevolgen zijn groot. Bij jongeren leidt depressie tot belemmeringen in hun ontwikkeling met risico op schooluitval en stagnatie van hun carrière. Bij volwassenen en ouderen grijpt het in op hun maatschappelijk en sociaal functioneren. Depressie veroorzaakt ook grote maatschappelijke kosten. De zorgkosten zijn hoog, evenals de sociale kosten door verlies van arbeidsproductiviteit, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Psychische klachten zijn goed voor ongeveer 30% van al het ziekteverzuim. Aandacht voor mentale weerbaarheid dus blijft hard nodig.

Ook het thema *overgewicht* gaat gepaard met hoge kosten voor de gezondheidszorg. Op individueel niveau is overgewicht de belangrijkste risicofactor voor diabetes type 2 (suikerziekte). Op de lange duur leidt dit onder andere tot schade aan de nieren en veroorzaakt hart- en vaatziekten. Overgewicht en obesitas gaan gepaard met depressies, psychosociale klachten en een verminderde kwaliteit van leven. Daarbij is ook bij dit thema sprake van productiviteitsverliezen door ziekteverzuim en vervroegde uittreding uit het arbeidsproces. Het percentage overgewicht en obesitas bij kinderen en jongeren verloopt schommelend, maar er is landelijk onmiskenbaar een stijgende trend. In de regio Zuid-Holland Zuid liggen de cijfers voor overgewicht zelfs nog iets hoger dan het landelijk gemiddelde.

Zowel landelijk als regionaal blijven beide thema's dus belangrijk om de volksgezondheid te verbeteren.

Wat willen de gemeenten bereiken?

Met het programma 'Mentale Weerbaarheid' willen de gemeenten bereiken dat:

De psychische gezondheid van de inwoners van Zuid-Holland Zuid in de periode 2012-2015 is verbeterd ten opzichte van de periode 2007-2011.

Met het programma 'Gezond Gewicht' willen de gemeenten bereiken dat:

Het percentage kinderen en jongeren in de leeftijd van 0-19 jaar in de regio ZHZ met (matig en ernstig) overgewicht in de periode 2012-2015 is niet verder toegenomen ten opzichte van de periode 2007-2011.

Het overgewichtpercentage van kinderen en jongeren in de leeftijd van 0-19 jaar in de gemeenten Gorinchem, Dordrecht en Zwijndrecht in de periode 2012-2015 met 2% is afgenomen ten opzichte van de periode 2007-2011.

Voor beide programma's zijn ook productdoelstellingen geformuleerd. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in universele en selectieve preventie. Universele preventie is gericht op het algemene publiek. Selectieve preventie is gericht op doelgroepen die risicogedrag vertonen op het ontwikkelen van een depressie of overgewicht.

Het programma 'Mentale Weerbaarheid' richt zich op vier doelgroepen:

- Algemeen publiek (universele preventie)
- Kinderen en jongeren 4-23 jaar (universele en selectieve preventie)
- Ouderen vanaf 65 jaar (universele en selectieve preventie)
- Volwassenen met een lage sociaal economische status (selectieve preventie)

Het programma 'Gezond Gewicht' beperkt zich *primair* tot de doelgroep:

- Kinderen en jongeren tussen 0-19 jaar (universele en selectieve preventie)

Secundair richt het programma zich op:

- Ouders en verzorgers van kinderen en jongeren tussen 0-19 jaar
- Gemeenten en professionals die op lokaal niveau directe invloed kunnen uitoefenen op het gedrag en de leefomgeving van de kinderen

Wat willen de gemeenten hiervoor doen?

Net als de afgelopen vier jaar hebben de gemeenten de regierol op de genoemde uitvoeringsprogramma's belegd bij de GGD. Deze opdracht is gegeven vanuit de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de collectieve preventie. De gemeenten geven de GGD de beschikking over sturingsinstrumenten voor de collectieve preventie. De GGD kan zo als opdrachtgever fungeren richting uitvoerende instellingen, zoals ggz-instellingen en thuiszorg, die de concrete activiteiten uitvoeren. Hieronder staan kort de belangrijkste strategische uitgangspunten voor beide programma's weergegeven.

