

Nota preventief gezondheidsbeleid 2007-2011
Hardinxveld-Giessendam

“Gezond, gewoon doen”

Vastgesteld in de raadsvergadering van 27 september 2007

| | |
|---|----|
| Samenvatting | 2 |
| Inleiding | 5 |
| H1 Gezond, gewoon doen in Zuid-Holland Zuid | 6 |
| H2 Overgewicht | 9 |
| H3 Psychosociale problematiek | 13 |
| H4 Kwaliteit van het binnenmilieu | 17 |
| H5 Lokale thema's | 21 |
| H6 Financiering | 24 |
| H7 Monitoring en evalueren | 26 |
| H8 Beleidsaanbevelingen | 27 |
| Literatuur | 29 |
| Colofon | 29 |
| Bijlagen | 29 |

Samenvatting

In de hoofdlijnennotitie “Gezond, gewoon doen” van najaar 2006 is aangegeven waarom er gekozen is het regionaal inzetten op drie thema’s. Die thema’s zijn overgewicht, psychosociale problematiek (met specifiek aandacht voor alcohol) en binnenmilieu.

In de onderliggende nota “Gezond, gewoon doen” wordt aan deze thema’s invulling gegeven door het benoemen van de beoogde maatschappelijk effecten, regionale doelstellingen en regionale opgaven. Gemeenten kunnen door afstemming en samenwerking, zowel onderling als met regionaal werkende instellingen, een optimale inzet van capaciteit en budget creëren.

Onderschrijven van de beoogd maatschappelijk effecten en regionale doelstellingen door gemeenten is een voorwaarde om met de regionale opgaven aan de gang te kunnen gaan. Het motto “regionale aanpak, lokale prestaties” benadrukt dat de uitvoering lokaal georiënteerd is. Vandaar ook dat gemeenten een beperkte keuze kunnen maken uit de hoeveelheid regionale opgaven.

Beperkt omdat immers gekozen is voor regionale samenwerking. Bij een te grote verscheidenheid aan keuzen valt deze basis weg. Maar keuzemogelijkheden zijn wel essentieel om lokaal maatwerk te kunnen leveren. Vandaar dat de regionale opgaven in drie clusters zijn ondergebracht. Impliciet geeft dit gelijk een prioritering van regionale opgaven:

- Cluster A bevat die regionale opgaven die een intensivering van bestaand beleid bevatten. Door aan te haken bij reguliere taken/ budget en capaciteit wordt een minimale inzet vanuit de nota gezondheidsbeleid verwacht. Voorbeelden zijn de jeugdgezondheidszorg en verslavingszorg.
- Cluster B bevat regionale opgaven die (vrijwel) nieuw zijn. Hierop moet duidelijk een extra inspanning verricht worden. Voorbeelden zijn initiatieven richting onderwijs op het gebied van meer bewegen, gezonde voeding en ventilatieadviezen en het voorkomen van depressies bij ouderen en allochtonen.
- Cluster C bevat regionale opgaven die vanuit het regionaal gezondheidsbeleid geïnitieerd worden en een sterk integraal karakter hebben. Met potentiële partners zijn vaak nog geen directe contacten (stimuleren van gezonde voeding en bewegen bij werkgevers). Of er moet eerst nog geïnventariseerd worden wat lokaal wel/ niet geregeld is. Voorbeeld hier is het vergunningenbeleid. Inzet buiten het gezondheidsbeleid is een vereiste.

Onderstaand overzicht geeft alle genoemde regionale opgaven weer per thema, en in volgorde van bestaand, nieuw en optioneel. De gemeenten kunnen zo een principe keuze maken voor de clusters A, B en of C en daarmee inspelen op lokale wensen en mogelijkheden. De opgaven die niet Zuid-Holland Zuid breed gedragen worden kunnen dan, waar gewenst, in kleiner verband aangepakt worden. De nummers geven aan welk regionale opgave het in dat hoofdstuk betreft.

Overgewicht

Cluster A regionale opgaven waarbij bestaand beleid geïntensiveerd wordt

Versterken van aandacht voor overgewicht en obesitas door de jeugdgezondheidszorg (7)

In de regio ZHZ wordt een verbeterde infrastructuur en een sluitende ketenaanpak overgewicht gerealiseerd tussen de sectoren preventie en zorg (8)

Inzet en indien nodig aanpassen van praktisch instrumenten voor het ondersteunen van ouders bij het stellen van grenzen (5)

Cluster B regionale opgaven die nieuw gestart worden

Opzetten van deskundigheidsbevordering voor diverse intermediairs in de regio ZHZ. Het gaat hierbij vooral om die intermediairs (buurtwerkers, sociale diensten, leraren, etc) die directe toegang hebben tot de doelgroep (1)

Ondersteunen van het voortgezet en basisonderwijs, het sociaal-cultureel werk en kinderopvang bij het ontwikkelen van lesprogramma's/activiteiten over voeding en bewegen (2)

De regio ZHZ ontplooit initiatieven om met het onderwijs bewegingsbeleid en gezonde voeding (in schoolkantines) op school realiseren (4)

In ruimtelijke en sociale regionale programma's (van zowel de Drechtsteden als de regio Alblasserwaard/Vijfheerenlanden) maakt gezondheid integraal deel uit van de te maken keuzen (6)

Cluster C regionale opgaven met sterk integraal karakter

Inventariseren van de huidige wet- en regelgeving, de lokale praktijk en op basis daarvan een voorstel ontwikkelen voor regionaal vergunningbeleid met betrekking tot de vestiging van Fastfood-ondernemingen in de regio ZHZ in de buurt van scholen, buurthuizen en sportvoorzieningen (9)

Regionaal stimuleren van aandacht voor gezonde voeding en bewegen bij werkgevers (3)

Psychosociale problematiek

Cluster A regionale opgaven waarbij bestaand beleid geïntensiveerd wordt

De regio ZHZ zet in op het vergroten van kennis over psychosociale problematiek en alcohol (psycho-educatie) bij de doelgroep(en) (1)

In de regio ZHZ wordt de signalenkaart Zorg en Overlast breed gebruikt en leidt bij een melding bij Meldpunt ZO tot een aanpak door het lokale zorgnetwerk (2)

De regio ZHZ gaat zich inzetten om op 1 januari 2010 een volledig operationeel Electronisch Kind Dossier (EKD) te hebben (4)

Inzet en indien nodig aanpassen van praktisch instrumenten voor het ondersteunen van ouders bij het stellen van grenzen (5) Zie ook punt 5 overgewicht (7)

Op 1 januari 2008 is in de regio ZHZ één verwijzindex operationeel (5)

Cluster B regionale opgaven die nieuw gestart worden

In de regio ZHZ wordt een regiobrede laagdrempelige interventie ontwikkeld gericht op het voorkomen van depressies bij ouderen en allochtonen (6)

Cluster C regionale opgaven met sterk integraal karakter

Inventariseren van de huidige wet- en regelgeving, de lokale praktijk en op grond hiervan een voorstel formuleren voor het realiseren van inspectie en toezicht op naleving van de vergunningsvoorschriften (8)

Binnenmilieu

Cluster A regionale opgaven waarbij bestaand beleid geïntensiveerd wordt

Er zijn geen regionale opgaven die hierop aansluiten.

Cluster (B) regionale opgaven die nieuw gestart worden

Op scholen en kinderopvangvoorzieningen waar de kwaliteit van het binnenmilieu slecht is (>1200 PPM) wordt vanaf 2008 per klaslokaal gericht ventilatieadvies gegeven (1)

Met woningbouwcorporaties worden afspraken gemaakt over hun rol en verantwoordelijkheden ten aanzien van het voorlichten van hun huurders. Hierbij wordt aansluiting gezocht bij de prestatieafspraken die gemeenten met corporaties maken (PALT-afspraken) (2)

Opzetten van deskundigheidsbevordering op het terrein van binnenmilieu voor diverse partners in de Regio ZHZ. Het gaat hierbij om bijvoorbeeld kraamverpleging, medewerkers van bouw -en woontoezicht en het consultatiebureau (3)

Met woningbouwcorporaties en onderwijsinstellingen worden afspraken gemaakt met betrekking tot het verbeteren van ventilatievoorzieningen binnen de huidige schoolgebouwen en de bestaande woningvoorraad, voor zover deze niet voldoen aan de minimumvereisten uit het bouwbesluit. Hiervoor wordt aansluiting gezocht met de PALT-afspraken en met de onderwijsonderhoudsplannen van gemeenten. Te combineren met punt 2 (4)

Cluster C regionale opgaven met sterk integraal karakter

Er wordt een regionaal proefproject opgezet waarin steekproefsgewijs toezicht wordt gehouden op de kwaliteit van het binnenmilieu bij de oplevering van nieuwbouw (5)

Inleiding

Als voorzet op deze nota lokaal gezondheidsbeleid 2007-2011 is najaar 2006 regionaal de hoofdlijnennotitie 'Gezond, gewoon doen' voorbereid en besproken in het portefeuillehoudersoverleg volksgezondheid regio Zuid-Holland Zuid. Op grond van deze bespreking heeft de regio ZHZ drie regionale thema's vastgesteld: overgewicht, psychosociale problematiek en binnenmilieu. In deze beleidsnota worden deze thema's verder uitgewerkt en worden er voorstellen gedaan voor de te bereiken doelstellingen in de regio. Deze doelstellingen worden vervolgens in een aantal pijlers verder uitgewerkt

De regionale aanpak dient vooral om lokale prestaties neer te zetten. Het motto is daarom: Regionale aanpak, Lokale prestaties!

