

OMSLAG INVOEGEN

MAAKT COMMUNICATIE



## INHOUDSOPGAVE

1.	INLEIDING ZEIST kernGEZOND 2013 – 2016	3
	Inleiding	3
	Samenwerking met partijen rondom het opstellen van de nota	3
	Algemeen uitgangspunt	3
	Evaluatie periode ZEIST GEZONDer 2008 – 2011	3
	Compacte nota	4
	Leeswijzer	4
2.	GEZONDHEIDSBELEID IN ZEIST: uitgangsituatie en –punten plus randvoorwaarden	5
	Inleiding	5
	Huidige gezondheidssituatie van de inwoners van Zeist	5
	Groepen die extra aandacht kunnen gebruiken	5
	Ambitie en aanpak op het gebied van sociaal domein en gezondheid: maximale participatie	6
	Beschikbare instrumenten als gemeente, cirkel van invloed en regie	6
	In de gemeente Zeist gebeurt samen met veel partijen al heel veel op het vlak van gezondheid, in goede samenwerking	10
	Samen met de inwoners: van aanbod- naar vraaggericht werken	10
	We gaan gebruik maken van onze contactmomenten en loketten om gezondheid als thema meer vraaggericht invulling te kunnen geven	11
	Brede of smalle nota?	11
	Samenvatting GEZONDHEIDSBELEID IN ZEIST: uitgangsituatie en randvoorwaarden	11
3.	SPEERPUNTEN ZEIST kernGEZOND 2013 – 2016	12
	Inleiding	12
	Doelgroepenkeuze	12
	Speerpuntenkeuze	12
	Speerpunt alcohol	12
	Speerpunt bewegen	14
	Thema sport en bewegen als doel: strategie voor gezondheidswinst	14
	Thema sport en bewegen als middel: andere voordelen, zoals participatie	14
	Samenvatting speerpunten en doelgroepen	15
4.	WAT GAAN WE DOEN VOOR ZEIST kernGEZOND?	16
	Inleiding	16
	Doelstellingen rondom speerpunten in het algemeen nader uitgewerkt	16
	Denktrant rondom doelstelling participatie in relatie tot gezondheid	16
	Doelenboom	16
	Evaluatie	18
	Financiën	18
	Uitvoering	19
5.	AANDACHTSPUNTEN ZEIST kernGEZOND	
	Inleiding	20
	Decentralisatie en transities	20
	Thema's formuleren op het sociale domein	20
	Loketten	20
	Integrale regie	20
	Uitwerking Brede Sociale Visie	20
	Schakelfunctie?	20
	Community based	20
	Kortom	21
	BIJLAGE 1 TABEL MET LOPENDE ACTIVITEITEN OP HET GEBIED VAN GEZONDHEID	23
	BIJLAGE 2 BELEID EN SAMENLEVING	24
	BIJLAGE 3 GEZONDHEID IN ZEIST	28
	BIJLAGE 4 EVALUATIE GEZONDer IN ZEIST 2008 – 2011	32
	BIJLAGE 5 DWARSVERBANDEN EN KOPPELINGEN MET DOELGROEPEN EN ANDERE BELEIDSTERREINEN	44
	BIJLAGE 6 TAKENPAKKET GGD Midden Nederland	47



## 1. INLEIDING ZEIST kernGEZOND 2013 – 2016

### Inleiding

De gemeente Zeist maakt elke 4 jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid. Het opstellen van de nota is een wettelijke verplichting. Belangrijker is het uiteraard, om als gemeente daadwerkelijk een bijdrage te leveren aan een goede gezondheidssituatie voor onze inwoners. De ambitie is: ZEIST, kernGEZOND. Wij hebben en voelen daarin als gemeente – ondanks de beperkte mogelijkheden en middelen – een verantwoordelijkheid. In deze nota geven wij aan hoe we daar invulling aan geven.

Daarbij gaan we vooral in op hoe we de komende vier jaar daaraan met elkaar willen werken. Want alleen kunnen we het niet. We schetsen in deze nota vooral contouren, kansen en mogelijkheden. Wel concrete contouren, maar in de uitvoering is er ruimte voor maatwerk, het inspringen op nieuwe ontwikkelingen en het creëren van synergie op de momenten dat de kans zich voordoet.

### Samenwerking met partijen rondom het opstellen van de nota

Werken aan gezondheid is vooral: samenwerken. Daarom is deze nota tot stand gekomen in overleg met de GGD, Sportservice Zeist en accountmanagers op het gebied van sport, CJG/jeugd, Wmo, Werk en Inkomen en wijkgericht werken. Met hen zijn gesprekken gevoerd over waar de nota zich op toe zou moeten spitsen.

Met de samenleving is alleen in de inspraakperiode contact geweest. Het budget en daarmee het perspectief op (nieuw) beleid zijn heel beperkt. Daarom is de keuze gemaakt om bij het opstellen van de nota alleen met stakeholders om tafel te gaan. Voor en in de uitvoeringsfase zoeken we nadrukkelijk wél het contact met de samenleving, op basis van de ervaringen met WIJK GEZONDER.

### Algemeen uitgangspunt

Kracht, nabijheid en vertrouwen zijn de kernwaarden van de gemeente Zeist. Deze begrippen hebben we als basis genomen voor hoe we denken over onze inwoners en hun gezondheid. Ze zijn ook vooral de basis voor hoe we met alle partijen en vooral met de inwoners in contact willen komen en aan het werk willen rondom het thema gezondheid. We willen niet bepalen voor onze burgers wat ze moeten doen, maar mensen samen brengen rondom actuele gezondheidsthema's en samen met hen bepalen hoe we met die thema's aan de slag gaan. Het gaat om hun gezondheid en wat zij daarin belangrijk vinden. Bij zo'n aanpak past geen dichtgetimmerd beleidsverhaal. BIJLAGE 1, BELEID EN SAMENLEVING, gaat daar dieper op in.

### Evaluatie periode ZEIST GEZONDER 2008 – 2011

Voorafgaand aan een nieuwe beleidsperiode, is het zinvol de vorige periode te evalueren en lessen te trekken uit het verleden.

Er is veel gedaan de vorige periode. Aan alle punten is gewerkt, op de meeste punten zijn de geplande maatregelen uitgevoerd. Op het punt Diabetes is de inspanning van de gemeente beperkt gebleven. Dit bleek toch een te medisch onderwerp. Op het punt Zorgeconomie is een aanzienlijke inspanning geleverd, maar dit uiteindelijk niet het beoogde doel bereikt. Dit doel lag uiteindelijk buiten de reikwijdte van de lokale overheid en zorgaanbieders.

Over het algemeen komt naar voren dat lastig vast te stellen is of het gevoerde beleid en de uitgevoerde maatregelen effect hebben. Ondanks SMART geformuleerde doelstellingen in de vorige nota valt niet te achterhalen hoe de cijfers zich zouden hebben ontwikkeld zonder maatregelen. Zo geven die doelstellingen een schijnzekerheid, zeker gezien de korte looptijd van de nota. Pas over langere tijd bezien, zouden cijfers over de ontwikkeling van de gezondheidstoestand van de inwoners van Zeist wellicht enig inzicht kunnen geven. De invloed van maatregelen op het verloop van die cijfers is dan enigszins af te zetten tegen algemeen wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van dergelijke maatregelen. Voor de gemeente Zeist specifiek is dat niet goed te achterhalen.

Succesfactoren in werken aan gezondheid zijn een goede samenwerking en duidelijkheid in de taakverdeling en verantwoordelijkheden. Met de meeste partijen loopt dit prima. WIJK GEZONDER is daar een mooi voorbeeld van. Dit initiatief stond niet in ZEIST GEZONDER, maar de kans is gecreëerd los van het beleidskader.

Er zijn veel partijen actief op deelgebieden. Dat is een aandachtspunt, want naast dat het een sterk punt is, kan het ook leiden tot versnippering: dat is een mogelijke faalfactor. De evaluatie heeft ook geleid tot aanbevelingen. In BIJLAGE 4, EVALUATIE VAN ZEIST GEZOND 2008 – 2011 vindt u die terug, evenals meer uitgebreide conclusies en achtergronden. De bevindingen uit de evaluatie hebben geleid tot een aantal randvoorwaarden en uitgangspunten. Die zijn in deze nota verwoord in hoofdstuk 2. Ook zijn ze van invloed geweest op de keuze van speerpunten.

### **Compacte nota**

De wens van college en raad is, om compacte nota's vast te stellen waarin het gaat om de essentie. Wat doen we waarom en hoe – in grote lijnen – doen we dat? Dat maakt dat de opzet van deze nota afwijkt van de traditionele beleidsnota, zoals die vroeger wel werd geschreven. Veel achtergrondinformatie is (daarom) te vinden in de BIJLAGES bij deze nota. Die informatie is vooral van belang voor degenen die met de uitvoering van het gezondheidsbeleid aan de slag gaan. Voor de raad volstaat een compact overzicht van de hoofdlijnen.

### **Leeswijzer**

In dit eerste hoofdstuk zijn wat algemene noties rondom de nota ZEIST kernGEZOND geschetst. Met wie is er samengewerkt, wat leverde de evaluatie van de vorige nota op, de bestuursstijl die van invloed is op de vorm en inhoud van de nota en de wens van de raad om compacte nota's vast te stellen.

In het tweede hoofdstuk gaan we dieper in op allerlei achtergronden en uitgangspunten, die te maken hebben met volksgezondheid in Zeist en de keuzes die we daarin als gemeente (willen) maken. De huidige gezondheidssituatie van onze inwoners, de doelgroepen waar we extra aandacht aan willen besteden, het begrip "cirkel van invloed", de wens om van aanbodgericht tot vraaggerichte aanpak te willen komen, de afweging om een brede of smalle nota te maken en nog meer punten die beschouwd kunnen worden als de piketpalen, waarbinnen het lokaal gezondheidsbeleid zich in Zeist af speelt. Die piketpalen worden nog eens samengevat in de gekleurde tekstblokjes.

In hoofdstuk 3 gaan we in op de keuze voor speerpunten en doelgroepen. Hoofdstuk 2 (de piketpalen in de vorm van de gekleurde tekstblokjes) is voor die keuzes belangrijke input.

In hoofdstuk 4 gaan we in op doelstellingen, financiering en op welke punten we deze nota in de toekomst op willen evalueren. Kortom: wanneer zijn we tevreden?

In het vijfde en laatste hoofdstuk worden de aandachtspunten op een rijtje gezet, die nog nadere uitwerking nodig hebben. Dit is "huiswerk" voor de komende periode.

In de BIJLAGEN tenslotte, gaan we in op allerlei achtergronden bij zaken, die in deze compacte nota slechts terzijde aan de orde komen. Wanneer u meer wilt weten over de achtergronden, kunt u via verwijzingen in de tekst zaken nalezen in de BIJLAGEN.

## 2. GEZONDHEIDSBELEID IN ZEIST: uitgangssituatie en –punten plus randvoorwaarden

### Inleiding

We hebben als gemeente Zeist ambitie als het gaat om gezondheid. Gezonde, vitale burgers zijn in staat deel te nemen aan de samenleving. Dat is prettig voor henzelf en voor de samenleving als totaal. De gemeente heeft de (wettelijke) verplichting, maar ook de wens om zich in te spannen om een bijdrage te leveren aan de gezondheid van de inwoners van Zeist. In dit hoofdstuk gaan we in op de achtergronden die daarbij een rol spelen. Die worden in groene blokjes samengevat. De inhoud van de groene blokjes vormt zo de lijn waarlangs we ons gezondheidsbeleid voor de komende periode opbouwen. Ze zijn de rode draad waarlangs we ons gezondheidsbeleid vorm en inhoud geven. Input voor dit hoofdstuk zijn de evaluatie en aanbevelingen van de periode 2008 – 2011 en uitkomsten van gesprekken met stakeholders en accountmanagers over de vorige nota en de nieuwe nota.

### Huidige gezondheidssituatie van de inwoners van Zeist

Dé inwoner van Zeist bestaat niet. Het is dus lastig conclusies te trekken over dé gezondheidstoestand van de inwoners van Zeist. Wel tekenen zich een aantal contouren af. Die contouren worden zichtbaar in 4-jaarlijkse onderzoeken, die worden gedaan naar de gezondheidstoestand van de Zeister inwoners, verdeeld over verschillende categorieën: kinderen in het basisonderwijs (groep 2 en 6), kinderen in het voortgezet onderwijs (klas 2), volwassenen en senioren. Er wordt onderzoek gedaan naar overgewicht, beweeggedrag, voedingsgewoonten, alcoholgebruik, psychische klachten en nog heel veel meer aspecten. De gegevens, waar we over beschikken, zijn niet allemaal actueel<sup>1</sup>. Wel hebben we – voor zover beschikbaar – het verloop van de cijfers over een lange periode geschetst. Dit is één van de punten uit de aanbevelingen, die voortkomen uit de evaluatie van de periode 2008 – 2011.

In de BIJLAGE 3, GEZONDHEID IN ZEIST, vindt u de cijfers voor Zeist op een rijtje. Er zit veel verschil in de cijfers voor jeugd en volwassenen: met het stijgen van de jaren nemen (kort door de bocht geformuleerd) ongezonde leefstijlfactoren toe. Bij volwassenen is er meer overgewicht, wordt minder bewogen, wordt minder gezond gegeten en zijn er meer psychische klachten. Bij alcoholgebruik is het beeld bij de jeugd juist veel ongunstiger dan voor de volwassenen, hoewel de cijfers ook bij volwassenen niet tot tevredenheid stemmen. Wel gunstig is dat de cijfers voor alcoholgebruik onder de jeugd een flink dalende trend vertonen. Dat heeft o.a. te maken met de wetgeving rondom alcohol en jeugd.

De overall conclusie is, dat Zeist zich voegt naar het beeld dat zich voor de regio aftekent. De cijfers zijn vrijwel gelijk. Wat uit de cijfers naar voren komt, is dat leefstijlonderwerpen (alcohol, overgewicht, voeding, bewegen, roken) nog altijd actueel zijn.

Leefstijlonderwerpen (alcohol, overgewicht, voeding, bewegen, roken) zijn nog altijd actueel. Dat vormt het vertrekpunt voor ons beleid de komende periode. Aanbeveling: de trends volgen we voor een zo lang mogelijke periode (afhankelijk van de beschikbaarheid van cijfermateriaal).

### Groepen die extra aandacht kunnen gebruiken

Uit de cijfers blijkt, dat het – gelukkig – met het grootste deel van de inwoners van Zeist gewoon goed gaat. Zij zijn prima in staat zelf de regie te voeren over hun gezondheid en hulp in te roepen als daar aanleiding voor is. Zij maken daarin hun eigen keuzes.

Er is – ondanks veel maatregelen uit het verleden – wel een zorgwekkend verschil tussen laag opgeleide en hoog opgeleide Nederlanders. Laag opgeleide mensen krijgen gemiddeld 14 jaar (!)

<sup>1</sup> Dat heeft te maken met het moment van verschijnen van deze nota in relatie tot de onderzoekscyclus van de GGD van 4 jaar. Het laatste jeugdonderzoek dateert uit 2008-2010, het volwassenenonderzoek dateert uit 2008, het seniorenonderzoek dateert uit 2006. In 2012 zijn voor de laatste 2 categorieën nieuwe onderzoeken uitgezet: dit keer niet meer uitgesplitst. In 2013 verschijnen de gegevens daarvan.

eerder te maken met gezondheidsproblemen en –beperkingen<sup>2</sup>. Risicofactoren voor een goede gezondheid zijn:

- een lage sociaal-economische status
- allochtoon zijn
- alleenstaand zijn en/of geen betaalde baan hebben

Mensen in die situatie roken en drinken vaker en meer, hebben vaker overgewicht, eten minder gezond, bewegen minder en hebben vaker psychische klachten. Zij hebben vaak minder regie over hun gezondheidssituatie.

Deze mensen komen ook vaker dan gemiddeld in aanraking met één van de gemeentelijke loketten.

Daarnaast heeft de jeugd niet geheel zelf het heft in handen als het gaat om beslissingen over hun gezondheidstoestand. Dat telt des te zwaarder als het gaat om kinderen in een sociaaleconomisch zwakker milieu.

Ouderen is – vanuit de Wet publieke gezondheid – een wettelijke verplichte groep om aandacht aan te besteden<sup>3</sup>. Dé oudere bestaat echter niet. Behalve hun leeftijd onderscheidt niets hen van de gemiddelde Zeistenaar. We zien kwetsbare groepen (zie het lijstje hierboven) als een meer invol criterium. Leeftijd is bijzaak.

Kwetsbare groepen (en de jeugd en sommige groepen ouderen) zijn over het algemeen minder dan anderen in staat zelf de regie te voeren over de kwaliteit van hun gezondheid. Vooral waar er overlap is in de doelgroepen, is extra aandacht vereist. Dat vormt het vertrekpunt voor ons beleid en onze inzet de komende periode.

### **Ambitie en aanpak op het gebied van sociaal domein en gezondheid: maximale participatie**

Zeist heeft een Brede Sociale Visie, die een kapstok biedt voor de werkwijze van de gemeente in het sociaal domein. Deze is enkele jaren terug vastgesteld door de raad. De aanpak zoals verwoord in de Brede Sociale Visie is ook voor het onderwerp “gezondheid” leidend.

Dat houdt onder andere in, dat onze ambitie is om onze inwoners te ondersteunen om te komen tot maximale participatie aan de maatschappij. We richten onze gemeentelijke inzet dan ook met name op de groepen in de samenleving, die daar zelf onvoldoende toe in staat zijn. Dat brengt ons bijna automatisch (ook weer) op het spoor van inzetten op jeugd, kwetsbare groepen en ouderen (en vooral daar waar deze groepen samenvallen).

Daarnaast maken we de omslag – óók op het vlak van gezondheid – van (nu nog) aanbodgericht naar (straks) vraaggericht werken, waarbij de gemeente de “vraagsteller” vanuit één loket bedient. Het gaat hierbij om alle (zorg)vragen op het gebied van sociaal, maatschappelijk, geestelijk en fysiek welbevinden, inclusief gezondheidsaspecten.

De aanpak zoals voorgesteld in de Brede Sociale Visie is leidend. Participatie staat voorop, hulp is er voor degenen die het zelf niet goed genoeg kunnen: jeugd, kwetsbare groepen en ouderen. De komende periode willen we een omslag maken van aanbodgericht naar vraaggericht werken.

### **Beschikbare instrumenten als gemeente, cirkel van invloed en regie**

Als het gaat om gezondheidsbevordering heeft de gemeente een bescheiden rol. Uiteraard doet de gemeente Zeist er zoveel mogelijk aan om gezonde leefomstandigheden te garanderen. Openbare ruimte kan uitnodigen tot bewegen, of juist veel minder. Verkeersbeleid kan het fietsen ontmoedigen of juist stimuleren. Zo kunnen we in alles wat als gemeente (toch al) doen, onze invloed ook aanwenden voor een bijdrage aan een betere gezondheid van onze inwoners.

<sup>2</sup> <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/gezonde-levensverwachting/zijn-er-sociaaleconomische-verschillen/>

<sup>3</sup> Ouderen met een indicatiestelling vallen buiten het bereik van deze nota, want zij worden opgevangen in het gezondheidszorgstelsel (veelal via instellingen).



Sommige dingen die we doen, komen voort uit een wettelijke verplichting (handhaving en toezicht milieuwetgeving en Bouwbesluit bijvoorbeeld). Andere (wettelijk verplichte) dingen doen we vanuit samenwerking met partijen (GGD, CJG) en sommige dingen faciliteren we.

Maar echt actief ingrijpen in de keuzes die mensen maken rondom hun gezondheid, dat ligt buiten de invloedssfeer van de gemeente: vooral gezien het beperkte budget. Het is goed dat we ons daar als gemeente van bewust zijn. Gezondheidsbevordering en preventieve maatregelen is namelijk vooral een kwestie van gedrag van mensen. Gedragsbeïnvloeding is een taai en moeizaam proces. We kunnen als lokale overheid veel willen, maar ligt het wel binnen onze “cirkel van invloed”? Zo niet, dan houden we ons zelf en anderen voor de gek door er toch naar te streven.

In figuur 1 geven we het spectrum van gezondheidszorg weer, zoals dat in Nederland is georganiseerd. De drie linker vakken zitten op het gebied van preventie, de drie rechter vlakken op het gebied van zorg. Uiteraard zijn de grenzen niet haarscherp te trekken, maar als beeld voldoet het prima. De gemeentelijke “cirkel van invloed” zit in de drie linker blokken.

Uit figuur 1 blijkt, dat er vele dwarsverbanden zijn met andere beleidsvelden (de cirkels boven de spectrumbalk). Denk aan wijkgericht werken, sport, veiligheid, jeugdbeleid, ouderenbeleid, onderwijs, horecabeleid, de transities, speelruimte en openbare ruimte. In de aanbevelingen op basis van de evaluatie 2008 – 2011 komt naar voren, dat het goed is ons daarvan bewust te zijn. Daarbij moeten we duidelijk zijn, in wat we op dat vlak van elkaar kunnen verwachten. Ook in het licht van de beschikbare middelen en de winst die uit samenwerking te behalen valt. De werkwijze van de gemeente en de samenleving gaat steeds meer naar een groepsgewijze organisatie van partijen en werkzaamheden rondom een bepaald thema. Deze werkwijze goed vormgeven is (nog) een uitdaging en vergt een goed inzicht in het veld: intern en extern! Welke partijen heb je waarvoor nodig? Uit trajecten als de Bezuinigingsdialoog en WIJK GEZONDER blijkt deze aanpak wel tot een meerwaarde te leiden.

