

Inhoudsopgave

Woord vooraf

Samenvatting

Deel A.

De beleidskaders

Hoofdstuk 1	Inleiding	5
Hoofdstuk 2	Gezondheid, zorg en de rol van de gemeente	7
Hoofdstuk 3	Doelstellingen van het Osse gezondheidsbeleid	10
Hoofdstuk 4	Gezondheid in cijfers	12
Hoofdstuk 5	Toekomstige ontwikkelingen	16
Hoofdstuk 6	Het lokaal gezondheidsbeleid Oss 2008-2011	21

Deel B.

Uitvoeringsprogramma

Hoofdstuk 7	Uitvoeringsprogramma 2008	26
Hoofdstuk 8	Een gezonde wijk	28
Hoofdstuk 9	Een gezonde leefstijl	33
Hoofdstuk 10	Toegankelijke zorg	38
Hoofdstuk 11	De betrokken overheid	42
Tot Slot		45

Bijlagen

Bijlage 1.	Gezondheid in Oss in Cijfers	47
Bijlage 2.	Evaluatie gezondheidsbeleid 2003-2007	53
Bijlage 3.	Afkortingen	55
Bijlage 4.	Geraadpleegde bronnen	56

Samenvatting

In deze nota wordt het Osse gezondheidsbeleid voor de periode 2008-2011 beschreven. Gemeenten zijn wettelijk verplicht elke 4 jaar hun beleidsprioriteiten in een nota vast te leggen. Deze beleidsprioriteiten worden ondersteund door landelijke kaders. Het ministerie van VWS publiceerde in 2006 de nota 'Kiezen voor gezond leven' 2007-2010. Het ministerie constateert hierin dat Nederland internationaal achterop raakt met gezondheid, dat ongezond gedrag flink bijdraagt aan de ziektelast, dat lage sociaal-economische status nadelig is voor de gezondheid en dat er aanzienlijke regionale verschillen in gezondheid en risicofactoren zijn. Naar aanleiding hiervan heeft het ministerie de volgende speerpunten voor het gezondheidsbeleid geformuleerd: **roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie.**

Deze speerpunten gecombineerd met de resultaten van onderzoek dat de GGD heeft uitgevoerd in onze regio levert de volgende Osse beleidsspeerpunten voor de periode 2008-2011:

- Schadelijk alcoholgebruik
- Overgewicht
- Depressie en angststoornissen
- Eenzaamheid
- Aanpak sociaal economische gezondheidsverschillen
- Milieu

We kunnen niet alles in een keer aanpakken. De uitvoering van het gezondheidsbeleid zal plaatsvinden aan de hand van jaarprogramma's. Een aantal ontwikkelingen in 2008 zullen een belangrijke bijdrage leveren in de uitvoering. Denk hierbij aan de vorming van het Centrum voor Jeugd en Gezin, de

ingebruikname van de verwijsindex Zorg voor Jeugd en de afstemming van vraag en aanbod van preventieactiviteiten op het gebied van gezondheid binnen het onderwijs.

In 2008 starten we met een regionaal project preventie alcoholmisbruik onder jongeren, en starten we met een project depressiepreventie. Daarnaast zal er een onderzoek worden verricht naar vraag en aanbod op het gebied van eenzaamheidsproblematiek bij jongeren en ouderen. Jaarlijks zal er een evaluatie plaatsvinden die tevens de opmaat is voor het volgende jaarprogramma.

Deel A

De beleidskaders



1. Inleiding

Een goede gezondheid is het belangrijkste in het leven. Dat vindt althans het overgrote deel van de Nederlandse bevolking. “Ik voel me gezond” betekent voor veel mensen niet vaak naar de huisarts hoeven, regelmatig leven en goed in je vel zitten. In deze nota gaan we uit van de brede definitie van gezondheid zoals die door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is vastgesteld:

Gezondheid is niet alleen de afwezigheid van ziekte en beperkingen maar een toestand van volkomen sociaal, lichamelijk en psychisch welbevinden.

Hoewel het gezondheidsspeil van de Nederlanders hoog is zien we toch dat Nederland haar koppositie in Europa verliest. Met andere woorden Nederland raakt achterop en deze ontwikkeling moeten we met zijn allen zien te keren.

Ook al zijn individuele burgers in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor hun eigen gezondheid, in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) is vastgelegd dat de gezondheid van burgers ook Nederlandse gemeenten aangaat. Zij zijn immers verantwoordelijk voor de uitvoering van preventieve taken “die niet direct voortkomen uit een individuele hulpvraag van de burgers”. De gemeente verwacht aan de ene kant van burgers dat zij zich mede verantwoordelijk voelen voor hun eigen gezondheid, en zal hen daar ook op aanspreken. Aan de andere kant zal de gemeente daar waar nodig, bij bijvoorbeeld kwetsbare groepen, actie ondernemen door ondersteuning, voorzieningen en voorlichting. Dit zal altijd in nauw overleg plaatsvinden met de burgers en de maatschappelijke partners.

Gezondheid is op allerlei manieren verweven met het alledaagse leven en dus ook met de verschillende beleidsvelden binnen onze gemeente. Overzicht en samenhang zijn belangrijke begrippen in een effectief lokaal gezondheidsbeleid. Daarbij

moeten wij ons wel realiseren dat we niet overal invloed op uit kunnen oefenen, en niet alles tegelijkertijd aan kunnen pakken. De gemeente Oss dient zich met name op die terreinen te richten waar ook daadwerkelijk gezondheidseffecten te verwachten zijn. Dit houdt in dat er keuzes gemaakt moeten worden. Dan rijst meteen de vraag hoe maak je die keuzes, wat wel wat niet?

In 2003 heeft de Osse raad de eerste nota vastgesteld. De nu voorliggende nota bouwt voort op de eerste nota, neemt daarbij nieuwe ontwikkelingen mee, ondersteund door landelijk geformuleerde speerpunten. Uiteindelijk formuleren we nieuwe Osse speerpunten waar we de komende jaren mee aan de slag gaan. Deze speerpunten zijn een uitwerking van de kaders die de commissie Maatschappelijke Participatie tijdens de vergadering van 27 november 2007 heeft vastgesteld, waarbij de reacties van de Stichting Cliëntenplatform Oss (SCPO) zijn meegenomen.

Leeswijzer

Deze nota is opgedeeld in 2 delen, het beleidskader in deel A en een uitvoeringsprogramma in deel B. In hoofdstuk 2 zullen we kort ingaan op de geschiedenis van het gezondheidsbeleid en de rol van gemeenten daarin. In hoofdstuk 3 formuleren we de doelstellingen van het Osse gezondheidsbeleid. In hoofdstuk 4 bekijken we de gezondheidssituatie in Nederland in het algemeen en die van Oss in het bijzonder. Hoofdstuk 5 gaat kort in op een aantal autonome ontwikkelingen die van invloed zijn op de gezondheid danwel de toegankelijkheid van de zorg. In hoofdstuk 6 formuleren we de beleidskaders voor de komende periode. In deel B werken we het uitvoeringsprogramma verder uit. In hoofdstuk 8 t/m 11 zullen we de verder ingaan op de plannen voor 2008 op de themagebieden, een gezonde wijk, een gezonde leefstijl, een toegankelijk zorg en de betrokken overheid.

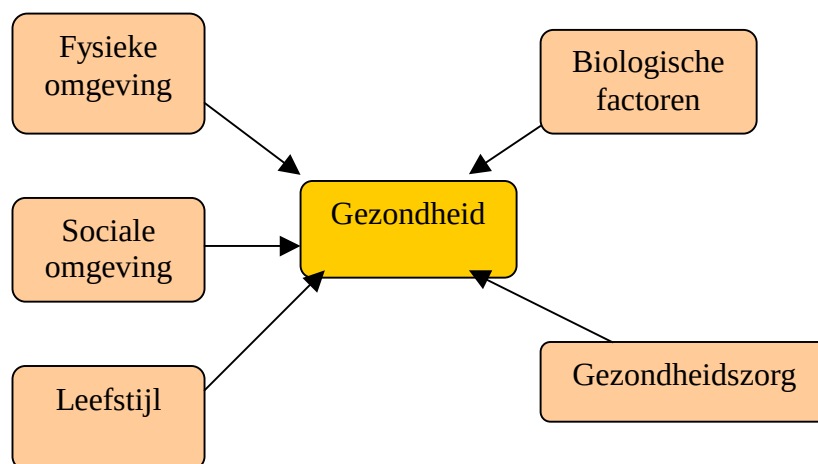
2. Gezondheid, zorg en de rol van de gemeente

Gemeenten zijn van oudsher ‘de hoeder’ van de volksgezondheid. Zij hebben de verantwoordelijkheid op het gebied van de openbare gezondheidszorg en de collectieve preventie. Het lokale gezondheidsbeleid richtte zich voornamelijk op een gezonde leefomgeving en de zorg voor zwakkeren. Eind 19^{de} eeuw uitte zich dat in de steden in armenzorg, riolering, drinkwatervoorziening, vuilafvoer en het oprichten en in stand houden van gemeentelijke gezondheidsdiensten, de GGD’ en.

Na de tweede wereldoorlog werd het gezondheidsbeleid vormgegeven door de landelijke overheid en de medische sector. Dit resulteerde in een voornamelijk medisch en curatief gestuurd beleid. Met de komst van de Wet collectieve preventie Volksgezondheid (WCPV) in 1989 kregen gemeenten een prominentere rol in de vormgeving en uitvoering van dit beleid. De WCPV draagt gemeenten op beleid te ontwikkelen en uit te voeren op de volgende gebieden: epidemiologie; gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen; gezondheidsbevordering; medische milieukunde; technische hygiënezorg; openbare geestelijke gezondheidszorg (dit is per 2007 overgegaan naar de Wet maatschappelijke ondersteuning, de Wmo); infectieziektebestrijding; jeugdgezondheidszorg.

Anno 2008 moeten gemeenten integraal beleid voeren om nieuwe gezondheidsbedreigingen het hoofd te kunnen bieden . Dit betekent een samenhangend beleid voeren op het bevorderen van een gezonde levensstijl en het positief beïnvloeden van de sociale en fysieke omgeving. Hier zien we een sterke relatie tussen de WCPV en de Wmo. De belangrijkste overeenkomst is de uiteindelijke doelstelling van beide wetten: **burgers in staat stellen zo volwaardig en gezond mogelijk te participeren in deze samenleving**. De WCPV is hierbij voorliggend aan de Wmo: preventie gaat vooraf aan ondersteuning (en aan zorg). Hierbij gaat de Wmo uit van een concrete vaak individuele burger die een probleem heeft. Preventie vanuit de

WCPV vindt plaats voordat sprake is van een probleem waarvoor hulp nodig is en gaat uit van collectieve belangen en niet van een individuele vraag. Zowel de WCPV als de Wmo gaat uit van het principe dat iemands welbevinden/ gezondheid sterk afhankelijk is van een aantal factoren. Deze factoren vormen de basis van het model van Lalonde¹:



- a) **Fysieke en sociale omgeving:** denk hierbij aan wonen, milieu, veiligheid, inkomen, onderwijs, arbeid, recreatie, welzijn en sociale contacten;
- b) **Leefstijlfactoren:** het gedrag van mensen is van invloed op hun gezondheid of het ontstaan van ziekte. Verandering van gedrag kan de gezondheid bevorderen (bijvoorbeeld op het gebied van voeding, genotsmiddelen, lichaamsbeweging en seksualiteit).
- c) **Gezondheidszorg:** de beschikbaarheid, bereikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van gezondheidszorgvoorzieningen.
- d) **Biologische en erfelijke factoren:** de aanwezige (aanleg voor) gezondheid of ziekte.

