

RIS106185a_12-06-2003

NOTA VOLKSGEZONDHEID

“Op uw gezondheid ! - II”

2003-2006

Gemeente Den Haag

Juni 2003

Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
2. De gezondheidssituatie: wat valt op in Den Haag?	6
2.1 Sociaal economische gezondheidsverschillen: SEGV	6
2.2 Jeugd	7
2.2.1 genotmiddelengebruik	7
2.2.2 overgewicht (obesitas)	7
2.2.3 seksueel gedrag en relaties	7
2.2.4 stagnatie in de ontwikkeling	8
2.2.5 psychosociale problemen	8
2.3 Volwassenen	9
2.3.1 roken en alcohol	9
2.3.2 beweging en sport	9
2.3.3 seksueel overdraagbare aandoeningen: SOA en Aids	10
2.3.4 leefomgeving en gezondheidsrisico's	10
2.3.5 huiselijk geweld	11
2.3.6 diabetes	11
2.3.7 vitamine D-tekort	11
2.3.8 interculturalisatie	11
2.3.9 positie van de zorgvrager	12
2.4 Ouderen	13
2.4.1 geestelijke problematiek	13
2.4.2 eenzaamheid	13
2.4.3 mishandeling van ouderen	14
2.4.4 extramuralisering van zorg	14
2.5 Sociaal kwetsbaren	14
2.5.1 toegang tot zorg	14
2.5.2 opvang (psychiatrie, maatschappelijke opvang, detentie)	15
2.5.3 prostitutie	15
2.5.4 hygiënische probleemsituaties	16

3. Waar gaat de gemeente Den Haag over?	17
3.1 Wettelijke taken van de gemeente	17
3.1.1 Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV)	17
3.1.2 Infectieziektenwet	19
3.1.3 Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen	20
3.1.4 overige relevante regelgeving	20
3.2 Algemene publieke taken	21
3.2.1 eerstelijnszorg	21
3.2.2 huiselijk geweld	22
3.2.3 het laatste vangnet	22
3.2.4 afstemming preventie en curatie	22
3.2.5 nieuwe samenwerkingsvormen	23
3.2.6 convenanten	23
3.2.7 regiovisies	23
4. Beleid in concrete acties	24
4.1 Sociaal economische gezondheidsverschillen	24
4.2 Jeugd	26
4.2.1 jeugdgezondheidszorg	26
4.2.2 genotmiddelengebruik	26
4.2.3 overgewicht (obesitas)	27
4.2.4 seksueel gedrag en relaties	28
4.2.5 stagnatie in ontwikkeling	29
4.2.6 psychosociale problemen	29
4.3 Volwassenen	30
4.3.1 roken en alcohol	30
4.3.2 beweging en sport	30
4.3.3 infectieziekten	31
4.3.4 huiselijk geweld	31
4.3.5 diabetes	32
4.3.6 vitamine D-tekort	32
4.3.7 interculturalisatie van zorg	32
4.3.8 positie zorgvrager	34
4.4 Ouderen	34
4.4.1 geestelijke problematiek	34
4.4.2 eenzaamheid	35
4.4.3 allochtone ouderen	35
4.4.4 immobiliteit	35

4.5	Sociaal kwetsbaren	35
4.5.1	toegang tot zorg	35
4.5.2	prostituées	37
4.5.3	hygiënische probleemsituaties	37
Bijlage 1. Activiteitenoverzicht		39
1.1	Sociaal-economische gezondheidsverschillen	39
1.2	Jeugd	39
1.3	Volwassenen	40
1.4	Ouderen	41
1.5	Sociaal kwetsbaren	42
Bijlage 2. Financiën		43
Bijlage 3. Literatuurverwijzing verschillen in gezondheid tengevolge van sociaal-economische achterstandsposities		45

1. Inleiding

In 1999 kwam de gemeente Den Haag met de kadernota Volksgezondheid ‘*Op uw gezondheid*’ voor de periode 1999 - 2002. Het ministerie van VWS heeft de nota als voorbeeld gebruikt voor andere gemeenten. Inmiddels is het opstellen van een nota Volksgezondheid op basis van de aangepaste Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) voor alle gemeenten verplicht.

Bevorderen van gelijke kansen op een goede gezondheid voor iedere Haagse burger is hét uitgangspunt van het Haagse Volksgezondheidsbeleid. Dit laat onverlet dat iedere burger zelf natuurlijk verantwoordelijkheid draagt voor de eigen gezondheid.

De vorige nota ‘*Op uw gezondheid !*’ kende zeven beleidsthema's:

- C Versterking van de vraagkant (het RPCP/ Regionaal patiënten/consumenten platform, de RWG/ Raad welzijn gehandicapten, de SOC/ Stedelijke ouderen commissie etc.).
- C Meer inzicht in de gezondheidssituatie door het uitbrengen van de Haagse Gezondheidsmonitor.
- C Een betere regie van de gemeente door uitbouw van STIOM (Stichting ondersteuning gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening).
- C Verbetering van de organisatie van de GGD.
- C Betere toegankelijkheid tot de zorg via het SIO (Stichting Indicatie Orgaan).
- C Verbetering van de uitgang van de zorg door het organiseren van sociale activering, maatschappelijk herstel en maatschappelijke opvang.
- C De opbouw en versterking van de Maatschappelijke opvang en het ‘Vangnet voor zorg en advies’.

Om deze zeven thema's te realiseren is in de periode 1999-2002 vooral gewerkt aan de opzet en uitbouw van de benodigde infrastructuur. Anno 2003 staat het instrumentarium er en is beschikbaar om het beleid verder in te vullen.

Bij de evaluatie van de Nota Volksgezondheid 1999-2002 bleek een groot aantal actiepunten succesvol geïmplementeerd. De nieuwe nota ‘*Op uw Gezondheid ! - II*’ bouwt hierop voort. De Haagse Gezondheidsmonitor 2002 geeft, evenals landelijke gezondheidsenquêtes, reden tot bezorgdheid. Nog steeds geldt dat de gezondheid van de burger in de grote stad gemiddeld slechter is dan die van de modale Nederlander. De gemiddelde levensverwachting in Den Haag ligt lager dan elders in Nederland. Deze verschillen in gezondheid en levensverwachting zijn niet te verklaren uit demografische verschillen als leeftijd, geslacht en sociaal-economische situatie, maar lijken te wijzen op een reële gezondheidsachterstand. Inzet van het Haagse gezondheidsbeleid is dergelijke verschillen in gezondheid tegen te gaan en gezondheidsachterstanden terug te dringen.

Uit de Gezondheidsmonitor blijkt dat met name jongeren, ouderen en sociaal zwakke groepen een verhoogd risico lopen. Daar komt bij dat het gezondheidsgedrag van de burger in de grote

stad in bepaalde opzichten ongunstiger is dan in de rest van Nederland. In het verlengde hiervan concentreren de gezondheidsproblemen in Den Haag zich, net als in de andere grote steden, in de achterstandswijken.

Het collegeprogramma 2002-2006 kiest nadrukkelijk voor actieprogramma's gericht op preventie en verbetering van de toegang tot de zorg in de wijken met de grootste gezondheidsachterstand. En dat gaat verder dan het terrein van de volksgezondheid. Verbetering van de gezondheid in deze wijken vergt een actieve aanpak op tal van beleidsterreinen. Aandachtsgebieden hierbij zijn: gezond gedrag, gezonde leefomgeving en versterking eerstelijns.

Het lokale gezondheidsbeleid voor de periode 2003-2006 richt zich derhalve op tien prioriteitsgebieden:

- C Aandacht voor sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV)
- C Toegankelijkheid van eerstelijnszorg en preventie
- C Jongeren, met name risicogedrag
- C Ouderen
- C Sociaal kwetsbaren
- C Vrouwen
- C Positie van de zorgvragers
- C Specifieke allochtonenproblematiek
- C Besmettelijke ziekten
- C Psycho-medische problematiek

Deze keuze van prioriteiten is gebaseerd op de gegevens van de Gezondheidsmonitor 2002, de evaluatie van de Nota Volksgezondheid 1999 - 2002 en het collegeprogramma 2002 - 2006.

2. De gezondheidssituatie: wat valt op in Den Haag?

2.1 Sociaal-economische gezondheidsverschillen: SEGV

Hoewel iedere Hagenaar zelf moet zorgen voor zijn of haar gezondheid, zijn de kansen op een lang en gezond leven niet voor iedereen gelijk. In Nederland leven mensen met een hoge opleiding en een hoog inkomen gemiddeld twaalf jaar langer in goede gezondheid dan mensen met een minimuminkomen. Het verschil in levensverwachting bedraagt zelfs vier jaar.

Gezondheidsachterstand komt vooral tot uitdrukking in de grote steden. Inwoners van grote steden, zoals Den Haag, zijn minder gezond dan de gemiddelde Nederlander. Zij ervaren hun gezondheid als minder goed, rapporteren meer psychiatrische stoornissen en gaan over het algemeen eerder dood. Zo ligt de sterfte in de grote steden ruim 11% hoger dan elders. Dit beeld wordt bevestigd door de Haagse Gezondheidsmonitor. De achterstand in gezondheid is vooral toe te schrijven aan de situatie in de achterstandswijken. De gezondheidsproblemen concentreren zich daar met name omdat inwoners van deze wijken zich doorgaans bevinden in een ongunstige sociale en/of economische situatie (denk aan opleiding, arbeid, inkomen, culturele aspecten en woonomgeving).

Een slechtere gezondheid wordt doorgaans in verband gebracht met verschillen in individueel gedrag. In het verlengde hiervan wordt het bestrijden van sociaal-economische gezondheidsverschillen dan gelijkgesteld aan het bevorderen van gezond gedrag. Cijfers en onderzoeken tonen immers keer op keer aan dat mensen in een ongunstige sociaal-economische leefsituatie, ook ongezonder leven; er is sprake van een hoger percentage rookgedrag, hogere alcoholconsumptie, te weinig beweging, onvoldoende consumptie van groente en fruit, en dat alles vaak in combinatie.

Iedere Hagenaar is zelf verantwoordelijk voor de eigen gezondheid. Ook de bewoners van achterstandswijken hebben mogelijkheden voor een gezonde leefstijl. Echter, het feit dat er *systematische* verschillen in leefstijl op groepsniveau worden gevonden tussen mensen in een gunstige sociaal-economische situatie ten opzichte van mensen in een lage sociaal-economische situatie maakt duidelijk dat die verschillen niet alleen een gevolg zijn van vrije individuele keuzes maar ook gezocht moeten worden in omgevingsfactoren. De aard en omvang van deze relatie zijn nader uitgewerkt in bijlage 3.

Factoren die een rol spelen bij het ontstaan van gezondheidsverschillen liggen op terreinen als: materiële, fysieke en sociale omgevingsfactoren, leefgewoonten, psychosociale factoren en de toegankelijkheid c.q. de kwaliteit van de gezondheidszorg.

Een succesvolle aanpak van sociaal-economische gezondheidsverschillen vraagt dan ook om geïntegreerde inspanningen met een langdurig karakter. Een succesvolle aanpak is gericht op een combinatie van bevorderen van gezond gedrag en het scheppen van betere leef-, woon- en werkomstandigheden.

Wil er concreet iets gebeuren aan het probleem van gezondheidsachterstanden en willen de mensen echt 'wijzer' worden van gezondheidsvoorlichting en preventie, dan zal het beleid dat daarvoor wordt ontwikkeld en uitgevoerd moeten aansluiten bij de concrete werkelijkheid van deze mensen. En meer dan dat, het beleid zal samen met hen moeten worden opgezet en uitgevoerd. Niet alleen om groepen met een slechte sociaal-economische situatie beter te leren

kennen, maar om samen met de betreffende burgers te zoeken naar verbetering van hun situatie, waaronder gezondheid en leefstijl.

2.2 Jeugd

2.2.1 Genotmiddelengebruik

Het genotmiddelengebruik onder Haagse middelbare scholieren is stabiel ten opzichte van drie jaar geleden en de cijfers wijken nauwelijks af van landelijke cijfers.

Echter, hoewel er sprake is van een stabilisatie van middelengebruik, is het niveau van gebruik zorgwekkend hoog. Roken, drinken en het gebruik van softdrugs zijn wijd verbreid onder jongeren en men begint er al vroeg mee. Zo vroeg dat de voorlichting al zou moeten starten bij de hoogste groepen van de basisschool. Uit onderzoek van de GGD blijkt dat circa een kwart van alle middelbare scholieren tussen 11 en 19 jaar rookt, meisjes net zoveel als jongens. Ruim 40% van de leerlingen drinkt alcohol en 9% gebruikt cannabis. Allochtone jongeren blijken overigens minder cannabis te gebruiken dan autochtone leerlingen.

Opvallend is dat het gebruik van alle genotmiddelen fors toeneemt met het stijgen van de leeftijd. Zo verdubbelt het percentage jongeren dat alcohol drinkt tussen de leeftijd van 11 en 15 jaar. De gemeente acht dit dermate onrustbarend dat extra maatregelen, met name tegen het roken, noodzakelijk zijn.

2.2.2 Overgewicht (obesitas)

Overgewicht is een groeiend gezondheidsprobleem. Kinderen met overgewicht lopen een groter risico op lichamelijke en psychische klachten nu, daarnaast betekent een verhoogd lichaamsgewicht een hoger risico op ziekten als diabetes, verhoogde bloeddruk en hart- en vaatziekten op latere leeftijd.

De situatie in Den Haag is in de periode 1998-2001 duidelijk slechter geworden. De Gezondheidsmonitor 2002 geeft aan dat van de kinderen tussen 5 en 8 jaar bijna 20% te zwaar is. Voor 8 jarigen blijkt dit aantal twee maal zo hoog als landelijk. In een pilotproject van de afdeling Jeugdgezondheidszorg van de GGD onder 340 kinderen op vier scholen (2001-2002), bleek van de kinderen in de groepen 2, 4 en 6 zelfs 23% te zwaar.

Een belangrijke oorzaak van overgewicht is te weinig beweging en sport; opvallend is de sterke afname van deelname aan sport boven de 14 jaar. Allochtone jongeren en dan vooral allochtone meisjes, sporten minder dan gemiddeld.

Een tweede bekende oorzaak is een verkeerd voedingspatroon: het eten van zoetigheid in de vorm van candybars en frisdrank, te veel verzadigd vet, te weinig fruit en groenten.

2.2.3 Seksueel gedrag en relaties

Bij de gehele seksueel actieve bevolking nemen seksueel overdraagbare aandoeningen als gonorrhoe en chlamydia toe, maar bij jongeren speelt dit in het bijzonder. Ieder jaar worden immers groepen jongeren voor het eerst seksueel actief. Het is steeds opnieuw van belang dat zij op de hoogte zijn van de risico's van onveilig vrijen. De meest voorkomende SOA is chlamydia. Deze aandoening betekent een aanzienlijk gezondheidsrisico vanwege de ernstige complicaties die chlamydia kan veroorzaken. Bij meisjes kunnen de complicaties onder andere leiden tot onvruchtbaarheid op latere leeftijd. Hiermee is chlamydia, naast de meest voorkomende SOA, ook de grootste veroorzaker van ongewenste kinderloosheid.

Na een daling in de afgelopen 25 jaar, is er nu sprake van een stijging van het aantal jonge moeders (jonger dan 21 jaar). In Den Haag nam tussen 1996 en 2000 het aantal jonge moeders toe met 45%. Meisjes van allochtone herkomst, met name Chinese, Afrikaanse en vooral Somalische meisjes nemen hierbij een opvallende plaats in omdat ze gemiddeld duidelijk jonger zijn (17,5 jaar) en veel vaker dan andere meisjes ongehuwd zijn op het moment van de geboorte. Dit laatste geldt ook voor Antilliaanse meisjes. Eveneens opvallend is dat in bepaalde sociale situaties relatief veel autochtone jonge moeders voorkomen.

Hoewel moederschap op jonge leeftijd geen probleem hoeft te zijn, is er sprake van verhoogde medische risico's en een verhoogd risico op sociaal en maatschappelijk isolement van de moeder. Dit kan weer leiden tot extra risico's bij het opvoeden van het kind. Van de knelpunten op materieel gebied bestaat al een goed beeld door het in 2002 verschenen onderzoek verricht in opdracht van het Jongeren Informatiepunt (JIP). Naar de oorzaken en directe gevolgen op andere gebieden nu en in latere levensfasen, loopt onderzoek. Verschillen naar etnische achtergrond spelen hierbij een rol, hetgeen consequenties heeft voor de te volgen preventie aanpak.

Naast het oplopen van een geslachtsziekte en het op jonge leeftijd kinderen krijgen, lopen jongeren (meisjes) de kans betrokken te raken bij het fenomeen 'Loveboys'. Loveboys proberen om veelal minderjarige meisjes via een overvloed aan cadeaus en attenties, later vergezeld van (fysiek) geweld en chantage, over te halen tot prostitutie. Loveboys vormen een structureel en groeiend probleem voor bepaalde kwetsbare groepen meisjes. Op dit moment wordt op scholen voor voortgezet onderwijs en met name VMBO, de voorlichting over dit probleem gesteund.

2.2.4 Stagnatie in ontwikkeling

Opvoeding en onderwijs ondersteunen de jeugd bij hun vorming en ontwikkeling. Wanneer de ontwikkeling en vorming op de een of andere manier stagneren, zijn er instellingen op medisch, verstandelijk en psychosociaal terrein die hulp bieden. Daarbij is het van groot belang dat jeugdgezondheidszorg, jeugdbeleid, jeugdhulpverlening, opvoedingsondersteuning en onderwijs hun aanpak op elkaar afstemmen. Juist deze afstemming is voor verbetering vatbaar. Bij de integrale Jeugdgezondheidszorg (0 - 19 jaar) is het van belang de meerwaarde van de integratie van 0 - 4 jaar en 4 - 19 jaar te benutten door deze bij de uitvoering van de JGZ te koppelen aan andere (beleids)terreinen.

