

Registratienummer : 12INT00082
Auteur : D. Docter
Datum : 16 januari 2012
Onderwerp : Nota Gezondheidsbeleid 2012-2014

Gezond Verbinden

Regionale Nota Gezondheidsbeleid 2012-2014

Regio Arnhem

**Gemeenten:
Arnhem, Doesburg, Duiven, Lingewaard, Renkum, Rheden,
Rozendaal, Rijnwaarden, Overbetuwe, Westervoort, Zevenaar**

30 juni 2011

Inhoudsopgave

1.	Samenvatting.....	2
2.	Inleiding	3
2.1	Nota gemeentelijk gezondheidsbeleid.....	3
2.2	Voortzetting huidig beleid is uitgangspunt.....	4
3.	Openbare gezondheidszorg	5
3.1	Wat is gezondheid	5
3.2	Deelterreinen gezondheidsbeleid	5
3.3	Wettelijk kader	6
3.4	Preventiecyclus in de Wet publieke gezondheid	7
3.5	Partners op het gebied van gezondheidszorg.....	8
3.6	Terugblik nota 2008-2011 “Geniet! Eet en drink met mate”	9
4.	Hoe gezond is de regio Arnhem.....	10
4.1	De stand van zaken	10
4.2	Monitoring	10
4.3	Gezondheidsrisico's	11
5.	Regionale ambitie 2012-2014	13
5.1	Algemene taken publieke gezondheidszorg.....	13
5.1.1	<i>Onderlinge afstemming collectieve preventie en curatieve zorg</i>	13
5.1.2	<i>Inzicht lokale gezondheidssituatie bevolking</i>	14
5.1.3	<i>Gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen</i>	15
5.1.4	<i>Medisch-milieukundige zorg, technische hygiënezorg en PSHOR</i>	16
5.1.5	<i>In stand houden van een gemeentelijke gezondheidsdienst</i>	16
5.1.6	<i>Bijdragen aan programma's voor preventie en gezondheidsbevordering</i>	16
5.1.6.1	<i>Overgewicht jeugd (speerpunt 1)</i>	17
5.1.6.2	<i>Alcoholgebruik jeugd (speerpunt 2)</i>	19
5.1.6.3	<i>Psychische gezondheid jeugd (speerpunt 3)</i>	20
5.1.6.4	<i>Psychische gezondheid volwassenen (speerpunt 4)</i>	21
5.1.6.5	<i>Seksuele gezondheid jongeren (speerpunt 5)</i>	23
5.2	Jeugdgezondheidszorg	25
5.3	Infectieziektebestrijding	26
5.4	Ouderengezondheidszorg (speerpunt 6).....	26
6.	Financiën	30
7.	Communicatie.....	32
Bijlage 1	Samenvatting regionale Raadsconferentie.....	34
Bijlage 2	Wettelijke taken.....	35
Bijlage 3	Evaluatie beleidsperiode 2008-2011	39
Bijlage 4	Meest opvallende punten uit de monitors	47
	<i>E-MOVO (2007)</i>	47
	<i>Monitor Volwassenen (2008)</i>	47
	<i>Kindermonitor (2009)</i>	47
	<i>Ouderenmonitor (2010)</i>	48
	<i>Overgewichtgegevens per gemeente (maart 2011)</i>	49

De nota kwam tot stand met medewerking van de regiogemeenten, VGGM en STMG

1. Samenvatting

De elf gemeenten in de regio Arnhem¹ sloegen een aantal jaren geleden de handen ineen en stelden een gezamenlijke regionale nota gezondheidsbeleid vast (nota volksgezondheid "Geniet! Eet en drink met mate(n)" 2008-2011). Die nota loopt tot en met 31 december 2011.

Voor u ligt de nieuwe nota die zal gelden van 1 januari 2012 tot en met 31 december 2014. In deze nota worden de speerpunten en regionale ambities uitgewerkt. Hierbij wordt aangegeven wat het regionaal bestaande beleid is wat wordt voortgezet en wat lokaal nog uitgewerkt kan worden (handreikingen voor lokaal beleid). De gemeenten hebben keuzevrijheid in de manier waarop invulling wordt gegeven aan de regionale ambitie. Uitgangspunt de komende jaren is de doorontwikkeling van de huidige speerpunten (overgewicht, alcoholgebruik en psychische problematiek, met als doelgroep Jeugd). Daarnaast worden er drie nieuwe speerpunten benoemd:

- psychische gezondheid volwassenen
- seksuele gezondheid jongeren
- ouderengezondheidszorg

De gemeenten zullen bij de lokale uitvoering van het beleid zoveel mogelijk gebruik maken van de bestaande structuren (zoals het CJG) en verbindingen leggen met aanpalende beleidsterreinen (zoals jeugdbeleid, welzijnsbeleid, ruimtelijke ordening, sportbeleid en milieu). Daarnaast zal de komende jaren extra geïnvesteerd worden in de samenwerking met de zorgverleners (eerstelijnszorg) en zorgverzekeraars zodat zorg en preventie beter op elkaar worden afgestemd. Ook zal de publiekprivate samenwerking gestimuleerd worden zodat er lokale gezondheidsnetwerken ontstaan en gezonde keuzes aantrekkelijk en toegankelijk worden gemaakt voor burgers.

Samengevat de regionale ambities op een rij:

1. *De regiogemeenten streven ernaar om met betrekking tot de uitvoering van de speerpunten afspraken te maken met de zorgverleners, welzijnssector, onderwijs, sportsector, lokale bedrijfsleven etc. zodat preventie en basiszorg voor de burger goed bereikbaar en toegankelijk zijn;*
2. *De regiogemeenten gaan met de betrokken zorgverzekeraars onderzoeken of het mogelijk is te komen tot regionale afspraken omtrent de uitvoering van de speerpunten (bijvoorbeeld overgewicht en ouderengezondheidszorg);*
3. *Het verkrijgen van een zo lokaal mogelijk inzicht (op wijkniveau) in de gezondheidstoestand van de burgers;*
4. *Gezondheidsaspecten meewegen in de gemeentelijke beslissingen op allerlei beleidsterreinen die direct van invloed zijn op de gezondheid van de burgers;*
5. *Het aantal jeugdigen met overgewicht verder laten dalen;*
6. *Het alcoholgebruik door jongeren verder tegengaan en het schadelijk alcoholgebruik en de daaraan te relateren openbare ordeproblematiek verminderen;*
7. *Verbetering van de psychische gezondheid van jongeren;*
8. *Verbetering van de psychische gezondheid van volwassenen;*
9. *Verbetering van de seksuele gezondheid van jongeren;*
10. *Onderzoeken van de mogelijke voordelen van een inhoudelijke integrale benadering van de Jeugdgezondheidszorg (bestuurlijke verkenning Integrale Jeugdgezondheidszorg);*
11. *Ouderen zolang mogelijk in staat stellen om in goede gezondheid deel te nemen aan de samenleving.*

¹ Gemeenten Arnhem, Renkum, Lingewaard, Overbetuwe, Zevenaar, Duiven, Rijnwaarden, Rheden, Westervoort, Rozendaal en Doesburg.

2. Inleiding

2.1 Nota gemeentelijk gezondheidsbeleid

Afbakening

De Wet publieke gezondheid (Wpg) bevat de verplichting dat de gemeenteraad binnen twee jaar na vaststelling van de landelijke nota gezondheidsbeleid een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vaststelt. Hierin geeft de raad aan hoe het college van burgemeester en wethouders uitvoering moet geven aan de wettelijke taken.

Naast de Wpg zijn er ook andere wetten die door de gemeente uitgevoerd moeten worden die (in)direct van invloed zijn op de gezondheid van de inwoners. Eén van deze wetten is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Deze nota betreft niet het Wmo-beleid. Indien van toepassing wordt naar de Wmo verwezen (bijvoorbeeld bij depressiepreventie). Elke gemeente dient vierjaarlijks een Wmo-beleidsplan te maken waarin staat beschreven hoe de gemeente uitvoering geeft aan de Wmo-prestatievelden. Het verdient aanbeveling de lokale nota gezondheidsbeleid nauw af te stemmen met het beleidsplan Wmo. Het is ook mogelijk om beide beleidsnota's te bundelen.

Regionale nota

De elf gemeenten in de regio Arnhem² hebben een aantal jaren geleden de handen ineen geslagen en een gezamenlijke regionale nota Volksgezondheid vastgesteld (de nota Volksgezondheid "Geniet! Eet en drink met mate(n)" 2008-2011). De huidige nota loopt tot en met 31 december 2011. De portefeuillehouders Volksgezondheid in de regio hebben de wens uitgesproken om de beleidscyclus nauwer te laten aansluiten op de cyclus van de nota Volksgezondheid van de regio West-Valuwe/Vallei (1 januari 2011 t/m 31 december 2014), die ook onderdeel uitmaakt van de VGGM-regio Gelderland-Midden. Om deze reden is ervoor gekozen om de ingangsdatum van deze nota te stellen op 1 januari 2012 en te laten gelden tot en met 31 december 2014. Deze nota is mede gebaseerd op de uitkomsten van de regionale raadsconferentie die in juni 2010 heeft plaatsgevonden. De uitkomsten van de conferentie zijn te vinden in bijlage 1.

Regionaal versus lokaal beleid

In deze nota worden de regionale ambities aangegeven. Hierbij wordt aangegeven wat het regionaal bestaande beleid is wat wordt voortgezet en wat lokaal nog uitgewerkt kan worden (handreikingen voor lokaal beleid). De gemeenten hebben in de manier waarop invulling wordt gegeven aan de regionale ambitie keuzevrijheid.

Het lokale ambitieniveau van de diverse speerpunten van het gezondheidsbeleid heeft consequenties voor de benodigde middelen. Gemeenten zullen afzonderlijk dit ambitieniveau, eventuele aanvullende speerpunten en de daarbij beschikbaar te stellen middelen, opnemen in hun lokale nota.

² Gemeenten Arnhem, Renkum, Lingewaard, Overbetuwe, Zevenaar, Duiven, Rijnwaarden, Rheden, Westervoort, Rozendaal en Doesburg.

Regionale Nota Gezondheidsbeleid 2012-2014;
Gemeente Overbetuwe januari 2012

2.2 Voortzetting huidig beleid is uitgangspunt

In de Startnotitie Nota Gezondheidsbeleid 2011-2014 Regio Arnhem is bepaald dat doorontwikkeling van de speerpunten uit de beleidsperiode 2008-2011 het centrale uitgangspunt is in de nieuwe beleidsperiode. De speerpunten zijn:

- Overgewicht;
- Alcoholgebruik;
- Psychische gezondheid

De uitvoering van deze speerpunten richten zich op de jeugd.

Daarnaast komen uit monitoring en landelijke/regionale gezondheidsontwikkelingen aanvullende onderwerpen naar voren die in het komende meerjarenbeleid prioriteit moeten krijgen. Dit zijn:

- Ouderengezondheidszorg;
- Seksuele gezondheid (van jongeren)
- Psychische gezondheid volwassenen

Hoofdstuk 5 van deze nota behandelt de inhoud van de genoemde speerpunten.

In de landelijke nota worden ook roken en diabetes als speerpunten genoemd. Voor deze speerpunten ontwikkelt de regio geen specifiek beleid. Overweging hierbij is dat op het gebied van roken er al veel landelijke maatregelen zijn waarbij aangesloten wordt en de inzet op het verminderen van overgewicht leidt tot het verminderen van diabetes.

Verder geldt dat de algemene uitgangspunten van het landelijk beleid impliciet worden meegenomen binnen het regulier beleid en expliciet vorm krijgen binnen de inzet op de bovengenoemde speerpunten. Het gaat hier vooral om uitgangspunten zoals: wijkgerichte aanpak, focus op de gezondheid van mensen met een lage sociaaleconomische status (zoals laag inkomen, werkloosheid, laag opleidingsniveau), toenemende aandacht voor preventie en inzet op leefstijl, versterking van de gemeentelijke regiefunctie op het gebied van collectieve preventie, verbetering van de samenhang en – werking tussen preventieve en curatieve (eerstelijns)gezondheidszorg.

In de lokale beleid zullen deze uitgangspunten bij de invulling van de speerpunten worden uitgewerkt.

3. Openbare gezondheidszorg

3.1 Wat is gezondheid

In deze nota gebruiken wij voor de omschrijving van gezondheid de definitie van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO):

‘gezondheid is een toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden, en niet slechts het ontbreken van ziekte of andere gebreken.’

Deze definitie maakt duidelijk hoe ruim het begrip gezondheid is. De definitie van publieke (of openbare) gezondheidszorg is ‘de gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten’. De gezondheidstoestand van iedereen wordt beïnvloed door de leefstijl, de aanleg, de fysieke en sociale omgeving en het zorgsysteem. De overheid heeft een wettelijke taak in de bevordering en de bescherming ervan.

Er zijn grote gezondheidsverschillen in Nederland en daarmee ook in de regio Arnhem. Mensen met een hoge sociaaleconomische status (SES)³ leven langer en brengen meer jaren in goede gezondheid door dan mensen met een lage SES. Deze ‘maatschappelijke determinanten van gezondheid’ kunnen alleen worden beïnvloed door een samenhangend en integraal pakket aan maatregelen.

3.2 Deelterreinen gezondheidsbeleid

Gezondheidsbeleid kan ingedeeld worden in drie deelterreinen met elk specifieke mogelijkheden voor de gemeente om actief te zijn, te weten: preventiebeleid, integraal beleid en zorgvoorzieningenbeleid. Uitwerking:

- *Deelterrein Preventiebeleid*
Preventiebeleid is gericht op het voorkomen van ziekten en het bevorderen van gezondheid door het wegnemen van risico's, het stimuleren van gezond gedrag en het scheppen van voorwaarden voor een gezond bestaan, evenals de vroegtijdige opsporing en het beperken van gevolgen van ziekte. De centrale doelstelling is het bevorderen van een zo lang mogelijk gezond leven voor zoveel mogelijk mensen (lichamelijk, psychisch en sociaal).
- *Deelterrein Integraal gezondheidsbeleid*
Op grond van artikel 2 van de Wet publieke gezondheid dient het college van burgemeester en wethouders er zorg voor te dragen dat gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen bewaakt worden. Denk aan de gevolgen voor de gezondheid van beslissingen op andere gemeentelijke beleidsterreinen zoals jeugd, milieu, openbare orde, wonen. Integraal gezondheidsbeleid houdt ook het besef in dat gemeentelijke beslissingen op andere terreinen zoals sport/bewegen, fysieke woonomgeving (bijvoorbeeld voldoende speelvoorzieningen in de buurt, veilige fietsroutes) etc. positieve invloed heeft op gezondheidsbeleid.

³ SES wordt bepaald door opleiding, inkomen en beroep. In onderzoek wordt vooral gekeken naar opleiding, omdat dat de best meetbare indicator is voor SES.

- *Deelterrein Zorgvoorzieningenbeleid*

Het zorgbeleid richt zich op het bevorderen en handhaven van voorzieningen en het zo goed mogelijk afstemmen van deze voorzieningen op de zorgvraag. Kwaliteitsaspecten binnen het zorgbeleid zijn de bereikbaarheid, toegankelijkheid en spreiding van de gezondheidsvoorzieningen binnen de gemeente. De gemeente heeft de taak lacunes in de lokale zorgsituatie te signaleren en te voorkomen door te streven naar voldoende capaciteit. Op het moment dat inwoners buiten het reguliere zorgsysteem vallen moet de gemeente zorgregelend optreden (vangnetfunctie).

3.3 Wettelijk kader

De gemeente ontleent haar taken en bevoegdheden op het terrein van de collectieve preventie van ziekten aan verschillende wetten. Hieronder worden de belangrijkste wetten toegelicht.

De Wet publieke gezondheid

In de Wpg, die op 1 december 2008 in werking trad, zijn de taken en verantwoordelijkheden van de gemeente voor de collectieve preventie op de openbare gezondheidszorg vastgelegd (bijlage 2 bevat een uiteenzetting van alle taken). De Wpg heeft tot doel gezondheidsbescherming en -bevordering en ziektepreventie. Eén van de verplichtingen uit deze wet is dat de gemeente lokaal gezondheidsbeleid voert. Ook schrijft de Wpg voor dat de gemeente, voor het uitvoeren van een aantal taken die in de Wpg worden genoemd, een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) moet instellen en in stand houden (art. 14 Wpg).

Wet maatschappelijke ondersteuning

De WMO heeft tot doel het bevorderen van de zelfredzaamheid en deelname aan het maatschappelijk leven. De Wet publieke gezondheid heeft tot doel de gezondheid van burgers te bevorderen. Deze doelen liggen in elkaars verlengde: gezondheid en participatie versterken elkaar.

Andere wetten

Naast de Wpg en de Wmo zijn er wetten die raakvlakken of zelfs enkele gemeenschappelijke punten hebben met lokaal gezondheidsbeleid. De meest relevante zetten we op een rij:

- Zorgverzekeringswet. Deze wet geeft de basis voor de inzet van zorgaanbieders bij het verminderen van de ziektelast en het voorkomen van aanvullende gezondheidsproblematiek, vooral via individuele preventie.
- Wet Veiligheidsregio's (heeft overlap met de Wpg voor de component veiligheid);
- Wet Ontwikkelingskansen door Kwaliteit en Educatie (Wet OKE waarin ook de Wet op de kinderopvang is opgegaan. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het toezicht);
- Wet op de Jeugdzorg;
- Wet meldcode Huiselijk Geweld en kindermishandeling (per 2012 ingevoerd)
- Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
- Tijdelijke Wet Ambulance Zorg.

