Samenwerken aan gezond leven in Dalfsen

Lokaal Gezondheidsbeleid 2007 – 2011
met daarin opgenomen de regionale preventienota
“Samenwerken aan gezond leven”

Inhoudsopgave 'Samenwerken aan gezond leven in Dalfsen .

Inleiding en Leeswijzer 3

Doelstellingen Preventie Nota..... 4

Deel 1 Lokale speerpunten 5
1 Overgewicht 5
2 Alcoholgebruik..... 5
3 Depressie 6
4 Jeugdgezondheidszorg..... 6
5 Infectieziekten, Sodabestrijding 7
6 Milieu en gezondheid, binnenmilieu op scholen 7
7 Roken 7

Deel 2 regionale preventienota
1. Regionaal en Gemeentelijk Gezondheidsbeleid..... 9
1.1. Inleiding 9
1.2. Proces 9
1.3. Doelstelling..... 9
1.4. Opbouw/Handleiding..... 10

2. Uitgangspunten..... 11
2.1. WCPV en verdeling van verantwoordelijkheden..... 11
2.1.1. WCPV 11
2.1.2. Van landelijk naar lokaal beleid..... 11
2.1.3. Gemeenten..... 12
2.2. Gedeelde verantwoordelijkheden 12
2.2.1. Inwoners regio IJssel-Vecht 12
2.2.2. Provincie..... 12
2.2.3. Zorgverzekeraars 13
2.2.4. Zorgaanbieders 13
2.3. Aansluiting Wmo 13
2.4. Benadering doelgroepen..... 14
2.5. Hoe bereiken we de doelgroepen 15

3. Samenwerken aan gezond leven..... 16
Doelstellingen 16
3.1. Overgewicht (inclusief diabetes type 2) 18
3.2. Alcoholgebruik..... 20
3.3. Depressie bij ouderen 22
3.4. Jeugdgezondheidszorg en regionaal jeugdgezondheidsbeleid..... 24
3.4.1. Speerpunt psychosociale problematiek bij jongeren..... 24
3.4.2. Speerpunt opvoedingsproblematiek..... 26
3.4.3. Integrale Jeugdgezondheidszorg en centra voor jeugd en gezin 27
3.4.4. Ambities..... 28
3.4.5. Regionaal plan van aanpak..... 28
3.5. Infectieziekten: SOA bestrijding 30
3.6. Milieu en gezondheid; binnenmilieu op scholen en in woningen..... 32
3.7. Roken..... 33

4. Financieel overzicht..... 34
4.1. Inleiding..... 34
4.2. Informatiebronnen en hun begroting..... 34
4.3. Begroting voor de planperiode 2007 - 2011..... 35

5. Samenvatting/Conclusie 38

Bijlagen..... 40
Afkortingen 41
Bronnen..... 42
Kerntaken WCPV.....44

Inleiding en leeswijzer

Inleiding

Voor u ligt de nota lokaal gezondheidsbeleid 2007-2011 voor de gemeente Dalfsen. In 2002 verscheen de eerste nota lokaal gezondheidsbeleid. Deze eerste nota was een uitgebreide, brede nota waarin ontwikkelingen, aanbod en beleid op het gebied van preventief gezondheidsbeleid zijn beschreven.

Inmiddels is het tijd voor een tweede nota voor de periode 2007-2011. Omdat de visie op gezondheidsbeleid niet wezenlijk aan veranderingen onderhevig is, wordt in deze nota met name ingegaan op de speerpunten van het beleid. Daarmee wordt aangesloten op de speerpunten uit de rijkspreventienota die eind 2006 door minister Hoogervorst is uitgebracht.

Het beschermen en bevorderen van de gezondheid van inwoners van Dalfsen is een belangrijke gemeentelijke taak. Sinds de wijziging van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) per 2003 is deze verantwoordelijkheid geëxpliciteerd. In de gewijzigde wet is helder omschreven wat gemeenten moeten doen op het terrein van de openbare gezondheidszorg. De vernieuwde wet schrijft ook voor dat de gemeenteraad iedere vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid vast stelt, waarin wordt aangegeven hoe uitvoering wordt gegeven aan het gemeentelijke gezondheidsbeleid.

De gemeente speelt een belangrijke rol bij de bevordering van de gezondheid van haar inwoners. Zij kent de lokale situatie, kan maatwerk bieden en heeft de mogelijkheid om verbindingen te leggen tussen de verschillende beleidsterreinen. Denk daarbij bijvoorbeeld aan de Wet maatschappelijke ondersteuning, aan welzijns- en sportbeleid en dergelijke.
De hoofddoelstellingen van het lokaal gezondheidsbeleid kunnen kort omschreven worden als het stimuleren van gezond gedrag en het verkleinen van gezondheidsverschillen.
Het gaat er niet alleen om dat mensen gezond *zijn,* maar ook dat ze zich gezond *voelen*. Pas dan kunnen mensen een actief sociaal maatschappelijk leven leiden en zo optimaal mogelijk participeren in de samenleving. Dit wensen wij alle inwoners toe.

Hoe hard wij als gemeente ook ons best doen, het is een illusie om te denken dat gezondheidsbeleid alle gezondheidsproblemen op kan lossen. Gezondheid, en zeker ervaren gezondheid, wordt beïnvloed door een complex geheel van factoren dat ook nog eens per individu verschilt. Wij gaan dus niet alle gezondheidsproblemen van onze inwoners oplossen, maar we willen wel stimuleren dat er kansen en mogelijkheden zijn om de eigen gezondheid te verbeteren.

Wij verwachten anderzijds van burgers in Dalfsen dat ze zich in toenemende mate bewust worden van de effecten van hun gedrag op de eigen gezondheid en daarin ook een eigen verantwoordelijkheid nemen. Als gemeente voeren wij de regie over de openbare gezondheidszorg, dat is het deel van de gezondheidszorg dat zich bezig houdt met het voorkómen van ziekten en de bevordering van de gezondheid van burgers. Deze regie stemmen wij daar waar mogelijk af in regionaal verband met andere gemeenten in de (GGD-)regio IJssel-Vecht.
Gemeentelijk of lokaal gezondheidsbeleid heeft géén zeggenschap over de curatieve gezondheidszorg, zoals huisartsen en ziekenhuizen. Die taken behoren tot het domein van de rijksoverheid.

Leeswijzer

De nota bestaat uit twee delen. Het tweede deel bevat uit de integrale regionale preventienota gezondheidsbeleid 2007-2011, zoals die door de gezamenlijke gemeenten in de GGD-regio IJssel-Vecht is opgesteld en in het portefeuillehouderoverleg is vastgesteld. Het eerste deel wordt gevormd door de lokale beleidsaccenten voor de gemeente Dalfsen in de periode 2007-2011. In dit eerste deel wordt de opbouw van het tweede deel gevolgd en wordt per thema aangegeven welke beleidsaccenten in Dalfsen gelegd worden.
Voor deze opbouw is gekozen, omdat uit de beschikbare gegevens blijkt, zoals bijvoorbeeld gepubliceerd in de diverse gezondheidsmonitoren van de GGD, dat de gemiddelde gezondheid van de inwoners van Dalfsen zo goed als overeenkomt met die van de inwoners van de regio. Dit betekent dat de gegevens geen aanleiding geven om specifiek voor Dalfsen andere speerpunten te bepalen dan in de regionale preventienota zijn opgenomen. Deze speerpunten sluiten bovendien aan op de speerpunten die in de rijkspreventienota zijn opgenomen.
Omdat argumentatie en toelichting bij de speerpunten voor het overgrote deel overeenkomt met de regionale preventie nota, is de keuze gemaakt om deze integraal onderdeel te maken van de lokale nota, waarbij in het eerste, lokale, deel, de relatie wordt aangegeven met bestaande en voorgenomen

beleidsplannen in de gemeente Dalfsen en de mate waarin de regionale speerpunten in Dalfsen worden overgenomen. Beide delen moeten dan ook in relatie tot elkaar worden gelezen. Daarbij spreken hoofdstuk 1 en 2 van de regionale preventie nota voor zich. In deze hoofdstukken worden het proces waarin de regionale nota tot stand is gekomen en de uitgangspunten beschreven.

Doelstellingen preventie nota

De speerpunten hebben elk een andere voorgeschiedenis wat betreft het preventiebeleid. Voor een aantal thema's geven we SMART- geformuleerde doelstellingen, voor een relatief nieuw thema als depressie is dat minder eenvoudig. De uitwerking van elk speerpunt is als bijlage opgenomen. De doelstellingen per speerpunt voor de komende jaren zijn:

Overgewicht:

- Het regionale percentage jeugdigen met overgewicht moet in 2011 lager zijn dan 19%. Het percentage jongeren (12-24 jaar) in Dalfsen met overgewicht is ten hoogste 14%.aan het eind van de beleidsperiode
- Het regionale percentage volwassenen met overgewicht mag in 2011 niet toegenomen zijn ten opzichte van het landelijke percentage volwassenen met overgewicht in 2006, namelijk 50%.

Alcoholgebruik:

- De omvang van de groep jongeren in de leeftijd van 10-24 jaar die drinkt, zal in 2011 niet groter zijn dan in 2003.
- De startleeftijd waarop voor het eerst alcohol gedronken wordt zal in 2011 niet lager zijn dan in 2003.
- De totale consumptie van alcohol door de groep 10-24 jarigen neemt in 2011 niet toe ten opzichte van 2003.

Depressie bij ouderen:

- De urgentie van het probleem *depressie en eenzaamheid bij ouderen* onder de aandacht brengen van de betrokken regionale en lokale partijen.
- Het inzichtelijk maken van hiaten en knelpunten in de zorgketen rondom depressiepreventie bij ouderen met als uiteindelijk doel:
- De ketenzorg sluitend maken en het bereik van preventieve interventies te verhogen en eenzaamheid en depressie onder ouderen terug te dringen.

Jeugdgezondheidszorg:

- Verbeteren van vroegsignalering en vroegtijdig ingrijpen bij psychosociale problemen bij jongeren: op 50% van de scholen voor VO en MBO is in 2011 een ziekteverzuimprotocol ingevoerd en houden jeugdartsen spreekuren om te begeleiden bij zorgwekkend ziekteverzuim.
- Het percentage ouders dat niet weet waar ze met hun vragen over opvoedings-en/of gedragsproblemen terecht kunnen is gedaald van 20% in 2006 naar 5% in 2011. (Kindermonitor GGD Regio IJssel-Vecht)
- Het plan "geschakelde opvoedingsondersteuning" is geïmplementeerd in 2009
- Realiseren van een centrum voor jeugd en gezin in alle gemeenten en/of wijken.

Infectieziekten, SOA bestrijding:

- Het voortzetten en uitbreiden van preventieve en curatieve activiteiten met als doel het aantal SOA' s terug te dringen.

Medische milieukunde; Binnenmilieu op scholen en in woningen

- Het voortzetten van preventieve activiteiten in de vorm van voorlichting en advies met als doel een toename in het aantal frisse en gezonde binnenmilieus op scholen en in woningen.

Deel 1 Lokale speerpunten

In dit hoofdstuk wordt beknopt ingegaan op de lokale speerpunten op het gebied van gezondheid in de gemeente Dalfsen. Zoals aangegeven sluit Dalfsen aan bij de regionale nota. Dit betekent dat dezelfde speerpunten aan de orde komen. In dit deel wordt de relatie met lokale beleidsuitvoering gelegd en wordt verwezen naar beleid op verschillende terreinen waaraan uitvoering wordt gegeven. De doelstellingen zijn, daar waar mogelijk, overgenomen uit de regionale preventienota.

1 Overgewicht
Het aantal mensen met overgewicht in Nederland stijgt de laatste jaren enorm. Naast een verstoorde energiebalans, teveel energie-inname en te weinig energieverbruik, speelt de leefomgeving een grote rol. In deze leefomgeving is het eenvoudig om weinig te bewegen en veel (en ongezond) te eten. De gezondheidsrisico's van overgewicht zijn groot. Er is een verhoogde kans op het ontwikkelen van diabetes type II, hart- en vaatziekten en aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat. Mensen met overgewicht hebben vaker een negatief zelfbeeld en vooral jongeren met overgewicht lopen meer kans om gepest te worden. Het is vanzelfsprekend dat het gezondheidsprobleem landelijk, regionaal en lokaal hoog op de agenda staat en aangepakt wordt.

Het percentage jongeren met overgewicht in Dalfsen was in 2004 14% (gezondheidmonitor 12-24 jaar, 2004). Dit percentage ligt daarmee lager dan het regionale percentage van 16 %. Hoewel dit percentage lager ligt sluit Dalfsen toch volledig aan bij het speerpunt overgewicht bij jongeren in de regionale nota. De tendens van stijging in overgewicht die landelijk zichtbaar is, zal niet aan Dalfsen voorbijgaan. Het doel van de inzet is om deze tendens te keren. Om die reden wordt als doelstelling voor Dalfsen ingezet op het gelijk blijven van het percentage van 14 % aan het eind van de beleidsperiode.

Bij de uitvoering hebben de instellingen voor jeugdgezondheidszorg een belangrijke taak. De aandacht richt zich daarbij niet alleen op de jongeren in de genoemde leeftijdsgroep, maar ook op de inwoners van 0-12 jaar en hun ouders. De basis voor een gezond eet- en bewegingspatroon kan immers het best bij de jeugd gelegd worden. In het basistakenpakket van de jeugdgezondheidszorg wordt een signaleringsprotocol ingevoerd, dat bij het periodiek onderzoek van leerlingen in groep 2 wordt gebruikt. Wanneer een verhoogd risico op overgewicht wordt gesignaleerd worden aan de ouders adviezen verstrekt over gezond opgroeien in relatie tot leefgewoonten en voedingspatroon.