Reikwijdte van deze beleidsnotitie

Deze beleidsnota is regionaal tot stand gekomen en dient als kader voor zowel regionale als lokale activiteiten. Het gaat in deze notitie vooral om een uitwerking van de wat-vraag. 'Wat gaan de gemeenten in de regio Zuid-Holland Zuid gezamenlijk doen om gezondheidswinst te boeken op de genoemde thema's?' Hiervoor worden per pijler de verwachte prestaties weergegeven. Gemeenten sturen op het realiseren van deze prestaties. Dit gebeurt in gezamenlijkheid en samenwerking met diverse partners. In een jaarlijks regionaal actieprogramma worden de activiteiten met deze partners verder uitgewerkt.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 wordt kort ingegaan op de hoofdlijnennotitie "Gezond, gewoon doen". Aansluitend worden de begrippen integraal werken, sociaal economische gezondheidsverschillen (segv) en de verschillende rollen van gemeenten besproken. Ook de geformuleerde visie en missie komen aan bod. In hoofdstuk twee, drie en vier komen respectievelijk de thema's overgewicht, psychosociale hulpverlening en binnenmilieu aanbod. In hoofdstuk 5 wordt vervolgens ingegaan op het specifieke lokale thema. Vervolgens wordt in hoofdstuk 6 inzicht gegeven in de beschikbare regionale financiële middelen. Natuurlijk is evaluatie, monitoren en sturing van het beleid van groot belang. In hoofdstuk 7 wordt uiteengezet op welke wijze de regio ZHZ hieraan inhoud wil geven. Tenslotte wordt in hoofdstuk 8 per thema de eerste regionale activiteiten beschreven.

H1 Gezond, gewoon doen in Zuid-Holland Zuid

1.1 Inleiding

De gemeenteraad is op grond van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid verplicht voor 1 juli 2007 een nota gemeentelijk/ lokaal gezondheidsbeleid vast te stellen.

De 14 portefeuillehouders volksgezondheid van de regio Zuid-Holland Zuid hebben er voor gekozen het gezondheidsbeleid regionaal in te steken. Uit de gezondheidsmonitor 2006 van de GGD Zuid-Holland Zuid blijkt namelijk dat de gezondheidsverschillen per gemeente niet zo groot zijn, en dat deze verschillen vooral gelegen zijn in sociaal economische factoren.

De hoofdlijnennotitie “Gezond, gewoon doen” van najaar 2006 beschrijft welke thema’s voorgesteld worden voor de regio en waarom. De Hoofdlijnennotitie is besproken in het portefeuillehoudersoverleg volksgezondheid regio Zuid-Holland Zuid.

De doelen van de regionale insteek zijn:

- een betere/ effectievere regiovoering op het gezondheidsbeleid in onze regio,
- meer subsidies binnen te halen zodat de financiële armslag groter wordt
- en meer invloed uitoefenen op regionale ontwikkelingen vanuit gezondheidsperspectief.

Samenwerken in de regio moet zo leiden tot een efficiënte inzet van zowel ambtelijke capaciteit en tijd als van financiële middelen. Afstemming met (regionaal werkende) instellingen wordt zo beter mogelijk.

Preventief gezondheidsbeleid heeft echter niet alleen met de WCPV te maken. De verwachting is dat door te investeren in de gezondheid van mensen op termijn gedeeltelijk voorkomen wordt dat mensen (langdurig) aanspraak moeten maken op individuele voorzieningen uit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Gemeenten hebben zo ook een financiële prikkel om een effectief preventief gezondheidsbeleid in te zetten.

Extra aandacht is er voor de groep met een lage sociaal economische status (lage SES) omdat daar de grootste gezondheidswinst valt te behalen.

In ieder geval geldt bij preventiebeleid, van welk beleidsterrein dan ook, dat een lange termijnbenadering nodig is. Zowel in beleid, doelstellingen als beschikbare middelen.

De evaluatie van de huidige nota lokaal gezondheidsbeleid heeft als leerpunten onder andere opgeleverd dat:

- integraal werken een voorwaarde is voor succesvol beleid omdat zo draagvlak gecreëerd wordt, de samenwerking bevordert en de kwaliteit verhoogd wordt (zie later dit hoofdstuk)
- de geformuleerde thema’s neergezet moeten worden in een plan van aanpak waardoor concreet en slagvaardig aan de gang gegaan kan worden
- waar mogelijk gekozen moet worden voor *evidence-based* of *practice-based* activiteiten zodat het behalen van positieve resultaten wordt bevordert
- de instellingen gestimuleerd moeten 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 die ook ruimte laat voor niet begrote of geplande activiteiten.

1.2 Missie en visie

De missie en visie van preventief gezondheidsbeleid zijn:

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.

1.3 Regie, rollen en instrumenten

In het 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 inventariseren van de partners van groot belang is.

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

De regie speelt zich zowel op lokaal als op regionaal niveau af.

De overheid kan binnen de regie verschillende rollen bekleden. De 5 S-sen van de VNG (2001) geven deze als volgt weer:

- Stimuleren: het nemen van politiek-bestuurlijk initiatief (initiator, stimulator)
- Situeren: het hebben van kennis van het netwerk
- Steun creëren: het organiseren van participatie (initiator)
- Structureren: het vormen, onderhouden en veranderen van het netwerk (initiator, partner)
- Sturen: het geven van richting aan het proces. (opdrachtgever, partner, beslisser)

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 eerder genoemde rollen als initiator, partner en opdrachtgever hebben gemeenten ook de rol van uitvoerder. Bijvoorbeeld op het gebied van inspectie/ handhaving.

1.4 Integraal (gezondheids)beleid en sociaal economische gezondheidsverschillen

Met preventie(activiteiten) is in principe veel gezondheidswinst te behalen. Met name als de in bovenstaande paragraaf aangegeven samenhang, samenwerking en een goed gebruik van beleidsinstrumenten meegenomen wordt. Integraal beleid is dan noodzakelijk. Hieronder verstaan wij Door daarnaast te kiezen voor een mix van interventies, en waar mogelijk voor de eerder genoemde evidence-based of practice-based activiteiten kunnen sociaal economische gezondheidsverschillen (segv) tussen groepen aangepakt worden.

Met deze gezondheidsverschillen wordt bedoeld dat overal in Nederland verschillen bestaan in gezondheid. Bijvoorbeeld tussen arme en rijke mensen, tussen mensen met een hoge dan wel lage opleiding of tussen mensen uit verschillende wijken.

In de visie van preventief gezondheidsbeleid komen deze verschillen terug als 'groepen met een relatieve achterstand'.

Mensen met een lage opleiding ervaren hun gezondheid als minder goed. Ze voelen zich vaker eenzaam en/of ongelukkig. Ook vertonen ze een ongezonder leefstijl: ze roken vaker, hebben vaker overgewicht, zijn vaker excessieve drinkers en doen minder aan sport.

1.5 De thema's

De evaluatie van de huidige nota lokaal gezondheidsbeleid heeft er mede toe geleid dat het aantal thema's beperkt is, om zo versnippering te voorkomen. De uiteindelijke keuze voor drie thema's is gebaseerd op bestaande rapportages en vier criteria.

Die criteria zijn:

- door inzet op het gekozen thema is een aanmerkelijke gezondheidswinst te behalen
- regionale samenwerking heeft toegevoegde waarde voor het gekozen thema
- het gekozen thema heeft politieke relevantie
- het gekozen thema sluit bij voorkeur aan bij op het landelijke beleidskader.

De bestaande rapportages zijn de gezondheidsmonitor 2006 van onze regio, de landelijke preventienota VWS en het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De (gemeenschappelijke) onderwerpen uit deze rapportages zijn beoordeeld aan de hand van de genoemde criteria. Uiteindelijk zijn de volgende drie onderwerpen tot regionaal thema benoemd:

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

In de hoofdstukken twee, drie en vier wordt ingegaan op deze gezondheidsthema's.

H2 Overgewicht

2.1 Inleiding

Ook in de regio Zuid-Holland Zuid komt overgewicht veel voor. Het aantal mensen met ernstig overgewicht (obesitas) is de afgelopen decennia sterk toegenomen. De verwachting is dat deze stijging zich nog zal doorzetten. Het percentage mensen met obesitas is bij laagopgeleiden meer dan twee keer zo hoog als bij mensen met een hoge opleiding.

Gevolgen

Naar schatting wordt ongeveer 5 procent van de jaarlijkse sterfte veroorzaakt door overgewicht (BMI > 25 kg/m²). 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. 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 13 jaar.