3.4 Preventiecyclus in de Wet publieke gezondheid

In de preventiecyclus stelt het Rijk de landelijke speerpunten op het gebied van collectieve preventie vast op basis van de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) van het RIVM. Gemeenten zijn verplicht in hun lokale nota's deze landelijke prioriteiten in acht te nemen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg toetst of deze bijdrage ook daadwerkelijk wordt geleverd en rapporteert hierover in de Staat van de Gezondheidszorg. De inzichten uit deze rapportages worden weer gebruikt als input voor de nieuwe beleidscyclus.

In de landelijke nota gezondheidsbeleid ("Gezondheid dichtbij", mei 2011) geeft het Rijk aan dat de vijf speerpunten uit de preventienota 2006, de vorige versie van de landelijke nota gezondheidsbeleid, belangrijk blijven om de volksgezondheid te verbeteren. Dit zijn overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik. Het kabinet houdt deze speerpunten vast, maar legt daarbij het accent op bewegen. Eigen verantwoordelijkheid en eigen kracht van mensen staat de komende periode centraal. De kabinetsvisie is uitgewerkt in drie thema's:

- Vertrouwen in gezondheidsbescherming:
Verschillende risicofactoren voor de gezondheid kunnen mensen zelf niet of moeilijk beïnvloeden. Naast genetische factoren zijn dat externe factoren zoals milieu, infectieziekten (waaronder zoönosen⁴), rampen/crises en gevaarlijke stoffen in voeding en andere producten. Op dit terrein moet de Nederlander op de overheid kunnen rekenen. Heldere wet- en regelgeving en toezicht op de naleving hiervan blijven noodzakelijk. Voorbeelden zijn regelingen die het minimale niveau van arbeidsbescherming vastleggen (ARBO wet), milieuwetgeving, het Bouwbesluit en de Warenwet voor product- en voedselveiligheid. Ook beroepenregistratie, certificering of vergunningstelsels kunnen bijdragen aan risicobeperking. Tatoeërs en piercers krijgen bijvoorbeeld alleen een vergunning als bij inspectie van de GGD is gebleken dat zij veilig en hygiënisch werken.
Naast de rol van de overheid als wetgever is de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) belangrijk voor het bewaken van kwaliteit en veiligheid van zorg en medische producten (veiligheid van bloed, genees- en hulpmiddelen).
- Zorg en sport dichtbij in de buurt:
De gezondheidszorg kan zich nog meer richten op het bevorderen van gezondheid, naast het bestrijden van ongezondheid. Herkenbare en toegankelijke voorzieningen voor zorg in de buurt of digitaal bereikbaarheid (eHealth) kunnen hieraan bijdragen, net als tijdige signalering van gezondheidsrisico's en toepassing van effectieve interventies en innovatieve behandelwijzen. Zorg en preventie moeten meer worden afgestemd. Uitgangspunten zijn behoeften en wensen van de mensen en niet de stelsels of sectoren die zorg leveren. Betrokken partijen moeten dan ook werken aan een sterkere fysieke, organisatorische en inhoudelijk verbinding tussen de publieke gezondheid en basiszorg vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), AWBZ en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Het kabinet wil dat iedereen veilig kan sporten, bewegen en spelen in de buurt. Hiervoor zijn voldoende en laagdrempelige voorzieningen nodig. Het kabinet geeft hier samen met gemeenten, de sportsector en private partijen een positieve impuls aan. In de beleidsbrief sport wordt hierop concreet ingegaan.

⁴ <http://nl.wikipedia.org/wiki/Zo%C3%B6nose> Een zoönose is een infectieziekte die kan worden overgedragen van dieren op mensen.

- Zelf beslissen over leefstijl:
Als het om leefstijl gaat, schrijft de overheid mensen zo min mogelijk voor wat ze wel of niet mogen. Mensen maken zelf keuzes. Die keuzes worden gemaakt in een omgeving waarin de gezonde keuze makkelijk is. Aan die omgeving dragen diverse maatschappelijke sectoren bij. Vanwege de betrokkenheid van diverse sectoren is in de landelijke nota ook nadrukkelijk de verbinding van de ministeries van BZK, EL&I, I&M, OCW en SZW met het gezondheidsbeleid terug te vinden. Deze verbondenheid van gezondheidsbeleid met andere beleidsterreinen geldt ook op lokaal niveau. Publiek Private Samenwerking (PPS) wordt gezien als een kansrijke methode om de gezonde keuzes aantrekkelijk en toegankelijk te maken. Daarnaast is beschikbaarheid van betrouwbare, toegankelijke en doelgerichte informatie essentieel. Generieke massamediale campagnes passen hier niet in. Het Rijk blijft extra aandacht besteden aan de jeugd: immers de jeugd heeft de toekomst. Naast bevordering van (het aanleren van) een gezonde leefstijl, vroege signalering van risico's en inzet op weerbaarheid om dagelijkse verleidingen te weerstaan, vindt het kabinet dat het stellen van grenzen en het stimuleren van een gezonde basis bij de jeugd gerechtvaardigd is.

3.5 Partners op het gebied van gezondheidszorg

Gemeente

De gemeente is de bestuurslaag die het dichtst bij de burger staat en kent de lokale situatie in de volle breedte. Gemeenten hebben bij gezondheidsbevordering een grote mate van beleidsvrijheid. Het is aan de gemeenteraad te bepalen hoe en in welke mate de gemeente invulling geeft aan de wettelijke verplichtingen en welke doelstellingen men kiest. Daarmee is de raad verantwoordelijk voor het lokale gezondheidsbeleid en kan daarop worden aangesproken. Het lokale beleid van de deelnemende regiogemeenten verwoordt specifieke gemeentelijke speerpunten.

Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden

De GGD van VGGM voert een aantal wettelijke taken uit voor de regiogemeenten. VGGM doet dit vanuit een vijftal rollen:

- Zorgleverancier: denk hierbij aan de infectieziektebestrijding, Soa/Sense-sprekuren en jeugdgezondheidszorg.
- Adviseur: geven van gevraagd en ongevraagd advies en informatie op basis van signalen uit het veld en epidemiologisch onderzoek.
- Netwerker: de GGD van VGGM is, door zijn relatief onafhankelijke positie, goed in staat om ontmoetingen te faciliteren voor professionals, bestuurders en experts.
- Kennisorganisatie: VGGM ontwikkelt kennis over publieke gezondheid en veiligheid, eigenstandig en samen met bijvoorbeeld universiteiten en ziekenhuizen. Deze kennis wordt beschikbaar gesteld aan burgers, bestuurders en professionals.
- Regisseur: op een aantal terreinen voert VGGM namens de gemeente de regie (bijvoorbeeld Centrale Toegang, Backoffice CJG).

Samenwerking met andere partners

Op lokaal niveau zijn er diverse actoren die de gezondheidszorg vormgeven en uitvoeren. Naast de GGD gaat het vooral om eerstelijns- en welzijnsorganisaties en zorgverzekeraars.

Samenwerking tussen deze verschillende disciplines is van groot belang bij gezondheidsbeleid. Het is belangrijk dat binnen de zorg niet alleen aandacht is voor behandeling van ziekten maar ook voor het bevorderen van de gezondheid en preventie. Zorg en preventie dienen goed op elkaar te worden afgestemd (zie paragraaf 5.1.1.).

In de regio Arnhem betrekken we de GGD van VGGM, Stichting Thuiszorg Midden-Gelderland (STMG) en de organisaties in de zorgsector (zoals eerstelijnszorgverleners, instellingen, cliëntenorganisaties en zorgverzekeraars) zoveel mogelijk bij ons gezondheidsbeleid. Wij vragen ook de andere gemeentelijke diensten en de organisaties buiten de zorgsector (zoals onderwijs, welzijn, politie) hun verantwoordelijkheid te nemen.

3.6 Terugblik nota 2008-2011 “Geniet! Eet en drink met mate”

In de vorige beleidsperiode (2008-2011) is ingezet op de volgende speerpunten:

- Overgewicht;
- Alcoholgebruik;
- Psychische gezondheid

De uitvoering van deze speerpunten richtte zich op de jeugd. De 11 gemeenten hadden regiobudget ter beschikking gesteld om de speerpunten nader uit te werken en uit te voeren. Er zijn drie uitvoeringsplannen vastgesteld en tot uitvoering gebracht:

1. Het uitvoeringsplan Bestrijding Overgewicht 2009-2012
2. Het uitvoeringsplan Psychische Problematiek 2009-2012
3. Het Projectplan Alcohol en Jeugd 2010-2012 (gemeenten Arnhem, Renkum, Rheden, Doesburg en Rozendaal)

Het regionaal budget is ingezet om een gemeenschappelijk basisniveau van interventies in alle gemeenten te krijgen. De uitvoeringsplannen benoemen de activiteiten.

De gemeenten Duiven, Lingewaard, Overbetuwe, Rijnwaarden, Westervoort en Zevenaar kenden al een Alcoholproject (voor de totstandkoming van de regionale nota gezondheidsbeleid 2008-2011). In deze gemeenten is het Plan van Aanpak Jongeren, alcohol & drugs 2008-2011 van toepassing. In bijlage 3 staat de uitgebreide evaluatie van het gevoerde regionale beleid beschreven.

4. Hoe gezond is de regio Arnhem

4.1 De stand van zaken

Algemeen

In de “Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010” van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu komt het beeld naar voren dat het met de gezondheid van de Nederlander goed gaat maar dat het nog beter kan. We leven langer (we hebben er twee jaar bij gekregen) maar de levensverwachting van vrouwen blijft achter bij de ons omringende landen. De levensverwachting voor mannen ligt op 78,2 jaar en voor vrouwen op 82,7 jaar. Mannen scoren boven hun Europees gemiddelde en vrouwen zitten daaronder.

Het aantal rokers is iets gedaald maar het doel van 20% is niet gehaald en we hebben nog steeds meer rokers dan de landen om ons heen. Het aantal mensen met overgewicht is gelijk gebleven. Het aantal mensen met één of meer chronische aandoeningen is toegenomen. Sociaaleconomische gezondheidsverschillen zijn niet afgenomen.

Het RIVM pleit voor een paradigmashift, een andere manier van kijken naar gezondheid en ziekte: van benadering op ziekte- en determinatenniveau naar een benadering die rekening houdt met de maatschappelijke determinanten van gezondheid. Hierbij gaat het om opleiding, inkomen, woonomgeving etc.

Vergelijking

Binnen Nederland scoort de regio Gelderland-Midden – waarvan regio Arnhem deel uitmaakt – gemiddeld op de levensverwachting. Toch zijn er op dorp- en wijkniveau wel verschillen. Deze worden veelal veroorzaakt door verschillen in de bevolkingssamenstelling, leeftijdsopbouw, opleiding, inkomen en arbeidssituatie. Er bestaan belangrijke verschillen in gezondheid en gezonde leefwijze tussen mensen met een hoge sociaaleconomische status (SES) en mensen met een lage SES. Een groot aantal gezondheidsproblemen, zoals veel chronische aandoeningen en lichamelijke beperkingen komt meer voor bij mensen met een lagere sociaaleconomische status. Laagopgeleiden leven gemiddeld zeven jaar korter en brengen veertien jaar meer door in slechte gezondheid dan hoogopgeleiden.

4.2 Monitoring

De GGD Gelderland-Midden registreert continu gezondheidsgegevens, bijvoorbeeld bij de onderzoeken van kinderen door de jeugdartsen en in de opsporing van seksueel overdraagbare aandoeningen. Bovendien houdt de GGD Gelderland-Midden elk jaar een groot onderzoek onder één bepaalde leeftijdsgroep om actuele gegevens te verkrijgen over de gezondheidssituatie, het welzijn en de behoefte aan voorzieningen van de inwoners. Hierbij wordt de volgende indeling gehanteerd: (ouders van) 0-12 jarige kinderen, jongeren op het VO (2e en 4e klas), volwassenen van 19-64 jaar en 65+-ers.

De regio Gelderland-Midden kijkt over het algemeen niet noemenswaardig af van het landelijke beeld. Dat betekent dat de huidige landelijke speerpunten overgewicht, diabetes, roken, depressie en overmatig alcoholgebruik ook in deze regio de voornaamste gezondheidsproblemen zijn. De regio kijkt wel af als het gaat om de seksuele gezondheid, daarom wordt dit thema bij gezondheidsrisico's uitgebreid besproken.

Kort samengevat is er bij de 0-12 jarigen gezondheidswinst te behalen door aandacht te besteden aan de ouders met een lagere sociaal economische status, bij de volwassenen door in te zetten op meer beweging en stoppen met roken, bij jongeren door aandacht voor psychische gezondheid, meer bewegen en overmatig alcoholgebruik en bij ouderen tenslotte door de samenwerking tussen preventie en eerstelijnsgezondheidszorg vorm te geven. De belangrijkste bevindingen uit de monitors staan weergegeven in bijlage 4.

4.3 Gezondheidsrisico's

Hoewel het met de gezondheid van het merendeel van de inwoners van Gelderland-Midden goed gaat, zijn er toch aanwijsbare factoren die de gezondheid nadelig kunnen beïnvloeden. We onderscheiden hier de factoren die landelijk en regionaal het meest opvallen. Onderstaande gegevens hebben betrekking op onze regio:

Overgewicht

Van de volwassenen is 43% van de volwassenen. Dit percentage ligt iets onder het landelijke gemiddelde (45,9%). Eén op de 10 volwassenen in Gelderland-Midden heeft ernstig overgewicht (obesitas). Dit percentage is ongeveer gelijk aan het landelijk gemiddelde (bijna één op de 10).

Het percentage overgewicht (matig overgewicht en obesitas) varieert van bijna 12% bij de kleuters (5-6 jarigen) tot ruim 16% bij de 13-14 jarigen (figuur 1).

Ongeveer een kwart van de mensen in onze regio beweegt niet genoeg.

In bijlage 4 worden de overgewichtgegevens per gemeente uitgelicht.

Genotmiddelen

Van de bevolking van 12 jaar en ouder in Gelderland-Midden rookt 29,3% (Nederland: 28,7%). Het percentage zware rokers in de regio is 6,2% (Nederland: 7,1%).

In Gelderland-Midden is het percentage overmatige alcoholdrinkers (personen die minstens 1 keer per week 6 of meer glazen alcohol op één dag drinken of personen die gemiddeld per dag 3 of meer (mannen) of 2 of meer (vrouwen) glazen alcohol drinken) onder de bevolking van 12 jaar en ouder 14,8%. Dit is iets lager dan het landelijk gemiddelde van 17,7%.

Van de jeugd in Gelderland-Midden van 12-17 jaar rookt bijna 10% dagelijks en gebruikt 48% regelmatig alcohol. Bijna één op de vijf jongeren was in de weken voorafgaand aan het onderzoek dronken of aangeschoten. In diezelfde periode heeft 7% van de jongeren hasj of wiet gebruikt en bijna 2% gebruikte harddrugs.

Psychische gezondheid

Van de onderzochte ouderen is 15% psychisch (licht) ongezond. Vier van de tien ouderen voelt zich in meer of mindere mate eenzaam en ongeveer een vijfde heeft een probleem dat hen dag en nacht bezig houdt. Eén op de tien volwassenen is psychisch ongezond, eenderde loopt risico op een angststoornis of depressie. In bijlage 4 (resultaten Ouderenmonitor) wordt uitgebreider ingegaan omtrent de problematiek bij ouderen.

Bij jongeren kampt 16% met depressieve gevoelens. 13% zegt het afgelopen jaar gepest te zijn en 3% wordt wekelijks gepest. Ruim een kwart van de jongeren geeft aan zelf het afgelopen jaar te hebben meegedaan aan pesterijen.

Seksuele gezondheid

Van de jeugd tussen 12 en 17 jaar geeft 18% aan ooit 'met iemand naar bed' te zijn geweest. Van de seksueel actieve leerlingen vrijt bijna de helft wel eens zonder condoom. Bijna één op de tien jongeren heeft wel eens een ongewenste negatieve seksuele ervaring gehad en één op de vijf jongeren vindt homoseksualiteit raar of verkeerd.

Het aantal verrichte SOA-consulten blijft sinds de afgelopen zes jaar toenemen: van 1406 in 2006 tot 2255 in 2010. In overeenstemming met de landelijke tendens neemt het percentage aangetroffen SOA's de laatste jaren toe. Maar het percentage ligt vanaf 2006 consequent hoger dan gemiddeld en vertoont nog altijd een stijgende lijn. Van de cliënten die het SOA-centrum van de GGD Gelderland-Midden (inclusief het Mildredhuis⁵) bezochten werd in 2010 bij 17% één of meer SOA's geconstateerd, in vergelijking met 14% voor de gehele regio Oost en het landelijk gemiddelde. Jongeren onder de 25 vormen de belangrijkste risicogroep; bij bijna één op de vijf van de jonge bezoekers werd een SOA gevonden.

Chlamydia is de meest voorkomende SOA onder heteroseksuele bezoekers, vooral de jongeren. Het is een van de grootste oorzaken van onvruchtbaarheid onder vrouwen. In Gelderland-Midden werd in 2010 bij 12,5% van de bezoekers chlamydia aangetroffen.

Gonorrroe blijft landelijk stabiel maar neemt in Gelderland-Midden toe, vooral onder heteroseksuelen. Het aantal nieuwe HIV infecties leidde in 2009 tot zorg (19) maar lijkt in 2010 gestabiliseerd (7). Toch blijft dit een punt van zorg omdat blijkt dat steeds meer mensen, ondanks een HIV-infectie, onveilig vrijen en er vanuit de HIV-poli van ziekenhuis Rijnstate nog altijd een toename van HIV-infecties wordt gerapporteerd.