¹ Lalonde, M. A new perspective on the health of Canadians: a working document, minister of supply and services Canada, 1981

Het zijn met name de eerste drie factoren waar het gemeentelijk beleid invloed op uit kan oefenen. De Wmo richt zich daarbij op het mogelijk maken van maatschappelijke participatie. De WCPV richt zich op de bevordering van de gezondheid. Uitgaan van een brede definitie van gezondheid betekent dat maatschappelijke ondersteuning gezien kan worden als een bijdrage aan de bevordering van die gezondheid. Andersom kan gezondheidsbevordering ook bijdragen aan maatschappelijke participatie. Het overstijgende doel van beide wetten is de bevordering van kwaliteit van leven van burgers.

Beide wetten hebben alle burgers van Nederland als doelgroep, burgers met en zonder fysieke, psychische of sociale beperkingen. De WCPV beantwoordt met name de algemene maatschappelijke hulpvraag terwijl de Wmo tevens gehoor geeft aan individuele hulpvragen. Met deze wetten heeft de gemeente sterke instrumenten in handen om gezondheidsbevorderende maatregelen te treffen.

In het volgende hoofdstuk zullen we ingaan op de hoofddoelstellingen van het Osse gezondheidsbeleid.

3. Doelstellingen van het Osse gezondheidsbeleid

We moeten ons realiseren dat effecten van gezondheidsbeleid pas op langere termijn zichtbaar worden. Een termijn die de looptijd van deze nota in ieder geval overschrijdt. Het is daarom van belang ons met name te richten op het proces en het vormgeven van het proces om lange termijn doelstellingen te kunnen realiseren.

Op het gebied van de openbare gezondheidszorg wordt steeds meer regie verwacht van de gemeente. Deze regisseursrol zal de komende jaren duidelijker naar voren moeten komen. Onze partners binnen het gezondheidsbeleid zoals de Gemeentelijke Gezondheidsdienst Hart voor Brabant (GGD HvB), Stichting Thuiszorg Brabant Noord-Oost (STBNO), Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), Stichting Maatschappelijke Werk (SMW) Vivaan, Regionale Instelling Gecoördineerd Ouderenwerk Maasland (RIGOM), Zorg Voor Ouderen Maasland (ZVOM), Novadic Kentron, MEE, Maatschappelijke Opvang, Dichterbij en al die andere organisaties en verenigingen, zowel vrijwillig als professioneel, mogen van de gemeente verwachten dat deze een helder doel voor ogen heeft en van daaruit ook heldere opdrachten zal formuleren. De gemeente verwacht van deze partners een professionele en constructieve opstelling waarbij hun organisatie een middel is om een gezondheidsdoel te bereiken.

De gemeente Oss wil een regisseur zijn met een duidelijk scenario op hoofdlijnen waaraan de spelers, professioneel en vrijwillig, vanuit hun kennis en ervaring invulling geven met als doel een zo groot mogelijk bereik en met behulp van effectieve maatregelen.

Hoofddoelstellingen

Het Osse gezondheidsbeleid kent twee hoofddoelstellingen:

1. het (helpen) verkleinen van de gezondheidsverschillen tussen de Ossenaren en
2. het bijdragen aan de verlenging van de gezonde levensverwachting, het aantal jaren dat in een als positief ervaren gezondheid wordt geleefd en waarin de kwaliteit van leven als goed wordt ervaren.

Om deze hoofddoelstellingen op de lange termijn te kunnen realiseren geven we onszelf voor de komende 4 jaar de volgende opdrachten.

- a. het versterken van het zelfherstellend vermogen van mensen en het bevorderen van de sociale cohesie als basisvoorwaarden voor een positieve gezondheidsbeleving;
- b. het versterken van het zelfherstellend vermogen van kwetsbare wijken;
- c. het bestrijden van vermijdbare gezondheidsrisico's door het bevorderen van positieve leefstijlfactoren, het aanscherpen en consequent handhaven van regels (denk hierbij aan verkoop en gebruik van alcohol, en milieuovertredingen) en het corrigeren van riskant gedrag;
- d. het optimaliseren van de voorwaarden voor een als goed ervaren gezondheid van de Ossenaren, door zwakke schakels te versterken en de toegang tot de zorg te verbeteren;
- e. het verbeteren van de leefomgeving en leefbaarheid.

Met deze hoofddoelstellingen en opdrachten als basis kijken we in het volgende hoofdstuk naar de gezondheidssituatie in Nederland en van Oss in het bijzonder.

4. Gezondheid in cijfers

Lokaal gezondheidsbeleid is zoals gezegd geen op zichzelf staand beleid. Het gaat over grenzen van beleidsterreinen heen en wordt onder andere beïnvloed door landelijke en lokale ontwikkelingen. Daarnaast zien we dat er grote regionale verschillen bestaan met betrekking tot de scores op de gezondheidsindex. Deze index is een samenstelling van scores per regio op het



gebied gezondheid. Denk hierbij aan leefstijl, luchtkwaliteit, sterftcijfers, etc. Dit betekent dus ook dat er regionale verschillen zullen ontstaan in het te voeren beleid. In bovenstaande figuur zien we dat de provincie Noord-Brabant slecht scoort op deze index. Werk aan de winkel dus!

4.1 Landelijke kaders.

Het kabinet heeft in oktober 2006 in de preventienota 'Kiezen voor gezond leven' de landelijke speerpunten voor de collectieve preventie volksgezondheid benoemd. Het ministerie constateert:

- Nederland raakt met gezondheid internationaal achterop;
- Ongezond gedrag draagt flink bij aan ziektelast;
- Lage sociaal-economische status is nadelig voor gezondheid;
- Aanzienlijke regionale verschillen in gezondheid en risicofactoren.

Het ministerie heeft vijf speerpunten geformuleerd die richting moeten geven aan de prioriteiten van de gemeente te weten: **roken, schadelijk alcoholgebruik,**

overgewicht, diabetes en depressie. Deze speerpunten zullen direct of indirect onderdeel uitmaken in de beleidskeuzes van deze nota. De Inspectie Volksgezondheid gaat nadrukkelijk toetsen of bij de uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid de landelijke prioriteiten voldoende worden gevolgd, maar ook of de uitvoering van het beleid effectief is.

Om een goede koppeling te kunnen maken tussen de landelijk vastgestelde speerpunten en het nieuwe Osse gezondheidsbeleid moeten we eerst meer weten over de gezondheid van de Ossenaars.

4.2 Gezondheid in Oss

De GGD Hart voor Brabant heeft in samenwerking met het RIVM in 2006 voor het eerst een regionaal onderzoek² uitgevoerd naar de gezondheid van de inwoners van Brabant. Hieruit zijn ook gegevens³ voortgekomen die specifiek voor Oss gelden. De belangrijkste bevindingen op regionaal niveau gelden ook voor Oss. In bijlage 1. vindt u een uitgebreider verslag van de bevindingen. Naar aanleiding van het onderzoek concludeert de GGD het volgende:

1. de regio scoort op verschillende aspecten van gezondheid, zoals levensverwachting en sterfte aan belangrijke doodsoorzaken (zoals hart- en vaatziekten en kanker), slechter dan Nederland;
2. de totale sterfte in de gemeente Oss is vergelijkbaar met de landelijke cijfers.
3. hart- en vaatziekten en psychische stoornissen zijn de belangrijkste gezondheidsproblemen met de meeste ziektelast;
4. ook binnen de regio bestaan gezondheidsachterstanden;
5. aanzienlijk verlies van gezondheid door ongezond gedrag;

² Gezondheid telt! in Hart voor Brabant, Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006, GGD Hart voor Brabant, 's-Hertogenbosch 2006

³ Gezondheid telt! In Oss, Kernboodschappen voor lokaal beleid, GGD Hart voor Brabant, 's-Hertogenbosch 2007

6. ongezond gedrag van jongeren baart zorgen;
7. in de toekomst is meer en andere zorg nodig;

Uit de cijfers⁴ voor Oss concludeert de GGD dat:

- 1) De levensverwachting van vrouwen in Oss is iets lager dan het landelijke gemiddelde. De levensverwachting van vrouwen in Oss ligt tussen de 79,7 en 81,7 jaar wat iets lager is dan het landelijk gemiddelde.
- 2) De sterfte aan hart- en vaatziekten in Oss is hoger dan het landelijk gemiddelde.
- 3) Eenzaamheid komt ook in Oss veel voor; Van de 19-64 jarigen in Oss voelt 40% zich eenzaam. Van de 65-plussers zelfs 50%.
- 4) De ervaren psychische gezondheid in Oss is vergelijkbaar met de regio. We zien dat hoe ouder men wordt de als slecht ervaren psychische gezondheid toeneemt tot 21 % van de 65-plussers.
- 5) In Oss bestaan grote verschillen in sociaal economische status (SES⁵). In Oss scoren de wijken Centrum, Schadewijk, Megen en bepaalde buurten uit de Ruwaard lager voor wat betreft de sociaal-economische status.
- 6) Het percentage overgewicht bij de jeugd in Oss is hoger dan in de regio. Oss scoort op dit vlak het hoogst in de regio. Bij bijna 50% van de 19-65 jarigen is er sprake van overgewicht.
- 7) Ongezond gedrag bij jongeren komt ook in Oss veel voor. Hiermee wijkt Oss niet af van de regio. Er wordt door jongeren zwaar geïnvesteerd in een ongezonde toekomst

⁴ In bijlage 1 vindt u een uitgebreidere beschrijving van de Osse gezondheidssituatie.

⁵ Sociaaleconomische status (ses): positie die iemand inneemt op de maatschappelijke ladder, gemeten aan de hand van opleiding, inkomen of beroepsstatus.

8) De alcoholconsumptie bij de jongeren is zorgwekkend. Meer dan de helft van de jongeren van 12-17 jaar heeft recent alcohol gedronken. We zien ook dat jongeren steeds op jongere leeftijd meer gaan drinken.