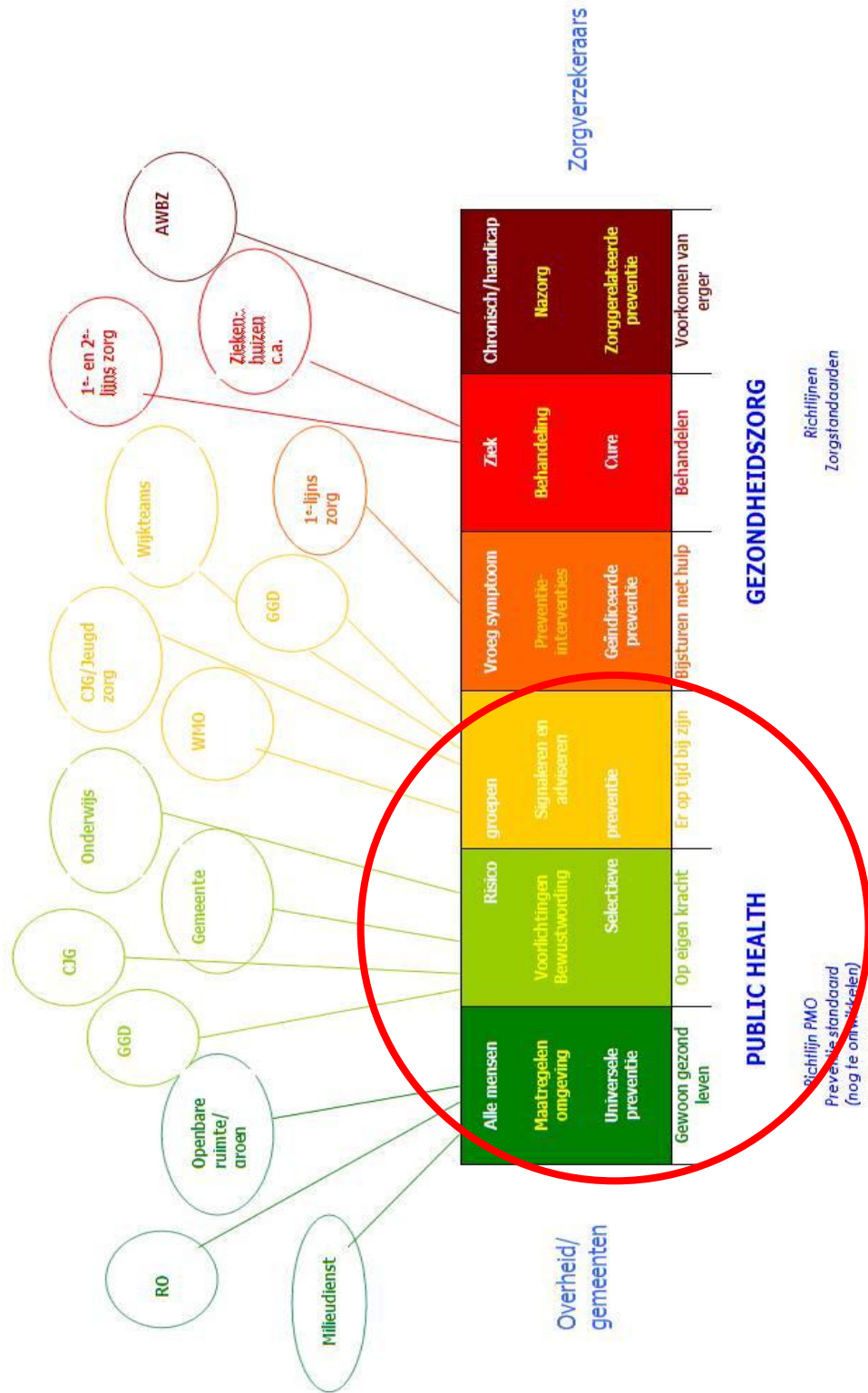
Voor zover we gezondheidstaken niet zelf uitvoeren, kunnen we bijvoorbeeld invloed uitoefenen in samenwerking(safspraken), in de dingen die we zelf doen (via onze reguliere gemeentelijke taken, via onze “loketten” of als opdrachtgever<sup>4</sup>), via financiering(svoorwaarden) en via het goede voorbeeld dat we geven. In veel projecten of taken hebben als gemeente wij een regierol. Wij initiëren, betalen, geven opdracht, brengen partijen samen, stellen voorwaarden, besturen, enzovoort. Onze “cirkel van invloed” is dus mede afhankelijk van onze rol in sommige processen. De regierol kunnen we vaak beter dan nu het geval is benutten. In BIJLAGE 5, DWARSVERBANDEN EN KOPPELINGEN MET DOELGROEPEN EN ANDERE BELEIDSTERREINEN, gaan we daar verder op in. Sleutelwoord bij goede regievoering is het samenbrengen van mensen en partijen rondom een gedeeld beeld en/of doel.

Het veld is behoorlijk versnipperd. Zie ook BIJLAGE 1, TABEL MET LOPENDE ACTIVITEITEN OP HET GEBIED VAN GEZONDHEID.

Elke speler heeft zijn eigen kerntaak en nichetaken. Dit bemoeilijkt soms de coördinatie en samenwerking. Uit de aanbevelingen op basis van de evaluatie komt naar voren dat het verstandig is duidelijk te kiezen voor wie wat levert en waarom juist die partij. Sturen op samenwerking en afstemming is nodig, waarbij de gemeente op dat vlak er (op den duur) bij voorkeur tussenuit kan stappen en samenwerkende partners zelf zoeken naar een optimale afstemming in taken en uitvoering van maatregelen.

We zetten onze beperkte middelen zo effectief mogelijk in, door vooral binnen onze gemeentelijke “cirkel van invloed” zo effectief mogelijk te handelen. Daarin is het voeren van goede regie en kiezen voor succesvolle samenwerkingsverbanden een belangrijk middel om tot betere resultaten te komen. Deze punten vormen de randvoorwaarde voor de keuze van wat we de komende periode gaan doen.

<sup>4</sup> Denk bij taken bijvoorbeeld aan onze toezichthoudende taak op het gebied van de Drank- en Horecawet, of het inrichten en beheren van openbaar groen of onze deelname aan de GGD. Bij loket valt te denken aan het Wmo-loket of het loket Werk en Inkomen. Als opdrachtgever zetten wij bijvoorbeeld Sportservice Zeist aan het werk en organisaties als Meander Omnium.

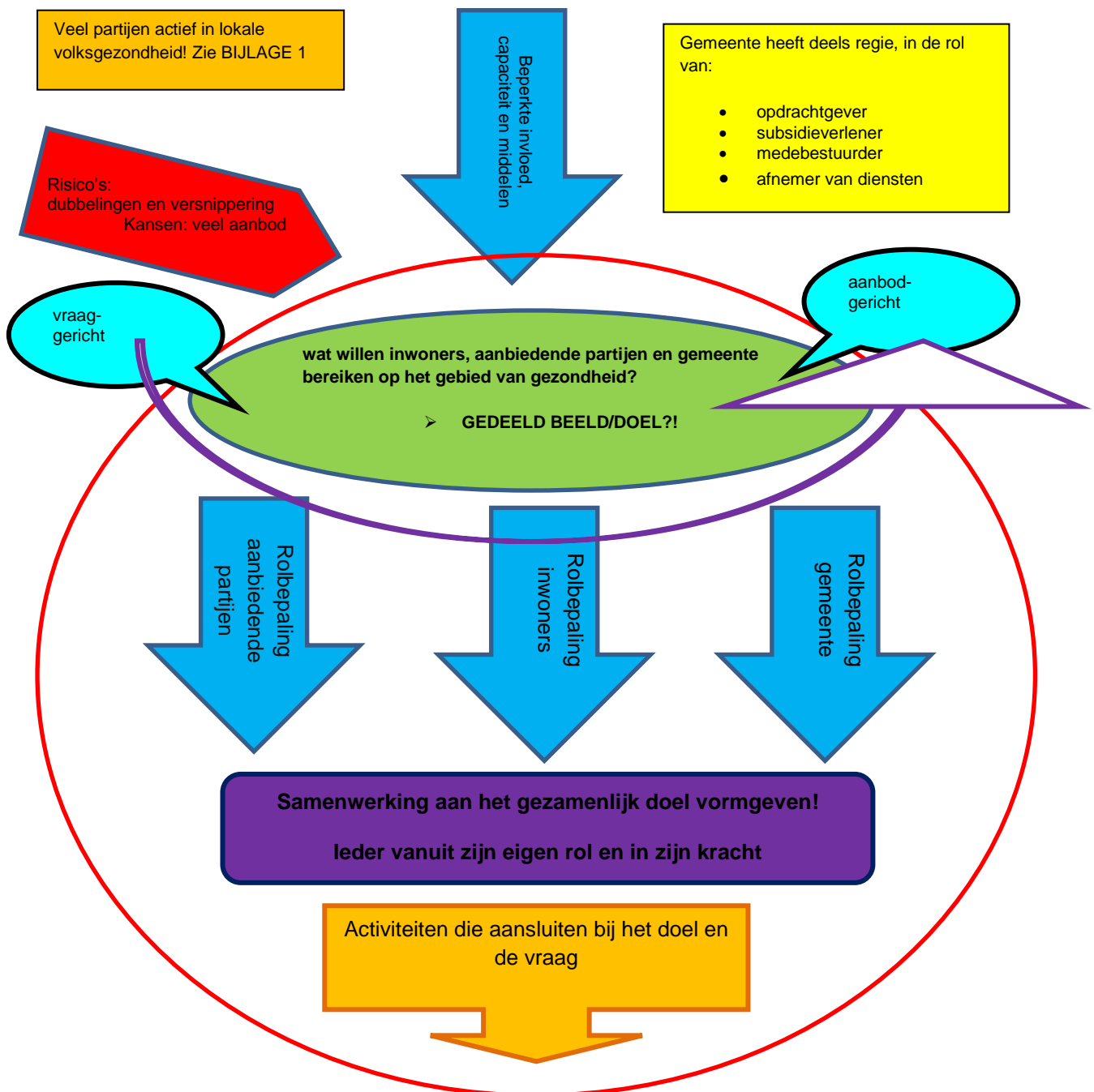


**Figuur 1** Spectrum van zorgcategoriën en partijen die in het veld gezondheidszorg actief zijn. Groen en geel is preventieve zorg, rood en oranje is geïndiceerde zorg via het gezondheidszorgstelsel. In rood onze cirkel van invloed

## In de gemeente Zeist gebeurt samen met veel partijen al heel veel op het vlak van gezondheid, in goede samenwerking

Er zijn binnen de gemeente veel partijen, die impliciet en expliciet al heel veel doen op het gebied van gezondheid. Dat doen ze vanuit verschillende motieven:

- omdat het hun wettelijke of kerntaak is (bijvoorbeeld GGD, MEE);
- omdat ze daar (van ons of anderen) opdracht toe hebben gekregen of omdat ze een behoefte uit de samenleving vervullen (bijvoorbeeld Meander Omnium);
- omdat ze dingen doen die (ook) gunstig zijn voor welbevinden en gezondheid (bijvoorbeeld CJG).



Schema 1 Schematische weergave van regie op het thema gezondheid

Dit zijn partijen die dicht bij onze inwoners staan en die weten wat er speelt en leeft. Wij hebben met deze partijen goed contact. Uit de aanbevelingen van de evaluatie blijkt, dat het het meest effectief is om voort te borduren op goed lopende samenwerkingsverbanden. Dat geeft meer kans op goede resultaten en bespaart de investering in het opbouwen van de samenwerking. Dat gaat ten koste van de uitvoering (in uren en geld). Kansen op nieuwe succesvolle samenwerkingsverbanden moeten uiteraard wel benut worden via een interactieve aanpak in de uitvoering.

Het risico van veel actieve partijen is: dubbelingen en versnippering. De kansen zijn: veel activiteiten voor veel verschillende doelgroepen. Vanuit onze regierol ligt er een taak om het eerste te signaleren en het laatste te faciliteren.

Vanuit hun rol in het gezondheidsstelsel hebben ook huisartsen een centrale positie. Vanuit het stelsel van gezondheidszorg is in de bekostiging van preventieve activiteiten door huisartsen niet voorzien. De lokale overheid opereert juist op dat vlak. Dat maakt dat de rechtstreekse verbinding tussen huisartsen en overheid (in elk geval in de gemeente Zeist) niet van de grond wil komen <sup>5</sup>.

In BIJLAGE 1, TABEL MET LOPENDE ACTIVITEITEN OP HET GEBIED VAN GEZONDHEID, vindt u een overzicht van welke partijen voor welke doelgroep op welke vlakken actief zijn. Dat is een breed scala aan initiatieven en projecten. De komende 4 jaar willen we vooral inzetten op beter worden in wat we al doen. Daarbij zoeken we vooral meer samenwerking met de inwoners van Zeist.

We zetten vooral in op – samen met partijen – beter worden in wat we al doen en dat vooral ook samen met de inwoners doen. Daarbij hoort ook dat we de komende periode samen met partijen en met de inwoners een omslag maken van aanbodgericht naar vraaggericht werken. De kwaliteit van de samenwerking is een belangrijke succesfactor: we zetten vooral in op goed lopende samenwerkingsverbanden.

### **Samen met de inwoners: van aanbod- naar vraaggericht werken**

In 2011 is de pilot WIJK GEZONDer uitgevoerd in en samen met de Verzetswijk. Deze test van community based <sup>6</sup> aanpak bleek heel succesvol. Het heeft veel energie losgemaakt bij partijen en bij de inwoners van de wijk. Deze aanpak smaakt dus naar meer. In de toekomst is het wellicht mogelijk om door te ontwikkelen van community based naar community development als aanpak. Het ligt dus voor de hand – als verlengde van de ambities die de gemeente heeft op het gebied van bestuursstijl en interactief werken – om de uitvoering van gezondheidsbeleid bij voorkeur op deze manier aan te pakken.

We zitten nu nog in de omslag van aanbodgericht werken, naar vraaggericht werken. Op het vlak van gezondheid zijn we nog niet (helemaal) zo ver. Via WIJK GEZONDer is er een succesvolle start mee gemaakt. Maar het aanbod dat er nu is (Fit4Kids, De Gezonde School, en dergelijke), daarvan weten we niet of het aansluit bij de vraag uit de samenleving. Wellicht voldoet het prima, maar het kan ook zijn dat er vanuit de wijken en buurten of vanuit het onderwijsveld heel andere behoeften zijn rondom het thema gezondheid. De vraag moet steeds worden gesteld en afhankelijk van het antwoord zal het aanbod mogelijk moeten worden aangepast.

Ook kunnen vaker slimme combinaties worden gemaakt. Een voorbeeld is het plaatsen van een JOP, samen met de jeugd van Austerlitz. In de afspraken over het gebruik van de JOP zijn – in samenspraak met de jongeren – ook afspraken opgenomen over alcoholgebruik.

We zetten in op zoveel mogelijk community based aanpak. Ook zoeken we naar slimme combinaties tussen gezondheidsthema's en andere gemeentelijke activiteiten. Dit is een kwestie van samenwerken en regievoeren.

<sup>5</sup> Huisartsen hebben wel interesse getoond in deelname in het project WIJK GEZONDer (zie verderop in deze nota).

<sup>6</sup> Community based houdt in, dat in de buurten samenwerking wordt georganiseerd rondom een thema dat de buurt belangrijk vindt. Sociale thema's, zoals gezondheid, lenen zich daar goed voor. Community development betekent dat een thema wordt ingezet om de buurt te ontwikkelen en zo de buurt te helpen om te komen tot emancipatie en participatie.

### **We gaan gebruik maken van onze contactmomenten en loketten om gezondheid als thema meer vraaggericht invulling te kunnen geven**

Als gemeente komen we met onze inwoners in contact via een aantal van onze “loketten”. Denk aan Wijkgericht Werken, het Wmo-loket, het loket Werk en Inkomen, het CJG, de GGD en dergelijke. Bij een paar van die loketten zijn gezondheidsaspecten hoe dan ook al een onderwerp dat ter sprake komt. Denk bijvoorbeeld aan de GGD. Bij andere loketten is er een soort afgeleid gezondheidsaspect, bijvoorbeeld bij het Wmo-loket. Daar is gezondheid meestal niet expliciet het gespreksonderwerp, maar impliciet natuurlijk wel. Men komt immers in aanraking met het Wmo-loket, omdat er beperkingen zijn.

De bedoeling is, dat er straks één loket is voor “(zorg)vraagstellers” op het sociale domein. In “keukentafelgesprekken” wordt daarbij de vraag achter de vraag achterhaald. Deze gesprekken staan ook wel bekend als “Het Gesprek”. Gezondheid/een gezonde leefstijl zou veel meer dan nu het geval is, aan de orde kunnen komen in die gesprekken. Daarmee krijgen we als gemeente meer informatie over de behoeften van inwoners als het gaat om gezondheid. Dat helpt ons om de omslag te maken naar meer vraaggericht werken op het gebied van volksgezondheid.

Gesprekken met inwoners via onze loketten (“Het Gesprek”) kunnen ons van informatie voorzien over waar op het vlak van gezondheid en leefstijl behoeften van inwoners (veelal kwetsbare groepen) liggen. Dit kan ons helpen in de omslag van aanbodgericht naar vraaggericht werken.

### **Brede of smalle nota?**

Op basis van de evaluatie van de nota 2008 – 2011, die een breed spectrum aan speerpunten bestreekt, dringt zich de vraag op of het wel zinvol is een nota te maken met een veelheid aan thema’s of dat een smallere nota wenselijk is, met een focus op de uitrol van een aanpak met meer partners (vergelijk de aanpak van WIJK GEZONDER). Of moet er zelfs een koppeling gemaakt worden met het bredere verband? Gezondheid als thema mag ook worden opgenomen in een (integrale) nota over welzijn/sociaal domein. Een aparte nota is niet persé nodig. Denk bijvoorbeeld aan (de uitwerking van) de Brede Sociale Visie, een participatienota of een Wmo-nota.

Op basis van eerdere uitgangspunten en randvoorwaarden in dit hoofdstuk (zoals beperkte middelen en capaciteit) komen we – voor dit moment – dan uit op een aparte (er is op dit moment nog te veel in beweging op het sociale domein), smalle nota (cirkel van invloed is beperkt) die uitgaat van succesvolle samenwerking met partners en de samenleving (community based op basis van succesvolle ervaring van WIJK GEZONDER en op basis van de gemeente die Zeist wil zijn qua bestuursstijl).

We kiezen voor qua speerpunten voor een nu nog aparte, qua speerpunten smalle nota volksgezondheid, die uitgaat van succesvolle samenwerkingsverbanden en een community based aanpak.

### **Samenvatting GEZONDHEIDSBELEID IN ZEIST: uitgangssituatie en randvoorwaarden**

Als we alle punten hierboven op een rijtje zetten, ontstaat het volgende beeld. We kiezen ervoor om alleen dingen aan te pakken, die binnen onze invloedssfeer als gemeente liggen en waarover we op een zinvolle manier in contact kunnen zijn met onze inwoners. Dan vallen er dingen af als speerpunt, maar zijn er ook een aantal zaken kansrijk. Het leidt in ieder geval tot een smalle nota. De uitgangspunten van de Brede Sociale Visie zijn leidend in de manier waarop we rondom het thema gezondheid aan het werk willen gaan.

We zetten onze eigen contactmomenten (eigen loketten, maar ook contactmomenten via onze partners) maximaal in om gezondheid breder aan de orde te stellen, de vraag op dat vlak bij burgers te achterhalen en de omslag te maken van aanbodgericht naar vraaggericht werken.

We kiezen voor succesvolle samenwerkingsverbanden, om een zo groot mogelijk rendement te kunnen behalen in de uitvoering. Daarbij moeten we ons zeer bewust zijn van onze rol en positie als gemeente, zodat we onze cirkel van invloed zo optimaal mogelijk inzetten. De werkwijze zal zich steeds meer ontwikkelen naar een groepsgebonden organisatie van partijen en werkzaamheden rondom een bepaald thema: intern en extern. Dit alles vraagt een goede regie.

### 3. SPEERPUNTEN ZEIST kernGEZOND 2013 – 2016

#### Inleiding

In hoofdstuk 2 zijn tal van omstandigheden geschetst die leiden tot een keuze voor de aanpak van gezondheid in Zeist. De cirkel van invloed, de contactmomenten met burgers die we in kunnen zetten, het voortborduren op succesvolle samenwerkingsverbanden, werken in de lijn van de Brede Sociale Visie, de keuze voor doelgroepen die we met voorrang aanpakken: dit alles komt voort uit het voorgaande hoofdstuk (zie ook de samenvatting op de vorige pagina of lees de gekleurde blokjes in het vorige hoofdstuk). Deze zaken zijn met name naar voren gekomen uit gesprekken met partijen over de evaluatie van de vorige beleidsperiode en gesprekken met stakeholders en accountmanagers over de komende periode.

Dit alles bepaalt in hoge mate de keuze van doelgroepen en speerpunten voor de komende periode.

#### Doelgroepenkeuze

Op basis van de uitgangspunten van de Brede Sociale Visie, kiezen we voor inzet op mensen die minder in staat zijn regie te voeren op hun eigen gezondheid. Dit zijn kwetsbare groepen, de jeugd en een bepaalde categorie ouderen (nl. die in de categorie kwetsbare groepen). Zij zijn minder in staat tot zelfredzaamheid. In Zeist zorgen we voor mensen in kwetsbare situaties. We verwachten dat ze deelnemen aan het maatschappelijk leven. Gezondheid kan daarin een beperking vormen, zeker voor kwetsbare groepen. Inzetten op een gezonde jeugd, is inzetten op een grotere kans op een gezonde toekomst. In het kader van preventie is dat de meest zinvolle aanpak die maar mogelijk is. Dat is de reden om te kiezen voor deze categorieën. Binnen onze gemeentelijke cirkel van invloed willen we daarop maatregelen inzetten.

#### Speerpuntenkeuze

De vraag is, waar je als gemeente op in wilt zetten als het gaat om lokaal gezondheidsbeleid. Leefstijlaspecten zijn nog altijd actueel als gezondheidsprobleem. Er zijn dan ook tal van mogelijkheden: roken, voedingsgewoonten, overgewicht, alcohol, drugs, bewegen, psychisch welbevinden, eenzaamheid... De lijst van potentiële onderwerpen is nog veel langer dan deze. Bij de keuze van onderwerpen laten we onze cirkel van invloed zwaar meewegen. Het gaat bij deze onderwerpen vaak om gedragsveranderingen, en dat is een taai en moeizaam proces dat een lange adem en veel inspanningen vergt. Binnen onze mogelijkheden zijn wij als lokale overheid vaak niet in staat die inspanningen te leveren. Er toch op in willen zetten, levert een onrealistisch streven op, dat alleen maar tot frustratie leidt.

Voedingsgewoonten als onderwerp is bijvoorbeeld niet heel zinvol, omdat we niet met de burger meelopen als hij boodschappen doet. Dat willen we ook helemaal niet. Hetzelfde geldt voor roken. Wat wij als gemeente toe kunnen voegen bovenop wat al wettelijk geregeld is op het onderwerp roken, is niet noemenswaard maar vergt wel veel inzet.

Veel geld uitgeven aan campagnes, in de hoop dat dit tot gedragsverandering leidt, is onszelf en de samenleving voor de gek houden. Dat doen we dus niet.

We kiezen voor speerpunten, waarop we op een zinvolle manier met onze bevolking in contact kunnen komen en die binnen onze cirkel van invloed liggen. Daarmee is de keuze gevallen op de speerpunten "alcohol" en "bewegen". "Participatie" is een achterliggende drijfveer voor de keuze voor deze speerpunten. In de paragrafen hieronder werken we dit verder uit.

#### Speerpunt alcohol

Onze "cirkel van invloed" als gemeente is op het punt van alcohol tamelijk groot en alcohol is ook een serieus gezondheidsprobleem. Het alcoholgebruik onder jongeren beneden de 16 jaar neemt weliswaar af<sup>7</sup>, maar is nog steeds aanzienlijk. Vooral bingedrinken baart zorgen. Onder volwassenen

<sup>7</sup> In 2002 had 51 % van de jongeren jonger dan 16 de afgelopen 4 weken alcohol gedronken. In 2008 was dat 42 % en in 2012 29 %. Daar staat tegenover dat in 2002 14 % van de jeugd bij één gelegenheid meer dan 5 glazen alcohol had gebruikt, dat dat in 2008 maar liefst 38 % was en dat het in 2012 weer wat gezakt was naar 27 %. Jongeren drinken dus minder, maar als ze drinken doen ze dat in grotere hoeveelheden.

ligt alcoholgebruik ook op een behoorlijk hoog niveau. Zie voor de cijfers BIJLAGE 3, GEZONDHEID IN ZEIST.

Om die reden kiezen we voor dit speerpunt. Op een rijtje gezet:

- (Overmatig) alcoholgebruik is een (gezondheids)probleem van de individuele gebruiker. Het leidt tot verslaving, tot IQ verlies, tot leverschade, het geeft arbeidsbeperkingen. Daarmee reikt het als onderwerp verder dan alleen deze nota.
- Maar overmatig alcoholgebruik is ook een probleem van de samenleving. Alcohol leidt tot overlastsituaties, vandalisme en vernielingen (denk aan de 2e Dorpsstraat). Het kost de samenleving als totaal veel geld. Dan hebben we het over de kosten van vandalisme, arbeidsuitval, het verlies aan denk- en werkpotentieel, slachtoffers van alcoholgerelateerde incidenten en verzuim.