Overigens neemt de belangstelling voor opvoedingscursussen zoals die door GVO worden verzorgd, sterk toe, in het bijzonder vanuit instellingen en organisaties van allochtone Hagenaars.

2.2.5 Psychosociale problemen

Psychosociale problematiek bij jongeren ten gevolge van bijvoorbeeld pesten, (seksueel) geweld en andere oorzaken kan ernstige gevolgen hebben. In z'n meest ernstige vorm kan het leiden tot (para)suicide. In Den Haag is gelukkig sprake van een dalende tendens in suicide. Bijzondere aandacht vergt echter de geestelijke gezondheid bij allochtone meisjes; in deze groep blijkt vaker sprake van parasuicide. Voor Surinaamse meisjes in de leeftijdsgroep 15 - 19 jaar is de kans hierop zelfs 3,5 keer zo groot als bij autochtone meisjes in dezelfde leeftijd.

2.3 Volwassenen

2.3.1 Roken en alcohol

Roken is in Nederland de belangrijkste oorzaak van voortijdige sterfte. Roken is verantwoordelijk voor ongeveer de helft van de totale sterfte aan longkanker, beroerte, coronaire hartziekten en CARA. Met name de sterfte aan longkanker wordt grotendeels veroorzaakt door roken. Ruim eenderde van de Hagenaars rookt, overeenkomstig het landelijk gemiddelde. Opmerkelijk echter is de hoge sterfte aan longkanker van Haagse vrouwen (maar ook in de andere drie grote steden) die 70% hoger is dan in de rest van Nederland.

Verandering in rookgedrag speelt hierbij een belangrijke rol. Landelijk gezien zijn vrouwen met een (negatieve) inhaalmanoeuvre bezig; de levensverwachting voor mannen is tussen 1980 en 2000 met 3,1 jaar toegenomen en voor vrouwen met 1,4 jaar. Hiermee blijft de levensverwachting voor vrouwen achter bij die in veel andere West-Europese landen. De stagnatie wordt vooral veroorzaakt doordat een toenemend aantal vrouwen is gaan roken. Naast schade voor de roker zelf, is er sprake van schade voor meerokende (ongeboren) kinderen en volwassenen.

Omdat roken de belangrijkste factor is van voortijdige sterfte en een ernstige gezondheidsbedreiging vormt vinden wij extra maatregelen tegen roken dringend noodzakelijk.

Overmatig alcoholgebruik heeft nadelige gevolgen voor gezondheid van de drinker, bij zwangere vrouwen belemmert het bovendien de ontwikkeling van het kind. Daarnaast zijn er maatschappelijk nadelige effecten van alcohol, zoals overlast en geweld en de gezondheidsschade door verkeersongevallen, waarbij alcohol een rol speelt.

Met 67% ligt het alcoholgebruik boven de 16 jaar in Den Haag iets onder het landelijk gemiddelde. Dit verschil kan worden toegeschreven aan het aandeel allochtonen binnen de Haagse bevolking; slechts 7% van de Marokkanen drinkt alcohol. Overmatig gebruik (>20 glazen per week) vinden we meer onder mannen dan onder vrouwen (14% ten opzichte van 2%). Uit landelijke cijfers blijkt dat de laatste jaren het percentage overmatige drinkers in het bijzonder is toegenomen onder autochtone mannen met een lage sociale status.

2.3.2 Beweging en sport

Een sportief actieve leefstijl is voor alle Hagenaars van groot belang. Na roken vormt gebrek aan voldoende beweging het grootste risico voor het ontstaan van ziekten en vroegtijdig overlijden (VWS 2001). Gezond bewegen heeft een positief effect op de geestelijke en de lichamelijke gezondheid. Belangrijk is ook het aangaan van vriendschappen, zelfontplooiing en een besef van normen en waarden, dat vaak gepaard gaat met het beoefenen van een sport. In de Haagse Stadsenquête van 2001 geeft 42% van de Hagenaars aan nooit te sporten. Voor vrouwen, lager opgeleiden en allochtonen is het beeld nog iets ongunstiger. Een sportdeelname van meer dan 11 keer per jaar ligt voor Haagse 55-plussers met 47% duidelijk onder het algemeen Haags gemiddelde van 57% (RSO-onderzoek 2002). Over sportief bewegingsgedrag (meer dan 5 keer per week een half uur matig intensief bewegen) zijn geen recente Haagse gegevens bekend. Uit landelijk onderzoek (TNO-monitor 1998/1999) is bekend dat slechts 40% van de Nederlanders voldoende beweegt om een positief effect op de gezondheid te bereiken. Boven de 65 jaar neemt deze activiteit bovendien drastisch af.

2.3.3 Seksueel overdraagbare aandoeningen: SOA en Aids

Van 2000 tot en met 2002 was er in Den Haag sprake van een prominente stijging in het aantal SOA-diagnoses. Deze toename is aanzienlijk groter dan in dezelfde periode landelijk. De beide drempelvrije SOA-poliklinieken (Medisch Centrum Haaglanden en Leyenburgziekenhuis) zagen de afgelopen drie jaar een stijging van de drie 'klassieke' SOA:

gonorroe, chlamydia en syfilis. Gonorroe steeg met 28%, chlamydia verdubbelde van 165 naar 330 en syfilis verdrievoudigde van 15 naar 48 gediagnosticeerde nieuwe infecties in 2002. Het aantal nieuw vastgestelde HIV-infecties in de Haagse ziekenhuizen is in deze periode verdubbeld en komt voor 2002 uit op 104.

Deze verontrustende stijging weerspiegelt vooral het toenemend onveilig seksueel gedrag. Mede door de verbeterde behandelingsmethoden voor HIV-infectie, worden de gevolgen van SOA en Aids ten onrechte als minder bedreigend ervaren. Bij HIV en Aids is daarnaast sprake van een verschuiving van de klassieke hoogrisicogroepen naar een toenemend aandeel heteroseksuele mannen en vrouwen, veelal afkomstig uit gebieden waar HIV en Aids veel vaker voorkomen.

Pro-actief beleid is de komende tijd nodig om een verdere stijging van SOA en HIV-geïnficeerden te voorkomen. Voorlichting over de risico's van SOA en Aids is een continu proces, dat steeds opnieuw dient te worden gerealiseerd voor iedere nieuwe groep die seksueel actief wordt (zie ook onder 2.2.3).

2.3.4 Leefomgeving en gezondheidsrisico's

Tuberculose (TBC)

Wereldwijd is er als gevolg van de HIV pandemie een explosieve toename van tuberculose te constateren. Onder andere door migratie blijft tuberculose voor Den Haag een actueel gezondheidsprobleem. In Nederland als geheel dalen de tbc-cijfers. In Den Haag daarentegen werden in 2002 nog 140 gevallen van actieve tuberculose gediagnosticeerd en daarmee lijkt ten minste sprake van een stabilisatie in plaats van een daling. De ziekte komt steeds meer voor in moeilijk voor behandeling toegankelijke en moeilijk te behandelen risicogroepen, zoals illegalen, dak- en thuislozen en verslaafden. Met het oog op toenemende resistentieproblematiek - dat wil zeggen het niet meer werken van gebruikelijke medicijnen - is een intensieve kostbare begeleiding noodzakelijk, onder andere door de feitelijke aanwezigheid van een sociaal-verpleegkundige bij het innemen van de medicijnen (directly observed therapy).

Piercing en tattoo

In Den Haag zijn er naast juweliers e.d. momenteel twaalf piercing- en tattoo-instellingen bekend. Onvoldoende hygiënisch handelen kent een risico van de overdracht van infectieziekten als Aids en hepatitis B en C. Op dit moment zijn er, tot onze tevredenheid, geen besmettingen of andere gezondheidsproblemen bekend, die zijn te herleiden tot deze instellingen. Derhalve leidt dit niet tot extra beleid.

Koolmonoxide (CO)

Een onderschat gevaar is het vrijkomen van CO als gevolg van onvoldoende verbranding, bijvoorbeeld bij oude geisers en kachels. In Den Haag leidt dit tot tussen de één en vier dodelijke ongevallen per jaar. Naast overlijdensgevallen is er het veel omvangrijker probleem van chronische intoxicatie. Chronische gezondheidsklachten zoals hoofdpijn, concentratieverlies e.d. blijken nogal eens te worden veroorzaakt door een te hoge concentratie koolmonoxide in het binnenmilieu als gevolg van onvoldoende afvoer van verbrandingsresten. Deze relatie wordt maar zelden gelegd of onderzocht. Het risico voor de bevolking is qua

omvang minimaal vergelijkbaar met dat van legionella, inclusief het risico op grootschalige incidenten.

2.3.5 Huiselijk geweld

Landelijk en gemeentelijk (Rapportage ‘Verkenning huiselijk geweld Den Haag’, april 2002) is er sprake van meer geweld in de privésfeer. Het betreft lichamelijk, geestelijk en seksueel geweld en ook verwaarlozing. Naast directe gevolgen op fysiek en psychisch gebied is er soms sprake van een generatie-overschrijdend effect. Hiermee wordt bedoeld dat slachtoffers en getuigen van huiselijk geweld een grotere kans hebben om op latere leeftijd zelf pleger te worden.

Iedereen kan worden getroffen door huiselijk geweld, maar vrouwen, jongeren en ouderen zijn extra kwetsbaar. Van de zelfstandig wonende ouderen in Den Haag is 5,5% ooit geconfronteerd met een vorm van geweld in de privésfeer, in huiselijke kring of binnen een instelling.

Binnen de gemeente Den Haag en de regio Haaglanden bestaan diverse samenwerkingsverbanden rondom de aanpak van huiselijk geweld. Vermeldenswaard in dit verband is het project Geweld Binnenshuis van de regiopolitie Haaglanden, waarin wordt samengewerkt met diverse hulpverleningsinstellingen en het openbaar ministerie.

Voor de noodzakelijke systeemgerichte en geïntegreerde aanpak van huiselijk geweld is echter meer regie gewenst. Deze aanpak dient een structureel karakter te krijgen en blijvend onderdeel uit te maken van de taken en verantwoordelijkheden van de betrokken organisaties.

2.3.6 Diabetes

Diabetes vormt een toenemend gezondheidsprobleem in Nederland. Een specifieke vorm van suikerziekte, diabetes type 2, komt in Den Haag naar verhouding veel vaker voor bij Turken, Marokkanen en Hindostanen. Met name bij deze laatste, omvangrijke groep Hagenaars komt de ziekte veel vaker voor dan bij de autochtone bevolking (bij autochtonen 2,8%, bij Hindostanen 7,4%). Ook hart- en vaatziekten komen bij deze groepen vaker voor dan gemiddeld.

2.3.7 Vitamine D-tekort

Een tekort aan vitamine D kan optreden door onvoldoende blootstelling aan zonlicht en onvoldoende opname via de voeding. Ernstig vitamine D-tekort kan leiden tot spierklachten en uiteindelijk weekheid van de botten. In een verkennende studie in Den Haag onder 240 allochtone vrouwen bij wie een vermoeden bestond van een vitamine D-tekort, werd bij 80% inderdaad een tekort geconstateerd. De problematiek beperkt zich niet tot allochtone vrouwen. Uit landelijk onderzoek blijkt dat een vitamine D-tekort ook voor komt bij allochtone mannen en jongeren, en bij autochtone ouderen. Er is landelijk nog onvoldoende inzicht in de diverse oorzaken van vitamine D-tekort (en het samenspel daartussen).

2.3.8 Interculturalisatie

De etnische diversiteit van Den Haag neemt toe, in 2001 behoorde bijna 33% van de Hagenaars tot een etnische minderheidsgroep. De gemiddelde leeftijd binnen de groep afkomstig uit niet-geïndustrialiseerde landen ligt met 28,4 jaar bovendien onder het Haags gemiddelde van 38,1 jaar (OCW Monitor 2002). Allochtone Hagenaars blijken op het gebied van gezondheid en ziekte een aparte groep. Bepaalde aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, chronische luchtwegaandoeningen en suikerziekte komen vaker voor onder sommige migrantengroepen. Andere aandoeningen zoals kanker blijken minder voor te komen. Daarnaast is er wat betreft de staat van hun gezondheid voor een groot deel van de allochtonen sprake van

een overlap met de negatieve effecten van achterblijvende sociaal-economische omstandigheden.

Migranten ervaren in het algemeen hun gezondheid als slechter dan autochtone burgers. Daarentegen zijn de sterftecijfers van in het bijzonder migranten uit mediterrane gebieden tot nog toe gunstiger dan gemiddeld.

Het aanbod van de zorg blijkt vaak niet goed aan te sluiten op de vraag van allochtone burgers. Daarnaast zijn allochtonen vaak niet goed op de hoogte van het Haagse zorgsysteem, beleeft men ziekte anders dan autochtone burgers en heeft men veelal andere verwachtingen van de zorg. Dit leidt soms tot gezondheidsklachten, waar hulpverleners weinig mee kunnen. Met als gevolg dat allochtonen vaker een beroep doen op de hulpverlening, waardoor hier de werkdruk toeneemt. Dit geldt zowel bij fysieke als psychische klachten van allochtone Hagenaars.

2.3.9 Positie van de zorgvrager

In de ontwikkeling naar een meer vraaggerichte zorg komt de positie van de zorgvrager steeds meer centraal te staan.

De ontwikkelingen naar meer marktwerking onder zorgverzekeraars baren ons zorgen. Verzekeraars organiseren zich meer en meer landelijk en commercieel, hetgeen leidt tot hoge premies voor mensen waar iets mee aan de hand is en on- of onderverzekerde burgers. Dit vergt een sterke positie van groeperingen die de vraagkant vertegenwoordigen zoals de RPCP, de RWG en de SOC.

Eenduidige onafhankelijke indicatiestelling en goede informatievoorziening zijn hierbij ook van groot belang. Met de opening van het Centraal Meldpunt SIO (Stichting indicatie orgaan) op 1 oktober 2002, is een belangrijke stap gezet in de richting van een integrale indicatiestelling ten behoeve van de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) en de Verzorging en verpleging uit de AWBZ.

De komende tijd zullen landelijk vastgestelde wijzigingen in de indicatiestelling worden doorgevoerd, wat gevolgen heeft voor de organisatie en automatisering. De veranderingen betreffen de invoering van het persoonsgebonden budget nieuwe stijl, de functiegerichte indicatiestelling en daarnaast uitbreiding en integratie van de indicatiestellingen voor de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Met dit laatste wordt het indiceren voor Langdurig zorgafhankelijken (LZA) bedoeld. Dit zijn GGZ-cliënten met een te voorziene behandelduur van twee jaar of langer. Vanaf 2003 moet deze integratie worden doorgevoerd.

De introductie van het functiegerichte indiceren en het persoonsgebonden budget zal in de toekomst een nog breder aanbod vragen van zorg, los van specifieke lokaties of instellingen. Alle regelingen, voorzieningen en consequenties moeten ook ruimschoots bij de zorgvragers bekend zijn, wil men er goed gebruik van kunnen maken. De informatie is nog niet voor iedereen in heldere vorm beschikbaar en wordt nu verstrekt door verschillende loketten naast elkaar. De noodzaak om vaker te werken via één informatie loket, al dan niet ondersteund door ICT, is evident.

2.4 Ouderen

In Den Haag wordt over de periode 2002 - 2015 een afname verwacht van het aantal bewoners van 65 jaar en ouder (OCW monitor 2002). De omvang in 2015 wordt geschat op circa 60.000 personen. Het aantal hoogbejaarden binnen deze doelgroep neemt echter toe. Bovendien is er

sprake van een concentratie in bepaalde wijken. De (landelijk geconstateerde) toename van het aantal ongezonde levensjaren bij een stijgende levensverwachting betekent bovendien een toenemend aantal ouderen met beperkingen (VTV 2002). Ook willen steeds meer mensen de lokatie kunnen kiezen waar ze de noodzakelijk zorg ontvangen (zie ook 2.3.9). Gemeente, provincie en het rijk ondersteunen deze scheiding van wonen en zorg (extramuralisering), die wel de nodige consequenties heeft voor de behoefte aan aangepaste woningen, zorg aan huis, welzijnsfuncties, aangepast vervoer e.d.

2.4.1 Geestelijke problematiek

Naarmate mensen ouder worden neemt hun behoefte aan fysieke zorg toe en hebben zij ook behoefte aan meer en betere sociale contacten. Ouderen voelen zich vaker eenzaam, ervaren hun omgeving vaker als onveilig en hebben een toenemende behoefte aan mantelzorg of het (tijdelijk) laten overnemen van de regie over hun bestaan.

Zorgondersteuning door familie, burens en kennissen (mantelzorg) is van groot belang voor de oudere in zijn of haar eigen woonomgeving, maar ook voor de instellingen. Mantelzorgers op hun beurt willen behoorlijk worden geïnformeerd en ondersteund, praktisch en emotioneel.