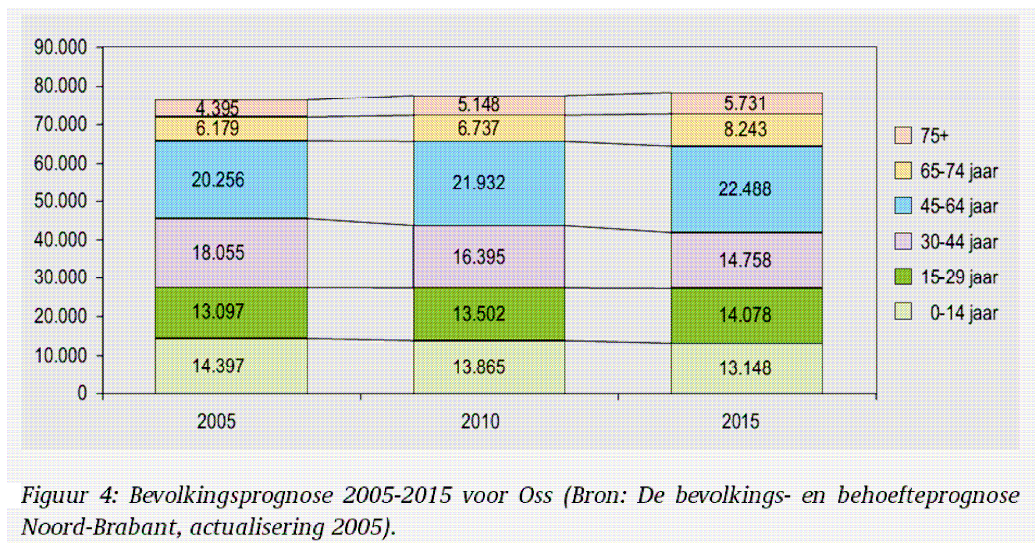
Conclusie

De conclusies zijn duidelijk. In het algemeen wijkt de gezondheidssituatie in Oss niet af van de regionale en landelijke cijfers. Maar de cijfers laten wel zien dat er door jong en oud fors geïnvesteerd wordt in een ongezonde toekomst. Deze huidige stand van zaken zetten we in het volgende hoofdstuk af tegen de ontwikkelingen die we de komende jaren kunnen verwachten.

5.Toekomstige ontwikkelingen.

5.1 Demografie: Bevolking Oss vergrijst

Net als in de regio laat de bevolkingsprognose voor Oss een kleine groei zien (figuur 4).



De verwachting is dat het aantal inwoners in de periode 2005 tot 2015 stijgt met 3% tot bijna 78.500 inwoners. Het aantal 65-plussers in de bevolking stijgt in deze periode met 32% tot bijna 14.000. Daarbij is de stijging van de jongere ouderen (65 t/m 74 jaar) net iets groter dan van de 75-plussers. Hierin verschilt Oss van de regio. Er is wel sprake van vergrijzing, maar niet van een dubbele vergrijzing⁶. Het aantal ziektegevallen in Oss zal door de vergrijzing aanzienlijk toenemen en daarmee ook het zorggebruik. Net als in de regio mag verwacht worden dat vooral chronische ziekten zullen toenemen en dat het zorggebruik toeneemt en verschuift van genezing naar verpleging en verzorging. Aan de andere kant neemt het aantal 30- t/m 64-jarigen in Oss de komende tien jaar iets af, terwijl bijna driekwart van de mantelzorgers uit deze leeftijdsgroep komt. Aandachtspunt in Oss is ook de te

⁶ Demografische ontwikkeling waarin het aandeel van ouderen in de totale bevolkingsopbouw toeneemt, terwijl ze ook een steeds hogere leeftijd bereiken.

verwachte toename van oudere (niet-westerse) allochtonen, wat een gewijzigde vraag en aangepast aanbod in de zorg zou kunnen betekenen. In de toekomst zal door de groei en het ouder worden (vooral 75- plussers) van de bevolking het aantal nieuwe gevallen van infecties, rugaandoeningen en ongevallen en het voorkomen van hartfalen, gezichtsstoornissen, beroertes en coronaire hartziekten relatief sterk toenemen. Ook het zorggebruik in de sectoren verzorging, verpleging en thuiszorg neemt relatief sterk toe.

5.2 Het zorgaanbod.

Het **ziekenhuis** Bernhoven zal in zijn huidige omvang uit Oss verdwijnen. In 2012 zal er een nieuw ziekenhuis in gebruik worden genomen in Uden dat de regio Oss, Uden en Veghel moet gaan bedienen. Dit betekent dat de Ossenaren vanaf 2012 voor operaties en opnames niet meer in Oss terecht kunnen. Daarvoor in de plaats krijgen Oss en Veghel een ziekenhuissteunpunt. De komende tijd zal duidelijk moeten worden hoe deze ziekenhuissteunpunten eruit komen te zien en welke specialismen erin vertegenwoordigd zullen zijn. De gemeente Oss blijft in overleg met het ziekenhuis hierover.

Op het gebied van de **jeugdgezondheidszorg** zal de komende jaren ook het een en ander veranderen. De gemeente Oss streeft een **integrale jeugdgezondheidszorg** na die alle kinderen van 0-19 nauwkeurig in beeld houdt. Op dit moment is dit naar onze mening nog onvoldoende gewaarborgd. De komende tijd wordt hard gewerkt om hier verbetering in te bewerkstelligen. Door een aantal ontwikkelingen zoals de oprichting van het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) en de invoering van de signaleringsindex Zorg voor Jeugd is de integrale organisatie van JGZ 0-19 jaar onvermijdelijk geworden. Steeds vaker zijn de schotten tussen de organisaties en afstemmingsproblemen belemmeringen om de ontwikkelingen op dit terrein vorm te geven. Eén gezin, één kind, één plan is het uitgangspunt.

De oprichting van het CJG zal hierbij als een katalysator werken. Door de CJG ontwikkeling is de noodzaak van een integrale JGZ 0-19 jaar onvermijdelijk geworden. JGZ wordt namelijk de ruggengraat van het laagdrempelige toegankelijk loket voor alle “opvoed- en opgroevragen.”

Op de tweede plaats zullen we dus de discussie moeten aangaan over de huidige uitvoeringsstructuur van de jeugdgezondheidszorg. Deze is op dit moment verdeeld over twee organisaties, de 0 tot 4 jarigen gaan naar de consultatiebureaus van STBNO, terwijl de 4-19 jarigen door de GGD worden gezien. De vraag die wij ons moeten stellen is welke structuur voldoende waarborg biedt voor een optimale integrale JGZ 0-19 jaar. Wij vinden deze discussie essentieel voordat we besluiten om grote investeringen te gaan doen voor de invoering van het Elektronisch Kinddossier. De ontwikkeling van een integrale JGZ speelt ook landelijk en in tal van gemeenten is dit al gerealiseerd.

Momenteel kampen we met een aantal huisvestingsproblemen voor de consultatiebureaus voor de kinderen van 0-4 jaar. Ons beleid is er echter erop gericht een zo goed mogelijke spreiding van deze voorzieningen te bewerkstelligen. Wij willen de consultatiebureaus dan ook zo veel mogelijk beschikbaar houden in de wijken. Onze voorkeur gaat hierbij uit naar bundeling met andere functies, zoals horizonscholen en gezondheidscentra.

Op het gebied van **ouderenzorg** kijken we in hoeverre het bestaande aanbod van zorg en welzijnsvoorzieningen voldoen aan de huidige en toekomstige vraag van ouderen. Hierbij kijken we naar het aanbod op wijkniveau, maar ook op individueel niveau. Door de vergrijzing en doordat mensen steeds langer thuis blijven wonen zal de leef- en woonomgeving hierop aangepast dienen te worden. Ook de

zorgbehoefte zal anders gaan worden. Samen met onze partners zullen we gaan kijken hoe wij op deze ontwikkelingen moeten reageren.

5.3 Gezondheidsbedreigingen.

Het niveau van gezondheidsbescherming in Nederland is hoog. Maar toch zien we oude en nieuwe infectieziekten de kop op steken. Dachten we de meeste infectieziekten uitgebannen te hebben, door het toegenomen internationaal verkeer duiken ze weer op. Denk bijvoorbeeld aan t.b.c. Ook de uitbraak van de Q-koorts in Herpen staat nog goed op ons netvlies. Dit levert nogmaals het bewijs dat we waakzaam moeten blijven.

Het beleid van de zowel de landelijke als de lokale overheid moet verder gericht zijn op permanente signalering van zich ontwikkelende bekende risico's en nog onbekende risico's. Bij de overheid rust de taak om de bevolking daarover op adequate wijze voor te lichten, waarbij zij de norm stelt van wat wel en wat niet tot een aanvaardbaar risico moet worden gerekend.

Denk hierbij aan de luchtkwaliteit die door de uitstoot van fijnstof door industrie en verkeer zwaar onder druk komt te staan. Andere milieufactoren, zoals stank-, geluids, en trillingsoverlast en straling kunnen ook van invloed zijn de gezondheid van burgers.

Allemaal tekenen dat gezondheid altijd aandacht behoeft en nooit een vanzelfsprekendheid is. We kunnen niet alle gezondheidsrisico's wegnemen. Maar daar waar mogelijk zullen wij met onze partners actie ondernemen door ondersteuning, voorzieningen en voorlichting.

5.4 Nieuwe verantwoordelijkheden

Met de veranderingen binnen het zorgstelsel, waaronder de invoering van de Wmo en het proces van extramuralisering zien we een verschuiving van taken en verantwoordelijkheden. Zo krijgt de gemeente via de Wet maatschappelijke ondersteuning steeds meer taken in haar pakket die voorheen via de AWBZ werden geregeld en gefinancierd. Met deze nieuwe taken krijgt de gemeente ook steeds meer te maken met partijen zoals de zorgverzekeraars en het zorgkantoor.

Daarnaast merken wij ook dat er op een aantal zorggebieden nog grijze vlekken bestaan. Denk hierbij aan de financiering van preventieve activiteiten op het gebied van gezondheid, of de financiering van de huisvesting van Hospices. Landelijk zijn er allerlei ontwikkelingen gaande om de financiering te stroomlijnen, maar in de tussentijd willen wij als gemeente ook onze verantwoording nemen voor belangrijke voorzieningen. Wij vragen hierbij wel nadrukkelijk de medewerking van derden, zoals de zorgverzekeraars.

Conclusie

De huidige gezondheidssituatie van de Ossenaren gecombineerd met de huidige en toekomstige ontwikkelingen is voor ons reden fors te investeren in de gezondheid van de Ossenaren en Oss in het algemeen. In hoofdstuk 6 geven we aan op welke wijze wij dit in de periode 2008-2011 zullen vormgeven.

6 Het lokaal gezondheidsbeleid Oss 2008-2011

Nu we hebben gezien wat de huidige gezondheidssituatie in Oss is en de nieuwe ontwikkelingen die ons staan te wachten is het tijd om ons te richten op de vraag:

wat gaan we de komende jaren ondernemen om onze burgers zo goed mogelijk te beschermen, voor te bereiden en te ondersteunen om gezondheidsproblemen te voorkomen, uit te stellen, danwel te verminderen?

Als regisseur dienen we hierin keuzes te maken, waarbij wij er vanuit gaan dat het richten op een aantal gezondheidsbedreigingen bij een aantal specifieke doelgroepen de meeste gezondheidswinst op zal leveren. Concentreren van de inzet en aandacht op een beperkt gebied. Na overleg met de Stichting Cliëntparticipatie Oss (SCPO) en de commissie Maatschappelijke participatie levert dit de volgende beleidskaders op.