Op het gebied van alcohol hebben we als gemeente – gelukkig - vele ingangen. Onze “cirkel van invloed” is dus relatief groot:

- Via het toezicht op de Drank- en Horecawet;
- Via de Wmo (verslavingszorg);
- Via het CJG, GGD, wijkgericht werken en Sportservice (voorlichting aan jeugd en jongeren);
- Via het loket Wwb, en in de toekomst het loket AWBZ en het loket Jeugdzorg.

De tabel hieronder geeft een indruk van de gemeentelijke “cirkel van invloed” met betrekking tot alcohol. Dit reikt van voorlichting en interventies tot toezicht houden en beleid maken. Dat maakt – samen met de omvang van het gezondheidsprobleem – dat de keuze op dit speerpunt is gevallen.

**Tabel 1 Gemeentelijke en andere ingangen op het gebied van alcohol**

kanaal	rol	activiteit	op basis van
horeca	gastheer/verstrekker	beperken inname bij dronkenschap	Nota horecabeleid
VWA/m.i.v. 2013 gemeente	toezichthouder	controleren en handhaven	Drank- en Horecawet
gemeente	coördinator interventies	terugdringen overmatig alcoholgebruik	Wmo, prestatieveld 9
GGD	coördinator Meldpunt Zorg en Overlast	signaleren en toeleiden naar hulpverlening	basistakenpakket GGD
politie	handhaver	handhaven openbare orde	politietaken
gemeente	wijkmanager	signaleren problemen	wijkgericht werken
CJG	deskundige/voorlichter	voorlichting geven/jeugd	takenpakket CJG
GGD	deskundige/voorlichter	voorlichting geven/ jeugd en algemeen	basistakenpakket GGD
GGD	deskundige/voorlichter	De Gezonde School & genotmiddelen (roken, alcohol)	plustakenpakket
Victas (vml. Centrum Maliebaan)	aanbieder digitale lesmodule roken, alcohol, drugs	In kader van De Gezonde School	Via GGD
Bureau Halt	coördinator	uitvoering taakstraffen/ alcoholcursus	opdracht ministerie van Justitie
Stichting Voorkom	aanbieder via GGD	preventieve voorlichting	opdrachtverlening aan derden
Polikliniek Jeugd en Alcohol DIAKziekenhuis	2 <sup>e</sup> lijns gezondheidszorg	behandelen en doorverwijzen	Wet publieke gezondheidszorg
Sportservice Zeist	belangenbehartiger	IVA-trainingen <sup>8</sup> sportverenigingen	op verzoek/in opdracht
Trimbos-	kennisinstituut	onderzoek doen, kennis	in opdracht ministerie VWS,

6. Instructie Verantwoord Alcoholgebruik



instituut Utrecht		verspreiden, behandelingen ontwikkelen	ziekttekostenverzekeraars e.a.
-------------------	--	--	--------------------------------

Er gebeurt dus al heel veel, door veel verschillende partijen. Maar door betere samenwerking kan de intensiteit van de boodschap en de effectiviteit van maatregelen nog verder omhoog. De kracht zit vaak in de herhaling en in de bundeling van initiatieven. Er is wellicht ook nog winst te behalen door in “Het Gesprek” alcohol als gesprekspunt op te voeren, als er een vermoeden bestaat dat alcohol wel eens problematisch zou kunnen zijn. Dan kunnen via dat “loket” ook gerichte acties worden ingezet, het liefst via bestaand aanbod. Winst valt op dit onderwerp dus vooral te halen in een meer integrale aanpak en regie, op basis van samenwerking en gezamenlijk belang. Door partijen nog meer met elkaar in contact te brengen rondom dit speerpunt, kunnen maatregelen en interventies logisch op elkaar worden afgestemd. Dit moet de komende jaren meer vorm gaan krijgen. Zie hiervoor ook **schema 1** op pagina 10 en BIJLAGE 1.

Alcohol is een serieus gezondheidsprobleem, waarbij wij als lokale overheid veel knoppen hebben om aan te draaien. Er gebeurt op dit vlak al veel, door veel partijen. Door betere samenwerking en afstemming kan meer effect worden bereikt. Onze eigen loketten (via Het Gesprek) kunnen we meer gericht inzetten.

### Speerpunt bewegen

Onderzoek heeft aangetoond, dat meer bewegen een positieve invloed heeft of een positieve correlatie heeft met veel gezondheidsaspecten. Overgewicht is natuurlijk een heel bekende. (Meer) bewegen kan de kwaliteit van het leven ook op andere punten aanzienlijk positief beïnvloeden. Het volgende tabelletje geeft de gezondheidsproblemen aan, waar bewegen volgens vele onderzoeken positief op bijdraagt. Het is dus zeer de moeite waard om mensen meer in beweging te laten komen.

**Tabel 2 Gezondheidsproblemen, waarop meer bewegen (preventief of curatief) een positieve invloed heeft**

overgewicht	diabetes	hartfalen/hart&vaatconditie
on gezond eten	borst&darmkanker	botontkalking
alcoholinname & roken	stress	depressie
kwaliteit van slapen	hoofdpijn & migraine	dementie
zelfbeeld	schoolprestaties	concentratievermogen/ADHD

### Thema sport en bewegen als doel: strategie voor gezondheidswinst

Het coalitieakkoord heeft de ambitie om te komen tot het bevorderen van sporten en bewegen voor mensen die daar tot nu toe niet of onvoldoende aan toe komen. Het is voor iedereen in een passende, uitdagende vorm aan te bieden. Met WIJK GEZONDER is bijvoorbeeld veel aanbod samengebracht en gecreëerd. De grootste winst zat bij WIJK GEZONDER in het in kaart brengen van de spelers en het aanbod, en het maken van combinaties tussen vraag en aanbod. Ook regulier is er veel aanbod, bijvoorbeeld voor ouderen. Wij hebben als gemeente vele ingangen om bewegen op de agenda te krijgen of aan te bieden, o.a. via Sportservice Zeist. Ook via Wmo-loket en het loket Werk en Inkomen kan bewegen worden aangeboden als reïntegratie-activiteit. Via deze loketten kan ook het bereiken van de doelstelling uit het Coalitie-akkoord belegd worden. Bewegen bevindt zich daarmee dus binnen onze “cirkel van invloed”.

### Thema sport en bewegen als middel: andere voordelen, zoals participatie

Mensen, die uit zichzelf niet tot bewegen komen, hebben vaak een duwtje in de rug nodig. In het collegeprogramma 2010 – 2014 is hier ook een actie over opgenomen. Alle kinderen tot 12 jaar moeten kunnen deelnemen aan sportactiviteiten. En via verschillende projecten, gericht op specifieke doelgroepen (kinderen, ouderen, allochtonen), wil men sportdeelname stimuleren. Het doel daarvan is het bevorderen van een gezonde leefstijl, het stimuleren van participatie en het doorbreken van sociaal isolement. Via de verschillende loketten kunnen mensen, voor wie dit van toepassing is, bereikt worden en vanuit de loketten kan de vraag worden samengebracht met aanbod.



Beweegactiviteiten kunnen zorgen voor meer structuur in de dag, het kan leiden tot sociale emancipatie en tot meer participatie. Wanneer het in de directe omgeving en/of in groepsverband gebeurt, levert beweging ook een bijdrage aan het terugdringen van eenzaamheid en/of het oefenen van het opbouwen van sociale netwerken. Beweegactiviteiten voor onzekere en/of (te) dikke kinderen kunnen bijdragen aan hun zelfvertrouwen en weerbaarheid.

Beweegactiviteiten bieden veel mogelijkheden qua variatie in aanbod. Jongeren kun je inzetten bij het begeleiden van beweegactiviteiten voor kinderen, bijvoorbeeld in de vorm van een maatschappelijke stage. Wandelen of een stuk fietsen hoeft niet veel te kosten en is dus ook geschikt om als buurtactiviteit aan te bieden voor mensen met een wat krappere beurs. En valpreventie- of tai chicursussen voor ouderen bijvoorbeeld, gevolgd door regelmatige beweegactiviteiten, leveren een aanzienlijke reductie op van het aantal botfracturen en brengt ouderen met elkaar in contact. Zo is er voor elke vraag wel een passend aanbod te organiseren. Daarvoor zouden bijvoorbeeld buurtsportcoaches kunnen worden ingezet.

Bewegen is niet alleen een doel om op breed vlak gezondheidswinst te behalen, maar ook een middel om tot meer participatie te komen.

### **Samenvatting speerpunten en doelgroepen**

Samenvattend kiezen we voor de inzet op alcohol en bewegen, waarbij we vooral inzoomen op kwetsbare groepen, jeugd en ouderen. Die bereiken we vaak al via onze bestaande loketten (Wmo, CWI, CJG, etc.). Op die manier kunnen we vraag en aanbod bij elkaar brengen. Daarvoor is nog wel extra focus nodig op de behoeften van "loketbezoekers" op dit vlak. Gekeken moet worden of het bestaande aanbod matcht met de vraag. Zo niet, dan wordt met de partners bekeken of het aanbod aan te passen is of te ontwikkelen is. Het doel is minder alcoholgebruik en meer bewegen. De "bijvangst" is meer participatie van vooral kwetsbare groepen als gevolg van – met name – beweegactiviteiten.

## 4. WAT GAAN WE DOEN VOOR ZEIST kernGEZOND?

### Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken zijn een heleboel aspecten over gezondheidsbeleid in Zeist de revue gepasseerd. De uitgangssituatie en –punten plus randvoorwaarden in hoofdstuk 2, de speerpunten en doelgroepenkeuze in hoofdstuk 3. In dit hoofdstuk worden de doelstellingen uitgewerkt, op basis van het voorgaande. We geven in dit hoofdstuk ook aan, wanneer we over 4 jaar vinden dat we succesvol zijn geweest. Op welke punten baseer je je evaluatie? Het is goed daar al op voorhand over nagedacht te hebben. Het helpt namelijk ook bij het scherper krijgen van de doelstellingen. Ook financiën komen in dit hoofdstuk aan de orde. Uitwerking van de uitvoering vindt plaats in jaarprogramma's.

### Doelstellingen rondom speerpunten in het algemeen nader uitgewerkt

Als gemeente Zeist hebben ambitie als het gaat om gezondheid. Gezonde, vitale burgers zijn in staat deel te nemen aan de samenleving. Dat is prettig voor henzelf en voor de samenleving als totaal. De gemeente heeft de (wettelijke) verplichting, maar ook de wens om zich in te spannen om een bijdrage te leveren aan de gezondheid van de inwoners van Zeist. Maar: we willen niet op voorhand bepalen voor onze burgers wat ze moeten doen, maar mensen samen brengen rondom actuele gezondheidsthema's en samen met hen bepalen hoe we met die thema's aan de slag gaan. Het gaat om hun gezondheid en wat zij daarin belangrijk vinden. Bij zo'n aanpak past geen dichtgetimmerd doelstellingenverhaal. Bovendien blijft het lastig om te bepalen wat de invloed is van ingezette interventies. Keiharde doelstellingen geven een schijnzekerheid over het kunnen bereiken van die doelstellingen. We willen echter wel nadrukkelijk een stip op de horizon zetten. Dat doen we in doelenbomen voor de speerpunten: alcohol en bewegen.

### Denktrant rondom doelstelling participatie in relatie tot gezondheid

In ZEIST kernGEZOND sluiten we aan bij de denktrant van de Brede Sociale Visie. Dat heeft gevolgen voor de doelstellingen en aanpak van de uitvoering. De volgende punten zijn leidend.

1. In Zeist geloven we in de eigen kracht van mensen en hun omgeving;
2. In Zeist laten we de regie bij de mensen zelf;
3. In Zeist verwachten we dat de mensen deelnemen aan het maatschappelijk leven;
4. In Zeist zorgen we voor mensen in kwetsbare situaties;
5. In Zeist hechten we waarde aan maatwerk;
6. In Zeist zorgen we met elkaar.

Daaruit valt te herleiden, dat participatie voor de gemeente Zeist een belangrijke doelstelling is. Via voorzieningen (Wmo), ondersteuning voor minima bij financiële zaken en via sociale zaken (Wwb), wordt daar aan gewerkt. We ondersteunen mensen bij belemmeringen in participatie. En ook gezondheidsbeleid kan, zéker in combinatie met bovenstaande insteken, een bijdrage leveren aan participatie. Eén van de belemmeringen bij participatie is een slechte gezondheidstoestand. De middelen van de gemeente om via gezondheidsbeleid structureel iets te veranderen aan een slechte gezondheidstoestand zijn natuurlijk beperkt. Maar andersom: vanuit gezondheidsactiviteiten kan zeker participatiewinst worden geboekt, bijvoorbeeld in het opbouwen van een netwerk. Zie ook Bewegen als middel in het vorige hoofdstuk. We zien de participatiedoelstelling in volksgezondheidsverband wel (slechts) als een (belangrijke) afgeleide, in plaats van als een hoofddoelstelling.

De hoofddoelstellingen liggen op het vlak van alcoholgebruik en beweeggedrag. De doelstellingen zijn globaal, omdat we beperkt zijn in onze mogelijkheden (geld en inzet uren) en in onze cirkel van invloed. Bovendien weten we nog niet precies wat de vraag van de inwoners is en kunnen we nu dus alleen uitgaan van het aanbod: terwijl onze ambitie is om vraaggericht te gaan werken.

### Doelenboom

Een doelenboom maakt helder hoe verschillende doelstellingen zich tot elkaar verhouden en wat er bij komt kijken. Het is een hulpmiddel bij opdrachtverlening door de gemeente aan uitvoerende instellingen. Hierna wordt de doelenboom geformuleerd voor alcohol en bewegen, met participatiedoelstellingen als overkoepelend én afgeleid doel en met de inhoud van de regie-opgave.

**Ambitie:** gezonde en vitale inwoners, die kunnen participeren deelnemen vanuit eigen kracht en regie

**Hoofddoel:** kwetsbare groepen, jeugd en ouderen die hiertoe zelf niet in staat zijn, via onze loketten en cirkel van invloed op weg helpen naar (beter) beweeggedrag en grip op de inname van alcohol

**Beleidsdoel bewegen:** het percentage kinderen en kwetsbare volwassenen dat voldoet aan de bewegnorm blijft op het niveau van 2010

**Beleidsdoel alcohol:** de neergaande trend in het percentage kinderen en kwetsbare volwassenen dat overmatig alcohol gebruikt, zet zich voort

**Strategie op het thema bewegen:**

1. De loketten waar de doelgroepen toch al "binnenkomen", worden benut om vraag op te halen;
2. Bewegen wordt ook ingezet als middel om tot meer participatie te komen;
3. Er is aanbod gecreëerd voor kwetsbare groepen;
4. Er zijn meer mensen in beweging gekomen, die daarvoor niet of moeilijk in beweging waren te krijgen;
5. Er is meer afstemming georganiseerd in de keten rondom bewegen vanuit het perspectief doel EN middel.

**Strategie op het thema alcohol:**

1. De loketten waar de doelgroepen toch al "binnenkomen", worden benut om de vraag op te halen;
2. Tot die tijd gebruik maken van de bestaande succesvolle projecten rondom alcohol, vooral voor de jeugd en in kader van WIJK GEZONDER;
3. Dit is omgebouwd naar aanbod dat beter aansluit op de vraag;
4. Er is afstemming georganiseerd in de hele keten alcohol vanuit gezamenlijk belang van alle partners in de keten.

**Strategie op het vlak van participatie:**

1. Het Gesprek wordt benut voor het ophalen van de vraag en/of tevredenheid over het aanbod;
2. Onze loketten bieden (beweeg)aanbod aan voor kwetsbare groepen op basis van behoeften bij de doelgroep(en);
3. De aanpak WIJK GEZONDER is verder doorontwikkeld en uitgerold;

**Regie-opgave:**

1. Het Gesprek wordt zo optimaal mogelijk benut om te achterhalen wat de inwoner nodig heeft, ook op het vlak van gezondheid;
2. Er is focus georganiseerd op het gezamenlijk belang van gemeente, inwoners (zie 1) en aanbieders;
3. Er is regie vanuit alle gemeentelijke rollen op de afstemming vraag en aanbod;
4. Samenwerking in de keten vraag – aanbod - partijen is sterker door activering netwerken;

## Evaluatie

Het is nuttig om – vooraf – duidelijk te zijn over wanneer je tevreden bent. Daarom geven we hieraan waarop we na 4 jaar willen evalueren.

De eerste vraag bij een evaluatie is altijd: hebben we gedaan, wat we zouden moeten doen en in deze nota hebben afgesproken?

De tweede vraag is vervolgens: wat is het effect geweest?

Ook hier komt de “cirkel van invloed” weer om de hoek kijken. We willen graag met de samenleving projecten op gaan pakken op het gebied van gezondheid (community based). Met dat uitgangspunt in het achterhoofd, zou het raar zijn om met harde kwantitatieve doelstellingen de samenleving op voorhand in een keurslijf te dwingen (zie ook BIJLAGE 2 BELEID EN SAMENLEVING). De te bereiken doelstellingen van projecten die community based worden opgepakt, worden namelijk ook community based bepaald en samen met de samenleving SMART gemaakt. Dat is ook de aanpak bij WIJK GEZONDER. Deze werkwijze zetten we voort.

We zijn daarom in deze nota dan ook niet erg SMART in de te bereiken doelstellingen, dat realiseren we ons. In dat licht hebben we in het kader van deze nota meer kwalitatieve evaluatievragen opgesteld, op basis van de strategieën (groene blokken) in de doelenboom (zie vorige pagina). We zijn tevreden als we de doelen in de groene blokken hebben behaald. Om dat te achterhalen, dienen de volgende vragen:

1. **alcohol:** welke algemene acties worden door wie op dit vlak ingezet en wat is – in grote lijnen – het effect ervan? Doen we volgens burgers en samenwerkende partijen de goede dingen? Dit is vaak alleen in algemeen beschrijvende zin weer te geven. Hoeveel (groepen) burgers bereiken we? En hoe effectief zijn de kanalen, waarlangs we ze bereiken?
2. **bewegen:** welke acties worden door wie op dit vlak ingezet en wat is – in grote lijnen – het effect ervan? Welke risicogroepen worden bereikt? Doen we de goede dingen met en voor de juiste mensen? Van welke ingangen maken we gebruik? Is dat optimaal? Dit is vaak alleen in algemeen beschrijvende zin weer te geven.
3. **participatie:** hoeveel partijen en inwoners krijgen we in beweging en wat is de kwaliteit van de samenwerking? Wordt er een bijdrage geleverd aan meer onderlinge verbinding tussen partijen en inwoners (ook onderling)? Hoe ervaren partijen de samenwerking?
4. **gezond en vitaal:** hoe ontwikkelen de parameters van de gezondheidstoestand van de Zeister inwoners zich en wat valt daaruit af te leiden? De parameters worden bepaald door de gegevens die uit de 4 jaarlijkse gezondheidsonderzoeken van de GGD kunnen worden gedestilleerd. Daarbij houden we de lange termijnontwikkeling in beeld en kijken we dus verder terug dan 4 jaar.
5. **tevredenheid van inwoners:** waar zetten we op in als het gaat om gezondheidsbevorderende maatregelen? Sluit het aan bij wat de bevolking ook als aandachtsgebied ervaart? Onderbouwen de cijfers dat ook? Hoeveel respons leveren de maatregelen op bij de bevolking? Welke bijdrage leveren zij zelf aan de keuze voor en de uitvoering van de maatregelen (“community based”)?
6. **regie:** Hoe ontwikkelt de regierol van de gemeente zich op het vlak van gezondheid en beantwoordt die nog aan de behoefte van de samenleving en de gemeente zelf?

## Financiën

In de begroting zijn voor de komende 4 jaar het volgende budgetten opgenomen.

		2013	2014	2015	2016
<b>VGZ</b>	<b>67140105</b>	10.959,--	10.959,--	10.959,--	10.959,--
<b>GGD basistaken</b> <sup>9</sup>	<b>67140101</b>	747.683,--	696.808,--	696.808,--	696.808,--
<b>GGD+taken preventie</b>	<b>67140102</b>	51.299,--	51.299,--	51.299,--	51.299,--
<b>Combinatiefunctionarissen/ buurtsportcoaches</b> <sup>10</sup>	<b>653002361</b>	pm	pm	pm	pm
<b>Gezonde leefstijl (CJG)</b> <sup>11</sup>		57.000,--	57.000,--	57.000,--	57.000,--

<sup>9</sup> In BIJLAGE 4 zijn de basistaken van de GGD beschreven. Het basistakenbudget van de GGD is niet zomaar vrij besteedbaar.

<sup>10</sup> Zie voor meer uitleg op dit punt de volgende pagina, 2<sup>e</sup> alinea.

Ook binnen andere budgetten zijn “gezondheidsonderdelen” opgenomen: denk aan de jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar door Vitras, maar ook een aantal aandachtsvelden van het CJG, zoals prenatale voorlichting. Bovendien vindt er voor 2013 een toevoeging plaats aan de doeluitkering van het CJG van € 57.000,- ten behoeve van een gezonde levensstijl van jongeren.

Omdat we inzetten op beweging, kan ook gebruik gemaakt worden van de inzet van combinatiefunctionarissen/buurtsportcoaches. Het rijk vergoedt 40% van de inzet van deze combinatiefunctionarissen/buurtsportcoaches in de vorm van fte's. Via Sportservice Zeist gebeurt dat al in bijvoorbeeld het project Fit4Kids/Lekker Fit. Dat maakt dat bij beweegactiviteiten er met inzet van deze functionarissen met hetzelfde (gezondheids)budget meer kan worden gedaan of met minder (gezondheids)budget hetzelfde kan worden gedaan.

Op basis van de doelstellingen is er aanleiding om ook budget in te zetten uit de Wmo-reserve, vooral ten behoeve van beweeg-participatieactiviteiten en alcoholpreventie-activiteiten. Dit ligt op het vlak van de prestatievelden 5 en 9. Uit de evaluatie van de Wmo blijkt, dat we op deze velden nog wel meer inspanning van de gemeente wenselijk is. Wanneer er tekorten zouden ontstaan op het programma voor WIJK GEZONDER, is het reëel dit aan te vullen uit de Wmo-reserve. Het zal daarbij niet om grote bedragen gaan.

### **Uitvoering**

Uitvoering vindt plaats aan de hand van jaarlijkse uitvoeringsprogramma's. Die worden vastgesteld door het college.

---

<sup>11</sup> Het “pubergesprek”. Het doel is een gezonde levensstijl bij jongeren te stimuleren. De vorm waarin dat gebeurt, staat vrij.

## 5. AANDACHTSPUNTEN ZEIST kernGEZOND?

### Inleiding

Een aantal aanbevelingen zijn in de voorgaande nota de revue gepasseerd of tussen de regels door te lezen. Dit zijn punten waar de komende jaren nog verder uitwerking aan moet worden gegeven. We zetten ze in dit hoofdstuk – gegroepeerd – op een rijtje. Ze laten (duidelijk) zien dat volksgezondheid niet een losstaand onderwerp is, maar inbedding (nodig) heeft in het brede sociale domein; het draait dan ook over 'hoe het te organiseren', ook omdat de middelen beperkt zijn en dus zeer efficiënt moeten worden besteed. De "cirkel van invloed" is daarin een belangrijke factor: steek geld en energie in zaken waar je als gemeente het verschil in kunt maken.

### Decentralisatie en transities

(Meer) samenhang in het sociaal domein geeft kansen. De decentralisaties hebben in belangrijke mate of op onderdelen te maken met gezondheid(sbevordering). Het bereiken van synergie voor de burgers en betrokken partijen/partners staat centraal.

