

**Ontwikkeling**  
Maatschappelijke Ontwikkeling

Stadskantoor  
Lübeckplein 2  
Postbus 10007  
8000 GA Zwolle  
Telefoon (038) 498 28 31  
Fax (038) 498 32 71  
hnm.roosen-pol@zwolle.nl

[www.zwolle.nl](http://www.zwolle.nl)

## **Samen werken aan een gezonde stad**

**conceptnota lokaal gezondheidsbeleid 2008-2011**

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Kader</b>	<b>3</b>
	Wettelijk kader	3
	Landelijk beleid	4
	Regionaal beleid	5
	Lokaal beleid	5
<b>3</b>	<b>Lokaal gezondheidsbeleid</b>	<b>6</b>
	Uitgangspunten	6
	Speerpunten	8
	Aanpalend beleid	8
<b>4</b>	<b>Uitwerking speerpunten</b>	<b>12</b>
4.1	Gezond gewicht (inclusief diabetes)	12
4.2	Verantwoord alcoholgebruik	15
4.3	Gezonde ontwikkeling	17
4.4	Voorkomen van depressie bij ouderen	19
<b>5</b>	<b>Financiën</b>	<b>21</b>
<b>6</b>	<b>Samenvatting</b>	<b>23</b>
<b>7</b>	<b>Bijlage: Evaluatie nota Zwolle een gezonde stad (2002-2006)</b>	<b>26</b>

## 1. Inleiding

Gezond zijn en blijven willen we allemaal. Jong en oud. Gedurende de achtereenvolgende levensfasen krijgt deze wens een ander gezicht en andere prioriteiten. In de jonge jaren gaat het om een gezonde start, gezondheidsopvoeding, gezond opgroeien. Volwassenen, in de kracht van het leven, moeten vooral het goede voorbeeld geven en investeren in hun eigen gezondheid. Tijdens de ouderdom is het belangrijk om te koesteren wat er is. Kortom: gezondheid is voor ieder individu een essentiële waarde. Investeren in gezondheid levert rendement op, namelijk langer werken en leven in goede gezondheid. Een goede gezondheid maakt het gemakkelijker te participeren aan de samenleving. Daarmee levert preventief gezondheidsbeleid ook een belangrijke bijdrage aan het doel van de WMO: iedereen doet mee.

Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekten of andere lichamelijke gebreken (Wereld gezondheids organisatie, WHO). De doelstelling van het gezondheidsbeleid is het verbeteren of behouden van de gezondheid voor alle inwoners en het bevorderen van gelijke kansen op gezondheid. Subdoelstellingen in het kader van het preventiebeleid zijn:

- De toename van het aantal gezonde levensjaren op de totale levensverwachting.
- Het terugdringen van vermijdbare gezondheidsachterstanden.
- Beperken van de groei van de vraag naar gezondheidszorg.

Deze nota beschrijft eerst het kader van het lokaal gezondheidsbeleid. Daarna wordt in hoofdstuk 3 Lokaal gezondheidsbeleid ingegaan op de uitgangspunten, de keuze van de speerpunten en het aanpalende beleid. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 per speerpunt de omvang van het probleem, een plan van aanpak en de doelstellingen gegeven. In hoofdstuk 5 volgt een financiële onderbouwing. Tot slot wordt in hoofdstuk 6 een samenvatting gegeven van de nota.

## 2. Kader

### Wettelijk kader

#### **Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WPCV)**

De WPCV regelt de organisatie van de openbare gezondheidszorg en de instandhouding van de GGD. De wet schrijft de gemeente een aantal taken voor, waarover afspraken worden gemaakt met de GGD. Het betreft de taken jeugdgezondheidszorg 4 -19 jaar (en met thuiszorginstelling Icare voor de jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar), gezondheidsbevordering (b.v. collectieve preventie), epidemiologisch onderzoek (b.v. gezondheidsmonitor), infectiebestrijding (b.v. preventie SOA), technische hygiëne zorg (b.v. inspecties peuterspeelzalen), medische milieukunde (b.v. voorlichting gezondheidseffecten UMTS) en forensische geneeskunde.

De gemeenten hebben op grond van de WPCV de taak om bij het nemen van beleidsbeslissingen, op andere terreinen dan op het terrein van de volksgezondheid, de gevolgen voor de volksgezondheid af te wegen en hierover advies in te winnen bij de GGD. De Inspectie voor de Gezondheidszorg let als toezichthouder op de uitvoering van de WPCV en op de naleving van de wet.

De WPCV verplicht gemeenten één keer per vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid op te stellen.

#### **Wet Publieke gezondheid**

Het wetsvoorstel Publieke Gezondheid (PG) integreert de WPCV, de Infectieziektewet (is gericht op de concrete bestrijding van infectieziektecrises) en de Quarantainewet (regelt dat personen en vervoersmiddelen in het internationale verkeer vanwege gezondheidsgevaar in isolatie kunnen worden gezet). In maart 2008 heeft de minister van VWS het wetsvoorstel 1<sup>e</sup> tranche naar de Tweede Kamer gestuurd. De wet maakt het mogelijk sneller in te grijpen bij mondiale bedreigingen van infectieziektecrisis, zoals sars en vogelgriep. In het wetsvoorstel zijn de verantwoordelijkheden tussen Rijk en gemeenten in de infectieziektebestrijding aangepast. Het gaat hierbij om het creëren van centrale aansturing in de organisatie van de infectieziektebestrijding. Op lokaal niveau krijgt de burgemeester formeel een leidende rol in de bestrijding van uitbraken van infectieziekten.

In het wetsvoorstel zitten nog twee nieuwe elementen. Gemeenten worden per 2009 verplicht de Jeugdgezondheidszorg gebruik te doen maken van een digitaal dossier; een Elektronisch Kind Dossier (EKD). En verder blijven gemeenten verplicht om een GGD in stand te houden. Maar hiermee is niet uitgesloten dat taken buiten de GGD worden belegd, zoals de jeugdgezondheidszorg (JGZ) bij de (thuiszorg)instellingen. In het wetsvoorstel is de beperkende lijst van (thuiszorg)instellingen die de JGZ mogen uitvoeren vervallen. Het Rijk wil niet sterk regulerend optreden. Bij overschrijding van de normbedragen is bij uitbesteding, aanbesteding aan de orde. Maar gemeenten kunnen ook een zogeheten 'alleenrecht' voor de uitvoering vestigen, mits de instelling aan een aantal voorwaarden voldoet, met name dat de instelling geen commerciële doelstelling heeft.

In een zogenoemde 2<sup>e</sup> tranche wil het ministerie van VWS komen tot verdere bijstellingen in de Publieke Gezondheid (deze term vervangt de term Openbare Gezondheidszorg). De JGZ en de verhouding tot de WMO en Wet op de Jeugdzorg is daarbij als onderwerp genoemd.

### ***Regio IJssel-Vecht nieuwe stijl***

In het najaar van 2007 is in de Regio IJssel-Vecht het traject ingezet om de taken en bevoegdheden op het gebied van de brandweer en Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen (GHOR) uit de Regio IJssel-Vecht te halen en deze onder te brengen in een zelfstandige veiligheidsorganisatie. De besturen van de Veiligheidsregio IJsselland i.o., van de Regiopolitie IJsselland en van de Regio IJssel-Vecht hebben op 13 februari 2008 de koers voor de Veiligheidsregio en de contouren voor de nieuwe Regio IJssel-Vecht vastgesteld. De contourennotitie wordt als vertrekpunt beschouwd voor de toekomstige ontwikkeling van de Regio IJssel-Vecht:

‘ Maatschappelijke gezondheidsvraagstukken vragen om een krachtige GGD. Daarom gaat de voorkeur uit naar een robuuste GGD organisatie met een duidelijk herkenbaar profiel voor gemeenten en burgers. Dit uitgangspunt komt het best tot z'n recht bij herpositionering van de GGD in een zelfstandige gezondheidsregio, gebaseerd op een gemeenschappelijke regeling (WGR). Een GGD organisatie die zich bestuurlijk en ambtelijk uitsluitend richt op gezondheidsvraagstukken en de daaraan gelieerde taak Halt’.

De regiogemeenten en de GGD streven naar een met de Veiligheidsregio IJsselland congruent werkgebied, per 2010 wettelijk verplicht.

De bedoeling is dat de bij de regio aangesloten gemeenten samen met de GGD in 2009 nadere inhoudelijke invulling geven aan de taken van de GGD, een en ander in overeenstemming met de Wet Publieke Gezondheid en de lokale invulling van de Centra voor Jeugd en Gezin.

## **Landelijk beleid**

### **Preventienota Kiezen voor gezond leven (2006) en kabinetsvisie Gezond zijn, gezond blijven; een visie op gezondheid en preventie (september 2007)**

De preventienota van het Rijk biedt het kader voor de regionale preventienota en de lokale nota gezondheidsbeleid. Hoofdpunten in de Rijksnota ‘Kiezen voor een gezond leven’ (2006) zijn:

- Bevorderen van een gezonde leefstijl;
- Speerpunten: roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie;
- Actieprogramma om gemeentelijk beleid te ondersteunen;
- Settings: school, wijk, werk, zorg en sport

Het Kabinet heeft in september 2007 in aanvulling op de preventienota haar visie op gezondheid en preventie gepubliceerd. In de visie wordt gekozen voor een aanpak langs vier lijnen:

- Koesteren en innoveren: b.v. screenings en infectieziektebestrijding mee doorgaan en handhaven van de vierjaarlijkse preventiecyclus uit de WCPV;
- Samenhangend en integraal beleid (parallele belangen);

- Preventie in de zorg (in de eerste lijn en mogelijkheden om verschillende vormen van preventie in het basis- en aanvullende pakket van de zorgverzekering op te nemen);
- Bestuurlijke vernieuwing (robuuste infrastructuur van de publieke gezondheid, o.a. vast te leggen in de Wet Publieke Gezondheid)

Het Rijk draagt duidelijk uit dat preventiebeleid deels op een andere leest moet worden geschoeid. Uit de laatste Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV, 2006) waarop de Rijksnota 2006 is gebaseerd blijkt dat we niet zo gezond zijn als we zouden kunnen zijn. Internationaal gaat Nederland achterlopen, op nationaal niveau blijven de gezondheidsverschillen hardnekkig. Vooral bij de jeugd is er een toename van ongezond gedrag, bovendien neemt het aantal chronisch zieken toe door ongezond gedrag. De Inspectie voor de Gezondheidszorg constateert landelijk te weinig samenhang en versnippering van het aanbod; de gemeenten hebben wel nota's, maar te weinig implementatie.

