

Notitie van antwoord meerjarenbeleidplan Gezondheid in Dordrecht 2008-2010

Er zijn bij de inspraak in totaal 8 reacties binnen gekomen. Vijf reacties van instellingen (GGD ZHZ, De Grote Rivieren, Stroom Opmaat Groep, Wmo adviesraad en Fietsersbond Dordrecht) en drie van burgers.

De GGD ZHZ stelt in haar reactie zeer nauw betrokken te zijn geweest bij de ontwikkeling van de nota. Zij complimenteert het college over de helderheid van de gemaakte keuzes en het behoorlijke ambt-niveau. De GGD onderschrijft de keuzes van Dordrecht om naast de regionale thema's (overgewicht, psychosociale problematiek en binnemilieu) in te zetten op het verminderen van de sociaal-economische verschillen door o.a. de wijkgerichte aanpak en het versterken van de eerstelijnszorg volledig. Deze doelstellingen spelen ook een rol in het beleid met betrekking tot de zogenaamde "Vogelaarwijken". De GGD kan hierin verder ondersteunen. In haar reactie geeft de GGD ook aan dat zij de visie van Dordrecht onderschrijft om het beleid op een integrale wijze uit te voeren. Gezondheidsbevordering en -bewaking is vastgelegd in de Wcpv. Eén van die bepalingen is dat het college in al haar bestuurlijke beslissingen gezondheid laat meewegen in besluitvorming. Dit vergt een behoorlijke politieke, bestuurlijke en ambtelijke inspanning. De GGD wil het college graag ondersteunen bij het vormgeven van het integrale gezondheidsbeleid.

Van de door de GGD aangeboden ondersteuning voor de Vogelaarwijken en de vormgeving van het integrale gezondheidsbeleid zal graag gebruik worden gemaakt.

Om ambities te realiseren zijn financiële middelen nodig. In de nota zijn middelen gevonden binnen het bestaande beleid. De GGD constateert dat de financiële dekking van het beleidsplan niet helemaal correspondeert met het ambitieniveau. De GGD doelt hier enerzijds op het niet op orde zijn van de formatie om uitvoering te geven aan de taken in het kader van medische milieukunde en epidemiologie. Anderzijds gaat het om de realisering van de plannen rond binnemilieu. Besluitvorming moet nog plaatsvinden. .

De Grote Rivieren (DGR) geeft in haar reactie aan dat zij verheugd is over het feit dat naast de algemene gezondheidsthema's, ook bewust is gekozen voor psychosociale problematiek. Het uitvoeringsprogramma "Preventie van depressie" van de regio ZHZ is inmiddels opgegesteld. DGR is hier nadrukkelijk bij betrokken geweest. DGR zou graag zien dat het preventie van depressie als thema wordt genoemd in hoofdstuk 4 van de nota. De tekst is op een aantal punten aangepast.

DGR attendeert de gemeente bij hoofdstuk 3 op de doelgroep ouderen als risicogroep. De verwachting is dat het alcoholgebruik onder ouderen toeneemt tot 20% risicovol gedrag en tot 8% misbruik. De problematiek van alcohol in combinatie met medicijngebruik is ook problematisch binnen deze doelgroep.

In de nota is in hoofdstuk 3 gekozen voor actief beleid op het gebied van het terugdringen van alcoholgebruik bij jongeren. De door DGR gesignaleerde problematiek van alcoholgebruik van ouderen vormt onderdeel van de aanpak rond psychosociale problematiek (hoofdstuk 4). Depressiviteit en alcoholgebruik gaan vaak hand in hand.

DGR merkt wat betreft alcoholgebruik bij jongeren nog op dat bij 30% sprake is van een combinatie met een psychische-psychiatrische aandoening. Voor bestuurders van het Leerpark was dit aanleiding om aan o.a. DGR en Bouman GGZ te vragen een aanbod te formuleren. DGR speelt bij de AV gemeenten een actieve rol in het screenen van kinderen op onderliggende psychische aandoeningen. DGR zal zich ook oriënteren op een rol binnen de Drechtsteden. Wat betreft de integrale jeugdgezondheidszorg vraagt DGR aandacht voor de inbreng en aansluiting van geïndiceerde zorg en de samenhang met maatschappelijk zorg (o.a. zwerfjongeren) en de ontwikkeling van sluitende zorgketens. DGR merkt terecht op dat de gemeente als verantwoordelijk bestuursorgaan verantwoordelijk is voor de wettelijke taken zoals genoemd in de Wcpv en de WMO. Het speerpunt Integrale JGZ (Hoofdstuk 10) beperkt zich in deze nota tot de bestuurlijke verantwoordelijkheid als regisseur van de JGZ.

De Stroom Opmaat Groep vindt het prijzenswaardig dat in de nota duidelijke en "SMART" geformuleerde doelstellingen zijn beschreven. Ook vindt zij het positief dat het aantal doelstellingen gelimiteerd is.

In de reactie geeft de Stromen Opmaat Groep aan op welke wijze zij actief wil bijdragen aan het halen van de geformuleerde doelstellingen.

Samengevat komt dit op het volgende neer:

- De organisatie is gezien het brede pakket (JGZ 0-4 jaar, Thuiszorg, AMW) vrijwel in elk prestatieveld van de WMO actief en heeft aandacht voor de verbinding tussen alle activiteiten.
- De organisatie wil graag meewerken aan actief signaleren. Ook wil zij graag meewerken aan de ontwikkeling van een adequaat signaleringssysteem binnen de JGZ.
- Ook wil zij eraan bijdragen dat de frontlijnwerkers in de wijken elkaar kennen en elkaar weten te vinden als bijdrage aan de voorgestelde wijkaanpak. Ook pleit zij in dit kader voor een integraal signaleringssysteem dat bij voorrang in de wijken worden geïmplementeerd waar sprake is van mindere gezondheid o.a. in Wielwijk. Zij wil graag actief betrokken worden bij de aanpak in de wijken.
- Wat betreft het speerpunt "Alcoholgebruik bij jongeren" ziet de organisatie een rol in het geven van voorlichting aan ouders en de vroegsignalering.
- Voor de invulling van het speerpunt "Psychosociale problematiek" ziet de organisatie een rol in de verwezenlijking van de doelstellingen. Om invulling te geven aan de vroegtijdige opsporing van problemen gaat het AMW zich meer positioneren in de wijken door deelname in zorgnetwerken en participatie in gezondheidscentra.
- Bureau Sociaal Raadslieden signaleert steeds meer dat mensen worden gehinderd om deel te nemen door ingewikkelde wet- en regelgeving en door materiële problemen. Deze problemen liggen vaak ten grondslag aan psychosociale problematiek. In de nota wordt dit erkend. Speciale aandacht wordt gevraagd voor mantelzorgers. De Stromen Opmaat Groep start dit jaar met een Mobiel team voor mensen met dementie en hun mantelzorgers.
- De Thuiszorg, de consultatiebureaus en de diëtisten kunnen een bijdrage leveren aan de bestrijding van overgewicht. De Stromen Opmaat Groep doet al veel in dit kader en werkt o.a. nauw samen met de gemeente Dordrecht en de GGD in het kader van het project "Doe ff gezond". De Stromen Opmaat Groep wil ook graag bijdragen in het kader van de gezonde schoolkantine.
- Binnen het kader van de toekomstige invulling van de JGZ ziet de Stromen Opmaat Groep zich als uitvoerende instelling, de gemeente als opdrachtgever en voor de GGD een rol in het kader van inspectie en monitoring. In verband met transparantie is het van belang rollen te scheiden.
- Vanuit de JGZ draagt de organisatie actief bij aan de (landelijke) speerpunten mee(roken), schadelijk alcoholgebruik en overgewicht binnen het reguliere werk van het consultatiebureau. Via de maatwerkprogramma's wordt breder gekeken. Bij gesignaleerde opvoedproblemen wordt actie ondernomen. Vaak is er sprake van psychosociale problematiek. De Stromen Opmaat Groep pleit voor uitbreiding van de opvoedingsondersteuning gelet op de toename van de vraag.
- De afsluitende bijdrage van de Stromen Opmaat Groep aan de vormgeving van het gezondheidsbeleid in Dordrecht is gelegen in de communicatiedoelstelling. De organisatie draagt bij door verwerven van kennis, het enthousiasmeren tot signalering, kennisuitwisseling, samenwerking en deskundigheidsbevordering.

Aan de Stromen Opmaat Groep zal worden meegedeeld dat het college verheugd is over de actieve opstelling van deze organisatie. Op de meeste onderdelen wordt reeds nauw samengewerkt onder meer in het kader van het jeugdbeleid. Het AMW van de Stromen Opmaat Groep is inmiddels actief betrokken geweest bij het opstellen van het uitvoeringsprogramma van dit speerpunt. Bij de uitwerking van de plannen rond de bestrijding van overgewicht door de GGD is deze organisatie zeker ook in beeld.

Voor de betrokkenheid van de speerpunten "Wijkgerichte aanpak van gezondheidsverschillen" en "Terugdringen alcoholgebruik bij jongeren" zullen nog afspraken gemaakt.

De Wmo adviesraad constateert dat de speerpunten van het gezondheidsbeleid in grote mate een betrokkenheid hebben op de 9 prestatievelden van de WMO. Zij voelen zich dan ook betrokken

bij het gezondheidsplan en vinden het belangrijk op de hoogte te worden gehouden bij de verdere uitwerking. Zij bieden ook aan een stimulerende rol te willen vervullen voor bepaalde doelgroepen bijvoorbeeld ouderen.

Op hun verzoek zijn zij toegevoegd aan de lijst van communicatiegroepen.

De Wmo-advies heeft verder een aantal korte opmerkingen en vragen. De tekst van de concept-nota is in verband hiermee op een aantal punten aangepast.

Er zal met de Wmo-adviesraad een afspraak worden gemaakt om de gestelde vragen door te spreken en afspraken te maken over de samenwerking op de aangegeven punten.

De Fietsersbond heeft twee opmerkingen. In de eerste plaats constateert men dat de Nederlandse Norm Gezond bewegen (NNGB) niet wordt gebruikt als referentiepunt.

Verder is de Fietsersbond verbaasd over het feit dat er geen voorstellen zijn gedaan om het fietsen te stimuleren uit het oogpunt van bestrijding overgewicht en milieu.

Het door de fietsersbond genoemde referentiepunt zal worden meegenomen in de verdere uitwerking van de plannen.

Bij de bestrijding van overgewicht is het stimuleren van bewegen een belangrijk instrument. Bij de uitwerking van de plannen zal ook aandacht zijn voor het stimuleren van fietsen.

De Fietsersbond zal hierover worden geïnformeerd. Ook zal aan de fietsersbond worden gevraagd op welke wijze zij een rol kunnen spelen in de bestrijding van overgewicht in Dordrecht.

Een reactie van een burger kwam neer op een positieve steun voor de gekozen speerpunten.

Daarbij gaf deze burger een aantal punten aan die wij mee zullen nemen in de vormgeving van het beleid.

De twee overige reacties van burgers hadden niet direct een relatie op het voorgestelde gezondheidsbeleid. Zij zijn doorverwezen naar de juiste instantie.

Gezondheid in Dordrecht

Meerjarenbeleidplan 2008-2010

April 2008
Sector Maatschappelijke ontwikkeling

Inhoudsopgave

0. Samenvatting
1. Inleiding
 - 1.1. Landelijke preventienota 'Kiezen voor gezond leven'
 - 1.2. Regionaal gezondheidsbeleid
 - 1.3. Meerjarenbeleidprogramma 2006-2010
 - 1.4. Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
 - 1.5. Terugblik gezondheidsbeleid 2003-2006
 - 1.6. Missie en visie
 - 1.7. Gezondheid in Dordrecht
 - 1.8. Integraal gezondheidsbeleid
 - 1.9. Sociaal economische gezondheidsverschillen
 - 1.10. Gemeentelijke regie
2. Spoorpunten in Dordrecht 2008-2010
3. Alcoholgebruik bij jongeren
 - 3.1. Verkenning
 - 3.2. Doelstellingen
 - 3.3. Aanpak
4. Psychosociale problematiek
 - 4.1. Verkenning
 - 4.2. Doelstellingen
 - 4.3. Aanpak
5. Overgewicht
 - 5.1. Verkenning
 - 5.2. Doelstellingen
 - 5.3. Aanpak
6. Binnenmilieu
 - 6.1. Verkenning
 - 6.2. Doelstellingen
 - 6.3. Aanpak
7. Preventie en onderwijs
 - 7.1. Verkenning
 - 7.2. Doelstellingen
 - 7.3. Aanpak
8. Preventie en eerstelijnszorg
 - 8.1. Verkenning
 - 8.2. Doelstellingen
 - 8.3. Aanpak
9. Wijkgerichte aanpak van gezondheidsverschillen
 - 9.1. Verkenning
 - 9.2. Doelstellingen
 - 9.3. Aanpak
10. Integrale jeugdgezondheidszorg
 - 10.1. Verkenning
 - 10.2. Doelstellingen
 - 10.3. Aanpak
11. Monitoren en evalueren
12. Communicatie
13. Financiering

Bijlagen

Wat is er bereikt met de eerste nota volksgezondheid?