Beleidsmatig speelt de gemeente Dalfsen hier op in door het stimuleren van sport en bewegen. Dit is bijvoorbeeld vastgelegd in de beleidsnota "Op uw gezondheid, beleidsnotitie over sport, gezondheid en het nut van bewegen in de gemeente Dalfsen" van mei 2007. Het gaat daarbij niet alleen om jeugdigen; het beleid is ook gericht op andere inwoners van Dalfsen.

Door een aantal basisscholen in Dalfsen wordt, bijvoorbeeld in projectvorm, aandacht besteed aan gezonde voeding. In het verleden is hiertoe bijvoorbeeld gebruik gemaakt van projecten van de GGD. Op diverse plaatsen in het land wordt uitvoering gegeven aan pilotprojecten op het gebied van beweeg- en eetgedrag. Op basis van de resultaten die in 2008 worden verwacht wordt besloten of dergelijke projecten aan het basistakenpakket van de jgz (Jeugdgezondheidszorg) worden toegevoegd. Wij zullen deze ontwikkeling volgen en bij positieve resultaten in Dalfsen invoeren en stimuleren bij de scholen. Wanneer dit in het basistakenpakket wordt opgenomen hoeven hiervoor geen middelen te worden begroot. Wanneer deze pilots niet tot resultaat leiden (binnen het basistakenpakket) worden andere projecten ontwikkelt gericht op beweeg- en eetgedrag.

2 Alcoholgebruik
Alcoholgebruik onder jongeren neemt de afgelopen jaren sterk toe. Nederlandse jongeren behoren tot de stevigste drinkers van Europa. Behalve een toename in het gebruik van alcohol, wordt ook de leeftijd waarop de jongeren beginnen met drinken steeds lager. Daarnaast zijn ouders steeds toleranter geworden over het (toenemende) drankgebruik van hun kinderen.
Deze ontwikkelingen waren voor de gemeente Dalfsen aanleiding voor het ontwikkelen van beleid gericht op alcoholmatiging bij jongeren in de beleidsnota "Mag ik ook een slokje" van mei 2006. Op basis van deze nota zijn zowel lokaal als regionaal activiteiten gestart, gericht op het terugdringen van het alcoholgebruik door jongeren. In september 2007 verscheen het regionale alcoholmatigings-programma jeugd 2007-2011, "Minder drank, Meer scoren" De doelstellingen van het lokale én regionale programma zijn geformuleerd voor dezelfde beleidsperiode als deze nota lokaal gezondheidsbeleid. Kortheidshalve wordt voor het volledige overzicht van activiteiten en doelstellingen verwezen naar de genoemde nota's.

In de jeugdgezondheidsmonitor 0-12 jarigen (september 2006) wordt geconstateerd dat de tolerantie van ouders ten opzichte van alcoholgebruik bij nog opgroeiende kinderen groot is. Jongeren blijken op steeds jongere leeftijd alcohol te gaan drinken. De gezondheidsrisico's die dit met zich mee brengt zijn groot. Om die reden wordt de doelstelling uit de regionale nota hier naar voren gehaald. De startleeftijd waarop voor het eerst alcohol wordt gedronken zal niet lager zijn dan in 2007.
Bij dit speerpunt, alcoholgebruik, continueren wij in deze beleidsperiode onze inzet op het gebied van alcoholmatiging en ketenbeleid, met de doestellingen zoals vastgelegd in lokale en regionale beleidsnota's

3 Depressie
Depressies worden gerekend tot de stemmingsstoornissen en treden in verschillende vormen op. De belangrijkste symptomen van depressie zijn een aanhoudende neerslachtige stemming en een ernstig verlies aan interesse in bijna alle dagelijkse activiteiten, gedurende minimaal twee weken. De neerslachtigheid bij depressie is heviger dan 'gewone' neerslachtigheid en klaart na een paar dagen niet vanzelf op. Daarnaast treden minstens vier van de volgende symptomen op: slaapstoornissen, moeheid en lusteloosheid, eetproblemen, problemen met concentratie en denken, schuldgevoelens, nihilistische gevoelens, piekeren over de dood en zelfdoding.
De gezondheidsrisico's bij depressie zijn groot. Mensen met een depressieve stoornis zijn ernstig beperkt in hun sociaal en maatschappelijk functioneren. Bij ouderen zijn chronische ziekten, eenzaamheid en ingrijpende levensgebeurtenissen, zoals het verlies van een partner, belangrijke risicofactoren. Dat de risico's groter worden naarmate de leeftijd stijgt is dan ook voorspelbaar.

Uit de gezondheidmonitor 65+ (GGD, 2007) blijkt dat het aantal ouderen in Dalfsen dat in meer of mindere mate hinderlijk last heeft van eenzaamheid lager ligt dan gemiddeld in de regio. Dit geldt ook voor het percentage ouderen met depressieve klachten.
Deze lagere percentages zijn voor ons aanleiding om geen specifieke speerpunten of beleids-voornemens uit te spreken voor deze beleidsperiode. Vanzelfsprekend wordt wel aangesloten bij het plan van aanpak dat in de regionale preventienota is beschreven.
Eén van de doelen die in de regionale nota is opgenomen is het werken aan een ondersteunende en gezonde omgeving. Deze opdracht past goed in het beleidskader Wmo dat in het voorjaar 2008 moet worden vastgesteld. Woonservicezones krijgen daarin een specifieke plaats. Inrichting hiervan kan een belangrijke rol spelen bij het welbevinden van ouderen. Ook in andere opzichten speelt de Wmo een rol waar het erom gaat burgers te laten meedoen met de samenleving. Juist waar naast medische aspecten ook sociale componenten van invloed zijn op het welbevinden van burgers legt het beleidskader Wmo hier een basis voor.
Naast activiteiten van Riagg en GGD, die in de regionale preventienota worden genoemd, wordt in dit verband ook gewezen op de activiteiten van de lokale stichtingen welzijn ouderen, die een belangrijke taak vervullen, bijvoorbeeld door de huisbezoeken aan ouderen.
De inzet en ondersteuning op gebied van ouderen wordt in deze beleidsperiode voortgezet. Daarnaast wordt aangesloten bij de regionale actie en speerpunten.

4 Jeugdgezondheidszorg
Sinds 2003 gaat landelijk en in de regio IJssel-Vecht veel aandacht uit naar het samenbrengen van de Jeugdgezondheidszorg van 0 tot 19 jaar. Opvoedingsondersteuning, zorg voor evenwichtig opgroeien en de zorg voor het psychosociale welzijn van jongeren zijn belangrijke thema's.
Tijdens het proces van samen optrekken is duidelijk geworden dat de jeugdgezondheidszorg een centrale rol moet spelen in de ondersteuning van ouders bij de opvoeding en het opgroeien van kinderen en jongeren. Al snel werd ook duidelijk dat het voor ouders, kinderen en jongeren beter is wanneer de JGZ op één plaats binnen een wijk of dorp aanwezig is en één gezicht naar buiten heeft. Dit is de plaats waar professionele hulpverleners samenwerken en van waaruit zij contacten hebben met scholen, huisartsen en allerlei andere betrokkenen. In Dalfsen is dit gerealiseerd in de pilot jeugdgezondheidsplein.
Aan het speerpunt jeugdgezondheidszorg in de regionale preventienota hechten wij groot belang. In de nota wordt daarbij ingegaan op een drietal aandachtsgebieden bij jongeren: Psychosociale problematiek, opvoedingsproblematiek en integrale jeugdgezondheidszorg (Centrum voor Jeugd en Gezin). De Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) worden landelijk gezien als een inhoudelijke invulling op de twee andere aandachtsgebieden.
Het jeugdgezondheidsplein (jgz-plein) in Dalfsen, waarin Carinova en de GGD samen invulling geven aan de integrale jeugdgezondheidszorg, is inmiddels in de regio benoemd tot één van pilots in de ontwikkeling van de Centra voor Jeugd en Gezin. Voor de verdere ontwikkeling van het jgz-plein wordt naast de regionale visie een lokaal plan van aanpak opgesteld. In het voorjaar van 2008 moet op basis hiervan de ontwikkeling van de huidige opzet naar een CJG duidelijk zijn. Het CJG wordt een

belangrijke laagdrempelige voorziening waar ouders en jeugdigen met vragen over opvoeden en opgroeien terecht kunnen.
Het thema jeugdzorg staat in deze beleidsperiode op meerdere agenda's. Naast de genoemde visieontwikkeling op de centra voor Jeugd en Gezin, moet de gemeente volgens de Wmo aandacht besteden aan "op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen en ouders" prestatieveld 2). In het beleidskader Wmo dat in het voorjaar van 2008 aan de gemeenteraad wordt voorgelegd, is dit terug te vinden in de uitwerking van het thema "opgroeien en opvoeden". Bij dit thema worden beleidsdoelen en ambities voor de periode 2008-2011 vastgelegd. Voor dit moment volstaan wij met het verwijzen naar dit beleidskader voor de formulering en vaststelling van concrete beleidsdoelstellingen in deze periode.

Daarnaast kan een aantal lopende projecten worden genoemd die bijdragen aan verminderen van psychosociale problematiek en opvoedingsproblematiek:

- het Kansnetwerk (beleid- en preventie) bewijst zijn bestaansrecht door afstemming tussen organisaties en individuele medewerkers. Ontwikkelingen als de kalender met een overzicht van het aanbod aan opvoedingsondersteuning in de gemeente heeft een duidelijke ondersteunende functie
- Dalfsen geeft uitvoering aan of gaat uitvoering geven aan ontwikkeling als: gezinscoaching; sova(sociale vaardigheids)trainingen, Triple-P (opvoedingsondersteuningsmethodiek). Uitwerking van deze ontwikkelingen (en andere projecten) in samenhang met elkaar wordt bij de verdere ontwikkeling van de integrale jgz opgepakt. Daarbij worden ook de financiële consequenties in beeld gebracht. (voorjaar 2008)
- de (structurele) inzet van ambulant maatschappelijk jongerenwerk kan in dit verband ook worden genoemd.

5 Infectieziekten, Soabestrijding
Seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA), ook wel geslachtsziekten genoemd, zijn infectieziekten die door seksueel contact kunnen worden overgedragen. SOA worden steeds vaker gediagnosticeerd en vormen daarmee een toenemend risico voor de volksgezondheid. Vanuit de WCPV zijn de gemeenten en de GGD verantwoordelijk voor de preventie van SOA..
Er zijn geen aanwijzingen dat de gemeente Dalfsen een afwijkend beeld vertoont op dit gebied ten opzichte van de regio. Er worden dan ook geen aanvullende speerpunten of acties voorgesteld boven hetgeen in de regionale preventienota is opgenomen.

6 Milieu en gezondheid, binnenmilieu op scholen
Milieu en gezondheid is een zorgtaak van gemeenten die is vastgelegd in de WCPV. Deze taak is door de gemeenten ondergebracht bij de GGD. Binnenmilieu is één van de milieuthema's waar de GGD nadrukkelijk mee te maken krijgen. Steeds vaker ervaren mensen problemen met het binnenmilieu op school en in hun eigen woning.
In Dalfsen is het binnenmilieu één van de thema's die met scholen in het kader van de lokale educatieve agenda en het huisvestingsbeleid wordt besproken. Bij nieuwbouw van scholen en schoollokalen wordt rekening gehouden met de inzichten die nu bekend zijn. Voor oudere gebouwen geldt dat stook- en ventilatiegedrag van grote invloed zijn op het binnenmilieu. Hier ligt een belangrijke verantwoordelijkheid voor schoolbesturen. De gemeente neemt hierbij een coördinerende en regisserende rol op zich.

7 Roken
Voor roken is er geen regionale aanpak voorgesteld. Aan de landelijke acties om het roken tegen te gaan lijken regionale activiteiten weinig toe te voegen. Daarnaast is een lokale aanpak wel van invloed op het rookgedrag.
In Dalfsen wordt hieraan invulling gegeven door specifieke maatregelen. Zo is in de nota "Op uw gezondheid" van mei 2007 opgenomen dat met ingang van 2010 alleen jeugdsportsubsidie aan verenigingen wordt verleend wanneer de kantine en de overige clubgebouwen geheel rookvrij zijn. Daarnaast wordt in de voorlichting over middelengebruik die op scholen wordt verzorgd naast alcohol en verdovende middelen ook aandacht besteed aan andere genotmiddelen, waaronder het roken. Deze aandacht maakt onderdeel uit van het programma "Minder drank, Meer scoren"
De gemeente Dalfsen ontwikkeld naast de genoemde inzet en het aanbod van Carinova op het gebied van begeleid stoppen met roken, geen verdere actiepunten op het gebeid van rookpreventie.

Deel 2

Samenwerken aan gezond leven
Preventienota regio IJssel-Vecht

2007 - 2011

Deel 2 Regionale preventie nota

Regionaal en Gemeentelijk Gezondheidsbeleid

1.1. Inleiding

In de jaren 2001 en 2002 presenteerden de meeste gemeenten in de regio IJssel-Vecht hun eerste nota Lokaal Gezondheidsbeleid. In de nu uitgekristalliseerde vierjaarlijkse cyclus zijn gemeenten vanuit de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) verplicht om voor juli 2007 een nieuwe lokale nota gezondheidsbeleid vast te stellen.
De regionale nota die hier voor u ligt is het resultaat van een gezamenlijke voorbereiding van gemeenten in de regio IJssel-Vecht. De nota vormt een gezamenlijk startpunt en is richtinggevend voor het te vormen lokale beleid. Zij beschrijft de mogelijkheid om samen belangrijke regionale speerpunten aan te pakken.