Om die reden heeft het Rijk gekozen voor een sterkere regie vanuit de landelijke overheid waarbij wordt ingezet op het stellen van landelijke prioriteiten, meer toespitsen op risicogroepen (lage SES), integraal werken en tegengaan van versnippering. Het ministerie wil preventie niet alleen inzetten voor het verhogen van de gemiddelde levensverwachting, maar ook voor een verbetering van de kwaliteit van leven. Samen met scholen, werkgevers en verzekeraars wil het ministerie van VWS proberen mensen in hun directe leef- en werkomgeving te prikkelen of te verleiden tot gezonde keuzes. In het verlengde daarvan is samenwerking met meerdere ministeries Jeugd en Gezin (daar waar het jeugdigen betreft), OCW en SZW en met gemeenten van groot belang.

## **Regionaal beleid**

### **Preventienota Samenwerken aan gezond leven**

Op basis van de landelijke preventienota Kiezen voor gezond leven is in de regio IJssel Vecht een regionale preventienota Samenwerken aan gezond leven opgesteld. De nota kent, naast de meeste landelijke prioriteiten, de volgende prioriteiten: jeugdgezondheidszorg, SOA-bestrijding en het verbeteren van het binnenmilieu op scholen en in woningen. De nota is bedoeld als input voor de lokale nota's gezondheidsbeleid.

## **Lokaal beleid**

### **Evaluatie nota Zwolle een gezonde stad (2002-2006)**

De voorgaande nota lokaal gezondheidsbeleid Zwolle een gezonde stad is geëvalueerd. De conclusies en aanbevelingen zijn opgenomen in de bijlage. Bij het opstellen van onderhavige nota zijn de conclusies en aanbevelingen zo goed mogelijk verwerkt.

### 3. **Lokaal gezondheidsbeleid**

Het lokaal gezondheidsbeleid bestaat uit een groot aantal reguliere taken, zoals kort aangegeven in hoofdstuk 2 onder het wettelijk kader. Deze taken zullen vooralsnog onveranderd worden voortgezet. In aanvulling hierop zal:

1. Het SOA/HIV-team van de GGD zich de komende jaren bij haar activiteiten specifiek richten op doelgroepen waar een verhoogd risico gedrag voor komt, namelijk jongeren van 14-25 jaar, homoseksuele mannen en andere mannen die seks hebben met mannen, prostituees en prostituanten.
2. In het kader van de technische hygiëne zorg de inspecties zullen worden uitgebreid naar scholen voor speciaal basisonderwijs en instellingen voor dak- en thuislozen.
3. In het kader van medische milieukunde aandacht zal worden besteed aan het binnenmilieu van scholen.

In deze nota beperken we ons verder tot enkele, concrete, realistische en haalbare doelstellingen (SMART-geformuleerd) bij een beperkt aantal speerpunten. Dit biedt namelijk de meeste kansen om ook daadwerkelijk gezondheidswinst te behalen. Daarbij dient helder aangegeven te worden waarop de gemeente mag worden aangesproken en waarop de gemeente anderen zal aanspreken.

#### **Uitgangspunten**

Op basis van het in hoofdstuk 2 beschreven kader hanteren wij de volgende uitgangspunten voor het lokaal gezondheidsbeleid in de periode 2008-2011.

#### **Gedeelde verantwoordelijkheid**

Preventie is een gedeelde verantwoordelijkheid van burgers, gemeente, rijk, zorgverzekeraars, provincie en aanbieders. Elke partij heeft zijn eigen verantwoordelijkheid. De rol van de gemeente daarbij is enerzijds te zorgen voor een adequate uitvoering van de eigen wettelijke taken op grond van de WCPV en anderzijds zich actief op te stellen als partij die partners in stad en regio met elkaar verbindt en daardoor meerwaarde creëert in het bevorderen van de gezondheidssituatie van inwoners van Zwolle. Dit uitgangspunt sluit tevens aan bij de begrotingsdoelstelling 'de burger als producent van zijn eigen welzijn' en het programma 'Samen maken we de stad'.

#### **Integraal gezondheidsbeleid**

In samenhang met het hiervoor genoemde uitgangspunt wil de gemeente ook zelf het initiatief nemen om tot een integraal gezondheidsbeleid op stedelijk niveau en waar mogelijk op wijkniveau te komen. Met integraal gezondheidsbeleid wordt bedoeld beleid dat buiten de strikte volksgezondheids sfeer valt, maar toch tot doel heeft de gezondheid te bevorderen en/of gezondheidsschade te voorkomen. Bij integraal gezondheidsbeleid onderscheiden we twee componenten:

- de gemeente heeft op grond van de WCPV de taak om bij het nemen van beleidsbeslissingen op andere terreinen dan op het terrein van de

volksgezondheid, de gevolgen voor de volksgezondheid af te wegen en hierover advies in te winnen bij de GGD. Deze taak wordt beperkt ingevuld. In het voorjaar van 2008 worden de resultaten van het onderzoek dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2007 heeft uitgevoerd verwacht. De raad is over dit onderzoek geïnformeerd. Op basis van de aanbevelingen van de inspectie zullen wij met nadere voorstellen komen;

- de samenwerking tussen de sector gezondheidszorg en één of enkele andere beleidssectoren versterken gericht op beïnvloeding van meerdere factoren in onderlinge samenhang. Er zijn al enkele goede voorbeelden te noemen, zoals het project 'Gezonde klassen', het project 'Samen gezond', de aandacht voor veilige fietspaden in Zwolle en de samenwerking tussen armoedebeleid en jeugdgezondheidszorg.

### **Specifieke doelgroepen**

De uitvoering van de taken op grond van de WCPV zijn voor een groot deel gericht op alle inwoners. De jeugdgezondheidszorg bijvoorbeeld richt zich met de periodieke gezondheidsonderzoeken op alle kinderen/jeugdigen 0-19 jaar en hun ouders

Daarnaast worden preventieve activiteiten vooral gericht op:

- groepen die een verhoogd risico op gezondheidsproblemen hebben of die al een gezondheidsachterstand hebben, zoals veel inwoners met een lage sociaal economische status (SES) en mensen met een beperking of chronische ziekte(n), waaronder ouderen;
- op groepen met een verhoogde kans op gezondheidsbehoud of -winst, zoals kinderen en jeugdigen en veel ouderen.

Waar mogelijk dient rekening te worden gehouden met inwoners uit andere culturen als blijkt dat specifieke aanpak tot meer effect leidt bij deze groepen.

### **Settinggerichte aanpak**

Er wordt gekozen voor een settinggerichte aanpak. Deze aanpak, ook wel een community benadering genoemd, wordt als meest effectieve strategie voor preventie en gezondheidsbevordering gezien. Bij de settinggerichte aanpak worden mensen benaderd in hun directe dagelijkse leefomgeving, zoals school, de werkplek, de sportclub en de wijk. Deze aanpak kenmerkt zich doordat meerdere interventies, meerdere (sub)doelen, meerdere media en methoden tegelijkertijd en in samenhang worden uitgevoerd. Hierbij wordt aangesloten bij de lokale situaties. De doelgroep wordt bij de ontwikkeling en uitvoering van de interventies betrokken.

### **Regionale samenwerking**

De Memorie van toelichting van de WCPV geeft aan dat zoveel mogelijk samengewerkt moet worden met buurgemeenten. Indien samenwerking meerwaarde heeft zal die worden opgezocht. Wij werken samen met de gemeenten die tot de regio IJssel-Vecht horen.



## Speerpunten

Onderzoek door de GGD laat een aantal zorgwekkende trends zien. Zo is een hoog percentage ouderen eenzaam en is het alcoholgebruik onder jongeren zorgwekkend hoog. Het aantal kinderen met overgewicht neemt toe. Ouders hebben steeds meer behoefte aan ondersteuning bij de opvoeding van hun kinderen. Jongeren zitten steeds minder goed in hun vel. Verder wordt er een toename gesignaleerd in het aantal SOA's en beschikken weinig scholen over een gezond binnenmilieu.

Voor de formulering van de lokale speerpunten zijn de gegevens uit onderzoek, de prioriteiten uit de rijksnota, de regionale nota en de hiervoor geformuleerde uitgangspunten richtinggevend geweest. Dit heeft geleid tot de volgende speerpunten en doelgroepen:

Gezond gewicht	Jongeren, mensen met een lage SES
Verantwoord alcoholgebruik	Jongeren en hun ouders
Gezonde ontwikkeling	Jongeren en hun ouders
Voorkomen van depressie	Ouderen

De speerpunten worden in hoofdstuk 4 verder uitgewerkt.

## Aanpalend beleid

Gezondheid komt in vele beleidsonderwerpen terug. Om een goed beeld te geven van het bredere terrein van gezondheid volgt hieronder een overzicht van de belangrijkste aanpalende beleidsthema's.

### WMO

Gemeenten zijn met de WCPV verantwoordelijk voor het (collectieve) preventiebeleid. Door sterk in te zetten op het lokaal preventiebeleid kan het aantal burgers dat een beroep doet op (individuele) voorzieningen van de WMO beperkt blijven. Het bevorderen van gezond gedrag draagt bij aan een betere gezondheid van mensen. Gezondheid is een belangrijke voorwaarde om goed te kunnen functioneren in de samenleving. De Wmo biedt de gemeente de regie voor integratie van preventie en maatschappelijke ondersteuning. Een aantal relevante koppelingen worden hieronder beschreven.

*Op preventie gerichte ondersteuning bieden aan jongeren met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden (prestatieveld 2)*

De lokale functies binnen het preventief jeugdbeleid zijn met de komst van de WMO wettelijk verankerd. Het gaat naast informatie en advies om de volgende functies:

- signaleren van problemen, waaronder coördinatie van signalerende instanties;
- toeleiding tot het zorgaanbod, zoals vroeg-en voorschoolse educatie;

- licht pedagogische hulp, zoals opvoedingsondersteuning aan ouders en gezinnen waar problemen zijn of dreigen te ontstaan;
- coördinatie van zorg, te weten het afstemmen en zo mogelijk bundelen van zorg wanneer meerdere hulpsoorten nodig zijn.