Infectieziekten

Infectieziekten blijven een actueel probleem. Er is een landelijke toename van infectieziekten (nieuwe ziekten en terugkeer van 'oude bekenden'). Een aantal maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de veranderende samenstelling van de bevolking, andere leefstijlen en toegenomen reizigersverkeer, heeft ertoe geleid dat infectieziekten zich gemakkelijker verspreiden. Het risico op grootschalige epidemieën is daardoor aanzienlijk vergroot. Zo hebben we kunnen ervaren bij de uitbraak van Nieuwe Influenza A (Mexicaanse griep). Ook moet rekening gehouden worden met de mogelijkheid van virusoverdracht van dier op mens, zoals bij de Q-koorts.

⁵ <http://nl.wikipedia.org/wiki/Mildredhuis>; Het **Mildredhuis** of voluit het **Mildred-Rutgershuis** is een abortuskliniek gevestigd in Arnhem. De doelstelling en missie van de stichting is het verlenen van kwalitatief goede hulp bij ongewenste zwangerschap. Regionale Nota Gezondheidsbeleid 2012-2014; Gemeente Overbetuwe januari 2012

5. Regionale ambitie 2012-2014

De opbouw van dit hoofdstuk volgt in grote lijnen de opbouw van de Wet publieke gezondheid. Op grond van de Wet publieke gezondheid (artikel 2) bevordert het college van burgemeester en wethouders “de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming ervan met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen”. Ter uitvoering van deze taak draagt het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor:

Algemene taken

- Verwerven van inzicht in de lokale gezondheidssituatie van de bevolking (art. 2);
- Elke vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijke gezondheidsbeleid, op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens over deze gezondheidssituatie,
- Bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen (art. 2 en 16);
- Bevorderen van medisch-milieukundige zorg, technische hygiënezorg (o.a. inspectie kindercentra) en psychosociale hulp bij rampen (art. 2);
- In stand houden van een gemeentelijke gezondheidsdienst (art. 14)
- Bijdragen aan de opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's (met inbegrip van programma's voor gezondheidsbevordering (art. 2)

Specifieke taken

- *Jeugdgezondheidszorg*: uitvoering van de jeugdgezondheidszorg (art. 5);
- *Infectieziektebestrijding*: uitvoering van infectieziektebestrijding (art. 6 -12; 17 - 58);
- *Ouderengezondheidszorg*: uitvoering van preventieve zorg aan ouderen (art. 5a).

5.1 Algemene taken publieke gezondheidszorg

5.1.1 Onderlinge afstemming collectieve preventie en curatieve zorg

Curatieve zorg

De gezondheidszorg is een belangrijke plek voor preventieve activiteiten. Het Rijk geeft in de landelijke preventienota (pagina 13/14) aan dat het gewenst is dat binnen de zorg niet alleen aandacht is voor behandeling van ziekten maar ook voor het bevorderen van de gezondheid en preventie. Het is belangrijk dat er herkenbare, laagdrempelige voorzieningen in de buurt aanwezig zijn waar mensen met vragen en problemen terecht kunnen. De behoeften van de mensen moet centraal staan en niet de sectoren die de zorg leveren. Dit betekent een betere fysieke, organisatorische en inhoudelijke verbinding tussen de publieke gezondheidszorg, de Centra voor Jeugd en Gezin en de basiszorg vanuit de Zorgverzekeringswet, AWBZ en Wmo. Ook het onderwijs, de jeugdzorg en de sportsector kunnen hierbij aansluiten.

Regionale ambitie

De regiogemeenten streven ernaar om met betrekking tot de uitvoering van de speerpunten afspraken te maken met de zorgverleners, welzijnssector, onderwijs, sportsector, lokale bedrijfsleven etc. zodat preventie en basiszorg voor de burger goed bereikbaar en toegankelijk zijn. Afhankelijk van de lokale situatie zal hier invulling aan worden gegeven (zie lokale nota).

Handreikingen lokaal beleid

- Opzetten Experiment Gezonde Wijk
- Zorgverleners betrekken bij de bouw van bijvoorbeeld wijkcentra, bibliotheken en scholen
- Invoering Beweegkuur (gecombineerde leefstijlinterventie gericht op mensen met overgewicht en/of risico voor diabetes): deze interventie legt een verbinding tussen zorg, publieke gezondheidszorg en de sportsector.
- In de gemeentelijke woonvisies rekening houden met voorzieningen voor zorg en bewegen in de buurt
- Opzetten Netwerk Eerste Lijn

Zorgverzekeraars

De rol van de zorgverzekeraar wordt steeds belangrijker. De huidige dynamiek in het zorgstelsel zorgt voor steeds meer verschuiving van taken tussen zorg uit AWBZ, WMO en Zorgverzekeringswet. Verdergaande samenwerking tussen de gemeente en zorgverzekeraar versterkt beide partijen om op deze dynamiek voor de burger en verzekerde in te kunnen spelen. Beide partijen hebben uiteindelijk eenzelfde belang, namelijk te zorgen dat de burger optimaal kan blijven functioneren en deel kan nemen aan de samenleving (op buurt/wijk en stedelijk niveau). Ook in de landelijke nota staat dat er goede afstemming tussen de gemeenten en de zorgverzekeraars moet zijn want beide financieren een groot deel van de zorg.

Regionale ambitie:

De regiogemeenten gaan met de betrokken zorgverzekeraars onderzoeken of het mogelijk is te komen tot regionale afspraken (in plaats van dat elke gemeente dit afzonderlijk doet) omtrent de uitvoering van de speerpunten (bijvoorbeeld overgewicht en ouderengezondheidszorg, zoals genoemd in paragraaf 5.1.6 en 5.4).

5.1.2 Inzicht lokale gezondheidssituatie bevolking

Lokaal inzicht in de gezondheidstoestand

Bij verschillende bijeenkomsten is de afgelopen jaren door de gemeenten een groeiende behoefte aan lokale gegevens kenbaar gemaakt. Ook de rijksoverheid vindt de bundeling van informatie- zowel vóór als over de burger- van belang en gaat dit ook landelijk stimuleren door het RIVM de opdracht te geven om bestaande instrumenten (zoals GGD-monitors en CBS-gegevens) te combineren, verbindingen te leggen tussen (lokale) gezondheidsgegevens en relevante gegevens uit andere zorgsectoren (zoals WMO, AWBZ en de eerstelijnszorg) en door praktische tools te ontwikkelen waarin snel zichtbaar is hoe het gesteld is met de (volks) gezondheid en waar eventueel moet worden bijgestuurd.

Verschillende GGD'en in het land hebben onder de naam 'regionale Volksgezondheids Toekomst Verkenningen' (rVTV, afgeleid van de landelijke VTV) al een bundeling gemaakt van gegevens. Hierbij gaat het om gegevens die door GGD'en zelf worden verzameld (zoals de epidemiologische monitors en registraties vanuit productgroepen JGZ, SOA, bestrijding infectieziekten en Medische Milieukunde), gekoppeld aan landelijke gegevens en ingekleurd met lokale gegevens van bijvoorbeeld huisartsen, welzijnsinstellingen en dergelijke.

Regionale ambitie:

De gemeenten in de regio Arnhem streven ernaar zo lokaal mogelijk (op wijkniveau) inzicht te verkrijgen in de gezondheidstoestand van hun inwoners. Deze informatie dient digitaal beschikbaar te komen voor gemeenten. Bijvoorbeeld door middel van een 'rVTV' of een lokale gezondheidsatlas.

Regionale aanpak

De VGGM krijgt de opdracht om deze regionale ambitie te realiseren binnen de huidige inwonersbijdrage en hiertoe met een procesvoorstel richting de gemeenten te komen. Gedurende de looptijd van deze nota dient dit proces te zijn vormgegeven en de eerste stappen te zijn gezet. Dit betekent concreet dat binnen drie jaar een product moet zijn ontwikkeld binnen de randvoorwaarden die met elkaar zijn bepaald. De gemeenten en GGD gaan in dit proces kritisch kijken naar de manier waarop nu het verzamelen van gegevens in zijn werk gaat en wisselen met elkaar uit welke verwachtingen en mogelijkheden er zijn.

Deze ambitie sluit aan bij de weg die de GGD van VGGM reeds is ingeslagen maar vraagt goede afstemming. Een dergelijk product is er namelijk in verschillende soorten en maten en de uitwerking is afhankelijk van beschikbare mensen en middelen.

De GGD is binnen zijn eigen productgroepen al begonnen met het ontsluiten en verbinden van gegevens ten behoeve van de lokale advisering.

5.1.3 Gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen

Op grond van artikel 2 van de Wet publieke gezondheid dient het college van burgemeester en wethouders er zorg voor te dragen dat gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen bewaakt worden. Denk aan de gevolgen voor de gezondheid van beslissingen op andere gemeentelijke beleidsterreinen zoals jeugd, milieu, openbare orde, wonen.

Regionale ambitie:

Het streven is dat de gemeente voortdurend gezondheidsaspecten meeweegt in haar beslissingen op allerlei beleidsterreinen die direct van invloed zijn op de gezondheid van de bevolking

Regionaal beleid

De GGD van VGGM adviseert gevraagd en ongevraagd over de gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen.

Handreikingen voor lokaal beleid

1. Het uitvoeren van een gezondheidstoets of gezondheidseffectscreening van concept-besluiten die direct van invloed zijn op de gezondheid van de bevolking;
2. Collegenota's voorzien van een paragraaf gezondheid.

5.1.4 Medisch-milieukundige zorg, technische hygiënezorg en PSHOR

De uitvoering van deze gemeentelijke taken is op grond van artikel 14 van de Wet Publieke Gezondheid neergelegd bij de gemeentelijke gezondheidsdienst (VGGM). Ze worden hieronder kort toegelicht:

- Medisch-Milieukundige zorg (MMK): Beschermen en bevorderen van de gezondheid van burgers in relatie tot de fysieke leefomgeving. Denk aan verontreinigingen in bodem, water, buitenlucht en binnenmilieu, stank- en geluidsoverlast, straling, veiligheid en rampenbestrijding.
- Technische hygiënezorg: Doel is het nagaan waar een verhoogd risico bestaat op de verspreiding van pathogene micro-organismen en het nemen van maatregelen om die risico's in te dammen. Taken van de GGD zijn: bijhouden van een lijst met instellingen waar een verhoogd risico bestaat op het verspreiden van infectieziekten, adviseren van deze instellingen over de mogelijkheden om deze risico's te verminderen, signaleren van ongewenste situaties, beantwoorden van vragen uit de bevolking, geven van voorlichting aan instellingen. Daarnaast voert de GGD inspecties uit bij kinderdagverblijven, juweliers, tattoo- en piercingshops, seksinrichtingen en publieksevenementen. De GGD adviseert en rapporteert hierover aan de gemeenten. Gemeenten zijn er verantwoordelijk voor dat instellingen waar een verhoogd risico op de verspreiding van infectieziekten bestaat zich laten inspecteren en dat ze de maatregelen die uit de inspectie voortkomen, ook toepassen.
- PSHOR (Psychosociale hulp bij ongevallen en rampen): Het bevorderen van het psychisch evenwicht van (in)directe slachtoffers van een ramp en de benodigde zorg zo snel mogelijk onder te brengen in het reguliere zorgtraject. Dit proces wordt opgestart door de discipline Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen van de VGGM in geval van een grote ramp of crisis.

5.1.5 In stand houden van een gemeentelijke gezondheidsdienst

De VGGM is in de regio Gelderland-Midden aangewezen als de gemeentelijke gezondheidsdienst. De regiogemeenten financieren de VGGM met de inwonersbijdrage. De VGGM-GGD voert onder andere het uniform deel van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar uit. Daarnaast is de inwonersbijdrage de financieringsbasis voor een aantal andere taken op het gebied van het gezondheidsbeleid dat de VGGM uitvoert in opdracht van de gemeenten en ter uitvoering van de Wet publieke gezondheid.

5.1.6 Bijdragen aan programma's voor preventie en gezondheidsbevordering

Speerpunten de komende jaren

In de Startnotitie Nota Gezondheidsbeleid 2011-2014 Regio Arnhem is bepaald dat doorontwikkeling van de speerpunten uit de beleidsperiode 2008-2011 het centrale uitgangspunt is in de nieuwe beleidsperiode.

Deze speerpunten zijn:

1. Overgewicht Jeugd;
2. Alcoholgebruik Jeugd;
3. Psychische gezondheid Jeugd.

Daarnaast komen uit monitoring en landelijke/regionale gezondheidsontwikkelingen aanvullende onderwerpen naar voren die in het komende meerjarenbeleid specifieke aandacht behoeven. Dit zijn:

4. Psychische gezondheid volwassenen
5. Seksuele gezondheid (van jongeren)
6. Ouderengezondheidszorg (op basis van een nieuwe wettelijke taak);

Aangezien dit nieuwe speerpunten zijn, komen deze onderwerpen hieronder uitgebreider aan de orde dan de bestaande speerpunten.

5.1.6.1 Overgewicht jeugd (speerpunt 1)

Het aantal kinderen met overgewicht blijft toenemen. Het voorkomen van overgewicht hangt sterk samen met een gezonde leefstijl. Overgewicht ontstaat in verreweg de meeste gevallen door een combinatie van verkeerde voedingsgewoonten en te weinig beweging. Bij kinderen met overgewicht met een normale lengte en een normale ontwikkeling blijkt bij minder dan 1% een medische oorzaak ten grondslag te liggen aan het overgewicht. Hoofdstuk 4 bevat de meest recente cijfers voor onze regio:

**Regionale ambitie:
het aantal jeugdigen met overgewicht verder laten dalen.**

Regionaal beleid

- *Het expertisecentrum Overgewicht van de VGGM*
In de gemeenten in de regio Arnhem worden allerlei activiteiten uitgevoerd in het kader van de bestrijding van overgewicht. Het uitvoeringsniveau van de afzonderlijke gemeenten is dus verschillend. Het expertisecentrum Overgewicht van de VGGM (www.vggm.nl) biedt de gemeenten een overzicht van de lopende en geplande interventies in hun gemeente.
- *Het Overbruggingsplan en Signaleringsprotocol overgewicht*
In de Jeugdgezondheidszorg worden het landelijke “Overbruggingsplan en Signaleringsprotocol overgewicht” gebruikt (2-19 jarigen). Kinderen met overgewicht worden vroegtijdig gesignaleerd en krijgen een preventieaanbod (doorverwijzing naar een diëtiste, huisarts etc.). Er wordt voorlichting en advisering gegeven op de consultatiebureaus (0-4 jaar) en tijdens de Triage-contactmomenten (4-19 jaar). Ook wordt het geven van borstvoeding gestimuleerd door middel van voorlichtingsavonden en cursussen.
- *Afspraken met zorgverzekeraars*
De regiogemeenten gaan met de betrokken zorgverzekeraars onderzoeken of het mogelijk is te komen tot afspraken met betrekking tot het opzetten van gezamenlijke preventieprogramma's omtrent het bevorderen van een gezonde leefstijl.

Handreikingen voor lokaal beleid

- *Regionaal uitvoeringsplan “Bestrijding Overgewicht”* (doelgroep 0-19 jaar)
Het regionale uitvoeringsplan “Bestrijding Overgewicht” is in de vorige beleidsperiode vastgesteld en kent diverse effectief gebleken programma’s die op lokaal niveau kunnen worden ingekocht.
- *Gezonde omgeving*
Preventieve activiteiten hebben meer effect wanneer, behalve op het individu gerichte interventies, ook de omgeving ‘gezond’ is ingericht. Te denken valt aan voldoende speelvoorzieningen in de buurt, kindvriendelijke inrichting van wijken en mogelijkheden voor peutersport en –zwemmen. Voor oudere kinderen een vrijblijvende introductie bij de in de gemeente aanwezige sportverenigingen en/of subsidie voor het lidmaatschap als het inkomen niet toereikend is (jeugdsportfonds). Ook de initiatieven die gestart zijn vanuit de breedtesportimpuls en/of BOS-projecten dragen bij aan de bestrijding van overgewicht/het bevorderen van een gezonde leefstijl.
Scholen zijn een belangrijke omgeving voor de jeugd. Een gezonde school(omgeving) stimuleert het maken van gezonde bewuste keuzes. Scholen zijn zelf verantwoordelijk voor een gezond en duurzaam schoolbeleid. Het ondersteunen van scholen hierin verdient aanbeveling (bijvoorbeeld in het implementeren van het Vignet Gezonde School en De Gezonde Schoolkantine).
- *Publiekprivate samenwerking*
Tot stand brengen van publiekprivate samenwerking op wijkniveau: samen met andere partners zoals onderwijs, gemeentelijke diensten, huisartsen, sportorganisaties, zorgverzekeraars, verstrekkers en verkopers van voedingsmiddelen kunnen leefstijlprogramma’s ontwikkeld worden (combinatie van bewegen, gezond eten en een gezonde leefomgeving). Het aangaan van een convenant Gezonde Leefstijl is een optie om de samenwerking goed te regelen.
- *Borstvoeding*
Aangetoond is dat baby’s die borstvoeding krijgen minder kans hebben om later te dik te worden, naast de andere voordelen van het geven van borstvoeding voor moeder en kind. Alle reden dus om het geven van borstvoeding aan te moedigen en te faciliteren in openbare gelegenheden. Hoe vanzelfsprekender borstvoeding is en hoe positiever de omgeving, hoe meer vrouwen borstvoeding zullen (blijven) geven.
- De gemeente kan (openbare) gelegenheden stimuleren om moeders in staat te stellen borstvoeding te kunnen geven. Een manier om het geven van borstvoeding te faciliteren, is via het beeldmerk ‘Voeden kan hier’ dat is ontwikkeld door het Voedingscentrum.
- *Centrum voor Jeugd en Gezin*
Aandacht voor het terugdringen van overgewicht (c.q. het bevorderen van een gezonde leefstijl) binnen het CJG-beleid: ouders en opvoeders hebben een grote invloed op het gedrag van kinderen en zij hebben een voorbeeldfunctie. Zij moeten nadrukkelijk en op een positieve manier op hun rol worden aangesproken.