### Thema's formuleren op het sociaal domein

Wij kunnen effectiever werken als we integraler de doelen bepalen rondom het thema 'sociaal welbevinden'. Zo kunnen de verschillende beleidsvelden/werkorganisaties/geldstromen effectiever ingezet worden bij de verwezenlijking ervan. Focus moet liggen op geluiden uit de samenleving op het sociaal domein! Dat biedt tevens kansen voor efficiëntie. Zo'n aanpak vraagt vanzelfsprekend om het zoeken naar (meer) samenwerking en het leggen van verbindingen.

### Loketten

Informatie die aan de loketten of tijdens Het Gesprek boven tafel komt, leidt uiteindelijk tot meer vraaggericht werken; het vraagt op voorhand wel integraal denken van de gespreksvoerders en/of lokettisten. Gezondheidsaspecten moeten daar integraal onderdeel van uitmaken.

### Integrale regie

Er is meer richting gewenst ten aanzien van:

- het organiseren van een gedeelde focus op doelen ten aanzien van de thema's op het sociaal domein;
- integrale aanpak van de uitvoering op basis van die gedeelde focus bij samenwerkende partijen, ieder vanuit zijn eigen rol en positie;
- het voeren van regie daarop;
- het vormgeven van samenwerking met partijen en burgers;
- het tegengaan van versnippering en het bevorderen van efficiency in de uitvoering;
- het verantwoorden van inspanningen en resultaten.

Daarbij bestrijken we de hele lijn van preventie tot het leveren van diensten en voorzieningen in het kader van alle regelingen, die wij uitvoeren op het gebied van sociaal welbevinden.

### Uitwerking Brede Sociale Visie

Een integrale uitwerking van de Brede Sociale Visie voor het hele sociale domein zou meer handvatten kunnen gaan bieden voor effectief en integraal werken op dit domein: inclusief gezondheid. Hiervoor is een aparte nota dan niet meer nodig. Wettelijk gezien is deze oplossing toegestaan. De integrale uitwerking van de Brede Sociale Visie zou moeten dienen als basis voor integraliteit en invulling van onze regierol op het sociale domein.

### Schakelfunctie?

We zouden kunnen kiezen voor de inzet van een schakelfunctie (een persoon of een periodiek overlegmoment), die gaat kijken naar de integrale aanpak (slimme combinaties) tussen onze reguliere klussen en gezondheid en die vandaar uit verder bouwt aan onze regierol.

### Community based

Een wijkgerichte aanpak (community based) levert winst op in de uitvoering van projecten:

- het brengt sleutelfiguren rondom sociale of gezondheidsthema's bijeen;
- het biedt goede kansen op het bereiken van méér dan alleen sociale of gezondheidswinst;

- het dient onze doelstellingen (uitgaan van kracht, nabij zijn, sociale cohesie, emancipatie van doelgroepen en zelfredzaamheid);
- het kan worden doorontwikkeld naar meer sociaal-maatschappelijke ontwikkeling in de buurten (community development). Denk aan participatie, emancipatie en sociale cohesie.

Zoveel als mogelijk zouden we dus moeten kiezen voor een community based aanpak.

### **Kortom**

Op basis van een heldere focus op de behoeften in de samenleving:

- die we ophalen uit alle contactmomenten die we met de samenleving hebben;
- los van de trajecten die voortkomen uit wetten en regelingen;
- vanuit een sterke regierol die partijen verbindt en helpt om de focus te bewaren,

willen we als gemeente partijen en de samenleving faciliteren sociale doelstellingen te behalen.





## BIJLAGE 1 TABEL MET LOPENDE ACTIVITEITEN OP HET GEBIED VAN GEZONDHEID

ONDERWERP	DOELGROEP	KANAAL OF LOKET/REGIE	LOPENDE PROJECTEN
overgewicht	alle, met speciale aandacht voor jeugd	GGD, Sportservice; w.o. combinatiefunctionarissen/ buurtsportcoaches	WIJK GEZONDer, Fit4Kids, Lekker Fit, Zeist beweegt mee!, Jeugdimpuls
eetgewoonten	idem	idem en CJG	WIJK GEZONDer, Fit4Kids, Jeugdimpuls
alcohol	idem	GGD, CJG, Stichting Voorkom, Sportservice	De Gezonde School, trainingen Verantwoord Alcoholgebruik, Jeugdimpuls, invoering pubergesprekken
roken	idem	GGD, CJG	idem
drugs	idem	GGD, CJG, Stichting Voorkom	idem
depressie	idem, met speciale aandacht voor ouderen	Wwb, in ernstige gevallen de gezondheidszorg/Wmo Extramurale Begeleiding, Kwintes, Altrecht, Indigo, Vitras, Humanitas	onbekend
eenzaamheid	ouderen en mensen met een psychische aandoening	Wwb, MEE, Meander Omnium	huisbezoeken 75+, inloopmomenten, cursussen
zwangerschaps- wens/gezonde conceptie	aanstaande jonge gezinnen	CJG	website, digitaal consult
dementie/ Alzheimer	ouderen en partners/omgeving	MEE, Meander-Omnium, Ontmoetingscentrum, in ernstige gevallen gezondheidszorg/Wmo Extramurale Begeleiding	o.a. Netwerk Dementie
mantelzorgen	alle, met nadruk op ouderen	MEE, Meander Omnium	Mantelzorgcafé, ShareCare
bewegen (op maat)	alle, met nadruk op jeugd en ouderen	Meander Omnium, Sportservice Zeist, combinatiefunctionarissen/ buurtsportcoaches	diverse beweegmomenten in meer of minder georganiseerde vorm, zoals Zeist beweegt mee!
seksuele gezondheid	alle, met nadruk op jeugd	GGD, CJG	website, voorlichting op scholen, SOAtesten, doorverwijzing Sense
sociaal kwetsbare situaties	alle	wijkteams, GGD, CJG, Wmo, 1 <sup>e</sup> lijns gezondheidszorg, WWnV, Jeugdzorg	meldpunt zorg en overlast, OGGZ

## BIJLAGE 2 BELEID EN SAMENLEVING

### Inleiding

De nota **ZEIST GEZONDER 2008 – 2011** waren de te bereiken doelstellingen en in te zetten acties bijzonder SMART geformuleerd. Dat is in deze nota niet het geval. Dat is bewust: we vinden dat wij niet meer in de rol zitten dat we voor de samenleving bepalen wat wij/zij “moeten” bereiken als het gaat om gezondheidsdoelstellingen. Deze bijlage schetst de achtergronden van de opstelling van de gemeente in relatie met de samenleving. Hieronder is dat gerelateerd aan het domein “volksgezondheid”, maar in feite is het een algemeen verhaal dat veel breder van toepassing is.

### Burgers en gemeente in een gezonde verhouding

Burgers hebben natuurlijk heel nadrukkelijk de eigen verantwoordelijkheid voor en regie over hun leven en dus ook voor hun gezondheid. De meeste burgers zouden ook niet willen dat de overheid zich daar in gaat mengen. Maar de gemeente heeft uiteraard wel een stuk medeverantwoordelijkheid naar de samenleving als totaal, nog even los van de wettelijke verplichting. Ook kan de gemeente het steuntje in de rug bieden voor inwoners die het zonder hulp net niet redden. Daarnaast kan de gemeente partijen samenbrengen en faciliteren, waardoor 1 en 1 meer wordt dan 2. Dat geldt – zeker – ook voor het domein volksgezondheid. De Brede Sociale Visie gaat dieper in op de rolverdeling tussen burgers en gemeentelijke overheid als het gaat om participatie en zelfredzaamheid. Wij volgen in de nota **ZEIST, kernGEZOND** dezelfde denktrant.

### Kracht, nabijheid en vertrouwen

We streven als gemeente naar bewoners, die zelfredzaam zijn en kunnen deelnemen aan de samenleving. Dat is prettig voor hen zelf en prettig voor de samenleving als geheel. Dat streven naar zelfredzaamheid sluit aan bij de visie van de gemeente Zeist: we gaan uit van kracht, nabijheid en vertrouwen. Bij onszelf en bij onze inwoners! De kern is dat we in ons dagelijks werk en in al onze contacten die begrippen als uitgangspunt nemen. Dit betekent dat niet de overheid, maar de mensen zélf in eerste instantie aan zet zijn. Wij hebben het vertrouwen, dat burgers de kracht hebben om ook op het gebied van gezondheid de keuzes te maken. Als gemeente zijn wij daarin nabij, om hen daarin te faciliteren en de helpende hand toe te steken. Betrokkenheid van bedrijfsleven, maatschappelijke organisaties, het onderwijs en zorgverleners bij de samenleving en – in dit geval – specifiek rondom het thema volksgezondheid, is belangrijk. **Als** een bijdrage van de overheid nodig is, is de gemeente in veel gevallen als eerste aan zet. Daarbij willen we vooral op gang brengen, mogelijk maken en verbinden. We willen de samenleving helpen zichzelf te helpen. Van “zorgen voor” naar “zorgen dat”. Dat is de lijn die ook in de Brede Sociale Visie is ingezet.

### Doelstellingen SMART en resultaatgericht? De kracht van beleid? Rol van de gemeente?

In een andere, nieuwe verhouding tussen overheid en samenleving komt het maken van beleid in een ander daglicht te staan. Het past niet meer om als gemeente doelstellingen te formuleren en die “op te leggen” aan de samenleving. In het geval van volksgezondheid: de verantwoordelijkheid voor leefgewoonten ligt volledig bij de samenleving zelf. We kunnen misschien wel willen dat het percentage rokers in de gemeente Zeist de komende 4 jaar met 3% daalt, maar die doelstelling kunnen we niet waarmaken. Dat ligt buiten onze “cirkel van invloed”. Uiteindelijk maken de inwoners zelf uit, of ze willen blijven roken. Ook de gezondheidsgevolgen zijn voor hen zelf. Maar de overheid heeft uiteraard wel een belang. Zij wordt namelijk uiteindelijk wel deels verantwoordelijk gesteld voor de totale gevolgen van die individuele keuzes. In de uitvoering van allerlei regelingen als Wmo en straks Begeleiding, Jeugdzorg en Werken naar Vermogen zit vaak een behoorlijke component, die direct of indirect voortkomt uit gezondheids-problematiek, die weer het gevolg is van een ongezonde leefstijl. Wellicht niet direct roken, zoals uit het voorbeeld hierboven: maar wel in algemene zin. De landelijke overheid heeft de gemeentelijke overheid daarin expliciet een rol toebedeeld (de 3 linker blokken in het schema op pagina 9).

In het licht van kracht, nabijheid en vertrouwen, past het in elk geval niet meer om als overheid je doelen volledig dicht te timmeren en op te leggen aan de samenleving. We weten waar de probleemvelden liggen, we weten – theoretisch – waar mogelijk oplossingen te vinden zijn. Maar de mate waarin de samenleving de probleemvelden herkent, er actie op wil ondernemen en er ook daadwerkelijk mee aan de slag gaat, daarop heeft de overheid uiteindelijk niet heel direct invloed. Behalve misschien deels in het geval van wetgeving (zoals op het gebied van roken en alcohol), maar dat ligt dan weer buiten de directe invloedssfeer van gemeenten. Zij zijn dan wel weer deels verantwoordelijk in de uitvoering van die wetgeving.

De samenleving – burgers, organisaties en overheid te zamen – is zelf aan zet en bepaalt de agenda. De gemeente wil daarin ondersteunend en faciliterend zijn. Grote vraag is natuurlijk, hoe je synergie rondom volksgezondheid maximaal organiseert. Hoe omzeil je als gemeentelijke overheid de beperkingen van taakgericht denken of een werkprocesgerichte organisatie bij jezelf (en bij andere partijen)? Deze vraag speelt gemeentebreed en heeft ook alles te maken met het denken over de rol van de overheid, welke taken “des overheids” zijn en hoe die vervolgens inhoud en richting te geven. Dat is een proces waar we middenin zitten en nu nog even geen pasklaar antwoord op zien. Er gebeurt op dat vlak van alles: zowel binnen de gemeentelijke organisatie als binnen de samenleving. Het is van belang daarover met elkaar in contact te blijven en samen tot een agenda en werkwijze te komen. Daarbij kan het best zo zijn dat we over 4 jaar op een heel ander punt zijn beland, dan we nu voor ogen hebben of zelfs maar in beeld hebben.

### **Keuze voor aanpak van het beleidsveld in deze nota**

Met het bovenstaande in het achterhoofd, is er voor gekozen om in deze nota – in tegenstelling tot de nota 2008-2011 – niet te werken met SMART doelstellingen, maar met aandachtsgebieden die dicht bij de belevingswereld van mensen ligt. Hierover zijn genoeg onderzoeken voorhanden. In de jaarlijkse uitvoeringsprogramma's wordt aangesloten bij waar op dat moment bij partijen en in de samenleving behoeftes liggen en zich kansen voordoen. Dit geeft focus op de doelen die je als gemeente wilt nastreven, maar flexibiliteit in de aanpak van de uitvoering. Daardoor kan worden aangesloten bij de wensen van de samenleving. In die uitwerking kan wel worden toegewerkt naar SMART doelstellingen, die passen bij de wensen van de stakeholders en betrokken burgers op dat moment en binnen het door hen zelf gekozen kader.

### **Evaluatie en verantwoording van de in te zetten weg**

De beleidsnota 2008-2011 gaf een voor de hand liggende insteek voor evaluatie van de doelstellingen. Deze waren zo SMART geformuleerd, dat goed kon worden nagegaan wat was bereikt en wat niet. Gezien de bovenstaande paragrafen ligt deze aanpak voor de nota 2013-2016 niet voor de hand. Toch blijft de behoefte om te weten of de keuzes, die we voor de toekomst voorstellen, uiteindelijk wel effectief blijken te zijn en alle inzet waard. Is wat wij voorstellen en wat wij uiteindelijk doen ten gunste van de samenleving op het vlak van volksgezondheid? Hoe bepalen we dat? Daar moeten we op voorhand over nadenken. Dit is ook nodig om invulling te kunnen geven aan de controlerende taak van de raad.

Bij de formulering van de doelstelling, in de nota in hoofdstuk 4 (pagina 16 tot en met 19), wordt dan ook expliciet aangegeven op welke punten we gaan kijken of de ingezette weg op termijn zinvol is gebleken. Deze punten zijn meer kwalitatief dan kwantitatief van aard: het gaat er namelijk om of we met de aanpak verbinding met de bevolking tot stand brengen en of we tegemoet komen aan waar zij behoefte aan hebben. Of dat dan leidt tot 15 of 16 % overgewicht op termijn, is dan vanuit onze gemeentelijke rol wat minder interessant.

### **Regiemogelijkheden voor de gemeente in algemene zin**

Grote vraag is natuurlijk, hoe je de synergie op het punt van gezondheid maximaal organiseert. Hoe voer je integraal regie, gericht op optimale output? Hoe omzeil je de beperkingen van taakgericht denken of werkprocesgerichte organisatie? Dat geldt dan zowel voor de interne organisatie als voor de externe partijen.

Het lijkt erop dat er een omslag plaatsvindt naar de organisatie van samenwerkingsverbanden rondom een bepaald thema in plaats van het uitvoeren van regelingen en taken. Wat je als een thema ziet en hoe die samenwerkingsverbanden handen en voeten geeft, is daarbij nogal bepalend voor het verdere verloop van het proces. Het vooraf samen met partijen goed de tijd nemen over “wat je waar eigenlijk nu voor gaat doen” met behulp bijvoorbeeld “De Zeef”<sup>12</sup>, is een eerste stap.

### **Integrale aanpak gezondheidsbeleid en aanpalende domeinen**

Gezondheidsbeleid is niet iets dat zich alleen beperkt tot het domein volksgezondheid. Het heeft (binnen de gemeentelijke invloedssfeer) ook te maken met onder andere:

- een gezonde woonomgeving: gezonde woningen, een veilige en beweegvriendelijke openbare ruimte, extra aandacht voor fietsen, een goede onderwijshuisvesting, toegankelijke sportvoorzieningen, etc;
- sociale cohesie: je thuis voelen in de buurt, veiligheid in de buurt, goed onderwijs en kunnen deelnemen aan het buurtgebeuren of verenigingsleven (sport bijvoorbeeld);
- participatie: een zinvolle dagbesteding en een bijdrage kunnen leveren aan de maatschappij (hier ligt een raakvlak met de Wet werken naar vermogen);
- goede voorzieningen en begeleiding als het (even) tegenzit, gericht op wat er nodig is om weer zelfredzaam te worden: de Wmo, de extramuraal begeleiding, Jeugdzorg, etc.

Het besef dat al dit soort aspecten van belang zijn voor de volksgezondheid (en een bijdrage leveren aan wat “universele preventie” wordt genoemd) kan nog scherper op het netvlies van de gemeente en de andere organisaties, die op bovengenoemde aspecten actief zijn. Overigens mag duidelijk zijn, dat het aspect “gezondheid” op een groot aantal punten impliciet echt wel meeweegt, of dat we als gemeente het op een aantal vlakken echt al goed doen. Door meer focus op gezondheidsaspecten op aanpalende beleidsvelden valt nog veel meer effect te sorteren. Vooral wijkgericht werken en de transities zijn daarvoor goede ingangen!

### **Samenwerken binnen nieuwe verhoudingen**

Het vraagstuk over regie en resultaatgerichtheid speelt zoals al gezegd gemeentebreed en heeft aan de ene kant alles te maken met het denken over de rol van de overheid, welke taken “des overheids” zijn en hoe die vervolgens inhoud en richting te geven. Het is aan de andere kant ook een verdere doorontwikkeling van interactief werken. Dat komt samen, als we samen met de inwoners en organisaties zouden gaan bekijken wat zij zien als onze rol, als onze taken en hoe wij ons daarin volgens hen zouden moeten opereren (en wat de gemeente van de inwoners kan verwachten). Zo ver zijn we nog niet, alhoewel er al wel pilots lopen, zoals bijvoorbeeld **WIJK GEZONDer** er één is. Uitkomst van deze pilot is, dat zo’n aanpak goede aanknopingspunten biedt om betrokkenheid te creëren, tot nieuwe samenwerkingsverbanden en netwerken te komen en activiteiten door de buurt zelf te laten dragen. Mede daardoor kan er meer tot stand worden gebracht, met minder geld. Ook de sociale cohesie is ermee gediend.

Het kan ook leiden tot een doorontwikkeling van “community based” (**WIJK GEZONDer**) naar “community development”: In dat geval gebruik je een thema, zoals volksgezondheid, om bij te dragen aan veel bredere ontwikkelingsdoelen voor de samenleving. Dit past in de trend, dat steeds meer gewerkt wordt op basis van de vraag achter de vraag en mensen helpen zichzelf te helpen. Dit is prima te organiseren rondom thema’s die dicht bij de mensen staan. Volksgezondheid is er daar één van. Via dit thema kun je dan werken aan het ontwikkelen van een meer zelfredzame dan wel zelfsturende, samenhangende, duurzame samenleving; in samenhang met en met behulp van de uitvoering van (beleids)taken

Het zoeken naar nieuwe verhoudingen en samenwerkingsvormen is een proces waar we middenin zitten en nu nog even geen pasklaar antwoord op zien. Er gebeurt op dat vlak van alles: zowel binnen de gemeentelijke organisatie als binnen de samenleving. Daarbij zijn we volop lerende. Het is van belang daarover met elkaar in contact te blijven en samen tot een agenda en werkwijze te komen. In

<sup>12</sup> “De Zeef” is een vragenlijst, die bedoeld is om “de vraag achter de vraag” te achterhalen en de urgentie, noodzaak en effect te bepalen van een vraag/opdracht

dat geval kan het best zo zijn dat we over 4 jaar op een heel ander punt zijn beland, dan we nu voor ogen hebben of zelfs maar in beeld hebben.

### **Conclusies met betrekking tot samenwerkingspartners en wijze van samenwerking binnen het domein volksgezondheid**

Gezondheid doe je – zeker als gemeente – niet alleen! Daarover is een aantal dingen op te merken, die o.a. uit de evaluatie naar voren zijn gekomen.

- Er zijn veel spelers actief op het (raak)vlak van gezondheid. Elke speler heeft zijn eigen kerntaak en nichetaken. Elke partij heeft dingen die hij/zij goed kan.
- Daar moeten we gebruik van maken. Ook op bewezen succesvolle samenwerkingsverbanden moeten we voortborduren. Dat geeft meer kans op goede resultaten en bespaart de investering in het opbouwen van die samenwerking. Dat gaat ten koste van de uitvoering (in uren en geld).
- Het veld is behoorlijk versnipperd. Dit bemoeilijkt de coördinatie en samenwerking.
- Er moeten duidelijke keuzes worden gemaakt in wie wat levert en waarom juist die partij. Sturen op samenwerking en afstemming is nodig. Dit vereist het nodige aan regie, in elk geval op de onderdelen waar de gemeente afnemer is en/of betaalt.
- Sturing op (de kwaliteit van de) samenwerking richt zich bij voorkeur op zelfredzaamheid, waarbij de gemeente er (op den duur) bij voorkeur tussen uit kan stappen en samenwerkende partners de uitvoering zelf kunnen blijven dragen.
- De werkwijze van de gemeente en de samenleving gaat steeds meer toe naar een groepsgewijze organisatie van partijen en werkzaamheden rondom een bepaald thema. Deze werkwijze goed vormgeven is een uitdaging en vergt een goed inzicht in het veld: intern en extern. Uit trajecten als de Bezuinigingsdialoog en WIJK GEZONDER blijkt deze aanpak wel tot een (stevige) meerwaarde te leiden.
- Kansen op nieuwe, succesvolle samenwerkingsverbanden moeten worden benut via een interactieve aanpak in de uitvoering van het beleid.
- Klein beginnen en vanuit succeservaringen uitbouwen lijkt een succesvolle werkwijze.

### **Rol van burgers bij het opstellen en uitvoeren van deze nota**

Deze nota is opgesteld samen met professionele stakeholders, bestaande uit de belangrijkste samenwerkingspartners en gemeentelijke afdelingen. De samenleving is geïnformeerd en om inspraakreacties gevraagd. De keuze hiervoor is gemaakt, omdat we vooral doorgaan op de ingeslagen weg en met bestaande projecten. In financieel opzicht is er niet veel perspectief, dus is er niet veel nieuws te bieden.

De interactiviteit, gebaseerd op de ervaringen met WIJK GEZONDER en op basis van het principe “community based”, stellen we in dit geval nadrukkelijk uit naar de uitvoeringsfase. Daar blijkt de betrokkenheid groot, omdat het om heel concrete maatregelen gaat die (heel) dicht bij de burgers staan. Daar valt het meeste winst te halen, in de samenwerking tussen partijen, bewoners en in de vorm van burgeremancipatie.

## BIJLAGE 3 GEZONDHEID IN ZEIST

### Inleiding

Is Zeist een gezonde gemeente en waar blijkt dat uit? Waar liggen de problemen en is dat in lijn met landelijke en/of regionale trends? Gaat het beter of slechter dan vroeger en wat zijn de verwachtingen? Is er op basis van de cijfers aanleiding om aan bepaalde gezondheidsaspecten meer aandacht te besteden? Er is een keur aan cijfers beschikbaar, uit 4-jaarlijkse onderzoeken van de GGD. Voor zover relevant voor deze nota (overgewicht, bewegen, psychische klachten, alcohol) komen ze in dit hoofdstuk aan de orde. Bronnen zijn de cijfers uit de nota ZEIST GEZONDER 2008 - 2011 en de GGD-atlas van de GGD Midden Nederland. Hier worden per doelgroep en per gemeente alle beschikbare cijfers gepresenteerd.