1.2. Proces

Vanuit de gedachte dat niet iedere gemeente het wiel hoeft uit te vinden hebben de gemeenten uit de regio IJssel-Vecht voor een gezamenlijke voorbereiding van het lokaal gezondheidsbeleid gekozen. Het proces van deze voorbereiding is als volgt verlopen:
In de zomer van 2006 zijn een ambtelijke werkgroep en een stuurgroep regionaal gezondheidsbeleid ingesteld. Binnen de ambtelijke werkgroep vervult de GGD Regio IJssel-Vecht de rol van adviseur. Op 23 oktober 2006 zijn de ambtenaren Volksgezondheid uit de gemeenten IJssel-Vecht bij elkaar gekomen om gezamenlijk de regionale speerpunten van de komende vier jaar te bepalen. In navolging van deze bijeenkomst en naar aanleiding van de landelijke preventienota heeft de stuurgroep in oktober 2006 de regionale prioriteiten vastgesteld.
In de maanden daarna heeft de ambtelijke werkgroep de inhoud van de speerpunten uitgewerkt. Op 24 januari 2007 is de inhoud van deze regionale nota tijdens een raadsledenbijeenkomst toegelicht. Naar aanleiding van deze bijeenkomst is de inhoud aangescherpt en opgestuurd naar alle betrokken regionale organisaties. met de mogelijkheid om op de inhoud te reageren. Op 21 februari 2007 is tijdens het portefeuillehouders overleg deze eerste regionale preventienota ‘Samenwerken aan gezond leven’ ter vaststelling aangeboden. Daarna is de nota voor de gemeenten beschikbaar, waarna elke gemeente haar eigen invulling kan geven aan het Lokale Gezondheidsbeleid. De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid stelt dat de lokale nota’s op 1 juli 2007 vastgesteld moeten zijn.

1.3. Doelstelling

Preventie is erop gericht het aantal jaren dat inwoners van onze gemeenten in goede gezondheid doorbrengen, te laten stijgen. Langer gezond leven betekent tevens minder beroep doen op maatschappelijke ondersteuning en minder langdurige zorg. Mede door de vergrijzing en opkomende welvaartsziekten zal de aandacht voor preventie de komende jaren blijven toenemen. In navolging van het Rijk omschrijven wij de volgende centrale doelstelling voor het regionale gezondheidsbeleid:

Het verbeteren of behouden van de gezondheid voor alle inwoners van de regio IJssel-Vecht en het bevorderen van gelijke kansen op gezondheid.

Met als subdoelstellingen:

- Een toename van het aantal gezonde levensjaren op de totale levensverwachting.
- Het terugdringen van vermijdbare gezondheidsachterstanden.
- Verminderen van de vraag naar gezondheidszorg (voorkomen is beter dan genezen, zorg betaalbaar en uitvoerbaar houden).

Om deze doelstelling zoveel mogelijk na te streven wil de regio IJssel-Vecht inzetten op thema's waarbij veel gezondheidswinst te behalen is. Dit betekent dat de volgende regionale prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie worden voorgesteld: overgewicht (inclusief diabetes), alcoholgebruik, depressie bij ouderen, SOA bestrijding, binnenmilieus op scholen, roken en drie thema's binnen de jeugdgezondheidszorg namelijk psychosociale problematiek bij jongeren, opvoedingsondersteuning en de ontwikkeling van 'Centra voor Jeugd en Gezin'.
Deze regionale thema's zijn gekozen op basis van zorgwekkende signalen uit regionaal onderzoek en naar aanleiding van prioriteiten uit de rijksnota 'kiezen voor gezond leven'. Het beleid rondom deze speerpunten richt zich op specifieke groepen uit de samenleving namelijk: jongeren, ouderen en mensen met een lage sociaal economische status (SES).
Deze doelgroepen worden vanuit hun eigen leefomgeving benaderd.

1.4. Opbouw/Handleiding

Na de inleiding, het proces en de doelstellingen begint hoofdstuk twee met een beschrijving van de verantwoordelijkheid met betrekking tot collectieve preventie van de belangrijkste betrokken partijen. Daarnaast wordt de relatie tussen de WCPV en de WMO toegelicht. Het hoofdstuk sluit af met een beschrijving van de doelgroepen en de manier waarop wij die willen benaderen.
Hoofdstuk 3 is het belangrijkste hoofdstuk uit deze nota. Hier wordt per thema ingegaan op de doelstelling, de omvang van het probleem en het beleid rond het thema voor de aankomende vier jaar.
In hoofdstuk 4 is staan de financiële gevolgen van het regionale en lokale gezondheidsbeleid benoemd.
Hoofdstuk 5 sluit af met een conclusie.

Apart van de nota is een themabijlage gemaakt. In deze bijlage worden de thema's verder toegelicht en het beleid verder uitgewerkt. De bijlage van het thema jeugdgezondheidszorg bestaat uit drie onderwerpen die met elkaar samenhangen. De thema's infectieziekten en medische milieukunde zijn vanwege hun omvang bijeengevoegd.

2. Uitgangspunten

Preventiebeleid is gebaseerd op wettelijke voorschriften. Daarnaast zijn er ook inhoudelijke uitgangspunten om collectieve preventie vorm te geven. Dit hoofdstuk beschrijft die uitgangspunten. Bovendien gaan we in op de gedeelde verantwoordelijkheid van gemeente, rijk, burgers, zorgverzekeraars, provincie en aanbieders van preventieve zorg.

De WCPV (Wet collectieve preventie volksgezondheid) vormt de wettelijke basis. Daarbij geeft ook de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning) aanleiding om lokaal preventiebeleid te organiseren. In deze nota stippen we kort de relatie tussen WCPV en Wmo aan.
Inhoudelijk is het van belang onderscheid te maken tussen de doelgroepen van het preventiebeleid: mensen met een lage sociaal economische status, jongeren, ouderen, ouders en kinderen. Daarnaast worden de settings, waarin de doelgroepen kunnen worden benaderd, onderscheiden.

2.1. WCPV en verdeling van verantwoordelijkheden

2.1.1. WCPV

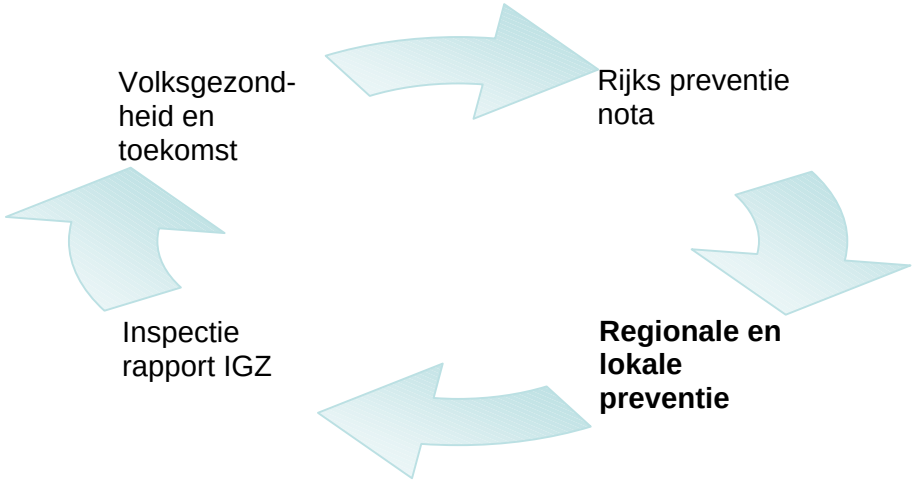
Vanuit de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid artikel 2, 3, eerste lid, en 3a en artikel 5, tweede lid, zijn gemeenten verplicht om taken uit te voeren op het gebied van collectieve preventie. Deze taken hebben betrekking op:

- Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar
- Gezondheidsbevordering
- Epidemiologisch onderzoek
- Infectieziektebestrijding
- Technische Hygiënezorg
- Medische Milieukunde
- De forensische geneeskunde

Ter uitvoering van de WCPV dragen de gemeenten zorg voor de instelling en instandhouding van de gemeentelijke gezondheidsdienst. De GGD is dus van en voor gemeenten en vindt haar bestaansrecht voor een groot deel in de WCPV. De GGD ondersteunt gemeenten in beleidsontwikkeling en levert adviezen op basis van gegevens en professionele kennis. De verantwoordelijkheid van de gemeenten voor de uitvoering van de WCPV door de GGD is vastgelegd in landelijke kwaliteitseisen en –richtlijnen.
Een uitgebreide beschrijving van de kerntaken is in de bijlage opgenomen.

2.1.2. Van landelijk naar lokaal beleid

Op basis van de informatie uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) brengt het Rijk elke vier jaar een nieuwe preventienota uit. In oktober 2006 is de meest recente nota '*Kiezen voor gezond leven'* uitgekomen. Deze beschrijft de landelijke prioriteiten op het gebied van collectieve preventie voor de periode 2007-2011. Het accent van deze nota ligt op een betere afstemming tussen rijksbeleid en lokaal beleid.
Naar aanleiding van deze rijksnota wordt, voorafgegaan door deze regionale nota, het lokale gezondheidsbeleid vastgesteld. De Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) gaat vervolgens na of de kwaliteit van de openbare gezondheidszorg voldoende is.



2.1.3. Gemeenten

In de WCPV zijn de taken en verantwoordelijkheden van de gemeente op het gebied van de collectieve preventie volksgezondheid vastgelegd. De gemeenten brengen de hieruit voortvloeiende werkzaamheden over het algemeen onder bij de GGD en voor de jeugdgezondheidszorg ook bij thuiszorgorganisaties. De WCPV onderscheidt drie deelterreinen: collectieve preventie, infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg. De beschrijving van deze deelterreinen is opgenomen in de bijlage.
De gemeenteraad moet verder zorgen dat zij elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vaststelt. In deze nota staat beschreven hoe er uitvoering wordt gegeven aan de bovenstaande taken en meer…

In de Memorie van Toelichting over de gemeentelijke nota geeft de minister aan dat het beleid van de gemeente zich niet beperkt tot de uitvoering van de WCPV door de GGD. Het vormt onderdeel van het lokale politieke debat en dient afgestemd te worden met andere gemeentelijke beleidsonderwerpen (wonen, werken, verkeer, sociale zekerheid, onderwijs, welzijn). Verder geeft de memorie van toelichting aan dat de gemeentelijke nota moet:

- Ingaan op landelijke prioriteiten uit de rijksnota;
- De gezondheidstoestand van de bevolking beschrijven met doelen op bevolkingsniveau en verbanden met andere beleidsterreinen;
- Zo veel mogelijk samenwerken met buurgemeenten;
- Samenwerken met zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten / consumentenorganisaties.

2.2. Gedeelde verantwoordelijkheden

Preventiebeleid is dus de verantwoordelijkheid van de landelijke en gemeentelijke overheid. In combinatie met de Wmo is er voor gemeenten veel ruimte om een preventiebeleid te ontwikkelen dat is afgestemd op de lokale situatie. Gemeenten en Rijk zijn echter niet de enige verantwoordelijken. Ook de individuele burger draagt de verantwoordelijkheid om zichzelf te beschermen tegen ziekten en zijn gezondheid te bevorderen. De provinciale overheid speelt een rol in initiëren en financieren van preventieve activiteiten. Daarnaast zien zorgverzekeraars de kosten van curatieve zorg en verzorging de pan uit rijzen. Ze bezinnen zich op hun verantwoordelijkheid voor individuele en soms ook collectieve preventie. Ten slotte hebben ook de aanbieders van preventieve zorg een verantwoordelijkheid: zij zijn degenen die aan kunnen geven wat zinvol is om te doen en zij zullen ook kwalitatief hoogstaande preventieve zorg moeten leveren.

2.2.1. Inwoners regio IJssel-Vecht

In Nederland wordt de laatste tijd sterk het accent gelegd op de eigen verantwoordelijkheid van het individu, zeker als het om gedrag en gezondheid gaat.
De individuele keuzevrijheid is echter nogal beperkt. Het maken van een ‘gezonde keuze’ is niet voor iedereen realiseerbaar. Naast het ontbreken van een gezonde fysieke en sociale leefomgeving is er ook vaak een gebrek aan kennis van wat een gezonde leefstijl en gezond gedrag inhoud. Er zijn grote groepen mensen die ondersteuning nodig hebben op het gebied van ‘empowerment’, het ontwikkelen van eigen kracht, invloed en mogelijkheden met betrekking tot hun gezondheid. Erkenning van die ondersteuningsbehoefte en goede informatievoorziening is dus van groot belang.
Dit betekent eigenlijk een omslag in de Openbare Gezondheidszorg: de positie van de burger wordt versterkt. Hij stelt zich actief op als preventieve zorgvrager.
De nieuw te vormen programma’s gezondheidsbevordering gaan uit van de kennis en de kracht van de individuele burger. Deze heeft inspraak in de ontwikkeling van activiteiten die uitgevoerd worden in de eigen leefomgeving.