De speerpunten Gezond gewicht en Gezonde ontwikkeling hebben een relatie met dit prestatieveld. De Jeugdgezondheidszorg vervult voor een deel bovengenoemde functies. De verbindingen zullen met name bij de ontwikkeling van de visie op het Centrum voor Jeugd en Gezin en de inrichting van het CJG in Zwolle worden gelegd. In het basismodel CJG, zoals het Rijk dat voorstaat zullen hiervoor genoemde functies en de Jeugdgezondheidszorg worden gebundeld.

#### *Collectieve preventie GGZ (prestatieveld 5)*

Sinds 2007 heeft de gemeente middelen voor collectieve preventie GGZ. Met het RIAGG worden afspraken gemaakt over de inzet van deze middelen. Daarbij worden de onderdelen Algemene voorlichting, depressie, mantelzorgondersteuning en huiselijk geweld onderscheiden. Bij de speerpunten Gezonde ontwikkeling en Voorkomen van depressie wordt een koppeling gelegd.

#### *Het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang (prestatieveld 7)*

Uit het landelijk onderzoek 'Maat en baat in de vrouwenopvang' blijkt dat slechts 57% van de vrouwen in de vrouwenopvang hun gezondheid ervaart als goed tot zeer goed (bij vrouwen in Nederland in het algemeen is dat 78%). Overigens wordt ook geconstateerd dat relatief veel vrouwen daadwerkelijk ook hulp op dit gebied ontvangen. Een substantieel deel blijkt echter ook wel hulp te wensen ten aanzien van gezondheid, maar deze niet te ontvangen, met name op het vlak van geestelijke gezondheid. *Wij hebben in de richtlijnen voor subsidie 2009 bij de Vrouwenopvang Overijssel aangedrongen op implementatie van de inzichten van dit landelijke rapport.*

#### *Het bevorderen van de openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen (prestatieveld 8).*

Dit prestatieveld is van de WCPV overgeheveld naar de WMO. Het betreft het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van OGGZ, het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de OGGZ. In dit kader bestaat in Zwolle Meldpunt VIA en Team VIA dat middels bemoeizorg zorgwekkende zorgmijders naar zorg proberen te leiden.

#### *Verslavingsbeleid (prestatieveld 9)*

In de Rijkspreventienota Kiezen voor gezond leven zijn roken en schadelijk alcoholgebruik prioriteiten.

Het doel van tabakspreventie is het voorkomen en terugdringen van roken om de gezondheid te bevorderen. Daarbij kan het gaan om van activiteiten die zich richten op:

1. Het voorkomen dat jongeren gaan roken.
2. Het voorkomen van meerroken.
3. Het stimuleren en ondersteunen van stoppen met roken.

Landelijk en via de reguliere taken van intermediairs, zoals (huis)artsen en verloskundigen, zijn veel activiteiten beschikbaar voor het bevorderen van het stoppen met roken en het voorkomen van meerroken. De inzet van gemeenten is dan ook met name gericht op het voorkomen dat de jeugd gaat roken. De gemeente Zwolle maakt jaarlijks afspraken met Tactus op dit gebied. Het gaat hierbij met name om regionale activiteiten ten aanzien van de landelijke actie Tegengif, een landelijke niet-roken wedstrijd alsmede lokale activiteiten op een deel van de scholen, waarbij aandacht voor anti-roken een onderdeel van de activiteiten is.

Roken is geen speerpunt in deze nota lokaal gezondheidsbeleid. Ook in de regionale preventienota is roken niet als speerpunt opgenomen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft de GGD Regio IJssel-Vecht laten weten dat de doelstellingen van de GGD op dit thema onvoldoende zijn. Ook thuiszorginstelling Icare verzoekt de gemeente om een steviger rol te vervullen.

*Wij zullen de GGD verzoeken een inventarisatie uit te voeren van bestaande interventies en reeds beschikbaar aanbod in Zwolle en omgeving en ons op basis van deze inventarisatie en rekening houdend met landelijke initiatieven een advies te geven of en zo ja, op welke wijze het huidige beleid aanvulling behoeft.*

*Hiervoor stellen wij de GGD een eenmalig budget beschikbaar ten laste van het innovatiebudget gezondheid en zorg (zie hoofdstuk 5 Financiën)*

Het beleid met betrekking tot 'Verantwoord alcoholgebruik' is speerpunt in deze nota.

### **Jeugdbeleid**

In de nota Jong in Zwolle vet mazzel (jeugdbeleid 2005/2009) wordt de volgende ambitie van de het jeugdbeleid geformuleerd. De Gemeente Zwolle wil graag dat alle jongeren in vrijheid opgroeien tot volwaardige leden van de samenleving. Dat zij zich veilig voelen in de stad en de kans krijgen om de talenten die zij hebben op een goede manier te gebruiken zowel ten behoeve van hun eigen ontwikkeling als de samenleving. Dat zij het onderwijs kunnen volgen dat bij hen past en daarna passende arbeid kunnen verrichten. Dat zij zich veilig voelen in hun woon- en leefomgeving en dat zij in hun vrije tijd de dingen kunnen doen die ze leuk of goed vinden.

De nota kent de volgende prioriteiten:

1. Binden en activeren.
2. Iedere jongere doet mee.
3. Voorkomen en bestrijden van jeugdcriminaliteit.

De tweede prioriteit heeft een aantal doelstellingen op het gebied van gezondheid, namelijk het realiseren van zorgstructuren, het bevorderen van een gezonde ontwikkeling, het voorkomen en tegengaan van overgewicht, bovenmatig gebruik van genotsmiddelen en het verminderen van psychosociale problematiek. De speerpunten Gezond gewicht, Verantwoord alcoholgebruik en Gezonde ontwikkeling sluiten hierbij aan.

### **Horecabeleid**

In de nota Integraal Horecabeleid 2007 wordt aandacht geschonken aan gezondheids onderwerpen als alcohol, drugs en roken. Wij vinden het belangrijk hieraan aandacht te blijven besteden gezien het feit dat het rijk de gemeente steeds meer instrumenten geeft om met name alcoholbeleid vorm te geven.

### **Armoedebeleid**

Armoede verhoogt de kans op ongezondheid en omgekeerd. In het armoedebeleid wordt het accent gelegd op gezondheid als primaire armoedefactor. Gezondheid is van grote invloed op de mogelijkheid mee te kunnen doen aan de samenleving. Mensen met een (zeer) slechte algemene gezondheid hebben vaak een geringere (arbeids)participatie, een lager inkomen en een slechtere huisvesting. Een slechte gezondheid vergroot de kans dat mensen minder goed deel kunnen nemen aan minimaal aanvaardbare levenspatronen. In de armoedenota worden maatregelen beschreven die de gezondheid van mensen met een lage SES bevorderen. Verschillende maatregelen en projecten worden in samenwerking met de GGD ontwikkeld. Hiervoor zijn voor de jaren 2008 t/m 2011 extra financiële middelen beschikbaar. Ook wordt samenwerking gezocht met zorgverzekeraar Achmea in de regio.

### **Integratiebeleid**

In de concept beleidsnota 'Integratie is van ons allemaal' (2008-2010) wordt de focus gelegd op vier domeinen die voor het integratieproces van groot belang zijn, waaronder het domein zorg. Voorgesteld wordt extra aandacht te besteden aan de doelgroep Jeugd. Binnen de ontwikkeling van het CJG zal expliciet aandacht worden besteed aan de toegankelijkheid voor allochtone gezinnen (onderdeel van het speerpunt Gezonde ontwikkeling in deze nota).

Binnen het domein zorg gaat het om de toegankelijkheid. De mate waarin de Zwolse instellingen en voorzieningen bereid én in staat zijn om mensen van allochtone afkomst 'aansluiting' te verlenen is van belang voor integratie.

Bij de uitvoering en verdere uitwerking van de speerpunten in deze nota zal met verschillende achtergronden van jongeren, ouders en ouderen waar mogelijk rekening worden gehouden. Zo zijn binnen het project 'Samen gezond' al enkele activiteiten georganiseerd voor Turkse moeders (en oma's).

### **Sportbeleid**

'Het Zwols sportbeleid voor de komende jaren dient rekening te houden en in te spelen op een aantal trends en ontwikkelingen (Sport in Zwolle; Sportnota 2006-2011). Eén van de ontwikkelingen is dat de maatschappij steeds hogere verwachtingen ontleent aan de sport. Sport is inmiddels ook een beleidsinstrument dat wordt ingezet voor gezondheidsbevordering, bestrijding van overgewicht, maatschappelijke participatie en integratie. In de startnotitie 'Bevorderen van een gezond gewicht 0-19 jarigen' dat aan de basis ligt van het huidige project 'Samen gezond' binnen het speerpunt Gezond gewicht in deze nota, wordt gepleit voor het preventief inzetten van het sporten en bewegen. Veel kinderen en jongeren voldoen niet aan de Norm Gezond Bewegen voor de jeugd: dagelijks een uur (matig) intensief lichamelijk actief zijn. Het niet voldoen aan de beweegnorm op jonge leeftijd kan al vroeg tot gezondheidsproblemen leiden.

Datum  
Titel

11 april 2008  
Samen werken aan een gezonde stad

Naast kinderen en jongeren richt het sportbeleid zich ook op een aantal andere specifieke groepen omdat bij deze groepen ook sprake is van bewegingsachterstand, te weten 55-plussers, allochtonen, mensen met een beperking en sociale minima en lager opgeleiden.

Voor het voeren van een actief beleid om overgewicht en bewegingsachterstanden tegen te gaan wordt het meeste effect verwacht van een buurtgerichte aanpak, waar scholen, verenigingen, Travers, SWOZ, Stichting Sportservice Zwolle, GGD en zorgverleners nauw met elkaar samenwerken. Voor de leeftijdscategorie 4-19 jaar is een dergelijke buurtgerichte aanpak al in gang gezet met de uitvoering van BOS-projectplannen in Diezerpoort en Holtenbroek (als onderdeel van het project 'Samen gezond'), Stadshagen en Zwolle-Zuid.

## 4. Uitwerking speerpunten

### 4.1 Gezond gewicht (inclusief diabetes)

Het aantal mensen met overgewicht in Nederland stijgt de laatste jaren enorm. Er wordt zelfs gesproken van een "epidemie". Naast een verstoorde energiebalans, teveel energie-inname en te weinig energieverbruik, speelt de leefomgeving van het individu een grote rol. Deze leefomgeving is zodanig ingericht dat het eenvoudig is om weinig te bewegen en veel en (ongezond) te eten.

