

Nota **Gezond Nijmegen** 2009-2012



Nota Gezond Nijmegen 2009-2012

Inhoudsopgave

- 1. Inleiding
 - 1.1 Waarom een nota Lokaal gezondheidsbeleid?
 - 1.2 Preventie
- 2. Hoe gezond is Nijmegen?
 - 2.1 Algemeen
 - 2.2 Leefstijl
 - 2.3 Gezondheidsverschillen
- 3. De kern van het Nijmeegs gezondheidsbeleid
 - 3.1 Speerpunten 2009-2012
 - 3.2 Rode draad: uitgangspunten voor nieuw beleid
- 4. Gezond leven van jong tot oud
 - 4.1 Het eerste begin
 - 4.2 Gezond naar school
 - 4.3 Gezond blijven
 - 4.4 Gezond ouder worden
 - 4.5 Gezond wonen

Uitvoeringsprogramma

Bijlagen

1. Inleiding

Gezond Nijmegen 2009-2012 is tot stand gekomen in samenspraak met tal van partijen. Over diverse thema's zijn in totaal 6 interactieve bijeenkomsten georganiseerd met een hoge opkomst van een gevarieerd scala aan organisaties en een vruchtbare opbrengst. Ook is het traject van totstandkoming van de nota begeleid door een begeleidingsgroep (bijlage 1), waarin diverse kernpartners vertegenwoordigd waren. Hiermee kunnen wij vertrouwen op een breed draagvlak in de stad om gezamenlijk de nieuwe gezondheidsnota tot een succes te maken. Om de onderlinge betrokkenheid te behouden willen wij jaarlijks een bijeenkomst organiseren om de ontwikkeling van de gezondheid van de Nijmegenaar te blijven volgen en de voorgenomen acties te evalueren en waar nodig bij te stellen.

1.1 Waarom een nota gezondheidsbeleid

De vorige Nijmeegse nota Lokaal gezondheidsbeleid is vastgesteld in 2004 (evaluatie in bijlage 2). Wettelijk hebben gemeenten de verplichting één keer per 4 jaar het lokale gezondheidsbeleid te actualiseren. Los hiervan vragen nieuwe ontwikkelingen in de samenleving, zoals toenemend overgewicht en alcoholgebruik bij jongeren, om herijking en intensivering van het gezondheidsbeleid. Gezondheid is bepalend voor het welbevinden van mensen en om actief te kunnen deelnemen aan de samenleving. Gezondheid is meer dan de afwezigheid van ziekte of lichamelijke gebreken; het is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn (definitie WHO). Gezondheid is scheef verdeeld: mensen met een lagere opleiding kennen meer gezondheidsproblemen. Dit vinden we niet acceptabel. De gemeente wil daarom de komende tijd fors inzetten op het verkleinen van gezondheidsverschillen. In dat licht zal de (extra) inzet op gezondheid zich concentreren in de aandachtsgebieden en op open-wijkscholen.

1.2 Preventie

Op basis van de nieuwe Wet Publieke Gezondheid die op 1 december 2008 in werking is getreden zijn gemeenten verantwoordelijk voor de publieke gezondheidszorg. Onder publieke gezondheidszorg wordt verstaan "de gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkomen en het vroegtijdig opsporen van ziekten". Het lokale gezondheidsbeleid richt zich daarom op het voorkómen van (verergering van) ziekte. Er zijn verschillende vormen van preventie (zie bijlage), maar wij leggen het accent in deze nota op preventie bij groepen met een verhoogd risico en/of reeds aanwezige ziektelast (selectieve preventie), met name bij mensen met een lage Sociaaleconomische status en chronisch zieken.

Gezondheid wordt bepaald door verschillende factoren. De gemeente kan een aantal van deze factoren beïnvloeden en daarmee de gezondheid van mensen gedeeltelijk beïnvloeden: door verbetering van de fysieke en sociale omgeving en via het stimuleren van een gezonde leefstijl. Op andere factoren die de gezondheid van mensen bepalen, biologische factoren (erfelijkheid) en de kwaliteit van de gezondheidszorg, heeft de gemeente beperkte invloed. Het lokale gezondheidsbeleid concentreert zich dan ook op het beïnvloeden van het gedrag van mensen en verandering van de omgeving. Tegelijkertijd vergt gedragsverandering een lange adem en een eenduidige aanpak, waarbij alle partners dezelfde boodschap afgeven. Om daadwerkelijk verschil te kunnen maken zal het nu vaak versnipperde aanbod omgezet moeten worden in een stevige samenhangende aanpak vanuit verschillende invalshoeken.

De rol van de gemeente op het terrein van gezondheidsbevordering is meerledig:

- regisseren (beleidsregie) door prioriteiten te stellen en de integraliteit te bewaken;
- in het verlengde hiervan het verbinden van partijen, met name tussen zorg en welzijn, tussen curatie en preventie en (dus) tussen gesubsidieerde en niet door de gemeente gesubsidieerde organisaties;
- het faciliteren en (co)financieren van projecten;
- voorbeeldfunctie van gemeente Nijmegen als werkgever.

Wat betreft de uitvoeringsregie sluiten we aan bij de afspraken die hierover in het kader van de ontwikkeling van de Centra Jeugd en Gezin zijn gemaakt: voor 0-4-jarigen ligt de uitvoeringsregie bij de GGD (consultatiebureaus); voor 4-12-jarigen bij het basisonderwijs; voor 12-16/18-jarigen bij het voortgezet onderwijs en voor 16-23-jarigen bij het ROC. De uitvoeringsregie voor volwassenen geven we in handen van de GGD. Voor ouderen vormt het ZOWEL-netwerk het organisatorische kader. Op al deze niveaus zal de uitvoeringsregie in nauwe samenwerking met de 1^e lijnszorg ingevuld worden.

2. Hoe gezond is Nijmegen?

2.1 Algemeen

Vanwege de hogere concentratie kwetsbare groepen in grote steden scoort Nijmegen net als vergelijkbare gemeentes op een aantal gezondheidsaspecten minder gunstig. Zo is de levensverwachting in Nijmegen iets lager dan landelijk (78,4 versus 78,8), maar wel vergelijkbaar met andere grotere steden. Een aantal veel voorkomende ziekten komen in Nijmegen vaker voor dan landelijk: hart- en vaatziekten, long- en darmkanker en COPD (luchtwegaandoeningen). Hier staat tegenover dat Nijmegen niet slechter scoort op de andere aandoeningen die vaak voorkomen: beperkingen aan het bewegingsstelsel, ongevallen en diabetes. Al deze ziekten kennen voor een groot deel dezelfde risicofactoren in de leefstijl van mensen: roken, overgewicht, ongezonde voeding, te weinig bewegen en overmatig alcoholgebruik.

Er is een sterke relatie tussen de ervaren en feitelijke gezondheid: hoe slechter iemand zijn eigen gezondheid ervaart, hoe hoger de kans op overlijden. Dit geldt ook als rekening wordt gehouden met andere factoren waarvan bekend is dat ze sterfte voorspellen (ziekte, bloeddruk, erfelijke, leefstijl- en psychosociale factoren, etc.). Ervaren gezondheid beïnvloedt het gedrag, dat weer effect op de gezondheid heeft. Hierdoor kan een negatieve of juist positieve spiraal van elkaar versterkende mechanismen ontstaan. Een voorbeeld hiervan is dat iemand met een negatieve perceptie van de gezondheid minder aan lichaamsbeweging doet en minder vaak meedoet aan bevolkingsonderzoeken.

2.2 Leefstijl

Overgewicht

Sinds de jaren 80 heeft het fenomeen overgewicht een vlucht genomen in Nederland en ook in Nijmegen. Op dit moment komt overgewicht bij jonge Nijmegenaren even vaak voor als in de rest van Nederland: bij 15% van de kinderen (5-14 jaar) in Nijmegen, wat vergelijkbaar is met het landelijke cijfer (15 resp. 14% TNO 2006 en CBS 2007). Voor de volwassen Nijmegenaren ligt het percentage overgewicht op circa 40% (de cijfers van de diverse bronnen schommelen tussen 37 en 45%); landelijk ligt dit cijfer op 45%. Aan de hand van de volwassenmonitor 2009 van de GGD is meer zekerheid te geven over het voorkomen van overgewicht. Specifiek bij ouderen komt overgewicht in 43% van de gevallen voor en ernstig overgewicht bij 14%.

Overgewicht concentreert zich bij lager opgeleiden, allochtonen en (daarmee) in de aandachtswijken; dezelfde groepen sporten en bewegen minder. Daarnaast neemt met het toenemen van de leeftijd, het percentage sporters af.

Maar, er is een positieve tendens. Middelbare scholieren zijn de afgelopen 4 jaar meer gaan bewegen (hogere sportdeelname, meer gebruik van sport- en speelplekken). Dit neemt niet weg dat de helft nog steeds te weinig beweegt (4 dagen of minder één uur per dag beweging). Ook eten meer jongeren dan in 2003 dagelijks groente en fruit, ook al blijven de percentages steken op 43% en 32%. Het aandeel sporters onder volwassenen Nijmegenaren nam eveneens toe tussen 2003 en 2005.

Alcohol en drugs

Ook op het gebied van alcohol is er goed nieuws: alcoholgebruik bij jongeren is afgenomen en meer ouders vinden het niet goed als hun kinderen alcohol gebruiken. Deze ontwikkeling is ook landelijk waar te nemen. De grote (media) aandacht voor alcoholgebruik door jongeren en de preventieve activiteiten van de laatste jaren, lijken effect te hebben, maar het is van belang de ontwikkeling over een lange tijd te blijven volgen. Alcoholgebruik op jonge leeftijd kan de hersenontwikkeling belemmeren. Het percentage jongeren dat ooit alcohol heeft gedronken is dan ook nog steeds (veel) te hoog: 61%, waarvan 45% de laatste 4 weken. Bovendien is er geen afname in het alcoholgebruik bij jongeren van 15 jaar en ouder. En als jongeren drinken, drinken ze nog steeds te vaak en te veel (binge-drinken/ 5 glazen of meer per keer).

Het gebruik van softdrugs door jongeren is stabiel: 23% van de jongeren heeft ooit cannabis gebruikt, waarvan 12% de afgelopen 4 weken. Ruim 5% van de jongeren heeft ooit harddrugs gebruikt.

Het aandeel volwassenen dat dagelijks alcohol gebruikt ligt op 17%. Ouderen drinken vaker iedere dag; 9% van de ouderen drinkt (zeer) excessief (minimaal 4 glazen per dag op 5 dagen per week). Kijken we naar zwaar alcoholgebruik (minstens 1 dag in de week minimaal 6 glazen) dan blijkt het verschil tussen mannen en vrouwen groot; 19% van de Nederlandse mannen en 4% van de Nederlandse vrouwen is een "zwarte drinker".