### Algemeen

De frequentie van ongezonde leefgewoonten van Nederlanders neemt niet of nauwelijks af. Over de afgelopen onderzoeksperiode viel alleen op het gebied van roken lichte winst te melden. Alcoholgebruik onder de 16 lijkt zich daarbij te gaan voegen. Maar verder is bijna de helft van de Nederlanders te zwaar, en ruim tien procent lijdt zelfs aan ernstig overgewicht. Richtlijnen voor gezonde voeding worden op zeer grote schaal niet gehaald, net als die voor lichamelijke beweging. Er bestaat bovendien een zorgwekkend verschil tussen laag opgeleide en hoog opgeleide Nederlanders, en dat verschil wordt ondanks veel maatregelen in het verleden niet kleiner. Het toch al zorgwekkende verschil tussen de levensverwachting van laag en hoog opgeleide Nederlanders blijkt nog dubbel zo groot, wanneer wordt gekeken naar het aantal jaren dat mensen zonder lichamelijke gezondheidsbeperkingen leven. Laag opgeleide Nederlanders leven gemiddeld 14 jaar korter zonder beperkingen dan hoog opgeleiden. Ook dit verschil is in de afgelopen jaren niet afgenomen. Gesteld kan worden dat er een aantal factoren is, die leiden tot een stapeling van risicofactoren voor een goede gezondheid. Dit zijn een lage sociaal-economische status, allochtoon zijn, alleenstaand zijn en/of geen betaalde baan hebben. Mensen in die situatie roken en drinken vaker en meer, hebben vaker overgewicht, eten minder gezond, bewegen minder en hebben vaker psychische klachten.

### 1. Overgewicht

Uit landelijke cijfers blijkt dat er de afgelopen jaren sprake is van een sterke stijging van het voorkomen van overgewicht bij de jeugd. In onze regio wordt dat sinds 2003 gemonitord via de jeugdgezondheidszorg. De hoofdoorzaak van overgewicht is het uit balans zijn van de energie-inname via de voeding en het energieverbruik door lichamelijke activiteit, ofwel: teveel eten en te weinig bewegen.

Het percentage kinderen met overgewicht stijgt over het algemeen naarmate kinderen ouder worden. Het is een belangrijke voorspeller van overgewicht op volwassen leeftijd.

overgewicht	2005 – 2006			2008 – 2010		
	Zeist	regio	landelijk	Zeist	regio	landelijk
groep 2 BO	13 %	12 %	12 tot 13 %	10 %	12 %	14 %
groep 6 BO	16 %	15 %		13 %	16 %	
klas 2 VO	11 %	14 %		16 %	13 %	
volwassenen	42 %	43 %	iets meer dan 40 % bij V en iets meer dan 50 % bij M	37 %	42 %	iets meer dan 40 % bij V en iets meer dan 50 % bij M
senioren 65 - 74	57 %	60 %		niet bekend	niet bekend	
senioren 75 +	42 %	52 %		niet bekend	niet bekend	

De onderzoeksgegevens voor volwassenen dateren uit 2004 en 2008. Die voor senioren uit 2006. Dit is dus niet geheel conform de bovenbalk van de tabel. Nieuwe cijfers voor deze categorieën, op basis van onderzoek in 2012, volgen in 2013. De landelijke cijfers zijn niet uitgesplitst over de categorieën waarnaar in Zeist onderzoek is gedaan. Ook wijken de jaartallen iets af. Als indicatie zijn ze echter nog wel degelijk illustratief. Zeist doet onder het volwassenen iets beter dan landelijk, maar de percentages zijn in beide gevallen hoog te noemen.

### a. Beweggedrag

Sport en bewegen vergroot het zelfvertrouwen, bevordert de grove motoriek en vermindert de kans op verschillende chronische aandoeningen en overgewicht. Het is dus belangrijk voor het welbevinden en de gezondheid.

geen lid sportclub	2005 – 2006			2008 – 2010		
	Zeist	regio	landelijk	Zeist	regio	landelijk
groep 2 BO	niet bekend	niet bekend	niet bekend	niet bekend	niet bekend	niet bekend
groep 6 BO	10 %	13 %		16 %	20 %	
klas 2 VO	17 %	18 %		24 %	24 %	

Naarmate kinderen ouder worden, neemt het percentage kinderen dat lid is van een sportclub af. Het lijkt er ook op, dat kinderen in vergelijking tot vroeger minder vaak lid zijn van een sportclub. Of dit een trend is, is uit de bij de GGD beschikbare cijfers niet op te maken.

De beweegnorm voor kinderen jonger dan 18 jaar is 1 uur per dag matig intensief bewegen, wat 2 keer per week gericht moet zijn op het verbeteren en handhaven van de lichamelijke fitheid. Voor volwassenen is dit een half uur per dag. Te weinig bewegen is een belangrijke factor in overgewicht en vele andere gezondheidsproblemen. Met het toenemen van de leeftijd, neemt het percentage mensen af dat aan de beweegnorm voldoet.

voldoet niet aan beweegnorm	2005 – 2006			2008 – 2010		
	Zeist	regio	landelijk	Zeist	regio	landelijk
groep 2 BO	niet bekend	niet bekend	niet bekend	niet bekend	niet bekend	niet bekend
groep 6 BO	niet bekend	niet bekend		8 %	10 %	
klas 2 VO	niet bekend	niet bekend		9 %	14 %	
volwassenen	niet bekend	niet bekend		38 %	38 %	
senioren	33 %	37 %		niet bekend	niet bekend	

Een trend valt niet te ontdekken, omdat de vraagstelling in de loop van de jaren is veranderd: in 2005/2006 werd gevraagd naar het aantal uren buitenspelen, in 2008/2010 naar de beweegnorm. Dit is helaas niet met elkaar te vergelijken. Ook landelijk is helaas een andere vraagstelling gehanteerd, waardoor vergelijkingen niet te maken zijn.

### b. voedingsgewoonten

Ongezonde voedingsgewoonten, zoals het overslaan van het ontbijt en als mogelijk gevolg daarvan (te) energierijke tussendoortjes op school, hebben invloed op het ontstaan van overgewicht.

ontbijt niet dagelijks	2004-2006	2008	2010	2012
BO (9-12 jr)	2 %	7 %	niet bekend	niet bekend
VO (13-17 jr)	5 %	15 %	niet bekend	15 %

Met de jaren gaat de jeugd ook minder gezond eten. Toch steekt de Zeister jeugd nog enigszins gunstig af bij het regionaal gemiddelde. Bij volwassenen geldt het omgekeerde.

eet niet dagelijks (voldoende) fruit	2004-2006	2008	2010	2012
BO (9-12 jr)	niet bekend	51 % (59 %)	niet bekend (60 %)	niet bekend
VO (13-17 jr)	niet bekend	59 % (67 %)	niet bekend	63 % (70 %)
volwassenen	72 % (n.b.)	75 % (73 %)	niet bekend	niet bekend

eet niet dagelijks (voldoende) groente	2004-2006	2008	2010	2012
BO (9-12 jr)	niet bekend	niet bekend	niet bekend	niet bekend
VO (13-17 jr)	niet bekend	64 % (64 %)	niet bekend	54 % (64 %)
volwassenen	62 % (n.b.)	64 % (69 %)	niet bekend	niet bekend

## 2. Alcoholgebruik

Uit landelijk onderzoek blijkt, dat de groep probleemdrinkers het grootst is onder de 16-24 jarigen. Nederlandse jongeren scoren in Europa hoog op de hoeveelheid alcohol die de laatste keer gedronken werd, maar gemiddeld op het percentage scholieren dat de afgelopen maand alcohol gedronken had en laag op het percentage dat al op jonge leeftijd ( $\leq 13$  jaar) begint met drinken. Er is sprake van een dalende trend. Het lijkt erop dat dit kan worden toegeschreven aan factoren als de wetgeving, de berichtgeving over "comazuipen" en de beeldvorming die daar het gevolg van is.

Zeist (regio-landelijk)	2002	2008	2012
alcohol < 16 jr afgelopen 4 weken	51 % (57 % - nb)	42 % (37 % - 37 %)	29 % (28 % - nb)
bingedrinken <sup>13</sup> jeugd	14 % (17 % - nb)	38 % (30 % - 67 %)	27 % (27 % - nb)

Bij volwassenen is het alcoholgebruik ook aanzienlijk te noemen. Het GGD seniorenonderzoek uit 2006 laat ook alcoholproblematiek bij ouderen zien. Zij zijn daarna niet meer afzonderlijk onderzocht, en zullen meegenomen worden in het onderzoek over 2012, tegelijk met de volwassenen.

Zeist (regio-landelijk)	2004	2008	2012
overmatig gebruik <sup>14</sup>	15 %	12 % (11 % - 10 %)	volgt begin 2013
bingedrinken volw	9 %	35 % (34 % - nb)	volgt begin 2013

Het verschil in bingedrinken 2004 t.o.v. 2008 hangt samen met de vraagstelling. In 2004 is gevraagd naar bingedrinken, in 2008 naar onaanvaardbaar alcoholgebruik. Hoewel er enige relatie is, is het niet hetzelfde.

## 3. Psychische klachten

In de individuele gezondheidsonderzoeken (de schoolarts), wordt aan de hand van een vragenlijst met stellingen expliciet gevraagd naar onderwerpen, die te maken hebben met psychische gezondheid van kinderen: hyperactiviteit, angstklachten, emotionele problemen en dergelijke.

Zeist (regio)	2004-2006	2008-2010
groep 2 BO	10 % (15 %)	9 % (10 %)
groep 6 BO	13 % (11 %)	5 % (7 %)
klas 2 VO	2 % j en 7 % m (4&7%)	10 % (11 %)

De cijfers laten een wisselend beeld zien, dat voor Zeist en de regio ongeveer vergelijkbaar is. Met name met kinderen in groep 6 lijkt het steeds beter te gaan.

In het volwassenenonderzoek wordt ook gevraagd naar psychische klachten. Risicogroepen zijn mensen met een lage SES, allochtonen, alleenstaanden, mensen zonder betaalde baan en vrouwen.

Zeist (regio)	2004	2008	2012
eenzaamheid	35 % (33 %)	38 % (36 %)	gegevens komen in

<sup>13</sup> Bij één gelegenheid tenminste 5 of meer glazen alcohol drinken

<sup>14</sup> Bij vrouwen gemiddeld meer dan 14 glazen per week, bij mannen meer dan 21 glazen per week



<b>depressie</b>	18 % (16 %)		2013 beschikbaar
<b>angststoornis</b>	12 % (12 %)		

Bij het laatste seniorenonderzoek uit 2006 (daarna is besloten het volwassenenonderzoek en het seniorenonderzoek voortaan samen te voegen) is het volgende beeld geconstateerd.

<b>Zeist (regio)</b>	<b>2006</b>	<b>2012</b>
<b>eenzaamheid 65-74 jr</b>	40 % (42 %)	gegevens komen in 2013 beschikbaar
<b>eenzaamheid 75 +</b>		
<b>depressie 65-74 jr</b>	12 % (16 %)	
<b>depressie 75 +</b>	18 % (19 %)	
<b>angststoornis 65-74 jr</b>	5 % (9 %)	
<b>angststoornis 75 +</b>	6 % (10 %)	

Zowel bij volwassenen als ouderen is eenzaamheid een probleem dat voor een groot percentage geldt.

### **Conclusie**

Het beeld van de factoren die van invloed zijn op gezondheidstoestand van de inwoners van Zeist komt overeen met het beeld van regio. Helaas zijn echte conclusies lastig te trekken. Landelijke gegevens zijn of qua vraagstelling of in de tijd niet altijd goed vergelijkbaar. Ook de Zeister en regionale cijfers laten pas een goed beeld zien, als er een langere monitorperiode beschikbaar is. Een volgende beleidsperiode zal wat dat aangaat weer meer helderheid verschaffen dan we nu kunnen bieden.

Overgewicht, beweeggewoonten, alcohol en psychische gezondheid zijn nog altijd actueel als aandachtsgebieden voor volksgezondheid. Het ziet er niet naar uit dat dat beeld de komende jaren sterk zal veranderen.

## BIJLAGE 4 EVALUATIE GEZONDer IN ZEIST 2008 - 2011

Voor we nieuw beleid gaan maken, is het altijd goed om even terug te kijken. Wat hebben we gedaan en wat heeft het opgeleverd? De evaluatie van de nota **GEZONDer IN ZEIST 2008 – 2011** vindt u hier. De raad heeft de evaluatie in mei 2012 in deze vorm vastgesteld.

---

### 1. INLEIDING

Voor u ligt de evaluatie van de nota lokaal gezondheidsbeleid gemeente Zeist 2008-2011, GEZONDer IN ZEIST. We kijken terug op een periode, waarin veel is gedaan. Er is gewerkt door wisselende (beleids)medewerkers, wisselende colleges en wisselende spelers in het veld. De nota GEZONDer IN ZEIST was daarbij leidraad voor de in te zetten acties.

Intussen is de wetgeving is gewijzigd en er hebben zich allerlei ontwikkelingen voorgedaan op het gebied van jeugd (CJG), verstrekkingen (Wmo), etc.. De resultaten van een evaluatie dienen om er lessen uit te trekken, zodat we bij een nieuwe nota Lokaal Gezondheidsbeleid nog scherper kunnen zijn op doelstellingen, inzet van mensen en middelen en te bereiken resultaten.

#### 1.1 Aanleiding

De aanleiding voor de 2<sup>e</sup> nota lokaal gezondheidsbeleid was een wettelijke. Op basis van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) moet elke gemeente een kadernota hebben, met volksgezondheid als onderwerp. Was de 1<sup>e</sup> nota (2003-2006) nog vooral een product dat door de GGD werd voorbereid, de 2<sup>e</sup> nota (2008-2011) is als onderwerp zelfstandig door de gemeente opgepakt.

In de visie van de gemeente Zeist, is het een gemeentelijke plicht om het welzijn en de gezondheid van alle bewoners van de gemeente te bevorderen. Welzijn en gezondheid zijn van belang om mee te kunnen doen in de samenleving.

#### 1.2 Onderscheid proces en inhoud

In de evaluatie is uiteraard gekeken naar de bereikte resultaten. Heeft het geformuleerde beleid de gewenste effecten gehad? Maar nadrukkelijk is ook aandacht voor het proces van tot stand komen en uitvoeren van de nota. Samenwerking met verschillende partners is een belangrijke factor, want de gemeente kan het – zeker op het vlak van volksgezondheid – niet alleen!

#### 1.3 Werkwijze evaluatie

Om de nota zowel inhoudelijk als qua proces te kunnen evalueren, zijn uiteraard stukken bestudeerd. Maar ook zijn er gesprekken geweest met belangrijke stakeholders, die betrokken waren bij opstellen en uitvoeren van de nota. Omdat het een kadernota betreft, is gekozen voor een pragmatische evaluatie. Daarbij is de aannahme gedaan, dat de grote lijn meer inzicht geeft in proces en resultaat, dan een evaluatie tot “drie cijfers achter de komma”. Omdat gezondheid en preventie vooral een zaak zijn van lange adem, is dat ook zonde van alle inspanningen: een evaluatie biedt in dat geval schijnzekerheid.

---

## 2. PROCES TOT STAND KOMEN NOTA 2008 – 2011

### 2.1 Werkwijze totstandkoming nota 2008 – 2011

#### 2.1.1 Evaluatie nota lokaal gezondheidsbeleid 2003 – 2006

De evaluatie van de voorgaande periode is mede input geweest voor de nota 2008 – 2011. Leren uit eerder opgedane ervaringen kan helpen het beleid scherper te formuleren en de effectiviteit van het beleid te vergroten. De aanbevelingen uit de evaluatie van de periode 2003 – 2006 zijn zeker terug te vinden in de nota 2008 – 2011. Met name op het punt van het SMART-formuleren van doelstellingen

was nog winst te behalen. Ook de koppeling met de Wmo was onderwerp.

### **2.1.2 Raadsconferentie**

De vorige nota is regionaal ontwikkeld, met de GGD als regisseur. De nota 2008 – 2011 is vanuit een raadsconferentie gestart, met een regierol voor de gemeente Zeist zelf. In de raadsconferentie zijn de thema's verkend en is benoemd waar de accenten zouden moeten liggen. Dit is de inhoudelijke grondslag geweest voor de nota. Zie voor de gekozen thema's bij de evaluatie op inhoud.

### **2.1.3 Opstellers**

De nota is opgesteld door de "Vorbereidingsgroep lokaal gezondheidsbeleid Zeist". Deze Vorbereidingsgroep heeft bestaan uit 3 ambtenaren uit de gemeentelijke organisatie, de voorzitter van de huisartsencoöperatie Zeist, de functionaris gezondheidszorg van de GGD Midden Nederland, de beleidsadviseur van GGZ Indigo (een partij in de geestelijke gezondheidszorg) en een extern adviseur van bureau SBGO, gespecialiseerd in benchmarking en onderzoek op het maatschappelijk terrein. De penvoering is door een ambtenaar gedaan. De opmaak en het drukken is verzorgd door een externe partij.

### **2.2 Interactiviteit**

Interactiviteit bij het opstellen van de nota is gestart met een gezondheidsconferentie in maart 2008, georganiseerd voor allerlei organisaties op het gebied van gezondheid. Ook is er inspraak geweest en is er gebruik gemaakt van de expertise van het zorgconsumentenoverleg. Met de Vorbereidingsgroep waren natuurlijk al wel de belangrijkste spelers uit het veld aan boord gehaald. Pas in het stadium van uitwerking in jaarplannen en uitvoeringsprojecten is nadrukkelijk contact gezocht met samenwerkingspartners op deelgebieden. Dit is het meest nadrukkelijk het geval in de pilot WIJK GEZONDER (Leefstijlproject Verzetswijk). De meerwaarde van een interactieve aanpak zit op dit onderwerp vooral in de uitwerking en uitvoering.

### **2.3 Financiën**

Er is in de nota 2008 – 2011 nadrukkelijk aandacht besteed aan de structurele financiering van het gezondheidsbeleid en de aanvullende budgetten. De structurele financiering is geregeld binnen de gemeenschappelijke regeling van de GGD Midden Nederland. Hiervoor betaalt de gemeente Zeist een vastgestelde inwonerbijdrage (in 2011 € 12,45 per inwoner). Daarnaast neemt de gemeente Zeist van de GGD een plustakenpakket af: het gaat om een bedrag van € 56.000,-, waarvoor de GGD de volgende diensten levert:

- het preventieprogramma De Gezonde School (drank, drugs en roken)
- gebruik van spreekruimtes voor schoolartsen
- bekostiging van netwerken (w.o. 12-)
- netwerkprogramma Leefstijl

Voor aanvullend specifiek beleid (de 7 thema's uit de nota) is aanvullend budget ingezet, ten laste van het gemeentelijk Wmo-budget. Er is voor een periode van 4 jaar geld beschikbaar gesteld voor de uitvoering. Het eerste jaar (2008) was € 217.400,- beschikbaar, de daarop volgende jaren elk € 30.000,-. Dat maakt totaal € 307.400,-, dat is ingezet als werkbudget voor de hele looptijd van de nota. Dat maakte dat de inzet van het budget flexibel te verdelen was over de hele periode. Voor 2008 is geen uitvoeringsprogramma gemaakt: de nadruk lag op het vaststellen van de nota. Er is vrij laat begonnen met het maken van de uitvoeringsprogramma's. Het gevolg was dat er eind 2011 een bedrag resteerde van ca € 125.000,-. Dit bedrag is meegenomen naar 2012. Hiervoor is begin 2012 een bestedingsvoorstel gedaan, dat geheel in lijn is met de doelstellingen van de nota.

Voor het speerpunt Binnenmilieu Scholen is subsidie van het rijk verkregen. Daarnaast zijn budgetten uit andere beleidsvelden ingezet: bijvoorbeeld bij het terugdringen van alcoholoverlast en aanpak via Bureau Halt. Het achterhalen van het totaalbudget, de beschikbare middelen en de uitgaven in het kader van deze evaluatie bleek een lastige klus. Leerpunt daaruit is, dat dit veel eenduidiger moet worden geregeld. Daarmee is regie voeren voor de uitvoerende afdeling beter mogelijk.

### **2.4 Communicatie**

In de nota is in de bijlage een communicatieplan opgenomen. Vanaf het begin heeft de communicatiestrategie nadrukkelijk onderdeel uitgemaakt van de nota. Daarbij is vooral ingezet op communicatie over de nota na vaststelling in de raad. Dit is gebeurd met columns in de Nieuwsbode, het doen verschijnen van een gezondheidskrant en het organiseren van een informatieavond. Doel

van deze communicatiestrategie was bewoners van Zeist te informeren, om de interesse te weken voor meedenken en meewerken in deelprojecten op het gebied van leefstijl. Het communicatieplan is uitgevoerd. Effecten daarvan zijn niet te meten.

### 3. INHOUD NOTA 2008 – 2011

#### 3.1 Opbouw van de nota 2008 – 2011

De nota bestaat uit 4 hoofdstukken. In het eerste hoofdstuk wordt de actuele situatie beschreven als het gaat om volksgezondheid: de resultaten van de evaluatie 2003- 2006, de landelijke speerpunten, de Zeister cijfers, bestaand beleid, een paragraaf over zorgeconomie en een conclusie. Dit is als het ware de context voor het beleid dat in de nota 2008 -2011 is geformuleerd.

In het tweede hoofdstuk is het beleid voor de thema's voor de periode 2008 – 2011 geformuleerd. Daarbij is de presentatie per thema in heldere blokjes weergegeven. De blokjes hebben voor elk thema dezelfde inhoud:

- Wat is het probleem?
- Wat willen we bereiken?
- Wanneer zijn we tevreden?
- Wat doen we al?
- Waar zoeken we oplossingen?
- Met wie?
- Onze ambitie ( blok in afwijkende kleur).

Zo is in één oogopslag duidelijk wat de ins en outs zijn van het thema. Er zijn 7 thema's geformuleerd. Hoofdstuk 3 gaat over de financiën: hoe wordt de uitvoering van het beleid gefinancierd? In het laatste hoofdstuk volgt nog een aantal punten die betrekking hebben op de manier waarop uitvoering gaat worden opgepakt.

In bijlagen van GEZONDER IN ZEIST wordt ingegaan op:

1. de evaluatie 2003 – 2006 (als startpunt voor de nota 2008 – 2011);
2. de taken van de GGD Midden Nederland;
3. de cijfers van de gezondheidssituatie in Zeist;
4. het communicatieplan lokaal gezondheidsbeleid Zeist.

#### 3.2 Keuze voor de thema's lokaal gezondheidsbeleid 2008 – 2011

De keuze voor de thema's roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes is ingegeven door de landelijke speerpunten, die in 2006 in de preventienota "Kiezen voor gezond leven" zijn benoemd. Deze thema's zijn te vatten onder het kopje "leefstijl". De nadruk ligt op jeugd, omdat de gezondheidswinst op deze thema's op jonge leeftijd vaak mee kan worden genomen naar de toekomst. Zo is er ook op lange termijn nog resultaat te verwachten van de nu geleverde inspanningen. Ook depressie is in deze landelijke preventienota benoemd als speerpunt, maar Zeist heeft er voor gekozen dit onderwerp mee te nemen bij de Wmo-doorontwikkeling. Zeist heeft daarnaast drie aanvullende lokale speerpunten benoemd: binnenmilieu van scholen, huisartsen en zorgeconomie.

De leefstijl-speerpunten zijn ook landelijk inzet geweest van campagnes. Landelijke en plaatselijke initiatieven ondersteunden elkaar op die manier. Daardoor kon de boodschap meer intensief en consistent voor het voetlicht worden gebracht. Ook het project "binnenmilieu van scholen" werd landelijk ondersteund met rijkssubsidie voor het uitvoeren van (bouwkundige of installatietechnische) maatregelen om het binnenklimaat te kunnen verbeteren.

In het volgende hoofdstuk zijn per speerpunt de ingezette acties en (voor zover bekend) de behaalde doelen weergegeven.

