

SamenWerken aan  
gezondheid in  
's-Hertogenbosch

Lokale gezondheidsnota 2008-2011

# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	<b>2</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>3</b>
1.1 Algemeen	3
1.2 Landelijk kader en lokale kaders	4
1.3 Totstandkoming en leeswijzer	5
<b>2. Gezondheidssituatie in 's-Hertogenbosch</b>	<b>6</b>
2.1 Inleiding	6
2.2 Gezondheid in Nederland	6
2.3 Gezondheidsanalyse gemeente 's-Hertogenbosch 2007	7
2.4 Evaluatie gezondheidsbeleid 2003-2007	10
<b>3. Een visie op gezondheid en preventie</b>	<b>12</b>
3.1 Inleiding en definitie	12
3.2 Wettelijke taken voor de gemeente	12
3.3 Visie	13
3.4 Hoofddoelstelling en gemeentelijke rol	14
<b>4. Strategie, speerpunten van beleid</b>	<b>15</b>
4.1 Inleiding	15
4.2 Een gezonde buurt	15
4.3 Een gezonde leefstijl	18
4.4 Een gezonde samenwerking met zorgverzekeraar(s) en eerstelijnszorg	23
<b>5. Verantwoording en financiën</b>	<b>25</b>
<b>Bijlagen</b>	
Bijlage 1 Overzicht gemeentelijke taken Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv)	26
Bijlage 2 Samenhang acties en visie in een schema	29
Lijst met afkortingen	30

## Samenvatting

De nota "SamenWerken aan gezondheid" heeft als doel, een bijdrage te leveren aan het beschermen en verbeteren van de gezondheid van de inwoners van 's-Hertogenbosch.

Omdat gezondheidsverschillen in grote mate veroorzaakt worden door verschillen in sociaal-economische status en leefomgeving kiezen we ervoor om in te zetten op de aandachtsbuurten waar de meeste gezondheidswinst te behalen is. Te weten Gestelse buurt, Orthen Links, Boschveld, Bartjes/Eikendonk/Hofstad, Hambaken, Haren/Donk/Reit, Aawijk en Kruiskamp.

De gemeente vindt het belangrijk deze mensen te helpen hun gezondheid te bevorderen. Een gezonde leefstijl (preventie) staat hierbij voorop.

Om de gezondheidsverschillen verder te verkleinen wordt de komende jaren actief ingezet om een verbinding te leggen tussen gezondheid en grote sociale onderwerpen zoals armoedebeleid, Wmo-beleid, sportbeleid, jeugdbeleid en woonbeleid.

SamenWerken op al deze terreinen tussen burgers, betrokken veldpartijen en gemeentelijke diensten is de sleutel om als gemeente de beste voorwaarden te scheppen voor gezonde burgers.

Het beleid wordt uitgewerkt met de volgende uitgangspunten:

- Preventie. 'Voorkómen is beter dan genezen';
- Aanpak. Wijk/buurtgericht werk. De wijk/buurt is uitgangspunt voor SamenWerken aan gezondheid;
- Maatschappelijke verantwoordelijkheid en gedeeld belang. Gemeenten, instellingen, zorgverzekeraars, bedrijfsleven, scholen, etc. delen een maatschappelijke verantwoordelijkheid voor gezondheid;
- Budgettair neutraal. Niet de inzet van meer middelen, maar de bundeling van interne en externe middelen moet tot meer effectiviteit leiden.

Rekening houdend met de ervaringen van de laatste vier jaar, de gezondheidsanalyse 2007, landelijke richtlijnen en kernboodschappen van vertegenwoordigers van de doelgroep, zorgverzekeraar en organisaties uit het veld, is gekozen voor de volgende prioritaire thema's in 2008-2011:

- Een gezonde buurt
- Een gezonde leefstijl (aandachtspunten: overgewicht, schadelijk alcoholgebruik jongeren, roken, depressie)
- Een "gezonde" samenwerking met zorgverzekeraar(s) en eerstelijnszorg

De thema's worden uitgewerkt in ambities, doelstellingen, oplossingsrichtingen en indicatoren.

Op basis van deze nota "SamenWerken aan gezondheid" zal het college vervolgens een activiteitenprogramma opstellen.

# 1. Inleiding

## 1.1 Algemeen

De stad 's-Hertogenbosch is net zo gezond als haar 136.000 inwoners. De gezondheid van onze inwoners bepaalt mede de sociale, economische en culturele mogelijkheden van onze stad. Het bepaalt de kracht en ruimte voor de stad! Maar hoe gezond is 's-Hertogenbosch eigenlijk? De cijfers maken duidelijk dat meer inwoners meer jaren in gezondheid leven dan in 2004. Gezondheidsachterstanden in aandachtsbuurten zijn tot staan gebracht. Toch is de gezondheid in 's-Hertogenbosch nog niet zoals die zou kunnen zijn. De gezondheid kan veel beter.

De landelijke thema's overgewicht, schadelijk alcoholgebruik (onder jongeren), roken en depressie scoren hoog in 's-Hertogenbosch. Ongezond gedrag komt in 's-Hertogenbosch veel voor. Dit levert een aanzienlijk verlies van gezondheid op, zoals psychische stoornissen, hart- en vaatziekten, kanker, ziekten aan het bewegingsapparaat, chronische luchtwegaandoeningen en diabetes. Ongezond gedrag staat niet op zichzelf, maar hangt nauw samen met de sociale en fysieke omgeving op allerlei niveaus, zoals gezin, school en/of buurt, voorzieningen.

In 's-Hertogenbosch zijn er nog altijd verschillen tussen groepen. De aandachtsbuurten Gestelse buurt, Orthen Links, Bartjes/Eikendonk/Hofstad, Boschveld, Hambaken, Haren/Donk/Reit, Aawijk/Graafsewijk-zuid en Kruiskamp laten de grootste gezondheidsachterstanden (slechtere mentale en fysieke gezondheid) zien. Sociaal economische (inkomen, werksituatie en opleiding) en culturele verschillen spelen hier een rol. Dat vraagt om actie en maakt SamenWerken aan gezondheid een uitdaging. Deze nota presenteert de belangrijkste gezondheidsthema's voor 2008-2011.

In dit hoofdstuk wordt kort ingegaan op de plaats en positie van het gemeentelijk gezondheidsbeleid, de lokale gezondheidsnota 2004-2007, het landelijke en lokale kader en de werkwijze van totstandkoming van deze nota. Tot slot volgt een leeswijzer over de opzet van de nota.

### *Plaats en positie van het gemeentelijk gezondheidsbeleid*

Wij zijn als gemeente verantwoordelijk voor de openbare (publieke) gezondheidszorg. Dat wil zeggen het bewaken, beschermen en bevorderen van de gezondheidssituatie van burgers. Onze taken staan in de Wcpv (Wet collectieve preventie volksgezondheid) en met ingang van 1 januari 2009 in de nieuwe wet Publieke Gezondheidszorg, zie bijlage 1. Eén van de taken is, het om de vier jaar opstellen van gemeentelijk gezondheidsbeleid. Deze nota richt zich primair op gezondheidsbevordering en preventie.

### Gezondheidsbeleidscyclus

In de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) is de verhouding tussen landelijke en lokale overheid vastgelegd in een vierjarige preventiecyclus: De Volksgezondheids Toekomst Verkenning (VTV) stelt de stand van zaken vast, waarop het ministerie van VWS in zijn rijksnota zijn prioriteiten en speerpunten bepaalt. Vervolgens vertalen de gemeenten en de GGD'en de landelijke prioriteiten en speerpunten naar een lokaal gezondheidsbeleid. Aan het eind van de cyclus toetst de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) de staat van de openbare gezondheidszorg om de resultaten vervolgens aan te bieden voor het samenstellen van een nieuwe VTV.

Samengevat: de rijksoverheid stelt prioriteiten en zet kaders waarbinnen gemeenten verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van lokaal beleid, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft een toetsende taak.

### Gemeentelijk gezondheidsbeleid

Het gemeentelijk gezondheidsbeleidplan bevat thema's en doelgroepen waarop we ons in de periode 2008-2011 richten. Per thema worden ambities, doelen, indicatoren en oplossingsrichtingen (wat doen we nu al/wat gaan we nog meer doen) beschreven.

## **1.2 Landelijk kader en lokale kaders**

### *Landelijke kader*

Het kabinet geeft in de preventienota "Kiezen voor gezond leven", de nota "Gezond zijn, gezond blijven" en de kaderbrief 2007-2011 "Visie op gezondheid en preventie" landelijke speerpunten aan die richting geven aan de prioriteiten van het gemeentelijk gezondheidsbeleid 2008-2011. De vijf speerpunten zijn: overgewicht, diabetes, schadelijk alcoholgebruik (onder jongeren), roken en depressie.

Daarnaast zijn in het GSB-convenant 2005-2009 specifieke afspraken gemaakt m.b.t. het terugdringen van overgewicht bij kinderen en het terugdringen van gezondheidsachterstanden in (zes) aandachtswijken.

Ook zal de Inspectie voor de Gezondheidszorg nadrukkelijk toetsen of gemeenten samenhangend en integraal gezondheidsbeleid op bovengenoemde thema's voeren. Samenhangend beleid op de terreinen jeugd en onderwijs, welzijn, sport, milieu, ruimtelijke ordening en veiligheid, zorgt namelijk voor een belangrijke winst aan effectiviteit.

Verder wordt van de gemeente en GGD gevraagd om zichtbaarder te worden als belangrijke partner op het terrein van gezondheid en preventie. Een robuustere samenwerking tussen de GGD (publieke gezondheid) en de eerstelijnszorg moet tot stand worden gebracht.

Tot slot kondigt het kabinet aan dat specifiek gecontroleerd gaat worden of gemeenten gezondheidseffecten bij beleidsterreinen die de fysieke leefomgeving beïnvloeden, voldoende in de besluitvorming laten meewegen.

Naast de hierboven beschreven vereisten, vormt de gezondheidsanalyse 's-Hertogenbosch 2007 de basis waarop doelgroepen en thema's worden gedestilleerd en het gezondheidsbeleid voor de komende vier jaar gericht kan worden.

### *Lokale kaders*

Het integrale aspect van "SamenWerken aan Gezondheid" zorgt ervoor dat gezondheid op de agenda moet staan van verschillende beleidsterreinen. Doel is het verbeteren van de algehele gezondheidssituatie van de inwoners van 's-Hertogenbosch. Een aantal belangrijke lokale kaders lichten we kort toe:

- In "**Ruimte voor de kracht van de stad**" presenteert de gemeente 's-Hertogenbosch haar besturingsfilosofie. Het bestuur heeft vertrouwen in de eigen kracht van bewoners en geeft ruimte om die kracht tot wasdom te laten komen. De meeste inwoners zijn goed in staat om hun eigen leven en gezondheid te regelen. Sommige inwoners verdienen hierbij ondersteuning. De wijk en buurt is hierbij de werkvloer; daar wordt met inwoners en zorg en welzijnsorganisaties beleid en uitvoering ontwikkeld.
- In de **Wmo-nota "Meedoen en erbij horen"** gaat het om participatie. De gezondheidsnota en de Wmo-nota kunnen worden gezien als twee naast elkaar fungerende pijlers met als overstijgend doel het bevorderen van kwaliteit van leven van burgers. Gezondheid is nodig om deel te nemen aan de maatschappij en omgekeerd draagt maatschappelijke ondersteuning bij aan de psychische, sociale en fysieke gezondheid.

- Het *jeugdbeleid*, “*Ruimte voor talent*” en het gezondheidsbeleid zijn nauw met elkaar verbonden vanwege de doelgroep jeugd: veel van de doelstellingen richten zich op jongeren en hun ouders, vooral waar het preventie van risicogedrag betreft.
- De *sportvisie* “*De sportieve kracht van de stad*” benadrukt de bijdrage van sport en bewegen aan maatschappelijke doelen, waaronder gezondheid. Gezondheid en bewegen hebben immers veel met elkaar te maken en maken onderdeel uit van een gezonde leefstijl.
- Gezondheid wordt als “Leitmotiv” gezien binnen het *milieubeleid*. Niet de normen voor bijvoorbeeld geluid(overlast) en lucht(kwaliteit) zijn leidend, maar de consequenties hiervan voor de gezondheid van de inwoners van 's-Hertogenbosch.
- Met het *armoedebeleid* willen we komen tot een sluitend en effectief stelsel van ondersteunende maatregelen voor Bossche burgers die een (tijdelijk) tekort aan financiële middelen hebben (curatie) of in die situatie dreigen te geraken. Maatregelen voor armoedebestrijding in bredere zin, dat wil zeggen voorkoming sociale uitsluiting, zijn opgenomen in de Wmo-notitie “meedoen en erbij horen”. Als we het over armoede hebben gaat het over een combinatie van problemen die leidt tot een gebrek aan perspectief: langdurig laag inkomen, gebrek aan maatschappelijke deelname en een slechte gezondheid. Met deze definitie wordt duidelijk dat armoede een belangrijk thema is in het gezondheidsbeleid.