6.1 Speerpunten van beleid

De landelijk geformuleerde speerpunten uit de preventienota “Kiezen voor Gezond leven van VWS”: roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie, zullen lokaal ook in meer of mindere mate aan de orde komen. Oss maakt hier wel een duidelijke keuze in. De speerpunten van het Osse gezondheidsbeleid voor de komende periode 2008-2011 zijn:

- schadelijk alcoholgebruik
- overgewicht
- depressie en angststoornissen
- eenzaamheid
- aanpak sociaal-economische gezondheidsverschillen
- Milieu en gezondheid

Op het gebied van roken zullen wij naast de landelijke programma's geen extra inspanningen verrichten. Rookpreventie zal wel onderdeel uit blijven maken van de preventieprogramma's op scholen en de reguliere preventietaak van de GGD.

Ook zal de gemeente Oss geen specifiek beleid ontwikkelen ter preventie van diabetes. Wij zijn namelijk van mening dat dit punt voldoende aandacht krijgt via het speerpunt overgewicht en leefstijl.

6.2 Doelgroepen en beleid

Zoals gezegd moeten we keuzes maken. Kijken we naar de gezondheidssituatie van de verschillende bevolkingsgroepen in Oss, dan mogen we concluderen dat de meeste gezondheidswinst is te behalen bij de volgende doelgroepen:

- **Jeugd van 0-19 jaar.** Jong geleerd is oud gedaan. Ongezond gedrag op latere leeftijd vindt zijn basis al op jonge leeftijd. Bijvoorbeeld kinderen met drinkende en/of rokende ouders zullen eerder zelf ook gaan drinken en/of roken. Preventie op jonge leeftijd levert veel gezondheidswinst op in de toekomst.
- **Ouderen.** De bevolking vergrijst en daarmee stijgt ook het aantal gezondheidsklachten. Door goede voorlichting en preventie kunnen veel problemen voorkomen en/of uitgesteld worden.
- **Burgers met een lage ses-score** (sociaal economische status). Deze groep heeft vaker een ongezondere leefstijl. In deze doelgroep kan gezondheidswinst worden behaald via het wijkgericht gezondheidswerk. In het uitvoeringsprogramma A gaan we hier uitgebreid op in.

Verbinden we onze speerpunten van beleid aan deze doelgroepen dan komen we tot het volgende overzicht, waarbij de groene vlakken aangeven dat er bij een bepaald thema/doelgroep actie ondernomen wordt:

	Thema's/Doelgroepen	Jongeren	Ouderen	Lage Ses	Algemeen
Leefstijl	Schadelijk alcoholgebruik				
	Overgewicht				
	Depressie en angststoornissen				
	Eenzaamheid				
	Sociaal-economische gezondheidsverschillen				
	Milieu-invloeden				

Het zwaartepunt van ons beleid richt zich voornamelijk op jeugd en ouderen omdat daar de meeste gezondheidswinst te behalen valt. De meeste thema's vallen onder het kopje leefstijl.

6.3 De Beleidsinstrumenten

De beleidsinstrumenten die we inzetten moeten bij voorkeur aan een aantal voorwaarden voldoen. Op de eerste plaats moet er sprake zijn van de **inzet van beproefde methodes** (Evidence-based). Dit houdt in dat de beleidsinstrumenten die we inzetten (zoals cursussen, behandeling, aanpak) hun waarde bewezen moeten hebben. Alleen op die wijze kunnen we ervan uitgaan dat de ingezette middelen ook effectief kunnen zijn. Op de tweede plaats dienen **contactmomenten** met burgers zoveel als mogelijk **op wijkniveau** plaats te vinden. De gemeente Oss heeft de wijkgerichte aanpak hoog in het vaandel staan. Probeer de problemen zo dicht mogelijk bij de burgers aan te pakken en op te lossen. De wijk is hiervoor bij uitstek de juiste plek. Op de derde plaats moet er **overzicht en samenhang** bestaan tussen de diverse activiteiten en projecten. Overlap moet voorkomen worden en grijze vlekken opgevuld.

6.4 De financiële kaders

In eerste instantie zal er sprake zijn van accentverschuivingen in het takenpakket van de uitvoerende partijen. Dit houdt dus in dat de reguliere middelen anders ingezet worden. De begroting voor 2008 voor het gezondheidsbeleid ziet er als volgt uit:

Begroting gezondheidsbeleid 2008

GGD	2008
uniform	€ 924.110,00
lokale accenten	€ 111.874,00
totaal	€ 1.037.992,00
STBNO JGZ 0-4 jaar	
uniform	€ 864.794,00
maatwerk	€ 67.626,00
totaal	€ 932.420,00
Wijkgezondheidswerk	€ 70.000,00
Ontwikkelbudget Zorg	€ 200.000
Totaal	€ 2.240.412,00

In de programmabegroting 2008 –2011 zijn ook extra middelen opgenomen. Voor 2008 een ontwikkelbudget zorg van € 200.000 en voor het Wijkgezondheidswerk voor de jaren 2008-2010 jaarlijks € 70.000.

In deel B gaan we in op de concrete doelstellingen en instrumenten om de in dit deel A genoemde beleidsdoelstellingen te bereiken.

DEEL B.

Uitvoeringsprogramma 2008

Hoofddoelstellingen

1. het (helpen) verkleinen van de gezondheidsverschillen tussen de Ossenaren en
2. het bijdragen aan de verlenging van de gezonde levensverwachting, het aantal jaren dat in een als positief ervaren gezondheid wordt geleefd en waarin de kwaliteit van leven als goed wordt ervaren.

Opdrachten

- a. het versterken van het zelfherstellend vermogen van mensen en het bevorderen van de sociale cohesie als basisvoorwaarden voor een positieve gezondheidsbeleving;
- b. het versterken van het zelfherstellend vermogen van kwetsbare wijken;
- c. het bestrijden van vermijdbare gezondheidsrisico's door het bevorderen van positieve leefstijlfactoren, het aanscherpen en consequent handhaven van regels (denk hierbij aan verkoop en gebruik van alcohol, en milieuovertredingen) en het corrigeren van riskant gedrag;
- d. het optimaliseren van de voorwaarden voor een als goed ervaren gezondheid van de Ossenaren, door zwakke schakels te versterken en de toegang tot de zorg te verbeteren;
- e. het verbeteren van de leefomgeving en leefbaarheid.

7. Uitvoeringsprogramma 2008

7.1 Inleiding

Investeren in gezondheid kost tijd. Mogelijke effecten zijn vaak pas na vele jaren zichtbaar. Toch is het belangrijk dat de ingezette beleidsinstrumenten nauwlettend gevolgd worden. Daarom gaan we werken met jaarplannen. Hiermee beogen we het lokaal gezondheidsbeleid dynamisch te houden. Dit betekent niet dat we na elk jaar het roer drastisch om gaan gooien, maar het geeft ons wel de ruimte om beleid bij te sturen en nieuwe initiatieven toe te voegen. Dit houdt in dat we jaarlijks aangeven welke specifieke projecten er voor het volgende jaar op het programma staan. Daarnaast wordt er meteen een evaluatie gegeven van de projecten van het afgelopen jaar.

7.2 Themagebieden

De in deel A geformuleerde doestellingen en opdrachten (zie kader vorige pagina) zullen we in dit uitvoeringprogramma clusteren in themagebieden. In eerste instantie zal het gezondheidsbeleid zich de komende jaren vooral richten op de volgende themagebieden:

- A. een gezonde wijk (opdracht a,b,c,e)
- B. een gezonde leefstijl (opdracht a,c)
- C. toegankelijke zorg (opdracht d)
- D. een betrokken overheid: gemeente Oss als regisseur

In dit deel werken we per themagebied de geformuleerde opdrachten uit in concrete doelstellingen die, zoveel als mogelijk, SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden) zijn geformuleerd.

Per doelstelling geven we aan:

1. Wat is het probleem?
2. Wat willen we bereiken?
3. Wanneer zijn we tevreden?
4. Welke instrumenten zetten we in?

Per themagebied geven we eerst een inhoudelijke beschrijving van het beoogde project alvorens we deze in het uitvoeringsprogramma SMART uitwerken.



Hoofdstuk 8

Een Gezonde Wijk

8.1 Sociaal economische gezondheidsverschillen

Het wijkgezondheidswerk (WGW) als onderdeel van het wijkgericht werken is een instrument dat ingezet wordt om sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) tussen wijken aan te pakken. Het WGW is gestoeld op de leefgemeenschapsbenadering⁷. Kenmerkend voor deze benadering is dat deze uitgevoerd wordt binnen een bepaalde leefgemeenschap, vanuit het idee dat de omgeving waar iemand leeft, werkt en/of naar school gaat voor een deel ook iemand gedrag en gezondheid bepaalt. Een leefgemeenschap kan naar geografische grenzen verwijzen, zoals bijvoorbeeld een wijk, maar refereert ook aan de onderlinge relaties en interacties tussen leden van een bepaalde gemeenschap, denk bijvoorbeeld aan een school of een vriendenclub. De keuze voor deze werkwijze is ingegeven door het feit dat het gedrag van mensen en de sociale en fysieke omgeving waarin zij leven van invloed zijn op de gezondheid. Het gedrag van mensen wordt daarnaast ook weer eens beïnvloed door verschillende individuele en omgevingsfactoren. Het positief beïnvloeden van deze factoren kan de gezondheidssituatie van een individu of een gemeenschap verbeteren.

Voor 2008 continueren we de projecten in de wijken Schadewijk en Ruwaard. Het is de bedoeling dat als deze projecten aanslaan we deze verder uitrollen over andere wijken en dorpen van Oss. Hiervoor krijgt deze aanpak tot en met 2010 de tijd om haar waarde te bewijzen. In 2010 komen we met een uitvoerige evaluatie.

⁷ Dit is een vrije vertaling van het begrip 'community approach'

8.2 Een ongezond milieu

Vaak worden de effecten van het milieu op de gezondheid pas duidelijk nadat een project is uitgevoerd. De Gezondheidseffectscreening Stad & Milieu (GES) is een instrument waarmee een gemeente vooraf inzicht krijgt in de verschillende factoren die van invloed zijn op de gezondheid van de (toekomstige) bewoners. Het geeft een goed beeld van de gezondheidkundige knelpunten en kansen bij ruimtelijke, herstructurerings- of verkeersplannen. De GES is ontwikkeld in opdracht van de ministeries van VWS en VROM. Een GES kan bij veel projecten en plannen een zeer waardevolle investering zijn, waardoor een gemeente een beter plan kan maken, toekomstige problemen voorkomt en op termijn fors kan besparen.

Door een GES uit te voeren krijgen we bij beoogde projecten inzicht in:

1. Welke bronnen van milieuverontreiniging aanwezig zijn;
2. Hoe hoog de milieubelasting is voor bewoners ter plaatse;
3. Hoeveel mensen hieraan zijn blootgesteld en of daar kwetsbare groepen bij zijn;
4. Tot welke gezondheidseffecten dit mogelijk kan leiden;
5. Hoe de gemeente tot een gezonde inrichting van het gebied kan komen.

Met dit inzicht kan de politiek een weloverwogen besluit nemen over hoe bepaalde projecten uit te voeren. De gemeente Oss zal standaard bij bouw, ruimtelijke, herstructurerings- en verkeersplannen een gezondheidseffectscreening uitvoeren. Dit zal in eerste instantie door de afdelingen milieu en maatschappelijke ondersteuning en wijkzaken opgepakt worden. Deze zullen in samenspraak met de projectleiding bepalen of er een uitgebreide GES uitgevoerd dient te worden.