Samenvatting

Goede gezondheid is een groot goed in de samenleving. In de eerste plaats voor burgers zelf. Mensen kunnen zich optimaal ontwikkelen en langer zelfstandig meedoen. Wie langer gezond leeft heeft minder maatschappelijke ondersteuning en intensieve zorg nodig. Investeren in goede preventieve gezondheidszorg is daarom van groot maatschappelijk belang en dus ook een zaak voor de (gemeentelijke) overheid.

Wettelijke taken

Sinds 1990 is de rol van de gemeente in het gezondheidsbeleid vastgelegd in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Wcpv). De Wcpv heeft ten doel de gezondheid van (nog) gezonde burgers te bevorderen en te beschermen. In deze wet zijn de taken van de gemeente benoemd. In de regio Zuid-Holland Zuid zijn de bovengenoemde wettelijke taken van de Wcpv opgedragen aan de gemeenschappelijke regeling Zuid-Holland Zuid (regio ZHZ). Het beleid van de gemeente voor openbare gezondheid omvat meer dan de uitvoering van de Wcpv door de GGD. Het vormt onderdeel van het lokale politieke debat en dient afgestemd te worden met andere gemeentelijke beleidsonderwerpen.

Gezondheidsnota 2003-2006

In september 2003 stelde de gemeenteraad de eerste nota gezondheidsbeleid 2003-2006 vast. De uitvoering van de nota ging gepaard met de nodige handicaps. De voorwaarden om slagvaardig te werken waren niet optimaal. Evaluatie van de nota heeft leerpunten opgeleverd. Deze zijn meegenomen in de voorliggende nota.

Integraal gezondheidsbeleid

Integraal gezondheidsbeleid is beleid waarbij de belangrijkste relevante sectoren binnen en buiten het volksgezondheidsdomein samenwerken aan het aspect gezondheid, waarbij het gemeenschappelijke doel is het bevorderen of beschermen van de gezondheid. In de huidige beleidsperiode staat de ontwikkeling van een integraal lokaal gezondheidsbeleid op de agenda.

Sociaal economische gezondheidsverschillen

Gezondheid is ongelijk verdeeld. Dat heeft voor een groot deel te maken met de sociaal economische status (SES) van bepaalde groepen. Mensen met een hogere SES leven bijvoorbeeld gemiddeld vier jaar langer dan degenen die een minder riant positie hebben.

De achterstand in gezondheid concentreert zich vooral in de armere wijken van de grote steden. Bij de uitwerking van het Dordtse beleid heeft het verminderen van gezondheidsverschillen in de aandachtswijken nadrukkelijk aandacht.

Gemeentelijke regie

In het preventieve volksgezondheidsbeleid treedt de gemeente op als regisseur. De regisseur is een overheid die haar eigen doelen en oplossingsrichtingen vastlegt en vervolgens aanstuurt op het leveren van prestaties. Daarvoor is onder andere samenwerking nodig, samen naar een resultaat toewerken door partijen.

Landelijk en regionaal beleid

De preventienota van VWS "Kiezen voor gezond leven" kent vijf speerpunten: roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes, depressie. De diverse regionale en Dordtse monitoren bevestigen het beeld dat door de landelijke overheid wordt geschetst.

Op het niveau van Zuid-Holland Zuid is de nota "Gezond gewoon doen in Zuid-Holland Zuid" verschenen. In deze nota hebben de gezamenlijke gemeenten gekozen voor de volgende drie thema's: bestrijden van overgewicht, verminderen van psychosociale problematiek, in het bijzonder alcoholgebruik en verbeteren van het binnenmilieu.

Meerjarenbeleidprogramma 2006-2010

De inzet van het gemeentelijke beleid is er ondermeer op gericht dat mensen uit kwetsbare groepen weer meedoen aan de samenleving en een actieve rol gaan spelen in de samenleving. Een slechte lichamelijke en/of geestelijke gezondheid kan zeer belemmerd werken. Naast het ondersteunen van de huidige kwetsbare groepen, moet de inzet zijn gericht op het voorkomen van het ontstaan van kwetsbaarheid. Gezondheidspreventie levert hieraan een belangrijke bijdrage.

Speerpunten lokaal gezondheidsbeleid 2008-2010

De landelijke en regionale beleidskaders én de politieke prioriteiten richting jeugd en (potentieel) sociaal geïsoleerden zijn bepalend geweest voor de keuze van de speerpunten. Ook het behalen van aanmerkelijke gezondheidswinst en inzetten op duurzaamheid hebben een belangrijke rol gespeeld. De volgende acht speerpunten bepalen het Dordtse preventieve gezondheidsbeleid voor de komende jaren. Per speerpunt zijn doelstellingen geformuleerd.

Alcoholgebruik bij jongeren

- De gemiddelde leeftijd van het eerste alcoholgebruik is verhoogd en het aantal nuttigingsmomenten en het gemiddelde aantal glazen alcohol per keer door jeugdigen is verlaagd ten opzichte van de onderzoeksgegevens schooljaar 2005/2006.

Psychosociale problematiek

- De ervaren gezondheid en de psychische ongezondheid van de inwoners van Zuid-Holland Zuid is in 2011 verbeterd ten opzichte van de gezondheidsmonitor 2006. Dit is vooral gericht op mensen met een lage sociaal economische status en ouderen.
- De psychosociale problematiek bij jeugdigen is in 2011 verminderd ten opzichte van de onderzoeksgegevens jeugdgezondheid 2006.

Overgewicht

- In 2011 is overgewicht en obesitas bij volwassenen, gemeten naar de gezondheidsmonitor 2006, niet verder toegenomen.
- Overgewicht en obesitas bij jeugdigen in de leeftijd 0-19 jaar in de regio is in 2011 niet verder toegenomen t.o.v. de onderzoeksgegevens schooljaar 2005/2006.

Binnenmilieu

- In 2011 heeft 50% van de schoolgebouwen in de regio ZHZ een CCVgehalte tussen de 1000 en 1200 parts per million (PPM).
- In 2011 is de continue ventilatie van verblijfsruimten (woonkamer, slaapkamer, badkamer en keuken) in de regio ZHZ met 10% toegenomen ten opzichte van de gezondheidsmonitor 2006.

Preventie en onderwijs

- In 2011 worden maximaal 12 scholen voor Primair Onderwijs in Dordrecht ondersteund bij het structureel en planmatig vormgeven van preventie en gezondheidsbevordering
- In 2011 worden alle scholen voor Voortgezet Onderwijs in de regio ZHZ waaronder Dordrecht maximaal ondersteund bij het vormgeven van verslavingspreventie.

Preventie en eerstelijnszorg

- In 2011 is de aandacht van de eerstelijnszorg voor preventie aantoonbaar toegenomen

Wijkgerichte aanpak van gezondheidsverschillen

- In 2011 is een aantoonbare toename van activiteiten met een gezondheidsthema zichtbaar in de sociale programma's van in ieder geval de wijken Wielwijk en Crabbehof.

Integrale Jeugdgezondheidsbeleid

- In 2011 zijn de door de regio ZHZ geformuleerde ambities Integrale JGZ (iJGZ) gerealiseerd.

Monitoren en evalueren

Mede aan de hand van de gezondheidsmonitor ZHZ en Dordtse monitoren zal in 2011 worden bepaald of de gewenste effecten zijn gehaald. Begin 2009 zal een tussentijdse evaluatie worden opgesteld.

Communicatie

Communicatie is onder andere gericht op het vergroten van draagvlak, eenheid aanbrengen in de boodschap en jongeren betrekken bij gezondheid.

Financiering

Voor de aanpak van het alcoholgebruik bij jongeren en de jeugdgezondheidsmonitor zullen aparte voorstellen worden uitgewerkt in 2008. Verder wordt door herschikking van middelen extra ingezet op de ondersteuning van de scholen bij de invoering van de Gezonde School Methode en de algemene uitvoering- en communicatiekosten.

Voor de overige speerpunten zijn, indien nodig, binnen andere budgetten middelen beschikbaar.

1. Inleiding

Goede gezondheid is een groot goed in de samenleving. In de eerste plaats voor burgers zelf. Mensen kunnen zich optimaal ontwikkelen en langer zelfstandig meedoen. Wie langer gezond leeft heeft minder maatschappelijke ondersteuning en intensieve zorg nodig. Investeren in goede preventieve gezondheidszorg is daarom van groot maatschappelijk belang en dus ook een zaak voor de (gemeentelijke) overheid.

1.1. Landelijke preventienota 'Kiezen voor gezond leven'

Het rijk heeft in de preventienota 'Kiezen voor gezond leven' van oktober 2006 gekozen voor de volgende vijf speerpunten: roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes, depressie. De aanleiding hiervoor is dat Nederland internationaal achterop raakt wat betreft de gezondheid. Een belangrijke oorzaak hiervan is ongezond gedrag. Dit ongezonde gedrag draagt bij aan een verhoging van de ziektelast. Sterfte, voorkomen van ziekten en verlies aan kwaliteit van leven bepalen samen de ziektelast van de aandoening. De ziekten in Nederland met de hoogste ziektelast zijn: hartziekten, angststoornissen, beroertes, chronische luchtwegaandoeningen en depressies. Een ander belangrijk gegeven is dat een lage sociaal economische status (SES) nadelig is voor de gezondheid. Mensen uit armere milieus gaan gemiddeld vier jaar eerder dood dan mensen uit rijkere milieus. Armere mensen leven gemiddeld twaalf jaar korter in goede gezondheid dan rijkere als gevolg van chronische aandoeningen en beperkingen

1.2. Regionale preventienota "Gezond gewoon doen in Zuid-Holland Zuid"

Op het niveau van Zuid-Holland Zuid is de nota "Gezond gewoon doen in Zuid-Holland Zuid" verschenen. In deze nota hebben de gezamenlijke gemeenten gekozen voor de volgende drie thema's:

- Bestrijden van overgewicht
- Verminderen van psychosociale problematiek, in het bijzonder alcoholgebruik
- Verbeteren van het binnenmilieu

Deze thema's zijn verwerkt in de geformuleerde speerpunten voor de komende jaren.

1.3. Meerjarenbeleidprogramma 2006-2010

De inzet van het gemeentelijke beleid is er ondermeer op gericht dat mensen uit kwetsbare groepen weer meedoen aan de samenleving en een actieve rol gaan spelen in de samenleving. Een slechte lichamelijke en/of geestelijke gezondheid kan zeer belemmerend werken. Naast het ondersteunen van de huidige kwetsbare groepen, moet de inzet zijn gericht op het voorkomen van het ontstaan van kwetsbaarheid. Gezondheidspreventie levert hieraan een belangrijke bijdrage.

De volgende speerpunten bepalen het Dordtse preventieve gezondheidsbeleid voor de komende jaren:

- Alcoholgebruik bij jongeren
- Psychosociale problematiek
- Overgewicht
- Binnenmilieu
- Preventie en onderwijs
- Preventie en eerstelijnszorg
- Wijkgerichte aanpak van gezondheidsverschillen
- Integrale Jeugdgezondheidszorg

De landelijke en regionale beleidskaders én de politieke prioriteiten richting jeugd en (potentieel) sociaal geïsoleerde zijn bepalend geweest voor de keuze van de speerpunten. Ook het behalen van aanmerkelijke gezondheidswinst en inzetten op duurzaamheid spelen hierbij een rol. Deze speerpunten zijn uitgewerkt in de hoofdstukken 3 t/m 10.

De gekozen speerpunten dragen bij aan de volgende geformuleerde maatschappelijke effecten in het meerjarenbeleidplan 2006-2010.