In de aanpak van gezondheidsproblemen is het belangrijk om een verbinding te leggen tussen gezondheid en bovengenoemde grote sociale onderwerpen.

### 1.3 Totstandkoming en leeswijzer

#### *Totstandkoming*

Alle gemeentelijke diensten hebben bijgedragen aan deze nota. Kernboodschappen vertegenwoordigers van de doelgroep, vrijwilligers wijkgericht-gezondheidswerk, professionele zorg- en welzijnsorganisaties en zorgverzekeraar zijn opgenomen. Dit alles om scherp te stellen wat de thematische speerpunten zijn, welke activiteiten een vervolg verdienen, welke nieuwe zaken dienen te worden aangepakt en welke effectieve interventies kunnen worden toegevoegd.

#### *Leeswijzer*

In deze nota treft u de hoofdlijnen van het gezondheidsbeleid voor de gemeente 's-Hertogenbosch voor de periode 2008-2011 aan. In hoofdstuk 2 wordt kort een beeld geschetst van de gezondheidstoestand, risicogroepen en de relatie tussen gezondheidsproblemen en de sociaal economische positie (en leefomgeving). De Bossche visie en doelstelling op gezondheid, knelpunten (leerervaringen) huidig beleid en uitgangspunten nieuw beleid vindt u in hoofdstuk 3.

In hoofdstuk 4 vindt u de gezondheidsonderwerpen die we de komende jaren willen aanpakken. Bij de thema's hebben we ambities, doelen, oplossingsrichtingen, beleidsterreinen en financiën beschreven. Het laatste deel richt zich op verantwoording en monitoring en het financieel kader.

## **2. Gezondheidssituatie in 's-Hertogenbosch**

### **2.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk kijken we naar de landelijke trends op het gebied van de volksgezondheid en naar de gezondheidsanalyse van 's-Hertogenbosch. Verder is er aandacht voor de leerpunten van het lokale gezondheidsbeleid 2004-2007. Deze informatie wordt gebruikt om een focus aan te brengen in thema's voor het gezondheidsbeleid 2008-2011 van de gemeente 's-Hertogenbosch.

Voor de analyse van de landelijke en Bossche gezondheidssituatie is gebruik gemaakt van:

- Volksgezondheids Toekomst Verkenning (RIVM);
- Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (GGD HVB);
- Gezondheidsprofiel 's-Hertogenbosch 2007 (gemeente 's-Hertogenbosch);
- Kernboodschappen lokaal beleid Gezondheid telt! in 's-Hertogenbosch (GGD HVB);
- Gezondheidsatlas en Gezondheidskompas (GGD HVB);
- Evaluatie wijkgericht gezondheidswerk 2004-2007 (NIGZ).

Bovenstaande gegevens zijn voor de gemeente 's-Hertogenbosch belangrijk om strategische beleidskeuzes te maken. De beleidskeuzes moeten namelijk, volgens de WCPV, gebaseerd zijn op inzicht in de lokale gezondheidssituatie. Daarnaast kan de gemeenteraad met de gegevens/lokale inzichten de gekozen aanpak van "SamenWerken aan gezondheid" plaatsen.

### **2.2 Gezondheid in Nederland**

De gezondheid in Nederland vraagt aandacht. Vanuit de koppositie (jaren zestig) zijn we inmiddels gekelderd naar de middenmoot (in 2007) van Europa. Cijfers wijzen uit dat Nederlanders te veel roken, te veel alcohol drinken (met name schadelijk alcoholgebruik onder jongeren is zeer zorgelijk), ongezond eten, te weinig bewegen en te zwaar zijn.

Binnen Nederland zijn er aanzienlijke verschillen in gezondheid en in de spreiding van risicofactoren voor ziekte en sterfte. Lager opgeleide mannen en vrouwen leven gemiddeld respectievelijk 4,9 jaar en 2,6 jaar korter dan hoog opgeleiden. Het gemiddelde verschil in het aantal jaren dat in minder goede gezondheid wordt doorgebracht is zelfs 15 jaar.

Ook is er een verschil in zorggebruik tussen allochtonen en autochtonen. Allochtonen rapporteren meer ongezondheid dan autochtonen en bezoeken vaker de huisarts.

Verder neemt door de demografische ontwikkelingen (o.a., vergrijzing) en door de ongezonde leefstijl het aantal mensen met een chronische ziekte de komende jaren fors toe. Dit legt een zware wissel op de gezondheidszorg.

Mensen profiteren zelf het meest van een langer gezond leven. Ze kunnen zich optimaal ontwikkelen en langer zelfstandig deelnemen aan de maatschappij. Bij de keuze voor een gezond leven speelt de eigen verantwoordelijkheid van burgers een grote rol, waarbij ongezond gedrag de kans op ziekten vergroot. Het voorkomen en tegengaan van roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht levert een grote bijdrage aan het beperken van de belangrijkste gezondheidsproblemen in Nederland.

Daarnaast is depressie een veel voorkomend ziektebeeld, waarbij met preventie veel gezondheidswinst te boeken is.

Voor bovengenoemde vijf landelijke speerpunten zijn de volgende doelstellingen door het rijk vastgesteld:

- Overgewicht: het percentage overgewicht bij volwassenen mag niet stijgen en het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen t.o.v. peiljaar 2005 (47% overgewicht volwassenen en 12 % overgewicht jeugdigen);
- Roken: in 2010 zijn er nog 20% rokers (nu 28%);
- Schadelijk alcoholgebruik: het percentage alcoholgebruik bij jongeren onder de 16 jaar terugbrengen van 82,4% naar 61,3% en het percentage volwassen probleemdrinkers terugbrengen van 10,3% naar 7,5% in 2010;
- Depressie: meer mensen krijgen doelmatige preventieve hulp tegen en vroege interventie bij depressies (nu worden 4000 personen bereikt);
- Diabetes: het aantal patiënten met diabetes stijgt tussen 2005 en 2025 met niet meer dan 25%.

### 2.3 Gezondheidsanalyse gemeente 's-Hertogenbosch 2007

De levensverwachting<sup>1</sup> is sinds 2000 gestegen van 77,3 naar 78,5 jaar.

Toch kan de gezondheid van de inwoners van 's-Hertogenbosch veel beter! Op verschillende aspecten scoort 's-Hertogenbosch slechter dan andere gemeenten in de regio Hart voor Brabant. In de regio Hart voor Brabant is de gezondheid weer minder goed dan in de meeste andere regio's van Nederland.

Het doel van deze gezondheidsanalyse is om zoveel mogelijk aspecten van gezond zijn, gezond voelen en gezond leven in beeld te brengen. Deze gegevens vormen zo een fundament voor het lokale gezondheidsbeleid van de gemeente

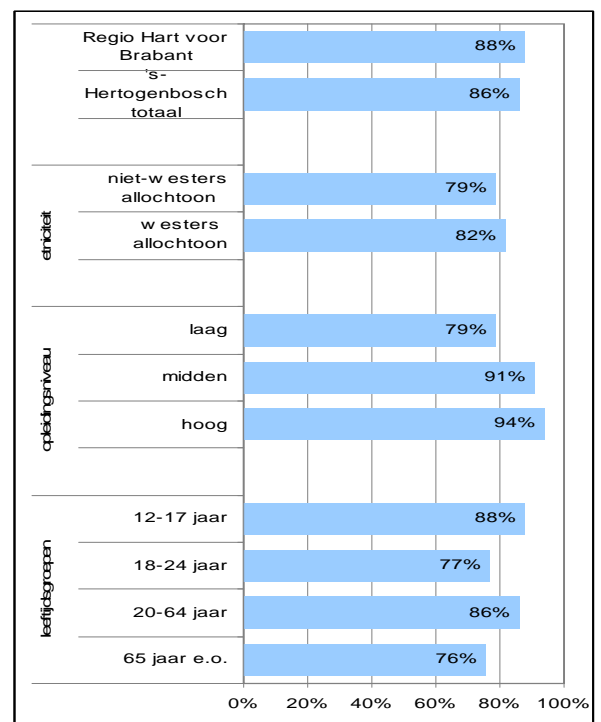
's-Hertogenbosch. Het geeft aan waar de knelpunten liggen, en hoe de gezondheid van de bewoners zich in de loop van de jaren ontwikkelt.

#### *Ervaren gezondheid*

De subjectief ervaren gezondheid is een goede voorspeller van de algemene gezondheid van personen. In de gemeente 's-Hertogenbosch ervaart 86% de eigen gezondheid als goed (of uitstekend). Maar met name laag opgeleiden, niet-westers allochtonen, 18-24-jarigen en ouderen ervaren de eigen gezondheid minder goed dan gemiddeld. Deze groepen, behalve de ouderen, hebben vaker dan gemiddeld een ongezonde leefstijl. Laag opgeleiden en niet-westers allochtonen hebben vaker overgewicht en sporten het minst. Laag opgeleiden en 18-24-jarigen roken vaker.

#### *Leefstijl*

*Overgewicht* is één van de belangrijkste gezondheidsproblemen van het moment. Overgewicht en ernstig overgewicht (obesitas) nemen de laatste jaren snel toe. Ook in Nederland is dit het geval. Bovendien blijkt de mate van overgewicht sterk toe te



<sup>1</sup> Levensverwachting is gemeten voor de gehele regio Hart voor Brabant. Aangenomen kan worden dat het cijfer in 's-Hertogenbosch hiervan nauwelijks afwijkt



nemen. Bij volwassenen in de stad zien we nog steeds een stijgende trend in het overgewicht. Wel is het overgewicht in de stad lager dan dat in de regio Hart voor Brabant, maar nog steeds hoog. Van de volwassenen heeft 41% overgewicht, in de regio Hart voor Brabant is dit 46%. Van de Bossche jongeren tussen de 12 en 17 jaar heeft in 2006 14% overgewicht. Dit aandeel ligt hoger dan dat voor de regio Hart voor Brabant, waar 10% van deze jongeren overgewicht heeft.

### *Beweging*

Onvoldoende beweging is een belangrijke verklarende factor voor overgewicht. In 's-Hertogenbosch is een stijgende tendens te zien van het aandeel sporters (degenen die minimaal maandelijks sporten). Echter bepaalde groepen blijven achter. Vooral niet-westers allochtonen en laag opgeleiden sporten weinig. Respectievelijk 49% en 57% sport minimaal maandelijks.

### *Roken*

Hoewel het percentage volwassen rokers de afgelopen jaren is afgenomen, veroorzaakt roken nog 13 % van de ziektelast. In 's-Hertogenbosch rookt 35% van de volwassenen en 9% van de jongeren van 12 t/m 17 jaar. Voor de hele regio geldt dat van de volwassenen zonder opleiding of met alleen lager onderwijs 40% rookt en van de mensen met een HBO of universitaire opleiding 20% rookt. Hoe lager de opleiding, des te hoger het percentage rokers is. Van de volwassenen die enige moeite hebben met rondkomen rookt 38%. Bij degenen die grote moeite hebben met rondkomen is dit nog hoger, namelijk 50%. Dus hoe minder iemand te besteden heeft, hoe meer hij rookt.

### *Alcohol*

Jongeren zijn de afgelopen jaren steeds meer gaan drinken. 43% van de Bossche jongeren tussen de 12 en 17 jaar drinkt alcohol. Van dit aantal jongeren is 37% een "binge drinker" (zes of meer glazen alcohol op minstens één weekenddag). Ofschoon dit aandeel de laatste jaren stabiel is gebleven, is dit aandeel zorgelijk hoog te noemen. Juist de grote hoeveelheid alcohol die dan gedronken wordt is namelijk zeer schadelijk op jonge leeftijd. In 's-Hertogenbosch gebruikt 12% van de volwassenen (vooral mannen) overmatig alcohol, dat betekent resp. meer dan 21 of 14 glazen per week voor mannen en vrouwen. Voor de regio Hart voor Babant geldt een percentage van 14%.