- **Naamgeving** is cruciaal voor de positionering en beeldvorming van grote programma's. Om die reden is ervoor gekozen om de naam 'depressiepreventie' te veranderen in 'mentale weerbaarheid' en de naam 'preventie van overgewicht' in 'gezond gewicht'. De nieuwe namen dekken beter de lading en zijn ook positiever geformuleerd.
- Er komt een verschil in benadering tussen **stedelijk versus landelijk gebied**. In de periode 2012-2015 komt er meer aandacht voor de **wijkgerichte aanpak** in die wijken waar mensen wonen met een lage sociaaleconomische status (stedelijk gebied). De GGD kiest in haar wijkgerichte aanpak voor een integrale benadering van de gezondheidsthema's. Vanuit de GGD gaan één of twee gezondheidsbevorderaars zich richten op een specifieke gemeente en wijk. Zij gaan daar als gezondheidsmakelaar aan de slag.
- Om binnen een gemeente een effectief beleid te voeren ten aanzien van preventie van depressie en overgewicht, is ondersteuning vanuit andere beleidssectoren in de gemeente gewenst (jeugd en onderwijs, arbeidsparticipatie, leefwoon omgeving, sociale steun en netwerken). Een **intersectorale aanpak** dus. Voor het programma 'gezond gewicht' betekent dit dat zij wil aansluiten bij het landelijke programma Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG). Streven van het programma 'Gezond Gewicht' is daarom dat in de periode 2012-2015 tenminste twee gemeenten in de regio ZHZ aansluiten bij JOGG. In 2012 wordt vanuit de GGD een plan opgesteld waarin de intersectorale aanpak wordt vormgegeven.
- In de komende periode wordt er vanuit beide programma's nog meer **vraaggericht gewerkt**. En hoewel de behoefte van de doelgroep dus centraal staat, is er voor iedere doelgroep wel een basispakket aan interventies beschikbaar waar een beroep

op kan worden gedaan en georganiseerd kan worden. Het zijn evidence based interventies of best practices.

- Aansluitend op de landelijke ontwikkelingen wordt vanuit beide programma's in 2012-2015 ingezet op **publiek-private samenwerking** (pps). Onderzocht zal worden welke private partijen verbonden kunnen worden aan het programma en waar mogelijk worden concrete afspraken gemaakt, bijvoorbeeld door middel van een samenwerkingsovereenkomst.
- De effectiviteit van preventie is het grootst wanneer nieuw opgezette activiteiten zoveel mogelijk aansluiten bij reeds bestaande lokale activiteiten en wordt samengewerkt met andere partijen. Beide programma's zetten daarom in de komende periode in op intensivering van afstemming en samenwerking van partijen en projecten gericht op het bevorderen van gezond gewicht en mentale weerbaarheid, zoals Yulius, Eleos, Context, Careyn, Aafje, Rivas, sportorganisaties, Stichting Koel, de Gezonde Regio, etc. Ook worden in de komende periode de banden met de Centra voor Jeugd en Gezin aangehaald.
- **E-health** richt zich specifiek op het gebruik van informatie- en communicatie-technologieën om de gezondheidszorg te verbeteren. In lijn met de landelijke nota gezondheidsbeleid wordt de komende jaren vanuit beide uitvoeringsprogramma's het gebruik van e-health gestimuleerd door middel van publiekscommunicatie-acties.
- Anders dan in de voorgaande jaren wordt de doelgroep **allochtonen** in algemene zin niet als afzonderlijke doelgroep benaderd. Binnen de doelgroepen jeugd, ouderen en volwassenen lage SES is er wel ruimte voor een specifieke benadering van de doelgroep allochtonen.
- Goede afstemming en samenwerking tussen beide programma's is een belangrijke voorwaarde om effectief en efficiënt te kunnen werken. Een plan voor het optimaliseren van de **samenhang** tussen de programma's wordt in 2012 opgeleverd.