Naar schatting 30 tot 50% van de zwangere vrouwen drinkt in meer of mindere mate alcohol (Gezondheidsraad, 2005), wat zorgelijk is aangezien dit bij het kind kan leiden tot groeistoornissen en aantasting van het zenuwstelsel.

Roken

Het aandeel rokers in Nederland is de afgelopen jaren flink gedaald van 39% in 1996 naar 28% in 2005. De afgelopen tijd is het percentage rokers als gevolg van het rookverbod in de horeca verder gedaald, al zijn hier nog geen definitieve cijfers over. Ondanks de dalende trend blijft roken een belangrijke, vermijdbare doodsoorzaak. Landelijk rookt 25% van de vrouwen en 31% van de mannen. In Nijmegen wordt meer gerookt dan in de rest van Nederland: 32%. 24% van klas 4 van het Voortgezet Onderwijs rookt; in het Vmbo wordt meer gerookt dan op HAVO/VWO-niveau.

2.3 Gezondheidsverschillen

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen

Gezondheid is scheef verdeeld. Mensen met een lage opleiding en/of een laag inkomen (lage sociaaleconomische status/SES) leven gemiddeld 4 jaar korter en 10 jaar langer met beperkingen dan mensen met een hoge SES. Vooral ook het verschil in de ervaren gezondheid en het aantal jaren zonder beperkingen is groot: mensen met een lage SES leven naar hun eigen gevoel gemiddeld 15 jaar langer in minder goede gezondheid. Specifiek vrouwen met een lage opleiding brengen meer jaren door met gezondheidsbeperkingen. De oorzaak van dergelijke verschillen is complex.

Moeilijkere leefomstandigheden, ongezondere leefgewoonten en slechtere woon- en werksituatie spelen een rol en versterken elkaar.

De verschillen in gezondheid zien wij ook in Nijmegen. Zo komt overgewicht vaker voor bij kinderen van ouders met een lage opleiding en sporten en bewegen vmbo-leerlingen minder. Kinderen in 'rijkere' stadswijken met meer sportvelden, laagbouw, woonerven en woongebieden met autoluwe zones, groen en water in de wijk zijn lichamelijk actiever. In bijlage 4 is een overzicht opgenomen van de Nijmeegse verschillen tussen groepen wat betreft gezondheid en leefstijl.

Allochtonen

Op een aantal punten doen allochtonen het beter en op een aantal punten minder goed. Volwassen Turken roken relatief veel, hoewel aan de andere kant uit GGD-onderzoek onder jongeren blijkt dat jonge Turken veel minder roken dan autochtone jongeren. Ook Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse jongeren roken minder. Hetzelfde geldt voor alcohol en softdrugs: vrijwel alle allochtone groepen roken minder, hasj en drinken (fors) minder dan leeftijdgenoten. Hier staat tegenover dat Marokkanen en Turken minder sporten. In combinatie met genetische aanleg en ongezonde voeding leidt dit tot meer overgewicht en diabetes bij allochtonen. Veel jongere Turken en Marokkanen vinden hun eigen gezondheid niet zo best.

Een ander opvallend gegeven is verder dat Turken en Marokkanen vaker de huisarts en het ziekenhuis bezoeken en dat het medicijngebruik bij deze groepen hoger ligt.

Wat betreft het psychisch welbevinden, blijkt dat relatief veel Turken en Marokkanen zich de laatste 3 maanden meestal niet gelukkig voelden. Dit beeld wordt bevestigd door onderzoek in Amsterdam, waaruit blijkt dat vooral depressie bij oudere Turkse en Marokkaanse mannen veelvuldig voorkomt.

Tot slot blijkt uit onderzoek in onder meer Rotterdam en Amsterdam dat de babysterfte onder allochtonen hoger en het geboortegewicht gemiddeld lager is. Dit geldt overigens in het algemeen voor mensen met een lage opleiding/lage SES.

Ouderen

De laatste ouderenmonitor van de GGD stamt uit 2005 (publicatie in 2007). Met de meeste ouderen gaat het goed: ruim tweederde beoordeelt hun eigen gezondheid als goed tot uitstekend. Als mensen ouder worden, boven de 75, neemt die tevredenheid af, vooral bij alleenstaande vrouwen. Ruim eenderde van de ouderen heeft beperkingen op het gebied van horen, zien of bewegen en ruim de helft heeft overgewicht. Opvallend is dat 20% van de ouderen de afgelopen 3 maanden minimaal één keer is gevallen. Vallen is vaak een ingrijpende gebeurtenis voor ouderen: het heeft niet alleen lichamelijke gevolgen (beperkte mobiliteit), maar leidt ook vaak tot angstgevoelens (bang voor herhaling) en per saldo tot sociaal isolement.

Tot slot komt eenzaamheid veel voor: 42% is matig eenzaam en 11% (zeer) ernstig eenzaam. Veel ouderen hebben last van slaapproblemen. Bijna een kwart van de ouderen gebruikt dan ook wel eens slaap- of kalmeringsmiddelen; 11% dagelijks.

(Potentiële) dak- en thuislozen

In de regio Nijmegen krijgen naar schatting ruim 800 dak- en thuislozen hulp van de maatschappelijke opvang. Het totale aantal dak- en thuislozen in het gebied wordt geschat op ongeveer 1100. Naar schatting 40% van de ruim 800 dak- en thuislozen die hulp krijgen is verslaafd en naar schatting 20% heeft een psychiatrische stoornis. De groep heeft een aantal gemeenschappelijke kenmerken: veel lichamelijke (infectiegevaar o.a.) en psychische problemen, maatschappelijke uitsluiting, geen of beperkte uitkering, veelal onverzekerd tegen ziektekosten, vaak alcohol- en/of drugsproblematiek en zorgvermijdingsgedrag.

In bredere zin zijn er, uitgaande van de landelijke norm van 0,7% van de bevolking, in de regio Nijmegen waarschijnlijk ruim 3.500 mensen in de gevarenzone. Het gaat dan om mensen die zelfstandig wonen, maar vanwege verschillende problemen een beroep doen op zorg én in een situatie van dakloosheid dreigen te geraken. Bij velen in deze groep gaat het om een combinatie van problemen: gebrek aan zingeving of daginvulling, eenzaamheid, relationele en financiële problemen. In toenemende mate gaat het hier om gezinnen.

Homoseksuelen

Er zijn signalen vanuit internationaal onderzoek en vanuit belangenorganisaties dat er gezondheidsverschillen bestaan tussen homo- en heteroseksuelen: bij homoseksuelen meer suïcide, meer alcoholgebruik, overgewicht en borstkanker (vrouwen), meer eenzaamheid (oudere homoseksuelen) en een minder goed seksueel leven bij homoseksuelen. Het vermoeden is dat deze gezondheidsproblemen voortkomen uit negatieve ervaringen met discriminatie en acceptatie. Los hiervan vormen homo- en biseksuele mannen en jongens een risicogroep voor HIV en SOA's.

3. De kern van het Nijmeegs gezondheidsbeleid 2009-2012

3.1 Speerpunten

Gezondheid kent vele facetten, maar om resultaten te kunnen boeken, moeten wij keuzes maken. Gezien de duidelijke gezondheidsverschillen tussen mensen met een lage en hoge opleiding en tussen wijken staat het verkleinen van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen van jong tot oud centraal. Inhoudelijk zetten wij vanwege de omvang van de problematiek (overgewicht en alcoholgebruik bij jongeren) extra in op de volgende thema's:

1. Het verkleinen van gezondheidsverschillen;
2. Gezond gewicht, een betere balans tussen voeding en beweging;
3. Alcoholpreventie bij jongeren.

De extra en vernieuwende inzet zal de komende tijd worden gepleegd op deze 3 speerpunten. Dit betekent niet dat wij niet blijven investeren in de andere gezondheidsthema's, zoals roken, drugspreventie, seksuele gezondheid van jongeren en depressiepreventie. Op die thema's handhaven wij de huidige inzet, hoewel wij binnen het bestaande aanbod wel specifieke accenten gaan leggen. Zo willen wij depressiepreventie vooral gaan richten op allochtonen, jongeren en ouderen. Daarnaast besteden we binnen diverse andere beleidsterreinen (zoals zorg, cultuur en welzijn) aandacht aan het vergroten van het psychisch welbevinden. Ter voorbereiding van het nieuwe integrale jeugdbeleid zal een bijeenkomst georganiseerd worden over het psychisch welzijn van jongeren. 'Gezondheid en milieu' is een thema dat we de komende periode willen verkennen aan de hand van een pilot, waarbij we onderzoeken welke (kosten)effectieve maatregelen er mogelijk zijn om de gezondheidseffecten van milieufactoren (met name lucht en geluid) in te perken. Behalve dat het speerpunt 'gezond gewicht' bijdraagt aan het voorkomen van diabetes, zet de 1e lijnszorg in op het tijdig opsporen van (dreigende) diabetes om complicaties te voorkomen en te behandelen. Vanuit de Nijmeegse huisartsenpraktijken wordt in 2009 gestart met de ketenaanpak diabetes: diabetespatiënten worden systematisch gecontroleerd en krijgen voorlichting, leefstijladvies en instructie over hun ziekte. Bovendien controleren huisartsen patiënten die de praktijk bezoeken op diabetes als zij een verhoogd risico hebben (hoge bloeddruk, overgewicht, familiair voorkomen). Tenslotte roepen steeds meer huisartsen hun patiënten actief op voor een preventief onderzoek naar (o.a.) diabetes.

Naast de directe beïnvloeding van de gezondheid van mensen blijft de gemeente inzetten op de 'ongedeelde stad' en het versterken van de positie van kwetsbare groepen via de algemene wijkaanpak, huisvesting, werkgelegenheid, onderwijs en armoedebeleid.

In de matrix in bijlage 3 is per thema aangegeven voor welke doelgroep specifieke aandacht nodig is.

3.2 Rode draad: uitgangspunten voor nieuw beleid

Dwars door de thema's en de acties voor de komende tijd loopt een rode (lei)draad die van belang is voor alle activiteiten uit hoofdstuk 4.