### *Psychische gezondheid*

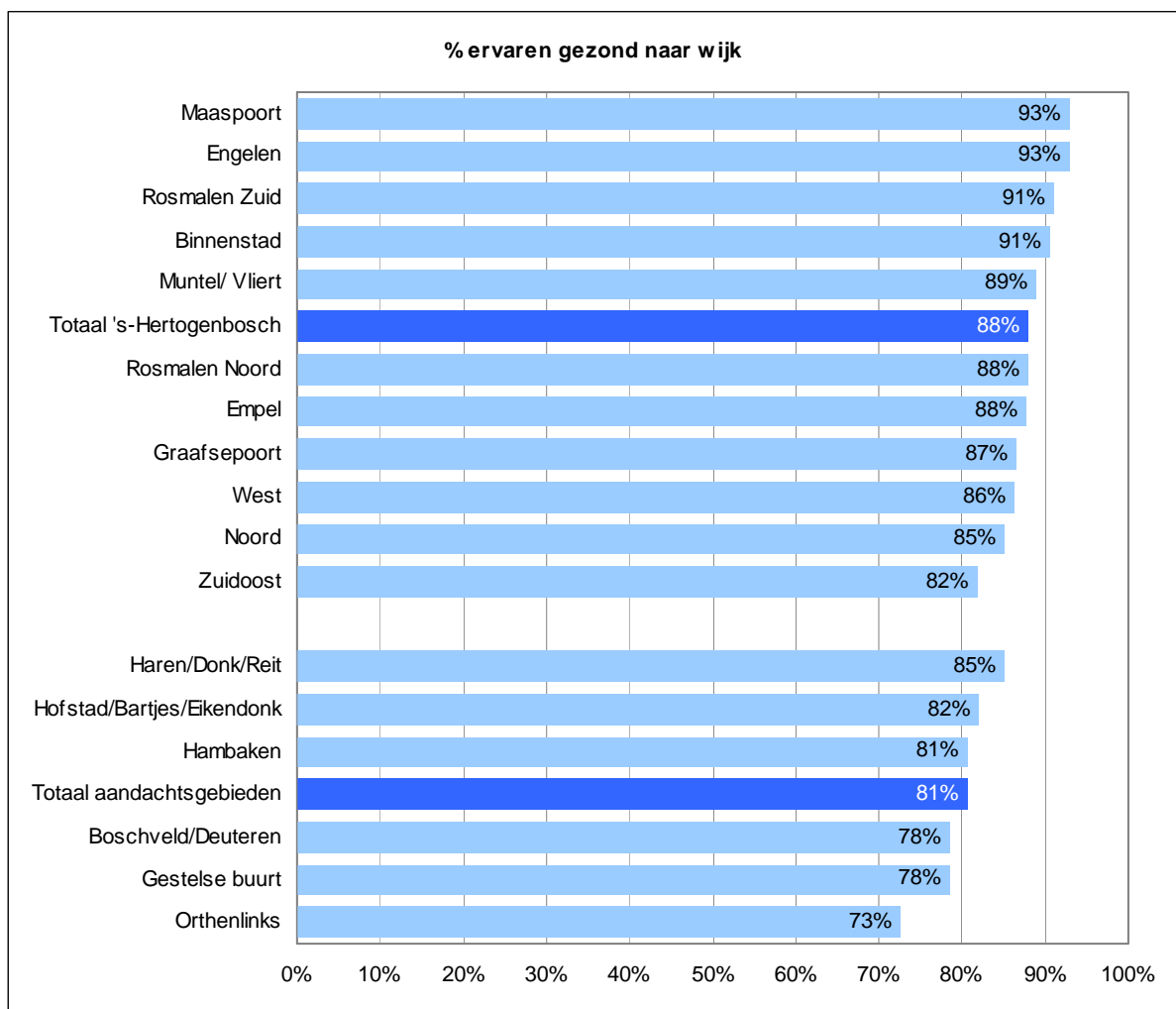
Naast subjectief ervaren gezondheid is de psychische gezondheid een belangrijke factor van gezondheid en welzijn. Psychische gezondheid hangt samen met gevoelens van geluk, somberheid en angst. In 's-Hertogenbosch ervaart 18% van de volwassenen de eigen psychische gezondheid als ongezond. Dit aandeel ligt hoger dan gemiddeld in de regio Hart voor Brabant (15%).

Met name volwassen niet-westerse allochtonen voelen zich vaak psychisch ongezond. Verder zijn het ook de laag opgeleiden, 18-24-jarigen en ouderen die zich minder goed voelen dan gemiddeld.

Bij alle groepen komt naar voren dat deze psychische ongezondheid samen gaat met gevoelens van eenzaamheid.

### Relatie sociaal economische omstandigheden en gezondheidsverschillen

In de onderstaande figuur zijn de verschillen in ervaren gezondheid tussen de wijken in beeld gebracht. De drie wijken die minder goed scoren hebben meestal een oververtegenwoordiging van één of meer van de achterstandsgroepen (ouderen, niet-westerse allochtonen of laag opgeleiden). In West wonen veel niet-westers allochtonen, in Noord veel laag opgeleiden en in Zuidoost veel ouderen. Wel zijn de gezondheidsachterstanden in de aandachtswijken/buurtten (in totaliteit) in vergelijking tot 2004<sup>2</sup> tot staan gebracht.



<sup>2</sup> In 2004 werd de gezondheid in de aandachtswijken/buurtten als volgt ervaren: Haren/Donk/Reit: 80%, Hofstad/Bartjes/Eikendonk 82%, Hambaken: 80%, Boschveld/Deuteren: 88%, Gestelse buurt 83 %, Orthen Links: 79 %, Zuidoost:90 %, West: 88%

## *Risicogroepen*

### *Mensen met een lage sociaal economische status*

Ziek of gezond zijn hangt sterk samen met inkomen, werksituatie en opleiding. Dit heet ook wel de sociaal-economische status (SES). Onderzoek wijst uit dat mensen met een lage SES gemiddeld 15 jaren in minder goede gezondheid leven dan mensen met een hoge SES. Mensen met een lage SES ervaren hun fysieke en mentale gezondheid vaak als minder goed en ze hebben vaker chronische aandoeningen en beperkingen. Dit komt voor een deel door een minder gezonde leefstijl. De oorzaken van een ongezonde leefstijl zijn onder meer te vinden in slechtere sociale en materiële omstandigheden.

Ook kan juist een slechtere gezondheidstoestand ertoe leiden dat iemand tot een lagere SES –groep behoort, omdat men bijvoorbeeld door gezondheidsproblemen niet kan deelnemen aan het arbeidsproces. In 's-Hertogenbosch varieert de sociaal-economische status per buurt van zeer laag tot zeer hoog. De aandachtsbuurten betreffen momenteel: Gestelse buurt, Orthen Links, Bartjes/Eikendonk/ Hofstad, Boschveld, Hambaken, Kruiskamp, Aawijk/Graafsewijk zuid en Haren/Donk/Reit.

### *Allochtonen*

Ook allochtonen vormen een belangrijke groep die kwetsbaar is voor gezondheidsachterstand. Huidige interventies bereiken deze groep onvoldoende. Van belang is daarom bijvoorbeeld beweegprogramma's beter af te stemmen op de opvattingen en behoeften van Marokkaanse en Turkse vrouwen. Uiteraard hangen verschillende vormen van ongezond gedrag ook hier samen met de sociaal economische status en de leefomgeving. Het is belangrijk deze sociale context te verbeteren.

### *Jeugd*

Veel jongeren gedragen zich ongezond. Jong geleerd is oud gedaan. De leefstijl die iemand hanteert wordt in belangrijke mate bepaald door de opvoeding. Bij het bevorderen van een gezonde leefstijl zijn kinderen, jongeren en hun ouders dan ook een belangrijke doelgroep.

Door dit ongezonde gedrag investeert de jeugd in toekomstige ongezondheid. Een eenmaal gevestigde leefstijl is niet of nauwelijks te beïnvloeden.

Voor alle kinderen bieden de consultatiebureau's van Vivent (0-4 jaar) en de GGD Hart voor Brabant (4-19 jaar) een basisvoorziening jeugdgezondheidszorg (zie bijlage 1). Deze basisvoorzieningen stemmen hun inzet met andere instellingen af in verschillende (zorg)netwerken. De samenwerking wordt versterkt door de komst van Centra Jeugd en Gezin<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Een Centrum voor Jeugd en Gezin is een herkenbaar en laagdrempelig centraal punt in de wijk voor opvoed- en opgroevragen en adequate, passende hulp en coördinatie van die hulp. Het brengt diverse instanties en functies samen. In 2008 starten in West en Oost pilots voor een wijkcentrum Jeugd en Gezin, met in de back-office samenwerkende professionals in de betreffende wijk.

## 2.4 Evaluatie gezondheidsbeleid 2003-2007

In 2003 is de (eerste) contourennota "Van preventie naar zorg" door de gemeente 's-Hertogenbosch vastgesteld, gevolgd door een activiteitenplan lokaal gezondheidsbeleid 2004-2007. Invoering van het wijkgericht gezondheidswerk was hierin een belangrijk (innovatief) speerpunt.

Aan de hand van de evaluatie van het vorige beleid zijn onderstaande leerpunten naar voren gekomen:

***Sluit aan bij de landelijke speerpunten;*** de door VWS opgestelde landelijke speerpunten geven richting aan de prioriteiten van het gemeentelijke gezondheidsbeleid. Aansluiting biedt verder garantie voor (financiële) continuïteit en de waarborg van noodzakelijke duurzaamheid van interventies.

***Leg een nadrukkelijker verbinding tussen gezondheid en grote sociale onderwerpen*** als armoedebeleid, Wmo-beleid, sportbeleid, jeugdbeleid, milieu, woonbeleid. Gezondheid en fysieke en sociale omgeving zijn nauw aan elkaar gerelateerd.

***Benoem duidelijke indicatoren en doelstellingen.*** Effect- en procesevaluatie is alleen goed uit te voeren indien duidelijke indicatoren en doelstellingen zijn geformuleerd. Bij effectevaluatie gaat het om indicatoren zoals verkoop van producten, lidmaatschap sportclub, aantal verkooppunten e.d. Een procesevaluatie dient in te gaan op samenwerking, afstemming en participatie.

Bij voorkeur wordt gebruik gemaakt van door de Inspectie Gezondheidsdienst (IGZ) ontwikkelde indicatoren.

***Koester en innoveer de wijkgerichte aanpak.*** Structuur en continuïteit van het wijkgericht-gezondheidswerk is noodzakelijk. Mensen met een lage economische status dienen bij voorkeur actief door professionals te worden opgezocht. Alleen dan is een goed bereik verzekerd.

***Integraal beleid en interventiemix.*** Gezondheidsbevordering dient een duurzame combinatie van informatie, voorlichting, beleid en maatregelen te omvatten om het meeste effect te bereiken. Campagnes en voorlichtingsstrategieën hebben het meeste effect als tegelijkertijd ook andere partijen ondersteuning bieden en er continuïteit is met wet en regelgeving.

***Nauwere samenwerking met zorgverzekeraars.*** Ofschoon de afgelopen periode wel een convenant is afgesloten met zorgverzekeraar VGZ, zijn er op het gebied van preventie nog weinig samenwerkingsprojecten ontstaan. Veranderingen in het zorgstelsel die gepaard gingen met een hevige concurrentiestrijd tussen verzekeraars leidde tot terughoudendheid. Door de acceptatieplicht en de jaarlijkse mogelijkheid voor verzekerden om op te zeggen, was VGZ bang dat baten van preventie-investeringen bij de concurrent terecht konden komen. Inmiddels weet men dit te relativiseren. Men ziet het belang van preventie in en wil haar (grote) marktaandeel in 's-Hertogenbosch ook graag behouden. Opname van preventie in de verplichte (wettelijke) basisverzekering ziektekosten met ingang van 2009, biedt verdere mogelijkheden waarop als gemeente ingesprongen kan worden. Continuïteit en duurzaamheid van preventieactiviteiten kan dan nog meer gewaarborgd worden.

### **3. Een visie op gezondheid en preventie**

#### **3.1 Inleiding en definitie**

Het doel van de nota is te komen tot een gezonde stad. In dit hoofdstuk formuleren we de kaders waarop het gezondheidsbeleid 2008-2011 is gestoeld. Definitie van gezondheid, visie, gemeentelijke rol, doelen, doelgroepen en uitgangspunten staan centraal.