2.2.2. Provincie

De provincie heeft geen directe taak in het kader van de WCPV. Toch is zij een belangrijke partner in het preventiebeleid. De provinciale overheid zet zich in voor een samenleving waarin alle inwoners op een volwaardige manier kunnen deelnemen.
De provincie ondersteunt de gemeenten, financiert voorzieningen en projecten en initieert vernieuwing in bijvoorbeeld jeugdbeleid en op het gebied van Jeugd en Veiligheid. Ze is nauw betrokken bij tal van regionale activiteiten op het gebied van preventie, zoals alcoholmatiging, opvoedingsondersteuning en

de ontwikkeling van de Centra voor Jeugd en Gezin. Daarnaast wil de provincie onder andere dat de inwoners gebruik kunnen maken van voorzieningen op het terrein van welzijn en zorg. De provincie streeft ernaar dat deze voorzieningen voor iedereen toegankelijk zijn.

2.2.3. Zorgverzekeraars

De rol van zorgverzekeraars binnen de uitvoering van preventieve zorg is niet duidelijk. Financiering van preventieve activiteiten past slecht in een risicostelsel zoals dat er met de nieuwe zorgverzekeringswet is gekomen. Verzekeraars die in preventie investeren lopen de kans dat de opbrengsten (die zich vaak op de lange termijn terug betalen) terecht komen bij de concurrent. Toch ligt er wel een taak voor de zorgverzekeraars. Vanuit het nieuwe stelsel zijn ze mede verantwoordelijk om de kosten beheersbaar te houden; daarom zijn zij erbij gebaat het verzekeringspakket uit te breiden met mogelijkheden om de gezondheid van verzekerden te vergroten. Het ministerie van VWS onderzoekt in hoeverre preventie binnen het stelsel van de zorgverzekeringswet versterkt kan worden. Als preventie wordt opgenomen in de financiering en zorgverleners dus extra betaald krijgen voor extra preventietaken, zal dat mogelijk een positieve uitwerking hebben op structurele inbedding in het zorgstelsel.
Een aantal zorgverzekeraars is bezig met het ontwikkelen van eigen producten, diensten en services op het gebied van preventie. Het is van belang dat er op dit gebied meer wordt samengewerkt tussen de OGZ en de verzekeraars. Op dit moment zijn er in de regio IJssel-Vecht al contacten met verzekeraars gelegd. De zorgverzekeraars zijn al bij een aantal activiteiten betrokken. Naar aanleiding van het lokale gezondheidsbeleid zal de samenwerking mogelijk intensiever worden.

2.2.4. Zorgaanbieders

Collectieve preventie activiteiten in de Openbare Gezondheidszorg zijn gericht op het beschermen en bevorderen van de gezondheid van de burgers. Het is belangrijk dat de inwoners gezond blijven, dat ze beschermd worden tegen verhoogde kansen op ziekten en vroegtijdig sterven. Aan deze preventieve activiteiten ligt meestal geen individuele hulpvraag ten grondslag. De maatschappij is omwille van de volksgezondheid, het algemeen belang en voor de zorg voor individuen die niet voor zich zelf kunnen zorgen, in dit proces de hulpvrager. Die vraag om zorg en hulp moet worden gesignaleerd en trends moeten worden vastgesteld. Hiervoor is een aantal zorgaanbieders verantwoordelijk. De GGD is de aanbieder die de meeste collectieve preventietaken voor haar rekening neemt, opgedragen door de WCPV. Daarnaast hebben thuiszorgorganisaties vanuit de WCPV de Jeugdgezondheidszorg voor 0 tot 4-jarigen in hun pakket. Ook andere organisaties zoals Cad en Riagg voeren collectieve preventie activiteiten uit. De aanbieders van Openbare gezondheidszorg signaleren trends op het gebied van de volksgezondheid en richten zich op de hele bevolking, op risicogroepen of op individuele mensen, gezinnen of kinderen die een verhoogd risico op gezondheidsachterstanden hebben. Op basis van signalering, maatschappelijke vraag en individuele vragen ontwikkelen ze activiteiten en bieden deze aan de doelgroep aan.
Naast de aanbieders van Openbare Gezondheidszorg hebben ook steeds meer eerste- en tweedelijns zorgorganisaties individuele preventie in hun aanbod. Van belang voor de komende jaren is om de beide vormen van preventie op elkaar aan te sluiten en van elkaars expertise gebruik te gaan maken.

2.3. Aansluiting Wmo

Tijdens het tot stand komen van deze regionale preventienota is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) van kracht geworden. Gemeenten zijn vanuit de Wmo verantwoordelijk geworden voor tal van voorzieningen en diensten voor burgers die hulp nodig hebben. De VNG wil dat gemeenten in de toekomst hun Wmo- beleidsplannen en gezondheidsnota’s gaan samensmeden tot één gemeentelijke nota. Het verbinden van het collectieve preventiebeleid vanuit de WCPV aan de maatschappelijke ondersteuning vanuit de Wmo is een logische vervolgstap. De twee wetten hebben raakvlakken. De Wmo is vooral vraaggestuurd en gericht op het individu dat hulp of advies nodig heeft, terwijl collectieve preventie juist plaatsvindt vóórdat die vraag zich voordoet. Door sterk in te zetten op lokaal preventiebeleid kan het aantal burgers dat een beroep doet op de voorzieningen uit de Wmo beperkt blijven. Anders gezegd: Als er te weinig aandacht is voor preventie kan dit betekenen dat het ondersteuningsaanbod in de Wmo niet toereikend is. Onnodig veel mensen kunnen in de zorg terecht komen die in een eerder stadium met een preventief en/of collectief aanbod nog goed zouden kunnen worden geholpen. De Wmo biedt de gemeenten dus mogelijkheden om het lokale gezondheidsbeleid hoog op de politieke agenda’s te krijgen en een goede verbinding te smeden met de maatschappelijke ondersteuning aan burgers.

Raakvlakken en verschillen tussen WCPV en Wmo
In algemene zin is volksgezondheid (doel WCPV) dus een belangrijke voorwaarde voor maatschappelijke participatie (doel Wmo). Het bevorderen van volksgezondheid maakt meedoen (mede) mogelijk. Als belangrijk verschil wordt genoemd dat de Wmo als primaire doelstelling maatschappelijke ondersteuning heeft, terwijl de WCPV primair tot doel heeft taken en verantwoordelijkheden van de overheid op het gebied van openbare gezondheidszorg vast te leggen. Vanwege de samenhang met maatschappelijke opvang is de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) voortaan in de Wmo opgenomen.

Raakvlakken
Er zijn belangrijke raakvlakken tussen WCPV en Wmo die in tegenstelling tot de uitvoering van OGGZ niet door verschuiving van taakvelden tussen beide wetten worden opgelost. Op lokaal niveau zal daarom de (gewenste) samenhang tussen beiden moeten worden vastgesteld. Dit geldt bijvoorbeeld voor:

- Uitvoering van jeugdgezondheidszorg (WCPV) en prestatieveld 2 ´op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met het opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden' (Wmo);
- Gezondheidsvoorlichting en –opvoeding (WCPV) en prestatieveld 3 ´het bieden van informatie, advies en cliëntondersteuning´;
- Epidemiologisch onderzoek (WCPV) levert belangrijke beleidsinformatie op, ook voor de uitvoering van de Wmo.
- Verder is een verband denkbaar tussen medische milieukunde en prestatieveld 1 ´het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten´.

Verschillen
Een belangrijk verschil tussen WCPV en Wmo is dat de vierjaarlijkse nota gezondheidsbeleid voor de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) fungeert als vierjaarlijkse toets van het gemeentelijke beleid. Het Rijk wil effectiviteit terugzien op onderdelen van het WCPV- domein waarop het heeft ingezet en geeft nadrukkelijk sturing aan deze taken. De Wmo kent deze toetsingsprocedure niet en de IGZ vervult voor deze wet dan ook geen rol als toezichthouder.

2.4. Benadering doelgroepen

Bij het plan van aanpak van de regionale speerpunten wordt het beleid toegespitst op specifieke groepen uit de samenleving die een gezondheidsachterstand hebben of die een verhoogd risico hebben op gezondheidsproblemen. Door preventieve activiteiten te richten op deze hoogrisicogroepen kan relatief veel gezondheidswinst worden behaald en kunnen gezondheidsverschillen kleiner worden. De regio IJssel-Vecht richt zich de komende vier jaren op de volgende groepen:

Inwoners met een lage sociaal economische status (SES)
Deze groep volwassenen kenmerkt zich door een laag opleidingsniveau, een laag inkomen, goedkopere huisvesting en ongunstiger woon- en werkomstandigheden. Mensen uit deze groep vertonen vaker ongezond gedrag dan mensen met een hoge SES. Ze roken meer, gebruiken vaker overmatig alcohol en zijn minder vaak lichamelijk actief. Onderzoek heeft aangetoond dat volwassenen met een lage SES slechter scoren op algehele gezondheidstoestand, kwaliteit van leven en levensverwachting; ze leven bijna vier jaar korter en brengen tien tot vijftien jaar minder lang door in goede gezondheid dan mensen met een hoge SES. Al deze factoren leiden tot een hoger zorggebruik binnen deze groep. (bron; RIVM)

Jongeren
Preventie bij jongeren richt zich op het verbeteren van de gezondheidstoestand en de kwaliteit van leven bij kinderen, jongeren en jong volwassenen in de leeftijd van 0-24 jaar. Jongeren zijn een belangrijke doelgroep als het erom gaat gezondheidsproblemen op oudere leeftijd te voorkómen. Jongeren zijn echter moeilijk beïnvloedbaar. Het risicogedrag wat betreft roken, overmatig alcohol gebruik en onveilig vrijen is hoog. Doordat jongeren zich nog volop ontwikkelen is het van belang om tijdens dit proces gezond gedrag aan te leren en risicogedrag te voorkomen. Voor deze groep geldt het motto 'voorkomen is beter dan genezen'.

Ouderen
Het doel van preventie gericht op ouderen is zorgen dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig, onafhankelijk en gezond blijven. Om dit te bereiken kan preventie gericht zijn op het lichamelijke, het

sociale en op het geestelijke vlak. Bij preventie gaat het niet alleen om het voorkomen, vroegtijdig signaleren of uitstellen van ziekten en aandoeningen, maar ook om het voorkomen van verlies aan levenskwaliteit en zelfredzaamheid. De doelgroep ouderen is een grote groep (14% van de bevolking) die in de toekomst, als gevolg van de vergrijzing, alleen nog maar zal toenemen (23% in 2040).

2.5. Hoe bereiken we de doelgroepen

Bij het vormgeven van het regionale preventiebeleid van de komende jaren pleiten wij voor een settinggerichte aanpak. Deze aanpak, ook wel een *community* benadering genoemd, wordt als meest effectieve strategie voor preventie en gezondheidsbevordering gezien. Bij de settinggerichte aanpak worden mensen benaderd in hun directe dagelijkse leefomgeving, zoals de school, de werkplek, de sportclub en de wijk. Deze aanpak kenmerkt zich doordat meerdere interventies, meerdere (sub)doelen, meerdere media en methoden tegelijkertijd en in samenhang worden uitgevoerd. Hierbij wordt aangesloten bij lokale situaties. De doelgroep wordt bij de ontwikkeling en uitvoering van de interventies betrokkenen. (Van Assema & Willemsen 1993).
Binnen het regionale preventiebeleid komen de volgende settings aan bod:

Wijk/Buurt
Geografische gezondheidsverschillen zijn het grootst op het niveau van buurten. Een buurt met een slechte kwaliteit van woningen, minder gunstige omgevingskenmerken en gebrekkige voorzieningen selecteert vooral kansarmen, terwijl kansrijken er juist wegtrekken. Ook de heersende sociale normen ten aanzien van gezond gedrag en maatschappelijk verkeer kunnen ongunstig uitpakken voor de gezondheid in de buurt.
De vrijheid om te kiezen voor gezond gedrag is daarom in de praktijk voor mensen met een lage SES vaak beperkt. De wijk is dus om meerdere redenen belangrijk voor het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Aan de ene kant brengt het wonen in een achterstandswijk gezondheidsproblemen met zich mee en aan de andere kant is de achterstandswijk een ‘vindplaats’ van personen met een lage sociaaleconomische status en gezondheidsachterstanden. Bovendien hebben mensen met een gezondheidsprobleem vanwege economische redenen een grotere kans om in een risicowijk te wonen.

School
Scholen zijn dé aangewezen plek om jongeren te bereiken met voorlichting over gezondheid, veiligheid en vooral gezond gedrag. Daarnaast bieden scholen een ingang om gezinnen uit de lagere SES- groepen te benaderen.
Het aanbod van gezondheidsvoorlichting via scholen is groot. Bij het uitvoeren van deze preventieve activiteiten maken scholen gebruik van lokale en regionale ondersteunende organisaties, zoals de GGD, welzijnsorganisaties, Bureau Jeugdzorg en instellingen voor verslavingszorg en/of geestelijke gezondheidszorg.