De gezondheid risico's van overgewicht zijn groot. Er is een verhoogde kans op het ontwikkelen van hart- en vaatziekten en aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat. Mensen met overgewicht hebben vaker een negatief zelfbeeld en vooral jongeren met overgewicht lopen meer kans om gepest te worden. Overgewicht is ook een van de belangrijkste risicofactoren voor het ontwikkelen van diabetes II, ook wel ouderdomsdiabetes genoemd. Doordat diabetes en overgewicht hand in hand gaan, neemt met de toename van overgewicht op jongere leeftijd ook het aantal jonge mensen met diabetes toe. Zelfs bij kinderen wordt de diagnose ouderdomsdiabetes al regelmatig gesteld.

#### **Omvang van het probleem in Zwolle**

Uit de Gezondheidsmonitor Kinderen 0-12 jaar (GGD, september 2006) blijkt dat 6% van de ouders aangeven dat hun kind te zwaar is. Er is geen verschil tussen jongens en meisjes. Als gekeken wordt naar de meer objectieve maat, de BMI<sup>1</sup>, dan blijkt dat 12% van de kinderen overgewicht heeft. Hieruit blijkt dat ouders het overgewicht van hun kind niet goed kunnen inschatten. Dit cijfer is gebaseerd op door ouders gerapporteerde informatie en niet op basis van metingen van de JGZ. In Diezerpoort blijken meer kinderen overgewicht te hebben dan in andere wijken. Ook Holtenbroek en Kamperpoort zijn als aandachtswijk benoemd.

Uit de Gezondheidsmonitor Jongeren 12 -24 jaar (GGD, 2003) blijkt dat een kwart van de jongeren van 12-23 jaar in de regio IJssel-Vecht zichzelf te dik vindt. Gemeten met de BMI blijkt 16% van de jongeren overgewicht te hebben.

#### **Plan van aanpak**

In 2006 is in Zwolle het project 'Samen gezond' (voorheen Gezond Gewicht, Gezonde Wijk) van start gegaan in de wijken Diezerpoort en Holtenbroek. Het project richt zich op jongeren van 0-19 jaar. Het project bestaat uit twee lijnen en een onderzoeksdeel. Het eerste deel 'gezond gewicht' richt zich op de ontwikkeling van een ketenaanpak van preventie tot behandeling voor jeugdigen met (dreigend) overgewicht en heeft als doel dat in 2009 de keten van primaire preventie tot behandeling van overgewicht gesloten is. Dat wil zeggen dat alle hulpverleners die met overgewicht te maken hebben, elkaars

<sup>1</sup> Overgewicht en ernstig overgewicht (obesitas) worden gedefinieerd aan de hand van de Body Mass Index (BMI): gewicht (kg)/ lengte (m)<sup>2</sup>. Volgens de WHO-definitie: overgewicht BMI  $\geq 25 < 30$ , obesitas  $\geq 30$ .

werkwijze kennen en een verwijzingsstructuur hebben, die voorkomt dat een kind met overgewicht tussen wal en schip valt. Stichting Icare en het Onderzoekscentrum Preventie Overgewicht Zwolle (OPOZ) hebben begin 2008 van het ministerie van VWS de toekenning van de Academische Werkplaats status ontvangen. De inspanningen zijn gericht op de rol van de thuiszorg bij een evidence based (keten)aanpak van overgewicht bij kinderen en bij ouderen (60-plus).

Het tweede deel "gezonde wijk" is gericht op het ontwikkelen van een communityproject. Vanuit een integrale benadering op wijkniveau worden activiteiten ontwikkeld die gericht zijn op het bevorderen van een gezonde leefstijl. Daarin is aandacht voor:

- betrekken van bewoners bij de keuze voor en de ontwikkeling van projecten (participatie),
- samenwerking gezondheidszorg, sport, welzijn en onderwijs en bundeling van initiatieven die al bestaan;
- sociale netwerkvorming;
- bestuurlijke betrokkenheid.

De wijkgerichte aanpak is in 2009 zover dat er in deze Zwolse wijken structurele activiteiten zijn die de leefstijl (gedrag) beïnvloeden en de wijkgerichte aanpak door het OPOZ is geëvalueerd op zowel proces als effect.

Dit project is tot stand gekomen door samenwerking tussen de GGD Regio IJssel-Vecht, Icare, Travers, OPOZ, MCC Klik en Sportservice Zwolle.

### **Doelstellingen**

In het kader van het Meerjaren Ontwikkelingsplan 2005-2009 van de gemeente Zwolle zijn prestatieafspraken met het Rijk gemaakt over de aanpak van overgewicht onder 0-19 jarigen (geconcretiseerd in hierna genoemde doelstellingen 2 en 3). Deze doelstellingen zijn opgenomen in het plan van aanpak van hiervoor genoemd project 'Samen gezond' tezamen hierna geformuleerde doelstelling 1. voor de 2006-2009:

1. Van alle kinderen die door de jeugdgezondheidszorg 0-19 jarigen worden onderzocht, is uiterlijk in 2009 bekend hoeveel er een (on)gezond gewicht hebben.
2. In wijken waar het aantal 0-19 jarigen met overgewicht hoger is dan gemiddeld in Zwolle is voor de ouders van alle 4- 9 jarigen een collectief preventieprogramma beschikbaar.
3. Voor 75% van Zwolse 0-19 jarigen met (dreigend) overgewicht worden één of meer individuele gezondheidsinterventies ingezet.

Daarbij heeft Zwolle voor de periode 2005-2009 ingezet op ombuiging van de stijgende trend van het aantal 0-19 jarigen met overgewicht. Uitgaande van de trend in de periode 1999 tot en met 2004 van 11% naar 15% en de verwachte verdere groei van het aantal 0-19 jarigen met overgewicht stelt Zwolle zich ten doel om het aantal jongeren met overgewicht in 2009 lager te laten zijn dan 19%.

Bovengenoemde doelstellingen lijken beperkt, maar zijn dat niet, gezien de snelle stijging van overgewicht en de geringe beschikbaarheid van effectieve interventies.

Het is inmiddels steeds meer bekend en ook erkend dat ongezond gedrag en daarmee overgewicht vaak het resultaat is van interactie tussen individueel gedrag en de (sociale en fysieke) omgeving. Er moeten interventies worden ontwikkeld die op beide aspecten aangrijpen. Met het project 'Samen gezond' wordt een belangrijke stap in de goede

richting gezet. In overleg met betrokken partners zal nader worden bepaald op welke wijze het project in 2010 en 2011 kan worden voortgezet. Deelname aan EPODE Europese Netwerk kan een mogelijkheid zijn om (versneld) te werken aan een brede integrale aanpak. Het EPODE (Ensemble Prévenons l'Obésité Des Enfants) programma is ontwikkeld in Frankrijk in 2004, vanuit een evidence based community programma. Het programma beoogt een gezonde leefstijl bij gezinnen (doelgroep) te bereiken vanuit verschillende invalshoeken en met meerdere professionals door de gezinnen te ondersteunen in hun alledaagse activiteiten. De wijk of de stad is de setting, de uitvoering vindt plaats door een lokaal operationeel netwerk. Het project geniet de bescherming van het stadsbestuur. Naast de in het project 'Samen gezond' al betrokken partijen worden bijvoorbeeld ondernemingen, de detailhandel, horeca en woningbouwcorporaties betrokken.

De GGD is als belangrijke betrokken partner gevraagd het college over eventuele deelname van Zwolle aan het EPODE Europese Netwerk in het voorjaar van 2008 advies uit te brengen.

## 4.2 Verantwoord alcoholgebruik

Alcoholgebruik onder jongeren neemt de afgelopen jaren sterk toe. Nederlandse jongeren behoren tot de stevigste drinkers van Europa. Ook de regio IJsselland heeft hier zijn aandeel in. Behalve een toename in het gebruik van alcohol, wordt ook de leeftijd waarop de jongeren beginnen met drinken steeds lager. Daarnaast zijn ouders steeds toleranter geworden over het (toenemende) drankgebruik van hun kinderen.

De schadelijke gevolgen van overmatig alcoholgebruik zijn talrijk. Op korte termijn, als er veel wordt gedronken in korte tijd, loopt men het risico op een black-out of op een alcoholvergiftiging. Daarnaast neemt de kans op risicovol seksueel gedrag toe. Op de lange termijn heeft teveel alcohol negatieve effecten op het functioneren van diverse organen en systemen in het lichaam. Het verhoogt de kans op verschillende vormen van kanker, evenals het risico op een verhoogde bloeddruk en daarmee de kans op een beroerte en coronaire hartziekten. Verder heeft overmatig alcoholgebruik gevolgen voor de vruchtbaarheid bij zowel mannen als vrouwen en kan het beschadigen van hersenen en zenuwen tot gevolg hebben. Vooral op jongere leeftijd is alcoholgebruik schadelijk voor de ontwikkeling van de hersenen. Tevens hangt overmatig alcoholgebruik samen met agressie, criminaliteit, openbare orde en verkeersveiligheid. 70% van het uitgaansgeweld wordt veroorzaakt onder invloed van alcohol.

### Omvang van het probleem in Zwolle

De gemiddelde leeftijd waarop jongeren in Nederland hun eerste glas alcohol drinken is 12,2 jaar<sup>2</sup>. In de gezondheidsmonitor jongeren van de GGD Regio IJssel-Vecht 2007, zoals die medio 2008 beschikbaar komt, zal gerapporteerd worden per gemeente wanneer jongeren hun eerste glas alcohol gedronken hebben. De volgende gegevens komen uit de GGD gezondheidsmonitor jongeren uit 2003.

---

<sup>2</sup> Bron: Aankoop en gebruik van alcoholhoudende dranken door jongeren. IVO (2005). Onderzoek in opdracht van het NIGZ.