5.1.6.2 Alcoholgebruik jeugd (speerpunt 2)

Recente monitorresultaten geven aan dat jongeren in de regio Gelderland-Midden minder zijn gaan drinken en gemiddeld ook later beginnen met drinken. Toch is het overmatig gebruik van alcohol door jongeren in onze regio nog steeds een groot probleem. Voor de recente cijfers in onze regio wordt verwezen naar hoofdstuk 4.

Regionale ambitie:

Het alcoholgebruik door jongeren verder tegengaan en het schadelijk alcoholgebruik en de daaraan te relateren openbare orde problematiek door jongeren (tot 23 jaar) te verminderen.

Regionaal beleid

1. De regionale projectplannen Alcohol en Jeugd

De projecten in de twee subregio's lopen nog en worden afgerond in 2012 (zie voor de inhoud van deze projecten bijlage 3).

2. Uitrol pilot in JGZ-contactmoment

Binnen het alcoholproject van de zes gemeenten (Duiven, Lingewaard, Overbetuwe, Rijnwaarden, Westervoort en Zevenaar) is de pilot 'screening en voorlichting alcoholgebruik in het regulier contactmoment van de jeugdgezondheidszorg (in klas 2 van het voortgezet onderwijs)', uitgerold over de zes deelnemende gemeenten. Bezien zal worden of deze pilot ook nog kan worden uitgerold over de overige vijf regio gemeenten. Na evaluatie van de pilot (in juli 2011) zal aan de hand van de resultaten worden bekeken of, en zo ja hoe, de pilot in de reguliere werkwijze van de jeugdgezondheidszorg kan worden geïntegreerd.

Handreikingen voor lokaal beleid

1. Structurele inbedding

Geadviseerd wordt om in de nieuwe beleidsperiode 2012-2014, de succesvolle activiteiten die zijn uitgevoerd binnen de twee regionale projecten voort te zetten en zoveel mogelijk in te bedden in het regulier beleid en in bestaande structurele voorzieningen.

Hierbij kan onder andere worden gedacht aan het maken en vastleggen van reguliere afspraken met Vwo-scholen, jongerenwerk, sportclubs en -kantines. Een andere voort te zetten succesvolle activiteit is het structureel inbedden van handhaving van regels rondom de Drank- en Horecawet (controles, convenantafspraken, inzet mysteryguest, boete- /kanskaart).

In bijlage 3 is een weergave van succesvolle activiteiten opgenomen.

2. Aansluiting bij landelijke activiteiten en campagnes

De afzonderlijke gemeenten zullen zo veel mogelijk aansluiten bij landelijke activiteiten en campagnes op het gebied van alcoholmisbruik. Hierbij wordt gebruik gemaakt van reguliere middelen zoals het plaatsen van publicaties op de gemeentepagina in huis-aan-huis bladen.

5.1.6.3 Psychische gezondheid jeugd (speerpunt 3)

Psychische problemen zijn een belangrijke oorzaak van ziektelast. Depressie is zowel bij volwassenen als bij jongeren een van de meest voorkomende psychische stoornissen.

Uit landelijk onderzoek blijkt dat ongeveer 20% van de jongeren kampt met depressieve gevoelens, die kunnen overgaan in een depressie. Het regionaal onderzoek E-MOVO, uitgevoerd door de VGGM, laat zien dat in de regio Arnhem 6000 van de ongeveer 30.000 jongeren in de leeftijdscategorie 12 t/m 17 jaar (ongeveer 16%) (licht) depressieve klachten hebben.

Regionale ambitie:
Verbetering van de psychische gezondheid van jongeren.

Binnen de regio Arnhem zijn twee organisaties die zich richten op psychische problematiek, te weten: De Gelderse Roos/Indigo voor de gemeenten Arnhem, Renkum, Rheden, Rozendaal, Lingewaard en Overbetuwe. GGNet is werkzaam in de gemeenten Doesburg, Rijnwaarden en Zevenaar. In Duiven en Westervoort zijn zowel De Gelderse Roos/Indigo alsook GGNet werkzaam. Onderstaande projecten zijn door deze twee partijen in het kader van de volksgezondheidsnota 2008-2011 uitgevoerd.

Regionaal beleid

In de vorige volksgezondheidsnota is een preventief aanbod gerealiseerd voor de leeftijdsfase 0-19 jaar. Met behulp van het regiobudget heeft er een actieve werving plaatsgevonden. Het bestaande aanbod betreft:

Prenataal – 4 jaar; “Moeder-Baby interventie”

De Moeder-Baby- interventie biedt vroegtijdige ondersteuning voor moeders (of vaders) met psychische problemen en hun baby (0-10 maanden). Het is effectieve interventie die de kwaliteit van de interactie alsook de hechting tussen moeder en baby verbetert. Dit bevordert een gezonde ontwikkeling van het kind. Tevens wordt de moeder gesteund in haar ouderrol wat kan bijdragen aan verbetering van de geestelijke gezondheid van de moeder.

Kinderen met de basisschoolleeftijd (4-12 jaar); “Plezier op school”

De tweedaagse cursus “plezier op school” is bedoeld voor aanstaande brugklassers die zich op de basisschool niet op hun gemak voelen bij leeftijdsgenoten, gepest worden of opzien tegen de overgang naar het middelbaar onderwijs. In de cursus leren de kinderen de kracht van positief denken, contact leggen met andere kinderen, opkomen voor zichzelf, omgaan met pesten en omgaan met spanning.

Jongeren in het voortgezet onderwijs (12-19 jaar); “Positief Gestemd”

Vroegtijdige ondersteuning van jongeren met lichte of matige depressieve klachten kan voorkomen dat deze jongeren een depressieve stoornis ontwikkelen. Bekend is dat jongeren niet gemakkelijk hulp zoeken voor psychische problemen. Scholen in het voortgezet onderwijs en de GGD spelen een belangrijke rol bij de signalering van lichte of matige depressieve klachten bij jongeren.

Dit preventieve aanbod is ook voor de komende beleidsperiode beschikbaar. De interventies worden via de AWBZ of de zorgverzekeraar vergoed.

Handreikingen voor lokaal beleid

1. Het preventieve aanbod promoten binnen de jeugdgezondheidszorg (bij consultatiebureaus en schoolartsen), verloskundigen, scholen en CJG's (casusoverleg);
2. Ook voor dit speerpunt geldt dat de scholen een belangrijke omgeving voor de jeugd zijn. Vroegtijdig signaleren van jongeren die in de problemen dreigen te raken is van belang. Via de interne zorgstructuur van de school moet gerichte actie en als dat nodig is, toeleiding naar de zorg volgen. De gemeente kan actief verbindingen leggen met de bestaande zorgstructuren en protocollen binnen scholen met betrekking tot dit speerpunt (bijvoorbeeld pestbeleid) en actief beleid stimuleren.

5.1.6.4 Psychische gezondheid volwassenen (speerpunt 4)

Jaarlijks hebben 588.800 volwassenen (18-65 jaar) een depressie. Uit landelijk onderzoek is gebleken dat 15% van de volwassenen aangeeft "(licht) psychisch ongezond" te zijn.

Psychische ongezondheid komt vaker bij vrouwen voor (19%) dan bij mannen (13%). Ook komt depressie meer dan gemiddeld voor bij mensen met een lage sociaal economische status. Uit de monitorgegevens van onze regio blijkt dat 10% van de volwassenen in onze regio psychische ongezond is. Een derde loopt risico op een depressie of een angststoornis. Het percentage van 10% is weliswaar 5% lager dan het landelijke cijfer maar is toch hoog genoeg om dit onderwerp als nieuw speerpunt te benoemen.

Volwassenen die eerder blootgesteld zijn aan depressieve klachten, lopen een aanzienlijk groter risico op een nieuwe depressie. Hetzelfde geldt voor volwassenen met een kwetsbare persoonlijkheid (weinig zelfvertrouwen en een geringe zelfwaardering bijvoorbeeld). Wetenschappelijk is aangetoond dat ook (onder meer) werkloosheid, sociale achterstand, pesten, rassendiscriminatie en werkstress risicoverhogend zijn.

Sommige chronische lichamelijke ziektes (migraine, chronische problemen met ademen, chronische maag- darmklachten, lage rugpijn) kunnen bovendien het risico op een depressie onder volwassenen vergroten. Sociale steun in de omgeving, een goede lichamelijke gezondheid en zelfwaardering zijn factoren die volwassenen juist beschermen tegen een depressie.

Regionale ambitie:
Verbetering van de psychische gezondheid van volwassenen.

Regionaal beleid

De regiogemeenten gaan met de betrokken zorgverzekeraars onderzoeken of het mogelijk is te komen tot afspraken over het opzetten van gezamenlijke preventieprogramma's rond dit speerpunt.

Handreikingen voor lokaal beleid

Aandacht voor depressiepreventie is onderdeel van de volgende Wmo-prestatievelden:

- Prestatieveld 1: Het bevorderen van de sociale samenhang in dorpen, wijken en buurten. Het gaat hierbij om activiteiten en ontmoetingsplaatsen in de wijk met als doel mensen met elkaar in contact te brengen;
- Prestatieveld 5: Het bevorderen van deelname aan het maatschappelijk verkeer. Het gaat daarbij om het bevorderen van de sociale steunstructuur zodat ook mensen met een beperking mee kunnen doen;
- Prestatieveld 8: Het bevorderen van de openbare geestelijke gezondheidszorg. Er moet aandacht zijn voor het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg en het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen.

De Wmo heeft als doelstelling om de zelfredzaamheid van zorgbehoevende mensen te vergroten en om de zorg zolang mogelijk in de eigen woonomgeving te realiseren. Een goede geestelijke gezondheid (o.a. goed in je vel zitten, vertrouwen hebben in de eigen competenties, zingevende doelen hebben en deze kunnen realiseren) vormt daarvoor een voorwaarde. De aanwezigheid van psychische klachten ondermijnt de zelfredzaamheid.

Bij volwassenen begint de verbetering van de psychische gezondheid bij het verbeteren van het copinggedrag (= het om kunnen gaan met ingrijpende gebeurtenissen). Hierbij dient het accent te liggen op preventie, vroegtijdige signalering en laagdrempelige hulp.

Om binnen de gemeente een effectief depressiepreventiebeleid te voeren en het percentage depressiviteit onder inwoners daadwerkelijk terug te dringen, zijn sectoroverschrijdende maatregelen nodig. Op lokaal niveau doen zich op verschillende beleidsterreinen mogelijkheden tot gecombineerde maatregelen voor. Bijvoorbeeld:

- *Arbeidsparticipatie*
Werkloosheid is een risicofactor voor depressie. De gemeente en zorginstellingen kunnen gezamenlijk de mogelijkheden voor arbeidsparticipatie introduceren en laten slagen.
- *Prettige en veilige woonomgeving*
Een prettige en veilige woonomgeving is van grote invloed op de geestelijke gezondheid van bewoners. Is er voldoende groen in de omgeving? Zijn er voldoende ontmoetingspunten? Is er voldoende verlichting? Zijn er maatregelen om verpaupering tegen te gaan? Is er voldoende toezicht op veiligheid? Is het mogelijk en aantrekkelijk genoeg om naar buiten te gaan om te wandelen en te fietsen? Kan je in de buurt sporten of moet je daarvoor ver weg naar de rand van de stad? Maatregelen gericht op het stimuleren van een prettige en veilige woonomgeving kunnen in sterke mate bijdragen aan het depressiepreventiebeleid.
- *Sociale steun en netwerken in de omgeving*
In een aantal gemeenten in deze regio wordt geëxperimenteerd met projecten gericht op het doorbreken van sociaal isolement van volwassenen (en ouderen). Een voorbeeld: activerende huisbezoeken of projecten waarbij schoolgaande kinderen een bezoek brengen aan ouderen in de wijk. In wijken waar veel depressie voorkomt, kunnen deze activiteiten worden opgezet.

5.1.6.5 Seksuele gezondheid jongeren (speerpunt 5)

Seksuele gezondheid van jongeren wordt de komende beleidsperiode als nieuw speerpunt opgenomen. Ook landelijk is het als een prioriteit benoemd. De landelijke overheid stelt in de Beleidsbrief Seksuele Gezondheid vast dat het op sommige terreinen goed gaat met de seksuele gezondheid in Nederland maar dat we er nog lang niet zijn: het aantal opgespoorde seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) blijft toenemen, cijfers rond seksuele dwang zijn zorgwekkend, één op de vijf zwangerschappen is ongepland, veel jongeren ontbreekt het aan voldoende kennis over seksualiteit en relaties, allochtone Nederlanders ondervinden meer problemen rond seksualiteit dan autochtone Nederlanders en de laatste jaren zijn er steeds meer problemen rond loverboys, meisjesbesnijdenis, gedwongen huwelijken, maagdelijkheid en geweld tegen homo's. Dit rechtvaardigt stevig beleid.

Gemeenten hebben een wettelijke verantwoordelijkheid voor het bestrijden van SOA (artikel 6 Wpg) en een wettelijke gezondheidsbevorderende taak. Beide taken worden binnen de gemeenten voor een groot deel uitgevoerd door de GGD⁶. Bij de uitvoering van deze taken stuitte de GGD van VGGM op een zorgwekkende, en tot nu toe onverklaarbare, toename van het aantal SOA en een toenemend aantal signalen over ernstig grensoverschrijdend gedrag door jongeren vanuit verschillende gemeenten. Ook uit de monitorresultaten blijkt dat jongeren vaak zonder condoom vrijen, dat veel jongeren te maken hebben (gehad) met seksueel geweld en dat de acceptatie van homoseksualiteit afneemt.

Lokale situatie

De lokale problemen verschillen per gemeente. Het is, gezien de mogelijkheid om de poli's anoniem te houden, moeilijk om te achterhalen in welke gemeenten de meeste SOA voorkomen. De VGGM probeert hier wel een genuanceerder beeld van te krijgen.

Het aantal daadwerkelijke aangiften van seksueel geweld wordt bijgehouden maar dat is niet mogelijk voor het aantal gevallen van grensoverschrijdend gedrag omdat hiervan meestal geen aangifte wordt gedaan. Ook hiervoor geldt dat de VGGM signalen krijgt uit vrijwel alle gemeenten.

Regionale ambitie:
Verbetering van de seksuele gezondheid van jongeren.

Regionaal beleid

1. SOA/Sense Centrum

De GGD Gelderland-Midden maakt sinds 1 januari 2006 deel uit van het SOA/Sense-centrum regio Oost, één van de acht SOA/Sense-centra in Nederland. Sinds 2010 zijn ook Sense consulten aan de SOA-sprekuren toegevoegd. Jongeren tot 25 jaar kunnen bij de GGD terecht voor hulp en advies over anticonceptie, zwangerschap, seksueel geweld, etc. De GGD werkt intensief samen met het Mildred-Rutgershuis in Arnhem.

⁶ Concrete taken die door de GGD worden uitgevoerd: JGZ/Epidemiologie: Het volgen van de (seksuele) ontwikkeling van kinderen, tijdig signaleren van (seksuele) problemen of bedreigende situaties en factoren, geven van voorlichting en advies, bieden van begeleiding. Voor de soabestrijding: screening, surveillance, beleidsadvisering, preventie, bron- en contactopsporing, netwerk- en regiefunctie, outbreakmanagement, onderzoek. Soasprekuren zijn uitgebreid met Sense spreekuren, seksualiteitssprekuren voor jongeren tot 25 jaar

In het kader van de opsporing en het voorkómen van seksueel overdraagbare aandoeningen richt de GGD Gelderland-Midden zich, in overeenstemming met het landelijk beleid, vooral op groepen waarbij het risico op het oplopen van een SOA verhoogd is. Naast mannen die seks hebben met mannen, swingers (mensen die o.a. parenclubs bezoeken) en prostituees, zijn jongeren (tot 25 jaar) een belangrijke risicogroep. SOA-zorg wordt voor deze groepen zo laagdrempelig mogelijk, gratis en anoniem aangeboden. Het beleid is gericht op individuele (seksuele) gezondheid en het voorkomen van verspreiding van SOA.

2. *Het regionale Preventieplan Seksuele Gezondheid*

VGGM heeft het Preventieplan Seksuele Gezondheid opgesteld. Dit plan is in het portefeuillehoudersoverleg VGZ regio Arnhem en West Veluwe Vallei besproken. In dit plan staan de probleemanalyse, doelstelling van het gemeentelijk beleid, de randvoorwaarden en de mogelijke activiteiten uitgebreid beschreven. De VGGM gaat dit plan uitvoeren binnen de huidige inwonersbijdrage. De volgende afspraken zijn gemaakt:

○ *Bewaken van de seksuele gezondheid*

VGGM zorgt dat de gegevens uit de soasurveillance, de gezondheidsmonitors, de jeugdgezondheidszorg, gezondheidsbevordering, preventie- en zorginstellingen uit de regio (en indien nodig daarbuiten) worden gebundeld (zoveel mogelijk op gemeenteniveau). Deze bundeling gaat de VGGM jaarlijks monitoren, analyseren en interpreteren en erover rapporteren aan de gemeenten, passend bij de methodiek van de regionale Volksgezondheidtoekomstverkenningen.