- Méér dan een op de vijf kinderen in de regio Zuid-Holland Zuid is in het schooljaar 2004 - 2005 volgens de normen te zwaar. 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 50% van de volwassenen in ZHZ sprake is van overgewicht, en bij ruim 10% 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 mellitus) stijgt navenant mee.
- Bij diabetes is via vroegsignalering en ketenzorg aanzienlijke gezondheidswinst te behalen door het voorkomen van complicaties (hart- en vaatziekten, blindheid).

Landelijk beleid

Het ministerie van VWS heeft in haar preventienota *Kiezen voor Gezond leven* het overgewicht als belangrijk speerpunt neergezet. Het kabinet heeft de volgende doelstellingen voor de aanpak van overgewicht:

- het percentage volwassenen met overgewicht moet gelijk blijven
- het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen.

Het ministerie onderzoekt of het haalbaar is project *Schoolgruuten*² landelijk in te voeren. Ook wil zij *Gezonde Schoolkantines* bevorderen. Verder zet VWS in op het belang van bewegen als onderdeel van een gezond leerklimaat.

Wat weten burgers?

De GGD Zuid-Holland Zuid merkt dat er een zeer grote groep burgers is waarbij de kennis over gezondheidsproblemen door dik-zijn ontbreekt. Niet alleen kennis en bewustwording maar ook verandering in gedrag is van zeer groot belang. Denk daarbij aan veranderingen in leefstijl: men eet teveel ongezonde voeding met een hoge energiedichtheid, men beweegt onvoldoende, veel zittende activiteiten, veel alcoholgebruik en dergelijke.

Gedragsverandering hangt onder andere samen met omgevingsfactoren. De omgeving waarin mensen wonen, aan het verkeer deelnemen, spelen, naar school gaan, werken, eten kopen, snoepen en recreëren moet zó ingericht zijn dat gezond gedrag de voor de hand liggende, normale keuze is.

¹ Body Mass Index: gewicht in kilo's gedeeld door de lengte in meters in het kwadraat kg/m²

² Groente en fruit op school

Integrale aanpak

Dat vergt dus niet alleen een inzet van de burgers, maar ook van diegenen die verantwoordelijk zijn voor hoe onze ruimte en leefomgeving geordend en ingericht worden. Voorbeelden zijn: verkeer en vervoer, milieu, natuur, groene ruimte, recreatie, architectuur, sociale veiligheid, vestigingsbeleid van bedrijven, scholen, sport- en beweegaccommodaties. Dit vraagt een integrale benadering die preventief werken versterkt.

Visie Overgewicht

De verantwoordelijkheid voor de eigen en de gezamenlijke gezondheid van de inwoners van de gemeenten is een gedeelde verantwoordelijkheid. Namelijk die van burger, overheid en maatschappelijke organisaties. Iedere bewoner van Zuid-Holland Zuid dient gelijke kansen op een goede gezondheid te krijgen, doordat gemeenten maatregelen treffen ter preventie van gezondheidsproblemen/-bedreigingen die ontstaan door overgewicht. Het beleid richt zich met name op de factoren leefstijl, gedrag, de fysieke (leef- en woon) omgeving en sociale omgeving en kenmerkt zich door een integrale aanpak.

2.2 Beoogd maatschappelijk effect

Geen verdere toename van overgewicht en obesitas waardoor minder verloren levensjaren en minder ziektelast als gevolg van overgewicht en obesitas

2.3 Regionale doelstellingen

1. In 2011 is overgewicht en obesitas bij volwassenen, gemeten naar de gezondheidsmonitor 2006, niet verder toegenomen
2. 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

2.4 Doelgroepen en uitvoerders

Verantwoordelijkheid gemeenten

Voor het bereiken van de geformuleerde doelstellingen en beoogd maatschappelijke effect hebben gemeenten partners/ actoren nodig.

Gemeenten maken met betrokken organisaties afspraken over hun bijdrage voor de komende actieperiode. Om het draagvlak steviger te verankeren kunnen deze afspraken worden vastgelegd in een overeenkomst die door alle partijen wordt getekend.

Tijdens de actieperiode zullen gemeenten stimuleren om overgewichtpreventie zoveel mogelijk structureel op te nemen in het werk van bestaande organisaties en beroepsgroepen.

Deskundigheidsbevordering speelt hierbij een rol. Ook na de actieperiode 2007-2011 blijft de preventie van overgewicht een belangrijk aandachtspunt.

Uitvoerders

De gemeenten van de regio ZHZ houden gezamenlijk de GGD ZHZ in stand. Een onderdeel van de GGD is de afdeling Gezondheidsbevordering. Deze afdeling adviseert gemeenten, inwoners, instellingen en bedrijven, geeft voorlichting en verzorgt de monitoring. Daarnaast is de gemeente verantwoordelijk voor de consultatiebureaus. De gemeente beschikt over sterke instrumenten (inwonerbijdrage/ subsidie) om deze instellingen aan te sturen en kan daarom beschouwd worden als opdrachtgever.

Met een aantal andere partijen heeft de gemeente weinig contacten in het kader van gezondheidsbevordering. Zij zijn voor het verbeteren van het overgewicht wel van belang. Het gaat dan om partijen die in een tweedelijnsvoorziening opereren zoals ziekenhuizen en vrijgevestigde zorgprofessionals.

2.5 Pijlers

De geformuleerde doelstellingen kunnen op verschillende manieren bereikt worden. Hier wordt gekozen om de doelen te realiseren door in te zetten op bewustwording, kennis, gedragsverandering en (her)inrichting van het leefmilieu.

Pijler 1: Kennis en bewustwording

De belangrijkste oorzaak van overgewicht is een disbalans tussen energie-*inname* en energie-*verbruik*. Zowel kinderen als volwassenen zullen eerst inzicht moeten krijgen in hun eet- en beweeggewoonten. Mensen moeten weten dat er een keuze is, ze moeten in de gezonde keuze door hun eigen omgeving gestimuleerd worden en moeten hun eigen verantwoordelijkheid durven nemen. Uit diverse evaluaties naar grootschalige campagnes blijkt dat deze geen langdurige effecten op het gedrag hebben. Het is verstandiger campagnes specifiek te richten op een doelgroep die ondersteunend is aan andere interventies.

Randvoorwaarden:

- Er wordt gebruik gemaakt van bestaande (evidence en practice-based) interventies en campagnes
- De effectiviteit is het grootst wanneer nieuw opgezette activiteiten zoveel mogelijk aansluiten bij bestaande activiteiten en campagnes.

Doelgroepen:

- Mensen met een lage sociaal-economische status (SES)
- Leerlingen basis -en voortgezet onderwijs
- Ouders en verzorgers
- Intermediairs
- werkgevers

Regionale opgave(n)

- (1) Opzetten van deskundigheidsbevordering voor diverse intermediairs in de regio ZHZ. Het gaat hierbij vooral om die intermediairs (buurtwerkers, sociale diensten, leraren, etc) die directe toegang hebben tot de doelgroep.
- (2) Ondersteunen van het voortgezet en basisonderwijs, het sociaal-cultureel werk en kinderopvang bij het ontwikkelen van lesprogramma's/activiteiten over voeding en bewegen
- (3) Regionaal stimuleren van aandacht voor gezonde voeding en bewegen bij werkgevers

Pijler 2: Gedragsverandering

Pas als men voldoende kennis en bewustwording heeft 'opgedaan', kan de mens/het kind bewuste keuzes gaan maken. In de praktijk blijkt dat dit niet vanzelfsprekend is. Neem het voorbeeld van roken: iedereen weet dat roken slecht voor de gezondheid is, maar dat wil niet zeggen dat men stopt met roken. Kennis verandert het gedrag niet altijd. Herinrichting van het leefmilieu helpt mensen wel bij gedragsverandering: maak de makkelijkste keuze, de gezonde keuze.

Randvoorwaarden:

- Structureel aandacht besteden aan het ontwikkelen van een gezonde en actieve leefstijl en aan de mogelijke barrières die dit veranderingsproces kunnen belemmeren
- Er wordt aansluiting gezocht bij bestaande instrumenten en programma's
- Effecten van interventies horen elkaar te versterken. Lessen op scholen hebben meer effect wanneer de schoolomgeving veiliger wordt en er in de kantine meer energiearme voedingsmiddelen worden aangeboden.

Doelgroepen:

- Onderwijsveld
- Ouders en verzorgers
- Lage SES

Regionale opgave(en)

- (4) De regio ZHZ ontplooit initiatieven om met het onderwijs bewegingsbeleid en gezonde voeding (in schoolkantines) op school realiseren.
- (5) Inzet en indien nodig aanpassen van praktische instrumenten voor het ondersteunen van ouders bij het stellen van grenzen.

Pijler 3: Intersectoraal beleid

Overgewicht is bij uitstek een onderwerp dat om een regionale en integrale aanpak vraagt. De gemeenten en organisaties werken samen door het positief beïnvloeden van zowel de sociale omgeving (thuis, werk, school en buurt) als de fysieke omgeving (voorzieningen in de woonomgeving, aanbod van gezonde voedingsmiddelen) en door een betere afstemming tussen preventie en curatie.