Den Haag kent veel ouderen afkomstig uit niet-westerse landen. Tussen 1997 en 2000 is hun aantal met meer dan eenderde toegenomen. Deze vergrijzing van de allochtone bevolking zal in de toekomst doorgaan. De verwachting is dat bij latere generaties het intercultureel proces zo ver zal zijn voortgeschreden, dat extra aandacht niet langer nodig is. De eerste generatie ouderen is echter op veel terreinen uitermate kwetsbaar. Psychische problematiek komt vaker voor, allochtone ouderen rapporteren vaker een slechte gezondheid en hebben vaker chronische aandoeningen. Door de taal en een cultuurkloof is het beroep van deze ouderen op algemene instellingen beperkt. Dit heeft negatieve gevolgen voor hun zelfredzaamheid.

2.4.2 Eenzaamheid

Eenzaamheid is een subjectief begrip. Er is sprake van eenzaamheid wanneer iemand een ongewenst (of zelfs ontoelaatbaar) gemis aan bepaalde sociale relaties ervaart. Vooral ouderen voelen zich eenzaam. Door overlijden en pensionering loopt het aantal van hun relaties vaak sterk terug, terwijl gezondheidsproblemen en geldgebrek het juist moeilijker maken relaties aan te gaan en te onderhouden. In de nota Ouderen en Eenzaamheid 'Blij(f) erbij' van 2000 werd geconstateerd dat de meeste ouderen (68%) zich niet eenzaam voelen, 28% voelt zich matig en 4% erg eenzaam. Met name na het 75ste jaar blijkt er sprake van een opvallende toename. Onderzoek in de wijk Escamp bevestigt dit. Niet alleen zelfstandig wonende ouderen zijn eenzaam, ook inwoners van verzorgingshuizen voelen zich zo.

2.4.3 Mishandeling van ouderen

Landelijk onderzoek heeft uitgewezen dat 5,5% van de zelfstandig wonende ouderen te maken heeft met enige vorm van mishandeling (lichamelijk, geestelijk, financieel of verwaarlozing). In een pilotproject van de Stichting Welzijn Scheveningen, dat in 2000 - 2001 is uitgevoerd, gaven de hulpverleners aan behoefte te hebben aan hulp bij het kunnen herkennen van mishandeling van ouderen. Ook wilden zij een duidelijke structuur om in de toekomst dergelijke situaties te kunnen melden.

2.4.4 Extramuralisering van zorg

Door de ontwikkeling van het scheiden van woon- en zorgfuncties hebben steeds meer ouderen de mogelijkheid verschillende combinaties te kiezen, die het best aansluiten bij hun persoonlijke behoefte. Voorwaarde voor het slagen van deze extramuralisering is een hechte samenwerking tussen woningcorporaties, zorg- en welzijnsinstellingen en gemeentelijke diensten. Bovendien is er nog steeds duidelijk behoefte aan woningen die zijn aangepast aan de levensloop van mensen. Dit varieert van volledig zelfstandige woningen tot woningen in woonzorgzones of bijvoorbeeld huisvesting in woongroepen. Ook de fysieke toegankelijkheid van de omgeving en het vervoer zijn van groot belang.

2.5 Sociaal kwetsbaren

De groep sociaal kwetsbaren bestaat uit verschillende groepen burgers, die gemeen hebben dat ze in sociaal isolement leven, meerdere problemen tegelijk het hoofd moeten bieden en veelal onvoldoende zelfredzaam zijn. Landelijk gebruikt men ook wel de term ‘verkom-merden en verloederden’. Naast een onzekere huisvestings situatie, verslaving aan drugs en/of alcohol is er veelal ook sprake van psychische problematiek. Deze doelgroep is moeilijk te onderzoeken, maar dankzij o.a. het onderzoek van het Trimbos-instituut van 2001 en de onderzoeken van de commissie MORE bestaat een goed beeld van de situatie in Den Haag. Deze groep maakt veelal geen gebruik van beschikbare voorzieningen en is daardoor zeer moeilijk bereikbaar. Naast het verlenen van zorg is er toenemende aandacht voor het beperken van overlast, die door deze groep veroorzaakt kan worden.

Oplossingen vereisen vaak individueel (ziekte)inzicht en (aangepast) gedrag binnen een bepaalde structuur, die juist voor deze groep ontbreekt of moeilijk is te realiseren.

2.5.1 Toegang tot zorg

Er bestaat in Den Haag een groot aanbod aan instellingen voor maatschappelijke opvang, (geestelijke) gezondheidszorg en verslavingszorg. Gelukkig kennen wij in Den Haag sinds enkele jaren één instelling voor GGZ en verslavingszorg - Parnassia -, hetgeen veel voordelen oplevert in vergelijking met andere grote steden.

Het aanbod van de maatschappelijke opvang is echter nog niet voldoende op elkaar afgestemd. Instroom, doorstroom en uitstroom van cliënten zijn nog onvoldoende. Voor mensen met multiproblematiek zijn er te weinig opvangmogelijkheden, met als gevolg dat een deel van de doelgroep niet de zorg krijgt die men nodig heeft. Deze problematiek is landelijk momenteel onderwerp van een interdepartementaal beleidsonderzoek.

Voor een deel van de doelgroep is naast vraaggerichte steun, extra inspanning nodig om de cliënt te bereiken. Voor de groep ‘zorgwekkende zorgmijders’ moeten zelfs vormen van ‘bemoeizorg’ worden ontwikkeld. De integratie van cliënten met een geschatte behandelduur van meer dan twee jaar, de zogeheten langdurig zorgafhankelijken (LZA cliënten) in de indicatiestelling van het SIO (Stichting indicatie orgaan) biedt hier nieuwe mogelijkheden. Het experiment met heroïneverstrekking aan langdurig verslaafden is inhoudelijk geslaagd. Naar verwachting zal het rijk in 2005 een definitief besluit nemen over verstrekking van heroïne op medisch voorschrift.

De afgelopen periode is het voorzieningenaanbod aanmerkelijk uitgebreid met een huisartsenspreekuur, tandartsenspreekuur, AMW, pastoraat en extra schuldhulpverlening voor daklozen.

Door het restrictievere beleid ten aanzien van illegalen is er een toenemende druk van deze groep op bestaande voorzieningen voor maatschappelijke opvang ontstaan.

2.5.2 Opvang (psychiatrie, maatschappelijke opvang, detentie)

Uit de monitor Sociaal Kwetsbaren - uit het Trimbos-onderzoek - wordt duidelijk dat er in de maatschappelijke opvang de afgelopen jaren sprake is van een toename van het aantal cliënten met psychiatrische problematiek. Het Leger des Heils signaleert daarnaast een toename van het aandeel illegalen, vrouwen en jongeren.

STIOM, Algemeen Maatschappelijk Werk en GGZ houden zich bezig met de GGZ-problematiek bij allochtonen. Voortdurende aandacht blijft echter nodig omdat met name de kennis van geestelijke problematiek bij allochtonen onder zorgverleners veelal beperkt is (zie ook 2.3.8).

Vermaatschappelijking van de zorg voor de doelgroep sociaal kwetsbaren hangt af van de aanwezigheid en onderlinge afstemming van zorg, huisvesting, dagbesteding en werk. Op deze terreinen moet nog veel gebeuren, in het bijzonder voor wat betreft het tot stand brengen van dagbestedingsprojecten.

Er wordt een toenemend beroep gedaan op het GGD-Vangnet Zorg en Advies. De vraag vanuit zorgvragers, politie en burgers beperkt zich niet tot de openingstijden van het Vangnet. De huidige mogelijkheden voor 24-uurdienst via o.a. Parnassia zijn niet voor alle typen cliënten even geschikt.

2.5.3 Prostitutie

Er zijn aanwijzingen vanuit deskundigen in het veld dat prostituées in de tippelzone aan de Waldorpstraat minder aan safe sex doen. Met de toename van het aantal illegale vrouwen lijkt het onveilig seksueel gedrag toe te nemen. Het bereik van de illegale vrouwen voor SOA-consulten bij de medische spreekuren is te beperkt.

Uit het Trimbos-onderzoek onder daklozen (Trimbos 2001) is bovendien gebleken dat illegale vrouwen door de specifieke combinatie van hun problemen, een extra kwetsbare groep vormen. Zo zijn ze veelal actief in de prostitutie, waardoor ze relatief vaak slachtoffer zijn van diverse vormen van geweld. Ook lijden ze meer aan depressies en ervaren ze een lagere levenskwaliteit dan hun mannelijke lotgenoten. Zoals bekend achten wij uitbuiting van deze vrouwen bijzonder verwerpelijk. Bestrijding ervan heeft hoge prioriteit. Deze bestrijding mag er echter nooit toe leiden dat de vrouwen nog verder in de illegaliteit verdwijnen en onbereikbaar worden voor onze zorg- en hulpverlening.

2.5.4 Hygiënische probleemsituaties

Het aantal hygiënische probleemsituaties dat bij de GGD-coördinator wordt aangemeld, lijkt te stabiliseren. In 2002 werden bijna 180 gevallen aangemeld. In de helft van de gevallen ging het om personen van 60 jaar en ouder met een combinatie van psychische, alcohol- en lichamelijke problemen.

3. Waar gaat de gemeente Den Haag over?

De gemeente heeft een aantal mogelijkheden om de burgers actief bij te staan in het zelfstandig invulling geven aan een gezond leven. Deze komen deels voort uit de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV), Infectieziektenwet, Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (WGHOR), de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) en de Welzijnswet (subsidiering van vrouwen noodopvang, de maatschappelijke opvang en verslavingszorg). In een aantal gevallen bestaat er geen wettelijke verantwoordelijkheid, maar is sprake van een politiek-maatschappelijke verantwoordelijkheid, bijvoorbeeld voor toegankelijkheid, bereikbaarheid en continuïteit van de gezondheidszorg in de stad.

Om als gemeente de noodzakelijke regie te kunnen voeren staat een aantal instrumenten tot haar beschikking: de rol van 'makelaar', het subsidiëren van instellingen en projecten, en uitvoering via het eigen gemeentelijk apparaat. Centraal bij dit laatste staan de uitvoerings-activiteiten van de Haagse GGD, als dienst voor openbare en preventieve gezondheidszorg.

3.1 Wettelijke taken van de gemeente

Centraal staat de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV), die in 2002 op een aantal punten is gewijzigd. De wijzigingen betreffen vooral de gemeentelijke verantwoordelijkheid op het gebied van integrale jeugdgezondheidszorg, infectieziektenbestrijding en de afstemming tussen preventie en curatie.

3.1.1 Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV)

De collectieve preventie richt zich op bewaking, bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking en van specifieke groepen; hieronder valt ook het voorkomen en vroegtijdig opsporen van ziekten. Ook dient de gemeente zorg te dragen voor continuïteit, samenhang en afstemming binnen de collectieve preventie zelf en met de curatieve gezondheidszorg. Activiteiten op het terrein van de gezondheidspreventie worden daarbij afgestemd met andere beleidsterreinen: facetbeleid. Ter verwezenlijking van deze wettelijke opdracht, geeft de gemeente in ieder geval uitvoering aan:

- S verkrijgen van inzicht in de lokale gezondheidssituatie op basis van epidemiologische analyse (monitoring) en op landelijk gelijkvormige wijze.
- S bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen
- S opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, inclusief Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding
- S bevorderen van medisch milieukundige zorg
- S bevorderen van technische hygiënezorg
- S bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg
- S uitvoeren van infectieziektenbestrijding, in ieder geval: de algemene infectieziekten bestrijding, de bestrijding van SOA/Aids en de tuberculosebestrijding
- S adviseren door GGD bij voorgenomen besluiten die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie (facetbeleid)

- S preventieve jeugdgezondheidszorg, in ieder geval: systematisch volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren

De bestaande WCPV is op 9 april 2002 gewijzigd, met als belangrijkste wijzigingen:

- S De vaststelling van het landelijk geformuleerde basistakenpakket dat de gemeente voor haar burgers dient te verrichten, waaronder: bevorderingstaken, medische milieukunde, technische hygiënezorg, openbare geestelijke gezondheidszorg, infectieziektenbestrijding en jeugdgezondheidszorg.
- S Eens in de vier jaar dient een nota gezondheidsbeleid te worden uitgebracht.
- S Verankering van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg.
- S Formulering van een aantal taken op Rijksniveau. Zo moet er eens in de vier jaar een landelijke nota gezondheidsbeleid verschijnen en draagt de minister van VWS er zorg voor dat er voldoende epidemiologische gegevens beschikbaar komen over de gezondheidssituatie van de bevolking.

Het toezicht op de uitvoering van de WCPV is in de gewijzigde wet neergelegd bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

De Haagse GGD voldoet aan de criteria van de nieuwe WCPV.

Hieronder enkele belangrijke ontwikkelingen die De Haagse GGD op dit moment doormaakt.

Kennisfunctie

Het streven is de opleiding- en onderzoeksfunctie van de GGD te versterken. De verschillende onderdelen beschikken over specifieke kennis die meer beschikbaar zou moeten komen voor zorgverleners en burgers in de regio Den Haag. In dit kader wordt de raadsnotie uitgewerkt om te komen tot een 'Kenniscentrum zorg en migranten'.

Daarnaast vult de GGD als opleidingsinstelling 'Community medicine' samen met collega-GGD'en een deel in van de specialistenopleiding openbare gezondheidszorg voor sociaal-geneeskundigen

Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ)

OGGZ omvat alle geestelijke gezondheidszorg die niet naar aanleiding van een individuele hulpvraag wordt uitgevoerd. OGGZ betreft met name de zorg voor cliënten die daar niet naar vragen, maar die wel dringend zorg nodig hebben, zoals de zogeheten zorgwekkende zorgmijders en hygiënische probleemgevallen.

De gemeente beschouwt het als haar taak om voor burgers die tussen wal en schip dreigen te raken een aantal voorzieningen te regelen. De voorzieningen zijn deels ondergebracht in het Vangnet Zorg en Advies. Voor deze doelgroep bestaat er een actief aanbod van zorg (outreaching, 'bemoeizorg'), aangezien de mensen zelf de reguliere zorg niet opzoeken.

Het Vangnet Zorg en Advies is in 2001 gestart als stedelijk advies- en meldpunt van de GGD voor verwaarlozing en overlast. Het spuitomruilteam, casemanagers verslaving, het meldpunt voor hygiënische probleemsituaties en het signaleringsoverleg maken deel uit van het Vangnet. Met het in 2002 ingevoerde cliëntregistratiesysteem wordt deze dienstverlening verder verbeterd en komt er veel extra beleidsinformatie beschikbaar.

Voorlichting en preventie

De afdeling Gezondheids Voorlichting en Opvoeding (GVO) ontplooit een groot aantal voorlichtingsactiviteiten, zoals groepsvoorlichtingen, opvoedingscursussen en tieneroudercursussen ten behoeve van scholen en zelforganisaties. Een aansprekend voorbeeld is het Haagse groeiboekje, het zogeheten ‘groene boekje’ dat alle Nederlandse moeders ontvangen bij de geboorte van hun kind.

De voorlichters in eigen taal en cultuur spelen hierbij een belangrijke rol als het gaat om allochtone Hagenaars. Het streven is de komende jaren meer VETC’ers in te zetten, evenals meer allochtone zorgconsulenten.

Preventieve Jeugdgezondheidszorg

De jeugdgezondheidszorg bevordert, bewaakt en beschermt de lichamelijke en geestelijke gezondheid en ontwikkeling van de Nederlandse jeugd. Tot nu toe werd de jeugdgezondheidszorg in Nederland vanuit twee hoeken beheerd: via de thuiszorginstellingen, die ouder- en kindzorg (waaronder consultatiebureaus) voor 0-4 jarigen verzorgen, en via de GGD'en die de jeugdgezondheidszorg voor 4-19 jarigen uitvoeren.

Met ingang van 1 januari 2003 is deze situatie gewijzigd. De WCPV stelt nu de gemeente verantwoordelijk voor de uitvoering van integrale jeugdgezondheidszorg voor 0-19 jarigen (dus *inclusief* de groep 0-4 jaar). Onder gemeentelijke regie werken de uitvoerende organisaties (Thuiszorg en Jeugdgezondheidszorg GGD) aan de realisatie van een *wettelijk basistakenpakket*. Onderdeel daarvan is een zogeheten *maatwerkpakket*, dat de gemeente toevoegt op basis van de lokale gezondheidssituatie van de jeugd.

3.1.2 Infectieziektenwet

De gemeente is via de WCPV verantwoordelijk voor de uitvoering van de infectieziektenbestrijding, waaronder in ieder geval bestrijding van SOA en Aids en de TBC-bestrijding. Op grond van de Infectieziektenwet heeft de burgemeester specifieke verantwoordelijkheden en bevoegdheden bij de opsporing en bestrijding van in de wet genoemde infectieziekten. De zorginstellingen, maar ook instellingen zoals scholen, dienen melding te maken van het voorkomen van bepaalde infectieziekten. Hierdoor kunnen adequate maatregelen worden genomen om verspreiding van infectieziekten te voorkomen en de volksgezondheid te beschermen. De GGD heeft hierin een belangrijke wettelijk vastgelegde rol.

Voor de TBC-bestrijding wordt vanuit de GGD Den Haag ook inzet geleverd ten behoeve van de regio. De GGD verzorgt reizigersvaccinatie en heeft een aantal laagdrempelige voorzieningen ten behoeve van de bestrijding van TBC, SOA/Aids. Daarnaast zijn er aparte eerstelijnsprekuren voor specifieke doelgroepen, zoals de medische spreekuren voor prostituées en het tandartssprekuren voor daklozen.

Op basis van de ervaring met de meningokokkenvaccinatie en andere acties is duidelijk geworden dat het voor de stad belangrijk is te kunnen beschikken over een snel en flexibel op te tuigen organisatie.