De 4 centrale uitgangspunten voor de Nijmeegse gezondheidsaanpak zijn:

1. Integraliteit

Gezondheid vraagt om een integrale benadering, een benadering vanuit meerdere invalshoeken. Zo is het los van specifieke gezondheidsactiviteiten cruciaal om een gezonde leefstijl gemakkelijk te maken en er voor te zorgen dat de omgeving zoveel mogelijk uitnodigt tot gezond gedrag. Hiervoor is het nodig dat gezondheid juist voor andere beleidsvelden een randvoorwaarde is, bijvoorbeeld voor ruimtelijke ordening, re-integratie-beleid, bij evenementen en wijk(voorzieningen)plannen. Zo is het van belang bij de inrichting van de openbare ruimte de gevolgen voor de gezondheid in beeld te brengen en hieraan consequenties te verbinden: kies bij de Waalkade niet voor een roltrap maar voor een lift, waardoor meer mensen geneigd zullen zijn te voet de trap te nemen. Ook zou in re-integratietrajecten meer dan nu ingezoomd kunnen worden op de gezondheid van werkzoekenden, aangezien gezondheidsproblemen een belemmering kunnen zijn voor het vinden van werk. Daarnaast zijn er duidelijke raakvlakken tussen gezondheidsbevordering en de Wmo, die beiden het

oogmerk hebben om de kwaliteit van leven te vergroten, waarbij de Wmo zich in het bijzonder op mensen met beperkingen richt. Mensen die actief zijn en deelnemen aan activiteiten voelen zich gezonder. Zo dragen allerlei welzijnsactiviteiten bij aan de gezondheid van mensen. Andersom hebben bijvoorbeeld sport- en bewegingsactiviteiten ook vaak een sociale functie en een positief effect op het psychisch welzijn. Hoe gezonder mensen zijn, hoe lager het beroep op individuele Wmo-voorzieningen. Tot slot is (psychische) gezondheid een belangrijk onderwerp binnen het onderwijs- en jeugdbeleid, onder meer via Centra Jeugd en gezin.

In paragraaf 4.3 wordt aandacht besteed aan de relatie tussen werk en gezondheid en in 4.5 over Gezond wonen gaan we nader in op integraal gezondheidsbeleid in relatie tot de leefomgeving.

2. Diversiteit

Een aantal groepen vraagt om speciale aandacht, ofwel omdat er sprake is van specifieke problematiek ofwel omdat het huidige aanbod onvoldoende is toegesneden op cultuurverschillen. In het algemeen dienen voorzieningen toegankelijk te zijn voor diverse groepen. Het gaat in het bijzonder om allochtonen, mensen met beperkingen en homoseksuelen, met bijzondere aandacht voor homoseksuele ouderen. Hiertoe is een visie op interculturalisatie van instellingen in voorbereiding. Daarnaast is de nota Hand in hand over seksuele diversiteit van belang in dit kader. Behalve het gewenste diversiteitsbeleid bij instellingen is het nodig dat instellingen en allochtone organisaties de handen ineen slaan. Gespecialiseerde instellingen als de GGZ, de GGD en Iriszorg dienen zelforganisaties, sleutelfiguren/vertrouwenspersonen, moskeeverenigingen, IVC en Inter-lokaal te betrekken bij het organiseren van activiteiten om het bereik van allochtonen te vergroten, bijvoorbeeld bij het aanbod voor depressiepreventie, prenatale zorg, leefstijlprogramma's en beweegactiviteiten (zie par. 4.1, 4.3 en 4.4). Specifiek gaan we bekijken hoe we in samenwerking met huisartsen en de GGZ de inzet op depressiepreventie bij allochtonen kunnen uitbreiden bovenop de huidige activiteiten (via nascholing huisartsen, de allochtone zorgconsulent(en), praktijkondersteuners/sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en collectieve preventie GGZ). Ook kunnen allochtone ouderenadviseurs en allochtone zorgconsulenten mensen actief doorverwijzen naar preventie-activiteiten. Binnen het Nationaal Actieplan Sport en Beweging besteden we specifiek aandacht aan mensen met beperkingen, met name chronisch zieken. In het nieuwe Wmo-beleidsplan komen we uitgebreid terug op participatie van mensen met beperkingen in breder verband. Daarnaast zal de GGD regio Nijmegen het initiatief nemen om in samenwerking met landelijke kennisinstituten te onderzoeken in hoeverre er aantoonbaar sprake is van gezondheidsverschillen in relatie tot seksuele diversiteit. In de volgende volwassenenmonitor van de GGD in 2012/2013 zal 'homoseksualiteit' als variabele worden opgenomen. Binnen het project huiselijk geweld zal aandacht worden besteed aan de specifieke benadering van homoseksuele mannen en vrouwen.

3. Wijkgerichte aanpak

Gezondheid verdient een vaste plek binnen de wijkaanpak in aandachtsgebieden, waar veel mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) wonen die meer gezondheidsrisico's hebben. Hiertoe is meer samenhang in het aanbod gewenst tussen partners die actief zijn op wijkniveau. Binnen de wijkgerichte benadering sluiten we enerzijds aan bij de (open-wijk-)scholen (par. 4.2) als belangrijke vindplaats en anderzijds bij de 1^e lijnszorg (par. 4.3). Vanuit de gezondheidscentra, HOED'en (Huisartsen Onder Eén Dak) en anderen samenwerkingsverbanden starten we een ketenaanpak die bestaat uit multidisciplinaire leefstijlprogramma's. Huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten, psychologen (1e lijnszorg) en de GGD werken hierin samen. Omdat juist mensen met gezondheidsklachten bij de huisarts komen, vormt de huisarts de ideale ingang en spil om kinderen, volwassenen en ouderen met gezondheidsrisico actief door te verwijzen en te blijven volgen. Met de toename van het aantal gezondheidscentra en HOED'en is de tijd rijp voor een multidisciplinaire aanpak. Om te zorgen dat na afloop van deze doelgroepgerichte programma's de gezonde leefstijl beklijft, werken de 1e-lijnsprofessionals samen met (open wijk-)scholen, de (toekomstige) centra voor jeugd en gezin, welzijnsorganisaties, sportcentra en sportorganisaties en ondersteunen we bewonersinitiatieven.

4. Gaan voor resultaat

Met het gezondheidsbeleid willen we een aantal aanwijsbare veranderingen teweegbrengen, zoals benoemd in de onderstaande doelstellingen. Hiertoe maken we bij de uitwerking van het beleid zoveel mogelijk gebruik van ervaringen elders en best practices. Er zijn landelijk nog nauwelijks voorbeelden van projecten die aantoonbaar duurzame effecten hebben opgeleverd, omdat dit langdurig en

kostbaar onderzoek vergt. Wel is bekend wat ingrediënten voor succes zijn, zoals een planmatige en multidisciplinaire aanpak met een lange adem, waarbij ruimte is voor zorg op maat. Om optimaal gebruik te maken van de kennis in Nijmegen en de resultaten van de lokale inzet te volgen, werken we samen met de Radboud-universiteit en de Hogeschool Arnhem-Nijmegen (HAN). De 4-jaarlijkse monitors van de GGD voor jongeren, volwassenen en ouderen, de tweejaarlijkse Stadspeiling van O&S onder volwassen Nijmegenaren en de vierjaarlijkse Jeugdmonitor van O&S geven ons informatie over de ontwikkeling van de gezondheid in Nijmegen, maar het leggen van een relatie tussen beleid en deze monitors vraagt om nader en langdurig onderzoek.

Doelstellingen Nijmegen gezond 2009-2012

- Vergroten bereik van de prenatale zorg bij allochtonen en lage SES-groepen (monitoring vanaf 2010 met behulp van EKD).
- Minimaal stabiliseren (ernstig) overgewicht bij kinderen/jongeren op 15% (2005).
- Minimaal stabiliseren % volwassenen met overgewicht op circa 40% (definitieve cijfer bepalen op basis volwassenenmonitor 2009).
- Minimaal stabiliseren van % ouderen met overgewicht op 57% (43% overgewicht; 14% ernstig overgewicht).
- Kinderen, jongeren en ouderen bewegen meer (meer uren en dagen per week) (nader uitgewerkt in NASB).
- Tegengaan van te jong, te vaak en te veel alcoholgebruik door jongeren:
 - > terugdringen van % 13/14-jarigen dat de afgelopen 4 weken alcohol heeft gedronken van 23 naar 18%;
 - > terugbrengen van % 13/14-jarigen dat binge-drinkt van 15 naar 10%.
- Verkleining gezondheidsverschillen tussen mensen met een hoge en lage opleiding.
- Vermindering % ouderen dat matig tot ernstig psychisch ongezond is van 7 naar 6%.
- Vermindering gebruik slaap- en kalmeringsmiddelen bij ouderen (nu 24%).
- Het % ouderen dat valt (afgelopen 3 maanden) daalt.

4. Gezond leven van jong tot oud

Iedere levensfase kent zijn eigen dynamiek en aangrijpingspunten voor een gezonde leefstijl. Kijkend vanuit iedere levensfase geven we aan hoe we de leefstijl van Nijmegenaren gaan beïnvloeden.

4.1 Het eerste begin

Met de consultatiebureaus en het daaraan verbonden Kijk op kleintjes hebben we voor de 0-4-jarigen een goede uitgangssituatie om ouders te informeren en adviseren over gezondheid. Met name in de zwangerschap- en kraamperiode is echter sprake van een aantal knelpunten. Zo laat het bereik van allochtonen door verloskundigen, prenatale zorg (zwangerschapsbegeleiding/ voorlichtingsbijeenkomsten) en de kraamzorg te wensen over, waardoor deze groep belangrijke informatie over gezondheid mist.

Om de ketenaanpak rondom zwangerschap en geboorte te verbeteren is een werkgroep Vroegsignalering ingesteld, waarin verloskundigen, kraamzorg en GGD participeren. In deze werkgroep zal specifieke aandacht worden besteed aan risicogroepen (waaronder allochtonen) en risicofactoren, zoals alcoholgebruik door zwangere vrouwen. Vanaf 2009 worden gemeenten verantwoordelijk voor de prenatale zorg.

4.2 Gezond naar school

Convenant De Gezonde school

We willen toe naar een convenant over gezondheid met het basis- en het voortgezet onderwijs, als onderdeel van de Lokale Educatieve agenda (LEA). In dit convenant maken we afspraken over de ontwikkeling van de gezondheid van kinderen. De wijze waarop de scholen die afspraken realiseren, laten we aan de scholen over, waarbij de Gezonde school enerzijds de leidraad is die anderzijds veel keuzevrijheid biedt.