##### *Definitie*

Als uitgangspunt voor het beleid hanteren we de volgende definitie van gezondheid. De definitie is afkomstig van de World Health Organisation:

*Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden en niet slechts de afwezigheid van ziekten en andere lichamelijke gebreken.*

Vier factoren zijn van invloed op gezondheid:

- biologische factoren (leeftijd, geslacht, aanleg, etniciteit, erfelijkheid);
- fysieke en sociale omgeving (zoals woonomgeving, milieu, sociale samenhang, arbeidsparticipatie en veiligheid, inkomen, opleiding);
- leefstijl (voeding, beweging, alcohol, roken, seksuele omgang, omgang met stress);
- kwaliteit en beschikbaarheid van de gezondheidsvoorzieningen.

Aangezien gezondheid door allerlei factoren wordt bepaald, vergt de oplossing van gezondheidsproblemen een brede aanpak (niet alleen gezondheidszorg). Belangrijk voor ons als gemeente is in te zetten op beïnvloeding van leefstijlfactoren, die nadrukkelijk gekoppeld zijn aan de fysieke en sociale omgeving. Een slechte woonomgeving of het ontbreken van sociale netwerken kunnen ziekmakend zijn.

Een samenhangend pakket van beleidsmaatregelen op de verschillende factoren bevordert de gezondheid. Dit betekent tevens dat gezondheid niet kan worden voortgebracht door een enkele sector. Zij moet gezamenlijk tot stand komen, omdat gezondheid per definitie intersectoraal is.

#### **3.2 Wettelijke taken voor de gemeente**

De gemeentelijke taken op het terrein van de openbare (publieke) gezondheidszorg zijn vastgelegd in de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv). Het gaat hierbij om taken die gericht zijn op de bevordering van gezondheid bij de bevolking in het algemeen. De individuele zorgverlening, met als kernfuncties behandeling, genezing en verzorging, is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar.

De verplichte taken voor de gemeente zijn:

1. Opstellen vierjaarlijkse gezondheidsnota.
2. Inzicht in de lokale gezondheidssituatie.
3. Preventie en gezondheidsvoorlichting.
4. Medische milieukunde (bij signaleren gevaarlijke situaties).
5. Technische hygiënezorg.
6. Openbare geestelijke gezondheidszorg (Oggz).
7. Infectieziektebestrijding.
8. Integrale jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar.

In bijlage 1 zijn deze taken uitgewerkt.

De GGD is hoofduitvoerder van deze taken. De inhoudelijke en financiële kaders van de GGD worden op hoofdlijnen jaarlijks door de gemeenteraad vastgesteld en zijn daarom niet opgenomen in de gezondheidsnota. Voor de jeugdgezondheidszorg 0-4 jarigen is Vivent hoofduitvoerder.

Alle taken worden uitgevoerd door een wettelijk voorgeschreven standaard dienstenpakket.

Het standaard takenpakket bevat vooral beschermende en bevorderende maatregelen, die iedere gemeente dient uit te voeren en niet specifiek zijn voor de lokale situatie. Als voorbeeld kan infectieziektebestrijding genoemd worden.

Zoals hierboven vermeld heeft de gemeente de verantwoordelijkheid om vierjaarlijks een nota lokaal gezondheidsbeleid op te stellen. De gezondheidsnota 2008-2011, "SamenWerken aan gezondheid in 's-Hertogenbosch" richt zich primair op de taken 1 t/m 3: inzicht in de lokale gezondheidssituatie, gezondheidsbevordering en preventie.

De gemeente richt zich in deze notitie op deze drie taken omdat de overige taken grotendeels (wettelijke) uitvoeringstaken zijn van de GGD en Vivent. Voor de uitvoering van de Openbare Geestelijke Gezondheids Zorg (OGGZ) zijn in het Wmo-beleidskader (en opdrachtformulering bijzondere groepen) afspraken gemaakt. Met betrekking tot de integrale jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar wordt dat in het jeugdbeleid en het beleidsplan Centrum Jeugd en Gezin 2008-2012 gedaan.

### 3.3 Visie

In de gezondheidsnota 2004-2007 "Van preventie tot zorg" is de visie van de gemeente op gezondheid genoemd. Het gezondheidsbeleid is gericht op behoud en/of verbetering van de gezondheid en vermindering van gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen door de gezondheidsachterstand van kwetsbare burgers te bestrijden. Dat willen we nog steeds.

Volgens professor dr. D.J. Hunter<sup>4</sup> vraagt de komst van nieuwe ziektes "gemaksziekten"<sup>5</sup>, veelal veroorzaakt door een ongezonde leefstijl, daarnaast om een bredere aanpak van de openbare (publieke)gezondheidszorg. Te veel wordt de nadruk gelegd op het veranderen van het gedrag van individuen en op het herstel waar het leed al geleden is, in plaats van preventie. Het huidige (gezondheids)beleid richt zich vaak op de symptomen en niet op de oorzaken van moderne gezondheidsproblemen.

Een betere aanpak is om ruimte te creëren voor een meer sociaal-ecologisch concept:

*"Er dient verbinding te worden gelegd tussen gezondheid en grote structurele sociale onderwerpen, zoals verschillen in sociaal-economische status (armoedebeleid), ruimtelijke planning (woonvisie), maatschappelijke participatie (Wmo-beleid), veranderende sportbeoefening (sportvisie).*

Een belangrijke factor hierbij is dat gezondheidsverschillen in grote mate veroorzaakt worden door verschillen in sociaal- economische status (opleiding, inkomen, beroep). Het verkleinen van deze verschillen is de snelste manier om volksgezondheidswinst te boeken.

---

<sup>4</sup> Prof.dr. D.J.Hunter, Durham Univesity. G-lezing 14 november 2007: Zorg voor gezondheid vergt meer dan gezondheidszorg

<sup>5</sup> Gemaksziekten, zoals obesitaspandemie, toenemend alcoholmisbruik, roken, zijn de voornaamste doodsoorzaak van de 21<sup>e</sup> eeuw .:

### 3.4 Hoofddoelstelling en gemeentelijke rol

#### *Hoofddoelstelling*

1. Het (helpen) terugdringen van de gezondheidsachterstanden in de aandachtsbuurten Orthen Links, Gestelse Buurt, Boschveld/Deuteren, Hambaken, Hofstad/Bartjes/Eikendonk, Aawijk/Graafsewijk zuid, Haren/Donk/Reit, en Kruiskamp.
2. Het bijdragen aan de verlenging van de gezonde levensverwachting, het aantal jaren dat in positief ervaren gezondheid wordt geleefd.

De aandacht is gericht op de meest kwetsbare groepen in de aandachtsbuurten. De gemeente vindt het belangrijk deze mensen te helpen om voor hun gezondheid te kiezen. Een gezonde leefstijl staat hierbij voorop. Door het aanpakken van ongezond gedrag, met name lichamelijke inactiviteit en overgewicht, schadelijk alcoholgebruik en roken, is de meeste gezondheidswinst te halen.

Op basis van de landelijke speerpunten, lokale gezondheidsgegevens, de gemeentelijke visie en hoofddoelstelling, kiezen we de komende beleidsperiode voor een aanpak gericht op:

- Een gezonde buurt;
- Een gezonde leefstijl;
- Een “gezonde” samenwerking met zorgverzekeraar(s) en eerstelijnszorg.

Uitgangspunten voor bovengenoemde aanpak zijn:

- Preventie: ‘voorkómen is beter dan genezen’;
- Aanpak. Wijk/buurtgericht werk. De wijk/buurt is uitgangspunt voor SamenWerken aan gezondheid;
- Maatschappelijke verantwoordelijkheid en gedeeld belang. Gemeenten, instellingen, zorgverzekeraars, bedrijfsleven, scholen, etc. delen een maatschappelijke verantwoordelijkheid voor gezondheid;
- Budgettair neutraal. Niet de inzet van meer middelen, maar de bundeling van interne en externe middelen moet tot meer effectiviteit leiden.

#### *Gemeentelijke rol*

Uitgangspunt van beleid is dat burgers zelf verantwoordelijk zijn voor hun gezondheid.

De belangrijkste rol van de gemeente is mogelijk maken, ondersteunen en verbinden. De gemeente maakt het mogelijk dat inwoners inderdaad voor hun gezondheid kunnen kiezen: de gezonde keuze, de makkelijke keuze te maken. De gemeente is daar in touw waar talenten of kansen niet worden benut, waar verbindingen niet tot stand komen en waar zaken mis dreigen te lopen of problemen ontstaan.

De gemeente biedt hiervoor basisvoorwaarden, zoals: preventie, integraal beleid, maatregelen en goede voorzieningen.

In bijlage 2 zijn acties en visie in een schema opgenomen.

## **4. Strategie, speerpunten van beleid**

### **4.1 Inleiding**

In het voorgaande deel van de nota zijn de lijnen uitgezet voor ons gezondheidsbeleid voor de komende vier jaar. Nu kunnen de gemaakte keuzes concreet gemaakt worden. We beschrijven de thema's, koppelen daar ambities aan en vertalen die ambities in doelen en (meetbare) indicatoren. Ook benoemen we waar we de belangrijkste oplossingen de laatste jaren hebben gezocht, om te eindigen met de oplossingsrichtingen die we voor ogen hebben, de betrokken beleidsterreinen en de financiën. Na vaststelling hiervan zullen de uitvoeringsplannen door het college worden vastgesteld.

Op basis van de gezondheidsanalyse 2007, landelijke speerpunten en kernboodschappen van vertegenwoordigers van de doelgroep, zorgverzekeraar en organisaties uit het veld, komen we tot de volgende prioritaire thema's: een gezonde buurt, een gezonde leefstijl (aandachtspunten overgewicht, schadelijk alcoholgebruik jongeren, depressie, roken) en een "gezonde" samenwerking met zorgverzekeraar(s) en eerstelijnszorg.

De rode draad wordt gevormd door de samenhang tussen een lage sociaal economische status en gezondheid.

### **4.2 Een gezonde buurt**

De gezondheidsanalyse (hoofdstuk 2) maakt duidelijk dat gezondheid in 's-Hertogenbosch samenhangt met sociaal economische omstandigheden die zich concentreren in bepaalde wijken van de stad.

De wijkgerichte methodiek die de gemeente 's-Hertogenbosch hanteert, is een effectieve methode gebleken om gezondheidsvraagstukken aan te pakken en dichterbij de burger te brengen.

Het wijkgericht gezondheidswerk richt zich voornamelijk op die doelgroepen die via de reguliere wijze van gezondheidsvoorlichting niet worden bereikt. Wijkgezondheidsmedewerkers (GGD) ontwikkelen samen met zorg en welzijnspartners activiteiten voor en door wijkbewoners. De activiteiten moeten gezondheid en welbevinden positief beïnvloeden.

In aansluiting op het Grote Steden Beleid lag de focus van het wijkgericht gezondheidswerk in de periode 2004-2007 op de aandachtsgebieden Hambaken, Orthen-Links, Gestelse Buurt, Boschveld en Deuteren, Bartjes/Eikendonk/Hofstad, Aawijk/Graafsewijk zuid en Haren/Donk/Reit.

Inmiddels, zo leert de Lange Termijn Planning GSB aandachtsbuurten, is het beter te spreken van aandachtsbuurten omdat dit beter overeenkomt met de schaal en omvang van het gebied waarbinnen (extra) noodzakelijke acties op het gebied van gezondheid nodig is.

Succesvolle fysieke en sociale herstructureringen hebben in de buurten Barten Noord, Deuteren en Haren/Donk/Reit tot verbeteringen in de leefsituatie en gezondheid van bewoners geleid (zie de cijfers op blz 9). Verhuisbewegingen van lage inkomensgroepen naar de Gestelse buurt, Boschveld, Orthen Links en Kruiskamp vragen echter onze waakzame aandacht.

Voor de periode 2008-2011 worden daarom de volgende buurten geprioriteerd voor het wijk en buurtgericht gezondheidswerk: Gestelse Buurt<sup>6</sup>, Orthen Links<sup>7</sup>, Boschveld<sup>8</sup>, Bartjes/Eikendonk/Hofstad<sup>9</sup>, Hambaken<sup>10</sup>, Haren/Donk/Reit<sup>11</sup>, Aawijk/Graafsewijk zuid en Kruiskamp.