- Het percentage jongeren met goed ervaren gezondheid stijgt van 77% in 2006 naar 81 % in 2009.
- Het percentage zware drinkers blijft op 7%
- Het percentage allochtonen dat in een jaar aan sport deelneemt stijgt van 35% in 2006 naar 45% in 2009
- Het rapportcijfer over het voorzieningenniveau stijgt van 6,7 naar 7,0.
- Het aantal personen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering daalt van 6108 in 2006 naar 5800 in 2009
- Het percentage mensen dat de gezondheid negatief ervaart daalt van 20% in 2006 van naar 15% in 2009

Uitgangspunt van het beleid is dat burgers zelf verantwoordelijk zijn voor hun gedrag ten aanzien van gezondheid. De rol van de overheid bestaat er uit de juiste randvoorwaarden te creëren zodat de burger die verantwoordelijkheid ook kan nemen.

1.4. Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid

Collectieve preventie levert een belangrijke bijdrage aan het realiseren van een betere volksgezondheid en beoogt gezondheidswinst voor zo veel mogelijk mensen. Gezondheidswinst wordt daarbij omschreven als het verlengen van de gezonde levensverwachting, voorkomen van vermijdbare sterfte en verhogen van de kwaliteit van het leven. Het bereiken van een betere gezondheid door het bieden van preventie werkt het best langs korte lijnen.

Sinds 1990 is de rol van de gemeente in het gezondheidsbeleid vastgelegd in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Wcpv)

In de regio Zuid-Holland Zuid zijn de wettelijke taken van de Wcpv opgedragen aan de gemeenschappelijke regeling Zuid-Holland Zuid (regio ZHZ) c.q. de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD).

Het beleid van de gemeente voor openbare gezondheid omvat meer dan de uitvoering van de Wcpv door de GGD. Het vormt onderdeel van het lokale politieke debat en dient afgestemd te worden met andere gemeentelijke beleidsonderwerpen.

Binnen het domein van de sector Maatschappelijke ontwikkeling gaat het met name om de relatie met jeugd/onderwijs, integratie, sport en de Wmo.

Elke vier jaar dient de gemeente een nota gezondheidsbeleid vast te stellen waarin de ambities op het gebied van gezondheidsbeleid worden geformuleerd.

1.5. Terugblik gezondheidsbeleid 2003-2006

In september 2003 heeft de gemeenteraad de eerste nota gezondheidsbeleid vastgesteld.

Deze nota bevatte twee delen. Het eerste deel beschreef het beleidsveld gezondheid waarin het lokale gezondheidsbeleid gestalte krijgt. In het tweede deel kwamen de Dordtse ambities aan de orde. De ambities waren gericht op het investeren in de samenwerking met de GGD, de gezonde wijk, de jeugd, gezond gedrag en regionale samenwerking.

De uitvoering van het gezondheidsbeleid van de afgelopen periode had de nodige handicaps. In de eerste plaats was het de eerste nota met alle onduidelijkheden en zoektochten van dien. In de tweede plaats waren er weinig actuele gegevens voorhanden zodat niet helder was welke resultaten nagestreefd moesten worden. Gezondheidspreventie en -bevordering op lokaal niveau had destijds niet de (politieke) aandacht die het feitelijk nodig heeft.

De opbrengst van het gezondheidsbeleid van de afgelopen periode moet worden gezien in het licht van bovenstaande ontwikkelingen.

In bijlage 1 treft u een overzicht aan van wat is bereikt in de periode 2003-2006.

De evaluatie van de nota lokaal gezondheidsbeleid 2003-2006 heeft de volgende leerpunten opgeleverd:

- integraal werken is een voorwaarde voor succesvol beleid omdat zo draagvlak gecreëerd wordt, de samenwerking bevordert en de kwaliteit verhoogd
- de geformuleerde thema's moeten in een plan van aanpak worden opgenomen, waardoor concreet en slagvaardig handelen mogelijk is

- waar mogelijk moet worden gekozen voor evidence-based of practice-based activiteiten zodat het behalen van positieve resultaten wordt bevorderd
- de instellingen moeten gestimuleerd worden hun registratie van cliëntgegevens uit te bouwen en daarover te rapporteren zodat deze gegevens mede benut kunnen worden voor het toekomstige gezondheidsbeleid (ontwikkelingen bijvoorbeeld in de jeugdgezondheidszorg)
- aan het plan van aanpak moet een financiële onderbouwing gekoppeld zijn

De in deze nota geformuleerde speerpunten en de voor de periode 2003-2006 geformuleerde Dordtse ambities vertonen op hoofdlijnen veel overeenkomsten. Investeren in de samenwerking met de GGD, de gezonde wijk, de jeugd, gezond gedrag en regionale samenwerking blijven belangrijke aandachtspunten. Met het voorliggende gezondheidsbeleid zetten wij in op de uitvoering van concrete activiteiten met meetbare doelstellingen.

1.6. Missie en visie

De missie en visie van preventief gezondheidsbeleid worden als volgt geformuleerd:

Missie

De kans op gezondheid en de jaren in goede gezondheid voor iedereen verhogen en de verschillen daarin tussen inwoners onderling verkleinen.

Visie

Een integrale aanpak gericht op positieve beïnvloeding van de leefstijl, sociale en fysieke omgeving en gezondheidszorg met extra aandacht voor groepen met een relatieve gezondheidsachterstand en voor groepen die een verhoogd gezondheidsrisico lopen.

1.7. Gezondheid in Dordrecht

Om het beleid inhoud te kunnen geven is het van belang om te weten wat er aan de hand is op het gebied van gezondheid in Dordrecht.

De landelijke trend op het gebied de gezondheid is ook waarneembaar in Dordrecht. De uitkomsten en bevindingen van de Gezondheidsmonitor 2006 Regio ZHZ, relevante gegevens uit de jeugdmonitor 2003, relevante gegevens uit de scholierenenquête 2004 in het kader van het project Veilig opgroeien in Dordrecht en relevante gegevens uit de integratiemonitor 2005 bevestigen dit.

In de preventienota 'Kiezen voor gezond leven' heeft het kabinet een aantal speerpunten benoemd. Een korte toelichting per speerpunt.

Roken

In een gemiddelde Nederlandse gemeente met 100.000 inwoners overlijden jaarlijks 123 mensen aan de gevolgen van roken en 22 inwoners aan de gevolgen van meeroken. Roken is de belangrijkste vermijdbare oorzaak van ziekte en sterfte en veroorzaakt daarmee een fors gezondheidsprobleem. Het rijk heeft de ambitie het percentage rokers te verminderen met 20%. Cijfers in de gezondheidsmonitor 2006 van de GGD laten in de regio ZHZ een lichte daling zien van het rokers ten opzichte van 2002, van 26% naar 25%. De cijfers in de regio ZHZ liggen onder het landelijke gemiddelde.

Schadelijk alcoholgebruik

Onderzoek toont aan dat jongeren in Nederland fors meer alcohol gebruiken dan in de afgelopen jaren. Het drinken van alcohol op jonge leeftijd is schadelijk voor de gezondheid en kan bijvoorbeeld leiden tot hersenbeschadiging.

De totale ziektelast in Nederland is voor 6,6% het gevolg van alcoholgebruik en telt 1900 doden per jaar. Alcoholgebruik veroorzaakt een aanzienlijk (8,6%) verlies aan kwaliteit van leven.

Het kabinet wil bereiken dat kinderen later starten met drinken en dat er een verlaging komt van het aantal drinkende jongeren, die later volwassen probleemdrinkers kunnen worden.

De cijfers in de gezondheidsmonitor 2006 wijken niet af van het landelijke beeld.

Overgewicht

Overgewicht is wereldwijd een explosief groeiend probleem. Ook in Nederland stijgt het aantal mensen (volwassenen en kinderen) met overgewicht. In 1980 had 1 op de 15 kinderen van 4 tot 14 jaar overgewicht. Dit is inmiddels toegenomen tot 1 op de 5 kinderen.

Naar schatting wordt ongeveer 5 procent van de jaarlijkse sterfte veroorzaakt door overgewicht. Aan overgewicht zijn jaarlijks 22.000 gevallen van diabetes, 16.000 gevallen van hart- en vaatziekten en 2.200 gevallen van kanker toe te schrijven.

Overgewicht komt veel voor bij mensen met een lage sociaal economische status (SES). Mensen met overgewicht hebben vaak een negatief stempel en kunnen daarmee psychische klachten krijgen of in een sociaal isolement raken.

Het kabinet wil bereiken dat het percentage volwassenen met overgewicht niet verder toeneemt en het percentage jeugdigen met overgewicht daalt.

Diabetes

Diabetes is een ernstige chronische ziekte.

In Nederland hebben meer dan 600.000 mensen diabetes, elke jaar komen er ruim 70.000 bij. De verwachting is dat het aantal personen met diabetes tussen 2005 en 2025 met een derde toeneemt. Bovendien hebben naar schatting 250.000 mensen de ziekte al zonder dat men het weet, met als gevolg meer complicaties. De verontrustende toename bedreigt de vitaliteit van de samenleving en heeft ook economische gevolgen. Het succes in de aanpak van diabetes hangt op lange termijn af van de resultaten in het bestrijden van onder andere overgewicht en beweegarmoede.

Depressie

In Nederland lijden 737.000 volwassenen aan depressie, waarvan elk jaar 35.900 nieuwe gevallen. Depressie kenmerkt zich door een depressief gevoel of duidelijk verminderde algemene interesse. Daarnaast beïnvloeden andere klachten iemands functioneren, zoals slaapstoornissen, moeheid, piekeren over de dood en zelfdoding. Depressie gaat vaak samen met angststoornissen en alcoholmisbruik. De WHO (World Health Organisation) zet depressie bij mannen op de tweede plaats van veroorzakers van de grootste ziektebelastingen. Bij vrouwen tussen de 15 en 40 jaar staat het zelfs op de eerste plaats.

1.8. Integraal gezondheidsbeleid

In een recente publicatie van het RIVM wordt integraal gezondheidsbeleid als volgt gedefinieerd: Integraal gezondheidsbeleid is beleid waarbij de belangrijkste relevante sectoren binnen en buiten het volksgezondheidsdomein samenwerken aan het aspect gezondheid, waarbij het gemeenschappelijke doel is het bevorderen of beschermen van de gezondheid. De gevolgen van vergrijzing en een ongezonde leefstijl (zoals overgewicht, roken en overmatig alcoholgebruik) hebben een aanmerkelijk aandeel in de totale ziektebelasting en in de toename van chronische ziekten. Dit heeft grote gevolgen voor het functioneren van de samenleving en leidt tot toenemende maatschappelijke kosten voor o.a. voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en sociale uitkeringen. Er is dan ook een radicaal andere beleidsmatige benadering nodig. Om de gevolgen van de verslechterende gezondheidssituatie van de Nederlandse bevolking aan te pakken is het nodig om veel meer integraal en intersectoraal te werken.

Belangrijke sectoren buiten de volksgezondheidssector zijn o.a. ruimtelijke ordening, beheer openbare ruimte, veiligheid, economie, onderwijs, financiën, sport en sociale zaken.

In de huidige beleidsperiode staat de ontwikkeling van een integraal lokaal gezondheidsbeleid op de agenda. In 2008 zullen activiteiten worden ontwikkeld in het kader van het vergroten van (politiek) draagvlak voor integraal lokaal gezondheidsbeleid.

1.9. Sociaal economische gezondheidsverschillen

Gezondheid is een groot goed voor iedereen. Mensen in de zogenaamde aandachtswijken hebben 50% meer kans om voor hun 65^e te overlijden dan mensen in betere wijken. Gezondheid is ongelijk verdeeld. Dat heeft voor een groot deel te maken met de sociaal-economische status (SES) van bepaalde groepen. Mensen met een hogere SES leven bijvoorbeeld gemiddeld vier jaar langer dan degenen die een minder riant positie hebben.

De achterstand in gezondheid concentreert zich vooral in de armere wijken van de grote steden. Dit is niet alleen een ongewenste situatie uit oogpunt van solidariteit. Er zijn ook sociaal-economische argumenten voor een betere verdeling van gezondheid.

Gelijke kansen op gezondheid zijn een belangrijke voorwaarde voor individuen om hun eigen verantwoordelijkheid te kunnen nemen in het maken van gezonde keuzes. Mensen in achterstandswijken hebben gemiddeld een ongezondere leefstijl. Laag opgeleide mensen eten bijvoorbeeld minder groenten en fruit, roken meer, drinken meer alcohol en zijn vaker lichamelijk inactief dan hoog opgeleide mensen.

Slechtere sociale en materiële omstandigheden (wonen en werken) zijn ook belangrijke oorzaken van gezondheidsverschillen.