Op dit moment worden op de scholen in het basis- en voortgezet onderwijs reeds tal van acties ondernomen op het gebied van gezondheid. Om te zorgen dat het nu versnipperde aanbod beter aansluit bij de vragen en kenmerken van iedere school, is het concept van De Gezonde school een geschikte methode. Een Gezonde school werkt aan de gezondheid op basis van de behoeften en wensen van leerlingen, ouders en leerkrachten. Via een stappenplan komt een integraal gezondheidsplan per school tot stand, dat begint met het stellen van prioriteiten en het opstellen van een gezondheidsplan en eindigt met uitvoering van activiteiten en evaluatie. Per thema wordt vanuit diverse invalshoeken actie ondernomen: van voorlichting via de lessen, gezonde kantine, thema-avonden voor ouders tot voorbeeldgedrag van leraren. In het voortgezet onderwijs hebben op het Citadel- en Dominicuscollege de afgelopen tijd 2 pilots Gezonde school gelopen, waar beide scholen enthousiast over zijn.

Daarnaast streven we in het convenant naar stedelijke afspraken over gezonde voeding tijdens pauzes (BO) met de Zonnewende als voorbeeld (o.a. alleen brood of fruit als tussendoortje) en in de schoolkantine evenals over alcohol- en druggebruik en roken op middelbare scholen.

Vanwege de positieve gevolgen van een schooltuin op de bewustwording van gezonde voeding, ondersteunt Nijmegen het initiatief van Duurzaam gezond om een centrale schooltuin in Nijmegen in te richten, bij voorkeur op een binnenstedelijke locatie.

Alcoholpreventie bij jongeren

Aan alcoholmatiging bij jongeren besteden we de komende tijd expliciete aandacht. De inzichten rondom alcoholgebruik bij jongeren zijn veranderd. Voorheen was de boodschap aan de jeugd 'verstandig leren drinken'. Nu blijkt welke desastreuze gevolgen alcohol kan hebben op de hersenontwikkeling van jongeren, is de norm : geen alcohol onder de 16 jaar en liefst ook niet onder de 18.

De gemeenten in regio Nijmegen kiezen voor een integrale regionale aanpak van alcoholpreventie met de volgende elementen:

- Consequente handhaving van de leeftijdsgrens van 16 jaar heeft prioriteit en moet in regionaal verband worden uitgevoerd om een waterbedeffect te voorkomen.
- Op het punt van bewustwording en het creëren van draagvlak zijn accenten per gemeente mogelijk.
- Accent op bewustwording bij ouders en omgeving (horeca, supermarkten, scholen, sportkantines)
- Voorlichting blijft nodig voor het draagvlak, normverandering en om maatregelen te ondersteunen.

- Een mooi voorbeeld van een combinatie van handhaving en bewustwording uit de Achterhoek is de boete- en kanskaart. Bij een alcoholovertreding leren jongeren én hun ouders wat de risico's van alcohol zijn.

Het alcoholmatigingsplan voor jongeren van de GGD/Iriszorg is opgenomen als bijlage.

4.3 Gezond blijven

Bij volwassenen gaan we er van uit dat de primaire verantwoordelijkheid van gezond blijven ligt bij de mensen zelf en hun werkgever. In het gemeentelijk beleid focussen we daarom op mensen zonder werk en medewerkers van gemeente Nijmegen. In het bijzonder voelen we ons samen met verzekeraars verantwoordelijk voor risicogroepen (lage SES) zonder betaald werk, zoals allochtone vrouwen, mensen met COPD of diabetes, uitkeringsgerechtigden en dak- en thuislozen.

Ketenaanpak actieve leefstijl

Voor risicogroepen faciliteren we samen met zorgverzekeraars wijkgerichte leefstijlprogramma's met het accent op sport & beweging. Het gaat om programma's in groepsverband gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl bij risicogroepen, zoals mensen met (dreigend) overgewicht/obesitas, diabetes, COPD, depressie en allochtone vrouwen. Van 'klacht naar kracht' is het motto van de programma's. Mensen worden doorverwezen door de huisarts vanuit de gedachte van Bewegen op recept (een interventie die is ontwikkeld door Stiom in Den Haag). Plezier staat voorop en (haalbare) doelen worden samen met de deelnemers geformuleerd. Waar nodig ondersteunen we via een gezondheids- of leefstijlmakelaar, om te beginnen in de GSO-wijken Dukenburg, Lindenholt en Neerbosch-Oost, bewonersinitiatieven en breiden we het algemene beweeg- en sportaanbod in wijken uit, zodat deelnemers van de beweegprogramma's bij uitstroom hun gezonde gedrag kunnen handhaven. Aan het algemene, laagdrempelige beweeg- en sportaanbod kunnen uiteraard ook wijkbewoners meedoen die niet eerst het beweegprogramma hebben gevolgd. Mensen worden zo met steun van andere wijkbewoners en professionals in staat worden gesteld zelf blijvend verantwoordelijkheid te nemen voor hun gezondheid.

Afhankelijk van de ervaringen en de financieringsmogelijkheden willen we het aantal lokale activiteiten via een groeimodel steeds verder uitbreiden naar meer aandachtswijken en -groepen, zodat er uiteindelijk een dekkend geheel ontstaat. Het gaat om de volgende aandachtswijken:

- krachtwijk Hatert;
- Dukenburg (Aldenhof, Meijhorst, Tolhuis, Zwanenveld en Malvert), Lindenholt (Zellersacker, Voorsten- en Gildekamp en Leuvenbroek) en Neerbosch-Oost (GSO-wijken);
- Oud-West: Biezen en Wolfskuil;
- Midden: Willemskwartier en Kolping.

De wijkgerichte ketenaanpak actieve leefstijl is uitgewerkt in het Nationaal Actieplan Sport en Beweging (NASB).

In Hatert loopt reeds het samenwerkingsproject Hatert gezonde wijk. De aanpak betreft kleine interventies in de wijk, die opgeteld een effect hebben op het algehele welbevinden van de bewoners. De interventies worden waar mogelijk aangehaakt bij de projecten van Krachtwijk Hatert. De interventies moeten aan een aantal criteria voldoen, zoals ketengericht, meetbare resultaten bij de doelgroep en multidisciplinair. Er is al gestart met een cursus stoppen met roken, een oefengroep valpreventie, een groep Bewegen en Afvallen en een groep Diabetes en Bewegen. Daarnaast is leefstijlprogramma voor mensen met COPD in voorbereiding.

Gezondheid en re-integratie

Werk en participatie hebben grote invloed op de gezondheid en gezondheidsbeleving van mensen. Mensen die niet werken en/of een uitkering ontvangen zijn veelal mensen met een lage sociaaleconomische status, waarvan de gezondheidssituatie vaak minder is. Vanuit dat oogpunt is het van belang om specifiekere aandacht te hebben voor gezondheid bij re-integratie, zeker waar gezondheidsproblemen een belemmering vormen voor de stap naar werk. Hierdoor wordt de gezondheid verbeterd maar ook de participatie verhoogd en de kans op werk vergroot. Aandacht voor gezondheid kan al bij de intake plaatsvinden, maar ook door een specifiek gezondheidsbevorderende cursus vooraf aan een re-integratietraject. Specifieke gezondheidstrajecten voor uitkeringsgerechtigden kunnen met korting worden aangeboden via de Collectieve Aanvullende Ziektekostenverzekering (CAZ) voor mensen met een minimuminkomen. Tevens is het mogelijk om

deze moeilijk bereikbare groep te bereiken door goede doorverwijzing van de re-integratiespecialist/klantmanager naar gezondheidsactiviteiten.

Daarnaast willen we binnen de schuldhulpverlening en budgetteringscursussen (extra) aandacht besteden aan de mogelijkheden voor een gezonde leefstijl met een krap budget.

In de wijk Hatert werken wij samen met bewoners en professionals aan het verbeteren van de gezondheid. Tevens wordt er de komende jaren samen met CWI en UWV gewerkt aan het verlagen van het aantal uitkeringsgerechtigden. Hierdoor zijn er verschillende mogelijkheden om in Hatert te starten met "Gezond aan het werk":

- deskundigheidsbevordering van de re-integratiespecialisten ten aanzien van gezondheid en gezondheidsproblemen (Hatert werkt);
- Doorverwijzing naar (in de buurt) activiteiten / voorzieningen / cursussen tbv gezondheidsbevordering.

Plan van aanpak medische zorg (potentiële) dak- en thuislozen

De GGD heeft samen met Iriszorg en betrokken huisartsen een analyse gemaakt van knelpunten in de (medische) zorg aan dak- en thuislozen, straatprostituees en illegalen:

- gezondheid staat niet boven aan prioriteitenlijst (teveel andere problemen);
- toegang: het afsprakensysteem werkt vaak niet goed bij deze groep, ze komen bij verschillende huisartsen (geen eigen huisarts) en ze weten vaak niet waar ze terecht kunnen; onbekendheid met recht op medisch noodzakelijke zorg (illegalen);
- wantrouwen jegens voorzieningen/instellingen;
- financiële drempels (onverzekerd zijn);
- communicatie: kost veel tijd, extra tijd nodig voor het maken van afspraken in het ziekenhuis, etc.
- naast gewone huisartsenzorg is extra aandacht nodig voor preventie (o.a. tbc, soa, hep B).
- specifieke medische problemen bij dak- en thuislozen (huidproblemen, verslavingsziekten, importziekten en infecties) vereisen specifieke deskundigheid van huisartsen.

Om ernstige gezondheidsproblemen bij deze sociaal kwetsbare groepen te voorkomen, is het nodig dat de huisartsenzorg preventief werkt bij de doelgroep sociaal kwetsbare mensen. Een werkgroep met gemeente, GGD, Iriszorg en huisartsen heeft de opdracht gekregen een antwoord te geven op de knelpunten via het opstellen van een plan van aanpak. Een mogelijk oplossingsrichting is het realiseren van laagdrempelige sociaal-medische huisartsenzorg voor sociaal kwetsbare patiënten in Nijmegen, uitgevoerd door een sociaal verpleegkundige/praktijkondersteuner met doorverwijzing naar een huisarts indien noodzakelijk.

Gemeente Nijmegen als werkgever

De gemeente Nijmegen heeft een voorbeeldfunctie als werkgever. Op dit moment wordt de gezondheid van de Nijmeegse ambtenaar op verschillende manieren bevorderd: via een aantrekkelijk aanbod van bedrijfsfitness (500 deelnemers), het lifestyleprogramma 'Op de loop voor je baas' voor 30 medewerkers (o.a. voorbereiding op 7-heuvelenloop) en een onderzoek bij de directies Stadsbedrijven en Grondgebied naar de vraag welke factoren leiden tot gezonder en/of ongezonder gedrag van de medewerkers. Tot slot is het vanaf eind 2008 mogelijk een 'health check' te laten doen, een gezondheidskeuring, voor medewerkers die 50 jaar of ouder zijn. In 2010 kan een andere groep medewerkers een beroep doen op de mogelijkheid voor een 'health check'. Medewerkers zijn zelf verantwoordelijk voor wat ze met dit advies doen.