- 72% van de 12 tot en met 23-jarigen in Zwolle gaf in 2003 aan alcohol te drinken. In 1999 was dit nog 70%. Bij de groep 12 tot en met 15 jarigen was dit 44% (in 1999: 36%). Bij de 16 tot met 23-jarigen was dit 88% (in 1999 ook 88%).
- 21% van de 12 tot en met 23-jarigen in Zwolle gaf in 2003 aan regelmatig grote hoeveelheden alcohol te drinken (5 keer of meer per week 5 of meer glazen per keer drinken). Bij de groep 12 tot en met 15 jarigen was dit 5% en bij de groep 16 tot en met -23 jarigen was dit 25%.
- 84% van de ouders vinden het goed of zeggen er niets van als hun kind in de leeftijd van 12 tot en met 23 jaar drinkt. Bij de 12 tot en met 15 jarigen is dat 73% (in 1999: 67%) en in de leeftijd van 16 tot en met 23 jarigen is dat 89% (in 1999: 90%).

### **Plan van aanpak**

De gemeente Zwolle, de regiopolitie IJsselland, GGD regio IJssel-Vecht en Tactus verslavingszorg hebben in 2006 het initiatief genomen om tot een regionale aanpak te komen. Eind 2006 is een projectplan vastgesteld. Dit projectplan heeft inmiddels geresulteerd in het Alcoholmatigingsprogramma jeugd Regio IJsselland 2007-2011 dat op dit moment wordt uitgevoerd. Voor de aanpak van alcoholmatiging onder jeugd is gekozen voor een integrale benadering. Dit betekent dat de aanpak niet alleen moet voorzien in voorlichting, preventie en zelfregulering, maar ook in goede zorg- en hulpverlening en toezicht en handhaving en opsporing en vervolging. Bij deze aanpak werken de volgende partijen samen: De regiogemeenten, de provincie Overijssel, Tactus verslavingszorg, Politie IJsselland en de GGD regio IJssel-Vecht.

De aanpak richt zich primair op de doelgroep jongeren van 10-24 jaar en op hun ouders. Secundaire doelgroepen zijn het onderwijs, verenigingen, jeugd- en jongerenwerk, winkeliers en horeca. Er worden activiteiten ontwikkeld en uitgevoerd op scholen, met ouders/verzorgers en bij verenigingen en in het uitgaanscircuits. Er zijn 32 interventies ontwikkeld, waarvan er 10 behoren tot het regionale basispakket aan beoogde resultaten. Een van de onderdelen van het regionale basispakket is 'Meer dan een biertje'. Deze interventie zet in op de doelgroep jongeren die onder invloed van alcohol Halt-waardige delicten plegen. Zij (en de ouders) krijgen een alternatieve (leer)straf aangeboden via Tactus. Een ander onderdeel is dat bij het preventief gezondheidsonderzoek op het basisonderwijs (groep 7) en het voortgezet onderwijs (klas 2) structureel en specifiek aandacht wordt besteed aan (de gevaren van) alcoholgebruik. In 2008 wordt dit geïmplementeerd met behulp van provinciale subsidie, waarna het vanaf 2009 wordt voortgezet met een bijdrage van alle gemeenten in de regio conform de gebruikelijke verdeelsystematiek (op basis van inwoneraantal).

Naast de 10 interventies die behoren tot het regionale basispakket is er ruimte voor een lokaal pluspakket. Eén van de activiteiten die Zwolle daarin uitvoert is de activiteit 'Outgaan in Zwolle'. Outgaan in Zwolle zet in op de doelgroep jongeren die het uitgaansleven in Zwolle bezoeken. Door middel van peers wordt gewerkt aan de bewustwording van de risico's van onder meer overmatig alcoholgebruik. Hierbij wordt samengewerkt met de horeca, politie en Tactus. Ook zet de gemeente Zwolle in het kader van Zwolle-Kampen Netwerkstad in op het initiatief "Jeugd, alcohol en verenigingen". Dit initiatief bestaat uit ondersteuning van verenigingen bij het voldoen

aan de drank- en horecawet alsmede het voeren van alcoholmatigingsbeleid en een aantal flankerende initiatieven en maatregelen. Tenslotte wordt ook in 2008 een verkrijgbaarheidsonderzoek (verkoop van alcoholhoudende drank onder de wettelijke leeftijdsgrens) uitgevoerd.

### **Doelstellingen**

Voor de periode 2007-2011 zijn de volgende *regionale* doelstellingen geformuleerd:

1. De omvang van de groep jongeren in de leeftijd van 12-24 jaar die drinkt, zal in 2011 niet groter zijn dan in 2003 (in 2003 in de regio IJssel-Vecht: 75,6%).
2. De gemiddelde startleeftijd waarop voor het eerst alcohol gedronken wordt zal in 2011 niet lager zijn dan in 2007 (meting 2007 nog niet beschikbaar).
3. De omvang van de groep 12-24 jarigen die regelmatig grote hoeveelheden drinkt neemt in 2011 niet toe ten opzichte van 2007 (meting 2007 nog niet beschikbaar)
4. Het percentage ouders dat het goed vindt of er niets van zegt dat hun kind/jongere (12-24 jaar) drinkt zal in 2011 niet stijgen (in 2003 in de regio IJssel-Vecht: 83,5%).

De raad heeft bij de behandeling van het alcoholmatigingsprogramma jeugd Regio IJsselland in een motie uitgesproken dat het gewenst is het ambitieniveau voor de afname van het problematisch drankgebruik in de gemeente Zwolle bij te stellen.

Conform de motie worden de doelstellingen 1, 2 en 3 dan als volgt geformuleerd:

1. De omvang van de groep 12-24-jarigen die alcohol drinkt zal in 2011 met 15% zijn afgenomen t.o.v. van 2003 (in Zwolle in 2003: 72%, dus in Zwolle in 2007:  $72 - (0,15 \cdot 72) = 61\%$ );
2. De gemiddelde startleeftijd waarop voor het eerst alcohol wordt gedronken in 2011 is met tenminste 1 jaar verhoogd ten opzichte van 2007;
3. De omvang van de groep 12-24 jarigen die regelmatig grote hoeveelheden alcohol drinkt is in 2011 met 25% is gedaald t.o.v. 2007 (In 2003 in Zwolle 23%, dus in 2011  $23 - (0,25 \cdot 23) = 17\%$ );

## **4.3 Gezonde ontwikkeling**

Ouders zijn primair verantwoordelijk voor een optimale ontwikkeling van hun kind. Maar wanneer kinderen of jongeren ernstig in hun ontwikkeling worden bedreigd of de opvoedtaak de ouders (te) zwaar valt, is het de taak van de overheid om samen met relevante maatschappelijke instellingen de juiste ondersteuning te bieden. Gedurende het hele leven van een kind, blijft de band met het gezin belangrijk voor een gezonde ontwikkeling. Vaak beïnvloeden verschillende factoren het ontstaan van opvoedings- en ontwikkelingsproblemen. Het karakter van het kind, in hoge mate ook de sociale omstandigheden waarin het gezin leeft, bepalen of moeilijkheden wel of niet hoog oplopen. Het heeft altijd te maken met de balans tussen beschermende factoren en risicofactoren. In gezinnen waar de sociale steun laag is, die in armoede leven, in éénoudergezinnen of gezinnen waar een van ouders psychisch ziek is, slaat de balans sneller door naar de verkeerde kant. Uiteindelijk kan dat leiden tot psychosociale problemen.

Psychosociale problemen staan een gezonde ontwikkeling van kinderen en jongeren in de weg en maken het moeilijk om goed te participeren in de samenleving. We spreken

enerzijds van internaliserende problematiek, waarbij sprake is van emotionele problemen als depressie, neerslachtigheid en gedachten over zelfdoding, en anderzijds van externaliserende problemen, zoals antisociaal gedrag, agressie, veel eten en/of drinken, lijnen of ander risicovol gedrag.

### **Omvang van het probleem in Zwolle**

Uit de Kindermonitor (GGD, 2006) blijkt dat 17% van de ouders van kinderen van 0-12 jaar de opvoeding (soms) als belastend ervaart. Informatie, advies of hulp op het gebied van de opvoeding wordt door 20% van de ouders op prijs gesteld.

19% van de ouders weet niet waar zij terecht kunnen voor opvoedingsondersteuning.

Ouders hebben het meest behoefte aan informatie over gezondheid (30%), gedrag (30%), regels en afspraken (25%), ouder-kind communicatie (25%) en school (29%).

Uit de jongerenmonitor (GGD, 2003) blijkt dat één op de vijf jongeren (22%) tussen de 12 en 24 jaar psychosociale problemen heeft. Bij meisjes (30%) ligt dit percentage beduidend hoger dan bij jongens (14%).

### **Plan van aanpak**

Aan de gezonde ontwikkeling van jongeren wordt op de volgende manieren gewerkt:

1. Ontwikkeling van een centrum voor jeugd en gezin (CJG), dat snel, goed en gecoördineerd advies en hulp op maat geeft. Eén gezin, één plan. Samenwerking over de grenzen van bestaande organisaties heen is hiervoor een noodzakelijke randvoorwaarde. In dit kader valt ook de bemoeizorg jeugd. Op grond van de Tijdelijke regeling CJG ontvangt de gemeente een meerjarige uitkering voor onder meer het realiseren van tenminste één CJG.
2. Verbinden van bestaande initiatieven voor opvoedingsondersteuning.
3. Uitvoering geven aan het plan 'Onderwijs, Zorg, Kwalificatie, Werk: Samenwerken aan het voorkomen en bestrijden van voortijdig schoolverlaten'. Hierbij wordt ingezet op de keten van vroegtijdige signalering tot hulpverlening. Er wordt gewerkt aan het verbeteren van het sluitende vangnet waarbij scholen, leerplichtambtenaar en jeugdgezondheidszorg frequent, langdurig of bijzonder ziekteverzuim signaleren en begeleiden (project ziekteverzuim als signaal (ZAS))
4. Weerbaarheid en sociale vaardigheden van jongeren vergroten. Het is van belang om de sociale vaardigheden, de weerbaarheid en het zelfbewustzijn van kinderen in de laatste jaren van het basisonderwijs en de eerste jaren van het voortgezet onderwijs positief te beïnvloeden. Sociale vaardigheidstrainingen en weerbaarheidstrainingen bieden ondersteuning tijdens de jaren van onzekerheid en het zoeken naar gedragsalternatieven.
5. Collectieve GGZ preventie gericht op jongeren met depressieve klachten.