Met preventie is veel gezondheidswinst te halen als de aandacht specifiek wordt gericht op de meest kwetsbare groepen in de samenleving. Er bestaan veel interventies en beleidsinstrumenten om de cirkel tussen armoede en ongezondheid te helpen doorbreken. De aandachtswijken zijn een belangrijke setting daarvoor.

Bij de uitwerking van de Dordtse speerpunten heeft het verminderen van gezondheidsverschillen in de zogenaamde aandachtswijken nadrukkelijk aandacht.

1.10. Gemeentelijke regie

In het preventieve volksgezondheidsbeleid treedt de gemeente op als regisseur. De regisseur is een overheid die haar eigen doelen en oplossingsrichtingen vastlegt en vervolgens aanstuurt op het leveren van prestaties. Daarvoor is onder andere samenwerking nodig. Samen naar een resultaat toewerken door partijen. Vandaar dat naast het goed formuleren van beleidsdoelstellingen, ook het betrekken van de partners van groot belang is.

Gezamenlijk wordt een proces gestart waarin iedere partner zoveel mogelijk haar eigen doelen wil bereiken, zonder de belangen van de ander tekort te doen.

Voor het regisseren of regie voeren zijn een aantal beleidsinstrumenten beschikbaar. De meest gebruikte zijn de juridische, economische en communicatieve instrumenten. Die instrumenten kunnen stimulerend of juist beperkend (repressief) ingezet worden. Hoe optimaler de combinatie van instrumenten, hoe groter het effect.

beleidsinstrument	stimulerend	beperkend
communicatief	voorlichting	propaganda
economisch	subsidie, beloning	heffing
juridisch	convenant, rechten	gebod of verbod

Naast de rollen die horen bij de regie hebben gemeenten ook de rol van uitvoerder. Bijvoorbeeld op het gebied van inspectie/handhaving.

2. Speerpunten in Dordrecht 2008-2010

In de komende hoofdstukken zijn acht speerpunten van het gezondheidsbeleid van Dordrecht voor de beleidsperiode uitgewerkt.

De acht speerpunten van Dordrecht zijn voor de beleidsperiode 2008-2010:

1. Alcoholgebruik bij jongeren (hoofdstuk 3)
2. Psychosociale problematiek (hoofdstuk 4)
3. Overgewicht (hoofdstuk 5)
4. Binnenmilieu (hoofdstuk 6)
5. Preventie en onderwijs (hoofdstuk 7)
6. Preventie en eerstelijnszorg (hoofdstuk 8)
7. Wijkgerichte aanpak van gezondheidsverschillen (hoofdstuk 9)
8. Integrale Jeugdgezondheidszorg (hoofdstuk 10)

De keuze voor deze acht speerpunten is gebaseerd op de volgende criteria:

- Aansluiting bij het landelijke en regionale beleidskader
- Politieke prioriteiten
- Behalen van aanmerkelijke gezondheidswinst
- Duurzame inzet gericht op continuïteit en inbedding in bestaande structuren en werkwijzen

Uitgangspunten voor de keuze van de speerpunten en de realisatie van de te bereiken doelstellingen zijn:

- Betrokken lokale partijen stimuleren een actieve rol te spelen en zich te richten op het gezamenlijk realiseren van maatschappelijke effecten (sturen op vertrouwen)
- Bevorderen van integraal gezondheidsbeleid
- Toepassing van bestaande (evidence-based) programma's en methoden
- Besluitvorming richt zich op procesvoering en resultaat
- Bestaande samenwerkingsverbanden en structuren aanspreken en inzetten
- Bestaande geldstromen inzetten en bundelen
- Bottom-up benadering waarbij burgers en instellingen nadrukkelijk worden betrokken bij de opzet en de uitvoering
- Gezondheidsbevordering is een leerproces

In de hoofdstukken 3 t/m 10 zijn de speerpunten uitgewerkt. Elk speerpunt wordt eerst verkend, daarna worden er meetbare doelstellingen geformuleerd en wordt inzicht gegeven in de aanpak gedurende de beleidsperiode.

3. Alcoholgebruik bij jongeren

3.1. Verkenning

De aanleiding om in Dordrecht op dit speerpunt met nadruk extra beleid te ontwikkelen is vooral ingegeven door een motie van de raad in november 2006, waarin het college is opgeroepen een aanpak te ontwikkelen voor het terugdringen van het percentage jeugdige zware drinkers.

Onderzoek toont aan dat jongeren in Nederland fors meer alcohol gebruiken de afgelopen jaren. Het drinken van alcohol op jonge leeftijd is schadelijk voor de gezondheid. Het leidt tot meer risicovol seksueel gedrag, een grotere kans op ongevallen en verwondingen en op agressief gedrag (overlast, vernielingen en geweld). Ook is er een grotere kans op schade aan de hersenen (leren, geheugen, aandacht). Daarnaast lopen jongeren die al vroeg beginnen met drinken een groter risico om op latere leeftijd problemen te krijgen met alcohol. Er zijn sterke aanwijzingen uit Nederlands onderzoek dat een restrictieve houding van ouders leidt tot minder drankgebruik bij hun kinderen. In Nederland is sprake van een te tolerante houding ten aanzien van alcohol.

Er is veel onderzoek gedaan naar de beste manieren om alcoholgebruik (onder jongeren) terug te dringen en te ontmoedigen. Maatregelen kunnen op verschillende aspecten aangrijpen om hun effect te bewerkstelligen.

Naast kennis over de risico's van alcohol is ook de houding ten opzichte van verantwoord alcoholgebruik van invloed op het uiteindelijke gedrag. Evenals het geloof in de eigen mogelijkheden om het eigen drinkgedrag te veranderen (persoonlijke invloed of effectiviteit). Daarnaast is, vooral bij jongeren, de sociale omgeving van invloed op het drinkgedrag. Voorbeelden hiervan zijn het gedrag van leeftijdsgenoten ('peers') en dat van hun ouders en andere mensen met een voorbeeldfunctie. Onderschat ook niet de uitwerking van reclame, prijsstelling en verkrijgbaarheid van alcohol op de hoeveelheid alcohol die jongeren drinken.

Het vraagt een gezamenlijke inspanning van alle betrokken partijen met de gemeente in de regio. Daarbij is de gemeente ook regelmatig een partij in de uitvoering of handhaving van beleid in het kader van alcohol.

In de notitie 'Aanpak tegengaan alcoholgebruik door jongeren' van mei 2007 zijn de volgende bevindingen inzake Alcohol en Jeugd in Dordrecht weergegeven:

- De situatie dat jongeren op steeds jongere leeftijd beginnen te drinken en ook steeds grotere hoeveelheden alcohol gebruiken is zorgelijk.
- Jongvolwassenen vormen een substantieel deel van de groep zware drinkers.
- Het alcoholgebruik onder jongeren in Dordrecht is minder hoog dan landelijk.
- Alcoholgebruik onder jongeren komt meer voor in de wijken met een hoge sociaal-economische status. Het komt vooral voor onder jonge autochtone mannen.
- De tolerantie van ouders ten opzichte van het alcoholgebruik door jongeren is hoog en wijkt niet sterk af van het landelijke beeld.

3.2. Doelstellingen

Wij willen het volgende bereiken:

De gemiddelde leeftijd van het eerste alcoholgebruik is verhoogd en het aantal nuttigingsmomenten en het gemiddelde aantal glazen alcohol per keer door jeugdigen is verlaagd ten opzichte van de onderzoeksgegevens schooljaar 2005/2006.

3.3. Aanpak

Onderzoek laat zien dat effectieve interventies bestaan uit een mix van voorlichting, wet- en regelgeving, zelfregulering door de branche, accijnsheffing, kortdurende interventies en vroegsignalering. Communicatie is een belangrijk instrument bij de aanpak van alcoholgebruik.

Het plan van maatregelen zal in ieder geval de volgende onderdelen omvatten:

- Het stimuleren van invoering van de evidence-based preventiemethode 'De Gezonde school en genotmiddelen' in het Voortgezet Onderwijs (zie ook hoofdstuk 9).
- Aanscherpen van het toezicht op de naleving van de wet- en regelgeving. Op dit moment zijn er wijzigingen van de Drank- en Horecawet in voorbereiding. Het plan is gemeenten de

bevoegdheid te geven de leeftijdsgrens voor de verkoop van zwak alcoholische drank te verhogen van 16 naar 18 jaar. Verder zijn er plannen dat het toezicht dat nu wordt uitgeoefend door de Voedsel- en Warenwet over gaat naar de gemeenten. Deze toekomstige wijzigingen bieden kansen vanuit de gemeente om eigen prioriteiten te bepalen. Een belangrijk onderdeel van het plan van maatregelen vormt de handhaving richting de zogenaamde niet-commerciële drinklocaties (sportcentra en buurthuizen).

- Het versterken van de aandacht voor alcoholgebruik en -misbruik binnen de jeugdgezondheidszorg.
- Het stimuleren van sportverenigingen om beleid te voeren op het gebied van alcoholontmoediging c.q. -matiging.
- Het bevorderen van de aandacht van de (eerstelijns)gezondheidszorg voor vroegsignalering en kortdurende interventies bij alcoholproblematiek.
- Het bevorderen van steun voor de norm 'onder de 16 jaar geen alcohol' bij de volwassen bevolking (in het bijzonder ouders) en maatschappelijke organisaties.

Deze uitwerking sluit aan bij het integrale veiligheidsplan van de gemeente. Een afspraak in het Integraal Veiligheidsplan 2 (IVP2) is dat de sector Maatschappelijke Ontwikkeling (MO), in samenwerking met de afdeling Openbare Orde en Veiligheid (OOV), gaat bezien welke maatregelen moeten worden ontwikkeld gericht op overmatig drankgebruik van jongeren

Deze beleidsopgaven worden momenteel in samenwerking met de betrokken partijen uitgewerkt. Betrokken partijen zijn onder andere GGD, Bouman GGZ Preventie, De Hoop, Onderwijs, Sportverenigingen, Bureaus voor Opvoedingsondersteuning, Eerstelijnszorg (o.a. huisartsen). Politie en Bureau Halt

De uitwerking van dit plan is volgens planning in het eerste kwartaal 2008 afgerond. Hierover wordt een apart besluit genomen.

De Voedsel- en Warenwet Autoriteit (WVA) heeft van WVS de opdracht gekregen een gemeentelijke handreiking op het gebied van alcoholpreventie te ontwikkelen. Deze is inmiddels beschikbaar. Deze handreiking zal worden betrokken bij de verdere uitwerking van de plannen.

4. Psychosociale problematiek

4.1. Verkenning

De gegevens uit de gezondheidsmonitor 2006 van de GGD ZHZ laten het volgende beeld zien:

- In de regio Zuid Holland Zuid geeft ruim 15% van de inwoners aan in meer of mindere mate psychisch ongezond te zijn. 25% van de 75-plussers voelt zich psychisch ongezond. Dordrecht scoort voor de mannen beneden het gemiddelde. Dordtse vrouwen scoren gemiddeld.
- Kinderen in klas 2 van het voortgezet onderwijs geven aan te maken te hebben met problemen als faalangst, negatief zelfbeeld, onzekerheid, agressie en (vage) lichamelijke klachten. Bij vermoedelijk ruim 23% van de regulier onderzochte schoolkinderen in Dordrecht (2004-2005) is er reden voor een vervolgesprek. De binnenstad springt er uit met 31%. In Dubbeldam is de score het laagst 16%.
- Psychische stoornissen zijn de belangrijkste oorzaak van arbeidsongeschiktheid en veroorzaken ook een aanzienlijk deel van het ziekteverzuim. Depressie gaat vooraf aan angststoornissen (bij 8%) en schadelijk alcoholgebruik (bij 27%).
- Jaarlijks gebruiken ongeveer 4.000 personen (jongeren, volwassenen en ouderen) preventieve hulp tegen depressies. Dat is ruwweg 1% van het aantal mensen dat jaarlijks voor het eerst een depressie krijgt (359.000), een zeer beperkt bereik dus.