Concreet resultaat:

In 2013 is er een zo volledig mogelijk overzicht per gemeente beschikbaar

○ *Beschermen van de seksuele gezondheid*

Samen met VGGM gaan de gemeenten bepalen welke problemen prioriteit krijgen en hoe deze, binnen de randvoorwaarden, samenhangend kunnen worden aangepakt met de instellingen die actief zijn op dit terrein. Hiervoor is het van belang dat er een actueel overzicht is van bestaande interventies en de kwaliteit daarvan. De GGD van VGGM gaat een methodiek á la het expertisecentrum overgewicht opstellen.

Concrete resultaten:

Eind 2011 is er een overzicht van alle beschikbare interventies in Gelderland-Midden. De VGGM gaat de samenwerking met andere instellingen vormgeven in de zogenaamde Focusgroep Seksualiteit. Hierin zitten professionals uit onderwijs, zorg, welzijn, hulpverlening en preventie. Deze focusgroep maakt inzichtelijk welke interventies er beschikbaar zijn, welke daadwerkelijk uitgevoerd werden en wat het bereik ervan is. Ook dit overzicht wordt gebruikt voor de advisering van de gemeenten. Het laat in combinatie met de monitoring en surveillance zien waar dubbelingen zitten en waar de lacunes zijn en stelt de gemeente in staat gericht beleid te voeren.

○ *Bevorderen van de seksuele gezondheid*

Alle organisaties (inclusief GGD en gemeente) moeten hun verantwoordelijkheid nemen vanuit hun eigen rol. In 2010 zijn de jongerenwerkers in Oost getraind door de GGD. Dit is mogelijk gemaakt door een landelijk initiatief. De bedoeling is dat er een regionaal dekkend netwerk aan deskundige intermediairs ontstaat. De GGD houdt bij welke scholen behoefte hebben aan interventies en zal hierover indien nodig aan de gemeente rapporteren.

Concrete resultaten:

- De jongerenwerkers in Gelderland-Midden worden in 2011 door VGGM verder getraind in het geven van seksuele voorlichting. Eind 2011 moeten alle jongerenwerkers getraind zijn. VGGM onderzoekt of er een voorlichterspoole kan worden geformeerd. Het streven is dat alle voorlichters in de regio

hetzelfde minimale basisniveau krijgen, zodat hierop een beroep kan worden gedaan door scholen, jongerencentra etc;

- De SOA/Sense spreekuren (seksualiteitssprekuren voor jongeren) zullen vanaf 2011 ook op het ROC worden uitgevoerd door VGGM. Ze vinden al plaats in het Mildred-Rutgershuis. Onderzocht wordt of het op meer locaties kan worden uitgerold.

Handreikingen voor lokaal beleid

Gemeenten kunnen een bijdrage leveren aan de verbetering van de seksuele gezondheid vanuit een aantal wettelijke kaders. Het hangt af van de lokale problematiek waar op wordt ingezet. Mogelijke activiteiten die de gemeenten kunnen inzetten:

- Verbeteren van de weerbaarheid van jongeren, kennis omtrent het onderwerp en de wenselijke norm uitdragen omtrent seksueel gedrag (via inzet jongerenwerk, verenigingen, scholen, JongIn, gemeentelijke informatiekkanalen etc.);
- Stimuleren van het jongerenwerk en onderwijs (vanuit de mogelijkheden) om deel te nemen aan deskundigheidsbevorderende activiteiten van instellingen in Gelderland-Midden;
- Stimuleren van instellingen om hun interventies kenbaar te maken bij de GGD van VGGM in het zogenaamde 'expertisecentrum';
- Inkoop van bestaand aanbod van VGGM: bijvoorbeeld "Lang leve de Liefde" en "Vlinders in je buik".

5.2 Jeugdgezondheidszorg

De komende jaren worden steeds meer participatievoorzieningen naar gemeenten overgeheveld: de functie begeleiding uit de AWBZ, de jeugdzorg, de Wajong, WsW etc. Gemeenten kunnen zo problemen integraal aanpakken.

Het goed organiseren van deze taken wordt de komende jaren erg belangrijk. De positie van de jeugdgezondheidszorg is hierbij van belang.

Het huidige beleid is dat er in de regio Arnhem wordt samengewerkt en ervaringen worden uitgewisseld onder andere over de uitvoering van het uniforme basistakenpakket en de maatwerkpakketten jeugdgezondheidszorg. Ook worden regionale afspraken gemaakt omtrent de uitvoering van diverse deeltaken (zoals de prenatale voorlichting), trends gesignaleerd en nieuwe acties of projecten geïnitieerd. Dit beleid wordt de komende jaren voortgezet waarbij gewerkt wordt aan het versterken van een goed lopende keten van jeugdgezondheidszorg, jeugdhulpverlening en jeugdwelzijn.

Regionale ambitie

De regio Arnhem gaat samen met de regio West-Veluwe Vallei onderzoeken of er mogelijke voordelen te behalen zijn bij een inhoudelijke integrale benadering van de Jeugdgezondheidszorg. Dit traject 'bestuurlijke verkenning Integrale Jeugdgezondheidszorg' is in 2011 gestart en zal worden afgerond in 2012.

5.3 Infectieziektebestrijding

De Wpg schrijft strikt voor hoe in Nederland de infectieziektebestrijding wordt vormgegeven. De Infectieziektenwet en de Quarantainewet zijn opgegaan in de Wpg. De gemeente draagt zorg voor de algemene infectieziektebestrijding. Hieronder behoort in ieder geval het nemen van preventieve maatregelen op dit gebied en de bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen en tuberculose. Daarnaast worden meldingsplichtige ziekten geclassificeerd en staat per indeling beschreven wie op welk niveau verantwoordelijk is en welke maatregelen moeten worden genomen. Gemeenten hebben op dit terrein weinig vrije beleidsruimte, burgers hebben geen keuzevrijheid. In de landelijke nota 'Gezondheid dichtbij' wordt de infectieziektebestrijding, als onderdeel van gezondheidsbescherming, ook weer benoemd als een belangrijke taak van de overheid waar de burger op moet kunnen vertrouwen en die tot uiting komt in heldere wet- en regelgeving én het toezicht op de naleving hiervan.

Hoewel de infectieziektebestrijding in Nederland goed geregeld is en de afgelopen eeuw een enorme daling van het aantal infectieziekten heeft plaatsgevonden, blijft de dreiging aanwezig. Nieuwe ziekten ontstaan en oude, bekende ziekten komen weer terug. De import van ziekten, waaronder een aantal zeer resistente micro-organismen, vormt een constante bedreiging van de volksgezondheid. Daarom moeten zowel de preventie (onder meer door vaccinatieprogramma's) als de signalering, monitoring en bestrijding goed verlopen. De rijksoverheid heeft in de sturing de belangrijkste taak maar voor de uitvoering is de lokale infrastructuur van groot belang.

5.4 Ouderengezondheidszorg (speerpunt 6)

Volgens de bevolkingsprognose van het CBS zullen er in 2020 3,4 miljoen 65-plussers zijn. In 2050 zullen 4,5 miljoen 65 - plussers zijn: 25% van de Nederlandse bevolking is ouder is ouder dan 65 jaar. Ook onder de niet-westerse allochtone bevolking treedt een sterke vergrijzing op: het aandeel binnen deze groep stijgt van bijna 4 % in 2009 naar 18 % in 2050. Daarmee zal van alle 65 plussers 12% van niet westerse afkomst zijn.

Het aantal kwetsbare ouderen zal tussen 2010 en 2030 naar verwachting toenemen met ruim 300.000 (van bijna 700.000 naar meer dan 1 miljoen)⁷.

De vergrijzing legt een grote druk op de betaalbaarheid en beschikbaarheid van zorg. Om de vitale 65-plusser zo lang mogelijk vitaal te houden heeft het Rijk de preventieve ouderengezondheidszorg als nieuwe taak bij de gemeente neergelegd (Artikel 5a Wpg).

Op grond van de Wet publieke gezondheid (artikel 5a) zijn de gemeenten wettelijk verantwoordelijk voor de preventieve ouderengezondheidszorg. Ouderengezondheidszorg wordt omschreven als: *"de publieke gezondheidszorg ten behoeve van personen boven de vijftien jaar"*. De gemeente moet zorgdragen voor het monitoren, signaleren en voorkomen van gezondheidsproblemen bij ouderen. Het Rijk kent de gemeenten in deze rol een maximale beleidsvrijheid toe. Het Rijk stelt geen extra Rijksmiddelen beschikbaar.

Gezondheidsproblemen ouderen

De leefstijl bij een groot deel van de ouderen is ongezond. Uit onderzoek blijkt dat de vijftigplussers van nu ongezonder leven dan tien jaar geleden. Ze drinken meer alcohol, bewegen minder en zijn te zwaar.

⁷ Bron: Kwetsbare ouderen, Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011

Bij het ouder worden kunnen op het persoonlijk vlak veranderingen ontstaan zoals functiebeperkingen, chronische aandoeningen, depressie, cognitieve achteruitgang en verlies van partner. Daarnaast doen zich tussen ouderen grote verschillen voor. Enerzijds de actieve welgestelde oudere, anderzijds de kwetsbare geriatrische patiënt. Daar tussenin zijn andere profielen te onderscheiden, afhankelijk van zelfredzaamheid, ziektelast, kwetsbaarheid en daarmee samenhangende complexiteit van de zorgvraag.

Bij gezonde ouderen staan behoud van gezondheid en participatie voorop. Anderzijds zal het bij de kwetsbare geriatrische patiënten eerder om welbevinden dan om zelfredzaamheid gaan. Onmisbaar zijn dan ook methoden om risicoprofielen te bepalen en risicogroepen te identificeren.

Het Ministerie van VWS gaat bij artikel 5a Wpg uit van een intensivering van gemeentelijke taken met de nadruk op 65 plussers. De grote groep van actieve en vitale ouderen concentreert zich in het algemeen in de leeftijdscategorie 65 tot 75 jaar en eerder. De groep daarboven van 75 jaar en ouder drukt in het algemeen zwaarder op zorg en ondersteuning. Daarnaast worden risicogroepen of kwetsbare groepen genoemd zoals:

- Ouderen met een ongezonde leefstijl;
- Ouderen met een lage sociaal economische status;
- Psychosociaal kwetsbare ouderen;
- Oudere mantelzorgers;
- Allochtone ouderen;
- Ouderen met een chronische ziekte.

Chronische ziekten

Het aantal mensen met een chronisch somatische ziekte zal de komende twintig jaar flink toenemen zoals: disfunctioneren van het bewegingsapparaat, hartziekten, astma, COPD, diabetes, psychische aandoeningen en dementie. De toename is te verklaren door de vergrijzing en ongezond gedrag.

Eenzaamheid

Eén of meer chronische ziekten of beperkingen kunnen gevolgen hebben voor zelfredzaamheid en het risico op eenzaamheid van mensen. Ouderen ervaren regelmatig sociale problemen. Een op de drie ouderen is regelmatig eenzaam. Eenzaamheid is een belangrijke risicofactor voor het verlies aan gezondheid en kwaliteit van leven.

Psychische problemen

Cognitieve problemen en angsten komen voor bij ruim 10 % van de ouderen voor. Depressie komt bij 14 % van de 65 plussers voor.

Oudere mantelzorgers

Oudere mantelzorgers vormen een risicogroep: meer risico van gezondheidsproblemen door hun hogere leeftijd, ze hebben vaak geen hulp van anderen, hun sociaal netwerk is veelal kleiner en ze zijn niet gewend om aandacht en hulp voor henzelf te vragen. Zij hebben daarnaast meer intensieve en persoonlijke zorgtaken en kunnen zich moeilijk onttrekken aan de zorg omdat ze in hetzelfde huis wonen als de zorgbehoevende. Omdat de overheid meer druk legt op de familie om voor elkaar te zorgen en omdat de samenleving sterk vergrijst, is te verwachten dat het aantal oudere mantelzorgers aanzienlijk zal toenemen.

Toename comorbiditeit

Het hebben van twee of meer chronische aandoeningen neemt toe naarmate mensen ouder worden. Bij 80 jaar en ouder is dit 32 %.

Visuele beperkingen

Voorals vrouwen lijken op hogere leeftijd te kampen met visuele beperkingen. Het idee heerst dat ouderen niet voldoende gebruik maken van mogelijkheden (interventies en hulpmiddelen) voor het behandelen van deze beperkingen. Ouderen blijken de nodige drempels te hebben om regelmatig de ogen te laten controleren, bijvoorbeeld door verminderde mobiliteit en vaak de angst voor eventuele ingrepen aan de ogen. Hierdoor blijft behandeling van slechtziendheid uit.

Valongelukken

Uit de Ouderenmonitor 2010 blijkt dat 17% van de ouderen in de afgelopen drie maanden is gevallen (hiervan liep 6% letsel op). Ruim de helft van deze valongelukken gebeurde in of rondom de eigen woning. 5% van alle ouderen liep bij een valincident lichamelijk letsel op. Bij tweederde van deze ouderen was het letsel zo ernstig dat behandeling op de eerste hulp afdeling of opname in het ziekenhuis nodig was. Valincidenten leiden tot langdurige problematiek. Oorzaken:

- Intrinsieke factoren, zoals fysiologische achteruitgang (slechte coördinatie en mobiliteit, vermindering gezichts- en gehoorvermogen), reactievermogen daalt, verstoord evenwicht, artrose e.d.
- Leefomgeving in en om het huis: door losliggende kleedjes, natte vloeren, gebrek aan steunpunten, slechte of ontbreken van verlichting, loopmiddelen, schoeisel.
- Bijwerkingen van medicijngebruik (of verkeerd gebruik ervan): zoals hoge bloeddruk, depressiviteit
- Leefstijl: te snel opstaan, te weinig bewegen, risicogedrag door zelfoverschatting, alcoholgebruik.
- Openbare ruimte: trottoirtegels, slechte verlichting, wegwerkzaamheden etc.

Regionale ambitie:

Ouderen zolang mogelijk in staat stellen om in goede gezondheid deel te nemen aan de samenleving (zo lang mogelijk zelfstandig wonen en de regie over hun eigen leven behouden)

Regionaal beleid

Op 6 oktober 2010 heeft het Portefeuillehoudersoverleg VGZ de startnotitie Preventief Gezondheidsbeleid voor ouderen vastgesteld. Deze notitie is opgesteld door VGGM en zal de komende jaren in samenwerking met de gemeenten worden uitgevoerd.

Handreikingen voor lokaal beleid

Er gebeurt al veel op het gebied van ouderengezondheidszorg. Bijvoorbeeld vanuit de Wmo, lokaal ouderenbeleid en ook heeft de eerstelijnszorg (de huisartsen, fysiotherapeuten, apothekers, thuiszorg, tandartsen, maatschappelijk werk etc.) een lijn ingezet waarin preventie wordt ingebed in de curatieve praktijk. Landelijk onderzoek van Vilans in opdracht van het Ministerie van VWS leert dat aan het huidige preventieaanbod voor ouderen nog het nodige ontbreekt. In de samenhang van het aanbod, het bereik van de doelgroep en organisatorische voorwaarden is veel winst te boeken. De omslag in beleid moet vooral liggen in de verdere afstemming tussen curatie (behandeling en begeleiding in de eerstelijnsgezondheidszorg) en preventie.

Bij gemeentelijke regie in preventief gezondheidsbeleid voor ouderen verhoudt de gemeente zich tot meerdere partijen waarover ze geen directe zeggingskracht heeft. Centraal in die regie staat het faciliteren van een aanpak, waarin disciplines in de eerstelijnsgezondheidszorg die in potentie een rol spelen binnen programmatische preventie, blijvend ondersteund en aangesproken kunnen worden zodat er sprake is van continuïteit.

De gemeenten kunnen dit realiseren door:

- De uitvoering van de preventieve gezondheidszorg voor ouderen aan te laten sluiten bij de programmatische preventie in de geïntegreerde eerstelijnszorg (accent op preventie en curatie);
- Ketenregie preventie- behandeling- begeleiding: de systematiek in de aanpak moet liggen op het, waar wenselijk en noodzakelijk, koppelen van preventie aan behandeling en begeleiding. De huisartspraktijk is met het nieuwe model van de praktijkondersteuner de 'spin in het web' van de geïntegreerde eerstelijnsgezondheidszorg. De huisarts kent een lage drempel, is de schakel in het zorgproces en de toegang tot de curatieve zorg en voor het Wmo- loket;
- Het borgen van een compleet en samenhangend aanbod van interventies en programmatische preventie. Onder programmatische preventie vallen programma's die gericht zijn op een groep personen met bepaalde risicokenmerken. Bijvoorbeeld:
 - Programmatische preventie ROS (Regionale Ondersteuning Eerstelijn);
 - Bewegen op recept;
 - Preventieprogramma Valpreventie.

6. Financiën

Iedere gemeente heeft binnen de gemeentebegroting reguliere middelen opgenomen ten behoeve van het gezondheidsbeleid. Deze middelen komen deels van het rijk via specifieke rijksuitkeringen en gemeentefonds en deels vanuit andere inkomstenbronnen van de gemeenten.

Brede Doeluitkering Centrum voor Jeugd en Gezin

In het kader van de Jeugdgezondheidszorg is er de Brede Doeluitkering Centrum voor Jeugd en Gezin (BDU-CJG). Deze meerjaren rijksuitkering is beschikbaar gesteld voor de jaren 2008-2011. In de BDU-CJG zijn de middelen opgenomen voor de uitvoering van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg, de voormalige RSU JGZ. Dit deel van het budget wordt door de regiogemeenten beschikbaar gesteld aan de STMG voor de uitvoering van het uniforme deel van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar. Daarnaast is de voormalige uitkering voor preventief jeugdbeleid in de BDU-CJG opgenomen, dit deel van het budget wordt door de regiogemeenten ingezet voor het programma Samen Starten. De BDU bevat daarnaast nog een jaarlijks groeiende uitkering voor de inzet op prestatieveld twee van de Wmo, namelijk de 'op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden'. Hiertoe dient elke gemeente uiterlijk in 2011 een Centrum voor Jeugd en Gezin op te richten. De BDU kan ook worden ingezet voor maatwerktaken jeugdgezondheidszorg.