---

<sup>6</sup> Gestelse Buurt, renovatie afgerond, uitbreiding Meerendonk 2008-2010

<sup>7</sup> Orthen Links, herstructurering (sloop/nieuwbouw) na 2010

<sup>8</sup> Boschveld, herstructurering in voorbereiding, looptijd 2008-2020

<sup>9</sup> Eikendonk, herstructurering in voorbereiding, looptijd 2008-2014, Bartjes Zuid start 2014, Hofstad, renovatie afgerond

<sup>10</sup> Hambaken, ingrepen in openbare ruimte en renovatie 500 woningen voor 2010



In Deuteren<sup>12</sup> wordt de inzet van het wijk en buurtgericht gezondheidswerk vanaf 2009 afgebouwd ten gunste van de Kruiskamp.

Kernwoorden van het wijk en buurtgericht gezondheidswerk zijn: participatie bewoners, laagdrempeligheid, community-based en samenwerking met professionele zorg en welzijnsdiensten en scholen (BBS).

<b>Wijk en buurtgericht gezondheidswerk</b>	
<p>Gezondheidsverschillen in 's-Hertogenbosch manifesteren zich vooral in de (GSB)aandachtsbuurten. Dit komt door de minder gunstige sociale en fysieke omgeving en het feit dat hier veel mensen met een lage sociaal economische status (inkomen, werksituatie, opleiding) wonen. In totaliteit zijn in vergelijking tot 2004 de gezondheidsachterstanden in de GSB aandachtsbuurten tot staan gebracht. Orthen Links (met risicogroep laag opgeleiden), Gestelse Buurt en Boschveld (met risicogroep allochtonen) vragen i.v.m. achteruitgang en lage scores om specifieke aandacht. Met het wijk en buurtgericht gezondheidswerk wordt getracht deze mensen actief te bereiken. Dit vraagt om een lange adem. Rekening moet worden gehouden dat deze bewoners vaak andere zaken als gezondheid aan hun hoofd hebben. Een koppeling met grote sociale onderwerpen als armoedebeleid, integratiebeleid, woonbeleid (sociale herstructureringen) is dan ook van belang.</p>	
<b>1</b>	<b>Ambitie</b>
	Het (verder) terugdringen van gezondheidsachterstanden in de aandachtsbuurten t.o.v. het ijkjaar 2007.
<b>2</b>	<b>Wat willen we bereiken?</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In 2011 ervaren bewoners van de aandachtsbuurten Gestelse buurt, Orthen-Links, Boschveld, Bartjes/Eikendonk/Hofstad, Hambaken, Haren/Donk/Reit, Aawijk/Graafsewijk zuid en Kruiskamp hun gezondheid als verbeterd t.o.v. ijkjaar 2007 (zie tabel op blz 9).</li> <li>- Het verbeteren van een gezonde leefstijl door: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Minimaal 20% van de buurtbewoners in de GSB-aandachtsbuurten neemt deel aan c.q. is actief betrokken bij de activiteiten van het buurtgericht gezondheidswerk (GSB-doelstelling);</li> <li>- Allochtonen in de aandachtswijken worden beter bereikt met activiteiten van het buurtgericht gezondheidswerk;</li> <li>- Bewoners zijn tevreden over de ondersteuning die zij krijgen om gezonde activiteiten te ondernemen in een aandachtsbuurt en tenminste 80% van de professionals in de aandachtsbuurten is tevreden over het buurtgericht gezondheidswerk.</li> </ul> </li> </ul> <p>Risicogroepen: mensen met een lage sociaal economische status, jeugdigen en allochtonen.</p>
<b>3</b>	<b>Indicatoren</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gezondheidsmonitor GGD en gemeentelijke gezondheidsanalyse, buurtmonitor, L&amp;V-monitor;</li> <li>- Jaarverslagen buurtgericht gezondheidswerk;</li> <li>- Tevredenheidsonderzoek buurtgericht gezondheidswerk;</li> <li>- Koppeling gezondheid aan grote sociale projecten/gezondheidseffectrapportages.</li> </ul>
<b>4</b>	<b>Wat doen we nu al?</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inzet professionele wijkgezondheidsmedewerkers en vrijwilligers in aandachtsbuurten;</li> <li>- Gezondheidspunten<sup>13</sup> in de Hambaken, Haren/Donk/Reit en Bartjes/Eikendonk/Hofstad;</li> <li>- Gezondheid is een belangrijk speerpunt binnen de Brede Bossche Scholen;</li> <li>- Project armoede/gezondheid kinderen, participatieregeling;</li> <li>- Binnen re-integratiekader: activeren van WWB'ers: o.a. beweegprogramma's;</li> <li>- Collectieve ziektekostenverzekering voor bijstandsgerechtigden;</li> <li>- Huisartsenzorg voor de vreemdelingenopvang.</li> </ul>

<sup>11</sup> Haren/Donk/Reit, herstructurering, renovatie afgerond in 2008

<sup>12</sup> Deuteren, herstructurering loopt in combinatie met renovatie van woningen, looptijd 2008-2009

<b>5</b>	<b>Wat gaan we nog meer doen?</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gezondheidspunten worden bij voorkeur gehuisvest in multidisciplinaire gezondheidscentra om een optimaal bereik te garanderen;</li> <li>- Brede Bossche Scholen worden intensiever benut als vindplaats en actieterrein voor gezondheidsbevordering. De GGD neemt daarom actief deel aan het lokale samenwerkingsverband op de zeven BBS-locaties (Beraden van Beroepskrachten);</li> <li>- Signalen van mismatch tussen zorgvraag van allochtonen en aanbod van hulpverleners op het gebied van preventie opvangen en aanpakken (samenhang nota integratiebeleid);</li> <li>- Aandacht voor gezondheid bij beleid arbeid en inkomen/armoedebeleid; bijvoorbeeld huisbezoeken in aandachtsbuurten om de sociale gezondheid te bevorderen;</li> <li>- Gezondheid als onderwerp opnemen in inburgeringscursussen;</li> </ul>
<b>6</b>	<b>Beleidsafdelingen en partijen</b>
	Gemeente, afdelingen Welzijn, Jeugd & Onderwijs, Arbeidsmarkt en Sociale Zaken, Stadsontwikkeling Partijen: GGD, Divers, multidisciplinaire gezondheidscentra.
<b>7</b>	<b>Financiën in gemeentelijke meerjarenbegroting</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wijk en buurtgericht gezondheidswerk;</li> <li>- Projectgelden voor speerpunten gezondheidswerk (Grote Steden beleid);</li> <li>- Huisartsenzorg vreemdelingen;</li> <li>- Beleid arbeid en inkomen/armoedebeleid.</li> </ul>

---

<sup>13</sup> Een gezondheidspunt is een samenwerkingsverband tussen wijkgezondheidswerker, welzijnswerker en een vaste groep vrijwilligers uit de wijk. Men werkt samen met organisaties in de wijkwinkel en de brede bossche school. Het doel is om wijkbewoners meer grip te laten krijgen op hun eigen gezondheid.

### 4.3 Een gezonde leefstijl

Bij het streven naar een gezonde leefstijl gaat het om het (leren) maken van gezondheidsbevorderende keuzes en het realiseren van gunstige voorwaarden daarvoor; de gezonde keuze de makkelijke keuze te maken. In deze lokale gezondheidsnota "samen werken aan gezondheid 2008-2011" kiezen we voor de speerpunten overgewicht, alcoholmisbruik onder jongeren, roken en depressie (stress).

We sluiten hierbij bewust aan bij de landelijke campagnes om meer effectiviteit te bereiken.

Omdat gezondheid samenhangt met verschillen in sociaal economische status richten we ons primair op de aandachtsbuurten in 's-Hertogenbosch (zie paragraaf 4.2). Daarnaast richten we ons op jongeren en hun ouders. Leefstijl wordt immers met name door de opvoeding bepaald.

<b>Overgewicht</b>	
Overgewicht is een groot gezondheidsprobleem. Ofschoon er al veel maatregelen zijn ingezet, signaleren we in de stad nog steeds een stijgende trend in overgewicht. Een versterkte integrale intersectorale aanpak is dan ook noodzakelijk met aandacht voor beweegprogramma's en gezonde voeding, de sociale omgeving (bijvoorbeeld school en buurt) en de fysieke omgeving (voorzieningen). De sectoren Sport & Recreatie, Jeugd&Onderwijs, Ruimtelijke Ordening, Verkeer & Vervoer en Welzijn zijn actief bij het beleid betrokken.	
<b>1</b>	<b>Ambitie</b>
	Overgewicht onder volwassenen neemt niet verder toe en wordt bij kinderen omlaag gebracht.
<b>2</b>	<b>Wat willen we bereiken?</b>
	<p>De preventie van overgewicht in de gemeente 's-Hertogenbosch richt zich zowel op het voorkomen van het ontstaan van overgewicht als op het voorkomen dat jongeren die al overgewicht hebben verder toenemen in gewicht.</p> <p>Hoofddoelstellingen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Het percentage kinderen van 0-19 jaar met overgewicht <sup>14</sup>moet in 2011 lager zijn dan 14%;</li><li>- Het percentage volwassenen met overgewicht bedraagt in 2011 niet meer dan 41%.</li></ul> <p>Omdat overgewicht samenhangt met beweging en gezonde voeding worden de volgende subdoelstellingen gehanteerd:</p> <p>Meer mensen actief laten bewegen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- In 2011 voldoen meer inwoners aan de norm voor gezond bewegen <sup>15</sup> t.o.v. het ijkjaar 2007 (43%);</li><li>- Het aantal laag opgeleiden en niet westerse allochtonen dat minimaal maandelijks sport stijgt t.o.v. ijkjaar 2007 (57% en 49%).</li></ul> <p>Een beter voedingspatroon bij met name kinderen en ouders:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- In 2011 voldoen meer kinderen en ouders aan de aanbeveling groenteconsumptie (200 gram per dag) en fruitconsumptie (2 stuks fruit) en wordt er meer ontbeten t.o.v. het ijkjaar 2007.</li></ul> <p>Risicogroepen: Mensen met een lage sociaal economische status, jeugdigen en niet westerse allochtonen.</p>
<b>3</b>	<b>Indicatoren</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Gezondheidsmonitor GGD (JGZ en EKD), jeugd en onderwijsmonitor (JOM), gemeentelijke gezondheidsanalyse, gemeentelijke sportmonitor, CBS-onderzoek.</li></ul>

<sup>14</sup> Mate van overgewicht wordt bepaald door Body Mass Index, lichaamsgewicht gedeeld door het kwadraat van de lichaamslengte. De meetgegevens over overgewicht in gemeentelijke, GGD en CBS-onderzoeken zijn gebaseerd op zelf door bewoners gerapporteerde lengte en gewichtgegevens. Daadwerkelijk percentage overgewicht zal waarschijnlijk hoger zijn

<sup>15</sup> Norm gezond bewegen jeugd: minstens vijf dagen per week een uur matige intensieve lichamelijke activiteit gericht op kracht, lenigheid en coördinatie, volwassenen: minstens vijf dagen per week een half uur matige intensieve lichamelijke activiteit (wandelen en fietsen)