Gezin
Het gezin is de plek waar het kind geboren wordt en opgroeit. Deze band blijft gedurende het hele leven belangrijk voor een gezonde ontwikkeling. Het gezin biedt bescherming tegen het ontstaan van probleemgedrag en tegen risicofactoren waarmee het kind in aanraking komt. Binnen het gezin wordt een kind gestimuleerd, gesteund en gestuurd in het proces naar het volwassen worden. Helaas gaat dit niet altijd goed. Veel ouders hebben vragen over de opvoeding en weten niet hoe ze met bepaalde situaties om moeten gaan. Door interventies aan te bieden aan alle gezinnen met kinderen kunnen ouders ondersteund worden bij het opvoeden. Gezinnen kunnen zowel op individueel niveau als op groepsniveau worden benaderd. Op individueel niveau is het belangrijk om ‘zorg op maat’ te leveren. Dit betekent dat de zorg aansluit bij de behoefte en hulpvraag van het gezin, waarbij met respect wordt om gegaan met het eigen karakter van het gezin.

3. Samenwerken aan gezond leven

Onderzoek in de regio IJssel- Vecht laat een aantal zorgwekkende trends zien. Zo is een hoog percentage ouderen eenzaam en is het alcoholgebruik onder jongeren zorgwekkend hoog. Het aantal mensen met overgewicht neemt toe. Binnen de jeugdgezondheidszorg vinden belangrijke ontwikkelingen plaats op het gebied van vroegsignalering en opvoedingsondersteuning. Verder wordt er een toename gesignaleerd in het aantal SOA en beschikken weinig scholen over een gezond binnenmilieu.
Voor de formulering van de regionale prioriteiten zijn zowel de gegevens uit regionaal onderzoek als de prioriteiten uit de rijksnota richtinggevend geweest. Dit betekent dat de door de regio geformuleerde speerpunten betrekking hebben op alle WCPV- taken en niet alleen op de taak van gemeenten in het kader van gezondheidsbevordering.
Dit heeft geleid tot de volgende prioriteiten in *Samenwerken aan gezond leven:*

- overgewicht (inclusief diabetes)
- alcoholgebruik
- depressie bij ouderen
- Jeugdgezondheidszorg
  - Psychosociale problematiek bij kinderen en jongeren
  - Opvoedingsondersteuning
  - Centra voor Jeugd en Gezin
- Infectieziekten: SOA bestrijding
- Medische milieukunde: Binnenmilieu op scholen en in woningen

Als aanbeveling voor het lokale gezondheidsbeleid:

- Roken

Bovengenoemde thema's lijken op zich zelf staande onderwerpen maar in werkelijkheid hangt veel met elkaar samen. Aan de hand van het model van Lalonde (1974) proberen we deze samenhang toe te lichten. Dit model laat zien dat verschillende factoren de gezondheid beïnvloeden, namelijk; *biologische factoren, omgevingsfactoren (sociaal en fysiek), leefstijlfactoren en de organisatie en kwaliteit van de gezondheidszorg.*

In het beleid van de regionale speerpunten is de samenhang tussen deze vier factoren terug te vinden. De groep inwoners met een lage SES heeft vaker een laag opleidingniveau (sociale omgevingsfactor), woont in het algemeen in slechtere woningen (fysieke omgevingsfactor) en gedraagt zich in het algemeen minder gezond (leefstijlfactor). Vaak ook is het voor deze groep moeilijker om de toegang tot adequate zorg te vinden. Om deze doelgroep te bereiken zal er dus op verschillende niveaus moeten worden aangegrepen. In regionaal en lokaal gezondheidsbeleid kunnen we vooral aangrijpen op de sociale of fysieke omgeving, de leefstijl en de toegang tot zorg.

Binnen de verschillende doelgroepen zijn ook meerdere thema's actueel. Er wordt een verband aangetoond tussen jongeren die overmatig alcohol drinken en psychosociale problemen hebben. Maar ook tussen overmatig alcohol gebruik en onveilig vrijen wordt een relatie aangetoond. Er is een wisselwerking tussen overgewicht en depressies, tussen opleidingsniveau, alcoholgebruik en opvoedingsondersteuning. Beleid voeren op bovengenoemde thema's is minder eenvoudig dan het lijkt. Bij het ontwikkelen van de interventies moet deze samenhang zoveel mogelijk worden meegenomen. Aangrijpen op een speerpunt vraagt dus om een brede, meer leefstijl gerichte aanpak waarbij met meerdere factoren rekening moet worden gehouden.

Doelstellingen
De speerpunten hebben elk een andere voorgeschiedenis wat betreft het preventiebeleid. Voor een aantal thema's geven we SMART[1]- geformuleerde doelstellingen, voor een relatief nieuw thema als depressie is dat minder eenvoudig. De uitwerking van elk speerpunt is als bijlage opgenomen. De doelstellingen per speerpunt voor de komende jaren zijn:
Overgewicht:
- Het regionale percentage jeugdigen met overgewicht moet in 2011 lager zijn dan 19%.
- Het regionale percentage volwassenen met overgewicht mag in 2011 niet toegenomen zijn ten opzichte van het landelijke percentage volwassenen met overgewicht in 2006, namelijk 50%.

Alcoholgebruik:

- De omvang van de groep jongeren in de leeftijd van 10-24 jaar die drinkt, zal in 2011 niet groter zijn dan in 2003.
- De startleeftijd waarop voor het eerst alcohol gedronken wordt zal in 2011 niet lager zijn dan in 2003.
- De totale consumptie van alcohol door de groep 10-24 jarigen neemt in 2011 niet toe ten opzichte van 2003.

Depressie bij ouderen:

- De urgentie van het probleem *depressie en eenzaamheid bij ouderen* onder de aandacht brengen van de betrokken regionale en lokale partijen.
- Het inzichtelijk maken van hiaten en knelpunten in de zorgketen rondom depressiepreventie bij ouderen met als uiteindelijk doel:
- De ketenzorg sluitend maken en het bereik van preventieve interventies te verhogen en eenzaamheid en depressie onder ouderen terug te dringen.

Jeugdgezondheidszorg:

- Verbeteren van vroegsignalering en vroegtijdig ingrijpen bij psychosociale problemen bij jongeren: op 50% van de scholen voor VO en MBO is in 2011 een ziekteverzuimprotocol ingevoerd en houden jeugdartsen spreekuren om te begeleiden bij zorgwekkend ziekteverzuim.
- Het percentage ouders dat niet weet waar ze met hun vragen over opvoedings-en/of gedragsproblemen terecht kunnen is gedaald van 20% in 2006 naar 5% in 2011. (Kindermonitor GGD Regio IJssel-Vecht)
- Het plan “geschakelde opvoedingsondersteuning” is geïmplementeerd in 2009
- Realiseren van een centrum voor jeugd en gezin in alle gemeenten en/of wijken.

Infectieziekten, SOA bestrijding:

- Het voortzetten en uitbreiden van preventieve en curatieve activiteiten met als doel het aantal SOA’ s terug te dringen.

Medische milieukunde; Binnenmilieu op scholen en in woningen

- Het voortzetten van preventieve activiteiten in de vorm van voorlichting en advies met als doel een toename in het aantal frisse en gezonde binnenmilieus op scholen en in woningen.

[1] SMART staat voor: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden

3.1. Overgewicht (inclusief diabetes type 2)

Inleiding
Het aantal mensen met overgewicht[1] in Nederland stijgt de laatste jaren enorm. Er wordt zelfs gesproken van een "epidemie". Naast een verstoorde energiebalans, teveel energie-inname en te weinig energieverbruik, speelt de leefomgeving van het individu grote rol. Deze leefomgeving is zodanig ingericht dat het eenvoudig is om weinig te bewegen en veel en (ongezond) te eten.
De gezondheidsrisico's van overgewicht zijn groot. Er is een verhoogde kans op het ontwikkelen van diabetes type II, hart- en vaatziekten en aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat. Mensen met overgewicht hebben vaker een negatief zelfbeeld en vooral jongeren met overgewicht lopen meer kans om gepest te worden. In de regio IJssel-Vecht vinden wij het belangrijk om dit probleem aan te pakken. Voor de periode 2007-2011 zijn de volgende doelstellingen geformuleerd:

- Het regionale percentage jeugdigen met overgewicht moet in 2011 lager zijn dan 19 %.
- Het regionale percentage volwassenen met overgewicht mag in 2011 niet toegenomen zijn ten opzichte van het landelijke percentage volwassenen met overgewicht in 2006, namelijk 50%.
- Door de aanpak van overgewicht wordt het vóórkomen van diabetes type 2 op jonge leeftijd gestabiliseerd of mogelijk zelfs teruggedrongen

Overgewicht en diabetes type II
Het aantal mensen met diabetes type 2 neemt de laatste jaren sterk toe. Een van de belangrijkste risicofactoren voor het ontwikkelen van diabetes type 2, ook wel "ouderdomsdiabetes" genoemd, is overgewicht. Overgewicht is er namelijk de oorzaak van dat insuline zijn werk niet goed kan doen. Doordat diabetes en overgewicht hand in hand gaan, neemt met de toename van overgewicht op jongere leeftijd ook het aantal jongere mensen met diabetes toe. Zelfs bij kinderen wordt de diagnose 'ouderdomsdiabetes' al regelmatig gesteld.

Omvang van het probleem regio IJssel-Vecht
In de regio IJssel-Vecht is er, net als landelijk, een toename te zien in het percentage mensen met (ernstig) overgewicht. De volgende regionale cijfers zijn bekend:

Van de kinderen 0-6 jaar heeft 12 % (ernstig) overgewicht.
Van de kinderen 6-12 jaar heeft 15% (ernstig) overgewicht.
Bij jongeren tussen 12-24 jaar is een stijging gesignaleerd in (ernstig) overgewicht van 12% in 1998 tot 16 % in 2003.
De nota VTV- 2006 plaatst de regio IJssel-Vecht op plaats 30 (van de 39) voor wat betreft het voorkomen van ernstig overgewicht bij volwassenen.

[1] Overgewicht en ernstig overgewicht (obesitas) worden gedefinieerd aan de hand van de Body Mass Index (BMI). Gewicht (kg) / lengte $(m)^2$. Volgens de WHO-definitie: Overgewicht BMI ≥ 25 < 30, Obesitas BMI ≥ 30

Regionaal plan van aanpak
In deze regionale aanpak staat het lokale project “Gezond Gewicht, Gezonde Wijk” centraal. Dit project is in 2006 in Zwolle van start gegaan en richt zich op jongeren van 0-19 jaar. Het project bestaat uit twee lijnen en een onderzoeksdeel. Het eerste deel ‘gezond gewicht’ richt zich op de ontwikkeling van een preventie- ketenaanpak voor jeugdigen met (dreigend) overgewicht en heeft als doel dat in 2009 de keten van primaire preventie tot behandeling van overgewicht gesloten is. Dat wil zeggen dat alle hulpverleners die met overgewicht te maken hebben, elkaars werkwijze kennen en een verwijzingsstructuur hebben, die voorkomt dat een kind met overgewicht tussen wal en schip valt. Het tweede deel ‘gezonde wijk’ is gericht op het ontwikkelen van een communityproject. Vanuit een integrale benadering op wijkniveau worden activiteiten ontwikkeld die gericht zijn op het bevorderen van een gezonde leefstijl.
Dit project is tot stand gekomen door samenwerking tussen de GGD Regio IJssel-Vecht, Icare, Travers, Onderzoekscentrum Preventie Overgewicht Zwolle (OPOZ), MCC Klik en Sportservice Zwolle.
Voor de aanpak van overgewicht in de regio IJssel-Vecht, stellen wij voor dat de regionaal betrokken organisaties het Zwolse project verder ontwikkelen op regionaal niveau. Regionale organisaties zoeken de samenwerking met lokale partners en met lokale initiatieven (maatwerk). Een gemeente kan dan als geheel worden benaderd, maar gemeenten kunnen er ook voor kiezen om het project in een risicowijk of -dorp te implementeren. Bij het verder ontwikkelen van het project wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande initiatieven. Eén partij vervult een brugfunctie tussen regionaal en lokaal beleid.
In de bijlage is een uitwerking voor een eventuele taakverdeling opgenomen. Hier is ook terug te vinden hoe dit lokale plan verder ontwikkeld kan worden binnen de regio.

3.2. Alcoholgebruik

Inleiding
Alcoholgebruik onder jongeren neemt de afgelopen jaren sterk toe. Nederlandse jongeren behoren tot de stevigste drinkers van Europa. Ook de regio IJssel- Vecht heeft hier zijn aandeel in. Behalve een toename in het gebruik van alcohol, wordt ook de leeftijd waarop de jongeren beginnen met drinken steeds lager. Daarnaast zijn ouders steeds toleranter geworden over het (toenemende) drankgebruik van hun kinderen. Het gebruik van alcohol onder jongeren vormt een maatschappelijk probleem dat thuishoort op de politieke agenda. Diverse regionale partijen hebben daarom in 2006 het initiatief genomen om tot een gemeenschappelijk regionaal plan van aanpak te komen. Dit plan staat model voor het beleid voor de komende vier jaar en bestaat uit een mix van preventieve en repressieve maatregels.
Voor de aanpak van alcoholmatiging onder jeugd hebben wij voor de regio IJssel-Vecht voor de periode 2007-2011 de volgende doelstellingen uit het project "Alcoholmatiging Jeugd Regio IJsselland" overgenomen:

1. De omvang van de groep jongeren in de leeftijd van 10-24 jaar die drinkt, zal in 2011 niet groter zijn dan in 2003.
2. De startleeftijd waarop voor het eerst alcohol gedronken wordt zal in 2011 niet lager zijn dan in 2003.
3. De totale consumptie van alcohol door de groep 10-24 jarigen neemt in 2011 niet toe ten opzichte van 2003.