Gemeente Nijmegen wil het gezondheidsbeleid voor haar medewerkers verder uitbouwen, zodat gezondheidsmanagement een vaste en structurele plek krijgt binnen het personeelsbeleid.

4.4 Gezond ouder worden

Gebreken komen met de jaren, maar kunnen wel worden beperkt. Om te zorgen dat ouderen zo gezond mogelijk oud worden, blijft een gezonde leefstijl tot op hoge leeftijd belangrijk. Daarom investeren we juist ook in preventie-activiteiten voor ouderen. In dit kader zijn het ZOWEL Netwerk Nijmegen en de regionale netwerken Dementie en Valpreventie van belang. ZOWEL richt zich op het verbinden van zorg en welzijn. De primaire focus van ZOWEL ligt op ouderen met complexe problemen, zogenaamde co-morbiditeit. Aanvullend hierop willen we in samenwerking met de partners binnen ZOWEL het aanbod op het terrein van gezondheidsbevordering bij de bredere groep ouderen uitbreiden. We denken met name aan extra stimulering van beweging, vermindering van

medicijngebruik, depressiepreventie en valpreventie. Het accent ligt op ouderen in aandachtswijken (allochtone ouderen en ouderen met lage SES).

4.5 Gezond wonen

Voor alle leeftijdsgroepen is het van belang in een prettige omgeving te wonen die uitnodigt tot beweging, een beweegvriendelijke omgeving met de volgende elementen:

- Voldoende en toegankelijk (ook voor mensen met beperkingen) groen, onder meer via de aanleg van ommetjes in wijken (bestaand groenbeleid);
- Trimcircuits (zie pilot Hatert);
- Beweegtuinen: fitnessapparaten in het groen (pilot in Lindenholt en Oosterhout);
- Uitbreiding/op peil houden sport- en speelplekken (bestaand beleid) inclusief natuurspeeltuinen en met aandacht voor multifunctionaliteit (om te beginnen wordt bekeken wat er mogelijk is in de Leemkuil en Brakkefort), zodat ze zoveel mogelijk ook geschikt zijn voor kinderen en jongeren met een handicap;
- Gezondheid en fietsbeleid: recreatieve fietspaden, veilige fietsroutes (naar scholen), fietspaden gescheiden van autoverkeer (veiliger, minder blootstelling aan luchtverontreiniging), fietspromotie (stedelijk).

Wijkbewoners die deelnemen aan de wijkgerichte leefstijlprogramma's zullen we enerzijds stimuleren zoveel mogelijk gebruik te maken van de voorzieningen in de leefomgeving en anderzijds betrekken bij de (her)inrichting van de leefomgeving, zodat die zo aantrekkelijk mogelijk wordt om te blijven bewegen. Ook de expertise van de begeleiders (m.n. fysiotherapeuten) zullen we hierbij gebruiken.

In het Handboek openbare ruimte wordt 'gezondheid' als randvoorwaarde opgenomen.

5 tot 10% van de ziektelast van mensen wordt veroorzaakt door milieufactoren, zoals luchtvervuiling en geluidhinder. 'Gezondheid en milieu' is een thema dat we de komende periode willen verkennen aan de hand van een pilot, waarbij we onderzoeken welke (kosten)effectieve maatregelen er mogelijk zijn om de gezondheidseffecten van milieufactoren (met name lucht en geluid) in te perken. We willen dit onderzoeken voor een bestaande situatie en voor een nieuwe ruimtelijke ontwikkeling. Het gaat dan om maatregelen die vanuit gezondheidsperspectief invulling geven aan de eisen die al vanuit de milieuwetgeving en het milieubeleid worden gesteld.

Daarnaast gaan we de gezondheidsbeleving per stadsdeel beter monitoren door bestaande onderzoeken (milieugdrags- en belevingsonderzoek, Telefonisch Leefbaarheidsonderzoek) te integreren in de Stadspeiling en in te bedden in de milieubeleidscyclus.

Uitvoeringsprogramma gezondheid 2009-2012

Actie	Uitvoeringsregie	Fasering	Financiering
Het eerste begin			
Ketenaanpak vroegsignalering	GGD	2009 plan-onwikkeling	Reguliere capaciteit
Prenatale zorg met accent op allochtonen en lage SES-groepen	pm	Vanaf 2009	Overheveling vanuit AWBZ vanaf 2009
2 à 3 vervolgconsulten voor risicokinderen van 2,5- tot 3-jaar over voeding en beweging	GGD	Vanaf 2010	Regulier takenpakket GGD
Beweegkriebels peuterspeelzalen	GGD	Vanaf 2009	NASB
Gezond naar school			
Convenant Gezonde school	Bestuur basisscholen	Afsluiten convenant 2009	- Reguliere subsidies - NASB - Programma Zorg&Welzijn
Convenant Gezonde school	Voortgezet onderwijs	Afsluiten convenant 2009	- Reguliere subsidies - NASB - Programma Zorg&Welzijn
Keuzemenu Gezonde school (BO), zoals: - Afspraken over pauze- en trakteeerbeleid - Jump in - Naschoolse sportactiviteiten - Wikken en (be)wegen - Tijd voor eten - Schooltuin - Beweegpret - Gezondheid in dagarrangementen	Bestuur basisscholen	Samenstelling keuzemenu 2009	- Reguliere subsidies - NASB - Programma Zorg&Welzijn
Keuzemenu Gezonde School (VO), zoals: - Alcoholvrije school - Gezonde schoolkantine - Sport en beweging - Preventieprogramma roken - Relationele en seksuele vorming - Maatschappelijke stages i.r.t. gezondheid	Voortgezet onderwijs	Samenstelling keuzemenu 2009	- Reguliere subsidies - NASB - Programma Zorg&Welzijn
Alcoholpreventie jongeren	GGD	Planuitwerking 1 ^e helft 2009/uitvoering vanaf sept 2009	Programma Zorg & Welzijn/ veiligheid
Gezond blijven			
Ketenaanpak actieve leefstijl/Bewegen op recept	GGD	2009-2012	NASB Zorg-verzekeraars
Wijkdialoog Dukenburg/Lindenholt	Gemeente	Februari 2009	GSO
Gezondheids-/ leefstijlmakelaar Dukenburg, Lindenholt en Neerbosch-Oost	GGD	Aanstelling 2 ^e helft 2009	GSO
Gezondheid en re-integratie	Gemeente	Vanaf 2009	reguliere budgetten
Hatert werkt en Hatert Gezond	Gemeente	Vanaf 2009	
Gezonde leefstijl in budgetteringscursussen	Gemeente	2011	reguliere budgetten
PvA medische zorg dak- en thuislozen	Gemeente	2009	pm

Gezondheidsmanagement gemeente Nijmegen	Gemeente	Door-ontwikkeling vanaf 2009	P&O
Gezond ouder worden			
Extra beweegstimulering kwetsbare ouderen	Sportservice	Door-ontwikkeling	NASB
Depressiepreventie	Zowel	Vorbereiding 2009	Reguliere subsidie GGZ
Terugdringen medicijngebruik	Zowel	Vorbereiding 2009	Programma Zorg & Welzijn
Valpreventie	Zowel	Vorbereiding 2009	Programma Zorg & Welzijn
Gezond wonen			
Opname gezondheid in Handboek openbare ruimte	Gemeente	Eind 2008	Kostenneutraal
Gezondheid randvoorwaarde in wijk-/voorzieningenplannen	Gemeente	Structureel	Planexploitatie
Gezond aanbod eten en drinken in wijkaccommodaties	Gemeente	2009	Exploitatie wijkaccommodaties
Multifunctionele speeltuinen	Gemeente	Vanaf 2009	Programma sport (speelvz)
Pilot beweegtuin in Lindenholt en sportpark Oosterhout	Gemeente	Realisatie 1 ^e helft 2009 (Lindenholt)	- Programma sport (speelvz) - 'Scoren in de wijk' - Talis
Gezondheidsbelevingsonderzoek als onderdeel van Stadspeiling	Gemeente	4-jaarlijks vanaf 2009	Regulier onderzoeks-programma gemeente
Verkennd onderzoek 'gezondheid en milieu' - (kosten)effectiviteit maatregelen	Gemeente	2009	Gemeente ism. GGD
Diversiteit			
Onderzoek gezondheidsverschillen homo- en heteroseksuelen GGD landelijk en via GGD-volwassenmonitor	GGD i.s.m. landelijke kennisinstituten	2009-2012	Regulier takenpakket GGD
Interculturalisatie GGD	GGD	Vanaf 2009	GR GGD
Interculturalisatie instellingen	Varieert	Structureel	Reguliere subsidies
Depressiepreventie allochtonen	pm	Plan van aanpak 2009	Programma Zorg&Welzijn
Betrekken allochtone organisaties bij gezondheidsactiviteiten	Varieert	- Bijeenkomst zomer 2009 (vervolg op 6 oktober 2008) - Structureel	- Reguliere subsidies - Programma Zorg&Welzijn - Programma Integratie& Participatie
Monitoring			
Monitoring doelstellingen via - GGD-monitors	Gemeente	Periodiek	Regulier takenpakket GGD
Effectonderzoek per interventie	Gemeente	2009 Onderzoeks-pilot Hatert Vanaf 2010 ism. Academische	pm

		werkplaats	
--	--	------------	--

Een belangrijk deel van de nieuwe activiteiten in het uitvoeringsprogramma worden mogelijk gemaakt via het Nationaal Actieplan Sport en Bewegin (NASB).