Gezien de enorme maatschappelijke impact die massavaccinatie in het kader van bioterrorisme zou kunnen hebben, is het van belang dat dit vanuit de rampenbestrijdingsorganisatie regionaal wordt aangepakt. Hierbij wordt door de GGD nauw samengewerkt met de GHOR en de andere hulpverleningsdiensten in de regio.

3.1.3 Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR)

Tot 2001 was de GGD ambtelijk verantwoordelijk voor de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR), waarbij onze directeur Volksgezondheid belast was met de uitvoering. In de voor 2003 aangekondigde Wet GHOR is deze verantwoordelijkheid verschoven naar het GHOR-bestuur. De regionaal geneeskundig commandant (RGC) is belast met de zorg voor het samenhangend functioneren van zorginstellingen binnen de totale keten van geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Dit onverlet de eigen verantwoordelijkheid van de burgemeester voor het geheel van de rampenbestrijding. Het bestuur van de GHOR maakt hiertoe afspraken met de relevante zorginstellingen. De GGD is daarbij één van de zorginstellingen en wordt hier aangesproken op haar verantwoordelijkheid op het gebied van de preventieve gezondheidszorg en de medische milieukunde. Daarnaast heeft de Ambulancedienst van de GGD Den Haag een verantwoordelijkheid om uitgaande van de reguliere inzet bij de spoedeisende medische hulpverlening, te kunnen opschalen bij grootschalige incidenten en rampen.

Als zorginstelling maakt de GGD met de GHOR afspraken op het gebied van preventieve volksgezondheid en medische milieukunde, onder meer ten aanzien van de voorbereiding op grootschalige inzet, de daarbij te leveren capaciteit en faciliteiten en de operationele organisatie. De GGD kan dus zowel binnen de eigen verantwoordelijkheden grootschalig optreden (met name bij infectieziektenbestrijding) als binnen de structuur van de GHOR. Door het specifieke karakter van Den Haag als regeringsstad moet de GGD regelmatig adviseren over de gang van zaken bij grootschalige evenementen en de voorbereiding daarop.

3.1.4 Overige relevante regelgeving

Zorgindicatiebesluit

Via het Zorgindicatiebesluit is de gemeente verantwoordelijk voor het instandhouden van een indicatieorgaan ten behoeve van de indicatiestellingen Verzorging en Verpleging. In Den Haag wordt dit uitgevoerd door het SIO (Stichting indicatie orgaan). De indicatiestelling omvat in Den Haag die voor AWBZ-gefinancierde zorg, aanleunwoningen en voorzieningen in verband met de WVG. Inmiddels is ook de indicatiestelling voor de GGZ (LZA cliënten) en gehandicapten wettelijk ondergebracht bij de RIO's (Regionale indicatie organen).

Wet ambulancevervoer

De gemeente is verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van ambulancevervoer en - in samenwerking met andere gemeenten - voor het instandhouden van een centrale post ambulancevervoer (CPA). Hierin past de ontwikkeling om landelijk te komen tot regionale ambulancevoorzieningen, waarin ambulancediensten en CPA per regio worden georganiseerd. De vorming van een regionale ambulancevoorziening en de daarmee samenhangende financiering zijn op dit moment onderwerp van discussie, evenals de landelijke vaststelling van maximale aanrijtijden en overschrijdingspercentages.

Landelijke ontwikkelingen met betrekking tot RAV-vorming (Regionale ambulancevoorziening) en het ambulancevervoer hebben grote gevolgen voor de dienstverlening in gemeente en regio. Dit laatste is onlangs gebleken bij de presentatie van een RIVM-onderzoek naar mogelijke wijzigingen in de spreiding en paraatheid van de ambulances in Nederland. Via de gemeentelijke ambulancedienst is Den Haag hierbij nauw betrokken. Dankzij een eigen ambulancedienst is ook de Spoedeisende medische hulpverlening (SMH) altijd gegarandeerd, zowel binnen de gewone zorgverlening als ook opgeschaald bij grootschalige calamiteiten. Voor Den Haag als internationale stad met zijn specifieke gevoelige objecten is dit van een niet te onderschatten belang.

Wet voorzieningen gehandicapten (WVG)

De uitvoering van de Wet voorzieningen gehandicapten omvat de verstrekking van voorzieningen op het gebied van woon- en vervoersvoorzieningen, hulpmiddelen en rolstoelen ten behoeve van mensen met een beperking.

Welzijnswet

Via de Welzijnswet is Den Haag als centrumgemeente verantwoordelijk voor de ambulante verslavingszorg en maatschappelijke opvang (inclusief de vrouwenopvang) in de gezondheidsregio. Dit betekent dat Den Haag van rijkswege middelen ontvangt om de benodigde voorzieningen te organiseren c.q. in stand te houden. Op deze wijze subsidiëren wij onder andere:

- S de ambulante verslavingszorg (Parnassia, methadonverstrekking);
- S het ouderenwerk (maaltijdverstrekking, telefooncirkels, sociëteiten, adviseurs en consultants, boodschappenbegeleiding, mantelzorg);
- S maatschappelijke dienstverlening (telefonische hulp, Algemeen maatschappelijk werk, buddyzorg, FIOM);
- S volksgezondheid (STIOM, RPCP);
- S maatschappelijke opvang (Leger des Heils, Kessler, Adena, Limor, Pepita van Rijn, Zoetermeer);

Door al dan niet te subsidiëren en richting te geven aan de inhoud van de werkprogramma's van deze instellingen geven wij sturing aan het voorzieningenpakket in de stad.

In het verlengde hiervan bestaat bij de gemeente de ambitie om de middelen die in het kader van de extramuralisatie van de AWBZ ter beschikking komen, gericht te kunnen inzetten.

3.2 Algemene publieke taken

De gemeente heeft ook algemene publieke taken. Dit zijn taken waarvoor de gemeente zich verantwoordelijk voelt en waar zij veelal door de burgers ook verantwoordelijk voor wordt gehouden, maar waarvoor geen duidelijk omschreven verantwoordelijkheden, bevoegdheden taken en financiering zijn vastgesteld. Op basis van haar publieke verantwoordelijkheden wordt de gemeente echter wel aangesproken op knelpunten op bepaalde gebieden.

3.2.1 Eerstelijnszorg

De verantwoordelijkheid voor een adequaat aanbod in de eerstelijnszorg is verdeeld over een aantal partijen en is niet primair een taak van de gemeente. De gemeente voelt het echter als haar verantwoordelijkheid dat de burger kan terugvallen op een goede eerstelijnszorg. Momenteel heeft 1% van de Hagenaars tussen 16 en 75 jaar geen huisarts. Door vertrek of praktijkbeëindiging en het uitblijven van voldoende nieuwe huisartsen dreigt bij gelijkblijvende omstandigheden binnen vijf jaar 20% van de Hagenaars zonder huisarts te komen. Een vergelijkbare situatie geldt voor andere werkers in gezondheidszorg (verloskundigen, tandartsen, verpleegkundigen, specialisten). Eerder hebben wij de ziektekostenverzekeraars al op hun verantwoordelijkheid in deze gewezen om voldoende adequate zorg in de stad te organiseren. De Haagse verzekeraars, Nuts/OHRA en AZIVO, zijn naar onze mening goed aanspreekbaar en werken voluit aan het op peil houden van het voorzieningenniveau.

3.2.2 Huiselijk geweld

In de landelijke nota 'Privégeweld, publieke zaak' heeft het kabinet duidelijk gemaakt dat ook bestrijding van geweld in de privésfeer tot de verantwoordelijkheid van de overheid behoort. De gemeente heeft hierin een regierol toebedeeld gekregen. Dit betekent het formuleren van een eigen aanpak en het opzetten van samenwerkingsverbanden tussen instellingen.

In de maatschappelijke en politieke discussie over veiligheid van burgers ligt een opdracht voor de sector Volksgezondheid om nadrukkelijker haar bijdrage te leveren aan het veiligheidsbeleid. Met name sinds het verschijnen van de kabinetsnota 'Privé geweld-publieke zaak' (april 2002) bestaat voor de aanpak van huiselijk geweld landelijk veel aandacht. Een substantiële afname van het geweld in onze samenleving kan alleen gerealiseerd worden als geweld in de privésfeer krachtig wordt aangepakt. De aanpak van huiselijk geweld wordt daarbij gezien als een onderdeel van het volksgezondheidsbeleid (OGGZ) waarin het signaleren en doorbreken van het geweldspatroon centraal staat. Hiervoor is een ketenaanpak van interventies nodig, die begint bij preventie en via melding, hulpverlening, opvang, behandeling en nazorg eindigt bij stoppen van het geweld.

3.2.3 Het laatste vangnet

In Den Haag zijn ondanks het uitgebreide pakket aan voorzieningen altijd burgers die door de mazen van het zorgnet heen glippen. We kennen ze allemaal uit het straatbeeld. Dak- en thuislozen, chronisch psychiatrische patiënten, vereenzaamden, verloederden, vervuilden. Een grote stad als den Haag heeft een fors aantal van deze uiterst kwetsbare burgers die vaak door hun omstandigheden niet openstaan voor hulp.

De gemeente Den Haag is van mening dat juist deze burgers aandacht verdienen. Ze hebben al te vaak een afwijzing moeten ontvangen. De gemeente acht het haar publieke taak voor deze uiterst kwetsbare burgers een vangnet te organiseren bestaande uit zorg, begeleiding en hulp.

3.2.4 Afstemming preventie en curatie

Afstemming van de collectief preventieve taken met de curatieve gezondheidszorg is één van de verantwoordelijkheden die in de WCPV aan de gemeente zijn toebedeeld. De nadruk ligt duidelijk op preventieve taken. Via GVO is de gemeente intensief betrokken bij voorlichting op een groot aantal gebieden, die deels ook expliciet wettelijk zijn vastgelegd.

Met de curatieve gezondheidszorg vindt afstemming plaats in het kader van de regiovisie (Van Cure naar Care). Daarnaast is er veel aandacht voor de relatie van de burger met de eerstelijnszorg en voor de relatie van de eerstelijns met andere gezondheidswerkers. In het in Den Haag lopende 'proeftuinproject' wordt vanuit die visie geëxperimenteerd met versterking van de eerstelijns door inbreng vanuit andere disciplines en door een nauwe aansluiting van zorg en welzijn.

3.2.5 Nieuwe samenwerkingsvormen

Nieuwe samenwerkingsvormen volgen uit deze door het ministerie erkende Haagse 'proeftuinprojecten' met onder andere de ondersteuning van de eerstelijns door tweedelijns GGZ-werkers, het inschakelen van allochtone vertrouwenspersonen (Nieuwe sporen), en de aanpak van psychosociale problematiek onder allochtone jongeren (Aan de grenzen). Vanwege de landelijke betekenis van de proeftuinprojecten, worden deze voor een belangrijke deel medegefinancierd door externe instanties, zoals het ministerie van VWS en de CVZ. Bij de uitvoering van de projecten heeft STIOM een belangrijk aandeel. Projectleiders van STIOM werken in de stadsdelen Centrum, Segbroek, Laak en Escamp. STIOM stelt zich tot doel de gezondheidszorg in deze achterstandsgebieden zo te organiseren dat zij beter toegerust is voor de problemen waarmee men wordt geconfronteerd.

Daarnaast speelt STIOM als onafhankelijke organisatie een eigen rol in de opbouw van vernieuwingsprojecten in de wijken, op het snijvlak van zorg en welzijn. Hulp- en dienstverleners uit diverse disciplines en sectoren worden door STIOM bijeengebracht voor het signaleren en oplossen van gemeenschappelijke problemen. Dit leidt tot allerlei vernieuwende initiatieven in de verschillende stadsdelen. Recente voorbeelden zijn 'Bewegen op recept', 'Oneigenlijke vragen aan de huisarts' en 'Medicijngebruik tijdens de ramadan'.

Daarnaast zijn in de stad talrijke andere samenwerkingsverbanden actief gericht op innovatie, afstemming en verbetering van de zorg en dienstverlening voor de Haagse burgers. Een belangrijk voortrekkers rol vervult hierbij de stichting Transmuraal Den Haag. Deze stichting entameert projecten tussen instellingen gericht op het verbeteren van de zorg tussen eerste en tweedelijns. Deze projecten richten zich bijvoorbeeld op Palliatieve zorg, farmacotherapie bij ouderen, de CVZ-zorgketen, Stomazorg, Reuma

3.2.6 Convenanten

In de eerstelijnszorg is in 2001 een convenant gesloten met de Regionale huisartsen vereniging (RHV), teneinde de knelpunten in behoud en vestiging van huisartsen op te lossen. Ook met verloskundigen wil de gemeente een dergelijk convenant afsluiten.

3.2.7 Regiovisies

In de huidige vijf regiovisies (GGZ, Gehandicapten, Verzorging en Verpleging & Ouderen, Jeugd, Van Cure naar Care) werkt de gemeente samen met provincie en regiogemeenten om de inmiddels vastgestelde regionale beleidsvisies uit te werken in gezamenlijke projecten, gericht op de oplossing van gesignaleerde knelpunten.

4. Beleid in concrete acties

Als we kijken - zoals in hoofdstuk 2 - naar de gezondheid van de Haagse bevolking, en naar het inzicht dat er bestaat in allerlei factoren die bepalend zijn voor de gezondheidssituatie, dan is duidelijk dat het lokaal gezondheidsbeleid maatregelen moet stimuleren die de problemen daadwerkelijk aanpakken. Uitgaande van de eerder gedefinieerde vijf specifieke groepen in de Haagse samenleving worden in dit hoofdstuk concrete acties benoemd om dit te realiseren.

4.1 Sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV)

Wij willen in vijf gebieden een aanpak starten gericht op het terugdringen van gezondheidsverschillen. Dit vereist een *integrale* en *gebiedsgerichte* aanpak die herkenbaar en merkbaar is voor de bewoners van de actiewijken. De aanpak is breder dan alleen het volksgezondheidsbeleid. Dit betekent dat er niet alleen relaties liggen met andere beleids-terreinen o.a. onderwijs, sport, openbare orde, stadsbeheer, werk en inkomen, maar ook met externe partijen zoals instellingen en hulpverleners.

Het actieprogramma richt zich op het aanpakken van de gezondheidsachterstanden van inwoners van de wijken Transvaal, Schildersbuurt, Regentesse-/Valkenboskwartier, Bouwlust/Vrederust, Moerwijk/Morgenstond en Laak-Noord. Om deze gemeentebrede doelstelling te realiseren is een mix van inspanningen nodig op een aantal terreinen:

- C *Gezonde leefsituatie*: Onder een gezonde leefsituatie wordt verstaan een persoonlijke situatie (opleiding, arbeid en inkomen) en een leefomgeving die de kansen op een zo gezond mogelijk leven voor iedere Haagse burger vergroten. Het streven naar een gezonde leefsituatie in de actiewijken gaat daarmee gelijk op met inspanningen op terreinen van sociaal-economische versterking, leefbaarheid, veiligheid, duurzaamheid, herstructurering etc. In het kader van dit gemeentelijk actieprogramma brengt de dienst OCW haar expertise op het terrein van gezondheidsbeleid en beïnvloeding van de determinanten van gezondheid in bij de gemeentelijke kerndiensten (OCW, DSO, DSZW, DSB). Via gerichte advisering en ondersteuning wordt de samenwerking op het 'facet gezondheid' in gemeentelijke beleidsontwikkeling en uitvoeringsprogramma's versterkt. Hiervoor wordt een gemeentelijke stuurgroep ingericht die direct aan het GMT rapporteert.
- C *Gezonde leefstijl*: Met gezonde leefstijl wordt veelal verwezen naar individueel gedrag van mensen ten aanzien van de zogenoemde BRAVO-factoren - Beweging, Roken, Alcohol, Voeding en Ontspanning. Hieraan wordt via preventieve programma's (GGD Den Haag en andere uitvoerende instellingen zoals Parnassia, Thuiszorg, Welzijnswerk etc.) al voor een belangrijk deel uitvoering gegeven. Juist voor achterstandsgroepen geldt dat naast het geven van voorlichting over gezonde leefstijl, vooral gekeken moet worden naar het wegnemen van de belemmerende (structurele) omgevingsfactoren ('make the healthy choice the most easy choice'). Dit kan bijvoorbeeld bestaan uit cursussen in supermarkten waar burgers met een kleine portemonnaie wordt bijgebracht dat gezond eten ook goedkoop kan zijn. In het kader van dit actieprogramma worden de huidige preventie-activiteiten in de actiewijken

- afgestemd op elkaar en op de behoeften van de wijkbewoners. Aanvullend ontwikkelt de dienst OCW beleid voor de aanpak van belemmerende omgevingsfactoren.
- C *Versterking kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg:* Bij versterking van de kwaliteit van de eerstelijnsgezondheidszorg gaat het vooral om een goede afstemming van de inrichting van het eerstelijnsaanbod op de feitelijke behoeften van bewoners (en van de hulp- en dienstverleners) in achterstandswijken. Juist voor achterstandsgroepen is het van belang dat de eerstelijnsgezondheidszorg laagdrempelig is en dat de zorg inzicht heeft in de specifieke gezondheidsproblemen van deze groepen (denk met name aan allochtonen). In het kader van dit actieprogramma zoeken wij naar synergie op wijkniveau in het eerstelijnsgezondheidszorgaanbod en naar versterking van de brug tussen bewoners uit achterstandswijken en de eerstelijnszorg die daar wordt aangeboden (o.a. door interculturalisatie).