De toekomst van deze regeling en het budget vanaf 2012 is op dit moment nog onzeker. Oorspronkelijke bedoeling was het toevoegen van de middelen aan het gemeentefonds. De voornemens tot overheveling van de jeugdzorg naar de gemeenten betekent mogelijk een wijziging in dit voornemen. In de loop van 2011 wordt van het Rijk hieromtrent uitsluitsel verwacht.

Inwonersbijdrage Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden

De regiogemeenten financieren de VGGM met de inwonersbijdrage. De VGGM voert hiermee in opdracht van de gemeenten de volgende taken uit:

- GHOR
- Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg
- Gezondheidsbevordering
- Epidemiologie
- Medische Milieukunde
- Infectieziektenbestrijding
- Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
- Meldkamer Ambulancezorg

Digitaal dossier jeugdgezondheidszorg

Voor de instandhouding van het digitaal dossier heeft het rijk extra middelen aan het gemeentefonds toegekend. De gemeenten financieren de JGZ-instellingen STMG en VGGM met deze middelen voor het gebruik en de instandhouding van het digitaal dossier JGZ.

Aanpalende beleidsterreinen en middelen

Er zijn meerdere beleidsterreinen binnen het totale beleidsspectrum van de gemeente waar activiteiten worden ondernomen die ook een positieve invloed hebben op de gezondheid van inwoners in het algemeen en specifieke doelgroepen in het bijzonder. De Wet maatschappelijke ondersteuning dient natuurlijk als belangrijk aanpalend beleidsterrein direct genoemd te worden. Daarnaast zijn onder andere ook de activiteiten binnen de Breedtesport en het Welzijnswerk voor diverse doelgroepen (bv. ouderen, jongeren) een belangrijke factor in het welbevinden en de gezondheid van inwoners. Belangrijk is dat op al deze terreinen beschikbare middelen en kennis in samenhang en integraal worden aangewend om een zo optimaal mogelijke voorzieningenstructuur te realiseren.

Geen regiobudget gezondheidsbeleid

De gemeenten in de regio Arnhem hebben in de beleidsperiode 2008-2011 een regiobudget van € 1,- per inwoner beschikbaar gesteld ten behoeve van de uitvoeringsplannen speerpunten overgewicht, psychische gezondheid en alcoholmatiging jongeren.

Bij de voorbereiding van het regionaal gezondheidsbeleid is er oorspronkelijk van uitgegaan dat er opnieuw met een regiobudget zou worden gewerkt. Dit uitgangspunt is ook opgenomen in de regionale Startnotitie Nota Gezondheidsbeleid 2011-2014.

In de overlegvergadering van de portefeuillehouders van de regiogemeenten op 3 februari 2011 is besloten dit uitgangspunt te verlaten. Reden hiervan is dat niet alle gemeenten bereid zijn om wederom regiobudget ter beschikking te stellen in verband met de taakstelling bezuinigingen.

Voor gemeentelijke activiteiten en (deel)projecten in het kader van het gezondheidsbeleid, die niet vanuit de reguliere middelen kunnen worden gefinancierd, dienen gemeenten afzonderlijk geld beschikbaar te stellen.

Overige middelen

De afzonderlijke gemeenten zetten naast de reguliere middelen ook extra geld in voor aanvullende activiteiten, programma's en/of projecten. Voorbeelden hiervan zijn onder andere maatwerktaken binnen de jeugdgezondheidszorg zoals zorgadviesteams, extra spreekuren van de jeugdarts of jeugdverpleegkundige. Andere voorbeelden zijn preventieve activiteiten die worden georganiseerd op allerlei deelterreinen van het brede gezondheidsbeleid dat kan variëren van huiselijk geweld tot ouderengezondheidszorg.

Zorgverzekeraar

Een aantal activiteiten ter uitvoering van het gezondheidsbeleid kunnen zich lenen voor (mede) financiering vanuit de zorgverzekeraar. Belangrijk is om met deze het overleg aan te gaan en te onderhouden om diverse mogelijkheden op dit terrein te onderzoeken. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan activiteiten met betrekking tot het bestrijden van overgewicht, psychische gezondheid en de uitwerking van de ouderengezondheidszorg.

7. Communicatie

Het doel van de communicatie is dat gezondheid een thema is en blijft in de regio Gelderland-Midden. Door voortdurend in gesprek te blijven met alle partners en doelgroepen over hoe belangrijk een gezonde leefstijl is, kunnen we de uitvoering beter ter hand nemen. Op alle relevante beleidsterreinen zal zorg voor de gezondheid punt van aandacht moeten zijn. Goede communicatie en samenwerking op regionaal niveau, binnen gemeentelijke diensten en met alle betrokken partners dragen bij aan het bewustwordingsproces bij onze inwoners. Initiatieven die op lokaal niveau worden genomen, kunnen voor alle betrokken gemeenten in de regio als voorbeeld dienen. Verschillende middelen kunnen worden ingezet zoals:

1. informatieverstrekking over het gemeentelijk gezondheidsbeleid door middel van publicaties in huis-aan-huisbladen, gemeentegids, folders en internet;
2. informatieverstrekking over gezondheidsaspecten en/of aanbod van gezondheidsinstellingen door middel van folders, een-loket-functie en internet;
3. communicatie met organisaties in de zorg;
4. overleg met gebruikers/cliënten zorgaanbod.

De gemeenten zijn zelf verantwoordelijk voor hun lokale communicatie op het gebied van gezondheidsbeleid.

BIJLAGEN

Bijlage 1 Samenvatting regionale Raadsconferentie

Op woensdag 30 juni 2010 vond in het stadhuis van Arnhem een conferentie plaats over het toekomstige beleid voor gezondheidszorg in de regio (Arnhem, Doesburg, Duiven, Lingewaard, Overbetuwe, Renkum, Rheden, Rijnwaarden, Rozendaal, Westervoort en Zevenaar). Doel was de raadsleden van de regio te informeren en te betrekken bij de ontwikkeling van het nieuwe gezondheidsbeleid.

De avond bestond uit een debat van deskundigen en een discussie over stellingen waar 'de zaal' via stemcomputers op kon reageren. De opkomst was hoog: rond de 110 personen. De raads- en commissieleden en de professionals waren evenredig vertegenwoordigd op de conferentie (36% resp. 33%).

De uitkomsten van de conferentie waren (globaal) als volgt:

Tijdens de conferentie kwam naar voren dat de aanpak van gezondheidsthema's een lange adem vergt. De uitvoering van de projectplannen overgewicht, alcohol en psychische problematiek bij jongeren staat in de steigers. De uitvoering van de huidige speerpunten moet daarom worden voortgezet in het nieuwe beleid. Maak eerst de plannen af alvorens aan nieuwe zaken te beginnen. Voor nieuwe thema's dient het landelijke beleid gevolgd te worden. Naast de jeugd zal de doelgroep ouderen, mede vanwege de Motie Kant, een nieuwe doelgroep van gezondheidsbeleid moeten worden. De collectieve preventie ouderengezondheidsbeleid is vanaf 1 juli 2010 de verantwoordelijkheid van de gemeente. Ook de aanpak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen wordt een nieuwe focus: mensen met een lage sociaal economische status (SES) leven gemiddeld 7 jaar korter en hebben meer ziektejaren dan mensen met een hogere SES.

Daarnaast geven monitorresultaten aan dat er beleid moet komen voor seksuele gezondheid onder jongeren en psychische gezondheid bij volwassenen. Een andere conclusie van het debat was dat regionale samenwerking wordt onderschreven (datgene doen waar je gezamenlijk wat aan hebt en niet allemaal hetzelfde wiel uitvinden), maar dat de lokale inbedding heel belangrijk is. Lokaal ontstaat de beweging: vraaggericht en wijkgericht. Tijdens de conferentie kwam ook naar voren dat de rol van de burger toeneemt. We moeten de burger versterken, niet zijn rol overnemen. Hierbij wordt uitgegaan van de eigen verantwoordelijkheid en kracht van de burger. De burger dient nog meer dan voorheen betrokken te worden bij het nieuwe beleid.

We moeten veel meer toe naar vraaggestuurd werken, een integrale benadering (ook meer samenwerking tussen organisaties). Ook moeten we de resultaten benoemen die we willen behalen. We moeten ons met preventie richten op de mensen met de meeste gezondheidsproblemen: maatwerk en verbinden. Binnen preventie is de leefstijl en leefomgeving van belang. Betrek ook de zorgverzekeraar bij de planvorming.

In het kader van de bezuinigingen bestaan er geen 'heilige huisjes'. Wel bleek uit de uitkomsten van de stellingen dat het overgrote deel het er wel over eens is dat bezuinigen bij gezondheidszorg meer kan kosten dan het oplevert. Maar dit betekent niet dat er niet bezuinigd kan worden. Zoek bijvoorbeeld financiële voordelen in ontschotting en meer samenwerking. Investeer juist aan de voorkant (preventie) om dure zorg aan de achterkant te voorkomen en zet in op daar waar de meeste gezondheidsproblemen zijn. In de bezuinigingsafwegingen is het van belang om niet uit het oog te verliezen dat gezondheidsbeleid duurzaam weggezet moet worden.

Bijlage 2 Wettelijke taken

In de Wet publieke gezondheid zijn de gemeentelijke taken in de Openbare Gezondheidszorg vastgelegd. De uitvoeringstaken infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg zijn tamelijk precies omschreven. Daarnaast bevat de Wpg andere wettelijke taken.

De taken van de gemeente op dit terrein zijn in ieder geval:

- het verwerven van inzicht in de lokale gezondheidssituatie van de bevolking;
- het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;
- gezondheidsbevordering; uitvoering en afstemming van
- bevolkingsonderzoeken;
- het bevorderen van medisch-milieukundige zorg;
- het bevorderen van technische hygiënezorg (o.a. inspectie kindercentra);
- de uitvoering van infectieziektebestrijding
- uitvoering van de jeugdgezondheidszorg
- uitvoering van preventieve zorg aan ouderen

De Wpg maakt het mogelijk dat bij een epidemische dreiging sneller kan worden opgetreden door de burgemeester, bijvoorbeeld door het treffen van preventieve maatregelen.

Ook bevat deze wet de verplichting tot het digitaliseren van jeugdgezondheidsdossiers (Digitaal Dossier)

De wettelijke verplichting voor deze nota is als volgt verankerd in Wet publieke gezondheid:

Artikel 13:

1. Onze Minister stelt elke vier jaar een landelijke nota gezondheidsbeleid en een landelijk programma voor uitvoering van onderzoek vast op het gebied van de publieke gezondheid.
2. De gemeenteraad stelt binnen twee jaar na het verschijnen van de landelijke nota en vervolgens elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast, waarin de raad in ieder geval aangeeft:
 - a) wat de gemeentelijke doelstellingen zijn ter uitvoering van de in de artikelen 2, 5, 5a en 6 genoemde taken,
 - b) welke acties in de bestreken periode worden ondernomen ter realisering van deze doelstellingen,
 - c) welke resultaten de gemeente in die periode wenst te behalen,
 - d) hoe het college van burgemeester en wethouders uitvoering geeft aan de in artikel 16 genoemde verplichting.
3. De gemeenteraad neemt bij het vaststellen van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid in ieder geval de landelijke prioriteiten in acht, zoals opgenomen in de landelijke nota gezondheidsbeleid.

Aan de uitvoering van de wettelijk taken kunnen bij algemene maatregel van bestuur nadere eisen worden gesteld.

Toelichting wettelijke taken gemeente (artikelen 2, 5, 5a en 6, artikelen 14, 15 en 16)

De gemeente moet in haar lokaal gezondheidsbeleid aangeven hoe zij uitvoering geeft aan de hierboven genoemde artikelen.

Hieronder volgt een beknopte opsomming van de taken en de manier waarop de gemeente hier uitvoering aan moet geven:

Wettelijke taak	Uitvoering door:
Artikel 2, lid 1 en 2: Verzamelen gegevens over de gezondheidssituatie bevolking.	VGGM
Artikel 2, lid 3: Bewaken gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen	Gemeente: Uitvoering verschilt per gemeente. Belangrijke taak voor het verbinden van gezondheid aan maatschappelijke determinanten. Deze taak wordt uitgewerkt in de lokale nota.
Artikel 2, lid 4: Bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's	Gemeente: De gemeente voert regie (zorgt dat verbindingen tot stand komen), diverse aanbieders voeren uit. Deze taak wordt uitgewerkt in de lokale nota.
Artikel 2, lid 5: Bevorderen van Medisch Milieukundige Zorg, Technische Hygiënezorg en Psychosociale Hulp bij Rampen.	VGGM
Artikel 5: Jeugdgezondheidszorg	-9 mnd tot 4 jaar wordt uitgevoerd door STMG 4-19 jaar wordt uitgevoerd door VGGM
Artikel 5a: Oudergezondheidszorg	Nieuwe taak. Wordt in de nota uitgebreid toegelicht.
Artikel 6: Infectieziektebestrijding	VGGM
Artikel 14: Instandhouding van gemeentelijke gezondheidsdienst voor alle hierboven genoemde taken m.u.v. artikel 5 en 5a.	De 11 gemeenten in de regio Arnhem houden samen met de 5 gemeenten in de West Veluwe/Vallei regio het gemeenschappelijk orgaan VGGM in stand.
Artikel 15: College van B&W zorgt dat de GGD beschikt over benodigde deskundigheid.	VGGM (via een gemeenschappelijke regeling)
Artikel 16: Gemeente vraagt advies aan de GGD voordat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen hebben voor de publieke gezondheid.	Gemeente Deze taak wordt uitgewerkt in de lokale nota. VGGM/GGD kan ook ongevraagd advies geven.

Artikel 2 Algemene taken publieke gezondheidszorg

Het bevorderen van de samenhang en de continuïteit binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming ervan met de curatieve gezondheidszorg, evenals de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Ter uitvoering hiervan moet het college in ieder geval zorgen voor:

- Inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking, gebaseerd op epidemiologische analyse;
- Het op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens over deze gezondheidssituatie. Dit moet elke vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid.
- Het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen. (Ook bij besluiten op andere beleidsterreinen dan gezondheid en zorg moet rekening worden gehouden met de gevolgen voor de gezondheid van de inwoners. Denk hierbij aan besluiten over de aanleg van een bedrijventerrein, verkeerscirculatieplan, woningbouw of werkgelegenheid);
- Het bijdragen aan de opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van programma's voor gezondheidsbevordering (bijvoorbeeld programma's gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl).
- Het bevorderen van medisch milieukundige zorg, technische hygiënezorg en psychosociale hulp bij rampen⁸.

Artikel 5 Jeugdgezondheidszorg

In de Wpg is de jeugdgezondheidszorg omschreven als: de publieke gezondheidszorg ten behoeve van personen tot negentien jaar.

De wettelijk taken op het gebied van de jeugdgezondheidszorg zijn:

- Het volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen evenals gezondheidsbevorderende en – bedreigende factoren;
- Behoeftte aan zorg ramen;
- Vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen;
- Geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- Maatregelen formuleren om gezondheidsbedreigingen te beïnvloeden.

Artikel 5a Ouderengezondheidszorg

In de Wpg is de ouderengezondheidszorg omschreven als: de publieke gezondheidszorg ten behoeve van personen boven de vijftien jaar.

De wettelijke taken op het gebied van ouderengezondheidszorg zijn:

- Het volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
- Behoeftte aan zorg ramen;
- Vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen als comorbiditeit (het tegelijkertijd hebben van twee of meer stoornissen of aandoeningen bij een patiënt);
- Het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- Maatregelen formuleren om gezondheidsbedreigingen te beïnvloeden.

Artikel 6 Infectieziektebestrijding

Het college draagt zorg voor de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding, waaronder in ieder geval behoort:

- Het nemen van algemene preventieve maatregelen op dit gebied;
- Het bestrijden van tuberculose en seksueel overdraagbare aandoeningen, inclusief bron- en contactopsporing;
- Bron- en contactopsporing bij wettelijk omschreven meldingen (art. 21, 22, 25 en 26).

⁸ Medische milieukunde omvat onderzoek, advisering en signalering op het gebied van milieu en gezondheid, bijvoorbeeld: het binnenmilieu op scholen, kwaliteit van natuurlijk zwembadwater. Technische hygiënezorg gaat over de hygiënezorg voor kindercentra en basisscholen, tatoeage- en piercingstudio's, seks- en relaxhuizen en jeugdhulpverleningsinstellingen.

De burgemeester geeft leiding aan de bestrijding van de epidemie van een infectieziekte in de B- en C- categorieën (omschreven in artikel 1 Wpg), alsook de directe voorbereiding daarop en draagt zorg voor de toepassing van de wettelijk omschreven maatregelen. Alvorens maatregelen te treffen dient de burgemeester advies te vragen aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

Bij infectieziekten in de A-categorie geeft de Minister van VWS via de voorzitter van de Veiligheidsregio leiding aan de bestrijding en de voorbereiding daarop.

Artikel 14

Ter uitvoering van de taken zoals neergelegd in de Wpg draagt het college van burgemeester en wethouders zorg voor de instelling én instandhouding van een gemeentelijke gezondheidsdienst (overigens staat het college vrij om de wettelijke taken op het gebied van de jeugdgezondheidszorg (art. 5, lid 2 a t/m e) geheel of gedeeltelijk over te laten aan een ander dan de gemeentelijke gezondheidsdienst.)