Wat is het probleem?	Wat willen we bereiken?	Wanneer zijn we tevreden?	Welke instrumenten zetten we in?	Bekostiging
Sociaal economische gezondheidsverschillen	• het versterken van het zelfherstellend vermogen van mensen en het bevorderen van de sociale cohesie als basisvoorwaarden voor een positieve gezondheidsbeleving; • het versterken van het zelfherstellend vermogen van kwetsbare wijken;	▪ Bewoners staan open voor en hebben een positieve houding ten opzichte van een gezonde leefstijl. ▪ Bewoners weten hoe ze hun gezondheid positief kunnen beïnvloeden. ▪ Bewoners zijn beter op de hoogte van de gezondheidszorgvoorziening in de wijk/stad. ▪ Het aanbod van de gezondheidsvoorzieningen sluit beter aan bij de behoeften/ vraag van de bewoners. ▪ Eind 2010 ligt er een evaluatie van de resultaten van het wijkgezondheidswerk.	▪ Wijkgezondheidswerk. De GGD zal in de periode 2008-2010 in de wijken Schadewijk en Ruwaard het WGW continueren. ▪ Parallel aan deze uitvoering zal er een onderzoek (monitor) plaatsvinden van de effecten van het wijkgezondheidswerk.	De raad heeft voor het wijkgezondheidswerk voor de jaren 2008, 2009 en 2010, € 70.000,00 jaarlijks opgenomen in de begroting. De monitor wordt bekostigd vanuit het fonds zorg.

Wat is het probleem?	Wat willen we bereiken?	Wanneer zijn we tevreden?	Welke instrumenten zetten we in?	Bekostiging
Een ongezond buitenmilieu	• het verbeteren van de leefomgeving en leefbaarheid. • het bestrijden van vermijdbare gezondheidsrisico's door het aanscherpen en consequent handhaven van regels.	▪ Het is van belang standaard bij nieuwe ontwikkelingen (nieuwbouw, herstructurering e.d.) inzicht te krijgen in de gevolgen van milieu-invloeden op de volksgezondheid. ▪ Daar waar mogelijk willen we de schadelijke gevolgen van milieu-invloeden, zoals fijnstof, geluids- en stankoverlast en straling, inzichtelijk maken en daar waar mogelijk voorkomen, vermijden en/of verminderen.	▪ Inzet van een gezondheidseffect-screening (GES) bij nieuwe projecten ▪ De GGD kan de gemeente verder ondersteunen met milieukwesties.	▪ In het uniform pakket van de GGD zijn uren opgenomen voor advisering op het gebied van milieuvraagstukken. ▪ Inzet van een GES zal vanuit de projecten zelf (extern) bekostigd moeten worden.

Hoofdstuk 9

Een Gezonde Leefstijl

9.1 Inleiding

Willen we als gemeente een gezonde levensstijl van onze burgers bevorderen dan moeten we ons met name richten op de positieve resultaten van gezond gedrag. We mogen aannemen dat de meeste mensen wel weten dat roken, te veel drinken, slecht eten en te weinig bewegen slecht zijn voor de gezondheid. Wij moeten manieren vinden om mensen te verleiden om gezond te gaan leven. Een belangrijke plek hiervoor is het onderwijs. In samenwerking met de GGD en het primair-, voortgezet- en beroepsonderwijs is het project **‘gezondheid, veiligheid en sociale competenties (‘Projectencarrousel’)** opgestart.

Het doel van dit project is om binnen een periode van vier jaar een uitgebalanceerd projectaanbod voor scholen van basisonderwijs, voortgezet onderwijs, MBO en speciaal onderwijs te realiseren waarbij structureel aandacht wordt besteed aan gezondheid, veiligheid en sociale competenties. Op deze wijze willen we ‘leefstijlaspecten’ integreren in het curriculum van het onderwijs.

In deel A hebben we aangegeven dat we ons op het gebied van leefstijl voornamelijk zullen gaan richten op de volgende thema’s en doelgroepen.

	Thema’s/Doelgroepen	Jongeren	Ouderen	Lage Ses
Leefstijl	Schadelijk alcoholgebruik			
	Overgewicht			
	Depressie en angststoornissen			
	Eenzaamheid			

9.2 Schadelijk alcoholbeleid

Naast het bestaande pakket van voorlichting via de scholen en de uitvoering van de ‘projectencarrousel’ zal er in 2008 een begin worden gemaakt met een meerjarig regionaal alcoholpreventieproject onder jongeren. Dit project is gefocust op alcoholgebruik onder jongeren, waarbij de nadruk ligt op de volgende hoofddoelstellingen:

- *het opschuiven van de startleeftijd van alcoholgebruik onder jongeren;*
- *het terugdringen van overmatig en problematisch alcoholgebruik onder jongeren*

Belangrijke participanten in dit project zijn: gemeenten, politie, horeca, scholen, detailhandel en ouders.

9.3 Overgewicht

Overgewicht kan op verschillende manieren worden aangepakt. Interventies hebben meestal alleen zin als er vanuit meerdere kanten wordt ingegrepen. Overgewicht kan worden aangepakt door mensen te informeren over voeding en leefstijl, daarnaast kunnen bewegings- en sportactiviteiten een belangrijke bijdrage leveren. Een belangrijke vindplaats voor deze problematiek is het onderwijs. Scholen kunnen met een samenhangend en afgestemd aanbod leerlingen en hun ouders op een effectieve wijze voorlichten en ondersteunen. Het bewustwordingsproces betreffende voeding en beweging richting ouders dient zo vroeg mogelijk te beginnen. Hier zullen we ook de verloskundigenpraktijken, de consultatiebureaus, de kinderopvanginstellingen en de peuterspeelzalen bij betrekken. Gezonde voeding en beweging is voor alle leeftijden van belang, maar ook hier geldt: jong geleerd is oud gedaan.

9.4 Depressie en angstoornissen

Het platform OGGZ (Openbare Geestelijke Gezondheidszorg) heeft in 2007 de nota 'Leve(n) de GGZ Preventie' gepresenteerd. De nota beschrijft een evaluatie van het huidige preventie-aanbod voor GGZ problemen binnen de regio Brabant Noordoost en geeft advies over zowel inhoud als aansturing. De nota benoemt de volgende thema's en doelgroepen als belangrijke speerpunten:

1. depressie en angststoornissen;
2. kinderen van ouders met psychiatrische problemen;
3. kinderen van Verslaafde Ouders

Deze speerpunten sluiten goed aan bij de speerpunten van ons lokaal gezondheidsbeleid. Hierbij nemen we het advies van het Platform OGGZ ook integraal over in ons lokaal gezondheidsbeleid. Daarnaast zullen wij ons in 2008 ook meer specifiek richten op depressie en angstoornissen bij allochtone vrouwen in Oss. Uit de conclusies van de volwassenenmonitor 2005 van de GGD blijkt dat deze groep vrouwen extra vaak met deze problemen te maken krijgt.

9.5 Eenzaamheid en sociaal isolement

Veel mensen, oud en jong voelen zich eenzaam. Door het ontbreken van een sociaal netwerk neemt, afgezien van de kwaliteit van het leven, de afhankelijkheid van en de druk op de professionele zorg toe. Wij streven ernaar zoveel mogelijk mensen met eenzaamheidsproblematiek met een gepast aanbod een helpende hand te bieden. Hiervoor hebben we wel eerst zicht nodig op het huidige aanbod van eenzaamheidsprojecten en hoe die zich verhouden tot de vraag van de burgers. Daarnaast zullen we in 2008 gaan onderzoeken of er behoefte is aan een soort consultatiebureau voor ouderen, en zo ja hoe dit er dan uit moet komen te zien.

Wat is het probleem?	Wat willen we bereiken?	Wanneer zijn we tevreden?	Welke instrumenten zetten we in?	Hoe financieren wij het?
Schadelijk alcoholgebruik door de jeugd	- het opschuiven van de startleeftijd van alcoholgebruik onder jongeren; - het terugdringen van overmatig en problematisch alcoholgebruik onder jongeren	Na afloop van het project dient er een duidelijke verbetering te bestaan ten aanzien van het alcoholmisbruik ten opzichte van de cijfers van 2006.	- projectencarrousel - Regionaal project preventie schadelijk alcoholgebruik. - Adviezen en interventies uit de Nota Platform OGGZ: Leve(n) de GGZ preventie. 1.Voorlichting 2.Ondersteuning 3.Aanbod preventieprogramma's	Vanuit het ontwikkelbudget zorg.
Wat is het probleem?	Wat willen we bereiken?	Wanneer zijn we tevreden?	Welke instrumenten zetten we in?	Hoe financieren wij het?
Overgewicht	- Bewustwording bij jongeren en hun ouders van effecten overgewicht. - Stimuleren van gezond gedrag	Eind 2008 zijn minimaal 2 nieuwe initiatieven van start gegaan op het gebied van gezonde voeding en beweging voor kinderen en hun ouders.	- projectencarrousel - Consultatiebureau's - Voorlichting door de GGD - Wijkgezondheidswerk - Contacten met kinderopvangorganisaties	- Lokale accenten GGD - Reguliere middelen uit de begroting.

Wat is het probleem?	Wat willen we bereiken?	Wanneer zijn we tevreden?	Welke instrumenten zetten we in?	Hoe financieren wij het?
Depressie en Angststoornissen	• Vergroten van het bereik door meer afstemming en samenwerking met de professionele organisaties • Het ontwikkelen van een integraal programma preventie depressie en angststoornissen, met speciale aandacht voor allochtone vrouwen. • Inzicht krijgen in de doelgroep kinderen van kwetsbare ouders en een passend aanbod ontwikkelen.	• Er dient een afgestemd aanbod te liggen voor scholen en ouders op het gebied van depressie en angststoornissen dat opgenomen kan worden in het curriculum. • De adviezen met de daaraan gekoppelde acties uit de nota van het OGGZ platvorm dienen in uitvoeringsprogramma's geoperationaliseerd te zijn.	• Adviezen en interventies uit de Nota Platform OGGZ: Leve(n) de GGZ preventie. 1.Voorlichting 2.Ondersteuning 3.Aanbod preventieprogramma's • Projectencarrousel	▪ In de meerjarenbegroting is € 30.000,00 opgenomen voor OGGZ projecten. ▪ accentverschuivingen in de lokale accenten van de GGD en het maatwerk van de STBNO.
Wat is het probleem?	Wat willen we bereiken?	Wanneer zijn we tevreden?	Welke instrumenten zetten we in?	Hoe financieren wij het?
Eenzaamheid en sociaal isolement	▪ Mensen stimuleren deel te nemen aan sociale activiteiten. ▪ Betere signalering van sociaal isolement door professionals. ▪ Betere follow-up van geconstateerde problemen. ▪ Aanbod van informatie en advies afgestemd op de behoefte van ouderen	▪ Er dient een duidelijk overzicht te bestaan tussen vraag en aanbod op het gebied van eenzaamheidsproblematiek. ▪ Er dient duidelijk te zijn of een 'consultatiebureau' voor ouderen levensvatbaar is.	▪ Projectencarrousel ▪ In 2008 willen we een onderzoek uit laten voeren om een helder overzicht te krijgen van de vraag en het aanbod op het gebied van eenzaamheidsproblematiek. ▪ In 2008 zullen we ook de behoefte en de mogelijkheden onderzoeken voor een soort 'consultatiebureau' voor ouderen.	▪ Dit onderzoek zal worden bekostigd vanuit het budget voor de lokale accenten van de GGD hart voor Brabant. ▪ Dit onderzoek zal worden bekostigd uit het ontwikkelbudget zorg.