Omdat iedere strategie valt of staat bij de uitvoering, wordt in de periode 2012-2015 vooral heel veel gedaan. Voorbeelden van interventies zijn cursus KIES (kinderen in echtscheidingssituaties), Plezier op School (voor aanstaande brugklassers die gepest zijn en/of minder sociaal vaardig zijn), Beweegkriebels (voor peuterspeelzalen en kinderdagverblijven), Lekker fit! (voor basisonderwijs), Gezonde schoolkantine en bijeenkomsten Rouw in Beweging (voor verweduwen vanaf 65 jaar).

4.2.2. Programma Genotmiddelen

Roken en excessief alcoholgebruik veroorzaken een groot verlies aan gezondheid op bevolkingsniveau, zowel verlies aan levensjaren als aan levensjaren die in goede gezondheid worden doorgebracht. Ook het gebruik van drugs onder jongeren hebben een schadelijk effect op hun gezondheid. De gemeenten zetten in op het voorkomen van genotmiddelengebruik door jongeren. Op dit moment wordt deze ambitie vormgegeven door het preventieprogramma "Verzuip jij je Toekomst?!" dat tot eind 2012 in deze regio actief is. De gemeenten hebben de ambitie vanaf 2013 meer aandacht voor middelengebruik als drugs toe te voegen aan het programma Genotmiddelen. De wijze waarop deze ambities vorm krijgen in dit programma is momenteel nog niet te schetsen. Hieronder wordt het programma "Verzuip jij je Toekomst?!" nader uitgewerkt.

Preventieprogramma Verzuip jij je Toekomst?!

Jongeren in de regio Zuid-Holland Zuid drinken te veel, te vroeg en te vaak alcohol. Dit heeft schadelijke gevolgen voor zowel de gezondheid van de jongere als voor de openbare orde en veiligheid. "Verzuip jij je toekomst?!" (VjjT) is een preventieprogramma waarin zestien gemeenten in Zuid-Holland Zuid samenwerken met de politie, het Openbaar Ministerie en de GGD om het hoge alcoholgebruik onder jongeren terug te dringen. De verwachting is dat de gemeenten Zwijndrecht en Hendrik-Ido-Ambacht in 2012 bij (onderdelen van) dit programma zullen aanhaken. VjjT is onderdeel van de veiligheidsprojecten van het Regionaal College.

Het programma kent een looptijd van vier jaar, van 2009 t/m 2012. In 2012 wordt VjjT geëvalueerd (zie paragraaf 2.3). Op basis van de evaluatie wordt bekeken hoe het thema genotmiddelen vanaf 2013 wordt ingevuld.

Wat willen de gemeenten bereiken?

Met het programma VJJT willen we in de periode 2009-2012 het volgende bereiken:

- 1. Het tegengaan van alcoholgebruik door jongeren onder de 16 jaar;*
- 2. Het tegengaan van overmatig en excessief alcoholgebruik door uitgaanders (16 t/m 23 jaar).*

Wat willen de gemeenten hiervoor doen?

Om bovengenoemde doelstellingen te bereiken, heeft de GGD in samenwerking met het Regionaal College een uitvoeringsprogramma opgezet dat onder regie van de GGD wordt uitgevoerd. VjjT is opgebouwd rondom een gecombineerde, integrale aanpak van maatregelen. Er wordt ingezet op drie pijlers, die betrekking hebben op zowel het gezondheidsaspect als de openbare orde en veiligheid: (1) Beleid en Regelgeving, (2) Handhaving, en (3) Publiek draagvlak. Voor de periode 2010 t/m 2012 zijn tien speerpunten benoemd, waarbinnen concrete acties zijn ondernomen of worden uitgezet:

- Ontwikkelen van adviesnotities voor gemeenten m.b.t. het beperken van schenktijden in de paracommercie, het beperken van alcoholreclame in de openbare ruimte, en het beperken van alcoholverstrekking tijdens evenementen;
- Aandacht vragen in de landelijke politiek voor het verhogen van de leeftijdsgrens van alcoholverkoop naar 18 jaar;
- Intensiveren van de handhaving van leeftijdsgrenzen bij alcoholverkoop middels inspecties van de nieuwe Voedsel- en Waren Autoriteit (nVWA);
- Intensiveren van de handhaving van het verbod op openbare dronkenschap middels inspecties van de nieuwe Voedsel- en Waren Autoriteit (nVWA), advisering richting gemeenten, afspraken met Horeca Nederland;
- Ontwikkelen van een regionaal horecastappenplan voor bestuurlijke handhaving richting overtreders van de leeftijdsgrenzen voor alcoholverkoop;
- Trainen van alcoholverstrekkers in de paracommercie;
- Vergroten van de bewustwording voor de problematiek bij ouders middels inzet van het oudercomité, voorlichting voor ouders en jongeren op BO en VO, kroegentocht voor ouders rondom veilig uitgaan (alcohol en drugs);

- Implementeren van een alcoholvrij schoolbeleid middels het 'keurmerk alcoholvrije school';
- Intensiveren van vroegsignalering in het ziekenhuis en op straat (jongerenwerk en politie/Halt).

Naast deze speerpunten ondersteunt VjjT gemeenten in de regio bij de implementatie van de nieuwe Drank- en Horecawet (decentralisatie van het toezicht).

4.2.3 Hoe meten de gemeenten het succes van deze drie programma's?

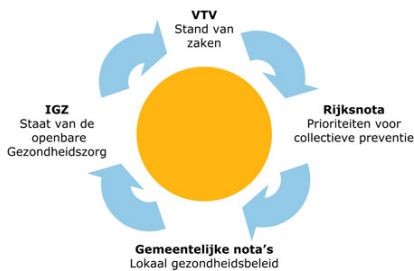
Om te onderzoeken of de doelstellingen van de programma's zijn behaald, wordt elk programma geëvalueerd. Deze evaluatie bestaat uit drie componenten:

- **Effectevaluatie:** In 2015 kan aangegeven worden hoe het staat met het psychosociaal welbevinden, overgewicht en alcoholgebruik van de inwoners van de regio ZHZ, maar kunnen geen uitspraken worden gedaan over het effect van de programma's in zijn geheel. Immers, het effect van de uitvoeringsprogramma's kan niet worden geïsoleerd van andere factoren. Er zijn in een natuurlijke omgeving zoals de regio Zuid-Holland Zuid immers allerlei invloeden van buitenaf. De programma's worden dan ook vooral geëvalueerd op proces- en productniveau.
- **Productevaluatie:** De interventies die het programma beoogt uit te voeren zijn evidence-based of veelbelovend. Deze interventies zijn dus al bewezen effectief of worden als veelbelovend gezien. Het is niet nodig de effectiviteit van deze interventies nogmaals te evalueren. Wel wordt geïnventariseerd hoeveel en welke interventies worden uitgevoerd. Ook de tevredenheid van de deelnemers over de interventie wordt structureel gemeten.
- **Procesevaluatie:** De programma's zijn een regionaal *samenwerkingsverband*. Het is dan ook van belang om deze samenwerking tussen de verschillende partners te meten. Om de samenhang te meten wordt gebruik gemaakt van de WIZDIZ (landelijk instrument om samenwerking in projecten te meten).

Bijlage 1 Wettelijk kader

Deze nota lokaal gezondheidsbeleid geeft op hoofdlijnen invulling aan de verantwoordelijkheden uit de Wpg. Hiervoor moet de gemeente diverse taken verrichten, zoals epidemiologie, infectieziektebestrijding, gezondheidsbevordering, medische milieukunde, technische hygiënezorg, alsmede preventietaken op het gebied van jeugdgezondheidszorg en ouderengezondheidszorg.

De Wet publieke gezondheid (Wpg) regelt de gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie voor de bevolking. Hiertoe zijn in deze wet bepalingen genomen met betrekking tot de taken en verantwoordelijkheden binnen de publieke gezondheidszorg. Hoe gemeenten die verantwoordelijkheid invullen beschrijven zij in een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid. Deze wordt op basis van artikel 13 van de Wpg elke vier jaar vastgesteld. Het Rijk heeft in de Wpg een aantal proceseisen opgenomen voor het gemeentelijke beleid, die in het kader van de landelijke preventiecyclus worden getoetst door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) (figuur 1).