<b>4</b>	<b>Wat doen we nu al?</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activiteiten afdeling Sport &amp; Recreatie: <ul style="list-style-type: none"> <li>- preventie: regeling sportstimulering, inzet vakleerkrachten bewegingsonderwijs (buurt-onderwijs-sport, BOS<sup>16</sup>) op Brede Bossche Scholen in aandachtsbuurten, activiteiten gericht op sportdeelname allochtone meiden, sport en spelbus, schoolsportprojecten op alle basisscholen, beweegcoach, fitheidstest, move 2B, meer bewegen voor ouderen/svo/gezond bewegen;</li> <li>- terugdringen overgewicht: kamp go for (f)it, stick to (f)it, project op 1 lijn;</li> </ul> </li> <li>- Activiteiten wijk-buurtgericht gezondheidswerk; zoals het project samen koken;</li> <li>- Overgewicht is een belangrijk speerpunt van beleid op de Brede Bossche Scholen in de aandachtsbuurten.</li> </ul>
<b>5</b>	<b>Wat gaan we nog meer doen?</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gemeentelijke dienst "Sport &amp; Recreatie" is leidend in coördinatie beweegprogramma's. De jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar (GGD/Vivent) vervult deze op het gebied van signalering en gezonde voeding;</li> <li>- Afstemming beweegprogramma's met verzekeraar (afdeling parazorg VGZ) en eerste lijn (huisarts/fysiotherapeut); ingezet moet worden op een integraal elkaar versterkend aanbod van bewegen;</li> <li>- In collectieve ziektekostenverzekering bijstandsgerechtigden beweegprogramma's opnemen waarbij gemeentelijke afdeling Sport &amp; Recreatie als een voorkeursleverancier door verzekeraar wordt aangemerkt;</li> <li>- In 2011 een uitgebreider aanbod aan beweegactiviteiten gecombineerd met voedselvoorlichting, specifiek voor mensen met een lage sociaal economische status en niet westerse allochtonen;</li> <li>- Inzet gezondheidsmakelaar<sup>17</sup>;</li> <li>- Combinatie buitenschoolse opvang (BSO) en sport, bijvoorbeeld pilot Klup Up 4-13 jaar;</li> <li>- Brede Bossche Scholen worden intensiever benut als vindplaats en actieterrein;</li> <li>- Anticiperen op landelijk aanbod, bijvoorbeeld subsidieregeling combinatiebanen, actieplan sport en bewegen;</li> <li>- Een gezonder aanbod van voedingsmiddelen op scholen en (sport)kantines;</li> <li>- Aanleg van aantrekkelijke wandel en fietspaden in de stad en rondom scholen;</li> <li>- Ruimte voor bewegen in RO-beleid; kritisch toezien op speelruimte bij toekomstige (herstructurerings) bouwprojecten, beweegmogelijkheden bij Brede Bossche Scholen;</li> <li>- Samenwerking met Jeroen Bosch ziekenhuis op aanpak overgewicht.</li> </ul>
<b>6</b>	<b>Beleidsafdelingen en partijen</b>
	<p>Gemeente, afdelingen Sport &amp; Recreatie, Jeugd &amp; Onderwijs, Welzijn, Stadsontwikkeling, Beheer Openbare Ruimte, Verkeer &amp; Vervoer, Economische Zaken.</p> <p>Partijen: zorgverzekeraar(s), eerste lijnszorg (multidisciplinaire gezondheidscentra), onderwijs en buitenschoolse opvang, Jeroen Bosch ziekenhuis, GGD, Vivent.</p>
<b>7</b>	<b>Financiën in gemeentelijke meerjarenbegroting</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inwonersbijdrage GGD;</li> <li>- Wijk en buurtgericht gezondheidswerk;</li> <li>- Projectgelden voor speerpunten gezondheidswerk (GSB-beleid);</li> <li>- Gezondheidsmakelaar;</li> <li>- Projecten afdeling Sport &amp; Recreatie (zie sportnota);</li> <li>- Beleid Jeugd &amp; Onderwijs/Stadsontwikkeling/BOR/Verkeer &amp; Vervoer/Wijkgericht werken.</li> </ul>

<sup>16</sup> Bos-medewerkers zijn vakleerkrachten voor het bewegingsonderwijs op Brede Bossche Scholen in aandachtsbuurten. Daarnaast verzorgen zij ook diverse sportieve activiteiten voor de leerlingen in de omgeving van de school, waarbij kinderen in contact worden gebracht met diverse vormen van bewegen en met sportverenigingen in de buurt.

<sup>17</sup> Taak van gezondheidsmakelaar is om gezondheidsvraagstukken op het gebied van jeugd en overgewicht te signaleren, partijen bij elkaar te brengen en vraagstukken aan oplossingen te koppelen. Van het ministerie van VWS wordt subsidie ontvangen om deze gezondheidsmakelaar voor de periode 2007-2010 in te voeren.

## Schadelijk alcoholgebruik onder jongeren

Het alcoholgebruik van met name jongeren onder de 16 moet als zorgwekkend worden gezien. Vooral omdat op steeds jongere leeftijd naar het glas wordt gegrepen en het zogenaamde "binge" drinken (excessief alcoholgebruik) onder de jeugd ernstige vormen aanneemt. Vroegtijdig gebruik van alcohol is zeer slecht voor de gezondheid en vergroot ook de kans op overmatig gebruik op latere leeftijd. Het "binge" drinken heeft grote nadelige gevolgen. Het veroorzaakt een forse beschadiging aan de hersenen en organen als maag, lever en alvleesklier. Steeds vaker gaat het excessief alcoholgebruik ook gepaard met ziekenhuisopname. Naast gezondheidsproblemen leidt het verder tot veiligheidsproblemen. Excessief alcoholgebruik onder jongeren veroorzaakt een toename van geweld en vernielingen op met name vrijdag en zaterdagavonden in het uitgaansgebied van de stad.

Vanaf 2008 krijgt de gemeente waarschijnlijk meer bevoegdheden om invulling te kunnen geven aan het alcoholbeleid op het gebied van regelgeving en handhaving. Afdeling Bestuursondersteuning coördineert het opstellen van een uitvoeringsplan alcoholbeleid jongeren.

<b>1</b>	<b>Ambitie</b>
	We willen dat: <ul style="list-style-type: none"><li>- kinderen op latere leeftijd beginnen met drinken, liefst niet onder 16 jaar;</li><li>- jongeren minder gaan drinken;</li><li>- en de schadelijke gevolgen van alcoholgebruik in bijzondere situaties worden verminderd (in het gezin, op school, in het verkeer, tijdens het uitgaan);</li></ul>
<b>2</b>	<b>Wat willen we bereiken?</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>- De leeftijd waarop jongeren gemiddeld beginnen met drinken, mag in 2011 niet gedaald zijn t.o.v het meetresultaat in 2006 (12,9 jaar);</li><li>- Het percentage jongeren (in de leeftijd van 12-17 jaar) dat wel eens alcohol drinkt, is in 2011 lager dan 40%;</li><li>- In 2011 is het excessief alcoholgebruik onder jongeren (in de leeftijd van 12-17 jaar) met minimaal 5% gedaald tov het meetresultaat in 2006 (16%);</li></ul>
<b>3</b>	<b>Indicatoren</b>
	Gezondheidsmonitor GGD (JGZ en EKD), jeugd en onderwijsmonitor, gemeentelijke gezondheidsanalyse; Gemeentelijke Leefbaarheid en Veiligheidsmonitor;
<b>4</b>	<b>Wat doen we nu al?</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Alcoholverbod in openbare ruimte is opgenomen in lokale regelgeving APV. Jongeren die in de openbare ruimte alcohol drinken worden door de politie benaderd (actieve benadering). Vanuit deze interventie worden ouders betrokken;</li><li>- Voorlichting op scholen door Novadic-Kentron en GGD;</li><li>- Afspraken met horeca, voedsel en warenautoriteit, politie;</li><li>- 2007 Regionaal plan van aanpak alcoholpreventie jeugd Brabant Noord opgesteld (Deze moet als kapstok dienen voor lokaal uitvoeringsplan (2008-2011)</li></ul>
<b>5</b>	<b>Wat gaan we nog meer doen?</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Opstellen lokaal uitvoeringsplan 2008 met een samenhangend pakket aan maatregelen op het gebied van regelgeving, toezicht en handhaving, zorg en hulpverlening, voorlichting en beleid;</li><li>- Afstemming van beleid met regiogemeenten Brabant Noord (regionaal project jeugd alcoholpreventie);</li><li>- Afspraken met horeca/paracommercie over toelatingsbeleid, schenkbeleid, alcoholmarketing, sluitingstijden;</li><li>- Afspraken met supermarkten over strikte naleving wettelijke voorschriften;</li><li>- Hulp en preventieve ondersteuning gericht op de jeugd en hun ouders laten organiseren door Novadic-Kentron, GGD en bureau Halt (gerichte voorlichting op basisonderwijs groep 8);</li><li>- Ondersteuning alcoholmatiging niet-commerciële horeca (tegenaan alcoholgebruik sportkantines).</li></ul>

<b>6</b>	<b>Beleidsafdelingen en partijen</b>
	Gemeente, afdelingen bestuursondersteuning, welzijn, jeugd en onderwijs, openbare ruimte en verkeer Partijen: Novadic-Kentron, GGD, bureau Halt, voedsel en warenautoriteit, politie, horeca/paracommercie, supermarkten, regiogemeenten.
<b>7</b>	<b>Financiën in gemeentelijke meerjarenbegroting</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inwonersbijdrage GGD;</li> <li>- Regionaal preventiebudget Wmo;</li> <li>- Beleid afdeling bestuursondersteuning, openbare ruimte en verkeer.</li> </ul>

<b>Roken</b>	
Het aantal rokers is de afgelopen jaren door diverse maatregelen afgenomen. In vergelijking met de Nederlandse bevolking (28%) is het aandeel rokers in 's-Hertogenbosch nog hoog (35%).	
<b>1</b>	<b>Ambitie</b>
	Het voorkomen en terugdringen van roken.
<b>2</b>	<b>Wat willen we bereiken?</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In 2011 is het aantal rokers teruggebracht tot 28% (was 35% in 2007)</li> <li>- De leeftijd waarop jongeren gemiddeld beginnen met roken, mag in 2011 niet gedaald zijn t.o.v het ijkjaar 2007 (14 jaar);</li> </ul>
<b>3</b>	<b>Indicatoren</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gezondheidsmonitor GGD;</li> <li>- Jeugd en onderwijsmonitor (JOM) en gemeentelijke gezondheidsanalyse</li> </ul>
<b>4</b>	<b>Wat doen we nu al?</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Openbare gebouwen in de stad zijn rookvrij;</li> <li>- Reclame voor rookartikelen is verboden;</li> <li>- 4 Trainingen Pakje Kans per jaar, rokers verdienen een beloning: 24 uren actie stoppen met roken;</li> <li>- Informatie bijeenkomsten;</li> <li>- MIS-strategie: 2 apotheken (Apotheek Cley en Anthoniegaarde) in de gemeente voeren uit.</li> </ul>
<b>5</b>	<b>Wat gaan we nog meer doen?</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voor het thema roken geldt dat landelijk een intensieve campagne is opgezet met talloze nieuwe maatregelen die door de GGD worden uitgevoerd. De gemeente is hier volgend.</li> <li>- Het ontmoedigen van roken door ruimtes rookvrij te maken. Dit doen we met instellingen die subsidies of faciliteiten krijgen van de gemeente (zoals sportverenigingen) en met de horecasector (rookvrij 2008) en organisaties en evenementen in 's-Hertogenbosch;</li> <li>- Gemeente en GGD gaan met zorgverzekeraar om tafel om subsidiering te regelen voor activiteiten van bewoners in aandachtsbuurten die willen stoppen met roken.</li> </ul>
<b>6</b>	<b>Beleidsafdelingen en partijen</b>
	Gemeente, afdelingen welzijn en bestuursondersteuning Partijen: ministerie VWS, zorgverzekeraar(s), GGD, horeca, sportverenigingen
<b>7</b>	<b>Welke budgetten zijn in gemeentelijke meerjarenbegroting opgenomen?</b>
	Inwonersbijdrage GGD Wijk-buurtgericht gezondheidswerk

## Depressie en psychosociale problemen

Het aantal mensen dat kampt met psycho-sociale problemen neemt fors toe. Personen met een lage sociaal economische status (inkomen, werksituatie, opleiding) voelen zich het meest psychisch ongezond.

Gebleken is dat eenzaamheid en depressie vaak samengaan. Verder blijkt dat sport een goede remedie kan zijn tegen stress en depressie.

<b>1</b>	<b>Ambitie</b>
	Het leveren van een bijdrage aan het voorkomen van psychische/psychosociale problemen, met name in de aandachtsbuurten.
<b>2</b>	<b>Wat willen we bereiken?</b>
	In 2011 is het aandeel mensen met (enkelvoudige) psychische/psychosociale problemen niet toegenomen t.o.v .het ijkjaar 2007 (18%). In 2011 is het aantal eenzame bewoners niet toegenomen.
<b>3</b>	<b>Indicatoren</b>
	- Gezondheidsmonitor GGD - Wmo-monitor
<b>4</b>	<b>Wat doen we nu al?</b>
	- Publieksinformatie (GGD); - Preventie activiteiten voor kinderen/jeugd; - Preventie activiteiten voor ouderen; - Preventie activiteiten voor allochtonen; - Preventie activiteiten in aandachtsbuurten.
<b>5</b>	<b>Wat gaan we nog meer doen?</b>
	- Reinier van Arkel, GGD en Novadic-Kentron ontwikkelen in opdracht van de gemeente een gezamenlijk GGZ-preventieprogramma met aandacht voor risicogroepen (zie Wmo-opdrachtformulering bijzondere groepen); - Afspraken met de instellingen over een uitvoeringsprogramma hoe de samenwerking in de aandachtsbuurten gericht vorm krijgt. Hierbij nadrukkelijk de kracht van de buurt gebruiken, benutten van informele netwerken en bijvoorbeeld ouder kindcentra, ouderenadviseurs en opvoedingsondersteuners; - Collectieve preventie-activiteiten voor gezinnen (jeugdigen en hun ouders) worden ondergebracht in de Centra voor Jeugd en Gezin, ze maken onderdeel uit van het wijkactiviteitenplan Jeugd & Gezin. - Koppeling met eenzaamheidsinterventies en sportprojecten; - Versterken rol eerste lijn bij preventie van psycho-sociale problemen. Voor de eerstelijnszorg (huisartsen) heeft het rijk in 2008 subsidieregeling praktijkondersteuner GGZ ingesteld. In samenwerkingsverband proberen veel huisartsen in 's-Hertogenbosch hiervan gebruik te maken.
<b>6</b>	<b>Betrokken beleidsafdelingen en partijen</b>
	Gemeente, afdelingen welzijn, sport en recreatie, Arbeidsmarkt en sociale zaken Partijen: Reinier van Arkel, GGD, Juvans, Novadic-Kentron, eerstelijnszorg
<b>7</b>	<b>Welke budgetten zijn in gemeentelijke meerjarenbegroting opgenomen?</b>
	Wmo, GGZ preventieprogramma Armoedebeleid en sportbeleid

#### 4.4 Een gezonde samenwerking met zorgverzekeraar(s) en eerstelijnszorg

De primaire verantwoordelijkheid voor het realiseren van adequate gezondheidszorg ligt bij de zorgverzekeraar(s) en zorgaanbieders.