Artikel 15

Het college van burgemeester en wethouders moet ervoor zorgen dat de gemeentelijke gezondheidsdienst beschikt over deskundigen op het terrein van sociale geneeskunde, epidemiologie, sociale verpleegkunde, gezondheidsbevordering en gedragswetenschappen.

Artikel 16

Het college van burgemeester en wethouders vraagt advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst voordat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg.

Bijlage 3 Evaluatie beleidsperiode 2008-2011

Regiobudget

Voor de uitvoering van de speerpunten van de regionale nota Volksgezondheid, Regio Arnhem, 'Geniet! Eet en drink met mate(n)' (2008-2011) is circa € 400.000 door de 11 gemeenten ter beschikking gesteld (€ 1,- per inwoner). De bedoeling van dit regiobudget was om de speerpunten nader uit te werken en uit te voeren. Het budget is ingezet met als doel een gemeenschappelijk basisniveau van interventies in alle gemeenten te krijgen. In de uitvoeringsplannen staan de activiteiten benoemd.

Hieronder de evaluatie van het gevoerde beleid (stand van zaken t/m 31 december 2010) per speerpunt.

Speerpunt overgewicht jeugd

De totstandkoming van het uitvoeringsplan heeft lang op zich laten wachten. De reden hiervan was dat er een regionaal projectleider was aangesteld om alle speerpunten op te starten, echter de opdracht is niet naar wens uitgevoerd waardoor het oorspronkelijke plan bestuurlijk is afgekeurd. VGGM heeft de opdracht gekregen om met een nieuw uitvoeringsplan te komen en dit plan is uiteindelijk door alle gemeenten goedgekeurd.

Gemeenschappelijke uitgangspunten

In alle gemeenten werden al activiteiten uitgevoerd in het kader van de bestrijding van overgewicht. De uitgangssituatie van de afzonderlijke gemeenten was dus verschillend. Om deze reden is besloten om gemeenschappelijke uitgangspunten te formuleren waaraan alle gemeenten moesten (gaan) voldoen.

De in het uitvoeringsplan Overgewicht genoemde interventies moesten alle gemeenten uitvoeren, zodat er sprake is van een gemeenschappelijke basis. Afhankelijk van de lokale situatie konden gemeenten dan zelf nog kiezen voor aanvullende interventies.

Drie pijlers

Het plan bestaat uit een overzicht van de gekozen interventies voor de leeftijdscategorieën: 0-4 jaar, 4-12 jaar en 12-19 jaar. De aanpak van overgewicht rust op drie pijlers: het voorkomen van overgewicht, het tijdig signaleren van overgewicht en de behandeling van kinderen met overgewicht. In het uitvoeringsplan staat bij iedere pijler het meest geschikte aanbod per leeftijdsgroep genoemd. De VGGM fungeert ook als expertisecentrum overgewicht voor de regio en volgt ontwikkelingen op de voet.

Om te voorkomen dat de groep kinderen met overgewicht steeds groter wordt, is het van belang zo vroeg mogelijk in te zetten op primaire preventie. Al in de eerste levensjaren wordt het eet- en beweegpatroon aangeleerd. Het is makkelijker om een gezond eet- en beweeggedrag op jonge leeftijd aan te leren dan ingeslepen gewoontes op volwassen leeftijd af te leren. In de pubertijd zijn kinderen minder ontvankelijk voor boodschappen van volwassenen. Het is essentieel om ouders te betrekken bij preventieve activiteiten rondom overgewicht bij kinderen. De ervaring leert dat ouders van jonge kinderen meer open staan en meer behoefte hebben aan informatie over gezondheidsthema's dan ouders van oudere kinderen.

Bij de primaire preventie hoort ook aandacht voor borstvoeding. Uit onderzoek blijkt dat borstgevoede kinderen minder kans lopen om op latere leeftijd overgewicht te ontwikkelen.

In het plan staan zowel de interventies genoemd die al binnen de structurele middelen worden uitgevoerd als de extra interventies die we op regionale schaal gefaseerd willen invoeren.

Gefaseerde invoering

In 2010 is van start gegaan met de doelgroep 0 tot 4 jaar. De volgende interventies werden ingezet om op het gemeenschappelijk basisniveau te komen:

Interventie 1: het invoeren van het programma Peuterspel (incl. Fit voor Kids) op de peuterspeelzalen in de regio. Uitvoerders zijn: de Gelderse Sportfederatie (GSF) en STMG.

Interventie 2: aan alle kinderdagverblijven in de regio is het programma 'Fit en Vitaal' (incl. ouderbijeenkomst) aangeboden. Deze interventie werd overigens niet bekostigd uit het regiobudget. Ervan werd uitgegaan dat de kinderdagverblijven het zelf kunnen bekostigen. De HAN coördineerde dit programma. Adviseurs waren: GGD regio Nijmegen en Gelderland-Midden, de GSF en het landelijk kenniscentrum overgewicht.

Stand van zaken:

Het programma Peuterspel gecombineerd met Fit voor Kids:

De GSF is samen met de STMG gestart met de invoering van het programma Peuterspel gecombineerd met Fit voor Kids (ouderbijeenkomsten) in de gemeenten waar dat programma (dan wel een soortgelijk programma) nog niet (volledig dekkend) was ingevoerd. Er doen 33 peuterspeelzalen mee aan het programma. De afronding zal plaatsvinden eind 2011.

Het programma Fit en Vitaal op de kinderdagverblijven:

Het programma Fit en Vitaal is ontwikkeld door de HAN. Met dit programma wordt een bijdrage geleverd aan de gezonde leefstijl van kinderen in kinderopvangorganisaties. Er is een projectteam in het leven geroepen die zich bezig houdt met het ontwikkelen van programma's voor kinderopvangorganisaties om de leefstijl van kinderen te bevorderen. Het leefstijlprogramma bestaat onder andere uit leuke, leerzame spelletjes om kinderen spelenderwijs wat bij te brengen over gezonde leefstijl.

Het programma Fit en Vitaal zit nog in een onderzoeksfase. De bedoeling is de effecten van de programma's op de leefstijl van kinderen te onderzoeken.

Stand van zaken:

In de regio Arnhem zijn alle kindercentra (dit zijn er in totaal 253) aangeschreven en hebben de flyer 'Gezond in de Kinderopvang' ontvangen. De gemeenten hebben geen subsidierelatie met de kinderdagverblijven dus er sprake van vrijblijvendheid in deelname. Wel zijn ze vanuit de regionale afspraken benaderd.

De nul-meting is afgerond. De deelnemende kindercentra hebben tussen de nul-meting en de eerste meting één keer per maand nieuwsbrieven ontvangen met wetenswaardigheden over het onderwerp, projectinformatie en nieuwe spelkaarten die toegevoegd konden worden aan de Toolkit's.

Op dit moment is een start gemaakt met de effectmeting (1e meting). In mei 2011 is de statistische analyse uitgevoerd en in juli worden de resultaten gepresenteerd.

Op 3 november 2011 vindt een slotsymposium plaats.

Verder zal er een theoretische onderbouwing worden geschreven om het leefstijlprogramma Fit en Vitaal aan te melden bij het Loket Gezond Leven van het RIVM.

Na afloop van het onderzoek kunnen zich weer nieuwe kindercentra aanmelden voor het programma.

De deelnemende kindercentra uit de regio Gelderland-Midden zijn:

5. SKAR Wereldkinderen Arnhem;
6. SKAR Kraaiennest Elst;
7. SKAR Vulkaaneiland Arnhem;
8. Sam Sammie Heteren
9. De Klompjes Oosterhout
10. Kinderdagverblijf Willemijn Heelsum
11. BSO Willemijn Heelsum
12. De Speelboerderij Renkum

Speerpunt alcoholgebruik jeugd

De "vijf" en de "zes"

In 2007 is een Plan van Aanpak Jongeren, alcohol & drugs 2008-2011 opgesteld naar aanleiding van een regionaal onderzoek naar het alcohol- en drugsgebruik onder jongeren van 12 tot 24 jaar in een deel (zes) van de gemeenten in de regio Arnhem (Duiven, Lingewaard, Overbetuwe, Rijnwaarden, Westervoort en Zevenaar: hierna de "zes").

Dit Plan van Aanpak werd geïnitieerd vanuit het Districtsoverleg Rivierenland en het gemeentelijk jeugd-, veiligheid- en gezondheidsbeleid. Dit project was al gestart, vooruitlopend op de totstandkoming van de regionale nota gezondheidsbeleid.

De overige gemeenten (Arnhem, Rheden, Renkum, Doesburg en Rozendaal: hierna de "vijf") hebben, na vaststelling van de regionale nota gezondheidsbeleid, besloten een gezamenlijk projectplan Alcohol en Jeugd 2010-2012 te ontwikkelen. In dit projectplan wordt aangestuurd op aansluiting op het bovenvermeld project van de andere zes regiogemeenten (District Rivierenland), zodat een eenduidig alcoholbeleid in de hele regio Arnhem wordt verkregen. De beide plannen kennen drie sporen waarop wordt ingezet: Communicatie en Draagvlak, Beleid & Regels en Handhaving en Toezicht.

Doelstelling

Doelstelling in het beleid 2008-2011 is het alcoholgebruik door jongeren onder de 16 jaar tegen te gaan en het schadelijk alcoholgebruik en de daaraan te relateren openbare orde problematiek door jongeren (tot 23 jaar) te verminderen.

Besluitvorming en financiering

'de vijf'

Het project kent een projectgroep, werkgroepen en een stuurgroep. In de stuurgroep vindt de besluitvorming plaats. In dit overleg zitten de burgemeester van de vijf gemeenten, de wethouders Volksgezondheid, de districtscheffs van politie en de officier van justitie.

Voor de uitvoering van het projectplan Alcohol en Jeugd is vanuit het regiobudget € 52.185,- beschikbaar. Daarnaast is er een subsidiebijdrage van de Provincie Gelderland ontvangen van € 200.000,-. Er is een projectleider aangesteld om het project te coördineren. Het project is in september 2010 van start gegaan en loopt door tot in 2012.

'de zes'

Het project kent eveneens een projectgroep en het districtsoverleg politie fungeert als stuurgroep. Het project is in 2008 gestart. Er is een projectleider aangesteld om het project te coördineren.

De uitvoering van het Plan van aanpak Jongeren, alcohol & drugs 2008-2011 is gefinancierd met subsidie van de provincie Gelderland, subsidie van het ministerie BZK/VWS en met door de zes gemeenten voor het project beschikbaar gestelde middelen.

Aangezien de financiering van het project al via deze weg rond was, is het regiobudget niet ingezet voor het speerpunt Alcohol. Dit deel van het regiobudget is geretourneerd aan deze gemeenten. Met de binnen het programma Gezonde Slagkracht verleende subsidie van € 150.000 kan het project worden verlengd tot eind 2012. Het gaat wel om een subsidie waar cofinanciering verplicht is. De gemeenten zullen samen hetzelfde bedrag moeten opbrengen om het project in 2012 voort te kunnen zetten. Besluitvorming hierover binnen de gemeenten vindt in de loop van 2011 plaats.

Activiteiten

Binnen de projecten alcohol zijn diverse activiteiten opgestart. Voor een overzicht en omschrijving hiervan wordt verwezen naar de verslagen die voor de projecten zijn gemaakt.

De activiteiten zijn binnen de projecten regionaal geïnitieerd. De gemeenten zijn op lokaal niveau met een of meerdere gestart. Als succesvolle activiteiten kunnen worden genoemd:

1. Activiteiten op het Voortgezet Onderwijs (VO): op meerdere scholen is 'De gezonde school en genotmiddelen' ingevoerd;
2. Screening JGZ op alcoholgebruik in het reguliere contactmoment van de 2e klas VO en hieraan gekoppeld het geven van advies en informatie op maat;
3. Mysteryguest: de inzet van een mysteryguest draagt bij aan het naleven van de regels op het verstrekken van alcohol;
4. Convenant met sportverenigingen: binnen enkele gemeenten is met sportverenigingen een convenant gesloten met (vrijwillige) afspraken over bijvoorbeeld het niet schenken van alcoholische dranken op zaterdagmorgen aan ouders van jonge sporters;

5. Inzet van 'peers': dit zijn jongeren die met hun leeftijdsgenoten in gesprek gaan over alcohol ('peers' naar het Engelse woord voor 'gelijke'). Ze geven informatie en advies over veiliger gebruik van alcohol. De peers gebruiken informatiemateriaal en hun eigen ervaringen om de boodschap over te brengen. Ze worden voorbereid en professioneel begeleid door IrisZorg om hun voorlichtingstaak goed uit te kunnen voeren.
6. Veldwerk: doel van het veldwerk is in gesprek te komen met de jongeren op straat die alcohol gebruiken, hen voorlichting te geven en zo nodig door te verwijzen.
7. Boete of kanskaart: betreft samenwerking tussen politie, Bureau Halt en Iriszorg waarbij een jongere na een overtreding waarbij alcohol in het spel is, naast een eventuele werkstraf ook een leerstraf (cursus) moet volgen;
8. Communicatie: door veelvuldige communicatie heeft de aandacht voor (overmatig) alcoholgebruik als project bekendheid onder jongeren gekregen en hiermee is tevens een bewustwordingsproces op gang gekomen.
9. Bij een aantal gemeenten zijn de convenanten met de horeca bekeken en hieruit is gebleken dat het harmoniseren van horeca-convenanten wenselijk is. Het gaat daarbij vooral om het deurgebied en het handhaven van de wettelijke regels. Hieraan wordt binnen de huidige beleidsperiode nog aandacht besteed.

Evaluatieonderzoek BBSO 2010 bij de "zes" gemeenten

In opdracht van de deelnemende gemeenten is er door bureau BBSO, na de 0-meting in 2006, begin 2011 opnieuw een onderzoek uitgevoerd naar het gebruik van alcohol en drugs door jongeren in de zes gemeenten. De resultaten van dit onderzoek zijn overwegend positief, namelijk:

- 68% van de jongeren district rivierenland heeft ooit alcohol gedronken t.o.v. 75% in 2006
- 7% van de 12-15 jarigen geeft aan actueel alcohol te hebben gedronken t.o.v. 23% in 2006
- bij jongeren tussen 16 en 20 jaar is in 2010 het actuele alcoholgebruik 69% en bij jongvolwassenen 75%
- het aantal regelmatige drinkers onder de jongeren is afgenomen van 50% in 2006 tot 40% in 2010
- 41% van de jongeren doet aan binge drinken t.o.v. 45% in 2006
- 38% van de ouders vond het volgens de jongeren in 2006 goed dat een 12-15 jr. kind drinkt, in 2010 is dat nog 12% van de ouders
- het thuis indrinken is bij 12-15 jarigen niet gedaald, het thuis indrinken is bij de oudere jeugd populairder geworden dan in 2006.

Er is geen evaluatieonderzoek uitgevoerd van het project van de "vijf" gemeenten.

Conclusie

Gesteld kan worden dat aandacht voor schadelijk alcoholgebruik onder jongeren zeker een bewustwordingsproces op gang heeft gebracht bij jongeren, hun ouders en bij allerlei instellingen zoals scholen, sportverenigingen, supermarkten, horeca. Het is belangrijk dat ouders en genoemde instellingen bewust worden en blijven van hun verantwoordelijkheid hierin.

Blijvende aandacht voor het onderwerp is nodig. Voor het verder terugdringen van de schadelijke invloed van alcohol is een lange adem nodig waarbij herhaling de kracht is.

Na afronding van de projectperiode is het belangrijk dat de aandacht voor schadelijk alcoholgebruik zo veel mogelijk wordt ingebed in regulier beleid op het gebied van jeugd, openbare orde en veiligheid, welzijn, onderwijs en gezondheid.

Speerpunt psychische problematiek jeugd

Psychische problemen zijn een belangrijke oorzaak van ziektelast. Depressie is zowel bij volwassenen als bij jongeren een van de meest voorkomende psychische stoornissen. Uit landelijk onderzoek blijkt dat ongeveer 20% van de jongeren kampt met depressieve gevoelens, die kunnen overgaan in een depressie. Het regionaal onderzoek E-MOVO uitgevoerd door VGGM laat zien dat in de regio Arnhem 6000 van de ongeveer 30.000 jongeren in de leeftijdscategorie 12 t/m 17 jaar (ongeveer 16%) (licht) depressieve klachten hebben.

Inzetten op preventie

Het doel van preventie is voorkomen dat (risico)kinderen of -jongeren op latere leeftijd psychische problemen of stoornissen ontwikkelen. Een belangrijk aspect is het vroegtijdig signaleren van psychische problemen.

Onderzoek laat zien dat bij 11% van de kinderen van 14 maanden sprake is van psychische problematiek. Vroegsignalering levert veel gezondheidswinst op en kan een aanzienlijk deel van de ziektelast voorkomen. Om maximale gezondheidswinst te behalen is het belangrijk zo vroeg mogelijk te interveniëren op zo jong mogelijke leeftijd via opvoedondersteunende programma's.

Een ander belangrijk aspect van preventie is verbetering van de toeleiding naar een (preventief) hulpaanbod. Hierdoor kan voorkomen worden dat problemen verergeren.

De rol van de jeugdgezondheidszorg, omgeving en school is hierin van groot belang.

Bij preventie van psychische problemen onder jongeren is het van belang aandacht te besteden aan de hele leeftijdsfase 0-19 jaar:

- prenataal – 4 jaar
- kinderen in de basisschoolleeftijd (4 – 12 jaar)
- jongeren in het voortgezet onderwijs (12 – 19 jaar)

De interventies

In het projectplan psychische problematiek 2008-2011 is per leeftijdscategorie een passend project aangewezen dat gefinancierd wordt met middelen die tot en met 2011 beschikbaar gesteld zijn via het regiobudget door de gemeenten in de regio Arnhem.