Hoofdstuk 10

Toegankelijke zorg

10.1 Bereikbaarheid en toegankelijkheid van zorg.

De beschikbaarheid, bereikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van gezondheidszorgvoorzieningen is een belangrijke voorwaarde voor een goede gezondheid. Op dit gebied spelen er de komende tijd een aantal belangrijke zaken. Het ziekenhuis Bernhoven zal in 2012 verhuizen naar Uden. Hiervoor in de plaats komt er in Oss een ziekenhuissteunpunt. De gemeente wil dat dit steunpunt zodanig wordt ingericht dat de meest essentiële zorg in Oss bereikbaar blijft. Tevens pleit de gemeente ervoor een zo uitgebreid mogelijk diagnostisch centrum in Oss te behouden. Hiervoor zal de gemeente in nauw overleg met ziekenhuis Bernhoven blijven. Daarnaast is de gemeente Oss op dit moment bezig een visie te ontwikkelen op woonservicezones, met als doel het mogelijk maken van een gebiedsgerichte afstemming van wonen, welzijn en zorg. Ook zullen we in 2008 overleg gaan voeren met de eerste lijnszorg. Dit om te onderzoeken of en zo ja waar we elkaar in kunnen ondersteunen.

10.2 Herpositioneren en versterken van de Jeugdgezondheidszorg

De jeugdgezondheidszorg staat op dit moment volop in de belangstelling, niet in de laatste plaats vanwege het drama rondom het ‘maasmeisje’, Gessica. De organisatie van deze zorg moet niet alleen anders, maar vooral beter. Het elektronisch kinddossier en de verwijsindex zijn hier belangrijke instrumenten voor, maar nog belangrijker is het om samenwerking tussen de verschillende partijen zo vorm te geven dat de zorgvraag centraal komt te staan. Hierbij zal iedereen over de grenzen van hun eigen formele verantwoordelijkheden moeten durven kijken. De gemeente Oss wil in 2008 een regionale discussie op gang brengen waarbij wij de ambitie uitspreken om binnen afzienbare tijd te komen tot één uitvoeringsorganisatie

Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Nu is dit nog verdeeld tussen twee organisaties te weten de GGD en STBNO. Om de integraliteit en de uniformiteit van werkprocessen te kunnen waarborgen en ook daadwerkelijk volop te profiteren van systemen zoals het EKD en de verwijsindex, is één uitvoeringsorganisatie een belangrijke stap in de goede richting.

Het nieuw op te richten Centrum voor Jeugd en Gezin zal de plek worden waar vraag en aanbod op het gebied van Jeugd en Gezin samen moeten komen. 2008 zal in dit kader dan ook voor een belangrijk deel in het teken staan van de ontwikkeling van dit Centrum voor jeugd en gezin. De jeugdgezondheidszorg zal hier inhoudelijk een integraal onderdeel van uit gaan maken.

Wat is het probleem?	Wat willen we bereiken?	Wanneer zijn we tevreden?	Welke instrumenten zetten we in?	Hoe financieren wij het?
Verhuizen ziekenhuis Bernhoven in 2011	- het optimaliseren van de voorwaarden voor een als goed ervaren gezondheid van de Ossenaren, door zwakke schakels te versterken en de toegang tot de zorg te verbeteren; - Een steunpunt inclusief diagnostisch centrum dat voldoet aan de belangrijkste hulp en zorgvraag van zowel de cliënten als de eerstelijnszorg.	- Dat de belangrijkste functies voor niet acute zorg behouden blijven in Oss. - Een goed uitgerust diagnostisch centrum	- Overleg met het ziekenhuis Bernhoven - Overleg met potentiële gebruikers van de vrijkomende accommodatie/nieuwbouw.	accentverschuivingen
Wat is het probleem?	Wat willen we bereiken?	Wanneer zijn we tevreden?	Welke instrumenten zetten we in?	Hoe financieren wij het?
Weinig inzicht in de bereikbaarheid en toegankelijkheid van zorg en zorgvoorzieningen.	- Inzicht in de verhouding tussen de zorgvraag en het zorgaanbod. - het optimaliseren van de voorwaarden voor een als goed ervaren gezondheid van de Ossenaren, door zwakke schakels te versterken en de toegang tot de zorg te verbeteren;	Per wijk dient inzichtelijk te zijn in hoeverre het zorgaanbod aansluit bij de zorgvraag.	- Het ontwikkelen van een visie op woonservicezones. - Vanuit deze visie de wijken gaan beoordelen.	Projectenmanagement

Wat is het probleem?	Wat willen we bereiken?	Wanneer zijn we tevreden?	Welke instrumenten zetten we in?	Hoe financieren wij het?
Weinig tot geen contacten met de eerste lijnszorg	Meer inzicht in de mogelijkheden van samenwerking tussen gemeenten en eerstelijnszorg	In 2008 verkennende gesprekken voeren met enkele eerste lijnszorg instanties	Niet regulier overleg	accentverschuivingen
Wat is het probleem?	Wat willen we bereiken?	Wanneer zijn we tevreden?	Welke instrumenten zetten we in?	Hoe financieren wij het?
Ontbreken integrale benadering jeugdgezondheidszorg	- Een transparant en integraal aanbod op het gebied van de integrale jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. - Gesloten keten Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar - Op termijn één uitvoeringsorganisatie voor de JGZ 0-19 jaar	- Er dient een duidelijk overzicht te bestaan tussen vraag en aanbod op het gebied van jeugdgezondheidszorg. - Een integrale benadering gecoördineerd door het Centrum voor Jeugd en gezin. - Opstarten van de regionale discussie betreffende één uitvoeringsorganisatie.	- Centrum voor Jeugd en gezin - Projectencarrousel - Verwijsindex 'Zorg voor Jeugd'. - Regionaal overleg.	- Bestaande financiering CJG - Rijksmiddelen.

Hoofdstuk 11.

De betrokken overheid: gemeente Oss als regisseur.

Lokaal gezondheidsbeleid vraagt om een **integrale aanpak**. Op het gebied van gezondheid werken veel verschillende organisaties al dan niet samen. Al deze organisaties hebben hun eigen doelstellingen en werkwijzen. Ook de financieringsstromen van hun activiteiten zijn anders. We hebben te maken met commerciële partijen, overheid, semi-overheid en vrijwilligers organisaties. Gezamenlijk dienen deze partijen een sluitend aanbod te creëren voor de zorgvraag die in de maatschappij leeft. Om dit te kunnen realiseren is overzicht nodig van vraag en aanbod, en een sterke regie.

Gezondheidsbeleid is een beleidsveld dat raakvlakken heeft met veel verschillende beleidsvelden en wordt daarom ook wel **facetbeleid** genoemd. Wij willen dat alle beleidsvoornemens van de verschillende beleidsafdelingen van onze gemeente worden getoetst op gezondheidseffecten. Om dit te organiseren moet er ook **intern regie** worden gevoerd. Daarom zullen alle wethouders op hun eigen terrein toezicht moeten gaan houden op gezondheidseffecten, onder regie van de wethouder van Volksgezondheid. Ook de verschillende beleidsmedewerkers zullen hierop toe moeten zien. Hiervoor zullen zij ondersteund worden door de beleidsmedewerker volksgezondheid.

Op grond van de WCPV moeten gemeenten afstemmen, bewaken, coördineren en integreren oftewel regisseur zijn in het lokale gezondheidsbeleid. Het netwerk van organisaties die betrokken zijn bij de openbare gezondheidszorg is uitgebreid en complex. Het gaat om diverse partijen op lokaal en regionaal niveau die onderling ook weer met elkaar te maken hebben en van elkaar afhankelijk zijn, en elk met eigen expertise en mogelijke inbreng.

Van gemeenten wordt verwacht dat zij sturing geven aan de afstemming en samenwerking tussen al deze verschillende partijen. Dit is nodig om de inspanningen te kunnen bundelen, onnodige overlap in de activiteiten te voorkomen en eventuele hiaten in de aandacht voor de volksgezondheid op te vullen.

De GGD Hart voor Brabant constateerde al dat de gemeente haar regierol steviger in kan vullen. Dit zal de komende tijd ook zeker meer aandacht krijgen. Die aandacht zal zich zowel extern als intern moeten richten.



Wat is het probleem?	Wat willen we bereiken?	Wanneer zijn we tevreden?	Welke instrumenten zetten we in?	Bekostiging
Te weinig samenhang in beleid met betrekking tot gezondheid.	Integrale benadering van beleidsvraagstukken.	Als het gezondheidsaspect als een vanzelfsprekendheid wordt meegenomen in toekomstige beleidskeuzes.	- Interne afstemming door jaarlijks met beleidsambtenaren gezondheidsthema's in een werksessie te behandelen. - De afzonderlijke wethouders zullen toezicht moeten houden op de gezondheidsaspecten van hun beleid onder regie van de wethouder van Volksgezondheid.	NVT
Wat is het probleem?	Wat willen we bereiken?	Wanneer zijn we tevreden?	Welke instrumenten zetten we in?	Bekostiging
Te weinig sturing (regie) door de gemeente.	De gemeente Oss wil een regisseur zijn met een duidelijk scenario op hoofdlijnen waaraan de spelers, professioneel en vrijwillig, vanuit hun kennis en ervaring invulling geven met als doel een zo groot mogelijk bereik en met behulp van effectieve maatregelen.	Onze maatschappelijke partners moeten een duidelijke verbetering ervaren in de regierol van de gemeenten.	Jaarlijks zullen we onze maatschappelijke partners vragen naar hun bevindingen. Deze zullen ook onderdeel uitmaken van de jaarlijkse evaluatie van het uitvoeringsprogramma.	NVT

Tot slot

2008 zal een jaar worden van onderlinge afstemming, zowel intern als extern, en ontwikkeling van nieuwe strategieën, methodieken en samenwerkingsvormen. We gaan daarnaast aan de slag met projecten zoals het wijkgezondheidswerk, de gezondheidseffectmeting, de projectencarrousel, de invoering van het elektronisch kinddossier, het regionaal alcoholmatigingsproject. Dit moet ertoe leiden dat er in 2011 een afgestemd en geïntegreerd aanbod ligt van activiteiten en projecten die een positieve bijdrage zullen leveren aan onze hoofddoelstellingen:

- a. Het (helpen) verkleinen van de gezondheidsverschillen tussen de Ossenaren en
- b. het bijdragen aan de verlenging van de gezonde levensverwachting, het aantal jaren dat in een als positief ervaren gezondheid wordt geleefd en waarin de kwaliteit van leven als goed wordt ervaren.

We hebben er het volste vertrouwen in dat we dit jaar gezamenlijk goede stappen zullen gaan zetten naar een gezonder Oss.

Bijlagen



Bijlage 1.