Aanpak

In het actieprogramma 'Gezondheidsachterstand moet wijken' is gekozen voor een dialoog met de burgers en instellingen in de actie-wijken. De opzet van deze dialoog sluit aan bij de huidige organisatie en werkwijze van de stadsdelen (afstemming met de stadsdeelcoördinator en stadsdeel MT's). Specifiek voor het thema gezondheidsachterstand wordt aanvullende inbreng uit de wijk gemobiliseerd, samen met de organisaties STIOM en BOOG. Als voorbereiding op de dialoog met de betreffende wijken is in de periode september 2002 tot en met februari 2003 de aanwezige algemene informatie en expertise over de gezondheidssituatie van de Haagse inwoners geïnventariseerd, die beschikbaar is bij de dienst OCW (Gezondheidsmonitor, Jeugdmonitor, Leefbaarheidsmonitor en ook ervaringen van medewerkers van OCW uit de openbare gezondheidszorg en het wijkgerichte werk) en bij het netwerk van STIOM.

De gezondheidsproblemen in de genoemde wijken komen overeen met de meest voorkomende ziekten en sterfteoorzaken op landelijk niveau (hart- en vaatziekten, longkanker, psychosociale problematiek, gedrags- en ontwikkelingsstoornissen en ongevallen). De concrete aanknopingspunten om deze gezondheidsproblemen op lange termijn te voorkomen, liggen op het niveau van het aanpakken van oorzaken ('determinanten'), zoals ongezonde voeding, onvoldoende actuele informatie over gezondheid en zorg in de wijk, onvoldoende afstemming en ondersteuning van de eerstelijnszorg, lage inkomens, slechte behuizing, etc. Het is van essentieel belang dat de actieplannen aansluiten bij oorzaken waaraan bewoners uit de achterstandswijken zelf prioriteit toekennen, en die in het kader van de drie actiegebieden van dit programma (leefomgeving, leefstijl en eerstelijnszorg) beïnvloedbaar zijn.

Verder wordt voor de organisatie en werkwijze van dit actieprogramma zoveel mogelijk aangehaakt bij het Haagse grotestedenbeleid (integrale en programmatische aanpak, monitoring) en de totstandkoming van de stadsdeelplannen (afstemmen op geconstateerde prioriteiten en aanvullen met extra acties vanuit dit programma).

Voor de evaluatie van het actieprogramma (actiebegeleidend onderzoek) hebben de gemeente en de Universiteit van Amsterdam (AMC) gezamenlijk een subsidie aangevraagd van **i** 360.000 bij ZorgOnderzoek Nederland (Zon/Mw).

Activiteiten:

- C Opstellen van een actieplan voor ieder van de geselecteerde gebieden waarin de eigen specifieke gezondheidsproblemen van de wijk centraal staan.
- C Actieplannen uitwerken in concrete maatregelen met te evalueren procesdoelen en waar mogelijk ook op het niveau van gezondheidswinst.
- C Instellen van een gemeentelijk stuurgroep voor een continue facetbenadering gericht op het verbeteren van de leefomgeving ter bevordering van de gezondheid.

- C Opzetten van een wijkgericht informatiesysteem voor gezondheid en zorg (ZorgInformatiePunt, ZIP).
- C De eerste lijn als basisvoorziening met centra voor gezondheid en welzijn.

4.2 Jeugd

4.2.1. Jeugdgezondheidszorg

Er is een projectgroep actief, waarin vertegenwoordigers participeren uit het gemeentelijk jeugdbeleid, het beleid voor 0-6 jarigen, de Jeugdgezondheidszorg GGD en de Thuiszorg (JGZ 0-4 jaar). Dit moet leiden tot een vernieuwde vorm van het aanbod (uniform pakket en maatwerkpakket). Dit omvat ook de inbedding van de integrale jeugdgezondheidszorg in het lokale jeugdbeleid van de gemeente Den Haag.

Op dit moment staan inhoud en omvang van het basistakenpakket landelijk nog niet volledig vast. Naar verwachting vindt besluitvorming hierover in het derde kwartaal 2003 plaats. Omdat de gemeente wettelijk gezien vanaf 1 januari 2003 als verantwoordelijk regisseur de *continuïteit* van de hele jeugdgezondheidszorg (dus inclusief die van de 0-4 jarigen) waarborgt, zijn in december 2002 met de drie betrokken thuiszorginstellingen die in het werkgebied van de gemeente Den Haag de 0-4 jarigen jeugdgezondheidszorg leveren, afspraken gemaakt over de continuïteit van de huidige dienstverlening. Hierbij is 2003 een overgangsjaar. Vanaf 2004 wordt de beoogde integratie ook in concrete activiteiten vertaald.

Activiteiten:

- C Gemeentelijke nota integrale JGZ met aansluiting op het gemeentelijk jeugdbeleid.
- C Concreet activiteitenoverzicht waarbij het basistakenpakket JGZ zowel voor het uniforme deel als ook voor het maatwerkdeel wijkgericht wordt uitgewerkt.
- C Opzetten van de noodzakelijke samenwerkingsstructuur 0-4 en 4-19 jaar JGZ.
- C Eenduidig registratiesysteem voor de gehele doelgroep en integrale invoering van het elektronisch medisch dossier.

4.2.2 Genotmiddelengebruik

Met name het roken onder jongeren maar ook het gebruik van andere ongezonde genotmiddelen door jongeren moet worden teruggebracht. Om te voorkomen dat jongeren riskant gaan experimenteren met genotmiddelen of gokken, wordt een nieuwe aanpak ontwikkeld, gericht op jongeren tussen de 11 - 18 jaar. De Haagse jongerenraad wordt hierover om advies gevraagd. De nota waarin deze nieuwe aanpak **wordt uitgewerkt verschijnt medio 2003. Speciale aandacht krijgt de** preventie van roken. Er komt een intensieve campagne speciaal gericht op het tegengaan van roken onder Haagse jongeren.

Jongeren met meervoudige achterstandsproblematiek - op de gebieden gezin, school, werk, gezondheid en vrije tijd - zullen pro-actief worden benaderd.

Centraal in de aanpak staat de zogenaamde preventiemix: een combinatie van voorlichting, regelgeving en voorzieningen, gericht op de situatie thuis, de vrije tijd en de situatie op

school. Samenwerken met scholen - de brede buurtschool, gewone basisscholen, voortgezet onderwijs - en spijbelopvangprojecten is uiteraard belangrijk.

Gemeente en Parnassia ontwikkelen dit plan van aanpak voor de periode 2003 - 2007.

In het najaar 2003 wordt voor de zesde keer een landelijke peiling gehouden naar gokken en het gebruik van middelen onder scholieren. Den Haag neemt hierin voor de derde keer deel. Ten behoeve van toespitsing op de lokale situatie wordt de steekproef opgehoogd met een aantal klassen.

Activiteiten:

- C Er komt een intensieve campagne gericht op het tegengaan van roken onder Haagse jongeren.
- C Gericht aanbod van een meerjarig preventieprogramma voor de jongeren van 11 -18 jaar op de domeinen: school, vrije tijd en thuis.
- C Preventiemix als basis van de aanpak: voorlichting, regelgeving en voorzieningen tegelijkertijd inzetten (Nota 'Jongeren en middelengebruik').
- C De Haagse jongerenraad wordt advies gevraagd over de meest effectieve voorlichtingsstrategieën voor jongeren.
- C Deelname aan het landelijk peilstationonderzoek onder scholieren Voortgezet onderwijs, inclusief de Haagse verdiepingsmodule.
- C Verbetering afstemming aan de aanbodzijde.

4.2.3 Overgewicht (obesitas)

In overleg met het onderwijs is in 2001 het pilotproject 'Overgewicht en bewegingsarmoede' gestart, om het niveau van lichamelijke activiteit te verhogen. Ook aan de opvoedingssituatie thuis is aandacht besteed. De resultaten van de pilot zullen worden verspreid over alle scholen.

Vanaf 2003 komen er meer pilots, waarvoor acht scholen worden benaderd. In de pilots wordt voorlichting gegeven over overgewicht en de invloed daarop van leefgewoonten en leefomstandigheden zoals: sporten, overblijven, eten in kantines, beweging in de naschoolse opvang etc.

Daarnaast doet Den Haag de komende tijd mee aan het landelijke door het ministerie van VWS gefinancierde project Groenten en fruit op school.

Onderwerp van de notitie 'Kleurrijke sport in Den Haag 2003-2005' is bevordering van het sporten onder allochtone burgers. Het aanbod moet beter op hen worden afgestemd en ze moeten beter worden geïnformeerd over de positieve effecten van sportbeoefening.

Doel van het programma 'De sportieve driehoek' is via een intensievere samenwerking tussen school, sportvereniging en welzijnsinstellingen de jeugd van 6 tot 18 jaar te prikkelen tot een actievere levensstijl. Het plan van aanpak stelt voor 'sportieve driehoeken' te vormen, waarin de school, sportvereniging en welzijnsinstelling structureel samenwerken. Als eerste stap staan vier pilots gepland, vanuit respectievelijk een basisschool, een VO-school, een sportvereniging en een welzijnsorganisatie.

Activiteiten:

- C Uitbreiden van de pilots 'overgewicht en bewegingsarmoede' naar andere scholen via een wervende benadering.
- C Versterken van de samenwerking school-sportvereniging-welzijnsinstelling ter stimulering van een meer actieve en sportieve leefstijl bij jeugdigen.

4.2.4 Seksueel gedrag en relaties

In het te herziene SOA/Aids-beleid wordt de intensivering van de preventie-activiteiten gericht op drie doelgroepen, één daarvan is de jeugd. Voor jongeren in het regulier onderwijs wordt lesmateriaal ontwikkeld over SOA en seksualiteit. Ook voor studenten worden activiteiten opgezet. Extra aandacht gaat uit naar 'neveninstromers' (jongeren die minder dan vier jaar in Nederland zijn), met name jongeren afkomstig uit HIV-endemische gebieden.

Activiteit:

- C Intensiveren van de SOA/Aids preventie-activiteiten voor de gehele doelgroep, met een actieve benadering van de doelgroep op de vindplaatsen.

Jonge moeders

Onderzoek naar de specifieke oorzaken voor zwangerschappen van jonge meisjes onder de verschillende doelgroepen dient medio 2003 de noodzakelijke gegevens op te leveren over oorzaken en gevolgen van jong moederschap. Op grond van deze aanknopingspunten wordt bekeken wat er nodig is aan preventie en hulpverlening, en wordt een plan van aanpak opgesteld voor de periode 2003 - 2006. Hierbij wordt waar mogelijk aangesloten bij bestaande initiatieven op het terrein van jonge moeders, zoals die van via het JIP (Jongeren Informatie Punt) betrokken instellingen.

Activiteiten:

- C Gerichte analyse van de verschillende achtergronden van zwangerschappen van jonge meisjes en het hierop inrichten van de preventiebenadering,
- C Organiseren van hulp aan jonge moeders.

Loverboys

De problematiek rond het fenomeen 'Loverboys' wordt als absoluut onacceptabel gezien en dient met grote voortvarendheid verder te worden aangepakt. Dit vormt een belangrijk speerpunt van beleid in de bestrijding van jeugdprostitutie. Tijdens de miniconferentie van december 2002 'Loverboys, jeugdprostitutie en hulpverlening' georganiseerd door het Regionaal steunpunt seksueel geweld (RSSG), zijn de eerste stappen gezet om te komen tot een plan van aanpak. Een gerichte ketenbenadering is hierbij een vereiste, waarbij relevante dienst- en hulpverleningsinstellingen - inclusief gemeente en politie - integraal samenwerken. Deze samenwerking dient in bindende afspraken te worden vastgelegd, met nadruk op vroegsignalering, preventie, voorlichting, opvang, begeleiding, hulpverlening en nazorg. Bestaande initiatieven, zoals de lessenserie die door Centrum 16/22 reeds enige tijd wordt verzorgd op scholen, moeten worden geïntensiveerd, evenals de deskundigheidsbevordering bij intermediairen die met de zogenaamde risicogroepen in aanraking komen. Het beleid is gericht op het voorkomen van slachtoffers, steunen van degenen die uit de prostitutie willen stappen en opvangen van hen die 'willen' blijven werken in de sector. Ook dient er een effectieve daderaanpak te worden ontwikkeld. Centraal in de uitvoering staan samenwerking en afstemming tussen vrouwenopvang, scholen, politie, maatschappelijk werk, Bureau jeugdzorg, GGZ en Raad voor de kindbescherming. Aard, omvang en acties om dit verschijnsel aan te pakken vormen onderwerp van een notitie die medio 2003 zal verschijnen en dient te leiden tot een stringente ketenbenadering met taakstellende afspraken voor de betrokken instellingen.

Activiteit:

- C Het opstellen van een actieplan ter bestrijding van het fenomeen 'Loverboys' en mobiliseren van de gehele keten. Dit is gericht op preventie, slachtofferopvang en ook op daderaanpak.

4.2.5 Stagnatie in ontwikkeling

Naast de aanpak van specifieke gezondheidsproblemen, is het vanuit de gemeentelijke visie bij Jeugdgezondheidszorg vooral van belang dat er een samenhangend beleid is van jeugdzorg, jeugdvoorzieningen en jeugdparticipatie. Het preventief jeugdbeleid omvat projecten en activiteiten in het kader van de jeugdhulpverlening, gezinsondersteuning, jeugdvoorzieningen en vrijetijdsactiviteiten voor jeugdigen van 0 tot 25 jaar.

Belangrijk bij de totstandkoming en uitvoering van het beleid zijn de netwerken preventief jeugdbeleid, waarin gemeente en regio samenwerken.

Opvoedingsondersteuning

In de vorige collegeperiode is opvoedingsondersteuning structureel onderdeel geworden van het gemeentelijk beleid. Vanuit de GVO-activiteiten worden ouders ondersteund in hun opvoedingstaak. Bij de uitvoering wordt samengewerkt met tal van organisaties die zitting hebben in de Grootstedelijke Werkgroep Oudercursussen. Bestaande initiatieven - waaronder gezinscoaches en het speciale project voor Marokkaanse vaders - worden voortgezet, met extra aandacht voor implementatie in Leidscheveen, Ypenburg en Wateringseveld. Ook de puberoudercursussen zoals 'Opvoeden zo!' gaan door. Specifieke aandacht is er voor preventieprojecten ten behoeve van jongeren die in een achterstandsituatie verkeren. Vanuit het preventief jeugdbeleid werken GGD en Welzijn samen ter voorkoming van problemen binnen het gezin. Dit betreft de projecten HomeStart en Vitalis. HomeStart richt zich op ondersteuning door vrijwilligers van ouders (meestal moeders) met kinderen tot 6 jaar. Vitalis werkt eveneens met vrijwilligers; zij ondersteunen kinderen vanaf 6 jaar in hun ontwikkeling door voor hen een soort grote broer of zus te zijn, die wekelijks minimaal een middag voor het kind beschikbaar is.

Met name voor de ontwikkeling van jonge kinderen is een goede zorg van belang. Voor integrale vroeghulp en het vroegtijdig onderkennen van ontwikkelingsstoornissen (IVVTO) bestaat een multidisciplinair samenwerkingsverband. Een deel van de kinderen verschijnt niet meer (regelmatig) op het consultatiebureau. Om deze kinderen te behouden voor de reguliere JGZ en de ouders te motiveren het contact te herstellen, is samen met de Thuiszorg het Vangnet 0-6 jarigen opgezet. Doel is het traceren en individueel begeleiden van deze kinderen.

Activiteiten:

- C Implementatie van de bestaande opvoedingsondersteuningsactiviteiten naar de Vinex-locaties: Wateringseveld, Ypenburg en Leidscheveen.
- C Binnen de integrale JGZ als taak opnemen het outreachend benaderen van ouders en kinderen (0-6jaar) die anders buiten het bereik van zorgaanbod vallen, en hen toeleiden naar voorschoolse activiteiten.

4.2.6 Psychosociale problemen

Het preventieproject parasuïcide wordt verbreed naar de algemene psychosociale problematiek van allochtone meisjes. In het project 'Aan de grenzen' wordt gewerkt aan een aanpak voor het versterken van identiteitsvorming bij allochtone jongeren. Dit alles gebeurt onder meer op basis van uitkomsten van het lopende onderzoek naar geestelijke gezondheid van allochtone meisjes.

In samenwerking met Parnassia en andere instellingen binnen de regio is het Bureau Basiszorg opgezet ten behoeve van casemanagement van Kinderen van ouders met psychiatrische problemen (KOPP). De gemeente stelt ruimte, secretariële ondersteuning e.d. ter beschikking. Midden 2002 is het ondersteunen van de Kinderen van verslaafde ouders (KVO) aan de taken van het bureau toegevoegd. Inmiddels wordt het bureau structureel gefinancierd door Parnassia en de gemeente. Gestreefd wordt naar uitbreiding voor andere kwetsbare gezinnen.

Binnen Haaglanden participeert ook de gemeente Den Haag in een systeem van vroeg-signalering en intersectorale aanpak van zorg aan kinderen met ADHD. In dit kader wordt een ADHD-wijzer ontwikkeld voor de regio en een protocol voor verwijzing naar het Bureau Jeugdzorg.

Activiteiten:

- C Actief verder uitbouwen van het bestaande preventieproject voor parasuïcide naar algemene psychosociale problematiek bij allochtone meisjes.
- C Casemanagement door het Bureau Basiszorg voor “KOPP en KVO - kinderen” als hulpverleningsstructuur tussen zorg en toezicht.

4.3 Volwassenen

4.3.1 Roken en alcohol

Roken is de belangrijkste veroorzaker van ziekte en sterfte. Roken op de werkplek en in openbare gebouwen is de afgelopen jaren al drastisch teruggedrongen.