Figuur 1 De vierjarige preventiecyclus voor het Nederlandse gezondheidsbeleid.

De Wpg in relatie met andere wetten

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) geven de grenzen van de publieke gezondheidszorg aan. De Wmo is gericht op het participeren van alle burgers in de samenleving en de Zvw is gericht op curatie. Beide wetten hebben ook raakvlakken met preventie. De Algemene wet bijzondere ziektekosten (Awbz) richt zich specifiek op de onverzekerbare zorg.

De Wpg, en daarmee ook gemeenten en GGD-en, is vooral gericht op het bevorderen van de algemene gezondheid en het voorkomen van ziekten bij risicogroepen (universele en selectieve preventie). De Wpg loopt hiermee vooruit op de Wmo en de Zvw, omdat deze wetten zich vooral richten op mensen die al ziek zijn of symptomen hiervan hebben. Daarnaast wordt op termijn mogelijk ook de Wet op de Jeugdzorg een gemeentelijke verantwoordelijkheid. Voor de Zvw en de Awbz geldt dat gemeenten hier geen directe verantwoordelijkheid dragen.

Bijlage 2 Proces totstandkoming regionale nota gezondheidsbeleid 2012 - 2015

December 2010

De bestuurscommissie Volksgezondheid van de regio Zuid-Holland Zuid spreekt af om te komen tot een regionale nota gezondheidsbeleid en stelt de procedure en het tijdpad vast.

December 2010

Er wordt een werkgroep samengesteld uit gemeenteambtenaren, met ondersteuning van de GGD die de nota gaat schrijven.

14 januari 2011

Er wordt een bijeenkomst met het Preventieplatform met regionale partners en samenwerkingsorganisaties georganiseerd voor input voor de nota.

Januari / februari 2011

Er wordt een kadernota (Nota van uitgangspunten) opgesteld.

3 maart 2011

Nota van uitgangspunten wordt vastgesteld in de bestuurscommissie Volksgezondheid van de regio Zuid-Holland Zuid.

7 april 2011

Conferentie Gezond Gewoon doen!: reflecties op de huidige uitvoeringsprogramma's en input voor de toekomstige uitvoeringsprogramma's

Mei / juni 2011

Workshops met regionale partners over de uitwerking van de uitvoeringsprogramma's.

Augustus 2011

Ambtelijke en bestuurlijke reflectie op het eerste concept van de regionale nota gezondheidsbeleid.

September 2011

Besluitvormingstraject rond het vaststellen van de regionale nota wordt gestart.

Oktober 2011 / januari 2012

Vaststelling van de regionale nota inclusief lokale thema's in gemeenteraden.

1 februari 2012

Op 1 februari 2012 gaat de regionale nota gezondheidsbeleid 2012-2015 'Gezondheid gewoon dichtbij' in.

Bijlage 3 Bevindingen uit de Regionale Verkenning Toekomst Volksgezondheid (RVTV)

In vergelijking met Nederland is in Zuid-Holland Zuid de levensverwachting hoger en sterfte lager. De levensverwachting in Zuid-Holland Zuid is voor mannen 78,2 jaar en voor vrouwen 82,7 jaar. Mannen leven langer in goed ervaren gezondheid dan vrouwen. Ook qua sterfte scoort Zuid-Holland Zuid op bijna alle doodsoorzaken gunstiger. Hart- en vaatziekten en kanker zijn de belangrijkste doodsoorzaken, zowel in Zuid-Holland Zuid als in Nederland. De grootste ziektelast en het grootste verlies aan kwaliteit van leven wordt veroorzaakt door coronaire hartziekten, beroerte, diabetes, angststoornissen en depressie. Deze ziekten komen in verhouding vaker voor onder ouderen. Mede door de vergrijzing zal het aantal inwoners met een chronische ziekte blijven toenemen. Een ander knelpunt als gevolg van de toenemende vergrijzing is dat de druk op met name thuiszorg en mantelzorg zal toenemen.