Randvoorwaarden:

- Proactieve houding ten aanzien van integraal en intersectoraal werken.

Doelgroepen:

- Gemeenten en gemeentelijke diensten uit gemeenschappelijke regelingen
- Zorgaanbieders

Regionale opgave(en)

- (6) In ruimtelijke en sociale regionale programma's (van zowel de Drechtsteden als Alblasserwaard/Vijfheerenlanden) maakt gezondheid integraal deel uit van de te maken keuzen.
- (7) Versterken van aandacht voor overgewicht en obesitas door de jeugdgezondheidszorg
- (8) In de regio ZHZ wordt een verbeterde infrastructuur en een sluitende ketenaanpak overgewicht gerealiseerd tussen de sectoren preventie en zorg.
- (9) Inventariseren van de huidige wet -en regelgeving, de lokale praktijk en op basis daarvan een voorstel ontwikkelen voor regionaal vergunningbeleid met betrekking tot de vestiging van Fastfoodondernemingen in de regio ZHZ in de buurt van scholen, buurthuizen en sportvoorzieningen;

H3 Psychosociale problematiek

3.1 Inleiding

Depressie komt zeer veel voor. Bekend is dat via vroegsignalering en ketenzorg in een regionale afstemming gezondheidswinst is te behalen op dit onderwerp. Daarom is het thema psychosociale problemen nadrukkelijk als regionaal thema neergezet.

De grote overlap tussen depressie, alcohol en angststoornissen maakt dat het voorkomen van alcoholgebruik op jonge leeftijd, de preventie van schadelijk en overmatig alcoholgebruik van oudere jongeren en probleemdrinken in het algemeen een belangrijk onderdeel uitmaakt van de regionale aanpak in dit thema.

Klachten van/ over depressie, sociaal isolement en verlies van regie over eigen leven hebben een nauwe samenhang. Risicofactoren zoals het hebben van twee of meer chronische aandoeningen, een slechte subjectieve gezondheid maar ook 'het zich niet veilig voelen 's avonds op straat' leiden tot een verhoogde kans op sociaal isolement. Eenmaal in sociaal isolement neemt de kans op regieverlies toe waardoor tevens de kans op depressie toeneemt. Zeker in combinatie met functionele beperkingen, een hoge leeftijd en het niet (meer) hebben van een partner.

Gevolgen

Naast de schade in de zin van gezondheid(beleving) hebben psychosociale problemen en alcoholgebruik een maatschappelijke schade door overlast, criminaliteit, (huiselijk)geweld, verkeersongevallen en –doden.

Landelijk beleid

Het ministerie van VWS is verantwoordelijk voor de ontwikkeling en uitvoering van het preventiebeleid. De nota, 'Kiezen voor gezond leven' geeft de belangrijkste prioriteiten van het preventiebeleid aan voor de periode 2007-2010. Het ministerie stimuleert daarin het opnemen van preventie van depressie en alcoholgebruik in het lokaal gezondheidsbeleid en zal gemeenten daarvoor ook handreikingen geven.

Op het gebied van alcohol is recent een landelijke campagne gestart.

Wat weten burgers?

Over het algemeen weten mensen dat er jongeren zijn met problemen en dat onder ouderen veel eenzaamheid voorkomt. Men weet echter niet hoe groot het probleem van de ziekte depressie is, dat het goed te behandelen is en dat vroegsignalering belangrijk is. Bovendien herkennen mensen (denk aan ouderen) hun klachten niet als depressieve klachten of zien zij zichzelf niet als risicogroep. Daarnaast ook ervaren mensen met depressieve klachten een drempel naar de hulpverlening uit angst voor stigmatisering. Er liggen daarom kansen om het bereik van bewezen effectieve preventieve interventies de komende jaren (flink) te vergroten en te zorgen voor een goede aansluiting van preventie op de eerstelijnszorg.

Visie

De mate van psychische gezondheid wordt beïnvloed door een combinatie van factoren in de biologische, fysieke en sociale omgeving en de persoonlijke leefstijl en gedrag. Voor het totaal aan factoren wordt een regionale aanpak ingezet gericht op de verbetering van de psychische gezondheid van de bevolking in Zuid-Holland Zuid.

De gemeenten zullen bij de inzet van het preventieve deel van de verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg uitgaan van het uitzetten van een regionale opdracht voor de uitvoering van *evidence based* programma's door betrokken instelling(en).

- In de regio Zuid Holland Zuid geeft ruim 15% van de inwoners aan in meer of mindere mate psychische ongezond te zijn. 25% van de 75-plussers voelt zich psychisch ongezond.
- 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 20% van de regulier onderzochte schoolkinderen (2004-2005) is er reden voor een vervolggesperk.
- 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.³ Dat is ruwweg 1 procent van het aantal mensen dat jaarlijks voor het eerst een depressie krijgt (359.000), een zeer beperkt bereik dus.
- Alcohol veroorzaakt 7% van alle ziekten en 1900 doden per jaar. De Nederlandse jeugd anno 2006 drinkt vroeg, vaak en vooral véél. Zo drinkt ruim tweederde van de meisjes en zelfs driekwart van de jongens van twaalf jaar alcohol. En meer dan de helft van deze jongeren drinkt méér dan 5 glazen alcohol per avond.
- Meer dan 20% van de mannen in de leeftijd tussen de 19 en 65 jaar gebruikt excessief alcohol. Van de jonge mannen in de leeftijd van 19 tot 34 jaar wordt ruim 30% als zware drinker aangemerkt.
- De maatschappelijke kosten (18-64 jaar) worden geschat op 1,3 miljard per jaar.

3.2 Beoogd maatschappelijk effect

Een stijging van het psychische welbevinden van inwoners in Zuid-Holland Zuid, een daling in het alcoholgebruik in het algemeen en een daling in het gebruik door jeugdigen in het bijzonder, waardoor minder verloren levensjaren, minder verlies aan kwaliteit van leven en minder ziektelast.

3.3 Regionale doelstellingen

Algemeen:

1. De ervaren gezondheid en de psychische ongezondheid van de inwoners van Zuid-Holland Zuid is in 2011 verbeterd ten opzichte van de gezondheidsmonitor 2006. Vooral gericht op mensen met een lage sociaal economische status en ouderen.
2. De mate van het alcoholgebruik door de inwoners van Zuid-Holland Zuid is in 2011 afgenomen ten opzichte van de gezondheidsmonitor 2006.

Jeugd:

1. De psychosociale problematiek bij jeugdigen is in 2011 verminderd ten opzichte van de onderzoeksgegevens jeugdgezondheid 2006.
2. 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.

3.4 Pijlers

De geformuleerde doelstellingen kunnen op verschillende manieren bereikt worden. De regio ZHZ kiest er voor om in te zetten op kennis en gedragverandering, de fysieke en sociale omgeving en wet en regelgeving.

Pijler 1: Kennis en gedragsverandering

³ Kiezen voor gezond leven 2007-2010, ministerie VWS december 2006/Landelijk Steunfunctie Preventie ggz en verslavingszorg.

Door het verhogen van de kennis over het ontstaan van psychisch ongezondheid en het geven van gerichte adviezen om de persoonlijke leefstijl en het gedrag te veranderen wordt de kans op depressie en verslaving verkleind.

Randvoorwaarden

- Aansluiting bij landelijke campagnes met betrekking tot alcohol, depressie en sociaal isolement
- Interventies staan niet op zich, maar worden in de vorm van een *practice based of evidence based* methodiek aangeboden

Doelgroepen

- Bevolking regio ZHZ
- Specifiek: leerlingen in basis –en voortgezet onderwijs, ouderen, allochtonen, mensen met een lage SES

Regionale opgave(en)

- (1) De regio ZHZ zet in het vergroten van kennis over psychosociale problematiek en alcohol (psycho-educatie) bij de doelgroep(en).

Pijler 2: Sociale omgeving

De versterking van de sociale omgeving van burgers en vooral voor die groepen die kwetsbaar zijn, biedt kans tot versterking van het individu zelf. Dat de burger kan rekenen op attentie en aandacht van het gezin, de school, het werk, de straat, de vereniging, de kerk etc. is niet vanzelfsprekend.

Op de momenten dat de eigen mogelijkheden en sociale verbanden niet toereikend zijn moet men kunnen rekenen op georganiseerde aandacht van daarvoor ingerichte instellingen.

Randvoorwaarden

- Prioriteit wordt gegeven aan het opsporen van risicovolle opvoeding- en opgroeisituaties en aan passende hulp en ondersteuning aan kind en ouder (ketenbenadering, één loket gedachte). De jeugdgezondheidszorg is nadrukkelijk partner in het onderzoek in het komen tot een geïntegreerd aanbod van jeugdvoorzieningen.
- Structureel aandacht voor kinderen in gezinnen met ouders met alcohol(gerelateerde) problemen
- Komen tot een gedeelde visie en daaruit voortvloeiende activiteiten.
- Aansluiten bij provinciaal ZoZoZo-beleid (zo vroeg mogelijk, zo laagdrempelig mogelijk en zo dichtbij mogelijk)
- Structureel aandacht voor de aansluiting van preventie op de eerstelijnszorg
- Aandacht voor signalering van eenzaamheid en depressie bij ouderen.