Na het formuleren van de doelstellingen door de projectgroep "Alcoholmatiging Jeugd Regio IJsselland" is de rijksnota "Kiezen voor gezond leven" verschenen. De doelstellingen uit deze nota reiken verder. Daarnaast wordt de onverschilligheid van ouders ten aanzien van het drankgebruik van hun kinderen als een belangrijke risicofactor gedefinieerd. Om die reden hebben we de doelstelling 2 en 3 op de volgende manier verdiept:

Ad 2. Het percentage ouders dat het goed vindt dat hun kind op 14-15 jarige leeftijd alcohol drinkt is gedaald van 15% in 2005 naar 10% in 2011
Ad 3. - De omvang van de regionale groep 10-15 jarigen die wel eens alcohol drinkt, zal in 2011 verlaagd zijn naar het niveau van 1998, namelijk 43%.
- Het percentage jongeren van 16 jaar en ouder dat 'regelmatig veel en vaak'[2] drinkt is verlaagd: van 30% in 2004 naar 25% in 2011.

Omvang van het probleem in de regio IJssel-Vecht
Het percentage jongeren van 12-24 jaar dat wel eens alcohol drinkt is hoog:
Bij de 12-15 jarigen geeft meer dan 50% geeft aan wel eens alcohol te drinken. Enkelen geven aan regelmatig grote hoeveelheden alcohol te drinken.
Bij jongeren van 16 jaar en ouder geeft meer dan 30 procent aan regelmatig grote hoeveelheden alcohol te drinken.
15% van de ouders vindt het goed dat hun kind op 14-15 jarige leeftijd alcohol drinkt.
74% van de ouders vindt het goed dat hun kind vanaf 16 jaar alcohol drinkt.

Regionaal plan van aanpak
Voor de aanpak van alcoholmatiging onder jeugd is gekozen voor een integrale benadering. Dit betekent dat de aanpak niet alleen moet voorzien in voorlichting, preventie en zelfregulering maar ook in goede zorg- en hulpverlening en in meer dwingende maatregelen zoals het bewaken van wet- en regelgeving. Bij deze aanpak werken de volgende partijen samen: Stichting Cad, Politie IJsselland, Provincie Overijssel, de regiogemeenten en de GGD Regio IJssel-Vecht. Uit deze samenwerking is het project "Alcoholmatiging Jeugd Regio IJsselland"[3]ontstaan. Dit project vormt het alcoholmatigings

[2] Met " regelmatig grote hoeveelheden" en " veel en vaak" drinken wordt bedoeld meer dan vier keer in de week vier of meer glazen alcohol.
[3] Projectvoorstel "alcoholmatiging jeugd regio IJsselland", deelname door de gemeenten in de regio IJssel-Vecht, uitgezonderd Heerde, inclusief Deventer

beleid van de komende vier jaar. Het uitgebreide plan van aanpak is bij alle gemeentes bekend en op te vragen, een beknopte taakomschrijving is in de bijlage opgenomen.

Het project “Alcoholmatiging Jeugd Regio IJsselland” richt zich op de *doelgroep* jongeren van 10-24 jaar en op de ouders van jongeren van10-24 jaar. Er worden activiteiten ontwikkeld en uitgevoerd op scholen, binnen het gezin en tijdens de vrijetijdsbesteding, zoals sportverenigingen, jeugd- en jongerenwerk en uitgaansgelegenheden.

Het project moet bouwstenen opleveren voor uitvoerende activiteiten op het gebied van alcoholmatiging bij jongeren op lokaal niveau. Gemeenten kunnen uit het aangeboden pakket van maatregelen en interventies die werkwijze kiezen die het beste bij de lokale situatie aansluit.

Het project is verdeeld in vier aandachtsgebieden. Drie werkgroepen vertegenwoordigen een leefgebied van de jongeren (thuis, onderwijs, vrije tijd), de vierde werkgroep vertegenwoordigt de handhaving van wet- en regelgeving. De partijen zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het vormgeven en het tot stand komen van een interventieaanbod. Hierbij vindt onderlinge afstemming plaats en er wordt bestuurlijk draagvlak gecreëerd. De werkgroepen bestaan uit verschillende deskundigen op het gebied van het betreffende leefgebied. Elke werkgroep heeft een eigen taak die uitgewerkt moet worden. Hierbij wordt gebruik gemaakt van informatie en programma’s van landelijke instellingen, zoals Stichting Alcoholpreventie (STAP), het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) en het Trimbos Instituut.

De landelijke cijfers, de vertaling van regionaal naar lokaal beleid en de taakverdeling van bovengenoemde aanpak zijn terug te vinden in de bijlage. Hier is ook een overzicht van het drankgebruik onder jongeren in de afzonderlijke gemeenten.

3.3. Depressie bij ouderen

Inleiding
Depressiepreventie is als regionaal speerpunt uit de rijksnota overgenomen. Depressies treden in verschillende vormen op en worden gerekend tot de stemmingsstoornissen.
De belangrijkste symptomen van depressie zijn een aanhoudende neerslachtige stemming en een ernstig verlies aan interesse in bijna alle dagelijkse activiteiten, gedurende minimaal twee weken. De neerslachtigheid bij depressie is heviger dan 'gewone' neerslachtigheid en klaart na een paar dagen niet vanzelf op. Daarnaast treden minstens vier van de volgens symptomen op: slaapstoornissen, moeheid en lusteloosheid, eetproblemen, problemen met concentratie en denken, schuldgevoelens, nihilistische gevoelens, piekeren over de dood en zelfdoding.
De gezondheidsrisico's bij depressie zijn groot. Mensen met een depressieve stoornis zijn ernstig beperkt in hun sociaal en maatschappelijk functioneren. Het is een psychische stoornis met een hoge ziektelast. Depressie heeft grote nadelige invloed op de kwaliteit van leven. Depressie gaat vaak samen met angststoornissen en alcoholmisbruik. Bij ouderen zijn chronische ziekten, eenzaamheid en ingrijpende levensgebeurtenissen, zoals het verlies van een partner, belangrijke risicofactoren.
Door preventie en vroegtijdige interventies kan de GGZ de ziektelast van depressie met 40% terugdringen.

Omvang van het probleem regio IJssel-Vecht

Landelijk
Per jaar lijden 737.000 volwassenen in Nederland aan een depressie. Hiervan maken 359.000 mensen voor het eerst een depressie door.

Regionaal
Volwassenen
De nota VTV-2006: "zorg voor gezondheid" plaatst de regio IJssel-Vecht op plaats 17 (van de 39) voor wat betreft de geestelijke gezondheid onder volwassenen.

Ouderen 65+[4 en 5]
9% van de ouderen is psychisch licht ongezond.
3% is matig tot ernstig psychisch ongezond
30% voelt zich in meer of mindere mate eenzaam.
28% voelt zich matig eenzaam.
4% voelt zich (zeer)ernstig eenzaam.

Deze cijfers vinden wij zorgwekkend. We hebben voor de regio IJssel-Vecht voor de periode 2007-2011 de volgende doelstellingen geformuleerd:

- De urgentie van het probleem *depressie en eenzaamheid bij ouderen* onder de aandacht brengen bij de betrokken regionale en lokale partijen.
- Het inzichtelijk maken van hiaten en knelpunten in de zorgketen rondom depressiepreventie bij ouderen met als uiteindelijk doel:
  De ketenzorg sluitend maken, samenhang creëren in het interventieaanbod en het bereik van preventieve interventies verhogen en eenzaamheid en depressie onder ouderen terug te dringen.

Regionaal plan van aanpak

[4] Gemeten met behulp van de MHI-5. Dit is een algemene maat voor kwaliteit van leven. Het meet de algemene psychische gezondheid met 5 vragen naar gevoelens van geluk, somberheid en angst
[5] Gegevens verkregen door de ouderenmonitor 2006, GGD Regio IJssel-Vecht. Deze gegevens hebben alleen betrekking op zelfstandig wonende ouderen. Het is aannemelijk dat wanneer rekening wordt gehouden met ouderen die in een zorginstelling wonen, de percentages hoger liggen

Op het gebied van depressiepreventie valt nog veel werk te doen. Allereerst vinden wij dat depressie bij ouderen onder de aandacht moet worden gebracht. Er moet er een proces op gang komen waarbij op verschillende niveaus wordt samengewerkt; regionale partijen vormen een projectgroep, die een gezamenlijke visie ontwikkelt ten aanzien van dit probleem. De projectgroep heeft als doel om te komen tot een *integraal plan van aanpak depressiepreventie bij ouderen*. Hierbij wordt gestreefd naar het sluitend maken van de preventieketen en wordt samenhang gecreëerd in het interventieaanbod. Concreet betekent dit dat deze samenwerking zich moet richten op *vier doelen*:

- Het verbeteren van de vroegsignalering van depressieve klachten bij ouderen, bijvoorbeeld door het ontwikkelen en implementeren van een signaleringsprotocol.
- Het vergroten van de deskundigheid van professionals in de eerstelijns zorg.
- Het versterken van competenties van ouderen met een verhoogd risico voor depressie, bijvoorbeeld bij eenzaamheid, angst of na een ingrijpende levensgebeurtenis.
- Werken aan een ondersteunende en gezonde leefomgeving.

Afzonderlijke initiatieven worden in kaart gebracht en zo nodig op elkaar afgestemd. Eén van de partijen treedt op als organisator. De RIAGG en de GGD kunnen een ondersteunende en adviserende rol innemen.
De thuiszorginstellingen en welzijnsorganisaties vervullen een signalerende rol. Een aantal gemeenten wordt, al dan niet vanuit de Wmo, bij deze samenwerking betrokken. Bij het vormgeven van een regionaal plan wordt uitgegaan van een laagdrempelige wijkgerichte aanpak.
Bij deze aanpak wordt gebruik gemaakt van de brochure “Overzicht van Interventies” die door van het Trimbos instituut is uitgebracht.

In de bijlage wordt dit thema verder toegelicht. Het onderwerp wordt verder theoretisch onderbouwd en er worden uitgangspunten en visies benoemd ten aanzien van depressiepreventie. Er wordt een suggestie gedaan welke regionale partijen dit onderwerp aan gaan pakken.

Ter ondersteuning van het lokale gezondheidsbeleid is er in februari 2007 een handleiding depressiepreventie in lokaal gezondheidsbeleid verschenen. Deze handleiding zal lokale beleidsmakers helpen om het preventiebeleid verder in te vullen.

3.4. Jeugdgezondheidszorg en regionaal jeugdgezondheidsbeleid

Inleiding
Jeugdgezondheidszorg is de gemeentelijke basisvoorziening op het gebied van de preventieve gezondheidszorg voor kinderen en jongeren van 0-19 jaar. De kerntaak van JGZ is het bevorderen en beschermen van de gezondheid en de lichamelijke, geestelijke en sociale ontwikkeling van jeugdigen. Doel van het regionale jeugdgezondheidsbeleid is: ouders, kinderen en jongeren de juiste (preventieve) zorg op het juiste moment bieden, op maat, goed bereikbaar en laagdrempelig. Dat betekent dat bekend moet zijn wat ouders, kinderen en jongeren nodig hebben. Voor het regionale beleid leiden we dit af uit de cijfers van de gezondheidsonderzoeken, de bevindingen van professionele werkers in de jeugdgezondheidszorg (artsen en verpleegkundigen) en uit de ontwikkelingen op het gebied van jeugdgezondheidszorg, jeugdzorg en jeugdbeleid.

Gekozen is voor twee speerpunten in het regionale jeugdgezondheidsbeleid, namelijk:
- Opvoedingsproblematiek;
- Psychosociale problematiek bij jongeren.

De thema's hangen nauw met elkaar samen en bepalen ook steeds meer de beroepspraktijk van de jeugdartsen en -verpleegkundigen.

Vervolgens schetsen we de ontwikkeling van centra voor jeugd en gezin als één van de middelen om opvoedingsproblemen en psychosociale problemen vroegtijdig te signaleren en ouders, kinderen en jongeren adequaat te ondersteunen en te verwijzen.

3.4.1. Speerpunt psychosociale problematiek bij jongeren

Depressieve gevoelens horen bij de puberleeftijd. Maar het aantal jongeren dat zwaardere psychosociale problemen heeft, maakt het tot een groot gezondheidsprobleem. Als we kijken naar de totale ziektelast die jongeren hebben, staan depressie en angststoornissen op de tweede en derde plaats (na alcoholgerelateerde aandoeningen). Uit landelijk onderzoek blijkt dat 13% van de jongeren van 11 tot 17 jaar klinisch vast te stellen, internaliserende problemen heeft en 11 % heeft externaliserende[6] problemen. Dat is in totaal bijna een kwart van alle jongeren.
In de regio IJssel-Vecht heeft 22% van jongeren van12-24 jaar psychosociale problemen (gezondheidsmonitor 12-24, 2004). Meisjes hebben de meeste psychosociale problemen: 28%; en het percentage jongeren met problemen neemt toe met de leeftijd.
Ruim 13% van de jongeren heeft gedachten aan zelfdoding gehad in de afgelopen 12 maanden en bijna 6% van de 16 -24 jarigen heeft één of meer pogingen tot zelfdoding gedaan.

Psychosociale problematiek kan uiteenlopende oorzaken hebben. In veel gevallen spelen negatieve omgevingsfactoren zoals armoede, verwaarlozing, mishandeling, opvoedingsproblemen, echtscheiding en pesten op school, een grote rol.
Ziekteverzuim in het voortgezet onderwijs en in het MBO kan opgevat worden als een signaal voor problematiek en als voorloper op schooluitval. Opvallend is het hoge ziekteverzuim in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek. 25% van de jongeren had zich één of meer dagen ziek gemeld. Uit een regionale pilot in 2005 blijkt dat bij intensieve en eenduidige aanpak het ziekteverzuim afneemt en signalen tijdig kunnen worden opgevangen en aangepakt. (evaluatie ZAS, 2006).