### 4. UITVOERING VAN DE NOTA EN RESULTATEN 2008 – 2011 PER THEMA

De nota is een kadernota. Dat houdt in dat de grote lijnen zijn beschreven, maar dat de uitvoering van de nota wordt geregeld aan de hand van jaarlijkse uitvoeringsprogramma's. Zo kan flexibel worden ingespeeld op de behoefte en de kansen van dat moment (bijvoorbeeld aansluiting bij landelijke campagnes, of het aanbod van programma's van de GGD of Sportservice Zeist).

#### 4.1 Conclusie met betrekking tot de uitvoering en de resultaten

Er is in de uitvoering met veel verschillende partijen samengewerkt. Zo kon ieder doen waar hij/zij goed in is. Daarmee zijn ook veel dwarsverbanden gelegd en (voor de gemeente) nieuwe inzichten geboden. WIJK GEZONDER is daarvan wel de exponent: dit is een succesvolle aanpak, vraaggestuurd vanuit de wijk. De uitvoering van de nota is wat laat op stoom gekomen. Daardoor resteerde aan het einde van de looptijd nog een aanzienlijk bedrag (zie onder *Financiën*). Hiervoor is begin 2012 een bestedingsvoorstel gemaakt op basis van de speerpunten van de nota.

Op de volgende pagina's vindt u in tabelvorm de inhoud van de nota per speerpunt weergegeven. In de laatste kolom zijn de ingezette acties en de bereikte resultaten weergegeven. Na elke tabel volgen aanvullende opmerkingen en een conclusie per speerpunt.

Resultaten en conclusies zijn alleen te trekken op basis van beschikbare informatie. Hiervoor zijn we vooral afhankelijk van onderzoeksgegevens van de GGD. Zij doen periodiek (ongeveer elke 4 jaar) onderzoek naar de gezondheidstoestand van verschillende doelgroepen.

### 1. OVERGEWICHT MET HET ACCENT OP BEWEGEN: WE WILLEN DE TOENAME VAN OVERGEWICHT EEN HALT TOEROEPEN

	Inhoud nota GEZONDER IN ZEIST (2008 – 2011)	Ingezette acties en huidige situatie (2011)
probleem	<input type="checkbox"/> zorgwekkende toename van overgewicht, met grote gezondheidsrisico's <input type="checkbox"/> bewegingsarmoede	<input type="checkbox"/> probleem is onverminderd groot, en daarmee nog altijd actueel
doelstelling	<input type="checkbox"/> meer mensen gaan actief bewegen  <input type="checkbox"/> beter voedingspatroon m.n. bij kinderen en hun ouders <input type="checkbox"/> mensen zijn zich bewust van probleem en consequenties overgewicht	<input type="checkbox"/> deze doelstellingen zijn onvoldoende SMART om te kunnen meten of de doelstelling is behaald
meetbaar resultaat	<input type="checkbox"/> % kinderen met overgewicht daalt met 5 % tov nu (2008)  <input type="checkbox"/> % volwassenen met overgewicht neemt niet toe  <input type="checkbox"/> % kinderen dat niet elke schooldag ontbijt in BO en VO daalt met 2%	<input type="checkbox"/> 2006: 13% in groep 2, 16% in groep 6, 11% in klas 2. In 2010: 10% in groep 2, 13% in groep 6, 16% in klas 2. Resultaat is niet gehaald, trend buigt voor jongere kinderen om in goede richting.  <input type="checkbox"/> 2004: 42% volwassenen heeft overgewicht; In 2008: 37%. Resultaat is gehaald <input type="checkbox"/> 2006: 2% in BO, 5% in VO. In 2010: 7% in BO en 15% in VO. Resultaat is niet gehaald, trend is (zeer) ongunstig.
wat doen we al	<input type="checkbox"/> netwerkprogramma leefstijl, gericht op overgewicht bij kinderen (bijv. fit4kids) <input type="checkbox"/> aanbieden overbruggingsplan in JGZ <input type="checkbox"/> aanbieden extra sport- en bewegingsactiviteiten, m.n. voor jeugd  <input type="checkbox"/> preventieprogramma Familie Lekkerbek op BO	<input type="checkbox"/> dit is uitgevoerd. Onderdeel is Lekker Fit voor de middenbouw van het BO <input type="checkbox"/> idem <input type="checkbox"/> hier wordt ook via sportbeleid op ingezet, buiten de scope van deze nota. Binnen de nota is Lekker Fit hiervoor ingezet <input type="checkbox"/> onduidelijk is wie hiervan aanbieder is/was
verdere oplossingen	<input type="checkbox"/> nulmeting  <input type="checkbox"/> continueren netwerkprogramma leefstijl <input type="checkbox"/> continueren en uitbreiden aanbod sport- en bewegingsactiviteiten, ook doelgroepgericht (ouderen, allochtonen, 0-4 jarigen) <input type="checkbox"/> door inrichting leefomgeving mensen stimuleren meer te bewegen  <input type="checkbox"/> continueren en uitbreiden succesvolle preventieactiviteiten, zoals overbruggingsplan, op o.a. het VO <input type="checkbox"/> bevorderen gezond kantinebeleid op scholen en sportaccommodaties via project "gezonde kantine", vignetten en methodiek	<input type="checkbox"/> beschikbare gegevens komen uit de periodieke onderzoeken. Een extra nulmeting is niet gedaan en voegt ook niet heel veel extra informatie toe.  <input type="checkbox"/> dit is gebeurd <input type="checkbox"/> dit is binnen en buiten de scope van deze nota ingezet (sportstimulering,combinatiefunctionarissen)  <input type="checkbox"/> hier is in het beleid aandacht voor (GSP, fietsstimulering, speelruimteplan, knooppuntennetwerk van de provincie). Er is met speeltuinverenigingen een project ingezet voor meer bewegen in de buurt <input type="checkbox"/> m.i.v. 2011 is dit een taak van de frontoffice van het CJG  <input type="checkbox"/> dit is o.a. in het zwembad ingezet en heeft voor veel commotie gezorgd. Er is daarnaast met diverse kantines overleg geweest. Onbekend is of dit tot (blijvende) veranderingen heeft geleid.

	<input type="checkbox"/> speelruimtebeleid afstemmen op behoeften in de wijk <input type="checkbox"/> aanbieden beweegprogramma op peuterspeelzalen <input type="checkbox"/> ondersteunen scholen bij ontwikkeling schoolgezondheidsbeleid <input type="checkbox"/> aansluiting zoeken bij verkeersveiligheidsplannen om fietsen te stimuleren	<input type="checkbox"/> dit gebeurt o.a. i.k.v. wijkgericht werken. Ook in Wijk Gezonder is dit onderwerp <input type="checkbox"/> o.a. via Sportservice Zeist. Aantal deelnemers onbekend <input type="checkbox"/> dit is een reguliere taak van de GGD  <input type="checkbox"/> dit is als autonome ontwikkeling punt van aandacht
samenwerking	<input type="checkbox"/> GGD <input type="checkbox"/> Altrecht <input type="checkbox"/> scholen <input type="checkbox"/> horeca <input type="checkbox"/> sportverenigingen <input type="checkbox"/> gemeente (RO, veiligheid en samenleving) <input type="checkbox"/> koepelorganisatie zorgverzekeraars	De samenwerking is goed te noemen. De pilot Wijk Gezonder heeft veel inzicht gegeven in hoe dit verder vorm te geven en uit te bouwen.

Er is ingezet op beweegprogramma's voor het basisonderwijs (bijvoorbeeld Fit4Kids, Zeist Cup) en voor een specifieke doelgroep licht obese kinderen. De cijfers (helaas uit de periode 2008-2010) laten zien dat Zeist zich voor de jeugd blijft voegen naar landelijke trend. Ook landelijk wordt natuurlijk ingezet op maatregelen tegen overgewicht. Het is dus niet te zeggen of de ingezette maatregelen in Zeist een (extra?) bijdrage hebben geleverd aan het keren van het tij en in hoeverre er zonder maatregelen sprake zou zijn geweest van een ander beeld. Uit de pilot WIJK GEZONDER blijkt overigens dat het % overgewicht in de Verzetswijk zelfs nog groter is dan elders in Zeist. Ook is er aandacht besteed aan het beweeggedrag van de doelgroep ouders (bijvoorbeeld project Zeist Beweegt Mee!) Ook hiervan is niet bekend of er meetbare effecten zijn.

## 2. DIABETES: WE WILLEN DE TOENAME VAN HET AANTAL DIABETES TYPE 2 PATIËNTEN BEPERKEN

	Inhoud nota GEZONDER IN ZEIST (2008 – 2011)	Ingezette acties en huidige situatie (2011)
probleem	<input type="checkbox"/> naar schatting ca 150.000 tot 250.000 met "onbekende" diabetes. Per jaar een stijging van ca 70.000. Daarnaast 3 miljoen met een verhoogd risico. Met gezondere leefstijl kan voorkomen diabetes worden uitgesteld of voorkomen. Vroegtijdig opsporen van (latente) diabetici is noodzakelijk.	<input type="checkbox"/> cijfers zijn landelijk. Ongeveer 1% van de inwoners van Zeist heeft diabetes type 2. 50 % loopt een risico op het ontwikkelen ervan. De opsporingstaak is een taak waar de gemeente geen aandeel in heeft. Dit gaat via kanalen van de reguliere gezondheidszorg
doelstelling	<input type="checkbox"/> bewustwording van de risico's op en de gevaren van diabetes bij de lokale bevolking  <input type="checkbox"/> bewoners beschikken over de instrumenten om iets tegen of aan diabetes te doen	<input type="checkbox"/> hierop is door de gemeente niet ingezet. In 2012 wordt via Sportservice Zeist de interventie "Bewegen op recept" aangeboden. <input type="checkbox"/> in landelijke campagnes is hier wel aandacht voor geweest. Zie verder hierboven.
meetbaar resultaat	<input type="checkbox"/> % kinderen met geconstateerd diabetes type 2 stijgt niet <input type="checkbox"/> volwassenen met een verhoogd risico worden gediagnosticeerd	<input type="checkbox"/> hierover zijn geen cijfers bekend  <input type="checkbox"/> hierover zijn geen gegevens bekend
wat doen we al	<input type="checkbox"/> niets	<input type="checkbox"/> via Sportservice Zeist wordt in 2012 de interventie "Bewegen op recept" aangeboden.
verdere oplossingen	<input type="checkbox"/> lokale, integrale aanpak, bestaande uit een mix van interventiemethodes, zoals publiekscampagne, voorlichtingsbijeenkomsten, verbetering doorgeleiding <input type="checkbox"/> faciliteren testen van risicogroepen	<input type="checkbox"/> hierop is geen actie ondernomen door de gemeente/vanuit het kader van deze nota, behalve "Bewegen op recept" voor 2012.  <input type="checkbox"/> zie punt hierboven
samenwerking	<input type="checkbox"/> GGD <input type="checkbox"/> huisartsen <input type="checkbox"/> thuiszorg	<input type="checkbox"/> wij hebben geen inzicht in de acties die de samenwerkingspartners op dit onderdeel hebben ingezet.

Hiervoor zijn door de gemeente geen aparte maatregelen ingezet: het programma voor overgewichtpreventie wordt gezien als mede werkzaam in de preventie van diabetes type 2. Wel hebben de partijen in de basisgezondheidszorg binnen hun eigen verantwoordelijkheid aandacht gehad voor het probleem. Daarnaast is er via de Huisartsen Coöperatie Zeist sprake van een Diabetes Zorggroep, die gediagnosticeerde diabetespatiënten via een behandelplan en gecoördineerde aanpak ondersteunt. De eigen huisarts is aanspreekpunt. Voor 2012 is het voornemen extra aandacht te besteden aan diabetes type 2, onder de noemer Bewegen op Recept. Dit komt terug in het jaarplan 2012, dat onlangs aan het college is aangeboden.

De gemeente is in een dergelijk gemedicaliseerd onderwerp maar heel beperkt aan de knoppen. Daarmee is het de vraag of dit wel zo'n goed speerpunt is voor lokaal gezondheidsbeleid.

### 3. ALCOHOL MET HET ACCENT OP JEUGD: WE WILLEN DAT JONGEREN ONDER DE 16 JAAR GEEN ALCOHOL DRINKEN EN DAT JONGEREN VANAF 16 JAAR VERANTWOORD ALCOHOL GEBRUIKEN. HET ONDERWERP OVERLAST ZETTEN WIJ GEZAMENLIJK MET DE COLLEGA'S VEILIGHEID EN JEUGDBELEID OP DE AGENDA.

	Inhoud nota GEZONDer IN ZEIST (2008 – 2011)	Ingezette acties en huidige situatie (2011)
probleem	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> overmatig alcoholgebruik bij met name scholieren leidt op korte en lange termijn tot gezondheidsproblemen, zoals achterblijvende ontwikkelingen van het fysiek, hart- en vaatziekten, leverziekten, hersenbeschadiging en depressie. Daarnaast leidt het tot overlast</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ook landelijk is dit een nadrukkelijk speerpunt. Er is steeds meer aandacht voor (de gevolgen van) alcoholgebruik voor jeugdigen.</li> </ul>
doelstelling	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> afname van vroegtijdig en overmatig alcoholgebruik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> dit is later in het jaarplan 2009 verscherpt tot "wij willen dat jongeren onder de 16 jaar geen alcohol drinken en dat jongeren vanaf 16 jaar verantwoord alcohol gebruiken".</li> </ul>
meetbaar resultaat	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> % jongeren dat in een aansluitende periode van 4 weken 1x of vaker 5 of meer glazen alcohol heeft gedronken neemt af met 10% in de komende 4 jaar vwb jongeren in klas 2 VO</li> <li><input type="checkbox"/> % jongeren dat drinkt in klas 4 VO stijgt niet in de komende 4 jaar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> was in 2002 14 % en in 2008 22 % voor jongeren onder de 16 jaar. De doelstelling is dus niet gehaald.</li> <li><input type="checkbox"/> was in 2002 51 % van de brugklassers en derdeklassers en in 2008 34 % voor kinderen onder de 16 jaar. Deze doelstelling is dus gehaald.</li> </ul>
wat doen we al	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> preventieprojecten, gericht op mn het BO (Gezonde School)</li> <li><input type="checkbox"/> verstrekken van leskisten aan het VO</li> <li><input type="checkbox"/> aansluiting zoeken bij landelijke richtlijnen, zoals Hoofdlijnenbrief alcoholbeleid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> De Gezonde School en Genotmiddelen zijn ingezet op 20 scholen in BO. Centrum Maliebaan heeft voorlichting gegeven op VO</li> </ul>
verdere oplossingen	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> succesvolle preventieprojecten continueren</li> <li><input type="checkbox"/> aanbod leskisten uitbreiden en afname stimuleren</li> <li><input type="checkbox"/> voorlichting over vroegsignalering aan intermediairs</li> <li><input type="checkbox"/> ouders meer betrekken bij verslavingspreventie, ook na overtreding door jongeren</li> <li><input type="checkbox"/> versterken samenwerking met politie, horeca, maatschappelijk werk, en andere partners; hiervoor contracten afsluiten</li> <li><input type="checkbox"/> voor (vrijwillige) regelgeving alcohol minder makkelijk beschikbaar maken voor jongeren, zoals handhaving verkooppunten</li> <li><input type="checkbox"/> voorlichtingscampagne bij sportverenigingen</li> <li><input type="checkbox"/> stimuleren inzetten elektronische leerweg (van Trimbos) op VO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> dit is gebeurd (zie hierboven)</li> <li><input type="checkbox"/> er zijn geen gegevens over aantallen en inzet leskisten</li> <li><input type="checkbox"/> via B-open (zie laatste punt) en Boete- of kanskaart van Bureau Halt</li> <li><input type="checkbox"/> De Gezonde School en Genotmiddelen biedt het BO ook gelegenheid om ouderavonden te houden. Dit is gebeurd.</li> <li><input type="checkbox"/> Er is in 2011 toegewerkt naar een Horecaconvenant; dit is halverwege 2011 ondertekend.</li> <li><input type="checkbox"/> De wet is duidelijk, maar handhaving blijft ook landelijk gezien een weerbarstig punt.</li> <li><input type="checkbox"/> via Sportservice Zeist zijn bij 6 sportverenigingen trainingen Instructie Verantwoord Alcoholgebruik voor barvrijwilligers gegeven</li> <li><input type="checkbox"/> dit is verzorgd door Centrum Maliebaan (B-open)</li> </ul>
samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> GGD</li> <li><input type="checkbox"/> Altrecht</li> <li><input type="checkbox"/> politie</li> <li><input type="checkbox"/> scholen</li> <li><input type="checkbox"/> horeca</li> <li><input type="checkbox"/> sportverenigingen</li> <li><input type="checkbox"/> gemeente (veiligheid en samenleving)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het aantal partners is wisselend en deels anders dan hier genoemd. Het Uitvoeringsplan Alcoholpreventiebeleid 2009-2010 is in overleg met partners tot stand gekomen.</li> </ul>

Hierop zijn in 2010 en 2011 veel acties ingezet, voor een groot deel vanuit het plustakenbudget. Er is een preventieprogramma ingezet op 20 basisscholen in Zeist (groepen 7/8). Er is voorlichting gegeven op middelbare scholen, en door Sportservice Zeist zijn barvrijwilligers van sportverenigingen getraind met behulp van de Instructie Verantwoord Alcoholgebruik. Zes van de 17 benaderde verenigingen hebben meegedaan. Ook is alcohol en jongeren in het Horecabeleid een punt van aandacht geweest, alsmede vanuit handhaving en veiligheid.

Daarnaast is alcohol en jongeren natuurlijk landelijk een speerpunt.

Cijfers zijn lastig te interpreteren, omdat de doelstellingen net anders zijn geformuleerd dan de onderzoeksgegevens ons kunnen laten zien. Bovendien zijn de cijfers uit de periode 2008-2010, dus uit de begintijd van de nota GEZONDer IN ZEIST.

Inzetten op alcoholpreventie blijft ook vanuit andere gemeentelijke taken (veiligheid, handhaving, horeca, jongerenbeleid) een speerpunt dat van groot belang is. De maatschappelijke gevolgen zijn groot: qua verlies aan potentiële kwaliteit van leven voor de drinkende jeugd zelf en hun mogelijkheden tot participatie op de lange termijn. Daarom behoort dit speerpunt ook tot het GGD-takenpakket. Inmiddels is er ook een CJG dat aandacht heeft voor het probleem.

#### 4. ROKEN: WE WILLEN DAT ER MINDER WORDT GEROOKT

	Inhoud nota GEZONDer IN ZEIST (2008 – 2011)	Ingezette acties en huidige situatie (2011)
probleem	<input type="checkbox"/> roken, zowel actief als passief (meerroken) veroorzaakt ernstige gezondheidsproblemen en leidt tot voortijdige sterfte	<input type="checkbox"/> dit probleem blijft onverminderd aan de orde
doelstelling	<input type="checkbox"/> steeds meer rokers – m.n. zwangere vrouwen en ouders – stoppen met roken <input type="checkbox"/> het aantal jongeren dat begint met roken neemt af	<input type="checkbox"/> hierover zijn geen Zeister cijfers bekend. <input type="checkbox"/> In 2002 rookte 5% van de brugklassers en derdeklassers van het V.O. dagelijks. In 2008 was dat 6 % van de 13 – 14 jarigen. De doelstelling is dus niet gehaald.
meetbaar resultaat	<input type="checkbox"/> in 2011 is het aantal rokers lager dan het landelijk gemiddelde (norm VWS is 20 %)  <input type="checkbox"/> in klas 2 en 4 VO rookt niet meer dan 4 %  <input type="checkbox"/> sportkantines, winkelcentra en horecavoorzieningen waar veel kinderen en jongeren komen, zijn rookvrij	<input type="checkbox"/> deze norm van 20% (% rokers van 15 jaar en ouder) is ook landelijk niet gehaald. In Zeist rookt 21 % van de volwassenen en 10 % van de senioren <input type="checkbox"/> dit is niet naar de hier genoemde leeftijdscategorie gemeten. In 2008 rookte 6 % van de 13 – 14 jarigen. De doelstelling is dus niet gehaald. <input type="checkbox"/> dit inmiddels bij wetgeving geregeld
wat doen we al	<input type="checkbox"/> preventieprogramma de Gezonde School	<input type="checkbox"/> dit is voorgezet
verdere oplossingen	<input type="checkbox"/> zorgverleners en organisaties ondersteunen bij activiteiten, gericht op het stoppen met roken  <input type="checkbox"/> mensen bewust maken van de effecten van meerroken op m.n. ongeborenen, kinderen en jongeren <input type="checkbox"/> continueren en uitbreiden van succesvolle preventies <input type="checkbox"/> rookbeleid opnemen in subsidievoorwaarden	<input type="checkbox"/> er is in 2011 landelijk een stoppen met roken-campagne ingezet door STIVORO. Zorgverzekeraars hebben dat jaar behandeling vergoed. In Zeist is dat verzorgd door Vitras/CMD (Pakje Kans training). Uit onderzoek blijkt dat 70-80% is gestopt na de training en dat na een jaar 20-30% nog altijd rookvrij is. <input type="checkbox"/> hier zijn niet apart activiteiten op ingezet  <input type="checkbox"/> zie de Gezonde School  <input type="checkbox"/> dit is achterhaald door de wetgeving
samenwerking	<input type="checkbox"/> scholen <input type="checkbox"/> huisartsen <input type="checkbox"/> gemeente <input type="checkbox"/> GGD <input type="checkbox"/> sportverenigingen <input type="checkbox"/> zorgverleners	<input type="checkbox"/> tot samenwerking is het op dit punt niet echt gekomen. Elke partij pakt binnen zijn taken zijn/haar verantwoordelijkheid en zorgt zo voor een deel van de aanpak. De antirook-wetgeving heeft veel vastgelegd, wat anders in samenwerkingsverbanden had moeten worden geregeld.

In het preventieprogramma De Gezonde School is op scholen uit het BO en het VO aandacht besteed aan de negatieve gevolgen van het (mee)roken. Landelijk is er in de wetgeving natuurlijk het één en ander veranderd, wat positief heeft bijgedragen aan een afname van het aantal rokers. Ook heeft STIVORO een landelijke stoppen met roken campagne ingezet, en hebben de zorgverzekeraars in 2011 een jaar lang een stoppen-met-roken-programma vergoed.

Cijfers zijn lastig te interpreteren, omdat de doelstellingen net anders zijn geformuleerd dan de onderzoeksgegevens ons kunnen laten zien. Bovendien zijn de cijfers uit de periode 2008-2010, dus uit de begintijd van de nota GEZONDer IN ZEIST.