Met behulp van het regiobudget is extra ingezet om ouders/kinderen toe te leiden naar deze cursussen. Tevens is voorlichting en training aan alle betrokken partijen (zoals kraamzorg, huisartsen, jeugdverpleegkundigen) gefinancierd, om hen in staat te stellen depressies sneller te signaleren en de doorgeleiding naar het hulpaanbod te vergemakkelijken. Het betreft de volgende projecten:

1. Moeder Baby Interventie. Vroegtijdige ondersteuning moeders/vaders psychische problemen. De moeder-baby interventie is een effectieve interventie die de kwaliteit van de interactie alsook de hechting tussen moeder/vader en baby verbetert. Dit bevordert een gezonde ontwikkeling van het kind. Tevens wordt de moeder gesteund in haar ouderrol wat kan bijdragen tot verbetering van de geestelijke gezondheid van moeder.
2. Project 'Plezier op School'. Ondersteuning van kwetsbare jongeren bij de overgang naar het voortgezet onderwijs. De tweedaagse cursus 'Plezier op School' is bedoeld voor aanstaande brugklassers die zich op de basisschool niet op het gemak voelen bij leeftijdsgenoten, gepest werden of opzien tegen de overgang naar het middelbaar onderwijs. In de cursus leren de kinderen de kracht van positief denken, contact leggen met andere kinderen, opkomen voor zichzelf, omgaan met pesten en omgaan met spanning.

3. Project 'Positief Gestemd'. Dit betreft een project ter voorkoming van depressies bij jongeren in het Voortgezet Onderwijs. Vroegtijdige ondersteuning van jongeren met lichte of matige depressieve klachten kan voorkomen dat deze jongeren een depressieve stoornis ontwikkelen. Bekend is dat jongeren niet gemakkelijk hulp zoeken voor psychische problemen. Scholen in het voortgezet onderwijs en de GGD spelen een belangrijke rol bij de signalering van lichte of matige depressieve klachten bij jongeren.

De uitvoerders

De uitvoerders van de projecten zijn: De Gelderse Roos/Indigo (werkzaam in de gemeenten Arnhem, Renkum, Rheden, Rozendaal, Lingewaard, Duiven, Westervoort en Overbetuwe) en GGNet (werkzaam in de gemeenten Doesburg, Rijnwaarden, Duiven, Westervoort en Zevenaar).

Stand van zaken

Moeder Baby Interventie

Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt met verwijzers en verwijzprocedures afgesproken, diverse trainingen zijn gevolgd door de uitvoerende instanties en er is voorlichting gegeven aan GGZ-medewerkers, verloskundigen en gynaecologen en andere samenwerkingspartners zoals MEE en Maatschappelijk Werk. Ook zijn huisartsen, jeugdverpleegkundigen en consultatiebureauartsen in de regio Arnhem geïnformeerd over de interventie en hebben foldermateriaal ontvangen voor de ouders. Ook is Rijnstate aangesloten op het project.

In de regio De Liemers (GGnet) is het daadwerkelijke aantal aanmeldingen gestegen volgens de verwachting (40 moeders in periode 2009-2011). Door de Gelderse Roos/Indigo zijn

19 Moeder Baby Interventies uitgevoerd.

"Plezier op School"

Basisscholen in de regio zijn op de hoogte gesteld van het project en ook is aandacht besteed aan regionale acquisitie, zoals persberichten in huis-aan-huis-bladen en op internet. Omroep Gelderland heeft een interview van 20 minuten uitgezonden op de radio.

Resultaten Gelderse Roos/Indigo:

In 2009 hebben 14 kinderen zich aangemeld waarvan 10 kinderen uiteindelijk hebben deelgenomen. De andere kinderen bleken andersoortige problematiek te hebben en hen is ander passend aanbod gedaan. In 2010 heeft de Gelderse Roos/Indigo in totaal

24 aanmeldingen ontvangen. Alle kinderen en ouders hebben een kennismakingsgesprek gehad. In totaal namen 18 kinderen deel. Zes kinderen zijn afgevallen, redenen hiervoor zijn:

1 x aanmelding i.v.m. beperkte motivatie kind, 1 x interne doorverwijzing naar afdeling Jeugd en Jongeren van de Gelderse Roos, 4 x te zware problematiek (deze kinderen waren al in behandeling).

De verwijzingen kwamen via scholen, schoolarts, krant en via eigen organisatie (afdeling Jeugd en Jongeren). Uit de schriftelijke evaluatie blijkt dat de kinderen heel tevreden zijn over de cursus en begeleiding.

Resultaten GGnet

GGnet heeft 12 aanmeldingen gekregen voor de zomer van 2010. Gezien de ondernomen wervingsactiviteiten is dit beneden verwachting. De oorzaak hiervoor is niet met zekerheid aan te wijzen. Mogelijk speelt vervoer naar Zevenaar (locatie van de cursus) een belemmerende rol. Daarnaast is het mogelijk dat mensen uit het randgebied (Duiven, Westervoort) kiezen voor deelname aan dezelfde cursus in Arnhem (Indigo Gelderse Roos).

Een recente ontwikkeling is dat basisscholen vaker intern sociale vaardigheidscursussen aanbieden of dit standaard in het lespakket opnemen. Logischerwijs is hierdoor de behoefte aan externe ondersteuning minder groot. Een andere mogelijke verklaring voor het geringere aantal deelnemers dan verwacht, is de beleidskeuze voor het niet toelaten van kinderen met ontwikkelingsproblematiek zoals een Autisme Spectrum Stoornis of ADHD. De motivatie voor deze keuze is dat een tweedaagse cursus onvoldoende aansluit bij de behoefte van kinderen met gediagnosticeerde problemen in sociale interactie. Geïndiceerde groepscursussen van jeugdzorg sluiten hier beter op aan. Uit ervaring is gebleken dat deze kinderen weinig baat hebben bij de cursus en de cursus in sommige gevallen juist een negatieve invloed kan hebben op het zelfvertrouwen. Deze kinderen merken op dat ze tijdens de cursus niet voldoende aansluiting kunnen vinden bij leeftijdsgenoten. In 2011 wordt er samen met jeugdzorg en mogelijk ook een andere organisatie binnen het netwerk jeugdhulpverlening een vergelijkbare zomercursus speciaal voor kinderen met ontwikkelingsproblematiek ontwikkeld.

"Positief Gestemd" (depressie onder jongeren in het voortgezet onderwijs)

Jongeren met (lichte tot matige) depressieve klachten is een erg moeilijk te bereiken doelgroep. Veel jongeren schamen zich voor hun gevoelens en weten niet met wie of hoe ze hierover moeten praten. De organisatie van de zorg bij scholen verschilt onderling sterk, evenals de tijd en aandacht die hiervoor beschikbaar is.

Resultaten Gelderse Roos/Indigo

In totaal zijn 13 scholen (11 VO en 2 MBO) concreet bereikt met een deel van het preventieve aanbod "Positief Gestemd". Dit is conform de afgesproken doelstelling maar de (voorbereiding tot) uitvoering van de cursus voor de jongere zelf is beperkt tot 4 scholen. Met name op het Lorentz College In Arnhem is nu sprake van een jaarlijks terugkerend aanbod met positieve resultaten. Dit vraagt echter nog steeds veel inzet van de zorgcoördinator op school én van de projectuitvoerders.

Verder heeft De Gelderse Roos gewerkt aan de ontwikkeling van samenwerking op bestuurlijk en directieniveau samen met Quadraam en Samenwerkingsverband VO, zodat op scholen de randvoorwaarden voor de uitvoering aanwezig zijn (onder andere aandacht voor het thema, een goed signaleringssysteem en zorgsysteem voor leerlingen).

Resultaten GGNet

In regio de Liemers zijn er drie scholengemeenschappen die voortgezet onderwijs verzorgen. Daarnaast is er een afdeling van ROC RijnIJssel gevestigd in Zevenaar. Tijdens de wervingscampagne is GGNet opgevallen dat vindplaatsen erg wisselend reageerden op dit project. De benaderde vindplaatsen onderkennen het belang van depressiepreventie bij jongeren. De mate waarin somberheidsklachten bij deze doelgroep momenteel gesignaleerd wordt, is sterk vindplaats- of persoonsgebonden. GGNet heeft in de periode januari 2010 tot januari 2011 minimaal 91 personen die direct of indirect met jongeren werken bereikt. Het aantal bereikte intermediairen is volgens verwachting.

Er zijn negen informatievragen binnengekomen van ouders van jongeren voor deze cursus. Het totaal aantal aanmeldingen is beneden verwachting.

Bekend is dat aan de cursussen sociale vaardigheden die GGNet Preventie verzorgt ook regelmatig jongeren deelnemen die kampen met (lichte) depressieve klachten. Per jaar volgen er gemiddeld 35 jongeren tussen 12 en 21 jaar een sociale vaardigheidscursus bij GGNet Preventie. Gebrekkige sociale vaardigheden kunnen leiden tot somberheid en/of een negatief zelfbeeld. Het aanreiken van handvatten voor het leggen en onderhouden van contact is eveneens een vorm van depressiepreventie. Via het project 'Depressie onder jongeren' zijn jongeren mogelijk alert gemaakt op en gemotiveerd geraakt voor het aanpakken van hun (psychische) problemen via een sociale vaardigheidscursus.

Speerpunt Ketenaanpak

Er was aanvankelijk een vierde speerpunt benoemd namelijk “Versterking Ketenaanpak Jeugdgezondheidszorg”. De doelstellingen waren als volgt:

- Een zorgvuldige implementatie van het EKD en de Verwijsindex;
- Vanuit de jeugdgezondheidszorg bijdragen aan het realiseren van een ketenaanpak voor jeugdgezondheidszorg, jeugdwelzijn en jeugdbeleid, waarmee we willen bereiken dat kinderen en ouders effectief ondersteund worden bij het oplossen van gezondheidsproblemen.

Stand van zaken

De Verwijsindex en het Elektronisch Kinddossier, nu geheten het Digitaal Dossier JGZ, zijn ingevoerd. Met de komst van de regionale backoffice CJG en de frontoffices in alle gemeenten is de ketenaanpak aanzienlijk versterkt. De ontwikkelingen worden gevolgd en gemonitord om te bezien of er geen witte vlekken ontstaan in de keten JGZ. In het portefeuillehoudersoverleg VGZ is besloten om het regiobudget wat bestemd was voor het speerpunt Ketenaanpak gedeeltelijk in te zetten voor de bestuurlijke verkenning Integrale Jeugdgezondheidszorg.

Bijlage 4 Meest opvallende punten uit de monitors

E-MOVO (2007)

Jongeren waarderen hun gezondheid over het algemeen positief. Maar hun leefstijl voldoet niet aan de norm voor gezond gedrag. Gezondheidsproblemen zijn vaak een optelsom van ongezond gedrag in het verleden. Dit betekent dat deze jongeren over een aantal jaren de negatieve gevolgen van hun leefstijl terug gaan zien in een slechtere gezondheid.

De volgende aandachtspunten zijn van belang:

- Tweederde van de jongeren eet niet voldoende groenten en fruit;
- Hoewel jongeren minder zijn gaan drinken gebruikt toch bijna de helft nog regelmatig alcohol;
- Eén op de tien leerlingen rookt dagelijks, vooral op school;
- 16% van de jongeren kampt met depressieve gevoelens;
- 44% van de seksueel actieve jongeren gebruikt niet altijd een condoom;
- Homoseksualiteit is nog verre van geaccepteerd. Dit kan problemen opleveren voor jongeren die op de eigen sekse vallen;
- Het aantal jongeren met ongewenste seksuele ervaringen is bijna verdubbeld;
- 7% van de jongeren heeft een internetverslaving en 30% van de jongeren zit meer dan 15 uur per week privé op internet;
- Vrijwel alle problematiek komt in grotere mate voor onder VMBO leerlingen dan onder HAVO/VWO leerlingen.

Monitor Volwassenen (2008)

Ook de volwassenen waarderen hun gezondheid positief. Toch zijn er gezondheidsproblemen te melden. Deze wijken niet veel af van het landelijk gemiddelde maar bieden wel aanknopingspunten om gezondheidswinst te behalen.

- Gemiddeld 43% van de volwassenen heeft overgewicht;
- Eén op de tien volwassenen heeft een te hoge bloeddruk;
- Eén op de tien volwassenen is psychisch ongezond, een derde van de volwassenen loopt risico op een depressie of een angststoornis;
- Genotmiddelen: 90% consumeert alcohol, waarvan 10% overmatig. Een kwart rookt;
- 40% van de volwassenen wil afvallen;
- 36% van de volwassenen is matig of ernstig eenzaam;
- Eén op de tien mensen is weleens slachtoffer (geweest) van huiselijk geweld;
- Eén vijfde geeft aan dat er onveilige plekken in de buurt zijn en 15% voelt zich 's avonds en 's nachts onveilig;
- Een kwart van de mensen ervaart geluidsoverlast, vooral door brommers en burens;
- Ruim de helft van de mensen ventileert zijn of haar woning niet goed waardoor gezondheidsklachten kunnen ontstaan.

Kindermonitor (2009)

- Van de ouders in de VGGM-regio geeft 95% aan dat de gezondheid van hun kind goed tot heel goed is;
- De kwaliteit van leven wordt wat lager beoordeeld: 13% noemt dit laag, 35% vindt het gemiddeld;
- Een derde van de kinderen is gepest in de afgelopen drie maanden. Dit gebeurt meestal op school;
- 15% van de gezinnen heeft moeite met rondkomen en gaat door geldgebrek niet op vakantie of dagjes uit. Bijna één op de tien gezinnen melden dat hun kind uit geldgebrek niet naar sportclub of –vereniging gaat;

- Bijna driekwart van de ouders praat weleens over opvoedingsproblemen met familie en vrienden;
- Ruim de helft van de gezinnen (57%) wil hulp of advies ontvangen van het consultatiebureau, 16% van de schoolarts en 29% van een opvoeddeskundige;
- Hoewel bijna 100% van de kinderen dagelijks ontbijt, eet iets meer dan de helft dagelijks fruit en minder dan de helft dagelijks groente. Een kwart van de kinderen beweegt te weinig;
- Ouders schatten het gewicht van hun kinderen niet altijd realistisch in: het onderzoek wijst uit dat 68% van de kinderen een normaal gewicht heeft terwijl 86% van de ouders aangeeft dat hun kind een normaal gewicht heeft;
- Eén op de tien moeders heeft tijdens de zwangerschap gerookt, 7% dronk alcohol. Dit percentage ligt hoger onder laag opgeleide moeders;
- 32% van de ouders vindt het acceptabel dat een kind onder de 16 jaar af en toe alcohol drinkt. Een heel glas of zelfs meerdere glazen wordt veel minder geaccepteerd (respectievelijk 5% en 0%);
- Bijna de helft van de ouders drinkt heel soms tot vaak alcohol in het bijzijn van het kind.

Ouderenmonitor (2010)

- Ruim driekwart van de 65-plussers in Gelderland-Midden is laag-opgeleid, 16% krijgt alleen AOW en één op de tien heeft moeite met rondkomen.
- Een derde van de ouderen woont alleen.
- Vijfenzeventig plussers, vrouwen en alleenstaanden hebben een slechtere gezondheid dan gemiddeld;
- Bijna een derde van de 65-plussers heeft één of meer lichamelijke beperkingen; een kwart van de ouderen is beperkt in hun mobiliteit;
- 14% van de ouderen zegt geen regie over eigen leven te hebben;
- De belangrijkste gezondheidsproblemen zijn: vallen, overgewicht, eenzaamheid en psychische ongezondheid;
- Ouderen ontvangen niet alleen mantelzorg, ze geven het even vaak. Belangrijkste zorgverlening is hulp in de huishouding;
- De belangrijkste zorgverlener is de huisarts;
- Ruim een kwart van de 65-plussers kent het WMO-loket niet. Nog eens een kwart vindt de voorziening te ver weg.

Overgewichtgegevens per gemeente (maart 2011)

Overgewicht 5, 6 jarigen	Arnhem	Doesburg	Duiven	Lingewaard	Overbetuwe	Renkum	Rheden	Rozendaal	Rijnwaarden	Westervoort	Zevenaar		Totaal
N=	1560	103	277	467	554	243	426	5	158	141	333		6988
Normaal gewicht (%)	88	96	89	85	91	87	86	80	79	88	86		88
Overgewicht (%)	9	4	10	11	7	11	11	20	17	9	10		9
Ernstig overgewicht (%)	3	0	1	4	2	2	3	0	4	3	4		3

Overgewicht 10, 11 jarigen	Arnhem	Doesburg	Duiven	Lingewaard	Overbetuwe	Renkum	Rheden	Rozendaal	Rijnwaarden	Westervoort	Zevenaar		Totaal
N=	1447	100	348	553	601	307	408	15	169	171	298		7206
Normaal gewicht (%)	84	84	87	84	83	87	85	80	85	86	84		85
Overgewicht (%)	13	11	12	14	15	12	13	20	12	12	14		13
Ernstig overgewicht (%)	3	5	1	2	2	1	2	0	3	2	2		2

Overgewicht 13, 14 jarigen	Arnhem	Doesburg	Duiven	Lingewaard	Overbetuwe	Renkum	Rheden	Rozendaal	Rijnwaarden	Westervoort	Zevenaar		Totaal
N=	960	51	297	389	362	266	361	14	85	158	280		5617
Normaal gewicht (%)	80	72	85	85	77	91	84	86	87	87	84		84
Overgewicht (%)	16	22	11	13	18	8	12	14	13	10	13		13
Ernstig overgewicht (%)	4	6	4	2	5	1	4	0	0	3	3		3