Regionaal plan van aanpak
Psychosociaal probleemgedrag van kinderen en jongeren heeft grote gevolgen voor het persoonlijk en maatschappelijk functioneren. De regio IJssel-Vecht wil zich de komende jaren actief inzetten om dit probleem onder de aandacht te brengen en aan te pakken. Als eerste is het van belang om het signaleringssysteem te versterken. Zorg- en Adviesteams (ZAT) in VO en MBO hebben een belangrijke signalerende functie. Daarnaast is het van belang om ziekteverzuimprotocollen in te voeren in VO en MBO (vergelijkbaar met het bedrijfsleven) en de JGZ in te zetten om de oorzaken van ziekteverzuim vast te stellen en bespreekbaar te maken.

---

[6] Internaliserende problemen: naar binnen gericht, zoals angst en extreme teruggetrokkenheid; externaliserende problemen: naar buiten gericht, zoals agressie (Kousemaker, 1996)

In de aanpak van de psychosociale problemen van jongeren is ook een belangrijke rol weggelegd voor de samenwerkende partners in onderwijs, preventie, leerplicht, GGZ en Jeugdhulpverlening. Het gaat er daarbij om zowel de ouders als de jongeren zelf ondersteuning te bieden. Interventies voor de jongeren zijn gericht op het bevorderen van het psychische welbevinden, de sociale competentie en het bevorderen van de weerbaarheid. De interventies voor ouders zijn gericht op een tijdige signalering van risico's en het bieden van opvoedingsondersteuning ter voorkoming van erger.

3.4.2. Speerpunt opvoedingsproblematiek

Opvoedingsproblematiek is van alle tijden, toch lijkt het erop dat ouders de laatste jaren meer moeite hebben met de opvoeding van hun kinderen. De complexiteit van de samenleving neemt toe en dat eist veel van de competentie van ouders en opvoeders. Vaak beïnvloeden verschillende factoren het ontstaan van opvoedings- en ontwikkelingsproblemen. Het karakter van het kind en, in hoge mate, ook de sociale omstandigheden waarin het gezin leeft, bepalen of moeilijkheden wel of niet hoog oplopen. Het heeft altijd te maken met de balans tussen beschermende factoren en risicofactoren. In gezinnen waar de sociale steun laag is, die in armoede leven, in éénoudergezinnen of gezinnen waar één van de ouders psychiatrisch ziek is, slaat de balans sneller door naar de verkeerde kant.

Omvang van de opvoedingsproblematiek
Uit landelijk onderzoek komt naar voren dat 5% van de ouders kampt met ernstige opvoedingsproblemen. Zes procent van de ouders is ontevreden over de opvoeding, vindt deze zwaar en belastend, maakt zich veel zorgen over de ontwikkeling van hun kind en kampt vaak met onzekerheden[7].
In de regio IJssel-Vecht geeft 17% van de ouders van kinderen 0-12 jaar aan dat de opvoeding (soms) belastend is. Bijna een kwart van de ouders heeft behoefte aan informatie en hulp bij één of meer opvoedingsonderwerpen. De meest voorkomende onderwerpen waar ouders vragen over hebben zijn: gedrag van het kind, regels en afspraken, school en communicatie tussen ouder en kind.
20% van de ouders weet niet waar ze terecht kan met vragen over opvoedings- en gedragsproblemen.

Regionaal Plan van aanpak
Om ouders en kinderen te ondersteunen bij opvoedingsproblemen zijn twee zaken van belang. Allereerst moet duidelijk zijn waar ouders terecht kunnen voor informatie, advies, lichte hulpverlening, verwijzing en indicatiestelling. Ten tweede moet het aanbod aan opvoedingsondersteuning in kaart zijn gebracht en op elkaar zijn afgestemd.

Om met het tweede punt te beginnen:
In de regio IJssel-Vecht bestaat sinds 2002 een plan voor de gezamenlijke en ketengerichte aanpak van opvoedingsproblematiek: ‘geschakelde opvoedingsondersteuning’.
Hierin hebben alle aanbieders het aanbod van opvoedingsondersteuning op elkaar aangepast en benoemd wie wanneer welke zorg moet leveren. Het plan is in alle gemeenten besproken en verwelkomd. Ook de provincie Overijssel is hierbij betrokken. Het plan is tot nu toe niet geïmplementeerd.

Voor de toegankelijke, laagdrempelige en veelomvattende plek waar ouders kunnen aankloppen met alle opvoedingsproblemen, kunnen ‘Centra voor Jeugd en Gezin’ de oplossing vormen.

[7] (Zeijl E, Crone M, Wiefferink K, Keuzekamp S, Reijneveld M. Kinderen in Nederland. SCP/TNO, 2005)

3.4.3. Integrale Jeugdgezondheidszorg en centra voor jeugd en gezin

Sinds 2003 gaat landelijk en in de regio IJssel-Vecht veel aandacht uit naar het samenbrengen van de Jeugdgezondheidszorg van 0 tot 19 jaar. Opvoedingsondersteuning, zorg voor evenwichtig opgroeien en de zorg voor het psychosociale welzijn van jongeren zijn belangrijke thema's in dit kader. Om de Integrale Jeugdgezondheidszorg te realiseren is in de regio IJssel-Vecht onder regie van de gemeenten samenwerking gezocht tussen de vier thuiszorginstellingen (Icare, Carinova, Zorggroep Oude en Nieuwe Land en Vérian) en de GGD Regio IJssel-Vecht.
Tijdens het proces van samen optrekken is duidelijk geworden dat de Jeugdgezondheidszorg een centrale rol moet spelen in de ondersteuning van ouders bij de opvoeding en het opgroeien van kinderen en jongeren. Al snel werd ook duidelijk dat het voor ouders, kinderen en jongeren beter zou zijn wanneer de JGZ op één plaats binnen een wijk of dorp aanwezig zou zijn en één gezicht naar buiten zou hebben. Dit zou de plaats moeten zijn waar professionele hulpverleners samenwerken en van waaruit zij contacten hebben met scholen, huisartsen en allerlei andere betrokkenen.

Landelijk is de ontwikkeling verder in een stroomversnelling gekomen door het bekend worden van situaties waarbij kinderen de dupe zijn van de opvoedingsonmacht van hun ouders (meisje van Nulde, Maasmeisje, etc.). Uit de onderzoeken naar deze situaties komt steeds naar voren dat signalen niet altijd op de juiste plaats komen en dat in een zo vroeg mogelijk stadium preventieve interventies zouden moeten plaatsvinden. Daarvoor is samenhang, samenwerking van professionals en een laagdrempelige voorziening voor ouders, kinderen en jongeren nodig.

Eind 2006 gaf staatssecretaris Ross in haar brief aan de Tweede Kamer aan: 'In diverse rapportages en publicaties (o.a. rapportage Gideonsgemeenten, begin 2006 en sturingsadvies Koersen op het Kind van Steven van Eijck, eind 2006) wordt gewezen op de versnippering van het lokale jeugdbeleid en de noodzaak van meer samenhang tussen het jeugdbeleid, de jeugdgezondheidszorg en de jeugdzorg'.

Gemeenten hebben op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) een aantal taken op het gebied van het preventieve jeugdbeleid. Gemeenten zouden jeugdtaken zo moeten organiseren dat deze gebundeld aan het kind en de ouders worden aangeboden. In reactie op het sturingsadvies van de Commissaris Jeugd- en Jongerenbeleid geeft het kabinet aan voorstander te zijn van bundeling van taken in een **'Centrum voor Jeugd en Gezin'**, vooralsnog binnen de huidige wet- en regelgeving en de huidige verantwoordelijkheidsverdeling tussen gemeenten en provincies.

Dit **'CJG'** is dus een middel om duidelijkheid en laagdrempeligheid voor ouders, kinderen en jongeren te realiseren; om te zorgen dat geen kinderen tussen wal en schip vallen, om meer samenhang en afstemming tussen professionals te organiseren en om de preventie te intensiveren. Het is geen doel op zich, maar kan bijdragen aan vermindering van opvoedingsproblemen en aan vroegtijdige signalering en interventie bij (onder andere) psychosociale problemen.

Volgens de VNG zou een CJG het volgende aanbod moeten hebben:
- Informatie en advies + opvoedingsspreekuur;
- Vroegsignalering, screening, toeleiding en doorverwijzing;
- Integrale indicatiestelling (onder mandaat van of uitgevoerd door de jeugdzorg);
- Lichte ambulante hulpverlening;
- Zorgcoördinatie en begeleiding;
- Leerplicht;
- Pre- en perinatale zorg;
- Vraagbaak en meldpunt voor andere professionals.

In de regio ontstaan langzamerhand diverse initiatieven om tot beginnende CJG's te komen. Ook op provinciaal (Overijssels) niveau bereidt men visieontwikkeling op over de CJG's voor. Het lijkt verstandig om deze initiatieven lokaal, regionaal en provinciaal op elkaar af te stemmen. De VNG wil de ontwikkeling van Centra voor Jeugd en Gezin realiseren volgens een uniforme aanpak gerealiseerd onder decentrale verantwoordelijkheid. Die uniforme aanpak zou door de gemeenten in de regio IJssel-Vecht gezamenlijk ontwikkeld kunnen worden.

3.4.4. Ambities

In deze paragraaf beschrijven we de regionale ambities op het gebied van het jeugdgezondheidsbeleid. Daarbij is duidelijk dat het niet alleen om gezondheidsbeleid gaat, maar zeker ook om de combinatie van jeugdbeleid, jeugdzorgbeleid en jeugdgezondheidsbeleid. Nadere uitwerking zal daarom ook in samenhang met de andere beleidsvelden moeten plaatsvinden.

Ambities voor de oprichting van Centrum voor Jeugd en Gezin

- In 2011 zijn er in elke gemeente een of meerdere centra voor jeugd en gezin.
- De centra zijn lokaal maatwerk, maar ontwikkeld op basis van een gezamenlijke visie van gemeenten en regionale partijen.
- De visie is in 2007 gereed.
- Veel aandacht voor communicatie en PR naar ouders, kinderen, scholen, voorschoolse opvang, etc.

Ambities aanpak opvoedingsproblematiek

- Het percentage ouders dat niet weet waar ze met vragen over opvoedings- of gedragsproblemen terecht kunnen is gedaald van 20% in 2006 naar 5% in 2011.
- In 2009 is er een opvoedingsondersteuning die eenduidig is, zonder hiaten en zonder grote overlap. Het plan ‘geschakelde opvoedingsondersteuning’ is geïmplementeerd in 2009.

Ambities aanpak psychosociale problemen bij jongeren

- Verbeteren van vroegsignalering en vroegtijdig ingrijpen bij psychosociale problemen bij jongeren: *op 50% van de scholen voor VO en MBO is in 2011 een ziekteverzuimprotocol ingevoerd en houden jeugdartsen spreekuren om te begeleiden bij zorgwekkend ziekteverzuim.*
- Verbeteren van de collectieve preventie: *In 2011 is in de regio IJssel-Vecht toegang tot sovatraining (sociale vaardigheidstraining) en weerbaarheidstraining voor alle (kwetsbare) kinderen in het basisonderwijs en(kwetsbare) jongeren in het voortgezet onderwijs.*
- Jongeren en hun ouders een toegankelijke, laagdrempelige en op de leeftijd toegesneden plaats bieden voor vragen en hulp bij psychische en/of sociale problematiek*: In 2011 zijn in alle grote en middelgrote gemeenten één of meerdere centra voor jeugd en gezin met specifieke aandacht voor jongeren. Zij vervullen tevens een functie voor ouders en jongeren uit de kleinere gemeenten.*
- Een aanpak ontwerpen om ook voor jongeren die niet naar school gaan, waarin vroegtijdige signalering en interventie centraal staan: *In 2010 is er een plan van aanpak om niet schoolgaande jongeren preventieve zorg te bieden.*

3.4.5. Regionaal plan van aanpak

Centraal in het plan van aanpak staat de ontwikkeling van de centra voor jeugd en gezin. Regionaal wordt in 2007 een visie ontwikkeld door:

- bestuurders uit de regio als vertegenwoordigers van het portefeuillehoudersoverleg Volksgezondheid;
- een ambtelijke werkgroep met vertegenwoordigers van de gemeenten in de regio IJssel-Vecht;
- de betrokken organisaties en professionals;

- op provinciaal niveau;
- Eind 2007 is er een gezamenlijke visie.

Daarnaast worden de inhoudelijke knelpunten aangepakt:

- Invoeren van ziekteregistratie, ziekteverzuimprotocollen en begeleiding door jeugdarts in VO en MBO. Streven:10% van de scholen in 2007, 20% van de scholen in 2008; 30% in 2009; 40% in 2010 en 50% in 2011.
- Vanaf 2007: Zodanig gericht werken aan de ‘sense of urgence’ dat weerbaarheids- en sovatrainingen in basis- en voortgezet onderwijs belangrijke basisgereedschappen zijn voor kinderen en jongeren. (Zoals een verkeersdiploma tot de standaarduitrusting van een 12-jarige die naar het voortgezet onderwijs gaat, behoort).
- 2007/ 2008 Regionaal inzichtelijk maken van de mogelijkheden op het gebied van Sociale vaardigheids- en weerbaarheidstrainingen. Daarbij is ook aandacht voor de verschillende indicaties voor training in weerbaarheid en sociale vaardigheid.
- Bij de oprichting van centra voor Jeugd en Gezin wordt specifieke aandacht geschonken aan de opvoedingsproblemen van ouders van 12 tot 19-jarigen en voor de problematiek van jongeren zelf.
- Implementeren van ‘geschakelde opvoedingsondersteuning’ in 2009.