Doelgroepen

- Ouders/verzorgers en kinderen
- Ouderen
- Allochtonen
- Lage SES

Regionale opgave(en)

- (2) In de regio ZHZ wordt de signalenkaart Zorg en Overlast breed gebruikt en leidt bij een melding bij Meldpunt ZO tot een aanpak door het lokale zorgnetwerk;
- (4) De regio ZHZ gaat zich inzetten om op 1 januari 2010 een volledig operationeel Electronisch Kind Dossier (EKD) te hebben
- (5) Op 1 januari 2008 is in de regio ZHZ een verwijzindex operationeel
- (6) In de regio ZHZ wordt een regiobrede laagdrempelige interventie ontwikkeld gericht op het voorkomen van depressies bij ouderen en allochtonen.
- (7) Inzet en indien nodig aanpassen van praktische instrumenten voor het ondersteunen van ouders bij het stellen van grenzen.

Pijler 3: Wet en regelgeving en handhaving (alcohol)

Wettelijke maatregelen dragen bij aan de bewustwording en gedrag(sverandering) van burgers. De handhaving van wettelijke maatregelen is van belang om het gewenste gedrag te behouden. Samen met partners als de politie ZHZ, Voedsel en Warenautoriteit en de Stichting Veiligheid en Toezicht moet hieraan invulling gegeven worden.

Randvoorwaarden

Proactieve houding ten aanzien van integraal en intersectoraal werken.

Doelgroepen

- Bevolking Zuid-Holland Zuid
- Horeca
- Verenigingen

Regionale opgave(en)

- (8) Inventariseren van wet –en regelgeving, de lokale praktijk en op grond hiervan een voorstel formuleren voor het realiseren van inspectie en toezicht op de naleving van de vergunningsvoorschriften.

H4 kwaliteit van het binnenmilieu

4.1 Inleiding

Nederlanders brengen ongeveer 85 procent van hun tijd door in gebouwen, waarvan 70 procent in hun woning (TNO, 2001). 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 (TNO, 2007).

Landelijk beleid

Het ministerie van VROM (Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu) heeft een actieprogramma *gezondheid en milieu* dat erop gericht is een extra stimulans te geven aan het beleid op het grensvlak van gezondheid en milieu. Binnen dit programma heeft het ministerie drie projecten: onderzoek gezondheidskwaliteit woningvoorraad, binnenmilieu op scholen en het ontwikkelen van een kwaliteitskaart binnenmilieu. Het actieprogramma richt zich vooral op het verrichten van onderzoek, het ontwikkelen van technologie en het geven van voorlichting.

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

Wat weten burgers?

In opdracht van het ministerie is onderzoek gedaan naar wat burgers belangrijk vinden als kwaliteit van de woning ten aanzien van gezondheid en milieu en hoe voorlichting het beste vormgegeven kan worden (Korbee & Hovelynck, 2005). Uit het onderzoek blijkt dat burgers onbekend zijn met de effecten van een slechte binnenmilieukwaliteit. Kennis over binnenmilieu en waardoor (een slecht) binnenmilieu veroorzaakt wordt ontbreekt bij veel mensen dus nog. Uit het onderzoek blijkt dat websites en kranten door burgers als de meest geschikte communicatiemiddelen worden ervaren. Uit de gezondheidsmonitor van de GGD ZHZ (2006) blijkt dat in verblijfsruimten nog onvoldoende continue geventileerd wordt.

| |
|---|
| Tussen de 30 en 40% van de respondenten in ZHZ ventileert 24 uur per dag. |
|---|

Binnenmilieu op scholen

Het binnenmilieu op scholen is vaak erg slecht. Onderzoek in klaslokalen wijst uit dat bij tachtig procent de gemiddelde CO₂-waarde vier keer hoger ligt dan de minimale norm (tussen de 1000 en 1200 PPM⁴). 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 (GGD Brabant/Zeeland, 2006) 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.

Bijdrage aan het milieu

Beleid gericht op een beter binnenmilieu heeft niet alleen een positief effect op gezondheid, maar ook op 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.

Visie op binnenmilieu

Gebrek aan kennis, een slecht ventilatiegedrag en onvoldoende ventilatievoorzieningen zijn de belangrijkste oorzaken van een slechte kwaliteit van het binnenmilieu. Belangrijke uitgangspunten voor het beleid zijn dan ook op het vergroten van kennis en het verbeteren van het ventilatiegedrag.

⁴ Parts Per Million

Daarnaast zal ook het verbeteren van ventilatievoorzieningen aanmerkelijke gezondheidswinst kunnen opleveren.

4.2 Beoogd maatschappelijk effect

Het binnenmilieu in verblijfsruimten is in de regio ZHZ verbeterd zodat hieraan gerelateerde gezondheidsklachten afnemen en cognitieve prestaties toenemen.

4.3 Regionale doelstellingen

1. In 2011 heeft 50 procent van de schoolgebouwen in de regio ZHZ een CO2 gehalte tussen de 1000 en 1200 ppm.
2. In 2011 is de continue ventilatie van verblijfsruimten (woonkamer, slaapkamer, badkamer en keuken) in de regio ZHZ met 10 procent toegenomen ten opzichte van de gezondheidsmonitor 2006.

4.4 Betrokken partners

Verantwoordelijkheid gemeente

Vanuit de WCPV heeft de gemeente de verantwoordelijkheid om preventief beleid te formuleren ten aanzien van gezondheid. Aangezien de slechte kwaliteit van het binnenmilieu in onze regio en vooral op scholen gevolgen heeft voor de volksgezondheid nemen de gemeenten in de regio ZHZ hierin haar beleidsmatige verantwoordelijkheid.

Daarnaast heeft de gemeente een verantwoordelijkheid voor de onderwijshuisvesting en is belast met de vergunningverlening voor en inspectie van bouwwerkzaamheden.

Doelgroepen

Het beleid is vooral gericht op de gehele bevolking van de regio ZHZ. Meer specifiek wordt het beleid gericht op voorzieningen waar kinderen zich bevinden. Het gaat dan om scholen voor basis- en voortgezet onderwijs, peuterspeelzalen en kinderopvangvoorzieningen. Een andere doelgroep heeft betrekking op architecten, aannemers, exploitanten en huurders van woningen.

Uitvoerders

Belangrijke uitvoerders van het beleid zijn de GGD ZHZ, woningbouwcorporaties en afdelingen van gemeenten, zoals communicatie en bouw –en woningtoezicht.

4.5 Pijlers

De geformuleerde doelstellingen kunnen op verschillende manieren bereikt worden. De regio ZHZ kiest er voor om in te zetten op kennis en gedragverandering, ventilatievoorzieningen en toezicht.

Pijler 1: Kennis en gedragsverandering

Het binnenmilieukwaliteit wordt vooral bepaald door het ventilatie- en schoonmaakgedrag van de gebruikers van een ruimte. Vooroordelen en volkswijsheden zijn vaak van invloed op dit gedrag. Het verhogen van de kennis met betrekking tot binnenmilieu en het geven van gerichte adviezen kunnen dit gedrag beïnvloeden.

Randvoorwaarden

- Er wordt voor zover mogelijk gebruik gemaakt van bestaand voorlichtingsmateriaal
- Aansluiten bij landelijke ontwikkelingen, zoals het Frisse Scholenproject. In dit project worden middelen en uren ter beschikking gesteld voor de agendering van binnenmilieu op school en advies gegeven bij een verbouwing
- Registratie van gegevens over binnenmilieu op scholen

Regionale opgave(en)

- (1) Op scholen en kinderopvangvoorzieningen waar de kwaliteit van het binnenmilieu slecht is (>1200 PPM) wordt vanaf 2008 per klaslokaal gericht ventilatieadvies gegeven.
- (2) Met woningbouwcorporaties worden afspraken gemaakt over hun rol en verantwoordelijkheden ten aanzien van het voorlichten van hun huurders. Hierbij wordt aansluiting gezocht bij de prestatieafspraken die gemeenten met corporaties maken (PALT-afspraken).
- (3) Opzetten van deskundigheidsbevordering op het terrein van binnenmilieu voor diverse partners in de Regio ZHZ. Het gaat hierbij om bijvoorbeeld kraamverpleging, medewerkers van bouw -en woontoezicht en het consultatiebureau

Pijler 2: Aanbrengen van ventilatievoorzieningen

De binnenmilieukwaliteit wordt sterk verbeterd als de faciliteiten, zoals ventilatieroosters, klepraampjes en mechanische ventilatie, binnen verblijfsruimten in orde zijn. In het bouwbesluit zijn eisen gesteld aan de toegestane vervuilende concentraties vervuilende stoffen of straling (Radon) en bepalingen opgenomen met betrekking tot de minimumeisen ten aanzien van de aan- en afvoercapaciteiten van de te verversen lucht. Bestaande scholen en woningen uit de bestaande voorraad voldoen meestal niet aan deze minimumeisen. Voor nieuwbouw geldt natuurlijk dat de bouwsector zich moet houden aan de eisen en bepalingen uit het bouwbesluit.