### **Doelstellingen**

Voor de periode 2007-2011 zijn de volgende doelstellingen geformuleerd:

1. In 2011 is er tenminste één Centrum voor jeugd en gezin, waar alle kinderen, jeugdigen en hun ouders voor informatie, advies en hulp bij opgroei- en opvoedvragen terecht kunnen.
2. In 2011 is er 100% dekking van ZAT's voor 4-23 jarigen, in relatie tot de ontwikkeling van het CJG

3. In 2011 zijn voor de leeftijdsgroep 4-18 jaar weerbaarheidsprogramma's beschikbaar.
4. In 2010 is de ZAS aanpak op alle scholen voor voortgezet onderwijs geïmplementeerd.

De financiering van de ZAT's in het voortgezet onderwijs en binnen MBO-scholen loopt eind 2009 af. In overleg met betrokken partners en in relatie tot de ontwikkeling van de visie en de inrichting van het CJG in Zwolle zal een voorstel worden ontwikkeld over de financiering van de ZAT's na 2009.

#### **4.4 Voorkomen van depressie bij ouderen**

Depressies treden in verschillende vormen op en worden gerekend tot de stemmingsstoornissen. De belangrijkste symptomen van depressie zijn aanhoudende neerslachtige stemming en een ernstig verlies aan interesse in bijna alle dagelijkse activiteiten, gedurende minimaal twee weken. De neerslachtigheid bij depressie is heviger dan 'gewone' neerslachtigheid en klaart na een paar dagen niet vanzelf op. Daarnaast treden minstens vier van de volgende symptomen op: slaapstoornissen, moeheid en lusteloosheid, eetproblemen, problemen met concentratie en denken, schuldgevoelens, nihilistische gevoelens, piekeren over de dood en zelfdoding.

De gezondheidsrisico's bij depressie zijn groot. Mensen met een depressieve stoornis zijn ernstig beperkt in hun sociaal en maatschappelijk functioneren. Het is een psychische stoornis met een hoge ziektelast. Depressie heeft grote nadelige invloed op de kwaliteit van leven. Depressie gaat vaak samen met angststoornissen en alcoholmisbruik. Bij ouderen zijn chronische ziekten, eenzaamheid en ingrijpende levensgebeurtenissen, zoals het verlies van een partner, belangrijke risicofactoren. Door preventie en vroegtijdige interventie kan de ziektelast van depressie naar verwachting met 40% worden teruggedrongen.

##### **Omvang van het probleem in Zwolle**

De ouderenmonitor (GGD, 2006) heeft de psychische gezondheid van inwoners van 65 jaar en ouder gemeten met de MHI-5 (een onderdeel voor een algemene maat voor de kwaliteit van leven en meet de algemene psychische gezondheid met 5 vragen over gevoelens van geluk, somberheid en angst). Hieruit blijkt dat 12% psychisch licht of matig ongezond is en 1% ernstig psychisch ongezond. Deze gegevens hebben alleen betrekking op zelfstandig wonende ouderen. Van de 65 tot 75 jarigen voelt 36% zich eenzaam, 18% maakt zich zorgen over een probleem dat hen dag en nacht bezighoudt.

##### **Plan van aanpak**

Voortzetten collectieve preventie GGZ gericht op het voorkomen van depressies bij ouderen.

We willen de RIAGG en de GGD verzoeken nog in 2008 een inventarisatie c.q. onderzoek uit te voeren naar werkzame interventies op het gebied van depressie bij ouderen. Hiervoor kan een budget beschikbaar worden gesteld ten laste van het innovatiebudget gezondheid en zorg.

Mede op basis van de resultaten van voornoemd onderzoek willen wij instellingen verzoeken een plan te maken om onderstaande doelstellingen te bereiken. Voor de uitvoering van plannen met ingang van 2009 of zoveel eerder een budget beschikbaar te stellen van maximaal € 30.000,- ten laste van de middelen maatwerk gezondheid algemeen.

### **Doelstellingen**

Voor de periode 2007-2011 zijn de volgende doelstellingen geformuleerd:

1. De urgentie van het probleem depressie en eenzaamheid bij ouderen onder de aandacht brengen bij de betrokken regionale en lokale partijen.
2. Het inzichtelijk maken van hiaten en knelpunten in de zorgketen rondom depressiepreventie bij ouderen met als uiteindelijke doel;
3. De ketenzorg sluitend maken, het bereik van preventieve interventies verhogen en eenzaamheid en depressie onder ouderen terugdringen.

## 5. Financiën

Voor gezondheidsbeleid staat in 2007 bijna 3 miljoen euro in de begroting genoemd. Vanaf 2008 wordt daaraan structureel € 50.000,- toegevoegd in het kader van nieuw beleid. Onderstaande begroting geeft aan hoe deze middelen, maatwerk gezondheidsbeleid algemeen, worden ingezet. Daarnaast zijn er projecten die reeds worden gedekt uit andere middelen. Deze middelen worden niet in onderstaand begroting genoemd.

De speerpunten Gezond gewicht en Verantwoord alcoholgebruik worden binnen de reeds vastgestelde plannen van aanpak uitgevoerd. Hierbij merken wij op dat de GSB financiering voor het speerpunt 'Gezond gewicht (inclusief diabetes) eind 2009 afloopt. De verwachting is overigens dat de hiermee gemoeide rijksmiddelen wel gezondheidsbeleid beschikbaar blijven. Voor verantwoord alcoholgebruik geldt vanaf 2009 een gemeentelijke bijdrage van € 7.000,- ten behoeve van het verstrekken van informatie en advies over alcohol tijdens het preventief gezondheidsonderzoek van alle kinderen in groep 7 van het basisonderwijs en hun ouders.

Het speerpunt Gezonde ontwikkeling wordt voornamelijk betaald uit de reguliere middelen voor jeugdbeleid en voortijdig schoolverlaten. De GSB financiering voor de ontwikkeling van Zorg Advies Team's in het Voortgezet onderwijs en op MBO-scholen loopt eind 2009 af.

Voor de uitbreiding van het project Ziekteverzuim als signaal is nu een verhoging noodzakelijk van de gemeentelijke bijdrage aan de GGD van € 4.388,- in 2008 en € 8.776,- vanaf 2009. De collectieve preventie GGZ voor jongeren wordt uit het budget collectieve preventie GGZ betaald (onderdeel WMO-integratieuitkering).

Het speerpunt Voorkomen van depressie wordt deels bekostigd uit de middelen voor collectieve preventie GGZ. Daarnaast wordt maximaal € 30.000,- per jaar gereserveerd om de doelstellingen te behalen.

Technische hygiëne zorg is een kerntaak van de openbare gezondheidszorg en is vooral van belang om de gezondheid van kwetsbare groepen als jonge kinderen (peuterspeelzalen, kindercentra en basisscholen) en dak- en thuislozen te beschermen. Tot nu toe is de inspectie van basisscholen voor speciaal onderwijs en instellingen voor dak- en thuislozen niet opgenomen in de afspraken met de GGD. De extra kosten bedragen naar verwachting circa € 2.300,- per jaar.

### *Defibrillators*

Gemeenten hebben geen verplichte rol of wettelijke taak waar het de inzet van Automatische Externe Defibrillatoren (AED's) betreft. Inmiddels is bekend dat ook politieauto's worden uitgerust met AED's.

Het college heeft een onderzoek uitgevoerd naar de huidige stand van zaken betreffende de inzet van AED's en vrijwillige hulpverleners in de stad.

Op basis daarvan heeft het college besloten de raad voor te stellen te besluiten tot een intensivering van de inzet van AED's en vrijwillige hulpverleners als aanvulling op de bestaande situatie die vrijwel volledig door particulier initiatief tot stand is gekomen. De financiële gevolgen hiervan worden enerzijds meegenomen bij de begroting 2009 en anderzijds wordt binnen het budget maatwerk gezondheidsbeleid algemeen vanaf 2009 een bedrag van € 10.000,- gereserveerd.

	2008	2009	2010	2011
<b>Inkomsten</b>				
Structureel begroting ( maatwerkgelden gezondheid algemeen)	€ 50.000,-	€ 50.000,-	€ 50.000,-	€ 50.000,-
<b>Uitgaven</b>				
Gezond gewicht				
Verantwoord alcohol gebruik: Alcohol advies		7.000,-	7.000,-	7.000,-
Gezonde ontwikkeling: Ziekteverzuim als signaal	4.388,-	8.776,-	8.776,-	8.776,-
Voorkomen van depressie	30.000,-	21.924,-	21.924,-	21.924,-
Intensivering AED's		10.000,-	10.000,-	10.000,-
Technische hygiënezorg	2.300,-	2.300,-	2.300,-	2.300,-
JGZ maatwerk	13.312,-			
Totaal	€ 50.000,-	€ 50.000,-	€ 50.000,-	€ 50.000,-

#### **Instellen innovatiebudget gezondheid en zorg**

In 2007 zijn de middelen van de voormalige AWBZ regeling Diensten bij wonen met zorg overgeheveld naar de integratiewet WMO. Daarmee wordt de rol van de gemeente op het gebied van gezondheid en zorg steeds groter. In de begroting is geen ruimte om snel en effectief zaken in gang te zetten op dit terrein. Daarom wordt voorgesteld het budget van de voormalige AWBZ regeling Diensten bij wonen en zorg ad € 34.000,- beschikbaar te stellen voor een innovatiebudget gezondheid en zorg. Incidentele activiteiten op het gebied van gezondheid en zorg kunnen hier voortaan uit betaald worden. Voorwaarde is dat de activiteiten passen binnen de doelstellingen van

het programma gezondheid en zorg, stimuleren en faciliteren en er geen andere financiële middelen voor handen zijn.

Voor 2008 komen de volgende projecten in aanmerking:

- Frisse scholen	€ 6.300,-
- Meerkosten uitvoeren van volwassenenmonitor op wijkniveau in Zwolle	€ PM
- Deskundigheidsbevordering van Riagg medewerkers op het gebied van specifieke problematiek van statushouders en verwerven interculturele vaardigheden;	€ 20.000,-
- opdracht aan GGD voor inventarisatie van interventies en beschikbaar aanbod m.b.t. preventie van roken;	€ PM
- Inventarisatie/onderzoek naar werkzame interventies op het gebied van depressie bij ouderen	€ PM
- Onderzoek naar Inloophuizen GGZ	€ 20.000,-

#### *Frisse scholen*

In het voorstel 'Frisse scholen in Overijssel' is de doelstelling uit de regionale preventienota om het binnenmilieu van scholen te verbeteren uitgewerkt. Het project is erop gericht om alle gemeenten en 25% van alle basisscholen heel gericht te adviseren over verbetering van het binnenmilieu en energiebesparing door gedrag en technische maatregelen. De kosten van dit project worden gedekt uit subsidie van de provincie Overijssel, bijdragen van de scholen zelf en een bijdrage per deelnemende school vanuit de gemeente. Voor Zwolle komt dit voor 25% van de basisscholen neer op 18 basisscholen x € 350,- = € 6.300,-. Het project sluit aan bij het pilot project 'Gezonde Klassen waarin scholen, gemeente Zwolle, Stork, Unica en Novon participeren.