Toch zijn er meer inspanningen nodig, gericht op het echt stoppen van het roken. Verbieden van roken in gebouwen leidt niet automatisch tot stoppen met roken. Als het werkelijk lukt om het roken te verminderen kan hier een bijzonder belangrijke gezondheidswinst worden behaald, met name bij de Haagse vrouwen. Daarom is er nu expliciet voor gekozen hier in de periode 2003-2006 serieus werk van te maken. Bij het terugdringen van roken wordt ingehaakt op initiatieven op dit gebied van o.a. het ministerie van VWS, het Trimbos-instituut, NIGZ, Hart Stichting en STIVORO. Doel is te komen tot een samenhangend aanbod in Den Haag voor volwassenen.

Activiteiten:

- C Inhaken op landelijke initiatieven inzake preventie van roken en alcoholgebruik.
- C Starten van de gemeentelijke campagne ‘Roken, dat doe je niet’.

4.3.2 Beweging en sport

Het streven is dat in Den Haag in 2004 60% van de inwoners aan sport doet. Extra aandacht krijgen hierbij de doelgroepen jongeren, ouderen en allochtonen.

Ten behoeve van ouderen zijn de speerpunten geformuleerd in de nota ‘Een actieve en sportieve leefstijl voor Haagse ouderen 2002-2006’. Ouderen worden gestimuleerd mee te doen met sport en beweging, dit vooral in sociaal verband te doen, en actiever dan tot nu toe hun wensen kenbaar te maken. In de nota wordt rekening gehouden met specifieke groepen, zoals ouderen tussen 55-65 jaar, chronisch zieken en (eerste generatie) allochtonen.

Om allochtone Hagenaars aan het sporten te krijgen wordt in de nota ‘Kleurrijke sport in Den Haag 2003-2005’, gezocht naar een sportaanbod dat de doelgroep aanspreekt en manieren om de mensen bewust te maken van het belang van sport.

STIOM heeft het proeftuinproject ‘Bewegen op recept’ opgezet, waarbij artsen cliënten met een recept doorverwijzen naar een sportfysiotherapeut. Deze geeft een aantal behandelingen en instructies over een gezonder bewegingsgedrag. Voor de follow-up worden sport- en welzijnsinstellingen ingeschakeld. Het project wordt deels gefinancierd door de zorgverzekeraars.

Activiteiten:

- C Via onorthodoxe initiatieven stimuleren van beweging voor alle leeftijdscategorieën.
- C Het (doen) organiseren van bewegingsmogelijkheden voor burgers binnen de aanwezige infrastructuur van een wijk.
- C Continueren van ‘Bewegen op recept’, met daarbij het ontwikkelen van een vervolg na afloop van de ‘ingestelde behandeling’.

4.3.3 Infectieziekten

Een groot aantal infectieziekten vormt nog steeds een risico voor de individuele gezondheid en ook voor de volksgezondheid. Afhankelijk van de aard van de verwekker, de wijze van overdracht en de behandelmogelijkheden is preventie meer of minder aan de orde

Seksueel overdraagbare aandoeningen: SOA en Aids

Het SOA/Aids-preventieplan 2003-2006 streeft expliciet naar een krachtiger uitvoering, regie, grotere verspreiding van de beschikbare kennis en een pro-actief doelgroepenbeleid.

Specifieke aandacht gaat uit naar de jeugd, prostituées, intraveneuze druggebruikers en homoseksuele mannen. Voor elke doelgroep wordt een specifieke aanpak ontwikkeld, maar in ieder project gaat het om kennisvergroting bij de burger, de huisarts en andere zorgaanbieders, een betere opsporing van besmettingen, en behandeling via laagdrempelige voorzieningen.

Hierbij zal worden samengewerkt met sociaalverpleegkundigen en intermediairen als allochtone vertrouwenspersonen, VETC'ers en scholen.

Activiteiten:

- C Versterken van de netwerkfunctie en regie.
- C Verbetering van SOA-surveillance.
- C Evaluatie en herordering samenwerking GGD en SOA-poli's Haagse Ziekenhuizen.
- C Hepatitis B-vaccinatie van de doelgroep homoseksuele mannen.
- C SOA/Aids-preventie meer specifiek richten en invullen naar allochtone doelgroepen.
- C Revival SOA/Aids-voorlichting aan de schoolgaande jeugd, desnoods buiten het schoolmilieu om.
- C Zorg aan prostituées en intraveneuze druggebruikers herijken en meer toespitsen op de gewijzigde omstandigheden.

Tuberculose en andere infectieziekten

De inspanningen zijn met name gericht op kinderen die bij hun komst naar Nederland een deel van het normale vaccinatiepakket hebben gemist en allochtone kinderen die infecties oplopen tijdens vakantie in landen van herkomst.

Voorgesteld wordt een laagdrempelig infectieziekten spreekuur op te zetten voor patiënten die geen gebruik maken van de reguliere hulpverlening, zoals illegalen. Ook wordt doorgedaan met het begeleiden van therapie bij moeilijke groepen via 'Direct observed therapy'.

Verder wordt er gestreefd naar ontwikkeling van een snel en flexibel op te tuigen (of op te schalen) organisatie voor crisisbestrijding binnen OCW, die inzetbaar is bij de gemeentelijke infectieziektenbestrijding en bij daaraan gerelateerde campagnes (polio, meningitis C, influenza, pokken).

Activiteiten:

- C Opzetten van een laagdrempelig infectieziekten inlooppreekuur voor 'zorglozen'.
- C Verder uitbouwen van het GGD actiecentrum gericht op grootschalige acties bij infectieziekten en de 24-uurs beschikbaarheid daarvan.

4.3.4 Huiselijk geweld

Uit gemeentelijk onderzoek is gebleken dat een integrale systeemgerichte ketenaanpak onmisbaar is bij het effectief bestrijden van huiselijk geweld. Dat betekent dat hulp- en dienstverlenende instanties hun interventies op elkaar moeten afstemmen, inhoudelijk zowel als procedureel. Ook bleek uit onderzoek dat de betrokken organisaties behoefte hebben aan meer deskundigheidsbevordering en dat men bij voorkeur aansluiting zoekt bij instellingen die over de gewenste expertise beschikken.

Belangrijk bij de aanpak van huiselijk geweld zijn verder: bewustwording, monitoring, deskundigheidsbevordering en directe aanpak van probleemsituaties. De gemeente neemt hierin de regierol op zich.

Er komt een stedelijk advies- en meldpunt ouderen mishandeling, waarbij wordt aangesloten bij het bestaande 'Vangnet Zorg en Advies' van de GGD en bij de activiteiten van het Regionaal steunpunt seksueel geweld (RSSG). Hiermee komt voor het eerst een centraal meldpunt tot stand voor alle vormen van geweld in de privésfeer. Het meldpunt zal tot taak krijgen: deskundigheidsbevordering, publieksvoorlichting, registratie en casecoördinatie. In een beperkt aantal gevallen zal vanuit het meldpunt zelf hulp worden verleend en actie worden ondernomen. De bedoeling is dat het meldpunt 24 uur per dag open is. Ook in de regio bestaan initiatieven van samenwerkende instanties. Het is de bedoeling als gemeente Den Haag aan te haken bij deze regionale samenwerking.

Activiteit:

- Ⓒ Het opzetten van één centraal (meld- en coördinatie)punt voor alle vormen van geweld in de privé-sfeer met een brede taakstelling, gekoppeld aan de directe hulpverlening en preventie.

4.3.5 Diabetes

De GGD werkt samen met o.a. Hindostaanse zelforganisaties in Den Haag aan de preventie van diabetes en hart- en vaatziekten bij Hindostanen. Het vierjarig project is gericht op het vergroten van kennis en bewustwording van de risico's op diabetes en hart- en vaatziekten. Het project richt zich op thema's als bewegen, voeding/ overgewicht en roken, alcohol en stress, teneinde een gezonde leefstijl te bevorderen. Het streven is om het project met derde geldstromen te financieren.

Activiteiten:

- Ⓒ Het opbouwen van kennis/expertise op het terrein van preventie van diabetes en hart- en vaatziekten bij Hindostanen.
- Ⓒ Het opnemen van deze expertise in het Kenniscentrum migranten en zorg.

4.3.6 Vitamine D-tekort

Op basis van de gegevens van de Gezondheidsmonitor en signalering door huisartsen start in 2003 een onderzoek naar vitamine D-tekort onder niet-westerse allochtonen in samenwerking met de gemeenten Amersfoort, Amsterdam en Haarlem. Inmiddels zijn er al kleinschalige voorlichtingsactiviteiten die zich richten op het voorkómen van tekorten en het attenderen van behandelaars op de mogelijkheid van vitamine D-tekort.

Activiteiten:

- Ⓒ Het uitvoeren van een gericht onderzoek naar de oorzaken en achtergronden van vitamine D-tekort onder allochtonen om te komen tot specifieke interventie maatregelen.

4.3.7 Interculturalisatie van zorg

Kenniscentrum migranten en zorg

Op grond van een aanbeveling van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en onderzoek van de GGD in 2002 blijkt er in Den Haag draagvlak voor en behoefte aan een infrastructuur om de kennis en deskundigheid op het terrein van interculturele zorgverlening voor de hele zorgsector toegankelijk te maken. Aan de vormgeving van een dergelijk Kenniscentrum migranten en zorg en het vaststellen van deskundigheid en expertise bij zo'n centrum wordt nog gewerkt. De beschikbaarheid van allochtone zorgconsulenten voor ondersteuning van de zorginstellingen speelt hierbij een belangrijke rol.

Activiteit:

- Ⓒ Het opzetten van een kenniscentrum Migranten en Zorg waarbij gebruik wordt gemaakt de aanwezige (Haagse) expertise in het coördinatiepunt VETC (GGD), de VETC'ers en de allochtone zorgconsulenten.

VETC

De inzet van VETC'ers voor groepsvoorlichting aan organisaties en instellingen in de stad zal worden versterkt. Op dit moment wordt gebruik gemaakt van een pool van freelance VETC'ers. Om een terugloop in het aantal VETC'ers te voorkomen en aan de vraag naar groepsvoorlichtingen in met name het Turks en Marokkaans te kunnen blijven voldoen, wordt een aantal van hen bij de GGD in dienst genomen. Hiermee wordt een ruimere beschikbaarheid en betere sturing bereikt. Bovendien kan de specifieke kennis beter worden behouden.

Bij wijze van proef wordt in 2003 een aantal van 175 VETC-groepsvoorlichtingen gratis ter beschikking gesteld aan eerstelijnsinstellingen. In overleg met de doelgroep zullen hiervoor de thema's worden vastgesteld.

Daarnaast is het de bedoeling het proeftuinproject "Nieuwe sporen" te versterken. Hierin wordt via het inschakelen van allochtone vertrouwenspersonen getracht de kloof te dichten tussen de allochtone zorgvraag en het reguliere zorgaanbod in de eerste lijn.

Activiteiten:

- Ⓒ Verzekeren van de beschikbaarheid van VETC-activiteiten door het aanstellen van VETC'ers in vaste dienst.
- Ⓒ Uitvoeren van 175 gratis VETC-groepsvoorlichtingen in de eerstelijns
- Ⓒ Versterking van de inzet van allochtone vertrouwenspersonen

Allochtone zorgconsulenten

Naast de inzet van VETC'ers bij groepsvoorlichtingen, is er behoefte aan ondersteuning op *individueel niveau* in de eerste en in de tweede lijn. Dit in het verlengde van de directe zorgverlening. In Den Haag en in dertien andere gemeenten, waaronder G4 steden, zijn hiervoor sinds 1995 allochtone zorgconsulenten werkzaam, gefinancierd vanuit Medisch Centrum Haaglanden. Zij werken vooral als intermediair tussen hulpverlener en allochtone patiënt en hebben een werkplek in vier gezondheidscentra in achterstandswijken. Hun taak is het verbeteren van de communicatie, verhelderen van de hulpvraag, bijdragen aan meer 'zorg op maat', zorgen voor efficiënt doorverwijzen en het tijdig signaleren van problemen. Op dit moment kan maar een beperkt aantal huisartsen worden ondersteund. De behoefte in het veld is duidelijk groter. Uitbreiding van de capaciteit is gewenst, evenals uitbreiding van het takenpakket van de allochtone zorgconsulent en verbreding van de organisatorische inbedding. Tot dusver was het standpunt van de gemeente dat dergelijke assistentie ten behoeve van de eerstelijns de verantwoordelijkheid is van de zorgaanbieders. Gezien de grote winst die behaald kan worden op het gebied van kwaliteit en werkbelasting binnen de eerstelijns gezondheidszorg, specifiek in achterstandswijken, wordt nu overgegaan tot financiering van extra capaciteit uit gemeentelijke middelen. De gemeente zal eenderde van de kosten structureel mede voor haar rekening nemen. Het Fonds Huisartsen Achterstandswijken en de ziektekostenverzekeraars nemen het resterende deel voor hun rekening.

Activiteit:

- Ⓒ Uitbreiden van de ondersteuning in de eerstelijns door structurele co-financiering van allochtone zorgconsulenten.

4.3.8 *Positie zorgvrager*

Binnen het gemeentelijk volksgezondheidsbeleid is versterking van de positie van de zorgvrager belangrijk. Des te belangrijker naarmate de keuzemogelijkheden voor de

zorgvragende Hagenaar toenemen, zoals bij het invullen van een persoonsgebonden budget of bij de keuze van een bepaalde combinatie van zorg en wonen.

In 2002 zijn diverse expertmeetings belegd om te bezien wat de mogelijkheden zijn om de vraagkant van de zorg te versterken. Daarnaast is er voortdurend overleg met belangrijke organisaties van zorgvragers als het RPCP/ RWG, het Platform GGZ, de SOC en het Jongerenpanel gezondheidszorg.

Voor het bundelen en beter beschikbaar maken van informatie over de zorg wordt vanuit de gemeente samen met CIPO (Centraal informatiepunt ouderen) gewerkt aan een 'zorgportal'. Dit is een vraagwijzer waarmee zorgvragers via internet toegang hebben tot relevante informatie over zorg, zorgverleners en ondersteunende organisaties. Op termijn moet dit leiden tot een virtueel loket met vraagverduidelijking en elektronische aanvraagprocedures.

Dit loket zal ook een rol gaan spelen in het voorlichten van Haagse burgers over ziekte-kostenverzekeringen. De ontwikkelingen in de marktwerking van zorgverzekeraars leiden tot hogere premies en onder- of onverzekerde Hagenaars. Om deze uitwassen tegen te gaan is het onze ambitie om onze burgers beter te informeren over de mogelijkheden zich te verzekeren tegen ziektekosten.

Voor het gemeentelijk ouderenbeleid wordt intensief overleg gevoerd met de SOC . Samen met de SOC en de ouderenbonden is bekeken hoe de participatie en invloed van ouderen bij de zorg kan worden versterkt. Dit heeft geleid tot aanpassing van het convenant tussen gemeente en SOC.

Voor de eerste generatie allochtone zorgvragers worden extra middelen ter beschikking gesteld ter ondersteuning van een centraal informatiepunt voor allochtone ouderen.

Op het gebied van indicatiestelling in verband met de AWBZ en de WVG bestaat sedert oktober 2002 het Centraal Meldpunt SIO, zodat de cliënt voor vragen en aanmelding terecht kan bij één centraal punt. De indicaties voor Langdurig zorgafhankelijken en gehandicaptenzorg vallen vanaf 2003 wettelijk onder het RIO.

Activiteiten:

- € Blijvende inzet op overleg met zorgvragers.
- € Opzet van een internet vraagbaak voor zorgvragers in de vorm van een Zorgportal.

4.4 Ouderen

4.4.1 Geestelijke problematiek

De komende periode worden in totaal 7 'steunpunten mantelzorg' opgericht voor ondersteuning van de mantelzorgers. De eerste nieuwe steunpunten zijn inmiddels operationeel: in Loosduinen locatie de Henneberg en in het Centrum in wijkcentrum de Sprong. Op dit moment worden voorbereidingen getroffen ter realisering van steunpunten in Escamp en Laak.

Activiteit:

- C Versterken van de ondersteuning van mantelzorgers door de opzet van nieuwe steunpunten mantelzorg in de wijken.

4.4.2 Eenzaamheid

Het bestrijden van eenzaamheid is een van de speerpunten van het ouderenbeleid. Vanaf 2001 worden activiteiten uitgevoerd in het kader van de nota 'Blij(f) erbij', gericht op voorlichting, deskundigheidsbevordering, signalering en het ontwikkelen van netwerken voor wonen, welzijn en zorg. In het stedelijk actieplan 2002-2004 is een aantal concrete plannen geformuleerd. Met name het onderdeel 'activerend huisbezoek' is in een vergevorderd stadium. Bij activerend huisbezoek worden ouderen thuis opgezocht om ze te helpen de beperkingen die ze ervaren om uit hun isolement te komen, op te lossen. In alle stadsdelen van Den Haag zijn ouderenadviseurs actief. De ouderenadviseurs hebben een signalerende functie en zijn in staat ouderen te ondersteunen die tijdelijk de regie over het eigen leven zijn kwijtgeraakt.

Activiteiten:

- C Uitvoering van de aanpak van eenzaamheid onder andere via de onlangs aangestelde ouderenadviseurs.
- C Er komt een nieuw actieprogramma 'Blijf erbij'.