Psychosociale problemen worden gekenmerkt door stoornissen in stemming of gedrag die 'naar binnen gericht' zijn, zoals angst, teruggetrokken gedrag, depressie, eenzaamheid. Onderzoek heeft aangetoond dat de mate waarin psychosociale problemen effect hebben op bijvoorbeeld kinderen, pubers en jong volwassenen, samenhangt met de mate waarin zij beschikken over voldoende vaardigheden. Het bezit van een uitgebreid scala aan vaardigheden is een beschermende factor bij het ontwikkelen van psychosociale problemen. De oorzaken zijn divers. Ingrijpende gebeurtenissen, zoals scheiding, overlijden van een dierbare, mishandeling (zoals huiselijk geweld, aanranding) enz. kunnen een rol spelen. Ook het temperament, de genetische aanleg, de mate van sociale competentie, opvoedingsstijl van ouders, conflicten binnen het gezin, psychische en/of verslavingsproblemen bij de ouders kunnen van invloed zijn op het al dan niet ontstaan van psychosociale problemen. Vaak gaat het om een combinatie van verschillende factoren.

Psychosociale problemen kunnen tot de hierna genoemde gevolgen leiden:

- Psychosociale problemen kunnen invloed hebben op het sociale leven.
- Psychosociale problemen op jonge leeftijd zijn een voorspeller voor problemen op latere leeftijd en vormen een belemmering vooreen volwaardige deelname aan de samenleving.
- Ze belemmeren het dagelijks functioneren en kunnen tot ernstige vormen van zelfdestructie leiden.
- Een depressie op jongere leeftijd is een belangrijke voorspeller voor het ontwikkelen van depressies op latere leeftijd.
- Een depressie op jongere leeftijd gaat vaak samen met andere problemen, zoals onhandelbaar, crimineel gedrag, misbruik genotmiddelen, slechte lichamelijke gezondheid, sociaal isolement, enz.
- Psychosociale problemen vroeg in de levensloop kunnen van invloed zijn op de school- en beroeps carrière en uiteindelijk op de maatschappelijke en sociale positie die iemand zich kan verwerven.

4.2. Doelstellingen

In samenwerking met de GGD en de regio ZHZ willen wij het volgende bereiken:

- De ervaren gezondheid en de psychische ongezondheid van de inwoners van Zuid-Holland Zuid is in 2011 verbeterd ten opzichte van de gezondheidsmonitor 2006. Dit is vooral gericht op mensen met een lage sociaal-economische status en ouderen.

- De psychosociale problematiek bij jeugdigen is in 2011 verminderd ten opzichte van de onderzoeksgegevens jeugdgezondheid 2006.

4.3. Aanpak

Onder aanvoering van de GGD worden de doelstellingen uitgewerkt. In maart 2008 hebben de portefeuillehouders Volksgezondheid ZHZ een besluit over het uitvoeringsplan.

Het plan richt zich op:

- Voorkomen van psychosociale problemen (o.a. depressies)
- Vroegtijdige opsporing en signalering van psychosociale problemen/ depressiviteit bij doelgroepen (onder andere bewoners van wijken met lage SES)
- Betere toegang tot preventie-interventies voor doelgroepen

De doelgroepen zijn: jeugd van 4-19 jaar, ouderen, allochtonen en bewoners in wijken met lage SES.

De aanpak van dit speerpunt moet worden gezien in samenhang met de speerpunten 'Alcoholgebruik bij jongeren' (hoofdstuk 3) en 'Preventie en onderwijs' (hoofdstuk 7).

5. Overgewicht

5.1. Verkenning

Het aantal mensen met ernstig overgewicht (obesitas) is de afgelopen decennia sterk toegenomen. De verwachting is dat deze stijging zich nog zal voortzetten. Naar schatting wordt ongeveer 5% van de jaarlijkse sterfte veroorzaakt door overgewicht. De toename van diabetes, hart- en vaatziekten en kanker is deels toe te schrijven aan overgewicht. De gevolgen van overgewicht voor de gezondheid zijn dus enorm en gaan gepaard met een verminderde kwaliteit van leven. De levensverwachting van iemand met ernstig overgewicht daalt met zeven jaar. Als er ook nog gerookt wordt, daalt de levensverwachting zelfs met dertien jaar.

De gezondheidsmonitor 2006 laat het volgende beeld zien:

- Méér dan een op de vijf kinderen in Dordrecht is in het schooljaar 2004-2005 volgens de normen te zwaar. In de Staart is het percentage het hoogst 38%. Dubbeldam scoort het laagst (16%). In de leeftijdsgroep van 19-30 jaar worden de normen voor de hoeveelheid te eten groente en fruit per dag zelden gehaald.
- De Gezondheidsmonitor 2006 laat zien dat er bij 48% van de volwassenen in Dordrecht sprake is van overgewicht, en bij ruim 11% is er sprake van ernstig overgewicht (obesitas).
- De komende 20 jaar zal het percentage overgewicht stijgen naar ruim 60% is de verwachting van VWS. Het aantal chronische zieken met coronaire hartziekten en diabetes stijgt navenant mee.
- Bij diabetes is via vroegsignalering en ketenzorg aanzienlijke gezondheidswinst te behalen door het voorkomen van complicaties (hart- en vaatziekten, blindheid).

5.2. Doelstellingen

In samenwerking met de GGD en de regio ZHZ willen wij het volgende bereiken:

- In 2011 is overgewicht en obesitas bij volwassenen, gemeten naar de gezondheidsmonitor 2006, niet verder toegenomen.
- Overgewicht en obesitas bij jeugdigen in de leeftijd 0-19 jaar in de regio is in 2011 niet verder toegenomen t.o.v. de onderzoeksgegevens schooljaar 2005/2006.

5.3. Aanpak

Voor Dordrecht loopt sinds 2006 het GSB programma 'Overgewicht'. Met dit programma wordt gewerkt aan de geformuleerde doelstelling voor de 0-19 jarigen. Het programma streeft de volgende doelen na:

- Het ontwikkelen van een informatie- en volgsysteem met het oog op de bestrijding van overgewicht onder 0-19 jarigen
- Inzetten van gezondheidsinterventies voor alle 0-19 jarigen met overgewicht die worden opgespoord
- Kennisvergroting en bewustwording

De activiteiten van dit programma zijn gericht op de aandachtswijken (lage SES) en zoveel mogelijk gekoppeld aan de activiteiten in het kader van de BOS impuls. Deze projecten komen samen in het programma 'Doe ff gezond'. Samenwerkingspartners zijn o.a. : scholen, peuterspeelzalen, kinderopvang, huisartsen, fysiotherapeuten, sportclubs, Opmaat en Internos, Welzijnswerkers DWO. Daarnaast verbinden 17 scholen hun (SIS)-activiteiten aan de projecten "Doe ff gezond" (Buurt Onderwijs Sport) die de sector Sport & Recreatie in samenwerking met de GGD en de DWO in vijf wijken uitvoert. De GGD levert in het kader van deze projecten aan deze scholen een bijdrage op het gebied van gezondheid. Invoering van de Gezonde School Methode kan de effecten van de projecten "Doe ff gezond" versterken.

Het GSB programma overgewicht loopt af in 2010. In 2009 zal worden besloten op welke wijze dit programma wordt voortgezet.

Daarnaast worden de doelstellingen onder aanvoering van de GGD uitgewerkt. In maart 2008 nemen de portefeuillehouders Volkgezondheid ZHZ een besluit over een concreet plan.

Het plan is gericht op:

- Kennisvergroting en gedragsverandering
- Deskundigheidsbevordering voor en ondersteuning van diverse intermediairs (o.a. kinderopvang, onderwijs, peuterspeelzalen, welzijnswerk, sociale diensten, werkgevers)
- Verbeterde infrastructuur en sluitende ketenaanpak overgewicht tussen preventie en zorg. In overleg met ziekenhuizen, eerstelijnszorg, jeugdgezondheidszorg etc.
- Fastfood ondernemingen in de buurt van scholen, buurthuizen en sportvoorzieningen.

De aanpak van dit speerpunt moet worden gezien in samenhang met het speerpunten 'Preventie en onderwijs' (hoofdstuk 7).

6. Binnenmilieu

6.1. Verkenning

Nederlanders brengen ongeveer 85% van hun tijd door in gebouwen, waarvan 70% in hun woning. Allerlei stoffen die binnenhuis vrijkomen, zoals vocht, tabaksrook en radon (radioactief gas uit bouwmaterialen en de bodem) kunnen zich bij slecht ventileren ophopen in huis. Een slechte kwaliteit van het binnenmilieu kan vervolgens gezondheidsklachten opleveren, zoals hoofdpijn of luchtwegproblemen, maar heeft bij leerlingen ook invloed op de leerprestaties.

Volgens VROM moet bijvoorbeeld 24 uur per dag geventileerd worden voor een goed binnenmilieu.

Uit onderzoek is gebleken dat burgers onbekend zijn met de effecten van een slechte binnenmilieukwaliteit. Kennis over binnenmilieu en oorzaken voor een slecht binnenmilieu ontbreekt bij veel mensen dus nog.

Uit de gezondheidsmonitor 2006 van de GGD ZHZ blijkt dat in verblijfsruimten nog onvoldoende continue geventileerd wordt. Tussen de 30 en 40% van de respondenten in ZHZ ventileert 24 uur per dag.

Het binnenmilieu op scholen is vaak erg slecht. Onderzoek in klaslokalen wijst uit dat bij 80% de gemiddelde CO₂-waarde vier keer hoger ligt dan de minimale norm. Kinderen en leerkrachten verblijven gedurende een groot deel van de dag dus in een ongezonde omgeving.

Concentratieproblemen en hoofdpijn zijn vaak het gevolg. Dit geldt ook voor de scholen in de regio ZHZ.

Uit onderzoek blijkt dat er op scholen wel degelijk positieve effecten zijn te behalen, ook op langere termijn, door middel van een ventilatieadvies op maat in combinatie met een CO₂-signaalmeting en een lespakket.

Beleid gericht op een beter binnenmilieu heeft niet alleen een positief effect op de gezondheid, maar ook op het energieverbruik. Het is niet algemeen bekend dat door continue te ventileren in een woning of school minder energie nodig is om een ruimte te verwarmen. Dit levert naast een besparing op de kosten ook een bijdrage aan een beter milieu. Bij het Dordtse Project Energie op Maat in Oud Krispijn is aandacht voor het verbeteren van het binnenmilieu ook meegenomen.

6.2. Doelstellingen

In samenwerking met de GGD en de regio ZHZ willen wij het volgende bereiken:

- In 2011 heeft 50% van de schoolgebouwen in de regio ZHZ een CO₂-gehalte tussen de 1000 en 1200 parts per million (PPM).
- In 2011 is de continue ventilatie van verblijfsruimten (woonkamer, slaapkamer, badkamer en keuken) in de regio ZHZ met 10% toegenomen ten opzichte van de gezondheidsmonitor 2006.

6.3. Aanpak

Onder aanvoering van de GGD worden de doelstellingen uitgewerkt. In maart 2008 nemen de portefeuillehouders Volksgezondheid ZHZ een besluit over een concreet plan.

Het plan is gericht op:

- Kennis- en gedragsverandering gericht op scholen, peuterspeelzalen en kinderopvangvoorzieningen
- Afspraken met woningbouwcorporaties over het voorlichten van huurders
- Deskundigheidsbevordering voor onder andere kraamzorg, bouw- en woningtoezicht en consultatiebureaus
- Stimuleren van het verbeteren van ventilatievoorzieningen

7. Preventie en onderwijs

7.1. Verkenning

Scholen zijn bij uitstek de plek om jongeren te bereiken. Zij zijn dagelijks bezig om leerlingen kennis te laten opdoen en hen voor te bereiden op hun toekomstige rol in de samenleving. Een school kan een belangrijke bijdrage leveren aan een gezonde ontwikkeling van de jeugd.

Gezondheid komt op allerlei manieren aan bod in vakken als verzorging, biologie en lichamelijke opvoeding, in het werken aan een gezond en veilig schoolklimaat, in een verantwoord voedingsaanbod in kantines en automaten en in zorg en begeleiding van leerlingen. Thema's als sociale vaardigheden, pesten, seks, roken, alcohol en drugs zijn belangrijk items voor scholen. Scholen en schoolondersteunende organisaties ondernemen veel activiteiten ten behoeve van de leerlingenzorg en gezondheidsbevordering op school. Deze inspanningen leiden niet altijd tot het gewenste effect. Om de effectiviteit te verbeteren is het van belang dat scholen eigen keuzes (leren) maken op het terrein van gezondheidsbevordering en preventie en dat zij hieraan (meer) planmatig werken.

Veel scholen in Nederland hebben de Gezonde School Methode leren kennen als een effectief hulpmiddel om preventie en gezondheidsbevordering vorm te geven op de school.