Randvoorwaarden:

- Aanbrengen van ventilatievoorzieningen is de primaire verantwoordelijkheid van de eigenaar van het gebouw.
- Voor het aanbrengen van ventilatievoorzieningen wordt aansluiting gezocht bij onderhoudsplannen van schoolgebouwen en huurwoningen. Hierdoor kunnen de kosten voor deze ventilatievoorzieningen meelopen in het totale onderhoud
- Bij nieuwbouw (vergunningsplichting) gelden de minimumeisen uit het bouwbesluit.

Regionale opgave(n)

- (4) Met woningbouwcorporaties, onderwijsinstellingen en kinderopvangvoorzieningen worden afspraken gemaakt met betrekking tot het verbeteren van ventilatievoorzieningen binnen de huidige schoolgebouwen en de bestaande woningvoorraad, voor zover deze niet voldoen aan de minimumvereisten uit het bouwbesluit. Hiervoor wordt aansluiting gezocht met de PALT-afspraken en met de onderwijsonderhoudsplannen van gemeenten.

Pijler 3: Lokaal preventief toezicht

Er zijn verschillende instanties (Vrom-inspectie, Voedsel- en warenautoriteit, Bouw -en woningtoezicht) die toezicht houden op de diverse aspecten die van invloed zijn op het binnenmilieu. De vraag is of samenwerking tussen deze instanties (ketentoezicht) een toegevoegde waarde heeft op het regionale niveau. Deze toegevoegde waarde kan alleen ontstaan als blijkt dat de voorschriften van voldoende niveau zijn en dat de handhaving of toezicht hieraan een bijdrage kan leveren. Volgens het ministerie van VROM is hierover nu nog weinig bekend. Het is dan ook niet raadzaam om lokaal in te zetten op ketentoezicht.

De kwaliteit van het binnenmilieu kan wel verbeterd worden door regionaal op steekproefsgewijze manier een meting te doen bij de oplevering van een gebouw. Dit gebeurt nu natuurlijk al standaard voor brandveiligheid en met betrekking tot de veiligheid van de bouwconstructie. Hieraan kan toetsing van de kwaliteit van het binnenmilieu worden toegevoegd voor vergunningsplichtige gebouwen.

Randvoorwaarden

- Minimaal vijf gemeenten (afdeling bouw -en woningtoezicht) uit de regio ZHZ doen mee aan een *proefproject*

Regionale opgave(en)

- (5) Er wordt een regionaal proefproject opgezet waarin steekproefsgewijs toezicht wordt gehouden op de kwaliteit van het binnenmilieu bij de oplevering van nieuwbouw.

H5 Lokale thema's

Vaccinatieprogramma

5.1 Inleiding

Het aantal gevaccineerde kinderen is in de meeste Nederlandse gemeenten hoger dan 95%. Lagere percentages zijn voornamelijk te vinden in gemeenten met grote groepen die om religieuze redenen of een bepaalde levensovertuiging vaccineren afwijzen. In de regio Zuid-Holland Zuid zijn gebieden met een relatief lage vaccinatiegraad (78-82%). Godsdienstige reden is in deze regio met afstand de belangrijkste reden voor ouders om hun kinderen niet te laten vaccineren. In Hardinxveld-Giessendam is de vaccinatiegraad 83 % (gezondheidsmonitor 2006).

Verantwoordelijkheid gemeente

In de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) zijn de taken en verantwoordelijkheden van de gemeenten ten aanzien van de collectieve preventie vastgelegd. De WCPV onderscheidt drie deel terreinen:

- Collectieve preventie;
- Infectieziektenbestrijding;
- Jeugdgezondheidszorg, hieronder valt het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het rijksvaccinatieprogramma.

Vanuit de WCPV heeft de gemeente de verantwoordelijkheid om infectieziekten te voorkómen, vroeg op te sporen en te bestrijden. De gemeenten zijn samen met het Rijk verantwoordelijk voor de collectieve preventie volksgezondheid. Het is dus de taak van de gemeente om de inwoners zo duidelijk en compleet als mogelijk te informeren over de (on)mogelijkheden, de risico's en de mogelijke gevolgen van een keuze. Indien inwoners er voor kiezen om hun kinderen niet in te laten enten, kan dit een mogelijk gezondheidsrisico betekenen voor de andere kinderen (vaccinatiegraad lager of gelijk aan 80%).

Het advies is dan ook om binnen de gemeente meer aandacht te besteden aan vaccineren in het algemeen en specifiek aan de doelgroep die er nu voor kiest om zich niet te laten vaccineren. Dit kan het beste in samenhang gebeuren met de andere omliggende gemeenten die ook een lage vaccinatiegraag hebben.

Landelijk beleid

Alle kinderen in Nederland krijgen vaccinaties aangeboden om hen te beschermen tegen infectieziekten. De minister van VWS bepaalt de inhoud van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP). De uitvoering van het RVP wordt verzorgd door thuiszorgorganisaties, GGD'en en verloskundig hulpverleners, onder verantwoordelijkheid en medisch toezicht van de entadministraties. De kosten van de uitvoering van het RVP komen ten laste van de AWBZ.

Gevolgen

In een omgeving waar weinig mensen gevaccineerd zijn, kan gemakkelijker een epidemie ontstaan dan in een omgeving waar de vaccinatiegraad hoog is. Wat kan gebeuren als vaccinatie achterwege blijft, valt op te maken uit een ervaring in Zweden. Daar stopte in 1979 de vaccinatie tegen kinkhoest. Dat ging drie jaar goed, maar daarna steeg het aantal kinkhoestgevallen explosief. In 1983 en 1985 braken zelfs epidemieën uit. Het aantal kinkhoestgevallen bij kinderen onder de 6 jaar nam toe van 700 gevallen per 100.000 kinderen in 1981 tot 3.200 gevallen per 100.000 kinderen in 1985. In Nederland kwam in 1999/2000 een mazelenepidemie voor. Van de mensen die besmet raakten, had 94% zich niet tegen deze ziekte laten vaccineren. De epidemie kostte aan drie kinderen het leven. In 2004/2005 heerste in Nederland rodehond onder mensen die niet tegen de ziekte waren gevaccineerd. Minstens 387 mensen kregen de ziekte. Hieronder bevonden zich 32 zwangere vrouwen.

Gewetensbezwaren tegen vaccinatie komen vooral voor onder leden van protestants-christelijke groeperingen. Zij wijzen vaccinatie af omdat zij dat strijdig vinden met hun geloof in Gods voorzienigheid. Overigens is sinds eind jaren zeventig de afwijzing ook vanuit vele orthodox protestants-christelijke kerken niet meer absoluut.

Als voldoende kinderen gevaccineerd zijn (de norm in Nederland is een vaccinatiegraad van minimaal 90%), worden de niet-gevaccineerde kinderen in het algemeen voldoende beschermd door groepsbescherming. De lage vaccinatiegraad in Hardinxveld-Giessendam en aantal andere gemeenten (of kernen daarvan) in de regio Zuid-Holland Zuid levert een risico op in de vorm van het ontstaan van een epidemie.

Vaccineren in plaats van behandelen

Vaccinatie is de meest effectieve manier om infectieziekten te voorkomen. Medicijnen kunnen hoogstens de symptomen helpen verlichten bij het doormaken van de ziekte. Andere manieren dan vaccineren geven een te beperkte bescherming en werken maar korte tijd.

De noodzaak van tijdig vaccineren op de voorgeschreven wijze en met de voorgeschreven vaccins kan niet genoeg worden benadrukt. In de jaren voorafgaand aan 2001 nam het aantal signalen toe dat er binnen de jeugdgezondheidszorg steeds vaker afwijkende standpunten ten aanzien van het Rijksvaccinatieprogramma werden gehanteerd. De inspectie voor de gezondheidszorg heeft daarom in 2001 en 2002 een circulaire uit laten gaan om de regelgeving ten aanzien van het Rijksvaccinatieprogramma opnieuw onder de aandacht te brengen en te benadrukken dat het afwijken van de regelgeving – anders dan op correct medische gronden – onacceptabel is. Met de circulaire heeft de inspectie destijds willen benadrukken, dat het RVP niet alleen de individuele bescherming van kinderen ten doel heeft, maar dat juist het collectieve belang met de bescherming op populatieniveau niet uit het oog verloren mag worden. Indien ouders er in toenemende mate voor zouden kiezen later te starten met het inenten van hun kind vormt dat een bedreiging van de volksgezondheid. De groepsimmunitet met name bij de kwetsbare jonge kinderen zou hiermee worden aangetast. (Rapport RIVM: Vaccinatietoestand Nederland).

Wat weten burgers

Verondersteld wordt dat over het algemeen burgers bekend zijn met de omstandigheid dat vaccineren het immuunsysteem helpt een virus of bacterie af te weren. De specifieke kenmerken van de vaccinaties en de ziektes die worden bestreden zijn wellicht minder algemeen bekend.