#### *Meerkosten uitvoeren van de Volwassenenmonitor in 2008*

In 2008 wordt door de GGD Regio IJssel-Vecht in samenwerking met de GGD Twente en de GGD'en in Gelderland voor de eerste keer een gezondheidsmonitor voor volwassenen uitgevoerd.

Het voorstel is om evenals bij jeugdmonitor de gezondheidsmonitor voor volwassenen in Zwolle op wijkniveau uit te voeren. Dit biedt de gemeente de kans om gezondheidsprofielen per wijk te kunnen maken. Hiermee zijn relevante gegevens beschikbaar voor het ontwikkelen/bijstellen en uitvoeren van het lokaal gezondheidsbeleid en voor de ontwikkeling en uitvoering van het WMO beleid.

#### *Deskundigheidsbevordering Riagg medewerkers*

Bij de Stichting Vluchtelingenwerk Overijssel en de eenheid Sociale Zaken van de gemeente Zwolle, constateert men een toename van statushouders met psychosociale problemen. Na jarenlang vechten en wachten op zekerheid in hun bestaan valt men na het verlossende woord in een soort leegte. Door het Generaal Pardon zijn er nu relatief veel statushouders die met deze problematiek te maken hebben.

Om deze problemen te voorkomen, of in een vroeg stadium aan te pakken, is het landelijke programma Mind-Spring opgezet. In Mind-Spring werken de GGZ, de



Medische Opvang Asielzoekers, het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers, Vluchtelingen Werk groepen, Pharos en diverse organisaties in het werkveld van asielzoekers en vluchtelingen samen.  
In Zwolle zijn het Riagg en Stichting vluchtelingenwerk Overijssel initiatiefnemers.

De kosten van Mind-Spring bedragen ongeveer € 20.000,- op jaarbasis. De financiële middelen worden ingezet voor de opleiding van medewerkers van de Riagg om zich te verdiepen in de specifieke problematiek van statushouders en het verwerven van interculturele vaardigheden. Voor het huidig aantal statushouders in Zwolle met psychosociale problemen zou dit bedrag toereikend moeten zijn.

*Inventarisatie van interventies en beschikbaar aanbod met betrekking tot preventie van roken.*

Wij willen graag in overleg met de GGD nagaan of het huidig beleid van de gemeente met betrekking tot preventie van roken aanvulling behoeft.  
Daartoe zullen wij de GGD verzoeken een inventarisatie uit te voeren van bestaande interventies en reeds beschikbaar aanbod in Zwolle en omgeving en op basis van deze inventarisatie en rekening houdend met landelijke initiatieven een advies aan het college uit te brengen.

*Inventarisatie/onderzoek naar werkzame interventies op het gebied van depressie bij ouderen*

We willen de RIAGG en de GGD verzoeken nog in 2008 een inventarisatie c.q. onderzoek uit te voeren naar werkzame interventies op het gebied van depressie bij ouderen.

*Onderzoek naar Inloophuizen GGZ*

Sinds 2007 financiert de Gemeente Zwolle een drietal inloophuizen. De inloophuizen werden daarvoor gefinancierd door het zorgkantoor in het kader van de zorgvernieuwingsgelden. De activiteiten zijn toen beleidsarm overgenomen, nu is echter nadere beleidsontwikkeling wenselijk. De beleidsontwikkeling wordt gestart op basis van een onderzoek naar de doelgroep. Welke kenmerken hebben de bezoekers en welke wensen/ behoeften? Op basis daarvan wordt bepaald op welke wijze de inloophuizen in het kader van de WMO een functie kunnen vervullen. Verwacht wordt daarna de beschikbare middelen meer efficiënt en effectief te kunnen inzetten.

## 6. Samenvatting

### Het (wettelijk) kader voor het lokaal gezondheidsbeleid

De WCPV schrijft de gemeente een aantal taken voor, waarover voornamelijk met de GGD afspraken worden gemaakt op regionaal niveau en op lokaal niveau. Het betreft de taken jeugdgezondheidszorg, gezondheidsbevordering, epidemiologisch onderzoek, infectieziektebestrijding, technische hygiënezorg, medische milieukunde en forensische geneeskunde. De gemeenten hebben ook de taak om bij het nemen van beleidsbeslissingen, op andere terreinen dan op het terrein van de volksgezondheid, de gevolgen voor de volksgezondheid af te wegen en hierover advies in te winnen bij de GGD.

In maart 2008 heeft de minister van VWS het wetsvoorstel Publieke Gezondheid 1<sup>e</sup> tranche naar de Tweede Kamer gestuurd. De wet maakt het mogelijk sneller in te grijpen bij mondiale bedreigingen van de infectieziektebestrijding. De jeugdgezondheidszorg en de verhouding tot de WMO en de Wet op de Jeugdzorg komen mogelijk in de 2<sup>e</sup> tranche van het wetsvoorstel aan de orde. De minister wil in deze tranche komen tot verdere bijstellingen in de publieke gezondheid.

Als gevolg van de ontvlechting van de brandweertaken en de Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen (GHOR) uit de regio IJssel-Vecht zal de GGD in de loop van 2008 opnieuw worden gepositioneerd in een zelfstandige regio, gebaseerd op een gemeenschappelijke regeling. Regiogemeenten en GGD streven naar een met de Veiligheidsregio IJsselland congruent werkgebied, per 2010 wettelijk verplicht. In 2009 zullen regiogemeenten en GGD nader bepalen wat de beleidsuitvoerende en beleidsontwikkende taken van de GGD zullen zijn.

Uit de preventienota van het Rijk 'Kiezen voor een gezond leven' (2006) en de kabinetsvisie 'Gezond zijn, gezond blijven; een visie op gezondheid en preventie (2007) blijkt duidelijk dat preventiebeleid deels anders aangepakt dient te worden. Het Rijk kiest voor een sterkere regie vanuit de landelijke overheid waarbij wordt ingezet op het stellen van landelijke prioriteiten (roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie), meer toespitsen op risicogroepen (mensen met een lage SES), samenhangend en integraal beleid (parallele belangen), bevorderen van een gezonde leefstijl, een settinggerichte aanpak (wijk, school, sport, werk en zorg). Op basis van de landelijke preventienota is in de regio IJssel-Vecht een regionale preventienota Samenwerken aan een gezond leven opgesteld.

### Lokaal gezondheidsbeleid

De reguliere taken worden vooralsnog onveranderd voortgezet. In aanvulling hierop zal:

- het SOA/HIV team van de GGD zich de komende jaren specifiek richten op o.a. jongeren van 14-25 jaar;
- de inspecties in het kader van de technische hygiënezorg worden uitgebreid naar scholen voor speciaal onderwijs en instellingen voor dak- en thuislozen;
- in het kader van de medische milieukunde aandacht worden besteed aan het binnenmilieu van scholen

In de nota beperken wij ons verder tot enkele concrete, realistische en haalbare doelstellingen bij een beperkt aantal speerpunten.

Daarbij zijn de volgende uitgangspunten geformuleerd:

- *gedeelde verantwoordelijkheid*: preventie is een verantwoordelijkheid van de burgers, gemeente, rijk, provincie, zorgverzekeraars en aanbieders. De gemeente stelt zich actief op als partij die partners in de regio en stad met elkaar verbindt en daardoor meerwaarde creeëert in het het

bevorderen van gezondheidssituatie van inwoners van Zwolle, b.v. in het kader van Samen maken we de stad;

- *integraal gezondheidsbeleid*. In samenhang met het hiervoor genoemde uitgangspunt stimuleert de gemeente de totstandkoming van *integraal gezondheidsbeleid* op stedelijk niveau en waar mogelijk op wijkniveau:
  - \* het college komt met nadere voorstellen in aansluiting op de resultaten van het onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar de mate waarin de gemeente bij beleidsbeslissingen op andere terreinen dan het volksgezondheidsterrein de gevolgen voor de gezondheid afweegt;
  - \* het college stimuleert samenwerking tussen de sector gezondheidszorg en andere beleidssectoren gericht op beïnvloeding van meerdere factoren in onderlinge samenhang, zoals bijvoorbeeld in het project 'Gezonde klassen';
- *specifieke doelgroepen*: preventieve activiteiten vooral richten op groepen die een verhoogd risico hebben op gezondheidsproblemen of al een gezondheidsachterstand hebben en tevens op groepen met een verhoogde kans op gezondheidsbehoud of- winst;
- *settinggerichte aanpak*: mensen worden benaderd in hun dagelijkse leefomgeving, zoals school, de wijk of de sportclub;
- *regionale samenwerking*: waar mogelijk met buurgemeenten en gemeenten binnen de regio IJssel-Vecht.

In de nota is op basis van gegevens uit onderzoek, prioriteiten van de landelijke en regionale preventienota en hiervoor geformuleerde uitgangspunten gekozen voor de volgende speerpunten en doelgroepen:

Gezond gewicht	Jongeren, mensen met een lage SES
Verantwoord alcoholgebruik	Jongeren en hun ouders
Gezonde ontwikkeling	Jongeren en hun ouders
Voorkomen van depressie	Ouderen

In dit hoofdstuk wordt tot slot een overzicht gegeven van de belangrijkste aanpalende beleidsterreinen, zoals de WMO, prestatievelden 2, 5, 7/m 9, het Jeugdbeleid, Horecabeleid, Armoedebeleid en Integratiebeleid.

### **Uitwerking speerpunten**

Bij ieder speerpunt is de problematiek toegelicht, is de omvang van het probleem in Zwolle beschreven, wordt ingegaan op het plan van aanpak en wordt tot slot de te behalen doelstellingen geformuleerd. We beperken ons hier tot het weergeven van de geformuleerde doelstellingen per speerpunt.