Scholen brengen daarbij het geheel van zorgbehoeften, zowel bij leerlingen als bij het personeel, in kaart. Schoolondersteunende organisaties, zoals de onderwijsbegeleidingsdienst, GGD, welzijnsorganisaties, bureau jeugdzorg en instellingen voor verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg, kunnen vervolgens in hun begeleiding en ondersteuning beter aansluiten op de specifieke wensen en behoeften van een school.

Uit ervaring is gebleken dat naarmate deze organisaties hun activiteiten onderling meer afstemmen, de effecten van de interventies op leerlingen en medewerkers groter zijn.

Samen met de school inventariseren de ondersteunende organisaties wat nodig is voor een gezonde en veilige school. Daarop stemmen zij hun ondersteuning af. Dit leidt tot het vaststellen van een integraal zorgaanbod op school. In dit zorgaanbod wordt een zodanige relatie gelegd tussen de verschillende niveaus van zorg, dat deze goed op elkaar aansluiten.

Uit ervaring is gebleken dat activiteiten rond gezondheidsbevordering pas effectief zijn als ze bestaan uit een mix van verschillende strategieën en methoden die zich uitstrekken over een langere periode (3 a 4 jaar).

7.2. Doelstellingen

Wij willen het volgende bereiken:

- In 2011 worden maximaal 12 scholen voor Primair Onderwijs in Dordrecht ondersteund bij het structureel en planmatig vormgeven van preventie en gezondheidsbevordering
- In 2011 worden alle scholen voor Voortgezet Onderwijs in de regio ZHZ waaronder Dordrecht maximaal ondersteund bij het vormgeven van verslavingspreventie.

Het versterken van de preventieve rol in het onderwijs levert tevens een bijdrage aan de doelstellingen genoemd bij de speerpunten 'Alcoholgebruik bij jongeren, overgewicht en psychosociale problematiek'.

7.3. Aanpak

De geformuleerde doelstellingen vragen om een aanpak gericht op het Primair Onderwijs en een aanpak voor het Voortgezet Onderwijs.

Gezondheidspreventie in het Primair Onderwijs

Zoals al eerder vermeld is de Gezonde School Methode een hulpmiddel om te bereiken dat scholen zich structureel en planmatig richten op preventie en gezondheidsbevordering. Gebruik van deze methode leidt tot meer samenhang tussen de verschillende activiteiten en maatregelen binnen een school en daarmee tot een hogere effectiviteit.

De methode bestaat uit acht componenten: gezond en veilig schoolklimaat, psychologische en sociaal-emotionele ondersteuning en begeleiding, zorgaanbod, voedingsbeleid, sport en bewegen, gezondheidseducatie, gezondheidsbevordering op de werkplek en ouder- en buurtparticipatie.

Al deze componenten leveren een bijdrage aan de gezondheid en het welzijn van leerlingen en medewerkers.

De Gezonde School Methode gaat uit van vier kernpunten:

- De school staat centraal en bepaalt wat aangepakt wordt (vraaggericht)
- Stap voor stap invoering van gezondheid in het schoolbeleid (planmatig)
- Collectieve preventie is eerste stap in ketenzorg en sluit aan bij de zorg voor individuele leerlingen
- Structurele samenwerking tussen betrokken partijen

De GGD zal in samenwerking met het Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) de basisscholen in Dordrecht benaderen met de vraag of er interesse is in de voorgestelde aanpak en hen informeren over het ondersteuningsaanbod. Deze werving zal zijn gericht op deelname van maximaal 12 scholen in de beleidsperiode. Als de belangstelling hoger is dan de 12 scholen zal de voorkeur worden gegeven aan scholen in de wijken met een lage SES.

De inzet van de Gezonde School Methode in Dordrecht heeft direct raakvlakken met het programma School in de Samenleving (SiS). De GGD is één van de partners van de School in de Samenleving. Zo verzorgt de GGD op enkele scholen voorlichting voor ouders op het gebied van gezondheid. Daarnaast verbindt een aantal scholen zijn SiS-activiteiten met activiteiten in het kader van het BOS-project (Buurt, Onderwijs, Sport). De GGD levert hieraan voor enkele scholen een bijdrage op het gebied van gezondheid. Invoering van de Gezonde School Methode kan de effecten van het SiS-programma versterken.

Om scholen optimaal te ondersteunen bij de invoering van de beschreven Gezonde School Methode zijn extra gemeentelijke middelen nodig. Een deel van de kosten wordt opgevangen binnen de basistaken van de GGD (JGZ en onderzoek).

Verslavingspreventie in het Voortgezet Onderwijs

Dordrecht is centrumgemeente voor de ambulante verslavingszorg. De centrumfunctie heeft betrekking op de ZHZ-regio (Drechtsteden en de Alblasserwaard/Vijfheerenlanden).

De centrumgemeente ontvangt van het rijk een doeluitkering voor de financiering van o.a. activiteiten op het gebied van verslavingspreventie. Het verslavingsbeleid valt onder prestatieveld 9 van de Wmo en heeft directe raakvlakken met het gezondheidsbeleid.

Voor de verslavingspreventie onderhield de centrumgemeente een subsidierelatie met BoumanGGZ. In overleg met de betrokken regiogemeenten is besloten deze subsidierelatie af te bouwen en over te gaan tot invoering van een nieuwe aanpak. Het evidence-based programma De Gezonde School en Genotmiddelen vormt het uitgangspunt van deze nieuwe aanpak. Deze aanpak sluit aan bij de uitgangspunten van het gemeentelijke beleid (Nota Verslavingsbeleid Herijkt 2005).

De Gezonde School en Genotmiddelen is een landelijk project ontwikkeld door het Trimbos Instituut. Het project heeft de school voor voortgezet onderwijs als ingang en richt zich op leerlingen van 12 tot 16 jaar en kent een intermediaire doelgroep bestaande uit schooldirectie, docenten en ouders. Het doel is het uitstellen van het eerste gebruik en het voorkomen van riskant experimenteel gedrag onder jongeren. Tevens zijn leerlingen door het project in staat de risico's van roken, alcohol, blowen, gokken en XTC in te schatten en zich verantwoordelijk te gedragen met het oog op hun eigen gezondheid en die van anderen. Jongeren worden nadrukkelijk betrokken.

Het project is niet bedoeld als eenmalige activiteit, maar als structurele invoering van schoolgezondheidsbeleid voor het onderdeel genotmiddelen. De projectduur is driejaar; daarna zijn de activiteiten structureel ingebed. De methode Gezonde School en Genotmiddelen bestaat uit lesgeven, signaleren, afspraken maken en ouders betrekken.

De aanpak in de regio wordt momenteel uitgewerkt in samenwerking met de volgende betrokken partijen: GGD ZHZ, Bouman GGZ, De Hoop, Stichting Voorkom en de scholen voor Voortgezet Onderwijs. Het streven is erop gericht op een aantal scholen te starten met ingang van schooljaar 2008-2009.

De inzet van de Gezonde School en Genotmiddelen heeft direct raakvlakken met het beleid in het kader van Veilig in en om de School (VIOS). De voorgestelde aanpak versterkt het beleid in het kader van VIOS.

In aanvulling op de aanpak bij VO-scholen zal ook aandacht moeten worden besteed aan verslavingspreventie in het basisonderwijs. In overleg met de scholen zal een plan worden opgesteld.

8. Preventie en eerstelijnszorg

8.1. Verkenning

Eerstelijnszorg werd eerder in de nota als volgt gedefinieerd: 'de generalistische, nabije en direct toegankelijke zorg, die geboden wordt door huisartsen, verpleegkundigen en verzorgenden, verloskundigen, tandartsen, fysiotherapeuten, apothekers, maatschappelijk werkers, eerstelijnspsychologen, thuiszorg en anderen'.

De gemeente is vanuit de wet verantwoordelijk voor het afstemmen van preventieve zorg, curatieve zorg en de care. Ook heeft de gemeente vanuit de wet een taak in het kader van toegankelijkheid van de zorg.

Belangrijke ontwikkelingen binnen de eerstelijnszorg in de afgelopen jaren zijn de mono- en multidisciplinaire samenwerkingen. Beide ontwikkelingen zijn in Dordrecht op een positieve wijze zichtbaar

Onder mono disciplinaire samenwerking wordt een samenwerkingsverband verstaan van zorgaanbieders uit dezelfde discipline. Voorbeelden hiervan zijn de zogenaamde HOED-en (huisartsen onder een dak).

Multidisciplinaire samenwerking is in Dordrecht ook in opmars. Op diverse plaatsen zien we mooie samenwerking ontstaan in zogenaamde gezondheidscentra. Dit zijn belangrijke ontwikkelingen, gelet op de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de zorg voor burgers.

De gemeente zal dergelijke ontwikkelingen blijven ondersteunen in voorwaardenscheppende zin.

In de komende beleidsperiode wil de gemeente in het kader van preventie het contact met de eerstelijnszorg versterken. Doel daarbij is tweeledig. Enerzijds willen wij de eerstelijnszorg structureel beter informeren over relevante ontwikkelingen en initiatieven op lokaal en regionaal niveau. Wij willen de eerstelijnszorg daarbij stimuleren extra aandacht te schenken aan bepaalde gezondheidproblemen. Anderzijds vinden wij het van belang dat de eerstelijnszorg haar signalerings- en verwijfsfunctie optimaal inzet en benut als onderdeel van de keten.

Belangrijke doelgroepen zijn: risicogezinnen, potentieel verslaafden, mensen met een potentieel overgewicht, mensen met (licht) depressieve klachten, alleenstaande ouders, (ex) psychiatrische patiënten en hun kinderen, mantelzorgers en slachtoffers van huiselijk geweld.

8.2. Doelstellingen

Wij willen het volgende bereiken:

In 2011 is de aandacht van de eerstelijnszorg voor preventie aantoonbaar toegenomen.

8.3. Aanpak

Voor de aanpak zal worden samengewerkt met de zorgverzekeraar en Stichting Koel.

De zorgverzekeraar vanuit haar rol als regisseur van de eerstelijnszorg. Stichting Koel is de regionale ondersteuningsorganisatie van de eerstelijnszorg. De stichting heeft een belangrijke taak in het organiseren van de nascholingen. Ook heeft deze stichting de taak op zich genomen de multidisciplinaire samenwerking binnen de eerstelijnszorg te verbeteren.

Met Stichting Koel hebben wij reeds afspraken kunnen maken voor het komende jaar. Er liggen inmiddels initiatieven om samen te werken rond de onderwerpen Overgewicht, Alcoholgebruik en Huiselijk Geweld.

De samenwerking met de genoemde organisaties zal in 2008 verder vorm worden gegeven.

9. Wijkgerichte aanpak van gezondheidsverschillen

9.1. Verkenning

In hoofdstuk 3.3 heeft u kunnen zien dat de achterstand in gezondheid zich met name concentreert in de armere wijken van de grote steden. Er bestaan veel interventies en beleidsinstrumenten om de cirkel tussen armoede en ongezondheid te helpen doorbreken. De aandachtswijken zijn een belangrijke setting daarvoor.

Ervaring in andere steden in de afgelopen jaren hebben aangetoond dat het top-down droppen van projecten niet werkt. Veel kansrijker is een wijkgerichte aanpak waarbij bewoners zelf een belangrijke rol spelen. Met zo'n wijkaanpak kunnen de gezondheidsbevorderende interventies beter worden afgestemd op de doelgroep. Dit sluit naadloos aan op de uitgangspunten van de Wmo om de eigen verantwoordelijkheid en invloed van burgers te vergroten.

Op wijkniveau kan de gemeente op een integrale manier werken aan gezondheid, met de inzet van scholen, buurtbewoners, huisartsen en andere lokale intermediairs.

Intersectorale samenwerking (sociaal en fysiek), facetbeleid en een mix aan interventies zijn noodzakelijk om gezondheidsverschillen in de kern aan te pakken.

In 2008 wordt al ingezet op (extra)gezondheidsbevorderende activiteiten o.a. door het bevorderen van sport en gezond eten bij kinderen (BOS-Impuls), door extra sport en spel aan te bieden in het activiteitenprogramma voor kinderen en jongeren, door sportactiviteiten te organiseren voor allochtone vrouwen en extra sport aan te bieden aan ouderen.

Ook wordt al extra ingezet op sportverenigingen om nieuwe groepen leden te werven.

In de foyer wordt extra aandacht gegeven aan gezond eten door kookcursussen te organiseren voor jongeren.

9.2. Doelstellingen

Wij willen het volgende bereiken:

In 2011 is een aantoonbare toename van activiteiten met een gezondheidsthema zichtbaar in de sociale programma's van in ieder geval de wijken Wielwijk en Crabbehof.