Visie

De gemeente neemt de verantwoordelijkheid om de individuele vaccinatiebereidheid te plaatsen in een breed maatschappelijk gezondheidsbelang.

5.2 Beoogd maatschappelijk effect

Attitude vaccinatiebereidheid

5.3 Doelstelling

De vaccinatiegraad in Hardinxveld-Giessendam is in 2011 toegenomen ten opzichte van de gezondheidsmonitor 2006.

Lokale opgave

De gemeente wil haar inzet plegen om er zorg voor te dragen dat de volwassen inwoners van Hardinxveld-Giessendam de keuze tot vaccineren maken op basis van valide en actuele informatie.

Randvoorwaarden

- Optrekken met regiogemeenten met een lage vaccinatiegraad en uitvoerders (een vaccinatie-expert-team in de regio te vormen).
- Begrip en respect voor de individuele keuze

Doelgroepen

Het beleid is gericht op de (toekomstige) ouders/verzorgers.

Uitvoerders

Belangrijke uitvoerders van het beleid zijn intermediaren, zoals huisarts, contactpersonen binnen de kerken, verloskundige/gynaecoloog apotheek, thuiszorg, GGD, entadministratie, kinderopvang/peuterspeelzalen, onderwijs.

De GGD Zuid-Holland Zuid heeft in de gezondheidsmonitor aangekondigd verder onderzoek te doen naar de groep mensen die hun kinderen om godsdienstige redenen niet laten vaccineren.

H6 Financiering

6.1 Lokaal

Het gezondheidsaanbod dat de GGD verzorgd bestaat uit een basistakenpakket en een maatwerkpakket dat voor iedere gemeente hetzelfde is. Dit wordt gefinancierd vanuit het gemeentefonds via een vastgestelde inwonerbijdrage. In 2007 bedraagt de bijdrage €11,70 per inwoner.

Het basistakenpakket en het maatwerkpakket vloeit direct voort uit wettelijke verplichtingen volgens de Wet collectieve preventie volksgezondheid:

- bevorderingstaken
- medische milieukunde
- technische hygiënezorg
- infectieziektebestrijding
- jeugdgezondheidszorg

De invulling van het aanbod gezondheid bevorderingstaken en jeugdgezondheidszorg, wordt mede richting gegeven door de regio gemeenten. De in hoofdstuk 2,3 en 4 genoemde gezondheidsthema's worden hiermee regiobreed vorm gegeven door middel van gezondheidsbevorderende activiteiten en publieksvoorlichting.

In 2009 verwachten wij een verhoging van de bijdrage per inwoner i.v.m. de wettelijke verplichting voor de invoering van een Jeugdmonitor. In de huidige meerjarenbegroting van de GGD is hiervoor nog geen budget geraamd.

Aanvullend op dit regionale aanbod heeft uw raad besloten lokaal op jaarbasis structureel een bedrag ad €12.500,00 te ramen als impuls aan het preventieve gezondheidsbeleid voor de inwoners (plaats). Dit budget wordt aangewend voor het initiëren, stimuleren en ondersteunen van gezondheidsbevorderende activiteiten / projecten met een lokaal preventief karakter gericht op het verbeteren van de gezondheid en/of bijdragen aan het voorkomen van gezondheidsschade als gevolg van een ongezonde leefstijl.

Jaarlijks budget gezondheidsbeleid (basis 2007):

| | |
|--|--------------------|
| Inwonersbijdrage GGD (basispakket en maatwerkpakket) | €254.238 |
| Jeugdgezondheidszorg 0-4 Rivas (basispakket en maatwerkpakket) | €235.300 |
| Jeugdgezondheidszorg preventief jeugdbeleid | € 11.762 |
| Jeugdgezondheidszorg Elektronisch Kinddossier (2007, éénmalig) | € 8.315 |
| Budget lokale preventie gezondheidsbeleid (incl. Buitenschool) | € 12.500 |
| Budget meldpunt en netwerk Zorg en Overlast | € 12.000 |
| Budget lokale preventie verslavingszorg | € 7.390 |
| Budget preventie collectieve preventie openb.geestelijke gezondheidszorg | € 8.862 |
| Budget opvoedingsondersteuning (aanvullend op maatwerkpakket) | € 5.000 (miv 2008) |
| Totaal | €555.367 |

6.2 Regionaal

Project regionale fondsenwerver

In de Hoofdlijnnotitie "Gezond, gewoon doen" is het samen optrekken bij het aanvragen van subsidies van bijvoorbeeld provincie, rijk en/of Europa, genoemd als één van de kansen voor een regionale samenwerking.

Voor het aantrekken van dergelijke subsidies is specifieke deskundigheid en voldoende personeelscapaciteit nodig, die bij de individuele gemeenten veelal niet aanwezig is.

Met de inzet van een regio-fondsenwerver

- hoeft er voor fondsenwerving geen eigen gemeentelijke ambtelijke inzet gepleegd te worden,
- is de kans op honorering van de aanvraag groter want van een grote aanvrager (de regio) afkomstig en is er dus meer budget om (waar mogelijk) *practice of evidence based* activiteiten uit te voeren die bijdragen aan het realiseren van de thema doelstellingen.

Voor de komende periode stellen wij voor het instrument van een regionale fondsenwerver te benutten om voor de regio gemeenten Zuid-Holland Zuid, voor een proefperiode van 2 jaar (xx *fte* voor 14 gemeenten), fondsen te werven ter uitvoering van de in deze nota genoemde gezondheidsthema's.

Een evaluatie aan het eind van deze proefperiode moet duidelijk maken of een verlenging wenselijk is.

De randvoorwaarden voor het project regionale fondsenwerver zullen in een apart voorstel nader uitgewerkt worden en aan het portefeuillehouders overleg Gezondheidsbeleid voorgelegd worden.

Bijlage: overzicht gevraagde bijdrage voor project regionale fondsenwerver per gemeente naar inwoneraantal voor zowel 2008 als voor 2009.

| Gemeente | Inwoneraantal Per 1/1/2006 | % | gevraagde bijdrage Per jaar |
|------------------------|-------------------------------|-------|--------------------------------|
| Alblasserdam | 18.426 | 4,72 | € 1.650,- |
| Dordrecht | 118.882 | 30,45 | €10.660,- |
| Giessenlanden | 14.497 | 3,71 | € 1.300,- |
| Gorinchem | 34.232 | 8,77 | € 3.070,- |
| Graafstroom | 9.730 | 2,50 | € 880,- |
| Hardinxveld Giessendam | 17.813 | 4,56 | € 1.570,- |
| Hendrik Ido Ambacht | 24.459 | 6,27 | € 2.190,- |
| Leerdam | 20.872 | 5,35 | € 1.870,- |
| Liesveld | 9.578 | 2,45 | € 860,- |
| Nieuw Lekkerland | 9.361 | 2,40 | € 840,- |
| Papendrecht | 30.061 | 7,70 | € 2.700,- |
| Sliedrecht | 23.666 | 6,06 | € 2.130,- |
| Zederik | 13.750 | 3,52 | € 1.240,- |
| Zwijndrecht | 45.034 | 11,54 | € 4.040,-,- |
| Totaalbedrag: | | | €35.000,- |

H7 Monitoring en evalueren

In voorgaande hoofdstukken is uiteengezet hoe de (uitvoering van de) nota gezondheidsbeleid “Gezond, gewoon doen” in de periode 2007-2011 regionaal zijn beslag krijgt op drie thema’s. Als afgeleide van geformuleerde beoogde maatschappelijke effecten en regionale doelstellingen zijn te realiseren prestaties verwoord.

Hoofdstuk 8 geeft deze nog eens (overzichtelijk) weer in een regionaal actieprogramma.

Om te kunnen (bij)sturen op de gewenste en geformuleerde doelen en resultaten, dienen gemeentebesturen te kunnen beschikken over informatie met betrekking tot de ontwikkeling en resultaat van het beleid.

Die benodigde informatie kan via monitoring en evalueren verkregen worden.

Een monitor laat (alleen) zien of een bepaald doel bereikt wordt, als resultaat van beleid, en niet hoe dit wordt bereikt. Het is een instrument waarmee periodiek effecten gemeten kunnen worden op basis van gegevens.

Monitoring volgt de beleidsresultaten over een langere termijn. Indicatoren, aanwezig of nog te ontwikkelen, kunnen herhaaldelijk bepaald worden. 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 doelstellingen van het beleid door dat 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 eind 2008 / begin 2009, als de nota ruim een jaar in uitvoering is. Dit moment sluit goed aan bij het regionale actieprogramma 2007-2008. 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 zoveel mogelijk de Gezondheidsmonitor 2006 ZHZ. Het verschijnen van de gezondheidsmonitor 2010 zal inzicht geven in het wel/ niet gerealiseerd hebben van de regionale doelstellingen.

H8 Beleidsaanbevelingen

In hoofdstuk 1 is al ingegaan op de rol van de gemeenten als regisseur en als de partij die netwerken / zorgketen compleet moet houden. Een hoog ambitieniveau houdt ook in dat er veel werk moet worden verricht. De gemeente zal als regisseur van beleid ook veel van dat werk moeten verzetten. Veel voorstellen dienen echter nog nader uitgewerkt te worden en daarvan is nog niet duidelijk hoeveel ambtelijke inzet gevraagd wordt.