#### *Gezond gewicht (inclusief diabetes)*

In het kader van het Meerjaren Ontwikkelingsplan 2005-2009 van de gemeente Zwolle zijn prestatieafspraken met het Rijk gemaakt over de aanpak van overgewicht onder 0-19 jarigen (geconcretiseerd in hierna genoemde doelstellingen 2 en 3). Deze doelstellingen zijn opgenomen in het plan van aanpak van het project 'Samen gezond' (voorheen project Gezond gewicht, gezonde wijk) tezamen met hierna geformuleerde doelstelling 1. voor de 2006-2009:

1. Van alle kinderen die door de jeugdgezondheidszorg 0-19 jarigen worden onderzocht, is uiterlijk in 2009 bekend hoeveel er een (on)gezond gewicht hebben;

2. In wijken waar het aantal 0-19 jarigen met overgewicht hoger is dan gemiddeld in Zwolle is voor de ouders van alle 4-9 jarigen een collectief preventieprogramma beschikbaar.
3. Voor 75% van Zwolse 0-19 jarigen met (dreigend) overgewicht worden één of meer individuele gezondheidsinterventies ingezet.

Daarbij heeft Zwolle voor de periode 2005-2009 ingezet op ombuiging van de stijgende trend van het aantal 0-19 jarigen met overgewicht. Uitgaande van de trend in de periode 1999 tot en met 2004 van 11% naar 15% en de verwachte verdere groei van het aantal 0-19 jarigen met overgewicht stelt Zwolle zich ten doel om het aantal jongeren met overgewicht in 2009 lager te laten zijn dan 19%.

Bovengenoemde doelstellingen lijken beperkt, maar zijn dat niet, gezien de snelle stijging van overgewicht en de geringe beschikbaarheid van effectieve interventies.

Binnen met name het project 'Samen gezond' wordt gewerkt aan het behalen van hiervoor genoemde doelstellingen. Het project loopt eind 2009 af. In overleg met betrokken partners zullen wij een besluit voorbereiden op welke wijze het project in 2010 en 2011 kan worden voortgezet.

#### *Verantwoord alcoholgebruik*

Voor de periode 2007-2011 zijn de volgende *regionale* doelstellingen geformuleerd:

1. De omvang van de groep jongeren in de leeftijd van 12-24 jaar die drinkt, zal in 2011 niet groter zijn dan in 2003 (in 2003 in de regio IJssel-Vecht: 75,6%).
2. De gemiddelde startleeftijd waarop voor het eerst alcohol gedronken wordt zal in 2011 niet lager zijn dan in 2007 (meting 2007 nog niet beschikbaar).
3. De omvang van de groep 12-24 jarigen die regelmatig grote hoeveelheden drinkt neemt in 2011 niet toe ten opzichte van 2007 (meting 2007 nog niet beschikbaar)

De raad heeft bij de behandeling van het alcoholmatigingsprogramma jeugd Regio IJsselland in een motie uitgesproken dat het gewenst is het ambitieniveau voor de afname van het problematisch drankgebruik in de gemeente Zwolle wordt bijgesteld. Conform de motie worden de doelstellingen 1,2 en 3 dan als volgt:

1. De omvang van de groep 12-24-jarigen die alcohol drinkt zal in 2011 met 15% zijn afgenomen t.o.v. van 2003 (in Zwolle in 2003: 72%, dus in Zwolle in 2007:  $72 - (0,15 \cdot 72) = 61\%$ );
2. De gemiddelde startleeftijd waarop voor het eerst alcohol wordt gedronken in 2011 is met tenminste 1 jaar verhoogd t.o.v. 2007;
3. De omvang van de groep 12-24 jarigen die regelmatig grote hoeveelheden alcohol drinkt is in 2011 met 25% is gedaald t.o.v. 2007 (In 2003 in Zwolle 23%, dus in 2011  $23 - (0,25 \cdot 23) = 17\%$ ).

#### *Gezonde ontwikkeling*

Voor de periode 2007-2011 zijn de volgende doelstellingen geformuleerd:

1. In 2011 is er tenminste één Centrum voor jeugd en gezin, waar alle kinderen, jeugdigen en hun ouders voor informatie, advies en hulp bij opgroei- en opvoedvragen terecht kunnen.
2. In 2011 is er 100% dekking van ZAT's voor 4-23 jarigen, in relatie tot de ontwikkeling van het CJG.
3. In 2011 zijn voor de leeftijdsgroep 4-18 jaar weerbaarheidprogramma's beschikbaar.
4. In 2010 is de ZAS-aanpak op alle scholen voor voortgezet onderwijs geïmplementeerd.

De financiering van de ZAT's in het voortgezet onderwijs en binnen MBO-scholen loopt eind 2009 af. In overleg met betrokken partners en in relatie tot de ontwikkeling van de visie en de inrichting van het CJG in Zwolle zal een voorstel worden ontwikkeld over de financiering van de ZAT's na 2009.

### *Voorkomen van depressie bij ouderen*

Voor de periode 2007-2011 zijn de volgende doelstellingen geformuleerd:

1. De urgentie van het probleem depressie en eenzaamheid bij ouderen onder de aandacht brengen bij de betrokken regionale en lokale partijen.
2. Het inzichtelijk maken van hiaten en knelpunten in de zorgketen rondom depressiepreventie bij ouderen met als uiteindelijke doel;
3. De ketenzorg sluitend maken, het bereik van preventieve interventies verhogen en eenzaamheid en depressie onder ouderen terugdringen.

### **Financiën**

In hoofdstuk 5 van de concept nota wordt aangegeven over welke projecten al besluitvorming heeft plaatsgevonden en hoeveel middelen hiervoor zijn gereserveerd en welke aanvragen in voorbereiding zijn (voorstel intensivering van AED's,).

Het college heeft in 2007 besloten de voormalige regeling Diensten bij wonen en zorg en de daarbij behorende structurele financiële middelen ad € 34.000,- die in 2007 van de AWBZ naar de WMO zijn overgeheveld te bestemmen voor het innovatiebudget gezondheid en zorg. De bedoeling is dit budget in te zetten voor incidentele activiteiten, bijvoorbeeld het uitvoeren van onderzoeken, deskundigheidsbevordering e.d. en eventueel voor een pilot project voor 2 jaar op het terrein van de gezondheid en zorg. De activiteiten kunnen betrekking hebben op alle onderdelen van het lokaal gezondheidsbeleid en de WMO.

Er zijn op dit moment diverse éénmalige activiteiten bekend die in aanmerking kunnen komen voor financiering uit dit budget.

## 7. **Bijlage: Evaluatie nota Zwolle een gezonde stad (2002-2006)**

Op grond van de evaluatie van het lokaal gezondheidsbeleid 2003-2006 zijn de volgende algemene conclusies en aanbevelingen getrokken:

### **Regie**

De wijze waarop een aantal doelstellingen in de afgelopen periode is gerealiseerd, laat zien dat de gemeente de regiefunctie op het terrein van het lokaal gezondheidsbeleid vooral moet invullen als partij die partners in de stad met elkaar verbindt en via een gezamenlijke aanpak bijdraagt aan het behalen van gezondheidswinst. Die rol als verbinder dient ook binnen de gemeente actief vorm te worden gegeven. Voortdurend moeten verbindingen worden gelegd met andere beleidsvelden (b.v. armoedebeleid, ruimtelijke ordening) gericht op bescherming en bevordering van de gezondheid van Zwollenaren. Netwerkontwikkeling, naar binnen en naar buiten, is en blijft hard nodig. Daarvoor dient voldoende capaciteit in de organisatie beschikbaar te zijn.

### **Monitoring**

Goed inzicht in de gezondheidsontwikkeling van de Zwolse bevolking en gezondheidsrisico's die zich voordoen is een belangrijke voorwaarde om succesvol invulling te geven aan de verbindende rol van de gemeente en inwoners en maatschappelijke partners letterlijk en figuurlijk in beweging te krijgen. Daarvoor kan nog beter gebruik worden gemaakt van reeds beschikbare informatiebronnen over de lokale en regionale gezondheidssituatie, met name de gezondheidsmonitoren van GGD Regio IJssel-Vecht. Hiervoor is in de regionale preventienota al veel voorwerk gedaan.

### **Beperkt aantal SMART-doelstellingen**

Beperking tot enkele, concrete, realistische en haalbare doelstellingen (SMART-geformuleerd) biedt de meeste kansen om ook daadwerkelijk gezondheidswinst te behalen. Daarbij dient helder aangegeven te worden waarop de gemeente mag worden aangesproken en waarop de gemeente anderen zal aanspreken.

### **Beperking tot wettelijke taken op grond van de WCPV**

Beperk het lokaal gezondheidsbeleid tot de wettelijke taken op grond van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV). Problemen in de eerste en tweedelijns gezondheidszorg komen beperkt aan de orde, alleen in het kader van preventieve activiteiten.

### **Afspraken over taken GGD**

Voor een succesvol lokaal gezondheidsbeleid dienen heldere afspraken te worden gemaakt over de rol van de GGD in het lokaal en regionaal gezondheidsbeleid. De GGD kan als bij uitstek deskundige organisatie op het gebied van de ontwikkeling en bevordering van gezondheid de gemeente ondersteunen in het mobiliseren van lokale en regionale partners om tot een gecoördineerde aanpak van gezondheidsproblemen te komen. Maak heldere afspraken met de GGD over de uitvoering van WCPV-taken.

### **Duidelijk financieel kader**

Voor een succesvol gezondheidsbeleid is een duidelijk financieel kader nodig. Ambitie is goed, maar voor succesvol gezondheidsbeleid is een zeker evenwicht tussen doelstellingen en beschikbare middelen (naast financiën, personeel, regelgeving) noodzakelijk.

### **Goede samenhang met rijksbeleid**

Succesvol preventiebeleid vraagt ook om een goede samenhang tussen rijks- en gemeentelijk beleid door aansluiting bij prioriteiten die de landelijke preventienota 2007-2010 naar voren worden gebracht (overgewicht, diabetes, alcohol, roken en depressie). De regionale preventienota (2007) biedt hiervoor een goede aanzet.

### **Kies voor specifieke doelgroepen**

Bepaal per onderwerp specifieke doelgroepen. Dit betekent een verdere toespitsing van de inzet op inwoners die behoren tot groepen met een verhoogd risico op gezondheidsproblemen of juist groepen met een verhoogde kans op gezondheidsbehoud of –winst.