Gezondheid in Oss in Cijfers

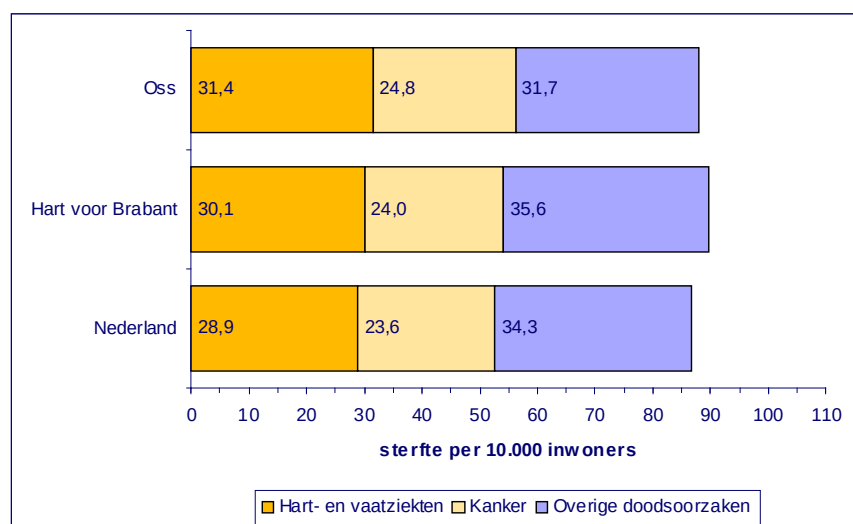
De bevindingen voor Oss.

1) De levensverwachting van vrouwen in Oss is iets lager dan het landelijke gemiddelde.

In Oss ligt de levensverwachting voor vrouwen tussen de 79,7 en 81,7 jaar. Dat is iets lager dan het landelijk gemiddelde voor vrouwen. Wat hiervan de oorzaak is, is niet bekend. De kortere levensverwachting kan aan veel zaken liggen. De sterfte in Oss in zijn totaliteit, mannen en vrouwen, is vergelijkbaar met het landelijk gemiddelde. Wij noemen deze bevinding hier zonder dat we daar op dit moment beleidsmatige conclusies aan verbinden. Bij de cijfers van de volgende gezondheidsmonitor zal blijken of deze bevinding stand houdt.

2) Sterfte aan hart- en vaatziekten in Oss hoger dan landelijk gemiddelde.

De totale sterfte in Oss is vergelijkbaar met de sterfte in Nederland. De totale sterfte in de regio is echter wat hoger dan landelijk. Net

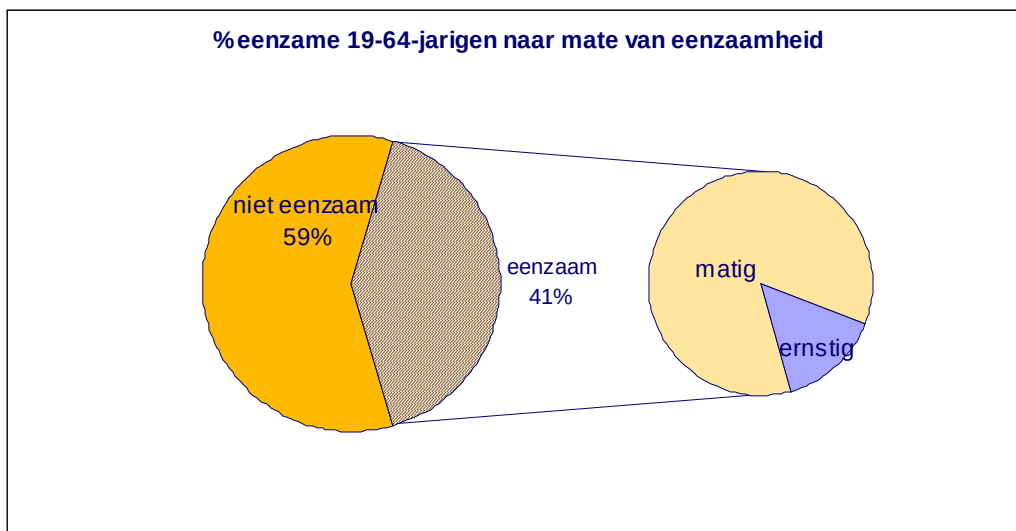


zoals in de regio zien we in Oss dat de *sterfte aan hart- en vaatziekten* hoger is dan in Nederland terwijl de sterfte aan *kanker* vergelijkbaar is. Landelijk daalt de sterfte

aan hart- en vaatziekten meer dan de sterfte aan kanker. Kanker zal daardoor op termijn de grootste doodsoorzaak worden.

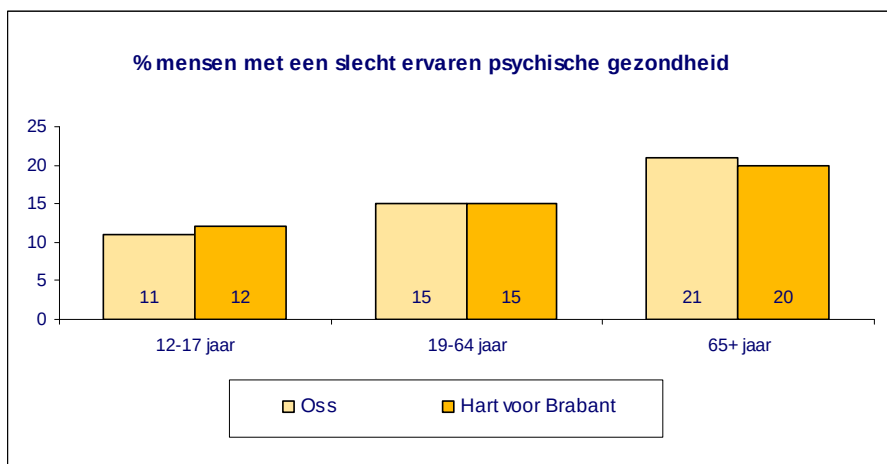
3) *Eenzaamheid komt ook in Oss veel voor.*

Eenzaamheid is een veelvoorkomend gezondheidsprobleem. Zowel bij jongeren als bij ouderen. Naarmate de leeftijd toeneemt zie je ook een toename in het percentage mensen dat in meer of mindere mate last heeft van eenzaamheid.



Wat betreft *eenzaamheid* wijkt Oss niet af van de regio. Evengoed zijn in Oss vier van de tien 19- t/m 64-jarigen eenzaam en geldt dit voor de helft van de 65-plussers. Bovendien is het percentage eenzame ouderen in vier jaar tijd flink gestegen (van 31% in 2000 tot 50% in 2004). Ook het percentage *ernstig eenzame* ouderen is in die periode iets gestegen van 7% in 2000 naar 9% in 2004. Deze stijging zien we ook in veel andere gemeenten in de regio Brabant-Noordoost. We weten dat eenzaamheid de kwaliteit van leven sterk kan aantasten. Dit verdient in de verdere uitwerking ook onze speciale aandacht.

4) De ervaren psychische gezondheid is in Oss vergelijkbaar met de regio.



In bovenstaande figuur zien we dat het percentage slecht ervaren psychische gezondheid toeneemt naarmate men ouder wordt. De meest voorkomende psychische problemen bij deze groep mensen zijn depressies en angststoornissen. Deze aandoeningen hebben grote invloed op de ervaren kwaliteit van leven. Tevens is bekend dat mensen die eenmaal een depressie hebben gehad een hogere kans hebben opnieuw een depressieve periode door te maken. Met name bij mensen met een hogere leeftijd 75 + komen depressies vaak voor.

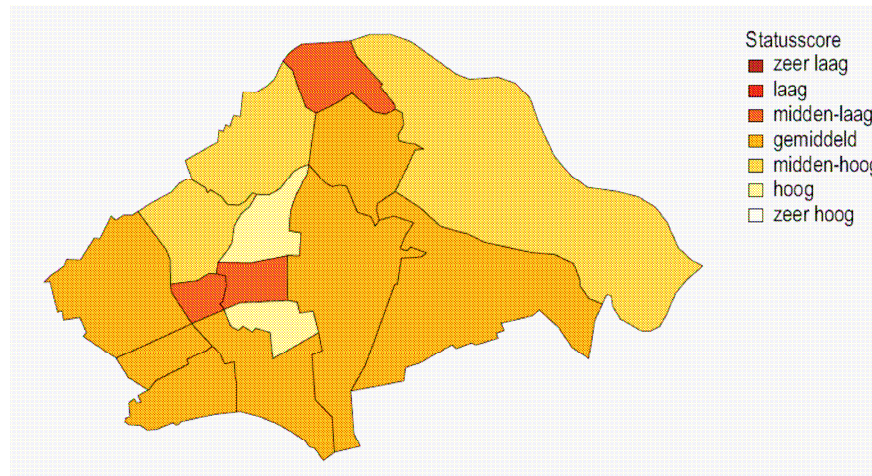
5) In Oss zijn er grote verschillen in sociaal economische status (SES).

Uit onderzoek blijkt dat lage sociaal-economische groepen vaker een slechtere mentale en fysieke gezondheid hebben en vaker eenzaam zijn. Het opleidingsniveau blijkt hierin een sterk

	Laagopgeleid	
	12-17 jaar	19-64 jaar
Overgewicht	ongunstiger	ongunstiger
Roken	ongunstiger	ongunstiger
Binge drinken	geen verschil	
Geen verantwoord alcoholgebruik		gunstiger
Lichamelijke inactiviteit	ongunstiger	geen verschil
Onvoldoende groente/fruit	ongunstiger	ongunstiger

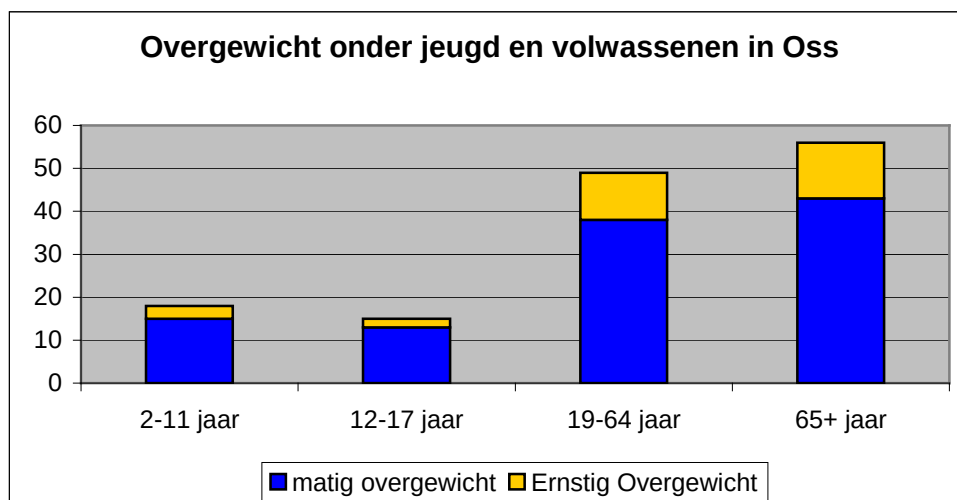
bepalende factor te zijn. In de figuur wordt aangegeven welke invloed het opleidingsniveau heeft op de gezondheid. Het schema is opgebouwd vanuit de

positie van laagopgeleid. We zien dat op bijna alle gebieden een laag opleidingsniveau een ongunstig effect heeft op gezondheid. De enige uitzondering die we hier zien is dat hoogopgeleide mensen per saldo meer drinken dan laagopgeleide mensen. In Oss varieert de sociaal-economische status van midden-laag tot hoog.