4.4.3 Allochtone ouderen

De onlangs vastgestelde rapportage ouderen 2002-2006 bevat voorstellen ter versterking van de positie van de eerste generatie zorgvragers. Zo wordt een centraal steunpunt voor allochtone ouderen ingesteld. Daarnaast worden er in 2003 vier ouderenadviseurs aangesteld, specifiek gericht op allochtone ouderen.

4.4.4 Immobiliteit

Op basis van de ervaringen in Moerwijk zijn twee nieuwe woonzorgzones ingesteld, waaronder één in Wateringse Veld. Met het oog op de stadsvernieuwing en de woon-zorg-welzijnsvoorzieningen in de wijk Transvaal, komt daar de tweede nieuwe woonzorgzone. Hierbij vormen fysieke aanpassingen in de leefomgeving en op wijkniveau een belangrijke aanvulling op het tegelijkertijd verbeteren van het zorgaanbod.

Er wordt gewerkt aan de opzet van een platform voor het uitwisselen van ervaringen, die zijn opgedaan met het combineren van wonen, welzijn en zorg. Het voorgestelde platform heeft als taken: uitwisseling van 'best practices', en het stimuleren van de betrokken partijen tot afstemming en samenwerking. Het gaat hier om het samenbrengen van partijen in de 'harde' (woningbouwcorporaties, DSO) en de 'zachte' sector (zorgaanbieders, STIOM, OCW), en het bevorderen van de onderlinge uitwisseling.

Activiteit:

- C Verbeteren van de afstemming tussen wonen zorg en welzijn door het instellen van twee nieuwe woonzorgzones in Wateringse Veld en Transvaal.

4.5 Sociaal kwetsbaren

4.5.1 Toegang tot zorg

Een deel van de doelgroep sociaal kwetsbaren blijft waarschijnlijk hun hele leven lang afhankelijk van een of andere vorm van begeleiding. Toch wil de gemeente de door- en uitstroom stimuleren door meer aandacht te besteden aan reïntegratie, begeleid wonen en maatschappelijk herstel projecten.

Ook wordt voortgegaan met het stroomlijnen en verbeteren van de dienstverlening door instellingen voor maatschappelijke opvang, zoals de Kessler Stichting en de particuliere

pensions. Daarbij wordt speciaal gelet op coördinatie, ketenbenadering en afstemming van kernfuncties tussen de instellingen.

Voor het verbeteren van de intake en het bevorderen van de in- en doorstroom bij de maatschappelijke opvang ontwikkelt de GGD één centrale toegang. Het Nederlands instituut voor zorg en welzijn (NIZW) heeft in 2002 advies uitgebracht over de opzet hiervan. Gekozen is een Team centrale toegang in te stellen met als taken: informatie & advies, aanmelding & screening, hulptoewijzing, cliëntvolging & trajecttoetsing, en verzamelen van beleidsinformatie. Deze keuze wordt vanuit het veld breed ondersteund. Het team zal intensief samenwerken met de instellingen voor maatschappelijke opvang. Na twintig maanden zal het project worden geëvalueerd en wordt bekeken of kan worden overgegaan tot structurele voortzetting.

Het bestaande overleg met de instellingen van Maatschappelijke opvang wordt versterkt binnen het kader van het vijf-partneroverleg tussen Zorgkantoor, GGZ/verslavingszorg, gemeente, cliënten en directeurs Maatschappelijke opvang.

Het tandartsenspreekuur voor dak- en thuislozen, dat op 5 april 2002 de eerste patiënt heeft behandeld, voorziet duidelijk in een behoefte bij de doelgroep en wordt voortgezet. Een groot aantal cliënten heeft inmiddels het gebit laten saneren, hetgeen naast een gezond gebit ook het gevoel van eigenwaarde positief beïnvloedt.

Verslavingszorg

Centraal in de drugsproblematiek staat een gecoördineerde aanpak van overlast en beperking van de schade aan de individuele gebruiker. In het Bestuurlijk overleg veiligheid worden deze twee invalshoeken zoveel mogelijk in balans gebracht.

Gestreefd wordt naar een verdere decentralisatie van de verslavingszorg. In 2002 is een traject gestart om decentraal voorzieningen voor harddruggebruikers te realiseren in de wijken waar de problemen het grootst zijn. Op basis van gedegen informatie wordt met bewoners gesproken over mogelijke lokaties voor wijkgerichte zorg- en opvang. Het doel hiervan is tweeledig: de leefbaarheid in de wijk verbeteren en het klimaat voor verslaafden humaner maken.

In samenspraak met de bewoners wordt bekeken of het mogelijk is - onder nader te stellen strikte voorwaarden - opvangvoorzieningen te realiseren voor chronisch zwaarverslaafden in wijken waar de problematiek en overlast het grootst zijn. Het streven is te komen tot gebruikersruimten met zorgaanbod.

Op basis van het succes van de Tyfoonprojecten wordt daarnaast geprobeerd om te komen tot wijkgerichte laagdrempelige verslavingszorg. Het verstrekken van methadon wordt gecontinueerd en zo nodig uitgebreid.

Vangnet zorg en advies

Begin 2001 is het gemeentelijk Vangnet zorg en advies officieel van start gegaan. Het betreft hier het stedelijk advies- en meldpunt van de GGD bij verwaarlozing en overlast. In dit vangnet zijn ondergebracht het spuitomruilteam, casemanagers verslavingsproblematiek, hygiënische probleemsituaties en het signaleringsoverleg. Doel van het vangnet is het snel regelen van specifieke zorg voor mensen die hulp nodig hebben, maar die zelf geen hulp kunnen of willen zoeken.

Om de groei van de zorgvraag te kunnen opvangen, wordt gestreefd naar uitbreiding van de dienstverlening van het Vangnet zorg en advies met een zeven maal 24 uren bereikbaarheid van zorgvragers, politie en overige betrokkenen. Dit zowel bij zorgbemiddeling als bij overlast. De dienstverlening van het Vangnet verschuift hiermee van de tweedelijns naar meer een eerstelijnspositie en voldoet daar mee aan een duidelijke behoefte bij o.a. de politie. Dit mede in het belang van zorgverlening aan personen bij een (deels) ontbrekend eigen zorgkader.

Activiteiten:

- C Versterking van de kwaliteit van maatschappelijke opvang met gebruikmaking van het landelijk referentiemodel, toegespitst op de Haagse situatie en aansluitend op het door de gemeente gewenste zorgniveau.
- C Instellen van het Team centrale toegang maatschappelijke opvang ter verbetering van in en doorstroom in de maatschappelijke opvang.
- C Het realiseren van gebruikersruimten: OVHG.
- C Uitbreiding van de dienstverlening van het vangnet Zorg en Advies

4.5.2 Prostituéés

Het gemeente streeft er naar om de tippelzone aan de Waldorpstraat in 2005 op te heffen. De tussenliggende periode wordt een maximale inspanning geleverd om goede zorgvoorzieningen voor de doelgroep te combineren met het verder beheersen van overlast. Ook wordt er gekeken naar eventuele aanvullende regelingen. Ten behoeve van clubs en raamprostitués wordt de SOA/Aids aanpak geïntensiveerd. Dit wordt uitgewerkt in de betreffende nota. In de loop van 2003 zal het in 2002 gestarte project Slaapopvang overdag en hulpverlening/begeleiding voor de vrouwen van de huiskamer/tippelzone aan de Waldorpstraat (SHOP) worden geëvalueerd.

4.5.3 Hygiënische probleemsituaties

De effectiviteit van de aanpak van hygiënische probleemsituaties wordt vergroot door afspraken met nutsbedrijven en woningcorporaties over het voorkomen van afsluiting van gas, licht en water en gedwongen uitzettingen. Te denken valt hierbij aan het vooraf bespreken van deze casuïstiek in het signaleringsoverleg.

Tot slot

Gelet op het bovenstaande en wat er op het gebied van de volksgezondheid in Den Haag speelt, wordt uiteraard nog het nodige verder uitgewerkt.

Dit betreft ondermeer:

- C Sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV)/sociaal-economische gezondheidsachterstanden (SEGA)
- C Integrale jeugdgezondheidszorg
- C Centrale toegang maatschappelijke opvang (CTMO)
- C SOA/ Aids preventieplan
- C Huiselijk geweld c.q. geweld in de privésfeer
- C Jongeren en genotmiddelengebruik
- C Seksueel gedrag en relaties (loverboys, jonge moeders)
- C Ambulancezorg en ambulancehulpverlening
- C Interculturalisatie van zorg (Kenniscentrum, VETC, allochtone zorgconsulenten)
- C Beweging en sport
- C Campagne “Roken, dat doe je niet”

Centraal bij de uitwerking van het gezondheidsbeleid van de komende jaren staat de samenwerking tussen gemeente en de partners op het gebied van patiënten/ consumenten-vertegenwoordiging, de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars en natuurlijk alle Hagenaars.

Bijlage 1

Activiteitenoverzicht

1.1 Sociaal-economische gezondheidsverschillen

1. Opstellen van een actieplan voor ieder van de geselecteerde gebieden waarin de eigen specifieke gezondheidsproblemen van de wijk centraal staan.
2. Actieplannen uitwerken in concrete maatregelen met te evalueren procesdoelen en waar mogelijk ook op het niveau van gezondheidswinst.
3. Instellen van een gemeentelijk stuurgroep voor een continue facetbenadering gericht op het verbeteren van de leefomgeving ter bevordering van de gezondheid.
4. Opzetten van een wijkgericht informatiesysteem voor gezondheid en zorg (ZorgInformatiePunt, ZIP).
5. De eerste lijn als basisvoorziening met centra voor gezondheid en welzijn.

1.2 Jeugd

Jeugdgezondheidszorg

6. Nieuwe vormgeving integrale JGZ met aansluiting op het gemeentelijk jeugdbeleid.
7. Concreet activiteitenoverzicht waarbij het basistakenpakket JGZ zowel voor het uniforme deel als ook voor het maatwerkdeel wijkgericht wordt uitgewerkt.
8. Opzetten van de noodzakelijke samenwerkingsstructuur 0-4 en 4-19 jaar JGZ.
9. Eenduidig registratiesysteem voor de gehele doelgroep en integrale invoering van het elektronisch medisch dossier.

Genotmiddelengebruik

10. Er komt een intensieve campagne gericht op het tegengaan van roken onder Haagse jongeren.
11. Gericht aanbod van een meerjarig preventieprogramma voor de jongeren van 11 -18 jaar op de domeinen: school, vrije tijd en thuis.
12. Preventiemix als basis van de aanpak: voorlichting, regelgeving en voorzieningen tegelijkertijd inzetten (Nota 'Jongeren en middelengebruik'). De preventiemix is gebaseerd op zowel een passief als ook een actief aanbod.
13. De Haagse jongerenraad wordt advies gevraagd over de meest effectieve voorlichtingsstrategieën voor jongeren.
14. Deelname aan het landelijk peilstation onderzoek onder scholieren Voortgezet onderwijs, inclusief de Haagse verdiepingsmodule.
15. Verbetering afstemming aan de aanbodzijde.

Overgewicht (obesitas)

16. Uitbreiden van de pilots 'overgewicht en bewegingsarmoede' naar andere scholen via een wervende benadering.
17. Versterken van de samenwerking school-sportvereniging-welzijnsinstelling ter stimulering van een meer actieve en sportieve leefstijl bij jeugdigen.

Seksueel gedrag en relaties

18. Intensiveren van de SOA/Aids preventie-activiteiten voor de gehele doelgroep, met een actieve benadering van de doelgroep op de vindplaatsen.
19. Gerichte analyse van de verschillende achtergronden van jeugdzwangenschappen en het hierop inrichten van de preventiebenadering.
20. Organiseren van hulp aan jonge moeders.
21. Het opstellen van een actieplan ter bestrijding van het fenomeen 'Loveboys' en mobiliseren van de gehele keten. Dit is gericht op preventie, slachtofferopvang en ook op daderaanpak.

Stagnatie in ontwikkeling

22. Implementatie van de bestaande opvoedingsondersteuningsactiviteiten naar de Vinex-lokaties: Wateringseveld, Ypenburg en Leidscheveen.
23. Binnen de integrale JGZ als taak opnemen het outreachend benaderen van ouders en kinderen (0-6jaar) die anders buiten het bereik van het zorgaanbod vallen en deze groep toeleiden naar voorschoolse activiteiten.

Psychosociale problemen

24. Actief verder uitbouwen van het bestaande preventieproject voor parasuïcide naar algemene psychosociale problematiek bij allochtone meisjes.
25. Casemanagement door het Bureau Basiszorg voor 'KOPP en KVO - kinderen' als hulpverleningsstructuur tussen zorg en toezicht.

1.3 Volwassenen

Roken/alcohol:

26. Inhaken op landelijke initiatieven inzake preventie van roken en alcoholgebruik.
27. Starten van de gemeentelijke campagne 'Roken dat doe je niet'.

Beweging en sport

28. Via onorthodoxe initiatieven stimuleren van beweging voor alle leeftijdscategorieën.
29. Het (doen) organiseren van bewegingsmogelijkheden voor burgers binnen de aanwezige infrastructuur van een wijk.
30. Continueren van 'Bewegen op recept', met daarbij het ontwikkelen van een vervolg na afloop van de 'ingestelde behandeling'.

Infectieziekten

SOA/AIDS

31. Versterken van de netwerkfunctie en regie.
32. Verbetering van SOA surveillance.
33. Hepatitis B-vaccinatie doelgroep homoseksuele mannen.
34. SOA/Aids-preventie meer specifiek richten en invullen naar allochtone doelgroepen.
35. Revival SOA/Aids-voorlichting voor de schoolgaande jeugd, desnoods buiten het schoolmilieu om.
36. Zorg aan prostituées en intraveneuze drugsgebruikers herijken en meer toespitsen op de gewijzigde omstandigheden.

TBC en andere infectieziekten

37. Opzetten van een laagdrempelig infectieziekten inlooppreekuur voor 'zorglozen'.

38. Verder uitbouwen van het GGD actiecentrum gericht op grootschalige infectieziekten en de 24-uurs beschikbaarheid daarvan.

Huiselijk geweld

39. Het opzetten van één centraal (meld- en coördinatie)punt voor alle vormen van geweld in de privésfeer met een brede taakstelling, gekoppeld aan de directe hulpverlening en preventie.

Diabetes en Vitamine D

40. Het opbouwen van kennis/expertise op het terrein van preventie van diabetes en hart- en vaatziekten bij Hindostanen en het opnemen van deze expertise in het Kenniscentrum migranten en zorg.
41. Het uitvoeren van een gericht onderzoek naar de oorzaken en achtergronden van vitamine D-tekort onder allochtonen om te komen tot specifieke interventie maatregelen

Interculturalisatie van zorg

42. Het ontwikkelen van een Kenniscentrum migranten en zorg.
43. Uitvoeren van 175 gratis VETC-groepsvoorlichtingen
44. Versterking van de inzet van allochtone vertrouwenspersonen
45. Verzekeren van de beschikbaarheid van VETC activiteiten door het aanstellen van VETC'ers in vaste dienst.
46. Uitbreiden van de ondersteuning in de eerste lijn door structurele co-financiering van allochtone zorgconsulenten.

Positie zorgvrager

47. Blijvende inzet op overleg met zorgvragers.
48. Opzet van een internet vraagbaak voor zorgvragers in de vorm van een Zorgportal.

1.4 Ouderen

Geestelijke problematiek

49. Versterken van de ondersteuning van mantelzorgers door de opzet van nieuwe steunpunten mantelzorg in de wijken.

Eenzaamheid

50. Uitvoering van de aanpak van eenzaamheid onder andere via de onlangs aangestelde ouderenadviseurs.
51. Er komt een nieuw actieprogramma 'Blijf erbij'.

Immobiliteit

52. Verbeteren van de afstemming tussen wonen zorg en welzijn door het instellen van twee nieuwe woonzorgzones in Wateringse Veld en Transvaal.

1.5 Sociaal kwetsbaren

Toegang tot zorg

53. Versterking van de kwaliteit van maatschappelijke opvang met gebruikmaking van het landelijk referentiemodel, toegespitst op de Haagse situatie en aansluitend op het door de gemeente gewenste zorgniveau.
54. Instellen van het Team centrale toegang maatschappelijke opvang ter verbetering van in- en doorstroom in maatschappelijke opvang.
55. Het realiseren van gebruikersruimten: OVHG.

56. Uitbreiding van de dienstverlening van het Vangnet zorg en advies.

Bijlage 2

Financiën

Er bestaan verschillende middelen om het volksgezondheidsbeleid uit te voeren.

Deze middelen zijn te onderscheiden in:

- Begrotingsmiddelen ten behoeve van de uitvoering door de eigen gemeentelijke organisatie (met name GGD/OCW).
- Begrotingsmiddelen, die in de vorm van subsidies aan instellingen ter beschikking worden gesteld (Parnassia, STIOM, Maatschappelijke Opvang, SIO, DWO's etc.).
- Middelen in het kader van het Grote steden beleid.
- Inkomsten uit dienstverlening (ambulancedienst, reizigersvaccinatie, sociaal-medische advisering).

Naast de 'eigen' gemeentelijk middelen komt in sommige gevallen ook budget van derden ter beschikking (bv. Zorgkantoor, OGZ-fonds en andere fondsen, Zorginstellingen, Zorgverzekeraars, ministerie van VWS) om projecten of initiatieven te financieren. Met name STIOM en de proeftuinprojecten van Public Health zijn hiervan een goed voorbeeld. Zonder co-financiering zou het niet mogelijk zijn veel van deze zorgvernieuwendende initiatieven te realiseren. Bijkomend voordeel bij deze derde geldstroom is dat het draagvlak van deze initiatieven wordt vergroot.