Bijlagen

1. Samenstelling begeleidingsgroep
2. Evaluatie van de nota Lokaal Gezondheidsbeleid Nijmegen 2004
3. Typen preventie
4. Matrix thema's en doelgroepen
5. Overzicht gezondheidsverschillen
6. Overzicht lopende activiteiten en projecten
7. Bronnen
8. Projectplan Alcoholpreventie jongeren regio Nijmegen
9. NASB-plan

1. Samenstelling begeleidingsgroep lokaal gezondheidsbeleid

- GGD regio Nijmegen - Roel Hazelaar
- Basisonderwijs - Joop Haverkort (Conexus)
- Voortgezet onderwijs - Peter Steinmetz (Alliantie)
- Huisartsenkring Nijmegen e.o.: Fifi Groenendijk, Wim van Beurden en Brigit Jansen
- SWON - Nancy Stensen
- Inter-lokaal - Hatice Bölek
- Tandem - Paul Jeurens
- Iriszorg - Tamara Baert

2. Evaluatie nota lokaal gezondheidsbeleid 2004

1. Inleiding

Alle gemeenten in Nederland hebben in 2004 voor de eerste keer op basis van de WCPV een nota lokaal gezondheidsbeleid moeten schrijven. De nota is destijds tot stand gekomen door allereerst de hoofdlijnen van het beleid uit te zetten. Er zijn rondetafelgesprekken gehouden met deskundigen uit het beroepsveld van de gezondheidszorg. De bevindingen uit de ronde tafelgesprekken zijn verwerkt in de nota Lokaal gezondheidsbeleid Nijmegen. In die nota zijn 7 uitvoeringsprogramma's aangekondigd:

1. Voorbereiding op de invoering van de WMO
2. Invulling maatwerkdeel JGZ
3. Nijmeegs model voor wikken en bewegen
4. Onderzoek naar gezondheid
5. OGGZ
6. Eerstelijnszorg
7. Sociaaleconomische gezondheidsverschillen

De meeste uitvoeringsprogramma's (behalve eerstelijnszorg) zijn alle door Nijmegen ter hand genomen, sommige via de WMO. Dit met de aantekening dat in de meeste gevallen vooraf niet gewenste maatschappelijke resultaten zijn geformuleerd en dus ook niet altijd bekend is in hoeverre over hieraan is bijgedragen.

2. Uitvoeringsprogramma's 2004

De eerste nota lokaal gezondheidsbeleid werd gezien als een belangrijke stap in het oppakken van de gemeentelijke regierol in het lokale gezondheidsbeleid. Aan de hand van de 7 uitvoeringsprogramma's is hier uitvoering aangegeven.

1. Voorbereiding op en invoering van de Wmo

Dit uitvoeringsprogramma was erop gericht om een start te maken met de voorbereiding van het invoeringstraject van de Wmo. De Wmo is uiteindelijk op 1 januari 2007 in werking getreden. In 2005 heeft het gemeentebestuur ter voorbereiding op de Wmo een strategisch kader vastgesteld, gevolgd door een beleidsplan voor respectievelijk de prestatievelden 1-5 (2007) en 7-9 (2006). Inmiddels heeft de gemeenteraad ook het Wmo-bestedingsvoorstel vastgesteld, waarmee nadere invulling is gegeven aan het vastgestelde beleid. Het is de bedoeling om een nieuw Wmo-beleidsplan vast te stellen voor de periode 2009 e.v.

2. Invulling maatwerkdeel jeugdgezondheidszorg

In dit uitvoeringsprogramma werd aangegeven dat de gemeente beperkte middelen van het rijk krijgt om jeugdgezondheidszorg-producten op maat in te kopen. Het maatwerkpakket dient afgestemd te zijn op gesignaleerde zorgbehoeften van groepen kinderen in de gemeente. Regiogemeenten streefden er naar om met ingang van 2005 een pakket op maat in te kopen bij de GGD. Het maatwerkdeel heeft inmiddels invulling gekregen. Het grootste gedeelte van het budget in Nijmegen gaat naar extra inzet in de aandachtswijken, namelijk naar de formatie-uren op consultatiebureaus. Samen met de GGD bereiden wij in 2008 een voorstel voor welke maatwerkproducten vanaf 2009 door ons zullen worden afgenomen. De inzet is om de maatwerkproducten de komende jaren beter af te stemmen op de gesignaleerde zorgbehoefte. Met het oog op de sluitende aanpak voor 0-4 jarigen is via het Wmo-bestedingsvoorstel toepassing van het screeningsinstrument KIPPI en het 2,5-jarig mogelijk gemaakt.

3. Nijmeegs model voor wikken en bewegen

Het doel voor dit uitvoeringsprogramma was het overgewicht bij kinderen een halt toe te roepen. Het project "wikken en bewegen" maakt deel uit van de BOS-projecten (buurt, onderwijs en sport), ook wat betreft de financiering. In 2005 en 2006 hebben 3 scholen (4 locaties) met de methodiek gewerkt. In 2006 zijn totaal 613 leerlingen bereikt, dit is de gehele populatie van die scholen. Meer dan de helft van de leerlingen zegt het eigen leefpatroon te hebben veranderd naar aanleiding van het project. Het huidige project zal op 31 december 2008 aflopen.

4. Onderzoek naar gezondheid

De inzet van dit programma was tweeledig: enerzijds het maken van een inventarisatie van alle bestaande gezondheidsonderzoeken (GGD, RU, gemeente) en een specifiek onderzoeksprogramma voor gezondheid. Het doel hiervan was om informatie te hebben over de gezondheid van de Nijmeegse bevolking. De GGD voert 4-jarlijks een gezondheidsmonitor per doelgroep: jongeren (E-Movo), ouderen en volwassenen. Daarnaast zijn er beperkte gezondheidsvragen in de stadspelling opgenomen. Op basis hiervan en op basis van aanvullende bronnen stelt de GGD eenmaal per vier jaar een gezondheidsprofiel op.

5. Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ)

Dit uitvoeringsprogramma was bedoeld om de gemeentelijke regierol een betere invulling te geven door een beleidsplan OGGZ voor de jaren erna op te stellen. Dit onderwerp maakt nu deel uit van het Wmo beleidsplan voor prestatievelden 7, 8 en 9. Concreet heeft de regierol vorm gekregen via het platform OGGZ (sinds kort regie-overleg OGGZ), het Meldpunt Bemoeizorg en het wijkteam multiprobleem-huishoudens.

6. Eerstelijnszorg

Voornemen was te komen tot een actieplan eerstelijnsgezondheidszorg met het doel het in kaart brengen van tekorten in de komende 15 jaar en het opstellen van wijkgerichte actieplannen. In overleg met de zorgverzekeraar is hier van afgezien, omdat:

1. er door de verzekeraar en de gemeente geen grote knelpunten worden gesignaleerd;
2. er door invoering van nieuw zorgstelsel het nodige veranderde en alle energie en tijd daarvoor nodig was bij verzekeraars en zorgaanbieders.

Er zijn, de Waalsprong uitgezonderd, geen knelpunten bekend op het gebied van eerstelijnszorg. We zijn met het Platform Eerstelijnsgezondheidszorg Waalsprong overeengekomen dat de eerstelijnszorg geconcentreerd wordt in enkele gezondheidscentra. Een knelpunt is dat financieel gezien een gezondheidscentrum gerealiseerd kan worden, wanneer in de wijk waar het centrum voor bedoeld is alle woningen gereed zijn, maar dat er wel eerstelijnsvoorzieningen moeten zijn zodra de eerste huizen zijn gerealiseerd. Voor het nog te realiseren gezondheidscentrum voor de Citadel en Woenderskamp is met betrokken partijen (zorgaanbieders en zorgverzekeraar) naar een oplossing gezocht.

7. Sociaaleconomische gezondheidsverschillen

Op basis van een nadere analyse van de gezondheidsverschillen tussen wijken zou er een integrale aanpak worden ontwikkeld. Naar aanleiding van de presentatie van het gezondheidsprofiel van Nijmegen in 2007 is het project Hatert gestart met als doel de gezondheidssituatie te verbeteren met interventies die meetbaar zijn.

3. Typen preventie en verantwoordelijkheid gemeenten

Tot voor kort was het gangbaar om het thema preventie in te delen naar primaire, secundaire en tertiaire preventie. Een veel gebruikte indeling van preventie is die naar primaire, secundaire en tertiaire preventie. Onder primaire preventie vallen activiteiten die voorkómen dat een bepaald gezondheidsprobleem, ziekte of ongeval ontstaat. Bij secundaire preventie worden ziekten of afwijkingen in een vroeg stadium opgespoord. De ziekte of afwijking kan daardoor eerder worden behandeld, zodat de zieke eerder geneest of de ziekte niet erger wordt. De doelgroep bestaat uit personen die ziek zijn, een verhoogd risico lopen of een bepaalde genetische aanleg hebben. Bij tertiaire preventie (valt vaak onder de zorg) worden complicaties en ziekteverergering voorkomen. Ook gaat het er hier om mensen, bij wie een ziekte al is vastgesteld, zelfredzamer te maken. Zo is tertiare preventie van diabetes gericht op het optimaal behandelen van bekende diabetespatiënten om zo complicaties te voorkómen of uit te stellen

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg heeft recent een nieuwe definitie ingevoerd, die nu in Nederland breed wordt gebruikt:

- universele preventie: gericht op de gehele bevolking of algemene doelgroepen (collectief);
- selectieve preventie: gericht op groepen met verhoogd risico (collectief);
- geïndiceerde preventie: gericht op personen met een verhoogd risico (individueel);
- zorg-gerelateerde preventie: gericht op personen met als doel het reduceren van ziektelast, het voorkomen van erger, goede zorg en vermijden van complicaties (individueel).

In de Wet Publieke Gezondheid die op 1 december 2008 van kracht is geworden en die in de plaats komt van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, de Infectieziektewet en de Quarantainewet, zijn de taken en verantwoordelijkheden van de gemeenten vastgelegd. Deze taken beslaan vier terreinen: publieke gezondheidszorg, jeugdgezondheidszorg, ouderengezondheidszorg en infectieziektebestrijding.

Publieke gezondheidszorg

- a. Het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking;
- b. het elke vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid, op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens over deze gezondheidssituatie;
- c. het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;
- d. het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van programma's voor gezondheidsbevordering;
- e. het bevorderen van medisch milieukundige zorg;
- f. het bevorderen van technische hygiënezorg;
- g. het bevorderen van psychosociale hulp bij rampen.

Jeugdgezondheidszorg

- a. Het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
- b. het ramen van de behoefte aan zorg;
- c. de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma;
- d. het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- e. het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

Ouderengezondheidszorg

- a. het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
- b. het ramen van de behoeften aan zorg;
- c. de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen als comorbiditeit;
- d. het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- e. het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

Infectieziektenbestrijding

1. Algemene infectieziektebestrijding:
 - a. het nemen van algemene preventieve maatregelen op dit gebied;

- b. het bestrijden van tuberculose en seksueel overdraagbare aandoeningen, inclusief bron- en contactopsporing;
 - c. bron- en contactopsporing bij vermoeden van epidemieën van infectieziekten
2. De burgemeester geeft leiding aan de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte (met uitzondering van infectie ziekte behorend tot groep A), alsook de directe voorbereiding daarop en draagt zorg voor de toepassing van maatregelen.