## 5. BINNENMILIEU SCHOLEN: WE WILLEN ER VOOR ZORGEN DAT KINDEREN EN LEERKRACHTEN/LEID(ST)ERS GEEN ONNODIGIE GEZONDHEIDSRISICO'S LOPEN DOOR EEN SLECHT BINNENMILIEU

	Inhoud nota GEZONDer IN ZEIST (2008 – 2011)	Ingezette acties en huidige situatie (2011)
probleem	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> een slecht binnenmilieu zorgt voor een verhoogd risico op het ontstaan van astma. Daarnaast kan het zorgen voor hoofdpijn, concentratieverlies en slechte leerprestaties</li> </ul>	
doelstelling	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> een betere bewustwording van het belang van een beter binnenmilieu in scholen en kindercentra</li> <li><input type="checkbox"/> aanpassen in gedrag dat in relatie staat met het binnenmilieu</li> </ul>	
meetbaar resultaat	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> het aantal kinderen met astmatische klachten blijft gelijk</li> <li><input type="checkbox"/> het ventilatiegedrag op scholen en kindercentra<sup>15</sup> is verbeterd, dus minder klachten</li> <li><input type="checkbox"/> binnenmilieu is een component in bouw- en renovatieprojecten in de sector scholen en kindercentra</li> <li><input type="checkbox"/> richtlijnen op scholen en kindercentra zijn aanwezig en worden nageleefd</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> het percentage luchtwegklachten ligt in Zeist tussen de 6.0 en 6.6 % voor de hele bevolking. Het gemiddelde voor de provincie Utrecht ligt op 7.7 %. Dit is niet uitgesplitst naar leeftijd.</li> <li><input type="checkbox"/> het bewustwordingsproject "Verbetering van ventilatie op basisscholen met natuurlijke ventilatie" is in de gemeente Zeist op totaal 11 scholen uitgevoerd. In 2012 worden er nog 5 scholen bezocht. Doel is bewustwording en aandacht voor ventilatie bij leerkrachten en directie vergroten. Ook worden concrete adviezen gegeven over verbeteren van het binnenmilieu. Landelijk is in het najaar van 2011 een evaluatie uitgevoerd bij deelnemende scholen. Resultaten zijn nog niet bekend. Uit de evaluatie van de pilotperiode bleek een positief resultaat in het ventilatiegedrag van leerkrachten.</li> <li><input type="checkbox"/> de GGD biedt hiertoe op aanvraag ondersteuning</li> <li><input type="checkbox"/> ze zijn bij de scholen bekend n.a.v. de eendagsmeting op alle basisscholen. Over naleving zijn geen gegevens beschikbaar.</li> </ul>
wat doen we al	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> er zijn leskisten BIML die geleend kunnen worden</li> <li><input type="checkbox"/> op verzoek kan een meting naar de luchtkwaliteit worden uitgevoerd</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> i.p.v. leskisten heeft iedere school die heeft meegedaan een lespakket ontvangen met dezelfde inhoud als de leskisten.</li> <li><input type="checkbox"/> In 2010 is 1 basisschool bezocht n.a.v. klachten. Hier is geen meting uitgevoerd.</li> </ul>
verdere oplossingen	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> actievere informatieverstrekking over binnenmilieu aan scholen en kindercentra</li> <li><input type="checkbox"/> uitvoeren nulmeting op scholen</li> <li><input type="checkbox"/> uitvoeren inspecties bij kindercentra en aanvullen met controle door meetapparatuur, zodat alle kindercentra voldoende scores op het onderdeel binnenmilieu</li> <li><input type="checkbox"/> scholen ondersteunen bij het doorvoeren van structurele gedrags- en mechanische verbeteringen</li> <li><input type="checkbox"/> voorlichting aan ouders</li> <li><input type="checkbox"/> nieuwbouw: betrekken van medisch milieukundigen voor advies rondom ventilatie en isolatie</li> <li><input type="checkbox"/> bestaande bouw: idem</li> <li><input type="checkbox"/> bestaande bouw: afspraken maken met eigenaar,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> de 11 scholen hebben informatie gekregen via het schooladvies op maat. In het najaar van 2011 zijn reminderfolders voor MR, ouders en school zelf verstrekt. De school kreeg een beeldkaart "De frisse klas" om in de klas te hangen.</li> <li><input type="checkbox"/> dit is gebeurd i.k.v. het bewustwordingsproject "Verbetering van ventilatie op basisscholen met natuurlijke ventilatie".</li> <li><input type="checkbox"/> dit leidt overigens niet automatisch tot het resultaat dat alle kindercentra voldoende scores op het onderdeel binnenmilieu. Er is alleen gewerkt met vragenlijsten, er zijn geen metingen gedaan.</li> <li><input type="checkbox"/> vanuit het bewustwordingsproject heeft de school een uitgebreid schooladvies, CO2indicatiemeter, lespakket en ventilatiekaart per lokaal ontvangen. Vanuit het ministerie van OC&amp;W was per school € 1500,- beschikbaar voor het aanbrengen van verbeteringen.</li> <li><input type="checkbox"/> via de reminderfolder voor ouders die in het najaar 2011 via de scholen is verspreid</li> <li><input type="checkbox"/> dit gebeurt op aanvraag</li> <li><input type="checkbox"/> zie 3 punten hierboven</li> <li><input type="checkbox"/> gebeurd in het kader van het EBA-project<sup>16</sup>.</li> </ul>

<sup>15</sup> Kindercentra zijn door de inspecteurs kinderopvang bezocht, en niet door de GGD. In de RIG staat een klein onderdeel Binnenmilieu, waar de houder aan moet voldoen.

<sup>16</sup> Energie en Binnenmilieu Advies, een project via het ministerie van Economische Zaken, Landbouw en Innovatie

	zodat bij niveauverbetering het binnenmilieu standaard wordt opgenomen <input type="checkbox"/> aansluiting zoeken bij de landelijke campagne voor scholen (verwacht eind 2008)	<input type="checkbox"/> dit is gebeurd i.k.v. EBA-project, dat synchroon liep met het GGD-project. De gemeente Zeist heeft € 429.000,- subsidie ontvangen voor het treffen van voorzieningen aan scholen.
samenwerking	<input type="checkbox"/> GGD <input type="checkbox"/> gemeente <input type="checkbox"/> scholen <input type="checkbox"/> kindercentra (BSO, KDV, PSZ) <input type="checkbox"/> ministerie van VWS (later EL&I)	<input type="checkbox"/> de samenwerking heeft geleid tot een succesvolle afronding van het project.

Op de golf van een landelijk project zijn door de GGD de basisscholen bezocht om de kwaliteit van het binnenmilieu te meten, waarna advies wordt uitgebracht om dat te verbeteren. Voor het nemen van ingrijpender maatregelen is subsidie van het Rijk ontvangen. Het project is succesvol afgesloten. Lange termijn effecten zijn nog onbekend en komen mogelijk via de uitkomsten van de landelijke evaluatie later dit jaar beschikbaar. Dit is waarschijnlijk niet te herleiden tot gedifferentieerde cijfers voor Zeist.

## 6. HUISARTSEN: TOEGANKELIJKE HUISARTSENZORG VOOR ELKE INWONER VAN ZEIST

	Inhoud nota GEZONDer IN ZEIST (2008 – 2011)	Ingezette acties en huidige situatie (2011)
probleem	<input type="checkbox"/> het ter beschikking hebben van voldoende huisartsen in een gemeente is van essentieel belang voor de basisgezondheidszorg <input type="checkbox"/> inzet van huisartsen bij leefstijfactoren (preventie)  <input type="checkbox"/> toegankelijkheid van de eerstelijnszorg i.q. huisartsen <input type="checkbox"/> afstemming en doorgaande lijn in de eerstelijnszorg breed	<input type="checkbox"/> dit probleem is blijkens onderzoek van Raedelij <sup>17</sup> niet aan de orde in Zeist  <input type="checkbox"/> dit blijft een wens, die zich moeilijk laat verwezenlijken <input type="checkbox"/> dit lijkt afdoende geregeld  <input type="checkbox"/> dit voltrekt zich buiten het gezichtsveld van de gemeente
doelstelling	<input type="checkbox"/> een goed vestigingsklimaat voor huisartsen, zodat een adequaat aantal huisartsen gewaarborgd blijft  <input type="checkbox"/> communicerende vaten tussen curatie en preventie  <input type="checkbox"/> een goed overleg met de huisartsen (en overige partijen uit de eerste lijn)	<input type="checkbox"/> er zijn meerdere initiatieven tot (vernieuwing van) een HOED  <input type="checkbox"/> de bekostigingsstructuur van de huisartsenzorg nodigt hier niet toe uit <input type="checkbox"/> dit komt nauwelijks uit de verf, ondanks het bestaan van de Huisartsen Coöperatie Zeist
meetbaar resultaat	<input type="checkbox"/> alle inwoners van Zeist hebben (ook in de toekomst) een huisarts <input type="checkbox"/> indien dat door artsen gewenst is, kan er een HOED gevormd worden <input type="checkbox"/> er wordt breed overlegd en samengewerkt binnen en tussen de 1 <sup>e</sup> lijnszorg en andere lokale zorgaanbieders	<input type="checkbox"/> dit is nauwelijks na te gaan  <input type="checkbox"/> huisartsen hebben aangegeven dat de lopende initiatieven voor hen afdoende zijn <input type="checkbox"/> zie onder doelstelling
wat doen we al	<input type="checkbox"/> op ad hoc basis meedenken over mogelijkheden voor een HOED	<input type="checkbox"/> dit is gebeurd in geval van Vollenhove, De Clomp en Kerckebosch (zij het dat dat nog even op zich laat wachten)
verdere oplossingen	<input type="checkbox"/> een nulmeting doen om mogelijke capaciteitsproblemen in beeld te brengen <input type="checkbox"/> een 1 <sup>e</sup> -2 <sup>e</sup> lijnsoverleg stimuleren  <input type="checkbox"/> bij herinrichtingsprojecten rekening houden met HOED-ontwikkeling <input type="checkbox"/> ontwikkelen ZorgZiekte en GezondheidGedrag concept	<input type="checkbox"/> dit is gedaan door Raedelij  <input type="checkbox"/> dit vindt op ad hoc-basis vooral plaats tussen huisartsen en ziekenhuizen. Dit ligt buiten reikwijdte van de gemeente <input type="checkbox"/> dit gebeurt (zie onder dit doen we al)  <input type="checkbox"/> dit komt niet van de grond, maar ligt ook buiten de reikwijdte van de gemeente
samenwerking	<input type="checkbox"/> huisartsen <input type="checkbox"/> GGD <input type="checkbox"/> zorgverleners, overig	<input type="checkbox"/> de huisartsen blijven een lastig te bereiken groep. De verwachtingen over en weer sluiten niet goed op elkaar aan.

Er is door Raedelij onderzoek gedaan naar de capaciteitsverwachting van de huisartsenzorg, gezien de voorziene vergrijzing. Er zijn geen problemen te verwachten qua capaciteit. De huisartsen zijn

<sup>17</sup> Raedelij is een adviesbureau voor zorgverleners, dat wordt gefinancierd door de overheid. Zij hebben als werkgebied de provincie Utrecht en ze zetten zich in voor een sterke eerste lijn(s) gezondheidszorg in Midden-Nederland.

tevreden met de HOED-ontwikkelingen in Zeist (De Clomp, Vollenhove, Kerckebosch), zij het dat men het in Kerckebosch veel te traag vindt gaan.

Het betrekken van de huisartsen bij preventietaken (signalering) blijft lastig. Dit heeft vooral te maken met de bekostigingsstructuur van de gezondheidszorg. Huisartsen ontvangen geen vergoeding voor preventietaken. Ondanks het bestaan van de Huisartsen Coöperatie Zeist, blijft het een lastig te benaderen partij. Samenwerkingsafspraken komen niet (goed) van de grond. Er is een verschil in verwachting van wat beide partijen zouden kunnen en willen bieden en halen bij elkaar.

## 7. ZORGECONOMIE: VERKENNEND ONDERZOEK UITVOEREN IN 2008 NAAR DE SUCCES- EN FAALFACTOREN VOOR DE ZORGECONOMIE IN DE GEMEENTE ZEIST EN UITVOERING GEVEN AAN DE ACTIEPUNTEN UIT HET ONDERZOEK IN DE PERIODE 2009-2011

	Inhoud nota GEZONDer IN ZEIST (2008 – 2011)	Ingezette acties en huidige situatie (2011)
probleem	<input type="checkbox"/> zorgvraag- en zorgaanbod zijn in de gemeente Zeist niet met elkaar in evenwicht	<input type="checkbox"/> zorgondernemers en gemeente hebben gedurende de jaren 2009 tot en met 2011 samengewerkt aan vier deelprojecten in de zorg. Met als doel om kennis en professionaliteit van de zorgondernemers in deze deelprojecten bijeen te brengen.
doelstelling	<input type="checkbox"/> zie in de kop van deze tabel	
meetbaar resultaat	<input type="checkbox"/> afhankelijk van de uitkomsten van het onderzoek	<input type="checkbox"/> het tot stand brengen van een platform van zorgondernemers, waar de gemeente onderdeel vanuit maakt. Een platform dat in staat is om zelf innovatieve zorgprojecten van zorgondernemers op te pakken en uit te voeren. In gezamenlijkheid is geconstateerd dat dit niet het meest geëigende instrument blijkt.
wat doen we al	<input type="checkbox"/> project Kerckebosch	<input type="checkbox"/> het betreft Zorgeloos Wonen. Het voert te ver dat hier uit te diepen: het heeft zijn geheel eigen dynamiek en is goed ingebed in de organisatie.
verdere oplossingen	<input type="checkbox"/> in implementatie vernieuwende elementen lokaal gezondheidsbeleid, inachtnemende lokale, provinciale en landelijke ontwikkelingen	<input type="checkbox"/> om de aanpak van innovatieve zorgprojecten, waar verschillende zorgondernemers samenwerken, meer kans van slagen te geven is het noodzakelijk om deze brede aanpak binnen de besturen van de zorgorganisaties te verankeren. De gemeente zal hiervoor een netwerkconferentie voor zorgondernemers organiseren (voorjaar 2012).
samenwerking	<input type="checkbox"/> provincie Utrecht <input type="checkbox"/> overige partners: nader te bepalen	<input type="checkbox"/> dit wordt opgepakt in het kader van het organiseren van de netwerkconferentie (voorjaar 2012).

Er is behoorlijk wat tijd geïnvesteerd in het speerpunt Zorgeconomie. De gemeente heeft een coördinerende rol op zich genomen voor het proces om te komen tot een platform Zorgeconomie, met 4 deelprojecten. Hoewel de zorgondernemers aan hadden gegeven behoefte te hebben aan een lokaal platform, bleek in gezamenlijkheid dat een platform uiteindelijk niet als het meest geëigende instrument werd gezien om te komen tot de doelstellingen (evenwicht in zorgvraag en zorgaanbod, implementatie van vernieuwende elementen lokaal gezondheidsbeleid). Er wordt gewerkt aan een gezamenlijke conferentie om van gedachten te wisselen over hoe nu verder. De leden van de initiatiefgroep zijn uitgenodigd voor de conferentie brede sociale visie. In het voorjaar wordt een aparte conferentie georganiseerd in het kader van zorgeconomie.

## 8. Pilot Verzetswijk/Indische Buurt (WIJK GEZONDER)

Dit speerpunt stond niet in de nota GEZONDer IN ZEIST, maar is werkenderweg ontstaan rondom de speerpunten die betrekking hebben op leefstijl-aspecten. In 2011 is gestart met wijkwijze aanpak van leefstijlbeïnvloeding. De pilot WIJK GEZONDER is geëvalueerd. Hierover is apart gerapporteerd. De raad heeft de resultaten apart ter informatie ontvangen. De resultaten lijken veelbelovend, vooral omdat nieuwe netwerken ontstaan met de potentie zelfvoorzienend te worden in het doen van o.a. leefstijlprojecten. De vraag komt uit de buurt, het aanbod wordt daarbij gezocht. Het draagvlak is daardoor groot.

Partijen binnen dat netwerk kunnen elkaar van dienst zijn. Er is sprake van vraaggestuurde, laagdrempelige, doelgerichte activiteiten in de buurten. Bijvangst is een goed functionerend netwerk in buurten en wijken. Kosten kunnen hierdoor vaak ook beperkt blijven.

---

## 5. CONCLUSIES

- Er is veel gedaan. Het is lastig kwantitatief te maken wat de effecten zijn, ondanks dat de nota behoorlijk SMART is geformuleerd. Dit heeft ook te maken met de 4-jaren onderzoekscyclus van de GGD, die voor bepaalde doelgroepen net ongelukkig uit de pas loopt met de looptijd van de nota. Ook is de meetwijze vaak net anders dan de geformuleerde doelstelling, zodat geen eenduidige conclusie getrokken kan worden.
- Een gestructureerde uitvoering lijkt wat laat op gang gekomen, waardoor aan het einde van de looptijd nog een aanzienlijk budget resteerde. Voor 2012 is/wordt dat ingezet voor een inhaalslag. Veelbelovend is het pilotproject WIJK GEZONDER.
- Het extra geld dat beschikbaar is gesteld uit het Wmo-budget heeft geleid tot een intensivering van de uitvoering, vooral op het gebied van leefstijlbeïnvloeding. Het blijkt uit onderzoek dat dit een preventieve werking heeft ten aanzien van overgewicht, depressie en diabetes. Ook veiligheid (overmatig alcoholgebruik) is ermee gediend.
- Het formuleren van strakke doelstellingen, zonder goed te kunnen meten, geeft een schijnzekerheid over te behalen resultaten, die gezien de reikwijdte en het beschikbare budget niet reëel zijn. Er is in de uitvoering veel ingezet op gedragsbeïnvloeding. Het is nauwelijks meetbaar te maken of dit resultaat heeft en hoe de trend zonder inzet van deze maatregelen zou zijn geweest.
- Succesfactoren zijn een goede samenwerking en duidelijkheid in taakverdeling en verantwoordelijkheden. Met een aantal partijen loopt dit prima, zoals de GGD en Sportservice Zeist. Er zijn veel partijen actief op deelgebieden. Dit is een aandachtspunt, want een mogelijke faalfactor.

In 2012 komt de volgende informatie beschikbaar:

- Schoolkracht VO
- Digitaal Dossier jgz- gegevens: gegevens afkomstig uit onderzoeken JGZ (groep 2, groep 7, klas 2 VO)

Deze gegevens kunnen meegenomen worden in de nieuwe nota.

---

## 6. AANBEVELINGEN

- Het is goed op voorhand duidelijk te zijn over wat je doelstellingen zijn en hoe je die wilt monitoren. Daarbij is aansluiting bij wat (uitvoerings)partijen te bieden hebben aan gegevens een belangrijke basis. Elk jaarplan zou aandacht moeten besteden aan monitoring: wat gaat goed en waar moet op worden bijgestuurd? Om dit goed te kunnen doen moet de kadernota meer handvatten bieden.
- De inzet van de nota 2008-2011 om SMART te zijn, kan verder worden doorontwikkeld. Inmiddels is daarmee ervaring opgedaan (doelenbomen). Hiermee kan beter uitvoering worden gegeven aan het punt hierboven. Kies voor doelstellingen, die gestaafd kunnen worden met gegevens die ook te leveren zijn.
- De nieuwe nota moet inzicht bieden in het verloop van de cijfers over een langere tijd (waar komen we vandaan, waar staan we en waar willen we naar toe) en deze afzetten tegen de landelijke trends en cijfers. Doelstellingen kunnen buiten de tijdshorizon van de nota komen te liggen, interventies blijven binnen de tijdshorizon van de nota en dragen bij aan het lange termijn doel.
- Leefstijl blijft het belangrijkste item, ook landelijk gezien. Doelstellingen zijn pas op langere termijn haalbaar: een lange adem is noodzakelijk. Resultaatdoelen zouden buiten de looptijd

van de nota moeten worden benoemd. Tussendoelen zijn dan vooral gericht op interventies: welke acties wil je hebben ingezet en wanneer zijn die succesvol?

- Het zou goed zijn onderscheid te maken in landelijke thema's met een plaatselijke invulling en (wanneer dat aan de orde zou zijn) specifiek plaatselijke thema's met een mogelijke meerwaarde voor Zeist. In elk geval is het goed om in de afweging voor de keuze van thema's hier aandacht aan te besteden. Aansluiting bij landelijke speerpunten en campagnes is in elk geval bundeling van energie en inzet.
- Is het wel zinvol om een nota te maken met een veelheid aan thema's of is een smallere nota wenselijk met een focus op de uitrol van een aanpak met meer partners (vgl. WIJK GEZONDER)? Of moet er zelfs een koppeling gemaakt worden met het bredere verband (Brede Sociale Visie, participatie, Wmo)? Voor alle opties is wat te zeggen. Helder is dat een keuze voor één van de opties weloverwogen gemaakt moet worden. De voorkeur gaat dan uit naar community based aanpak zoals WIJK GEZONDER, omdat dat met relatief weinig middelen veel in beweging kan zetten.
- Het is het meest effectief om voort te borduren op goed lopende samenwerkingsverbanden. Dat geeft meer kans op goede resultaten en bespaart de investering in het opbouwen van die samenwerking. Dat gaat ten koste van de uitvoering (in uren en geld). Kansen op nieuwe succesvolle samenwerkingsverbanden moeten uiteraard wel benut worden via een interactieve aanpak in de uitvoering.
- Het veld is behoorlijk versnipperd. Elke speler heeft zijn eigen kerntaak en nichetaken. Dit bemoeilijkt de coördinatie en samenwerking. Er moeten duidelijke keuzes worden gemaakt in wie wat levert en waarom juist die partij. Dit vereist het nodige aan regie, in elk geval op de onderdelen waar de gemeente afnemer is of betaalt. Sturen op samenwerking en afstemming is nodig, waarbij de gemeente er (op den duur) bij voorkeur tussen uit kan stappen en samenwerkende partners de uitvoering zelf kunnen blijven dragen.
- Het veld kent vele dwarsverbanden met andere beleidsvelden (wijkgericht werken, sport, veiligheid, jeugdbeleid, ouderenbeleid, onderwijs, horecabeleid, de transities, speelruimte en openbare ruimte, etc.). Het is goed die te benoemen en duidelijk te zijn over wat waar ligt en wat van andere partijen verwacht kan worden, ook in het licht van de beschikbare middelen en de winst die uit samenwerking te behalen valt. De werkwijze van gemeente en samenleving gaat steeds meer toe naar een groepsgewijze organisatie van partijen en werkzaamheden rondom een bepaald thema. Deze werkwijze goed vormgeven is een uitdaging en vergt een goed inzicht in het veld: intern en extern! Welke partijen heb je waarvoor nodig? Uit trajecten als de Bezuinigingsdialoog en WIJK GEZONDER blijkt deze aanpak wel tot een meerwaarde te leiden.
- De financiële kaders moeten (nog) helderder zijn en vooral ook in de begroting en het financiële systeem goed traceerbaar en herleidbaar zijn. Hier valt nog kwaliteitswinst te behalen, die ten goede komt aan de regie op de uitvoering.
- Bij het vaststellen van de nota 2013-2016 moet het uitvoeringsprogramma voor het eerste jaar al klaar liggen voor vaststelling in het college. In de uitvoering gaat anders snel een jaar verloren. In een uitvoeringsperiode van 4 jaar is dat niet wenselijk.
- Samenvattend: gezien de beperkte middelen, is het goed te kiezen voor die speerpunten, waarvan bewezen is dat je ze als lokale overheid succesvol kunt inzetten, waarop een goede samenwerking met andere partijen/beleidssterreinen bestaat en waar je door die samenwerking/synergie een multiplier kunt realiseren.

## BIJLAGE 5 DWARSVERBANDEN EN KOPPELINGEN MET DOELGROEPEN EN ANDERE BELEIDSTERREINEN

### Inleiding

In deze bijlage schetsen we de dwarsverbanden tussen gezondheid en andere aspecten die voor de doelgroepen jeugd, ouderen en kwetsbare groepen zijn aan te brengen. Dit soort achtergronden is vooral in de aansturing van de uitvoering van belang, om scherp te kunnen zijn op regie en op mogelijkheden voor synergie.

### Doelgroep jeugd: dwarsverbanden

Kiezen voor jeugd is kiezen voor de toekomst. Wij stellen de jeugd centraal in ons gezondheidsbeleid. Jeugd is een groep, die maar beperkt de regie over het eigen leven heeft, en dus kwetsbaar is. Op het gebied van jeugd en gezondheid zijn veel partijen betrokken. Vaak gaat het goed met de jeugd, zijn zij gezond en hebben ze geen verhoogd risico. Maar als het niet goed gaat, is tijdig signaleren van belang en een aandachtspunt voor scholen, de JGZ-partners en het CJG.