In het kader van het beleidsakkoord 'Den Haag dat zijn wij allemaal!!' en de meerjaren begroting 2003-2006 heeft het college extra gelden toegevoegd aan de begroting.

Dit betreft:

- Middelen ten behoeve van uitvoering van projecten in het kader van deze tweede Nota Volksgezondheid 'Op uw Gezondheid! - II'.
- Middelen ten behoeve van de aanpak van sociaal economische gezondheidsachterstanden 'SEGV'.
- Middelen voor beleidsintensivering op het gebied van verslavingszorg en ouderenzorg.

Versterking

Budget

- Nota Volksgezondheid II	: € 200.000,-- per jaar
- Aanpak sociaal economische gezondheidsverschillen	: € 400.000,-- per jaar (vanaf 2004: €500.000 per jaar)
- Ouderenzorg	: € 550.000,-- per jaar
- Verslavingszorg	: € 1.500.000,-- per jaar (in 2004: 1,8 miljoen en in 2005: 2,0 miljoen)

Bestedingverdeling middelen beschikbaar voor de uitvoering van de nota

Volksgezondheid II:	€200.000,--
SOA/AIDS preventie plan	€ 50.000,--
Allochtone Zorgconsulenten	€ 30.000,--
Genotmiddelen: roken	€ 50.000,--
Interculturalisatie van de zorg	€ 30.000,--
Huiselijk geweld	€ 20.000,--
Seksualiteit en relaties: loverboys en jonge moeders	€ 20.000,--

De inzet van de verschillende middelen volgt de in hoofdstuk 2 beschreven gezondheidsproblematiek per specifieke groep en de in hoofdstuk 4 aangegeven maatregelen en acties om dit te verbeteren. Ter realisatie van het in deze Nota beschreven beleid zet het College de middelen als volgt in:

Maatregelen en verdeling 2003

Middelen

SEGV-SEGA

Wijkgerichte aanpak van sociaal-economische gezondheidsachterstanden.

€ 370.000,--

Gezondheid en jongeren

- preventie van roken
- preventie SOA/AIDS
- seksualiteit en relaties

€ 25.000,--

€ 25.000,--

€ 20.000,--

Gezondheid en volwassenen

- preventie van en stoppen met roken
- preventie SOA/AIDS
- huiselijk geweld

- allochtone zorgconsulent

- interculturalisatie van zorg
- zorgportal op residentienet

€ 25.000,--

€ 25.000,--

€ 60.000,-- (€40.000,-- ouderenbeleid en
€20.000,-- Nota VGZ-II)

€ 60.000,-- (€30.000,-- SEGV en
€30.000,-- Nota VGZ-II)

€ 30.000,--

€ 25.000,-- (centrale ICT middelen)

Gezondheid en ouderen *

- ouderenadviseurs
- ouderenmishandeling
- ondersteuning mantelzorg
- ondersteuning allochtone ouderen
- preventie eenzaamheid
- actieve sportieve leefstijl

€ 200.000,--

€ 40.000,--

€ 72.000,--

€ 150.000,--

€ 88.000,--

€ 50.000,--(t.l.v. staand ouderenbeleid)

Gezondheid en sociaal kwetsbaren *

- wijkgerichte verslavingszorg
- centrale toegang maatschappelijke opvang

€1.500.000,--

€ 130.000,-- (incidenteel; Maatschappelijke Opvangmiddelen)

* conform eerdere besluitvorming gemeente

Bijlage 3

Literatuurverwijzing verschillen in gezondheid als gevolg van sociaal-economische achterstandsposities

3.1 Inleiding

Over de aard en omvang van sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland is de laatste jaren veel bekend geworden op basis van wetenschappelijk onderzoek.

Tabel 1. *Relatie tussen sociaal-economische status- en gezondheidsscores (in vier categorieën) van postcodegebieden in steden*

Sociaal-economische situatie	Zeer ongezond	Ongezond	Gezond	Zeer gezond
Zeer laag	26%	<u>61%</u>	14%	0%
Laag	16%	<u>40%</u>	44%	0%
Gemiddeld	6%	35%	47%	12%
Hoog	0%	27%	<u>64%</u>	9%
Zeer hoog	0%	26%	<u>53%</u>	21%

(Bron: RIVM-rapport 'Gezondheid in de grote steden' (2002))

De resultaten van vele studies zijn samengevat in onder andere:

- Programmacommissie SEGV (Commissie Ginjaar). Onderzoeksprogramma sociaal-economische gezondheidsverschillen, eindverslag en aanbevelingen. Ministerie van WVC, 1994.
- Mackenbach J.P. & Verkleij, H. (1997). Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Themarapport II; Gezondheidsverschillen. Bilthoven/Maarsen: Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu, Elsevier/De Tijdstroom.
- Lucht, van der F. & Verkleij, H. (2001). Gezondheid in de grote steden - achterstanden en kansen. Bilthoven/Maarsen: Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bohn Stafleu Van Loghum.
- Programmacommissie SEGV-II (Commissie Albeda). Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen. Eindrapportage en beleidsaanbevelingen. ZorgOnderzoek Nederland, 2001.
- Stronks, K. & Hulshof, J. (2001). De kloof verkleinen - Theorie en praktijk van de strijd tegen sociaal-economische gezondheidsverschillen. Koninklijke van Gorcum, Assen.
- Gezondheidsmonitor Den Haag (2002). GGD, dienst OCW gemeente Den Haag.

Onderstaand worden de belangrijkste, wetenschappelijke resultaten van onderzoek beschreven die in Nederland zijn verzameld ten aanzien van de aard, omvang en oorzaken van gezondheidsachterstand als gevolg van een sociaal-economische achterstandspositie, zoals ook vastgelegd in bovengenoemde rapporten en samengevat door de commissie Albeda. De resultaten uit deze onderzoeken blijken ook voor de Haagse situatie van toepassing, zoals blijkt door de Gezondheidsmonitor van de GGD, zoals blijkt uit de gegevens van de Gezondheidsmonitor Den Haag die aan deze bijlage zijn toegevoegd (Gezondheidsmonitor II, 2002)

3.2 Aard van sociaal-economische gezondheidsverschillen

Bronteksten: - Programmacommissie SEGV-II (Commissie Albeda), 2001
- Gezondheid in de grote steden (RIVM), 2001

Er zijn in Nederland belangrijke sociaal-economische verschillen in de kans om voortijdig te overlijden, door een *hogere sterfte* in de lagere sociaal-economische groepen (gemiddeld vier jaar eerder) aan een breed scala van doodsoorzaken. De commissie Albeda (landelijk programma SEGV-II) heeft een studie uitgevoerd waarin voor heel Nederland op buurtniveau een verband is gelegd tussen (gemiddeld) inkomen en doodsoorzaak-specifieke sterfte. Hieruit blijkt dat naarmate het gemiddeld inkomen lager is, de sterfte aan een groot aantal doodsoorzaken hoger is. Belangrijke voorbeelden hiervan zijn maag-, long-, en blaaskanker, ischemische hartziekte en cerebrovasculair accident, CARA en verkeersongevallen (Kunst e.a., 2000). Deze sterfteverschillen zijn het gevolg van meer nieuwe ziektegevallen bij mensen die zich in een lage sociaal-economische situatie bevinden. Ook blijkt dat vrijwel overal de sociaal-economische verschillen in gezondheid toenemen. Deze toename berust op het feit dat de sterftcijfers in de hogere sociaal-economische groepen sneller dalen dan in de lagere sociaal-economische groepen (*zie voor Den Haag ook figuur 16 uit de Gezondheidsmonitor; Sterfte naar sociaal-economische status*).

Voor een groot aantal gezondheidsproblemen die zich uiten in ziekte of gebrek (bv. chronische aandoeningen, lichamelijke beperkingen) geldt ook dat ze *meer voorkomen* in de lagere sociaal-economische groepen, er is sprake van gemiddeld 12 meer ongezonde levensjaren (Van de Water e.a., 1996). Bovendien geldt dat chronisch zieken in een lagere sociaal-economische positie gemiddeld een ongunstiger beloop van hun ziekte kennen (Van der Meer & Mackenbach, 1999).

Naast een analyse van de objectieve (sterfte-) cijfers, is het ook van belang om op individueel niveau naar (subjectieve) *gezondheidsbeleving* te kijken. Op basis van een trendanalyse van gegevens uit de CBS-gezondheidsenquête blijkt dat de sociaal-economische verschillen in het oordeel over de eigen gezondheid zijn toegenomen, vooral bij vrouwen (Konings-Dalstra e.a., 2000).

De sociaal-economische gezondheidsverschillen zoals hierboven geschetst, manifesteren zich vooral in de grote steden en met name in de G4. Dit is het gevolg van de situatie in de achterstandswijken waar de gezondheidsproblemen zich, als gevolg van de sociaal-demografische samenstelling van de wijk (veel mensen in een lagere sociaal-economische situatie en allochtonen), concentreren. Daarnaast blijkt dat het wonen in een achterstandswijk een extra risico voor de volksgezondheid inhoudt. Het gaat dan om zaken als de fysieke woonaspecten, het voorzieningenniveau maar ook de heersende normen en waarden, de aanwezigheid van sociale netwerken, veiligheid van de buurt. De studie van het RIVM (2002) laat zien dat als de woonomgeving in deze opzichten beter is, de gezondheid door het wonen in zo'n wijk positief wordt beïnvloed.

3.3 Achtergronden van sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Bronteksten: - Programmacommissie SEGV-II (Commissie Albeda), 2001

Over de achtergronden van sociaal-economische gezondheidsverschillen is de laatste jaren veel bekend geworden. Vanwege het feit dat tussen landen verschillen bestaan in het ziektespecifieke patroon van gezondheidsverschillen, kan niet zonder meer worden afgegaan op bevindingen in buitenlands onderzoek. De Longitudinale Studie van Sociaal-Economische Gezondheids Verschillen die in het kader van SEGV-II is uitgevoerd, heeft aan het opbouwen van inzicht in de Nederlandse situatie veel bijgedragen.

3.3.1 *Effect van de sociaal-economische status op gezondheid*

Sociaal-economische gezondheidsverschillen berusten op twee verschillende mechanismen:

- C sociale causatie: een lage sociaal-economische situatie leidt via meer specifieke determinanten tot een slechtere gezondheid
- C sociale selectie: een slechte gezondheidstoestand leidt via negatieve effecten op opleiding en werk tot een lagere sociaal-economische situatie.

Van deze twee mechanismen is sociale causatie verreweg het belangrijkste. Drie groepen determinanten leveren, zo blijkt uit de longitudinale studie, een bijdrage aan het effect van sociaal-economische status op gezondheid: 1) gedrags- en psychosociale factoren, 2) materiele of structurele omgevingsfactoren en 3) gezondheidszorg (zie ook tabel met gegevens uit het GLOBE-onderzoek, Eindhoven).

Gedrags- en psychosociale factoren

Van de gedragsfactoren zijn voor de verklaring van sociaal-economische gezondheidsverschillen het belangrijkste roken, overmatig alcoholgebruik, gebrek aan lichaamsbeweging, geringe consumptie van groente en fruit en overgewicht. Deze factoren komen alle in de lagere sociaal-economische groepen meer voor, en dit draagt bij aan het ontstaan van sommige van de genoemde gezondheidsverschillen, bijvoorbeeld op het gebied van hart- en vaatziekten (Stronks e.a., 1996; Schrijvers e.a., 1999). Uit onderzoek blijkt dat naar schatting 30-40% van de sociaal-economische gezondheidsverschillen wordt verklaard door gedragsfactoren, c.q. leefstijl (Stronks, 1997).

Ook psychosociale factoren dragen bij aan het ontstaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen (10-15%; Stronks, 1997): sommige psychosociale stressoren (bijvoorbeeld langdurige moeilijkheden ten gevolge van financiële problemen) en bepaalde persoonskenmerken die niet bevorderlijk zijn voor de gezondheid (bijvoorbeeld externe beheersingsoriëntatie, hostiliteit) komen meer voor in de lagere sociaal-economische groepen. Ze dragen bij aan een verhoogde frequentie van gezondheidsproblemen en deels indirect via gezondheidsgedrag (bijvoorbeeld meer roken, meer overmatig alcoholgebruik).

Omgevingsfactoren

Ook materiele en structurele (immateriële) omgevingsfactoren dragen bij aan het ontstaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen (schatting op basis van onderzoek; 30 tot 50%; Stronks, 1997). Een laag inkomen en ongunstige arbeidsomstandigheden (in fysieke maar ook psychosociale zin) komen in de lagere sociaal-economische groepen meer voor. Ze dragen bij aan een verhoogde frequentie van gezondheidsproblemen. Speciale aandacht verdient hier nog het *wonen in een achterstandsbuurt*. Er zijn aanwijzingen dat fysieke en sociale buurtkenmerken bijdragen aan het ontstaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen, ook in Nederland (Bosma e.a. 2001; RIVM 2002).

Gebruik en aanbod van gezondheidszorg

Er bestaan in Nederland ondanks de over het algemeen goed toegankelijke gezondheidszorg toch sociaal-economische verschillen in het *gebruik* of (op behoeften afgestemde) *aanbod* van de gezondheidszorg. Zo maken lager opgeleiden minder gebruik van specialistische zorg en past het huidige zorgaanbod niet altijd bij de zorgvraag zoals die zich ontwikkelt in wijken met een veranderende bevolkingssamenstelling en een toenemende instroom van steeds heterogenere groep allochtonen met een andersoortige gezondheidsbeleving en -problematiek (Verheij et.al. 2001).

3.3.2 *Effect van gezondheid op de sociaal-economische situatie*

Naast sociale causatie speelt ook sociale selectie een rol bij de verklaring van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Er zijn geen aanwijzingen dat het in Nederland om een heel belangrijke rol gaat: zo hangen gezondheidsproblemen niet samen met een grotere kans op 'neerwaartse'

beroepsmobiliteit. Wel geven gezondheidsproblemen een grotere kans op uitstroom uit, en een geringere kans op instroom in, het arbeidsproces met de nodige gevolgen voor de inkomenssituatie. De slechte gezondheidstoestand van mensen met een laag inkomen en, omgekeerd, de ongunstige financiële situatie van chronisch zieken berusten deels op het feit dat een slechte gezondheidstoestand een belemmering vormt om betaald werk uit te oefenen (Van de Mheen e.a. 1999; Van Agt e.a. 2000).

Er zijn geen aanwijzingen dat sociaal-economische gezondheidsverschillen berusten op een verhoogd voorkomen van genetische risicofactoren in de lagere sociaal-economische groepen. Wel zouden, voor zover een factor als bijvoorbeeld intelligentie erfelijk is en samenhangt met gezondheid, genetische factoren een indirecte bijdragen kunnen leveren aan sociaal-economische gezondheidsverschillen.

3.4 Aanpak van sociaal-economische gezondheidsverschillen: advies commissie Albeda

Bronteksten: - *Programmacommissie SEGV-II (Commissie Albeda), 2001*
- *Kabinetsstandpunt SEGV, 2001*

Gegeven de diversiteit in oorzaken voor het ontstaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen, is voor een verdere reductie van sociaal-economische gezondheidsverschillen de inzet van interventies en maatregelen op veel beleidsterreinen vereist. Het is evident dat de mogelijkheden die de gezondheidszorg biedt zoveel mogelijk benut moeten worden want vanuit preventie en curatie kan veel gedaan worden aan de vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Daarnaast blijkt uit onderzoek van de landelijke programmacommissie dat veel van de oorzaken van sociaal-economische gezondheidsverschillen niet te beïnvloeden zijn door het gezondheidszorgbeleid. Een substantiële vermindering van die gezondheidsverschillen vereist dan ook de betrokkenheid van andere beleidsterreinen dan die van de (preventieve en curatieve) gezondheidszorg. Voorbeelden hiervan zijn het inkomens- en arbeidsmarktbeleid, het arbeidsomstandighedenbeleid en het Grote Steden Beleid.

Voor substantiële reductie van sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn maatregelen nodig op verschillende terreinen. Op grond van de achtergronden van sociaal-economische gezondheidsverschillen zoals blijkt uit wetenschappelijk onderzoek, kunnen vier aangrijpingspunten voor het verkleinen van deze verschillen worden onderscheiden:

- S** Verkleinen van verschillen in opleiding, inkomen en andere sociaal-economische factoren
- S** Verminderen van de negatieve effecten van gezondheidsproblemen op opleiding, beroepsniveau en inkomen
- S** Verminderen van de negatieve gezondheidseffecten van een lage opleiding, een laag beroepsniveau en een laag inkomen
- S** Verbeteren van toegankelijkheid en effectiviteit van de gezondheidszorg aan lagere sociaal-economische groepen.

Veel van het beleid dat in het verleden op deze beleidsterreinen is gevoerd, heeft een positieve invloed gehad op de gezondheidstoestand van personen die zich in een lagere sociaal-economische situatie bevinden en heeft daarmee bijgedragen aan een verkleining of op zijn minst stabilisatie van de huidige sociaal-economische gezondheidsverschillen (gelijke toegankelijkheid van zorg, beleid ter vermindering van fysiek zwaar werk of expositie aan toxische stoffen, stadsvernieuwing en armoedebestrijding). De huidige gezondheidssituatie van de grote steden vraagt om een geïntegreerde en gestructureerde maatregelen die zich richten op de setting waar de gezondheidsachterstand als gevolg van een sociaal-economische achterstandspositie zich voordoen: een wijkgerichte en intersectorale aanpak.

Ter illustratie enkele gegevens uit de haagse gezondheidsmonitor 2002.