In relatie tot het gezondheidsbeleid is vooral de eerstelijnszorg van belang. Een belangrijke verbinding tussen preventie en zorg kan hiermee immers worden gelegd. De gemeente heeft op het terrein van de eerstelijnszorg een voorwaardenscheppende rol. Vanuit deze rol richt de gemeente zich op het creëren van een aantrekkelijk vestigingsklimaat, het monitoren van ontwikkelingen in de eerste lijnszorg en het actief ondersteunen van initiatieven van zorgaanbieders die op samenwerking gericht zijn.

##### *Multidisciplinaire eerstelijnszorg<sup>18</sup>*

Belangrijk is om in samenwerking met verzekeraars, woningbouwcorporaties en zorgaanbieders, vooral in de aandachtsbuurten en buurten met een concentratie van ouderen of mensen met beperkingen, multidisciplinaire eerstelijnszorg met een sluitende keten van welzijn te stimuleren.

In Noord en Oost (gezondheidscentrum Samen Beter) zijn reeds goede voorbeelden aanwezig.

De uitdaging is daar om de samenwerking op het gebied van preventieprogramma's verder uit te bouwen.

In de herstructureringsplannen van West (Boschveld) zal een soortgelijke multidisciplinair gezondheidscentrum tevens nadrukkelijke aandacht krijgen. In nieuwbouwwijk de Groote Wielen wordt in samenwerking met verzekeraar VGZ, woningcorporatie Brabant Wonen en zorg-en welzijnsorganisaties gewerkt aan een multidisciplinair gezondheidscentrum.

##### *Zorgveld in beweging*

Het zorgveld is enorm in beweging; de zorgverzekeringswet is 1 januari 2006 ingevoerd en heeft marktwerking in het zorgstelsel proberen in te voeren.

Eén en ander heeft tot een hevige concurrentiestrijd en fusiegolven bij verzekeraars geleid. De grootste verzekeraar in onze gemeente, VGZ-IZA, is inmiddels gefuseerd met Univé en Trias.

Ook andere verzekeraars werpen zich op om verzekerden in 's-Hertogenbosch voor zich te winnen.

Verzekeraars geven hierbij aan zich niet alleen maar op cure (kwaliteit goede zorg) maar ook op gezondheid (preventie) te willen richten. Door het opnemen van preventie in het wettelijk verzekerd pakket (m.i.v. 2009) worden verdere goede mogelijkheden geboden. Voor onze gemeente biedt dit kansen om de komende periode concrete afstemmings en samenwerkingsafspraken te maken over preventieprogramma's.

##### *Samenwerking GGD en 1e lijn*

Verder willen we in de periode 2008-2011 proberen een robuustere infrastructuur tussen GGD en eerstelijnszorg (huisartsen/Rose) in 's-Hertogenbosch te bewerkstelligen.

Huisartsen spelen bij preventie en gedragsverandering immers een belangrijke motiverende en overtuigende rol en zijn bij uitstek geschikt om een verbinding met de openbare gezondheidszorg (GGD) te leggen.

---

<sup>18</sup> multidisciplinaire gezondheidszorg is een samenwerkingsverband dat geïntegreerde zorg en welzijn levert in tenminste de functies van huisartsen, farmaceutische, paramedische en psycho-sociale zorg en welzijnsdiensten voor een cliëntenpopulatie van gemiddeld 10.000 patiënten. Het samenwerkingsverband is verantwoordelijk voor een kwalitatief goede en continue zorg, de organisatie van die zorg en het ontwikkelen en handhaven van multidisciplinair zorgbeleid.



<b>Samenwerking verzekeraar(s) en eerstelijnszorg</b>	
<b>1</b>	<b>Ambitie</b>
	We willen voor alle burgers voldoende en toegankelijke eerstelijnszorg in de wijk/buurt met een sluitende keten voor welzijn, preventie en zorg.
<b>2</b>	<b>Wat willen we bereiken?</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stimuleren dat in nieuwbouwwijken en in bestaande wijken/buurtten met een concentratie van kwetsbare groepen (aandachtsgebieden, ouderen, mensen met beperkingen) een multidisciplinair gezondheidscentrum gevestigd wordt met een sluitende keten van welzijn, preventie en zorg;</li> <li>- Minimaal drie concrete samenwerkingsprojecten tussen verzekeraar en gemeente op het gebied van preventie;</li> <li>- Toegankelijkheid eerstelijnszorg voor allochtonen verbeteren ten opzicht van ijkjaar 2007.</li> </ul>
<b>3</b>	<b>Indicatoren</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aantal multidisciplinaire gezondheidscentra in aandachtswijken/buurtten en nieuwbouwwijken;</li> <li>- Aantal samenwerkingsprojecten op het gebied van preventie;</li> <li>- Monitor GGD/verzekeraar/huisartsen.</li> </ul>
<b>4</b>	<b>Wat doen we nu al?</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Samenwerking met multidisciplinaire gezondheidscentra Noord en Samen Beter ;</li> <li>- Medewerking verlenen aan voorbereidingen gezondheidscentrum de Groote Wielen;</li> <li>- Inzet voorlichter in eigen taal en cultuur (GGD) in Boschveld.</li> </ul>
<b>5</b>	<b>Wat gaan we nog meer doen?</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Opnemen van multidisciplinair gezondheidscentrum in herstructureringsplannen Boschveld;</li> <li>- In samenwerking met verzekeraar, aanbieders, bewoners, in bovengenoemde wijken en buurten zicht krijgen op de vraag naar eerstelijnszorg en de gewenste aansluiting op welzijn en preventie;</li> <li>- Samenwerking gezondheidscentra Noord en Samen Beter uitbouwen mbt preventieprogramma's;</li> <li>- I.s.m. met verzekeraar, woningbouwcorporatie stimuleren van een multidisciplinair gezondheidscentrum in de Groote Wielen;</li> <li>- Onderzoeken om satellieten van stedelijk Wmo-loket en gezondheidsactiepunten te huisvesten in multidisciplinaire gezondheidscentra;</li> <li>- Afstemming met verzekeraar(s) over preventieprogramma's, monitors en gezamenlijke financiering van projecten;</li> <li>- Inzet allochtone zorgconsulenten in multidisciplinaire gezondheidscentra in aandachtsbuurtten (gezamenlijke financiering gemeente en verzekeraar);</li> <li>- Opdracht geven aan GGD om robuustere infrastructuur met eerstelijnszorg te realiseren (in aandachtsbuurtten en als onderdeel van de vier te realiseren woonservicewijken);</li> <li>- Inhoud collectieve verzekering bijstandsgerechtigden afstemmen op speerpunten lokaal gezondheidsbeleid.</li> </ul>
<b>6</b>	<b>Financiën in gemeentelijke meerjarenbegroting</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wijk-buurtgericht gezondheidswerk;</li> <li>- Projectgelden speerpunten gezondheidswerk (Grote Steden Beleid);</li> <li>- Beleid stadsontwikkeling (project herstructurering Boschveld), arbeidsmarkt en sociale zaken.</li> </ul>

## 5. Verantwoording en financiën

Het is verstandig om bij de openbare gezondheidszorg (preventie) te onderkennen dat een aparte verantwoordingsstructuur gevraagd wordt. Karakteristiek aan openbare gezondheidszorg is het feit dat het niet om een individuele vraag gaat maar meer om een maatschappelijke/collectieve vraag van burgers. Daarnaast richt de openbare gezondheidszorg zich op het voorkomen dat mensen ziek worden, bijvoorbeeld door ongezonde leefgewoonten, omdat ze in een ongezonde omgeving wonen of sociaal-economisch gezien tot de zwakste groepen in de samenleving behoren.

Zoals eerder in de nota aangegeven richten we ons op het potentieel van burgers om gezondheid te verkrijgen en te behouden. Maatschappelijke legitimatie is bij de verantwoording dan ook belangrijker dan wetenschappelijke legitimatie. Lang niet al het volksgezondheidsbeleid is te baseren op wetenschappelijk bewijs. Maatschappelijke leerprocessen leveren binnen een jaar ook geen meetbare resultaten op. Gezondheidsinterventies vragen continuïteit van een periode van zeker vier jaar.

Bij het monitoren van het gezondheidsbeleid 2008-2011 wordt met bovengenoemde aspecten rekening gehouden. Getracht is realistische en meetbare outcome en output-indicatoren op te stellen. Indicatoren Inspectie Gezondheids Zorg zijn hiertoe als handvat gebruikt evenals de gemaakte afspraken over indicatoren in GSB-verband en andere beleidsterreinen (Wmo, sport, enz).

### *Financiën*

Om in te kunnen spelen op actuele ontwikkelingen en in het kader van het streven naar een doorzichtig beleid wordt in deze nota het financiële kader op hoofdlijnen weergegeven. In de uitvoeringsplannen worden activiteiten aan budgetten gekoppeld.

De financiering van het lokaal gezondheidsbeleid geschiedt deels 'direct' uit de eigen begrotingsmiddelen van de GGD, jeugdgezondheidszorg en het wijk-buurtgericht gezondheidswerk, maar voor een groot deel ook 'indirect' uit middelen van andere gemeentelijke diensten. Als alle betrokken diensten rekening houden met gezondheidseffecten bij het inzetten van die budgetten wordt een optimaal maatschappelijk rendement behaald uit de beschikbare middelen. Gezondheidsbeleid is zo écht intersectoraal beleid. Gemeentelijke diensten volgen voor de besteding van gelden, dus ook voor gezondheid, een eigen besluitvormingstraject. Het College stelt de uitvoeringsplannen voor de (financiering van de) uitvoering telkens op hoofdlijnen vast binnen het bestek van de programmabegroting.

Kort samengevat zijn voor het gezondheidsbeleid de volgende middelen beschikbaar (prijspeil 2008):

Inwonerbijdrage GGD	€ 1.944.447	Basistakenpakket GGD	Jaarlijks
Vivent Jeugdgezondheidszorg <sup>19</sup>	€ 1.514.037	Basistakenpakket Vivent, 0-4 jaar	Jaarlijks
Wijk-buurtgericht gezondheidswerk (GSB-beleid)	€ 170.530	Kosten 2008	Vooralsnog t/m 2009
Projectgelden voor speerpunten gezondheidswerk (GSB-beleid)	€ 73.210	Kosten 2008	Vooralsnog t/m 2009
Gezondheidsmakelaar (VWS)	€ 41.250	Kosten 2008	t/m 2010

<sup>19</sup> Wij voeren vrijwel geen regie over het basistakenpakket dat de GGD Hart voor Brabant en Vivent uitvoeren op basis van de Wcpv. De inzet voor de collectieve gezondheidspreventie, de infectieziektebestrijding en de jeugdgezondheidszorg is namelijk voor alle gemeenten uniform en wettelijk bepaald. Het gaat hier over ca 85% van de hiervoor aan de GGD en Vivent beschikbaar gestelde budgetten. Met het resterende budget kunnen we lokale accenten door deze organisaties laten verrichten.