Op basis van inkomen, werksituatie en opleiding scoren de postcodegebieden 5341 (Centrum), 5348 (Schadewijk) en 5366 (Megen) het laagst. In deze wijken kan een slechtere gezondheid verwacht worden. Dit wordt ook bevestigd door cijfers uit de ouderenenquête uit 2004 waarbij een apart onderzoek in Schadewijk is uitgevoerd.

6) *Percentage overgewicht bij de jeugd in Oss hoger dan in de regio.*



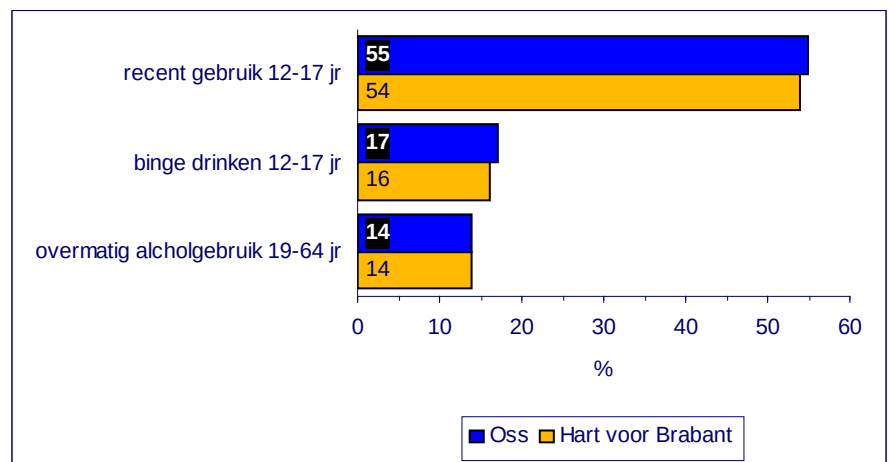
In Oss heeft 15% van de kinderen (2 t/m 11 jaar) en 13% van de jongeren (12 t/m 17 jaar) overgewicht en respectievelijk 3 en 2 % ernstig overgewicht. Oss scoort voor deze beide percentages (samen met nog een enkele gemeente) het hoogst in de regio. Osse kinderen van 4 t/m 11 jaar sporten volgens hun ouders ook minder vaak buiten schooltijd. Dit is een zorgelijke ontwikkeling. Overgewicht op jonge leeftijd kan veel gezondheidsproblemen op latere leeftijd veroorzaken. Daarnaast betekent overgewicht ook een direct gevaar voor de eigen ontwikkeling. Landelijk zien we een enorme toename van het aantal diabetes patiënten, ook als direct gevolg van overgewicht. Wat hier met name opvalt is dat ook steeds meer jonge kinderen last krijgen van diabetes melitus type2 (ouderdomsdiabetes).

7) Ongezond gedrag bij jongeren komt ook in Oss veel voor.

Van de jongeren (12 t/m 17 jaar) in Oss rookt 7% dagelijks sigaretten, bijna een kwart sport niet buiten schooltijd en bijna één op de tien heeft wel eens onveilig gevreeën. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met die van de regio. Verreweg de meeste Osse jongeren (90%) eten niet dagelijks groente én fruit. Dit percentage is in Oss hoger dan in de regio. De Osse jongeren rapporteren wel minder vaak softdruggebruik dan gemiddeld in de regio.

8) Alcoholconsumptie bij de jongeren is zorgwekkend.

Ruim de helft van de jongeren in Oss drinkt alcohol. Eén op de zes jongeren in Oss is een ‘binge drinker’ en drinkt dus zes of meer glazen alcohol op minstens één weekenddag. Juist de



grote hoeveelheid alcohol die dan gedronken wordt, is schadelijk op jonge leeftijd. Uit de regionale cijfers blijkt verder dat binge drinken vooral een probleem is van 16- en 17-jarigen. Alcoholgebruik is voor jongeren onder de 16 extra schadelijk. Zo verdragen ze alcohol slechter omdat ze nog in de groei zijn, minder wegen en kleiner zijn. Hierdoor voelen ze de effecten sneller en heviger. Ook zijn er sterke aanwijzingen dat alcoholgebruik een negatief effect heeft op de ontwikkeling van de hersenen. Tot slot geldt dat hoe jonger kinderen met alcohol in aanraking komen, hoe groter de kans is op overmatig gebruik en verslaving op latere leeftijd.

Bijlage 2

Evaluatie Lokaal Gezondheidsbeleid 2004-2007

In deze bijlage geven we een korte evaluatie op hoofdlijnen van de vorige nota lokaal gezondheidsbeleid. De uitgangspunten van het gezondheidsbeleid uit de vorige nota waren:

1. De gemeente Oss onderschrijft de kerndoelstelling voor gezondheidsbeleid: 'bevorderen van optimale kansen voor alle burgers'.
2. De gemeente Oss kiest voor een brede visie op lokaal gezondheidsbeleid. Daaronder vallen preventiebeleid, zorgbeleid en facetbeleid. De integrale benadering van gezondheidsbeleid dient, meer dan tot op heden het geval is, deel uit te maken van het totale gemeentelijke beleid.
3. De gemeente Oss kiest voor een actieve rol in de ontwikkeling van het gezondheidsbeleid. De gemeente neemt de regiefunctie op zich in samenspraak met andere partners, waarbij zij zich niet beperkt tot het minimaal voldoen aan de wettelijke verplichting.
4. De gemeente Oss kiest voor een interactieve beleidsvorming. Het beleid is alleen doeltreffend indien het aansluit op de wensen en de behoeften van de bevolking.

De **speerpunten** uit de nota waren:

1. **Leefstijl:** wijkgezondheidswerk gericht op de doelgroepen jeugd, gezinnen met een lage sociaal-economische status (waaronder allochtonen) en ouderen, gezondheidsvoorlichting in het basisonderwijs, gezonde school- en sportkantines en alcoholmatigingsbeleid;
2. **Fysieke omgeving:** facetbeleid
3. **Zorg:** Wmo, mantelzorg, vrijwilligersbeleid en allochtone zorgconsulent.

In deze nota was geen specifiek beleid opgenomen voor wat betreft de landelijke speerpunten roken, overgewicht, depressie en diabetes.

De GGD constateerde dat de doelen van de verschillende activiteiten uit de activiteitenmatrix van wisselende kwaliteit waren. Ze waren niet allemaal even SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden) geformuleerd. Daardoor was het niet goed mogelijk de voortgang van de uitvoering van de nota systematisch te toetsen, bij te sturen en/of te optimaliseren. De GGD constateerde tevens dat Oss in toenemende mate stappen neemt om de regierol op te pakken. Er is bijvoorbeeld steeds vaker afstemming tussen ambtelijke afdelingen en diensten bij het vormgeven van integraal beleid. Daarnaast komt regie op samenwerking van externe partijen steeds beter van de grond.

Op uitvoeringsniveau moeten we concluderen dat het inderdaad lastig is om per project te evalueren wat de resultaten zijn, gewoonweg omdat er geen toetsbare ‘targets’ werden benoemd. Dit wil natuurlijk niet zeggen dat er niets gedaan is. In de reguliere werkzaamheden is zeer zeker aandacht geschonken aan de speerpunten uit de nota alleen zijn deze niet altijd even zichtbaar. Veel van deze doelstellingen zijn gedeeltelijk bereikt door de activiteiten van de GGD.

Ook de invoering van de Wmo heeft invloed gehad op de uitwerking van verschillende actiepunten. Met deze nieuwe wet werden verschillende doelstellingen uit de nota binnen een nieuw wettelijk kader geplaatst en diende er ook op een aantal activiteiten pas op de plaats te worden gemaakt.

Het wijkgezondheidswerk in de wijken Schadewijk en de Ruwaard zijn wel herkenbare resultaten van de doelstellingen uit de eerste nota. Doelstellingen die ook zijn overgenomen in de nieuwe nu voorliggende nota.

Bijlage 3

Afkortingen

GES	Gezondheidseffectmeting
GGD HVB	Gemeentelijke Gezondheidsdienst Hart voor Brabant
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
MO	Maatschappelijke Opvang
RIGOM	Regionale Instelling Gecoördineerd Ouderenwerk Maasland
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SEGV	Sociaal economische gezondheidsverschillen
SES	Sociaal economische status
SMW	Stichting Maatschappelijke Werk
STBNO	Thuiszorg Brabant Noord-Oost
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WGW	Wijkgezondheidswerk
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
ZVOM	Zorg Voor Ouderen Maasland

Bijlage 4

Literatuurlijst en geraadpleegde bronnen en websites

- Boot, J.M., Knapen, M.H.J.M., **Handboek Nederlandse gezondheidszorg**, Utrecht 2001.
- Harting, J. Assema van, P., **Community-projecten in Nederland: De eeuwige belofte**, ZonMw, 2007.
- Hollander AEM de, Hoeymans N, Melse JM, Oers JAM van, Polder JJ (red). **Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006**. RIVMrapportnr. 270061003. Bilthoven: RIVM, 2006.
- Inspectie voor de Volksgezondheid: **Staat van de gezondheidszorg 2005**, Den Haag 2005
- Lalonde M. **A new perspective on the health of Canadians: a working document**. Ottawa: Government of Canada, 1974.
- Meijer SA, Smit F, Schoenmaker CG, Cuijper P, Gezond verstand: **Evidence based preventie van psychische stoornissen**, RIVM, Bilthoven 2006
- Stivoro, **Richtlijn tabakspreventie**, Den Haag 2006
- Trimbos instituut, **Handleiding preventie van depressie**, Utrecht, 2007
- Uden, H., Schrover, L., Leve(n) de GGZ Preventie, Den Bosch, 2007
- Voedingscentrum, **Handleiding preventie overgewicht**, Den Haag 2007
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. **Preventienota Kiezen voor gezond leven**. Den Haag: Ministerie van VWS, 2006.

Websites

1. Gezondheidsmonitor Hart voor Brabant
http://www.ggdhvb.nl/Informatievoor/Gemeenten/Volksgezondheid/Monitor_HvB.html). Monitoring van gezondheidssituatie in de regio Hart voor Brabant (GGD Hart voor Brabant).
2. GGD Gezondheidsatlas (www.ggdgezondheidsatlas.nl). De elektronische databank van de GGD'en in Zeeland en Brabant.
3. VTV-2006 (www.vtv2006.nl). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006 (RIVM).
4. www.rivm.nl
5. www.nationaalkompas.nl. Nationaal Kompas Volksgezondheid (RIVM)
6. www.regionaalkompas.nl. Regionaal Kompas Volksgezondheid (GGD Hart voor Brabant).
7. www.zorgatlas.nl. Nationale Atlas Volkgezondheid (RIVM).
8. www.stivoro.nl
9. www.voedingscentrum.nl