4. Matrix specifieke doelgroepen per gezondheidsthema

Groepen	Bewoners met lage SES	Kinderen (bo)	Jongeren (vo)	Allochtonen	Ouderen	Homo-seksuelen	(Potentieel) dak- en thuislozen
Overgewicht - voeding en beweging	x	x	x	x	x		
Alcoholpreventie			x		x		
Roken	x		x				
Depressiepreventie			x	x	x	x	
Milieu en gezondheid							
Toegankelijkheid voorzieningen/ diversiteitsbeleid			x	x		x	x
Seksuele gezondheid/ preventie SOA's			x			x	x

5. Gezondheidsverschillen naar opleiding, wijk en leeftijd

Stadspeiling 2003, 2005 en 2007

	laag-/middelbaar opgeleid	hoogopgeleid
ernstig overgewicht (2005)	15%	3%
matig overgewicht (2005)	34%	24%
lichamelijk weinig actief (2003)	21%	19%
sport wekelijks (2007)	42%	66%
eet minder dan 3 dagen per week fruit (2003)	31%	25%
eet minder dan 3 dagen per week groente (2003)	6%	3%
rookt (2005)	35%	21%
heeft in laatste 3 maanden huisarts bezocht (2005)	52%	36%
heeft in laatste 12 maanden specialist bezocht of in ziekenhuis gelegen (2005)	32%	23%
voelt zich in het algemeen matig/slecht gezond (2007)	12%	4%
voelde zich in laatste 3 maanden meestal lichamelijk niet gezond (2007)	20%	10%
voelde zich in laatste 3 maanden meestal niet gelukkig (2007)	10%	6%

	aandachts- gebieden	overige gebieden
ernstig overgewicht (2005)	13%	6%
matig overgewicht (2005)	31%	27%
sport wekelijks (2007)	47%	62%
rookt (2005)	32%	25%
heeft in laatste 3 maanden huisarts bezocht (2005)	46%	42%
heeft in laatste 12 maanden specialist bezocht of in ziekenhuis gelegen (2005)	28%	27%
voelt zich in het algemeen matig/slecht gezond (2007)	10%	5%
voelde zich in laatste 3 maanden meestal lichamelijk niet gezond (2007)	18%	11%
voelde zich in laatste 3 maanden meestal niet gelukkig (2007)	10%	5%

	18-34	35-49	50+
ernstig overgewicht (2005)	4%	8%	14%
matig overgewicht (2005)	16%	29%	39%
sport wekelijks (2007)	64%	53%	49%
rookt (2005)	27%	30%	27%
heeft in laatste 3 maanden huisarts bezocht (2005)	33%	40%	56%
heeft in laatste 12 maanden specialist bezocht of in ziekenhuis gelegen (2005)	21%	23%	37%
voelt zich in het algemeen matig/slecht gezond (2007)	3%	6%	13%
voelde zich in laatste 3 maanden meestal lichamelijk niet gezond (2007)	10%	14%	20%
voelde zich in laatste 3 maanden meestal niet gelukkig (2007)	6%	9%	8%

6. Lopend beleid, activiteiten en voorzieningen gezondheidsbevordering

Beleid/voorziening/ activiteit	Doelstelling	Omschrijving	Partners
0-4 jarigen			
Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar / Consultatiebureau	Volgen (soc.) gezondheid kind; inenting	8 consulten 1 ^e jaar 2 consulten 2 ^e jaar Vanaf 2 jaar: 1x per jaar	GGD, Kinderopvang, jeugdzorg, huisartsen
2,5 jaar-consult	Betere onderkenning psychosociale en pedagogische problematiek	Extra consult consultatiebureau op cruciale leeftijd van 2,5 jaar	GGD, Kinderopvang, jeugdzorg, huisartsen
Zuigelingenhuisbezoek	Inschatting behoefte aan opvoedingsondersteuning o.a. wat betreft roken en voeding	Huisbezoek binnen 14 dagen na geboorte; start met anticiperende voorlichting; ca. 1.500 per jaar	GGD, kinderopvang, jeugdzorg, huisartsen
Extra jgz 0-4 jaar in attentiewijken	Beperking sociale problematiek kwetsbare gezinnen	Meer tijd consultatiebureau voor kwetsbare gezinnen	GGD, kinderopvang, jeugdzorg, huisartsen
Huisbezoek op indicatie	Opvoedingsondersteuning	Huisbezoek sociaal verpleegkundige om opvoedkundige vragen te beantwoorden; 1.600 tot 1.800 per jaar	GGD, kinderopvang, jeugdzorg, huisartsen
Kijk op kleintjes	Sluitend zorgaanbod 0-4 jarigen, vergroten bereik	Bespreking risicogezinnen in multidisciplinaire teams, themabijeenkomsten voor ouders, licht pedagogische hulp	GGD, kinderopvang jeugdzorg, huisartsen, Tandem, NIM
KIPPI - Kort Instrument Psychologische en Pedagogische Probleeminventarisatie	Vroegtijdige onderkenning risicosituaties	Bespreking ingevulde vragenlijst met ouders	GGD, kinderopvang, jeugdzorg, huisartsen
4-18 jarigen			
(Be)weegpret	Gewichtsvermindering bij kinderen met obesitas van 4-7 jaar	Integraal programma voeding en bewegin	Gezondheidscentrum Lindholt/kinderfysioth erapeut, diëtist, GGD, psycholoog, huisarts
Jeugdgezondheids-zorg 4-19-jarigen	Bevordering lich. en geestelijke gezondheid van kinderen	Standaard contactmomenten via scholen, consulten op indicatie, spreekuren, tel. advisering	GGGD, scholen
Pilot Gezonde school	Algemene gezondheidsbevordering jongeren	Integraal gezondheidsplan op maat per school (veilig schoolklimaat, ouderparticipatie, voeding, sport, etc.)	GGD, 2 pilots VO (Domicuscollege en Citadel)
Bevordering mondgezondheid 0-19 jarigen	Zo gezond mogelijk gebit bij kinderen en jongeren	Leskisten voor diverse doelgroepen voor scholen, peuterspeelzalen en kinderopvang	GGD, BO, VO, peuterspeelzalen, kinderopvang, HAN
Buitenschoolw Bewegen	Meer beweging, terugdringen overgewicht	Sport en spel tijdens BSO	KION, BO, ROC (inzet stagiaires)
School en hulp	Vroegtijdige en integrale hulp aan risicokinderen- /jongeren	Diagnose, advisering en multidisciplinaire bespreking	GGD, BO, VO, NIM, jeugdzorg, Marant
Wikken en (be)wegen	Voorkomen en terugdringen van	Ouderbijeenkomsten, presentatie ouderraad,	GGD, BO (20 scholen), diëtetiek ZZG,

	overgewicht; stimuleren dagelijkse beweging	leskisten, training leerkrachten ('de klas beweegt'), signaleringsprotocol, individuele begeleidingsgesprekken (bij overgewicht)	Sportservice gemeente, Maartenskliniek, peuterspeelzalen
Combinatiefuncties Onderwijs en sport	- de samenwerking tussen scholen en sportverenigingen intensiveren; - de sportverenigingen versterken; - het dagelijkse sport- en beweegaanbod stimuleren.	Aanstelling 12 combinatiefunctionarissen, waarvan 11 op het gebied van sport	Sportservice, BO en VMBO-afdelingen in Dukenburg, Lindenholt, Hatert en West
Preventieprogramma roken/drinken!	Voorkomen dat jongeren gaan roken en het moment uitstellen waarop jongeren voor het eerst alcohol drinken	Lesprogramma's	Iriszorg, BO (ca. 70), VO (ca. 10)
SENSE-spreekuur	Voorkomen ongewenste zwangerschappen en verminderen seksualiteitsproblemen	Hulpverlening op het terrein van seksualiteit aan jongeren	GGD, min. VWS
VO en homoseksualiteit	Grotere acceptatie van homoseksualiteit en vergroting sociale veiligheid van leerlingen en docenten	Interactief theater, beleidsondersteuning, voorlichting	GGD, VO, COC, Marant, Dito
Relationele en seksuele vorming	Voorkomen SOA's en tienerzwangerschappen bij jongeren 12-19 jaar	Voorlichting in klassen/programma Lang leve de liefde	GGD, VO (ca. 15)
Beleidsnotitie 'Van buiten spelen naar buiten sporten' 2007- 2010	Stimulering beweging en sporten door jongeren via een goede infrastructuur voor sport- en ontmoetingsplekken	Norm: per 100 jongeren 1 sportplek	Bewonersorganisaties
Beleidsnotitie 'Kom je buiten spelen' 2007 - 2010	Optimale lichamelijke, geestelijke en sociale ontwikkeling kinderen via een goede en veilige speelinfrastructuur afgestemd op de behoefte	Investerings- en onderhoudsprogramma voor speelplekken om de norm 1,5 speelplek per 100 kinderen te bereiken	Bewonersorganisaties
Sportnota 2007-2010 'Verbinden, versterken ... Bruggen bouwen in de sport'	O.a.: - 26 basisscholen met vakdocent; - 56% allochtone leerlingen PO is lid sportvereniging	O.a.: samenwerking scholen en sportverenigingen en sportstimulering allochtone jeugd.	Sportservice, BO, VO, sportverenigingen, etc.
Sportactiviteiten jongerencentrum Horizon	Bevordering participatie en gezondheid	Fitness, voetbal, paintball en zelfverdediging; wekelijks een groep van 15 à 20 jongeren	Inter-lokaal
Sport en dans Meideninloophuis Hatert	Vergroting zelfbewustzijn	Wekelijkse sportactiviteit, thai boxen en dans	Inter-lokaal