## Bijlage 1      Overzicht gemeentelijke taken Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv)

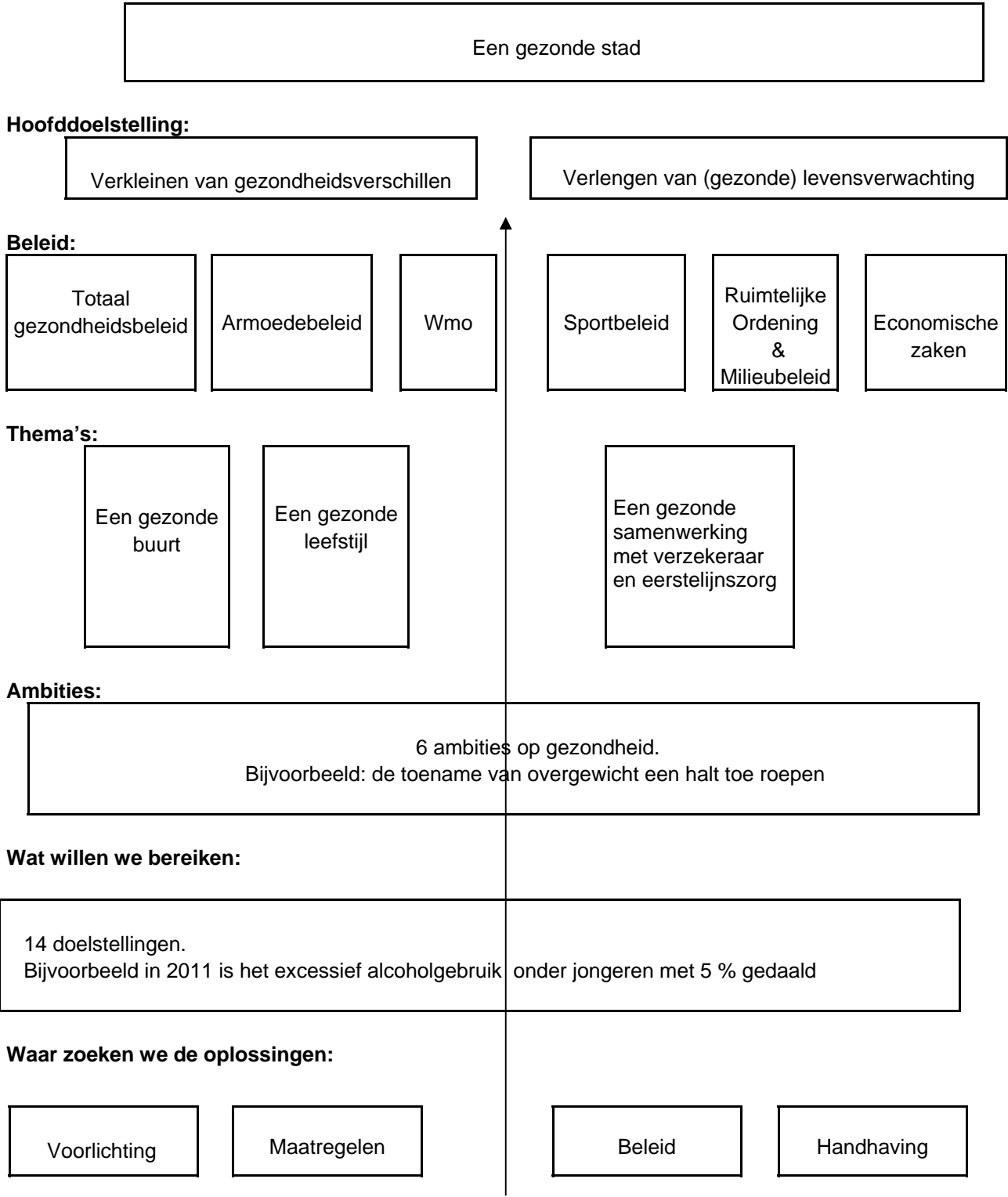
De aanpak van de gemeentelijke taken in de periode 2008-2011 is als volgt:	Aanpak:
1. Collectieve preventie	
Inzicht in de lokale gezondheidssituatie van de bevolking (epidemiologisch onderzoek)	<p>Wordt uitgevoerd door GGD Hart voor Brabant in 4 jaarlijkse gezondheidsmonitors.</p> <p>Planning:</p> <p>Kindermonitor (0 tot 11 jaar) 2009</p> <p>Jongerenmonitor (12 tot 17 jaar) 2007</p> <p>Volwassenenmonitor(20 tot 65 jaar)2009</p> <p>Ouderenmonitor (65+) 2008</p> <p>Deze worden elke vier jaar samengevat in kernboodschappen voor lokaal beleid:</p> <p>Kernboodschappen voor lokaal beleid 2010</p> <p>De GGD Hart voor Brabant vult twee websites met gezondheidsinformatie: <a href="http://www.gezondheidsatlas.nl">www.gezondheidsatlas.nl</a> en <a href="http://www.regionaalkompas.nl">www.regionaalkompas.nl</a>.</p> <p>De gemeente voert zelf ook verschillende monitors uit waarin het aspect "gezondheid" is opgenomen, o.a. LenV monitor, Wmo-monitor (2008)</p>
Bewaken gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen	<p>Een groot aantal besluiten integreert het gezondheidsaspect op wettelijke basis (bijv. toepassing bouwbesluit)</p> <p>De aanpak van gekozen speerpunten 2008 pakt de gemeente op vanuit verschillende beleidsvelden)</p> <p>Om het gezondheidseffect te meten van ontwikkelingsprojecten gebruikt 's-Hertogenbosch de GezondheidsEffectScreening (GES)</p>
Opzetten van preventieprogramma's	Lokale speerpunten 2008-2011: overgewicht (voeding en beweging), alcoholgebruik van jongeren, roken, depressie (zie deze nota).
Bevorderen medisch-milieukundige zorg	<p>Wordt uitgevoerd door de GGD Hart voor Brabant:</p> <p>Het signaleren van ongewenste situaties. Een onderdeel daarvan is het doen van onderzoek naar de relatie tussen blootstelling aan milieufactoren en een bepaald gezondheidsprobleem;</p> <p>Adviseren over de gezondheidseffecten van overheidsbeleid;</p> <p>Het beantwoorden van vragen, klachten en meldingen</p>

	<p>uit de bevolking;</p> <p>Het geven van op preventie gerichte voorlichting, zoals over een gezond binnenmilieu in scholen;</p> <p>Het adviseren over de gezondheidsrisico's van gevaarlijke stoffen bij ongelukken, incidenten en rampen of bij dreiging daarvan. In grootschalige situaties vindt deze advisering plaats onder coördinatie van de GHOR.</p>
<p>2. Jeugdgezondheidszorg</p>	<p>De gemeente continueert de regisseursrol van de integrale JGZ. Vivent (0-4 jaar) en de GGD Hart voor Brabant (4-19 jaar) voeren de jeugdgezondheidszorg uit. Het JGZ aanbod is vastgelegd in een basistakenpakket (BTP).</p> <p>Het uniforme deel van het BTP bestaat uit werkzaamheden die gestandaardiseerd en aan iedereen behorende tot de doelgroep moeten worden aangeboden.</p> <p>Gemeenten hebben (inhoudelijke) beleidsvrijheid om het aanbod van het maatwerkdeel van het BTP af te stemmen op zowel specifieke zorgbehoeften van de jeugd als op specifieke gezondheidssituatie van de jeugd.</p> <p>Voor de uitvoering van de JGZ is een richtlijn contactmomenten (vaste tijdstippen waarop JGZ met een kind contact heeft) opgesteld.</p> <p>Speerpunten in de komende jaren zijn het implementeren van het Elektronisch Kinddossier (EKD) en het ontwikkelen en implementeren van een Centrum voor Jeugd en Gezin. Verdere uitwerking gebeurt in de separate nota's over deze onderwerpen.</p> <p>De volgende taken worden uitgevoerd door Vivent en de GGD Hart voor Brabant:</p> <p>Verwerven van inzicht in de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren</p> <p>Ramen van de behoefte aan zorg</p> <p>Vroegtijdige opsporing en preventie van een aantal specifieke stoornissen</p> <p>Het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma</p> <p>Geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;</p> <p>Formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen</p> <p>Maatwerk jeugdgezondheidszorg (zoals opvoedingsondersteuning en deelname aan zorgnetwerken)</p>

3. Infectieziektebestrijding	<p>Wordt uitgevoerd door de GGD Hart voor Brabant, zijnde:</p> <p>Infectieziektebestrijding door onder andere onderzoek, bron- en contactopsporing en preventieve projecten</p> <p>Bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, waaronder aids door onder andere partnerwaarschuwing, voorlichting en zonedig behandeling</p> <p>Tuberculosebestrijding door BCG vaccinaties en screening</p>
4. Elke 4 jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid	<p>Wettelijk is vastgelegd dat gemeenten vierjaarlijks een nota volksgezondheid op moeten stellen. Daarin moeten ze onder andere aangeven hoe ze invulling geven aan de bovenstaande taken. Realisatie middels deze nota.</p>
5. Instandhouding van een GGD	<p>De instandhouding van een GGD is verzekerd door deelname van de gemeente aan de Gemeenschappelijke Regeling GGD Hart voor Brabant</p>

Het kabinet is van plan om de Wcpv te vervangen door de Wet publieke gezondheid. De wet publieke gezondheid heeft als doel om meer samenhang te realiseren in de bestrijding van infectieziekten. De nieuwe wet maakt het mogelijk om sneller in te grijpen bij dreigingen van bijvoorbeeld Sars of vogelgriep. De wet regelt onder andere dat er voldoende voorzieningen komen om infectieziekten snel op te kunnen sporen en te bestrijden, met name in grote havens en vliegvelden. Ook krijgt de minister van VWS meer bevoegdheden om bij landelijke infectieziektecrises de regie te voeren. Op dit moment zijn de verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor het bestrijden van infectieziekten nog geregeld in drie afzonderlijke wetten: de Wet collectieve preventie volksgezondheid, de Infectieziektewet en de Quarantainewet. De Wet publieke gezondheid vervangt deze wetten. Ook het verplicht gebruik van het elektronisch kinddossier in de jeugdgezondheidszorg wordt met de Wet publieke gezondheid geregeld.

**Bijlage 2 Samenhang acties en visie in een schema**



De bijbehorende activiteiten zijn vervolgens te vinden in de uitvoeringsplannen.

## Lijst met afkortingen

AMSZ	= Arbeidsmarktbeleid en Sociale Zaken
APV	= Algemene Plaatselijke Verordening
AWBZ	= Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BBS	= Brede Bossche School
BMI	= Body Mass Index
BSO	= Buitenschoolse Opvang
BIG	= Bewonersinitiatiefgeld
Bureau O&S	= Bureau Onderzoek & Statistiek gemeente 's-Hertogenbosch
CBS	= Centraal Bureau voor de Statistiek (voor overheid)
EKD	= Elektronisch KindDossier
GES	= Gezondheids Effect Screening
GHOR	= Geneeskundige Hulpdienst bij Ongevallen en Rampen
GGD HvB	= Gemeentelijke gezondheidsdienst Hart voor Brabant
GGZ	= Geestelijke Gezondheidszorg
GSB	= Grotestedenbeleid
IGZ	= Inspectie Gezondheids Dienst
i.v.m	= in verband met
JGZ	= Jeugdgezondheidszorg
JOM monitor	= Jeugd en Onderwijsmonitor
L&V-monitor	= Leefbaarheid en veiligheidmonitor van gemeente 's-Hertogenbosch
MIS-strategie	= Minimale Interventie Strategie bij het stoppen met roken
m.i.v.	= met ingang van
NIGZ	= Nationaal Instituut voor gezondheidsbevordering en Ziektepreventie,
NISB	= Nederlands Instituut voor sport en Bewegen
o.a.	= onder andere
OGGZ	= Openbare Geestelijke Gezondheids Zorg
RIVM	= Rijksinstituut (van de overheid) voor Volksgezondheid en Milieu
RO	= Ruimtelijke Ordening
Rose	= Regionale ondersteuning service eerstelijnszorg
SB/BOR	= Stadsbedrijven/Bureau Openbare Ruimte
SES	= Sociaal Economische Status (inkomen, werksituatie, opleiding)
t.o.v.	= ten opzichte van
VTV	= Volksgezondheid ToekomstVerkenning door GGD Hart voor Brabant, RIVM en Tranzo
VWS	= Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wcpv	= Wet collectieve preventie volksgezondheid
Wmo	= Wet maatschappelijke ondersteuning