9.3. Aanpak

Het Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) heeft de afgelopen jaren veel kennis opgedaan op het gebied van gezondheidsbevordering. Ook heeft deze organisatie een wijkaanpak ontwikkeld. Zij heeft in de afgelopen jaren diverse steden ondersteund bij het invoeren van een wijkaanpak.

Bij de start van een wijkpak vindt er een verkenning plaats. Deze verkenning heeft de volgende doelen:

- Oriëntatie op de gezondheidssituatie
- Analyse van oorzaken, achtergronden en mogelijke oplossingen (sterkte-zwakte analyse)
- Inventarisatie van de organisatiestructuren in de wijk zodat de expertise en kennis in de wijk optimaal worden benut en kan worden aangehaakt bij de bestaande structuren

In 2008 zullen er, samen met professionals en bewoners in de wijk, plannen worden gemaakt om de gezondheid in de wijken Wielwijk en Crabbehof te verbeteren. Het NIGZ geeft hierbij de gewenste ondersteuning.

De plannen die passen binnen de reeds vastgestelde sociale programma's worden uitgevoerd met ingang van 2009. Mogelijk aanvullende ideeën die niet in het sociaal programma passen krijgen via andere procedures een vervolg.

Vanaf 2009 worden de 'gezonde' activiteiten uitgevoerd. De GGD, en waar nodig het NIGZ, geven hierbij ondersteuning. In de loop der jaren zal er meer deskundigheid in de wijk worden opgebouwd rond gezondheid, zodat de wijk meer en meer vanuit haar eigen kracht en structuren de aandacht voor het thema gezondheid vorm geeft.

In 2009 wordt de aanpak geëvalueerd en worden er aanbevelingen gedaan voor de andere wijken.

10. Integrale jeugdgezondheidszorg

10.1. Verkenning

Gemeenten zijn in 2003 verantwoordelijk geworden voor de regie over de jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor 0-19 jarigen. Voor de samenwerking met de consultatiebureaus en de jeugdgezondheidszorg van de GGD is destijds een intentieverklaring getekend, waarin de betrokken partijen en de gemeenten het voornemen uitspraken de JGZ aan 0-4-jarigen over te dragen aan de Gemeenschappelijke Regeling ZHZ. Daarmee werd de GGD de hoofdaannemer in de jeugdgezondheidszorg die de zorg voor 0-4-jarigen inkoopt bij de thuiszorgorganisaties (Opmaat en Rivas). Nadere afspraken hieromtrent werden vastgelegd in een samenwerkingscontract. In 2008 wordt deze samenwerkingsvorm geëvalueerd.

Voor de beleidsontwikkeling worden de volgende uitgangspunten geformuleerd:

1. Iedere jeugdige heeft recht op een zo gezond mogelijke ontwikkeling en op bescherming en hulp als die gezonde ontwikkeling wordt bedreigd (gebaseerd op het Verdrag voor de Rechten van het Kind).
2. De jeugdgezondheidszorg heeft tot doel het bevorderen, beschermen en beveiligen van de gezondheid en de lichamelijke, geestelijke en sociale ontwikkeling van jeugdigen, zowel individueel als op populatieniveau. Het beoogde effect van de integrale jeugdgezondheidszorg is een zo gezond mogelijke jeugd.
3. De integrale jeugdgezondheidszorg voorziet in een professioneel, gecoördineerd en preventief aanbod voor een zo gezond mogelijke ontwikkeling van alle jeugdigen van 0 tot 19 jaar
4. De jeugdgezondheidszorg wil voor alle jeugdigen, hun ouders en hun begeleiders dé ondersteuner zijn bij een gezonde lichamelijke, emotionele en psychosociale ontwikkeling van de jeugdigen en wil alle signalen van mogelijke stoornissen daarin tijdig signaleren.

De portefeuillehouders van de regio Zuid-Holland Zuid hebben de volgende ambities voor 2007-2010 geformuleerd:

- De bevindingen uit de landelijke evaluatie van de Integrale JGZ (2006) worden besproken. De conclusies en adviezen uit de evaluatie worden gebruikt om het Integrale JGZ-proces ZHZ te verbeteren.
- Het Elektronisch Kind Dossier (EKD) is geïmplementeerd en elk kind in de regio ZHZ heeft een EKD. Informatieoverdracht ten behoeve van in- en uitverhuizingen tussen de werkgebieden van Rivas en Opmaat vindt elektronisch plaats. Ook de overdracht naar de GGD ZHZ vindt elektronisch plaats.
- Er wordt beleid- en gezondheidsinformatie gegenereerd en gepresenteerd aan de gemeenten. Dit heeft tot doel de gemeenten die interventies te laten kiezen die het welzijn en de gezondheid van de jeugd in hun gemeente verbeteren.
- Alle protocollen rondom zorg aan risicokinderen zijn uniform opgesteld en vastgesteld binnen de JGZ 0-19 jaar.
- Alle gemeenten in ZHZ maken gebruik van een verwijzindex. De verwijzindex sluit aan bij het EKD. De JGZ organisaties bevorderen de implementatie binnen de regio ZHZ.
- Helder is wat de rollen en de mogelijkheden zijn van de JGZ bij de coördinatie van de zorg aan kinderen van 0-19 jaar. De JGZ organisaties formuleren wat de gemeenten in deze van ze mogen verwachten.

10.2. Doelstellingen

Wij willen het volgende bereiken:

- In 2011 zijn de door de regio ZHZ geformuleerde ambities Integrale JGZ (UGZ) gerealiseerd.

10.3. Aanpak

De realisering van de geformuleerde ambities worden voorbereid door de beleidsgroep Integrale JGZ, de aansturing vindt plaats vanuit de Stuurgroep UGZ. De beleidsgroep bestaat uit managers JGZ Stichting Opmaat en Rivas en enkele beleidsambtenaren jeugd/volksgezondheid namens alle gemeenten. In de stuurgroep hebben de directeuren en enkele portefeuillehouders Volksgezondheid zitting. De gemeente Dordrecht heeft in beide overleggen een actieve rol.

Er zal worden ingezet met het oog op een optimaal functioneren van de UGZ in de regio ZHZ. Uitgangspunten hierbij zijn dat er geen kind buiten de boot valt. De veiligheid van het kind moet optimaal gewaarborgd zijn.

11. Monitoren en evalueren

Om te kunnen (bij)sturen op de gewenste en geformuleerde effecten en resultaten, dient de gemeente te beschikken over informatie met betrekking tot het resultaat van het beleid. Die benodigde informatie kan via monitoring en evaluatie verkregen worden.

Monitoring volgt de effecten over een langere termijn. Op deze wijze kunnen de beleidsresultaten gedurende een langere periode gevolgd worden. Niet alleen korte termijnontwikkelingen worden zo zichtbaar, maar ook ontwikkelingen op langere termijn.

Evalueren geeft aan dat iets nabesproken / beoordeeld wordt op eerder vastgestelde onderdelen. Bij evaluatieonderzoek wordt gericht nagegaan of, en in welke mate de resultaten van het beleid gerealiseerd zijn. Zowel het proces als de inhoud zijn hier van belang.

Om tijdig te kunnen (bij)sturen moet er, zeker bij een beleidsperiode van vier jaar, tussentijds geëvalueerd worden. Een goed moment daarvoor is begin 2009. De evaluatieresultaten kunnen gebruikt worden voor de periode 2009-2011. Inspelen op nieuwe inzichten en maatschappelijke ontwikkelingen wordt zo tevens vergemakkelijkt.

Als nulmeting voor deze nota geldt overwegend de Gezondheidsmonitor 2006 ZHZ. Het verschijnen van de gezondheidsmonitor 2010 zal inzicht geven in de gezondheidssituatie van bewoners van de regio Zuid-Holland Zuid en de effecten van het beleid. Op basis van deze monitor kan worden vastgesteld of de geformuleerde effecten en resultaten zijn gehaald. Op onderdelen wordt overigens ook gebruik gemaakt van de monitorgegevens vanuit Dordtse monitoren.

12. Communicatie

Het Gezondheidsbeleid 2007-2010 dient een maatschappelijk en bestuurlijk doel, waarbij het bestuurlijk met name gaat om het vaststellen van de beleidsdoelstellingen, het actief betrekken van partners bij het beleid, het aanbrengen van samenhang in beleid en uitvoering. Het maatschappelijke doel kan worden omschreven als 'meedoen'. Daarmee wordt bedoeld dat zowel burgers en professionals worden uitgedaagd actief mee te denken en te doen. Voor de in deze nota geformuleerde speerpunten zullen afzonderlijke communicatieplannen worden opgesteld, waarbij de regie voor een deel bij de GGD ligt als ondersteuner van het regionaal gezondheidsbeleid. De communicatieafdeling van de gemeente Dordrecht is verantwoordelijk voor de procescommunicatie naar de diverse bestuurders en partners. Daarnaast initieert de communicatieafdeling van de gemeente Dordrecht een aantal acties en voert hierover een actieve rol bij de uitvoering van de communicatie. De communicatie over de genoemde thema's is complementair aan de massamediale aandacht verzorgd door onder andere het Ministerie, Zorgverzekeraars, de Hartstichting en het Voedingscentrum, gemeentelijke communicatie op het gebied van Handhaving en wijkgericht werken.

Probleemstelling

Gezondheid is een breed beleidsterrein waarin veel partners samenwerken. De samenwerking is op dit moment nog niet optimaal. Het uitwisselen van kennis en kunde is essentieel om de doelstellingen geformuleerd in het gezondheidsbeleid te laten slagen. Gezondheidsbeleid moet integraal worden aangepakt.

Communicatiestrategie

Het Dordtse college van B&W legt verantwoording af aan de gemeenteraad over het gevoerde gezondheidsbeleid. Diverse sectoren en 'opdrachtnemende' organisaties, verzorgen de uitvoering van het beleid. Het streven is dat naast de inhoudelijke samenwerking, ook de diverse communicatie-inspanningen op elkaar worden afgestemd.

Veel deelplannen van aanpak zien in 2008 het licht. Na besluitvorming in de gemeenteraad wordt het gezondheidsbeleid in samenhang gepresenteerd. .

Betrokken bestuurders zijn bereid zijn elk een gezondheidsthema te adopteren.

De portefeuillehouder Gezondheid en Herstructurering zal zich verbinden aan het thema gezondheid in de krachtwijken. De portefeuillehouder Jeugd aan jeugdgezondheidszorg. Dit betekent dat een bestuurder zichtbaar en betrokken is en een rol wil spelen op belangrijke momenten in het uitvoeringsproces.

Bij de uitvoering van communicatieactiviteiten zal zoveel mogelijk gebruik worden gemaakt van reguliere middelen van de gemeente en de partners en andere communicatiemiddelen zijn o.a. brochures waarin gezondheidsbeleid, ludieke acties, uitgifte gezondheidskrant of meeliften met Remedie, regionale krant uitgegeven door Albert Schweitzerziekenhuis, aanhaken bij winterfeesten / straatfeesten en Dordt op het Bord.

Communicatiedoelgroepen

Intern / semi-intern

- Bestuurders
college, gemeenteraad, portefeuillehouders, bestuurders van partners, zoals woningcorporaties en onderwijs.
- Maatschappelijke partners
GGD, Bouman GGZ, welzijnsorganisaties, woningcorporaties, aanbieders Jeugdgezondheidszorg, thuiszorgorganisaties, directies basisonderwijs en voortgezet onderwijs, sportverenigingen, Politie Zuid-Holland Zuid, OM, jeugdzorg, Provincie Zuid-Holland, De Grote Rivieren, NIGZ, Eerstelijnszorg, Stichting Trend, Trimbos Instituut, zorgkantoor en zorgverzekeraars, slijterijen, Horeca, supermarkten, Stichting Koel en WMO raad
- Betrokken medewerkers gemeente
Managers en medewerkers MO, OOV, S&R, SO, Communicatie, SDD.

Externe doelgroepen

- Inwoners Dordrecht, met extra aandacht voor groepen met een lage sociaal-economische status (SES), allochtonen en jongeren.
- Verwijzers / intermediairs
Deze groep kan een belangrijke bondgenoot zijn in de communicatie, met name naar de moeilijk bereikbare groepen, zoals allochtonen en groepen met een lage SES.
- Pers
De pers is een belangrijk medium om de doelgroepen te bereiken. Het is van belang dat de pers over de juiste informatie beschikt.