Mensen met een laag opleidingsniveau hebben een ruim zes jaar kortere levensverwachting dan hoogopgeleiden in Nederland en leven circa twintig jaar korter in goed ervaren gezondheid. Ook in het vóórkomen van ziekten zijn de verschillen tussen laag- en hoogopgeleiden groot. Op basis van zelfgerapporteerde aandoeningen komen diabetes mellitus, hartaandoeningen, astma en COPD in Nederland en in Zuid-Holland Zuid twee keer zo vaak voor bij laagopgeleiden dan bij hoogopgeleiden. Ook onder ouderen is het aantal lichamelijke beperkingen groot: hoe ouder iemand is hoe groter de kans dat iemand te maken heeft met een lichamelijke beperking. Van de 65-plussers in Zuid-Holland Zuid heeft een derde minimaal één lichamelijke beperking; vrouwen tweemaal vaker dan mannen.

Psychische en psychosociale problemen, zoals depressie, angststoornissen en eenzaamheid, komen zowel bij jongeren als bij volwassenen en ouderen veel voor. Voor de gezondheid ongunstige determinanten als roken en overgewicht hebben zich de afgelopen jaren weliswaar gestabiliseerd, maar op een ongezond hoog niveau. Onder jongeren is het overmatige alcoholgebruik nog steeds erg hoog, zowel in Nederland als ook in de regio Zuid-Holland Zuid. Het 'wel eens drinken' begint bij twee op de vijf jongeren uit deze regio al op de basisschoolleeftijd. Drugsgebruik komt in vergelijking met ander ongezond gedrag relatief weinig voor en draagt daardoor niet veel bij aan de totale ziektelast. Het gaat dan vooral om cannabisgebruik. Het overige drugsgebruik (cocaïne, amfetamine, XTC en heroïne) is landelijk zo laag (onder scholieren minder dan 1%, onder volwassenen rond de drie, vier procent) dat de rVTV hierover niets schrijft. Cannabisgebruik is lager in Zuid-Holland Zuid lager dan in Nederland (4 vs. 8%). Landelijk gebruiken meer jongens dan meisjes cannabis (10 vs. 6%). Cannabisgebruik neemt toe met de leeftijd en is bij 15- tot en met 24-jarigen het hoogst.

Andere aan gezondheid gerelateerde problematiek in deze regio zijn een te lage vaccinatiegraad, milieuknelpunten en toegenomen melding van kindermishandeling en huiselijk geweld. Een aantal gemeenten haalt de vaccinatienorm van 90% (ruim) niet. Dit zijn gemeenten met een vrij grote groep bevindelijk gereformeerden, die om religieuze redenen afziet van vaccinaties. In geval van de uitbraak van een epidemie, kunnen de gevolgen hier groot zijn. Milieuknelpunten zijn bijvoorbeeld de overschrijding van de norm voor stikstofdioxide langs drukke wegen, geluidsoverlast en een ongezond binnenmilieu door onvoldoende ventileren en vochtproblemen. Op gebied van huiselijk

geweld en kindermishandeling is het aantal meldingen enorm toegenomen. In Zuid-Holland Zuid geeft 6% van de volwassenen aan ooit slachtoffer te zijn geweest van huiselijk geweld. Het aantal meldingen van huiselijk geweld en het aantal meldingen van kindermishandeling is tussen 2007 en 2008 enorm toegenomen. De provincie Zuid-Holland neemt met 1,3% mishandelde kinderen de eerste plaats in op de rangordelijst van alle Nederlandse provincies.

Naarmate in een gezin meer risicofactoren (zoals verslaving en psychische stoornissen) aanwezig zijn, wordt de kans groter dat kinderen zich negatief ontwikkelen. Ook slachtoffers van huiselijk geweld, mensen die in armoede leven of mensen met een schuldenproblematiek hebben een verhoogde kans op maatschappelijke uitsluiting.