Samenwerken in de regio moet leiden tot een efficiënte inzet van zowel ambtelijke capaciteit en tijd als van financiële middelen. Afstemming met (regionaal werkende) instellingen kan op een aantal gebieden centraal georganiseerd worden.

In dit hoofdstuk worden een aantal aanbevelingen gedaan voor de regionale aanpak en de inzet van methoden voor de komende beleidsperiode.

Jeugdmonitor

In deze beleidsnotitie zijn verschillende opgaven geformuleerd met betrekking tot de jeugd. Om de ontwikkelingen goed te kunnen volgen en er vervolgens ook beleid op te formuleren is er meer beleidsinformatie nodig. Daarnaast verplicht de WCPV gemeenten om op uniforme wijze gegevens over de gezondheidssituatie te verzamelen en te analyseren.

- 1) Aanbevolen wordt om 1 februari 2008 een voorstel te doen voor inrichting en financiering van de Jeugdgezondheidsmonitor voor Zuid-Holland Zuid. Dit voorstel wordt aan het portefeuillehoudersoverleg gezondheid aangeboden met het verzoek dit verder door te leiden (lokaal/regio?)
- 2) Voorstel voor mei 2008 vanwege opnemen financiering in gemeentebegroting 2009 e.v. Er wordt gebruik gemaakt van de aanbevelingen van de begeleidingsgroep n.a.v. evaluatie gezondheidsmonitor 2006.

Ontwikkelen van indicatoren

Het gemeentebestuur legt jaarlijks verantwoording af aan de gemeenteraad en haar inwoners over het gevoerde beleid. In programmabegrotingen worden hiervoor indicatoren opgenomen. Voor de gezondheidsthema's die in dit beleidskader staan zijn nog geen indicatoren ontwikkeld.

- 3) Aanbevolen wordt om samen met partners een beperkt aantal indicatoren te ontwikkelen waarmee op hoofdlijnen verantwoording over het gevoerde beleid kan worden afgelegd.

Realiseren van de regionale opgaven

De regionale opgaven worden niet vanzelf gerealiseerd. Hiervoor is de inzet nodig van de gemeenten en haar partners. Voor een aantal opgaven is nog niet duidelijk welke inzet van middelen en instrumenten nodig zijn om de doelstellingen te behalen. Dit vraagt om een procesmatige aanpak.

- 4) Aanbevolen wordt om per thema een regionale werkgroep te vormen die uitwerking geven aan de gestelde opgaven. Een werkgroep bestaat uit beleidsmedewerkers van gemeenten, zorginstellingen en andere relevante partners. De werkgroepen stemmen onderling af om de aanpak gericht op overlappende doelgroepen en vindplaatsen af te stemmen. Om richting te geven aan de werkzaamheden formuleert elke werkgroep jaarlijks een activiteitenplan. Deze worden vastgesteld door het portefeuillehoudersoverleg volksgezondheid.

Sommige opgaven kunnen alleen gerealiseerd worden door de medewerking van andere partijen of beleidssectoren. Integraal en intersectoraal werken is hiervoor een voorwaarde. Dit vereist van beleidsmedewerkers en portefeuillehouders gezondheid een ondernemende houding en het vermogen om gezondheid geagendeerd te krijgen.

5) Aanbevolen wordt om te werken aan deskundigheidsbevordering van de beleidsmedewerkers volksgezondheid.

Integrale methoden en programma's

De thema's zijn voor een aantal doelgroepen en vindplaatsen overlappend. Het meest in het oog springend is de doelgroep jeugd, met als vindplaats het onderwijs. Om effectief te kunnen opereren is het nodig om voor jeugd en het onderwijs op de drie thema's samenhang te brengen.

6) Voorgesteld wordt om gebruik te maken van het programma's die samenhang bevorderen (bijvoorbeeld het project *de gezonde school*. Dit instrument is een manier van werken die scholen helpt om structureel aan de slag te gaan met gezondheid).

7) Regionale fondsenwerver

De gemeenten geven met deze nota aan samen met haar partners zich te willen inzetten voor de gezondheid van de inwoners van Zuid-Holland Zuid. Samen staan we sterker; ook financieel.

Aanbevolen wordt samen op te trekken bij het aanvragen van subsidies van bijvoorbeeld provincie, rijk en/of Europa en hiertoe een regionale fondsenwerver aan te trekken.

Literatuur

Inspectie voor gezondheidszorg. Hoe houden we het volk gezond.

Korbee en Hovelynck. 2005. *Burgers en Binnenmilieu*. De Bilt

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2006. *Kiezen voor gezond leven 2007-2010*. Den Haag.

Ministerie van VROM. 2006. *Actieprogramma gezondheid en milieu*. Den Haag.

Terpstra, J.S., F.L. Sanavro & J. Leeuwenburg. 2006. *Gezondheidsmonitor 2006*. Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst Zuid-Holland Zuid.

TNO. 2007. *Het effect van ventilatie op cognitieve prestaties*. Delft.

Handleiding preventie van overgewicht in lokaal gezondheidsbeleid.

Colofon

Redactie regionale deel:

- Anja Boogaard GGD ZHZ
- Arne Mellaard Gemeente Alblasserdam
- Corinna van Delzen Gemeente Gorinchem
- Jolande den Uyl Gemeente Hardinxveld-Giessendam
- Myra van der Gronden Gemeente Leerdam

Redactie lokale deel:

- Jolande den Uyl

Bijlagen

- Uitvoeringsprogramma gezondheidsbeleid 2007-2011 Hardinxveld-Giessendam
- Hoofdlijnennotitie “gezond, gewoon doen”
- Overzicht financiën

Bijlage 3: Overzicht financiën

Voor 2007 staat in de begroting in bijdrage van €14,25 per inwoner. Dat maal 17.836 inwoners is in totaal €254.163,00. Voor 2008 en verder moet uitgegaan worden van een hogere bijdrage per inwoner.

| Jaarlijks budget gezondheidsbeleid | | |
|---|---------------|--|
| <i>Omschrijving</i> | <i>Bedrag</i> | <i>Toelichting</i> |
| Inwonersbijdrage GGD-ZHE | €254.238 | Verplicht Dit is de bijdrage aan het basistakenpakket 4 – 19 jaar, welke een verplicht pakket aan producten is (uniform en maatwerk). |
| JGZ Rivas | €235.300 | Verplicht Dit is de bijdrage aan het basistakenpakket 0 – 4 jaar, welke een verplicht pakket aan producten is. Hier staat voor 2007 een Rijksbijdrage van € 213.000 tegenover. |
| JGZ preventief jeugdbeleid | €11.762 | Verplicht Dit is ook een bijdrage van het ministerie dat besteed moet worden aan preventief jeugdbeleid. |
| JGZ Elektronisch Kinddossier | €8.315 | Verplicht Alleen voor 2007 een bijdrage in de kosten ontvangen van het ministerie. Moet aan de implementatie van het EKD besteed worden. Landelijk wordt er uitgegaan dat gemeenten in 2008 een extra bijdrage van circa €1,00 per inwoner zullen moeten reserveren om de huidige systemen van de JGZ uitvoerders aan te laten sluiten op het EKD. In totaal gaat het voor Hardinxveld-Giessendam om circa €18.000. |
| Lokale preventie gezondheidsbeleid | €12.500 | “Keuze” Een bedrag van €1.500 is gereserveerd voor inzet verpleegkundige zorg Dordtse buitenschool. Dit bedrag is dus niet optioneel. Het resterende bedrag is op te delen in drie moten: <ul style="list-style-type: none">▪ Producten c.q. projecten die we mogelijk regionaal gaan inzetten/inkopen zoals de genoemde fondsenwerver;▪ Projecten c.q. producten die we regionaal inzetten zoals Tegendraadse Jeugd i.c.m. subsidie van bijvoorbeeld de Provincie (co-financiering);▪ Lokale producten en projecten, dit deel zal gebruikt worden op basis van de huidige behoefte in de gemeente. De exacte verdeling tussen deze posten is op voorhand niet aan te geven. |
| Meldpunt Zorg en Overlast | €12.000 | <i>Verplicht</i> Hier valt onder andere huiselijk geweld onder. Dit punt valt onder de WMO, voorheen WCPV, prestatievelden 7, 8 en 9. |
| Lokale preventie verslavingszorg | €7.390 | <i>Verplicht</i> Dit punt valt onder de WMO, prestatievelden 7,8 en 9. Wordt samen met de centrumgemeente en regiogemeenten ingezet. |
| Preventie OGGZ | €8.862 | <i>Verplicht</i> Dit punt valt onder de WMO, prestatievelden 7,8 en 9. Wordt samen met de centrumgemeente en regiogemeenten ingezet. |
| Budget Opvoedingsondersteuning | €5.000 | <i>Verplicht</i> Dit punt valt onder de WMO, prestatieveld 2 en de Wet op de Jeugdzorg |