Communicatiedoelstellingen

De communicatiedoelstellingen in termen van kennis, houding en gedrag kunnen als volgt worden geformuleerd:

Professionals / partners

- Vergroten kennisuitwisseling met partners door hen te betrekken bij de speerpunten daar waar mogelijk te faciliteren bij de onderlinge communicatie
- Enthousiasmeren om samen te werken
- Creëren van onderlinge samenhang en waar mogelijk samenwerking

Burgers

- Kennis vergroten van het probleem en aanbod
- Bereidheid tot verandering
- Stimuleren van veranderde leefstijl

Communicatieaanpak

Om de communicatie doelen te bereiken is gekozen voor de volgende activiteiten:

- Het vergroten van (politiek) draagvlak
- Structureel overleg tussen communicatieadviseurs gemeente Dordrecht en regio gemeenten
- Aanhaken bij de principes van gezondheidsvoorlichting: kennis van effectieve methodes en technieken
- In kaart brengen partners en daar waar mogelijk gezamenlijk optrekken
- Eenheid aanbrengen in de boodschap
- Jongeren betrekken bij gezondheid

In november 2007 is de website Cilio voor de Drechtsteden online gegaan. Deze website biedt een eigentijds en interactief internetplatform waarbij participatie, informatie en communicatie voorop staan. Daarnaast maakt Cilio een koppeling naar de maatschappij door alle instanties een plek te geven op het internetplatform: sportverenigingen, uitgaansgelegenheden, scholen en gemeenten. Deze website geeft de gemeente het instrument om met jongeren te communiceren over beleidsontwikkeling- en uitvoering.

13. Financiering

Het gezondheidsaanbod dat de GGD verzorgt bestaat uit een basistakenpakket en een maatwerkpakket dat voor iedere gemeente hetzelfde is. Dit wordt gefinancierd vanuit het gemeentefonds. De regio ZHZ c.q. GGD ontvangt van de 14 gemeenten jaarlijks een bedrag per inwoner voor de wettelijke taken. Voor Dordrecht komt dit neer op een bedrag van ca € 1.460.000,— (niveau 2007).

Naast wettelijke taken voert de GGD voor de gemeente Dordrecht plustaken uit. Deze plustaken worden apart gefinancierd. Voor deze plustaken voert de GGD activiteiten uit in het kader van het jeugdbeleid. Het gaat onder meer om de deelname van JGZ in de MDT's op de scholen, extra zorg voor risicokinderen.

Verder ontvangt de GGD van de gemeente Dordrecht momenteel subsidie voor de uitvoering van het GSB Programma Overgewicht en activiteiten op het gebied van opvoedingsondersteuning en gezinscoaching.

Vanuit de functie als centrumgemeente ontvangt de GGD extra middelen voor taken in het kader van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) en Huiselijk Geweld. De GGD is verantwoordelijke voor het Meldpunt Zorg & Overlast en de uitvoering van de zorgcoördinatie

Regionaal fondsenwerver

Op regionaal niveau worden de mogelijkheden onderzocht voor het aantrekken van een regionale fondsenwerver. Met de inzet van een regionale fondsenwerver hoeft er voor fondsenwerving geen eigen gemeentelijke ambtelijke inzet gepleegd te worden en is de kans op honorering van de aanvraag groter.

Jeugdgezondheidsmonitor

Momenteel is een voorstel in voorbereiding voor een jeugdgezondheidsmonitor, in aanvulling op de Gezondheidsmonitor voor volwassenen. Over de financiële consequenties wordt in 2008 een besluit genomen. De kosten voor Dordrecht worden geschat op maximaal € 44.000, —

Elektronisch Kinddossier (EKD)

Met ingang van 2008 ontvangen wij via de Algemene uitkering uit het Gemeentefonds een bedrag van € 37.000, — oplopend tot € 148.000, — in 2011 voor de invoering van het 'Elektronisch kinddossier'¹.

Op regio niveau zullen hierover afspraken worden gemaakt. Op basis van deze afspraken zullen de beschikbare bedragen betaalbaar worden gesteld.

Financiering activiteiten gezondheidsbeleid 2008-2010

Een belangrijk uitgangspunt voor de lokale invulling van het beleid is dat er zoveel mogelijk aansluiting wordt gevonden bij andere budgetten. Gezondheidsbeleid staat immers niet op zichzelf.

Uitgangspunt bij de ontwikkeling van de diverse beleidsvraagstukken is vooral gebruik te maken en verbindingen te zoeken met bestaande geldstromen (meer met minder). Dat is voor een deel gelukt en voor een deel is een extra financiële impuls nodig om het voorliggende beleid uit te voeren.

Toelichting per speerpunt:

Alcoholgebruik bij jongeren

Voor de uitvoering van activiteiten in het kader van het terugdringen van het alcoholgebruik zullen de bestaande budgetten (o.a. Verslavingspreventie (onderdeel Wmo), OOV) niet toereikend zijn. Dit wordt gebaseerd op de door het Ministerie van VWS onlangs uitgegeven Handleiding Aanpak Alcoholbeleid. De kosten worden minimaal geschat op een bedrag van € 50.000, — per jaar.

De financiële consequenties worden meegenomen in het in 2008 vast te stellen plan van aanpak. Hierover wordt een apart besluit genomen.

Psychosociale problematiek

Voor de uitvoering van de activiteiten voor dit speerpunt zal een beroep worden gedaan op het Wmo budget.

Overgewicht

De gemeente Dordrecht investeert reeds voor de periode 2006/2009 een bedrag van € 544.000, — voor de uitvoering van het GSB programma Overgewicht. In 2009 zal besluitvorming moeten plaatsvinden over een eventueel vervolg.

Binnenmilieu

De activiteiten zijn gericht op voorlichting en adviseren en vinden plaats binnen het budget van de GGD.

Preventie en onderwijs

Naast inzet vanuit de basistaken van de GGD zijn extra middelen nodig om het onderwijs te ondersteunen bij het versterken van hun rol in het kader van preventie en gezondheidsbevordering. De extra kosten voor de gemeente over de hele periode zijn berekend op een bedrag van €5.000,— per school.

De kosten per school lopen in de loop van de jaren aanzienlijk terug. Na deze 4 jaar zal het bedrag per school nog verder teruglopen, terwijl het aantal scholen dat kan worden ondersteund jaarlijks toeneemt. De GGD streeft in deze beleidsperiode naar ondersteuning van 40 scholen na 4 jaar, waarvan minimaal 12 in Dordrecht.

Uitgaande van een gemiddeld bedrag van €5.000,— per jaar per school met een groei van 4 scholen in 2008 naar 12 scholen in 2010 is in totaal een bedrag nodig van € 120.000,- voor een periode van 3 jaar. Gemiddeld komt het neer op een bedrag van € 40.000,- per jaar.

Preventie en eerstelijnszorg

Hieraan zijn, behalve inzet van beschikbare ambtelijke capaciteit, geen extra kosten verbonden.

Wijkgerichte aanpak van gezondheidsverschillen

De kosten worden opgevangen binnen de beschikbare wijkbudgetten

Integrale Jeugdgezondheidszorg

Bestaande middelen in het kader van JGZ worden ingezet.

Dekking benodigde middelen

Binnen de taken van de GGD in het kader van jeugdgezondheidszorg heeft er herschikking van taken plaatsgevonden. Hierdoor is voor Dordrecht met ingang van 2008 een bedrag van € 63.700, — per jaar beschikbaar gekomen.

Dit bedrag wordt jaarlijks als volgt herschikt:

Ondersteuning scholen bij invoering Gezonde School Methode	€ 40.000,—
Algemene uitvoering en communicatie Gezondheidsbeleid	€ 23 700.—
	€ 63.700,-

Voor de kosten voor de jeugdgezondheidsmonitor en het speerpunt Alcoholgebruik bij jongeren worden in 2008 aparte voorstellen uitgewerkt.

Bijlage Wat is er bereikt met de eerste nota volksgezondheid?

In de beleidsnota zijn de volgende investeringsprogramma's te onderscheiden:

- Investeren in jeugd
- Investeren in gezond gedrag
- Investeren in een gezonde wijk
- Investeren in regionale samenwerking
- Investeren in samenwerking met de GGD

Puntsgewijs wordt per programma concreet weergegeven wat is bereikt.

Investeren in jeugd

- Scholen zijn actief geïnformeerd over het activiteiten aanbod van de GGD en Bouman GGZ.
- Er is een onderzoek uitgevoerd naar de evidence-based activiteiten in de verslavingspreventie.
- Tussen Bouman GGZ en regiogemeenten zijn afspraken gemaakt over de inzet van de preventiemedewerkers en de gemeente Dordrecht heeft in haar rol als centrumgemeente met Bouman GGZ afgesproken dat zij hun activiteiten richten op risicogedrag onder jeugd via intermediairs (ouders en leerkrachten).
- De GGD heeft een inventariserend onderzoek gedaan naar de hygiëne, de veiligheid en het binnenmilieu op basisscholen. Op basis van dit onderzoek is besloten om alle basisscholen in de regio periodiek te inspecteren op de genoemde terreinen.
- Er zijn in de afgelopen jaren belangrijke stappen gezet in de ontwikkeling van de integrale jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar op het gebied van samenwerking en registratie.
- Met de GGD (4-19 jaar) en Opmaat (0-4 jaar) zijn afspraken gemaakt over de inzet van middelen binnen de jeugdgezondheidszorg specifiek voor Dordrecht. Deze afspraken liggen in lijn met het vastgestelde jeugdbeleid.

Investeren in gezond gedrag

- Het GSB-programma 'Overgewicht' 2005-2009 is ontwikkeld en in uitvoering gezet, in samenwerking met Sport & Recreatie (BOS-impuls) en de DWO. Van belang hierbij is met het oog op de bestrijding van overgewicht onder 0-19 jarigen een informatie- en volgsysteem te ontwikkelen, 0-19 jarigen, die via dit systeem worden opgespoord, een gezondheidsinterventie te geven en burgers te voorzien van kennis en de bewustwording te vergroten.
- Er is in Dordrecht een onderzoek uitgevoerd in samenwerking met de Universiteit van Amsterdam naar eetpatronen van kinderen. Dit onderzoek heeft toepasbare aanbevelingen opgeleverd voor interventies.

Investeren in een gezonde wijk

- Zorgaanbieders, woningbouwcorporaties, belangenorganisaties en de gemeente hebben een convenant getekend waarin zij verklaren naar vermogen te zullen meewerken aan het realiseren van woonzorgzones. In een tweetal wijken is dit inmiddels gerealiseerd. Voor de nieuwe wijk Stadswerven is met subsidie van de provincie een haalbaarheidsonderzoek uitgevoerd.
- In samenwerking met MEE is een conferentie georganiseerd over mantelzorg, als opmaat voor het ontwikkelen van gemeentelijk beleid. Beleid voor mantelzorg is een belangrijk item bij de beleidsontwikkeling van de Wmo.

Investeren in regionale samenwerking

- De GGD heeft in samenwerking met de eerstelijnszorg een inventarisatie uitgevoerd naar de problematiek van huisartsen, tandartsen en verloskundigen. De resultaten van het onderzoek zijn aanleiding geweest om het geconstateerde huisartsentekort aan te pakken. In diverse wijken van Dordrecht zijn in verband hiermee zogenaamde gezondheidscentra en/of HOED-'en gerealiseerd of nog in ontwikkeling.
- In 2006 heeft de GGD ZHZ een gezondheidsmonitor uitgebracht. Deze monitor is tot stand gekomen in samenwerking met de regiogemeenten en de afdeling Epidemiologie van de GGD.
- De uitwerking van het plan om het Gezondheidspitaal (een bekroonde ICT-toepassing waar burgers informatie kunnen halen over hun gezondheid) op te zetten is wegens te geringe animo in het veld niet verder voortgezet.

Investeren in samenwerking met de GGD

- De GGD heeft op verzoek van gemeenten een productenboek opgesteld. Dit productenboek geeft inzicht in de activiteiten van de GGD.
- De GGD heeft in Dordrecht op centrale plaatsen informatiezuilen geplaatst.
- Er zijn met de GGD afspraken gemaakt over het aantal op te roepen vrouwen, het aantal herhalingsoproepen en het opkomstpercentage van opgeroepen vrouwen bij de bevolkingsonderzoeken.
- De samenwerking met de GGD is in de periode 2003-2006 behoorlijk geïntensiveerd. Afspraken over de dienstverlening, passende middelen, realistische resultaatverwachtingen en adequate metingen en registraties vinden meer en meer