Volwassenen			
Beweeggroep Annastraat	Gezonder eten en het verhogen van de bewegingsactiviteit als interventie voor het verbeteren van gezondheid. Doelgroep dames met overgewicht, autochtoon en allochtoon	gedragsverandering teweeg brengen bij de doelgroep op gebied van bewegen en gezond eten door een combinatie van interventies. (training, coaching, instructie, voorlichting)	Huisartsen, POH, cesartherapeute, diëtiste
BAH (bewegen en afvallen in Hatert)	Vergelijkbare doelstelling als hierboven Doelgroep: mensen met overgewicht uit Hatert, die qua gezondheidstoestand en motivatie geschikt zijn om deel te nemen aan het programma	Zie hierboven	Fysiotherapie en huisartsen Hatert, diëtiste
Diabeten in beweging	Doelgroep: diabetespatiënten uit de populatie van MCOW die behalve diabetes nog kampen met andere aandoening(-en) of beperkingen, zoals reuma, artrose, knieprothese, spondylodese, hartfalen, die tot dan toe geen positieve ervaringen hebben met bewegen.	Zie hierboven De gewenste gedragsverandering bestaat eruit dat men gaat kiezen om deel te nemen aan een sportactiviteit dan wel op individueel niveau meer gaat bewegen in het dagelijkse leven. De gewenste verandering m.b.t. gezonde voeding bestaat uit het inzicht krijgen in gezonde en ongezonde eetgewoontes, kunnen veranderen van eigen eetgewoontes en daadwerkelijk 1 ongezonde eetgewoonte veranderd hebben na afloop van het programma	Med. Centrum Oud-West/cesartherapeut en diëtiste
Diabeten sportief	Doelgroep: diabetespatiënten uit de populatie van MCOW die weliswaar fysiek in staat zijn om te komen tot een behoorlijk intensief bewegingspatroon maar daar om diverse redenen niet toe komen.	Zie hierboven De gewenste gedragsverandering bestaat uit: zeer regelmatig , gematigd intensief bewegen inpassen in het dagelijks leven. De gewenste verandering m.b.t. gezonde voeding zie hierboven.	Med. Centrum Oud-West/cesartherapeut en diëtiste
Beweeggroepen allochtone vrouwen Heseveld.			Huisartsen en fysiotherapeuten
Nijmegen Duurzaam Gezond	Bevordering gezonde en duurzame voeding	Visie/aanbevelingen op stimulering van gezonde en streekgebonden voeding	Particulier initiatief van de groep 'Nijmegen duurzaam gezond'
Ouderen			
Beweegwijzer 50+	Sport- en beweegstimulering ouderen	Overzicht van mogelijkheden voor sport en beweging door ouderen	Sportservice, sportorganisaties, SWON

Meer bewegen voor ouderen	Zoveel mogelijk ouderen gaan sporten/bewegen	Wijkgericht voorlichtings- en bewegingsprogramma/10 bijeenkomsten	Sportservice
ZOWEL NN	Meerwaarde voor kwetsbare ouderen met complexe problematiek/ innovatie en integratie van gezondheids- en welzijnszorg, vanuit wensen en behoeften van ouderen en hun mantelzorgers.	- Zorg en welzijn-informatiepas - Zorgtrajectbegeleiding - Geïntegreerde 1 ^e -lijnszorg	Ziekenhuizen, UMC Radboud, HAN, zorginstellingen, huisartsen, welzijnsorganisaties, apotheken, belangenorganisaties
Regionaal valpreventie netwerk Nijmegen	Voorkomen dat ouderen (opnieuw) vallen/ bang zijn om (opnieuw) te vallen	- Cursussen - Zorg en behandeling - PR Consument & Veiligheid	UMC Radboud, CWZ, Maartenskliniek, GGZ, ZZG, SWON, Zorgbelang Gelderland, Huisartsenkring
Regionaal netwerk dementie			
Bijzondere groepen			
Sportwijzer Aangepast sporten	Sportstimulering mensen met een beperking	Overzicht van mogelijkheden voor aangepast sporten bij sportverenigingen, sportcentra, zwembaden, fysiotherapeuten, etc.	Sportservice, sportorganisaties, PGN
Allochtone zorgconsulenten	- Hoger aantal geslaagde doorverwijzingen; - toegenomen inzicht van de huisarts over de wijze waarop allochtone patiënten omgaan met ziekte; - verminderd bezoek aan de huisarts van allochtone patiënten.	1 Turkse consulent, 2 consulenten in opleiding	Gezondheidscentrum Lindenholt, Huisartsenkring, Zorginstellingen, Inter-lokaal
Bewegen op muziek allochtone vrouwen	Bevordering beweging en gezondheid	Bewegingsactiviteit	IVC
Fietslessen allochtone vrouwen	Leren fietsen, meer bewegen en vergroting participatie	Fietsles	IVC
Fietsvriendinnenproject	Bevordering participatie	Samen fietsen	IVC
Marikenwandeling	Bevordering beweging, gezondheid en participatie	Tijdens Marikenloop wandelen allochtone vrouwen 5 km; ze doorkruisen de routen van de Marikenloop	IVC
Onderzoek gezondheid homoseksuelen	Inzicht in gezondheidssituatie homoseksuelen	Interviews, deskresearch	Adviescommissie homo-/lesbisch beleid HAN-studenten (uitvoering onderzoek)
Project vermindering middelengebruik Dukenburg/Lindenholt	Terugdringen gebruik rustgevendende middelen (seresta, valium) bij met name ouderen	Nagaan noodzaak middelengebruik, begeleiding bij afbouw	Huisartsen en apotheken
Meldpunt Bijzondere zorg	Overlast beperken en kwaliteit van leven verbeteren	Trajectbegeleiding en advisering intermediairen	GGD, woningcorporaties, zorg- en welzijnsinstellingen

OGGZ-gevalsbehandeling vervuiling	Aanpak van vervuiling van huishoudens	Trajectbegeleiding en schoonmaak woningen	GGD, woningcorporaties, zorg- en welzijnsinstellingen
Regie-overleg OGGZ	Optimale afstemming op beleidsniveau	Overleg	Provincie Gelderland, zorgkantoor, zorgverzekeraars
Management- overleg OGGZ-zorg	Optimale afstemming	Overleg	Zorginstellingen
Preventie SOA bij risicogroepen	Voorkomen SOA	Preventieactiviteiten op locatie (horeca, sauna's, Radboud, tippelzone)	GGD
Depressiepreventie			
Collectieve preventie GGZ Nijmegen	Kennisvergroting over en tijdig opsporen van psychische aandoeningen	Voorlichtingsbijeenkomsten en cursussen voor gehele bevolking, professionals, familieleden, mantelzorgers en vrijwilligers	GGZ, huisartsen
Cursusaanbod afd. preventie GGZ Nijmegen	- Voorkomen dat mensen psychische problemen ontwikkelen - Kwaliteit van leven vergroten - Draagkracht ontwikkelen	circa 20 cursussen in groepsverband voor de risicogroepen, familie, vrienden en intermediairs	GGZ, diverse welzijns- en zorginstellingen
Wijkgerichte aanpak			
Centrum voor Jeugd en Gezin	Laagdrempelige voorziening voor opvoeden en opgroevraagstukken		JGZ, scholen, BJZ, Tandem, NIM
Aanpak multiprobleem huishoudens	Integrale aanpak multiprobleem huishoudens	Wijkteams: een doorzettingsmacht van diverse instellingen onder regie van een wijkteamregisseur om problemen achter de voordeur te helpen oplossen	Zorginstellingen, woningcorporaties, politie
Kookcursus Oud-West	Ontmoeting en integratie Milieuvriendelijk koken Gezond en goedkoop koken	2 groepen van 15 bewoners koken 2 ochtenden in de wijk samen	Tandem
Hatert Gezonde wijk	Verkleinen verschil tussen de gemiddelde gezondheidscijfers Hatert en Nijmegen (einddoel)	Wijkgerichte gezondheidsaanpak inclusief monitoring	Bewoners(organisaties, huisartsen, GGD, RU, Tandem
Onderzoek en evaluatie			
Health Valley	Koppeling kennis, innovatie en netwerkontwikkeling	Kennisnetwerk medische en zorgsector	Ontwikkelingsmaatschappij Oost-Nederland, Bedrijven, kennisinstellingen, provincie Gelderland, EU, gemeenten Nijmegen en Arnhem
Academische werkplaats	Optimaliseren en operationaliseren kennis of infectieziekte bestrijding	Initiëren van onderzoek, gebruik bewezen methoden, verbeteren communicatie	ZONMW,GGD, Radboud
Gezondheidsmonitoren	Inzicht in de lokale gezondheidssituatie	4-jaarlijks opstellen gezondheidsprofielen kinderen, jongeren,	GGD

		ouderen en volwassenen	
Bestrijding infectieziekten			
Preventie infectieziekten (m.n. TBC en SOA)	Voorkomen infectieziekten		GGD, zieken-/verpleeghuizen, RU, huisartsen, GHOR, RIVM
Reizigersadvies en -vaccins	Beperking infectierisico in het buitenland		GGD, ziekenhuizen, huisartsen, apotheken
Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker	Tijdige onderkenning baarmoederhalskanker		Hulpverleningsdienst Gelderland Midden, GGD, St. Baarmoederhalskanker
Milieu en gezondheid			
Frisse scholen	Verbetering binnenklimaat scholen	Onderzoek binnenmilieu scholen	GGD
Advisering over invloed milieu op gezondheid	Voorkomen gezondheidsschade als gevolg van milieufactoren		GGD, RIVM, GHOR
Milieuprogramma Nijmegen-West Weurt	Verbetering milieukwaliteit Nijmegen-West Weurt	Integraal pakket milieumaatregelen	Provincie Gelderland, gemeente Beuningen, bedrijven, bewoners- en milieuorganisaties,
Milieugedrags- en belevingsonderzoek	Inzicht in houding, gedrag en beleving ten aanzien van milieuaspecten	5-jaarlijks onderzoek/enquête onder Nijmeegse bevolking	Gemeente Nijmegen

7. Bronnen

- Kwaliteit van leven, TNO 2005
- Ouderenmonitor, GGD regio Nijmegen 2005
- Gezondheidsprofiel, GGD regio Nijmegen 2007
- Emovo - jongerenonderzoek, GGD regio Nijmegen 2007/2008.
- GGD-onderzoek overgewicht, GGD regio Nijmegen 2005
- Stadspeiling 2003,2005 en 2007, O&S gemeente Nijmegen.
- Jeugdmonitor 2003 en 2007, O&S gemeente Nijmegen
- CBS, Trimbos Instituut (landelijke gezondheidscijfers)
- Doelgroepen Stedelijk Kompas, Inventarisatie regio Nijmegen en Rivierenland, O&S gemeente Nijmegen 2008
- Presentatie Joop ten Dam, VU-Windesheim/NIGZ 2008
- STIVORO, TNS NIPO-enquetes naar roken onder volwassenen 2006

- Verslag bijeenkomst Alcoholpreventie 19 juni 2008
- Verslag overleg met adviescommissie Homo/lesbisch beleid 19 juni 2008
- Verslag/presentaties bijeenkomst Ouderen en gezondheid 17 september 2008
- Ideeën/presentaties bijeenkomst Overgewicht 22 september 2008
- Verslag/ideeën/presentaties bijeenkomst Gezondheidsverschillen/wijkgerichte aanpak 24 september 2008
- Verslag/presentaties bijeenkomst Allochtonen en gezondheid 6 oktober 2008