- Het CJG richt zich speciaal op jeugd en jongeren, waar een aantal partners één loket bieden voor kinderen en hun ouders voor alle vragen over opvoeden en opgroeien en voor het voorkomen van problemen en het verlenen van hulp. Welbevinden en gezondheid zijn dan uiteraard een belangrijk aandachtspunt.
- Er zijn partijen, als onderdeel van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) die op vaste momenten monitoren en ingrijpen bij problemen. Dat zijn consultatiebureaus en schoolartsen. Deze taken zijn deels ondergebracht bij Vitras CMD (JGZ 0 - 4 jaar) en GGD (JGZ 4 – 19 jaar), waarbij de discussie loopt of het beter is beide leeftijdscategorieën bij 1 partij onder te brengen.
- Veel preventieactiviteiten zijn gericht op de jeugd: De gezonde school, Lekker Fit, Fit4Kids. Ook veel sportactiviteiten worden (al dan niet via scholen) aangeboden aan de jeugd. De inzet van combinatiefunctionarissen/buurtsportcoaches zal daaraan nog een flinke impuls geven. Daarmee wordt (mede) invulling gegeven aan de ambitie uit het coalitieakkoord.

Aandachtspunt ten aanzien de doelgroep jeugd is de samenhang (in vraag en aanbod van partijen, in de samenwerking met en tussen de partijen) en de regie in de keten. Hier valt naar verwachting nog efficiency- en kwaliteitswinst te behalen. Zie voor algemene achtergronden hierover BIJLAGE 1.

### Doelgroep ouderen: dwarsverbanden

In de Wet publieke gezondheid is de verplichting opgenomen beleid te formuleren voor de doelgroep ouderen. Dit is een veel gedifferentieerder groep dan de wet veronderstelt.

- Enerzijds gaat het (in Zeist) om een grote groep die – op basis van de AWBZ – binnen de muren van een instelling verblijft. Dit valt buiten de reikwijdte van ons gezondheidsbeleid.
- Anderzijds is er een groep ouderen, die leeft met beperkingen maar het met enige hulp nog op eigen kracht kan. Zij zijn die in beeld via het Wmo-loket (maken gebruik van voorzieningen).
- Daarnaast is er een groep ouderen die behoefte heeft aan (toeleiding naar) enige specifieke ondersteuning en/of aanbod. Denk aan valpreventiecurssussen, aangepast beweegaanbod, inloopochtenden en/of gezamenlijke maaltijden, Netwerk Dementie, e.a.. Dit aanbod is er. De vraag wordt deels gericht opgehaald door middel van huisbezoeken voor 75+ers.
- Tenslotte is er een grote groep ouderen, waarvan de vraag is of ze specifieke aandacht behoeven. Behalve hun leeftijd is er geen onderscheid met de gemiddelde Zeistenaar. Zij geven regie en invulling aan hun eigen leven en zoeken zelf hulp als zij daar behoefte aan hebben.

Er zijn in Zeist geen signalen, dat er binnen de doelgroep een probleem bestaat dat om een (beleidsmatige) oplossing vraagt. Wel zijn er soms maatwerkoplossingen nodig voor specifieke problemen. Het beleid ten aanzien van ouderen is dus de vinger aan de pols te houden, wanneer nodig maatwerkoplossingen te bieden en scherp te blijven op de samenhang (in vraag en aanbod van partijen, in de samenwerking met en tussen de partijen) en de regie in de keten.

Ook hier valt naar verwachting nog efficiency- en kwaliteitswinst te behalen. Zie voor algemene achtergronden hierover BIJLAGE 2.

### **Doelgroep kwetsbare groepen: dwarsverbanden**

Zoals eerder gezegd ken Zeist verschillende kwetsbare inwoners; mensen die niet zelfredzaam zijn. Diverse zaken kunnen hier de oorzaak van zijn: werkloosheid, slechte beheersing van het Nederlands, slechte woning, schulden, psychische problemen, verslaving, gebrek aan plekken om anderen te ontmoeten, beperkte sociale competenties, enzovoort. Kwetsbare personen hebben vaak een combinatie van deze problemen. Gezondheidsklachten zijn hier meestal een onderdeel van. De overheid en andere instellingen benaderen deze problemen vaak afzonderlijk. Maar de verschillende problemen hebben met elkaar te maken. Mensen kunnen worden geholpen met problemen rond overgewicht, maar als dit het gevolg is van eenzaamheid, komt het probleem vanzelf weer terug. Het vergt daarom bijzondere inspanning om met een effectieve oplossing voor de problemen te komen. Er zijn veel ingangen en partijen, waar kwetsbare groepen mee te maken krijgen. Wmo, CJG, Meldpunt Zorg en Overlast, CWI, OGGZ, Jeugdzorg etc.. Er is steeds meer aandacht voor coördinatie en samenwerking, maar de praktijk blijft op dat punt zeer weerbarstig. De één-loket gedachte van de Brede Sociale Visie gaat hier verder op in en heeft ook al een aantal "spelregels" geschetst. "Het Gesprek" kan belangrijke input leveren voor een – in de toekomst – meer gerichte en samenhangende aanpak.

### **Koppeling ZEIST kernGEZOND met de Wmo**

Het onjuiste beeld bestaat dat de Wmo een individuele voorzieningenwet is; een loket voor die mensen die voor de komst van de Wmo een voorziening kregen op basis van de Wvg of Huishoudelijke Verzorging vanuit de AWBZ. Door de Wmo is het wel mogelijk om een samenhangend aanbod van activiteiten en voorzieningen te bieden, van het preventieve voorkomen dat mensen minder kunnen participeren tot het verlenen van individuele voorzieningen (care). Dit heeft een inhoudelijke relatie met het gezondheidsbeleid voor wat betreft landelijke en plaatselijke beleidsdoelstellingen en/of thema's. Hieronder zijn de prestatievelden van de Wmo aangegeven, met in schuin de relatie met onderdelen van landelijk of lokaal gezondheidsbeleid. Uiteraard valt hier heel veel meer over te zeggen, ook in het kader van ketenregie en effectiviteit van de uitvoering van beleid (zie voor meer achtergronden van deze aspecten BIJLAGE 2). Het ligt voor de hand dat te doen in het kader van de uitwerking van de Brede Sociale Visie.

De prestatievelden zijn als volgt omschreven:

- het bevorderen van de sociale samenhang in en de leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten; *thema 2 uit de landelijke nota: zorg en sport dichtbij in de buurt*
- op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden; *JGZ en straks Jeugdzorg, CJG/GGD*
- het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning; *ook taak GGD/CJG e.a.*
- het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers;
- het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem; *koppeling met leefstijl en bewegen: sport als middel*
- het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en aan mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijke verkeer; *zie onder 5*
- het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang;
- het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen; *zie onder 5*
- het bevorderen van verslavingsbeleid; *waaronder ook preventieve maatregelen op gebied van genotmiddelen als alcohol, drugs en roken*

Winst is te behalen bij een meer integrale aanpak en aansturing. De Wmo scoort – blijkens de evaluatie – juist wat minder sterk op o.a. de prestatievelden die een relatie hebben met preventie en bevorderen van deelname aan het maatschappelijk verkeer. In 2013 start hiervoor in het kader van de Wmo een pilot: Sociale Activering. Het is dan ook zowel in het belang van lokaal gezondheidsbeleid als van de Wmo om in de uitvoering gezamenlijk op te trekken. Dat rechtvaardigt het inzetten van Wmo-budget voor lokale gezondheidsmaatregelen.

### **Koppeling ZEIST kernGEZOND met sport; combinatiefunctionarissen en buurtsportcoaches**

Het aandachtsgebied **Bewegen** uit deze nota geeft het al aan: de samenhang met sport is groot! Wie sport zegt, zegt ook combinatiefunctionarissen en buurtsportcoaches. De ambitie van Zeist is om te groeien naar de inzet van 10,36 fte in 2012 tot 12,1 fte combinatiefunctionarissen/buurtsportcoaches in 2016. Daarmee wordt invulling gegeven aan de ambitie uit het coalitieakkoord.

Door te kiezen voor bewegen als aandachtsgebied vanuit volksgezondheid, wordt een plus van 40 % (multiplier = 1.6) gegenereerd op de budgetten voor volksgezondheid en Wmo, door de inzet van fte-uren van de combinatiefunctionarissen. Daardoor ontstaat er als win-winsituatie naast de synergiefactor van 1,6 tussen gezondheid en bewegen, ook een versterking van de sport & bewegimpuls in de gemeente Zeist. De uitwerking daarvan moet zijn beslag krijgen in enerzijds de jaarplannen voor ZEIST kernGEZOND en anderzijds in de jaarplannen Sport & Bewegen (sportstimulering).

### **Koppeling ZEIST kernGEZOND met wijkgericht werken**

Wij richten ons met de spelregels van de Brede Sociale Visie op de burger en zijn (sociale) omgeving. Daarmee komt een wijkgerichte aanpak al gauw in beeld. Daar gebeurt het uiteindelijk, en daar zitten ook veel partners en onze ogen en oren. Veel zaken pakken we, samen met partners, al wijkgericht op: WIJK GEZONDER, maar ook de buurtsportcoaches. Het voert te ver om hier dieper op in te gaan, maar het is helder dat wijkgericht ook voor lokaal gezondheidsbeleid een belangrijke ingang is.

### **Koppeling ZEIST kernGEZOND met werk en inkomen, Extramurale Begeleiding AWBZ en Jeugdzorg**

Dit is een perspectief voor de toekomst. Er zijn op dit moment nog niet heel directe aanknopingspunten, maar er liggen wel kansen om de koppeling te leggen. Beweegactiviteiten om jongeren meer zelfvertrouwen te geven, om werkzoekenden en mensen die extramurale begeleiding nodig hebben te ondersteunen in het ontwikkelen van bepaalde competenties, als loketten om problematisch alcoholgebruik van de werkzoekende of van (de omgeving van) de jeugd aan de orde te stellen: nu is het nog niet aan de orde, maar voor de toekomst zijn het mogelijkheden die de moeite waard zijn.



## BIJLAGE 6 TAKENPAKKET GGD Midden Nederland

### Organisatie

De GGD Midden-Nederland werkt voor 25 gemeenten in de provincie Utrecht. Het is een gemeenschappelijke regeling op basis van de Wgr, de Wet gemeenschappelijke regelingen. In deze wet ligt vast hoe samenwerkingsverbanden binnen de publieke sector zijn georganiseerd. Het bestuur wordt gevormd door bestuurders van deelnemende gemeenten. Het bestuur van de GGD is verantwoordelijk voor de gemeenschappelijke gezondheidsdienst: de GGD Midden-Nederland. De GGD is dus een gemeenschappelijke gemeentelijke dienst, die het gezondheidsbeleid en taken op het gebied van gezondheid voor de 25 gemeenten uitvoert. De gemeenten dragen met een vast bedrag per inwoner bij aan de exploitatie.

Sinds januari 2012 is er een nauwer verband tussen de GGD en de Veiligheidsregio's. De GGD was altijd verantwoordelijk voor grootschalige infectieziektebestrijding, milieugezondheid en het voorkomen van infectieziektecrises. Maar sinds 2012 is het bestuur van de Veiligheidsregio verantwoordelijk voor deze taak en vallen GGD en GHOR-organisatie onder één en dezelfde directeur Publieke Gezondheid. GHOR staat voor Geneeskundige Hulp bij Ongelukken Rampen. Medewerkers van de GGD draaien mee in de GHOR.

De overige gezondheidstaken voert de GGD onder verantwoordelijkheid van het bestuur van de GGD uit.

### Takenoverzicht

De taken van de GGD zijn in het najaar van 2012 door de GGD gerubriceerd in het zogenaamde GGD-huis. De afbeelding hiervan vindt u op de volgende pagina. Er is een onderscheid gemaakt in lokale activiteiten (de begane grond), de beleidsrijke activiteiten (de 1<sup>e</sup> verdieping) en de beleidsarme activiteiten (het dak).

De beschrijving van de taken die u hieronder vindt, is afkomstig uit de publieksbrochure, en is helaas nog niet aangepast aan de indeling en opsomming van het GGDhuis. Dit is op dit moment nog niet in die vorm beschikbaar.

### Basistaken

#### Jeugdgezondheidszorg

De GGD werkt aan een gezonde groei en ontwikkeling van jeugdigen tot 19 jaar. Daarom onderzoekt de GGD alle kinderen op verschillende leeftijden, om zodoende mogelijke problemen in het opgroeien tijdig op te sporen. Mochten er problemen gesignaleerd worden, dan helpt de GGD bij het zoeken naar een oplossing.

#### Advisering van ouders en kinderen

De GGD adviseert ouders/verzorgers bij opvoedvragen door gesprekken, ouderavonden of korte cursussen, bijvoorbeeld bij overgewicht of computerverslaving. Ook jongeren zelf kunnen bij de GGD terecht voor vragen over bijvoorbeeld seks, soa, anticonceptie en bijvoorbeeld genotmiddelengebruik.

#### Advisering van scholen

De GGD helpt scholen bij het opstellen van een plan om de gezondheid, het welzijn en de veiligheid van leerlingen te verbeteren. Op de scholen doet de GGD onderzoek onder kinderen over hoe zij zich voelen, of ze gezond eten, of ze gepest worden e.d. Op basis van de uitkomsten adviseert de GGD de school en begeleidt in het kiezen van prioriteiten en een aanpak.

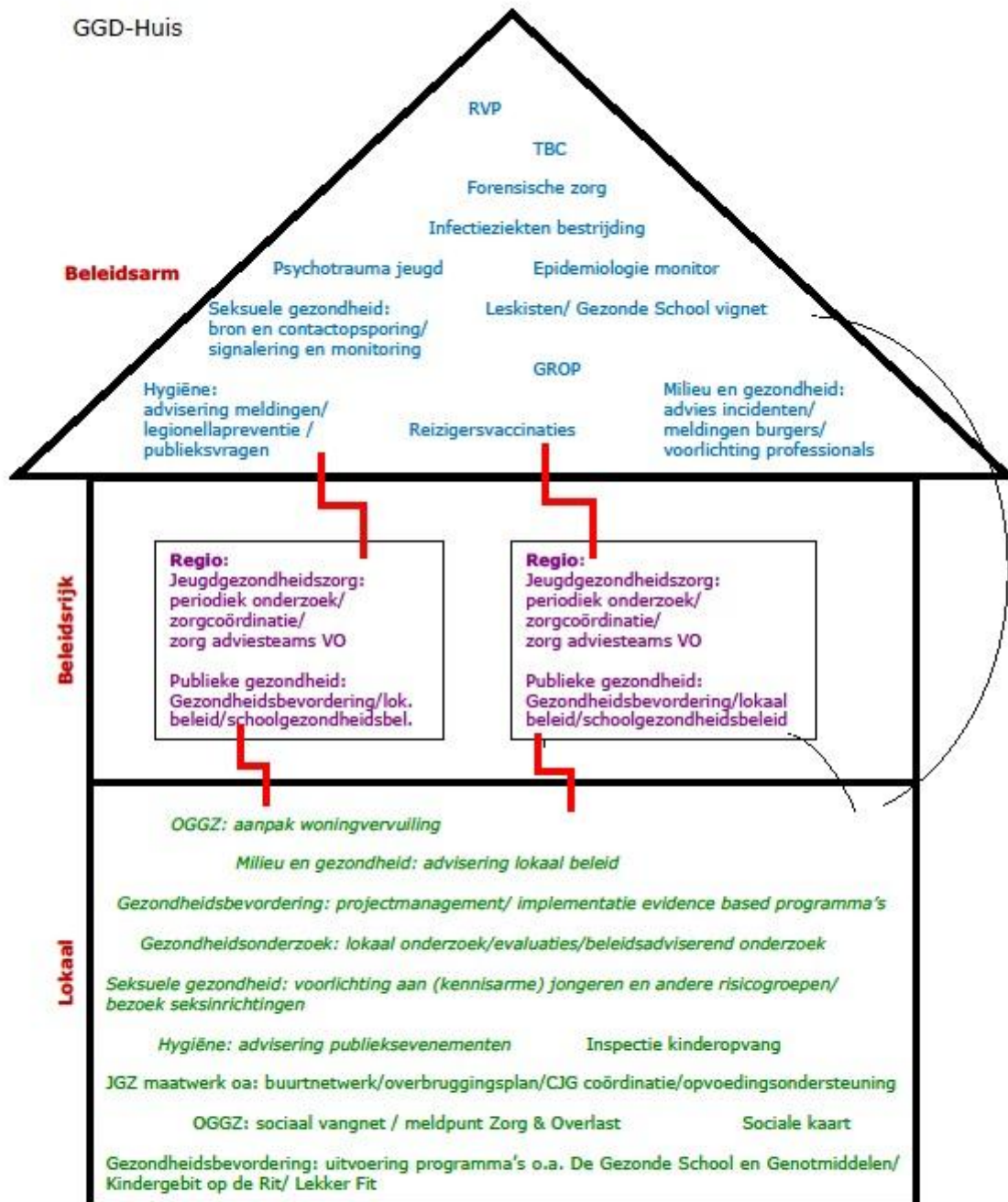
De meeste scholen beschikken over een Zorg Advies Team (ZAT). Hierin participeert de GGD. De GGD heeft ook een calamiteitenteam voor begeleiding en ondersteuning van scholen bij ingrijpende gebeurtenissen.

#### Inspecties kinderopvang

Het toezicht op de kwaliteit van de kinderopvang is belegd bij de GGD. Die inspecteert alle kindercentra en peuterspeelzalen in de regio op zaken als: heeft de instelling een risico-inventarisatie & evaluatie hygiëne en veiligheid, is er voldoende ruimte om buiten te spelen, is er een pedagogisch beleid en wordt dat nageleefd, hoe staat het met de groepsgrootte, het aantal kinderen per leidster, zijn de personeelsdossiers op orde, etc.

## Infectieziektenbestrijding

De GGD heeft de taak om de verspreiding van infectieziekten tegen te gaan. Daarvoor melden artsen en laboratoria een aantal besmettelijke ziekten –waaronder kinkhoest, hepatitis B, tuberculose, Q-koorts, meningokokkose en polio- bij de GGD. De GGD onderzoekt vervolgens waar de infectie vandaan komt en wie er mogelijk aan is blootgesteld. De GGD onderneemt actie om verdere



besmetting te voorkomen en besmette mensen zo snel mogelijk te behandelen. Datzelfde gebeurt bij seksueel overdraagbare aandoeningen en voedselvergiftiging. De GGD is ook voorbereid op grootschalige uitbraken van infectieziekten: denk aan de griepandemie (Mexicaanse Griep) en bioterroristische aanslagen, zoals anthrax of het pokkenvirus. In deze situaties is de GGD verantwoordelijk voor grootschalige inentingscampagnes.

### **Reizigersvaccinaties en -advies**

Inwoners die op reis gaan kunnen op een aantal locaties in het GGD-werkgebied terecht voor een reizigersadvies en vaccinaties. Tijdens het spreekuur krijgen de reizigers een persoonlijk advies, informatie over gezondheidsrisico's van de reisbestemming, vaccinaties, malariaprofylaxe en andere benodigde artikelen.

### **Rijbewijs- en andere medische keuringen**

De GGD verzorgt medische keuringen voor het rijbewijs, voor 70-plussers, het groot rijbewijs en de taxipas. Ook levert de GGD een gezondheidsverklaring (zoals een huwelijksverklaring of keuring dienstplicht), de Keuring Ontheffing Inburgeringstoets of een Schuldsaneringskeuring (WSNP).

### **Hygiëne en veiligheid**

De GGD voert inspecties uit naar hygiëne en veiligheid bij asielzoekerscentra, seksinrichtingen, tattoo- en piercingshops. Daarnaast adviseert zij bij het organiseren van grote evenementen over hygiëne, sanitair en drinkwatervoorzieningen.

### **Medische Milieukunde**

De GGD beoordeelt situaties t.a.v. gezondheid en milieu, waaronder ook het binnenmilieu in huizen, kindercentra en scholen. De GGD beantwoordt vragen over risico's of klachten over gezondheid veroorzaakt door het milieu en geeft advies over mogelijke maatregelen.

### **Seksueel overdraagbare aandoeningen (soa)**

Het voorkomen van soa en aids is een belangrijke taak van de GGD. Daarvoor zijn er op drie GGD-locaties een jongerensprekuur ([www.sense.info](http://www.sense.info)) en bezoekt de GGD ook regelmatig bordelen en festivals/evenementen om voorlichting te geven en te vaccineren tegen hepatitis B. Maar de GGD beantwoordt ook vragen over soa of voert testen uit op hiv, syfilis, chlamydia of gonorrhoe.

### **Volwassenen en senioren**

Voor volwassenen en senioren organiseert de GGD programma's over onderwerpen als alcohol, roken, gezond gewicht, angst/depressie en eenzaamheid. Daarin wordt samengewerkt met andere organisaties in de gemeente, zoals de ANBO en de thuiszorgorganisaties.

### **Vraagbaak voor gezondheidsvragen**

Regelmatig zijn er gebeurtenissen waardoor mensen zich in hun gezondheid bedreigd voelen, zoals Q-koorts of een geval van open tbc. De GGD treedt dan op als vraagbaak.

### **Epidemiologie/gezondheidsmonitoring**

De GGD verzamelt en analyseert gegevens over de gezondheidstoestand van de regio en de gemeenten. De GGD doet daarvoor o.a. regelmatig onderzoek onder jongeren, volwassenen en senioren. Welke eet- en drink- en leefgewoonten hebben zij? Welke gezondheidsproblemen spelen er? Maar ook: hoe leefbaar is het voor zelfstandig wonende senioren boven de 65? En: maken jongeren gebruik van bepaalde voorzieningen? Op basis van de informatie uit deze onderzoeken adviseert de GGD de gemeenten bij het formuleren van hun volksgezondheidsbeleid. De uitkomsten van deze onderzoeken worden beschikbaar gesteld op [www.ggdatlas.nl](http://www.ggdatlas.nl).

### **Zorgwekkende zorgmijders**

Zorgwekkende zorgmijders zijn mensen die zorg oproepen bij hun omgeving of overlast geven, maar zelf de weg naar de hulpverlening niet kunnen of willen vinden. Voor 17 Utrechtse gemeenten coördineert de GGD het Meldpunt Zorg & Overlast. Na een melding kijkt een team van werkers uit de psychiatrie, verslavingszorg, maatschappelijk werk en GGD, welke instantie in het geval van zorgwekkende zorgmijders het beste de benodigde zorg kan leveren.

### **Lijkschouw**

GGD-artsen zijn aangesteld als gemeentelijk lijkschouwer. Dit betekent dat huisartsen en specialisten de GGD inschakelen als zij het vermoeden hebben dat iemand geen natuurlijke dood is gestorven. De lijkschouwer onderzoekt, samen met de politie, de doodsoorzaak en of er een strafbaar feit is gepleegd.

### **Hulp bij rampen**

Mocht zich in de regio Utrecht een crisis voordoen, bijvoorbeeld met giftige stoffen, dan wordt naast politie en brandweer, ook de Geneeskundige Hulp bij Ongelukken en Rampen (GHOR) ingeschakeld. Medewerkers van de GGD draaien mee in de 24-uurs diensten van de GHOR.

### **Beleidsadvisering**

De GGD ondersteunt de gemeenten in het opstellen en uitvoeren van lokaal gezondheidsbeleid.

**Plustaken**

De GGD levert op verzoek en tegen betaling diensten aan deelnemende partijen, zoals bijvoorbeeld het programma *De gezonde school*, gericht op drank, drugs en roken, de bekostiging van netwerken (o.a. 12- en 12+) en het netwerkprogramma Leefstijl.