3.5. Infectieziekten: SOA bestrijding

Inleiding
Seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA), ook wel geslachtsziekten genoemd, zijn infectieziekten die door seksueel contact kunnen worden overgedragen. SOA worden steeds vaker gediagnosticeerd en vormen daarmee een toenemend risico voor de volksgezondheid.
Vanuit de WCPV zijn de gemeenten en de GGD verantwoordelijk voor de preventie van SOA. Met ingang van januari 2006 is de GGD ook verantwoordelijk voor de organisatie van de aanvullende curatieve SOA bestrijding. Dit betekent dat de GGD naast opsporing van SOA ook een behandeling aanbiedt. Voor het medisch inhoudelijke beleid dat het team SOA/HIV van de GGD vanaf 2006 moet uitvoeren zijn landelijke richtlijnen en kwaliteitseisen opgesteld. De Regio IJssel-Vecht werkt conform deze kwaliteitseisen.

Omvang van het probleem in de regio IJssel-Vecht
Zowel landelijk als in de regio IJssel-Vecht wordt een zorgwekkende toename in het aantal SOA waargenomen. Tabel 5.1 geeft regionale cijfers weer op het gebied van het aantal consulten, het aantal gediagnosticeerde SOA en het vindpercentage. Onder het *vindpercentage* wordt verstaan, het percentage gevonden SOA afgezet tegen het aantal consulten. Voor de Regio IJssel-Vecht is dit percentage sinds 2004 sterk toegenomen.

Jaar	Aantal consulten	Aantal SOA	Vindpercentage
2004	763	74	9,7%
2005	1107	84	7,6%
2006	1321	190	14,4%

Tabel 5.1: aantal consulten, gediagnosticeerde SOA en het vindpercentage in de regio IJssel-Vecht, 2004-2006

De belangrijkste preventieve maatregel om een SOA te voorkomen is condoomgebruik bij seksueel contact. De jongeren monitor van de regio IJssel-Vecht uit 2004 laat zien dat slechts de helft van de jongeren tussen de 16-23 jaar een condoom gebruikt tijdens het vrijen. Deze regionale cijfers, die gemiddeld uitkomen op een percentage van 47% bij meisjes en 53% bij jongens komen overeen met het landelijke niveau.

De GGD Regio IJssel-Vecht hanteert voor de periode 2007-2011 de volgende *doelstelling* voor wat betreft SOA- bestrijding:

- Het voortzetten en uitbreiden van preventieve en curatieve activiteiten met als doel het aantal SOA' s terug te dringen.

Het team SOA/HIV richt zich bij haar activiteiten specifiek op *doelgroepen waar verhoogd risicogedrag voorkomt,* namelijk jongeren 14-25 jaar, homoseksuele mannen en andere mannen die seks hebben met mannen, prostituees en prostituanten.

Regionaal plan van aanpak
Activiteiten 2007.
Voor 2007 wil het team SOA van de GGD Regio IJssel-Vecht een aantal nieuwe activiteiten realiseren, voorkomend uit de behoeften en vragen van de burgers uit de regio:

- Het 2-3 keer per jaar aanbieden van een compleet (curatief) SOA- spreekuur op locatie bij het COC Zwolle.[8]
- uitbreiding van interventies en het aanbieden van SOA- spreekuren op locatie in andere gemeenten in de regio.
- Het aanbieden van een specifiek preventieprogramma voor "swingers".[9] Onder deze groep komen veel risicovolle activiteiten voor.
- Op basis van uitbreiding van het vergoedingenstelsel kan de GGD vanaf 2007 ook testen voor geslachtsziekten uitvoeren, die voorheen nog niet vergoed werden. Voor cliënten van het spreekuur, die in de risicogroepen vallen zijn deze onderzoeken en behandelingen kosteloos.

Voor het benaderen van jongeren is samenwerking met meerdere partijen vereist. Allereerst is het wenselijk om in een aantal gemeenten in de regio IJssel-Vecht met regelmaat SOA spreekuren te organiseren. Hierdoor hoeven jongeren niet te reizen en wordt de drempel om te testen op SOA lager. Samenwerken met andere projectgroepen die zich richten op risicovol gedrag onder jongeren kan mogelijk efficiënt en effectief zijn. Hierbij denken we aan samenwerking tussen SOA bestrijding en het project "Alcoholmatiging Jeugd regio IJsselland", in het bijzonder omdat er een duidelijk verband is aangetoond tussen alcoholgebruik en veilig vrijen.

[8] COC Zwolle is de regionale vereniging voor integratie van homoseksualiteit.
[9] Swingers zijn (echt)paren, die in hun vrije tijd seksuele contacten aangaan met andere paren, hetzij thuis, hetzij in een speciale daartoe ingerichte uitgaansgelegenheid.

3.6. Milieu en gezondheid; binnenmilieu op scholen en in woningen

Inleiding
Milieu en gezondheid (officieel aangeduid met Medische Milieukunde, kortweg MMK) is een zorgtaak van gemeenten die is vastgelegd in de WCPV. Deze taak is door de gemeenten ondergebracht bij de GGD. Het team Milieu & Gezondheid voert deze taken uit.
De vragen waar het team mee te maken krijgt zijn samen te vatten in twee hoofdvragen:

1. Kan ik ziek worden van hét milieu? Van dat bedrijf, die snelweg, het lawaai van de buren, door slecht te ventileren.
2. Ik ben ziek. Komt dat door die zendmast, die bodemvervuiling of door dat oude schoolgebouw?

Het gaat dus over het signaleren en onderzoeken van gezondheidsrisico's in relatie tot milieufactoren. Binnenmilieu is een van de milieuthema's waar GGD'en nadrukkelijk mee te maken krijgen. Steeds vaker ervaren mensen problemen met het binnenmilieu op school en in hun eigen woning. Dat is ook niet verwonderlijk. Wij brengen bijna 90% van onze tijd binnenshuis door (woning, school, kantoor/bedrijf). En het binnenmilieu in een school of een woning is al snel vuiler dan de buitenlucht. Want buiten kan veel gemakkelijker een verdunning van de aanwezige vervuiling optreden dan binnen. Vooral als er slecht geventileerd en onvoldoende goed schoon gemaakt wordt.

Omvang van het probleem in de regio IJssel-Vecht
Uit onderzoek van de GGD Regio IJssel-Vecht is gebleken dat in ongeveer 80% van de scholen de kwaliteit van het binnenmilieu onder de maat is. Er is onderzoek gedaan naar de ventilatiemogelijkheden en het ventilatiegedrag, het thermische comfort, naar schoonmaak en inrichting, vocht en welzijnsbeleving van leerling en docent. Een slechte kwaliteit van het binnenmilieu kan een nadelig effect hebben op de gezondheid en leerprestaties van de leerlingen. Het kan onder meer leiden tot irritatie van de slijmvliezen van ogen, neus en keel, verergering van astma, luchtweginfecties, hoofdpijn en leer- en concentratieproblemen. Gemiddeld 10% van de leerlingen heeft astma. Concreet betekent dit dat er in elke klas wel een kind zit met astma.
Recent zijn de resultaten bekend gemaakt van een TNO-onderzoek op basisschool De Ichthus in Zwolle. Uit het onderzoek blijkt dat leerlingen van de groepen 7 en 8 reken- en taaltoetsen beter maken bij extra ventilatie in het lokaal dan bij de standaard ventilatie.

Regionaal plan van aanpak
Voor wat betreft het binnenmilieu op scholen en in huizen doen we de volgende aanbevelingen:

- gemeenten van de Regio IJssel-Vecht geven in hun lokaal gezondheidsbeleid aandacht aan het binnenmilieu in gebouwen (scholen, woningen, kinderdagverblijven). Daarbij zijn jonge kinderen (basisschool- leerlingen) een belangrijke risicogroep. De gemeente heeft, naast de school zelf, ook taken op het gebied van onderwijs: zorg dragen voor goede en gezonde accommodaties en scholen adviseren en helpen om dat ook daadwerkelijk te realiseren. Het is niet voor niets dat het landelijke Netwerk van gezonde gemeenten nadrukkelijk aandacht vraagt voor het binnenmilieu op scholen (zie: www.vogz.nl).
- de komende jaren worden alle 275 basisscholen in de regio zich bewust van het belang van een goed binnenmilieu en dat in 2010 in ieder geval 50% van de scholen ook een ventilatie-advies- op maat hebben gekregen. De adviezen zijn gericht op zowel het ventilatiegedrag als op het realiseren van (kleine) technische verbeteringen en aanpassingen aan het ventilatiesysteem.
- De komende tijd wordt overleg gepland met de woningcorporaties om hen te adviseren over het goed ventileren van hun woningen en het instrueren van bewoners met betrekking tot ventileren.
  Het kan een belangrijke meerwaarde opleveren wanneer ook gemeenten samen met de GGD woningcorporaties stimuleren om de kwaliteit van hun woningbestand wat betreft ventilatie, vocht en thermisch comfort te verbeteren.

3.7. Roken

Inleiding
Voor wat betreft roken pleiten we in deze nota voor een gemeentelijke aanpak. De reden daarvoor is dat de meest effectieve interventies op het gebied van roken lokaal geïnitieerd kunnen worden. Roken vormt al jaren lang de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaak in Nederland. Jaarlijks overlijden ruim 20.000 Nederlanders aan ziektes die met roken te maken hebben. Roken schaadt niet alleen de gezondheid van de roker zelf maar ook die van anderen in zijn omgeving. Dit passief meeroken is onder andere verantwoordelijk voor vele tienduizenden gevallen van luchtwegaandoeningen bij kinderen. Hierdoor verdient tabakspreventie een structurele plaats in regionaal en lokaal beleid.
Roken heeft ook grote financiële gevolgen. De totale kosten door verlies aan productiviteit door roken is door het RIVM geraamd op 238 miljoen euro. Het grootste deel hiervan wordt veroorzaakt door ziekteverzuim (excl. zwangerschap). Daarnaast zou er, als iedereen morgen stopt met roken, een besparing van 509 miljoen euro op de kosten van de gezondheidszorg mogelijk zijn (VWS, 2003).
De regio IJssel-Vecht vindt het belangrijk om tabakspreventie onder de aandacht te brengen en heeft voor de periode 2007-2011 de volgende *SMART- geformuleerde doelstelling* [10] geformuleerd:

- Het percentage rokers moet in 2010 tot 20% zijn teruggebracht.

Omvang van het probleem.
Landelijk
28% van de Nederlandse bevolking van 15 jaar rookte in 2004 en 2005.
Mensen met een lage SES roken 1,5 keer zo vaak als mensen met een hoge SES.

Regionaal
Van de jongeren van 12-15 jaar rookt 5 % dagelijks.
Van de jongeren van16-23 jaar rookt 24% dagelijks.
De nota VTV-2006 “zorg voor gezondheid” plaatst de regio IJssel-Vecht op plaats 24 (van de 39) voor wat betreft het aantal zware rokers van 15 jaar en ouder en op plaats 28 van mensen die stoppen met roken.
15% van de ouders geeft aan dat in de afgelopen week in de nabijheid van hun kind is gerookt.

Plan van aanpak
De aanpak van tabakspreventie ligt voor het grootste deel bij de gemeenten zelf. Het lokale beleid wordt volgens de “Richtlijn Tabakspreventie in Lokaal Gezondheidsbeleid” van STIVORO vorm gegeven. Deze richtlijn ondersteunt in het formuleren van het lokale beleid en biedt handvatten om dit beleid te vertalen naar concrete activiteiten. Daarnaast biedt deze richtlijn een basispakket Tabakspreventie. STIVORO geeft aan dat iedere gemeente in Nederland minimaal dit basispakket aan maatregelen zou moeten aanbieden aan haar inwoners. De interventies die in de richtlijn worden aangeboden zijn onder te verdelen in drie categorieën voor wat betreft de mate van bemoeienis en/of investering. Iedere gemeente kan hierin een eigen keuze maken uit interventies die het beste bij de lokale situatie aansluiten. De regio IJssel-Vecht zal ten aanzien van tabaksontmoediging de landelijke campagnes om te stoppen met roken volgen en ondersteunen.

[10] Doelstelling is ontleend aan het Nationaal Programma Tabaksontmoediging 2006-2010 en het Nationaal Programma Kankerbestrijding

4. Financieel overzicht

4.1. Inleiding

De kosten van het voorgestelde beleid, waarmee we in de regio IJssel-Vecht preventie aanpakken, zijn nog niet geheel te overzien. Van belang is om de volgende uitgangspunten in het oog te houden.

- *Preventiebeleid een kwestie is van lange adem*.
  Nu inzetten op een gezonde jeugd, een gezonde wijk of psychische gezondheid van ouderen zal het zorggebruik, in de toekomst binnen de perken houden. Dat geldt niet alleen voor de zorg in eerste en tweede lijn, maar bijvoorbeeld ook voor de jeugdzorg, de kosten voor WVG en huishoudelijke hulp. Het geldt bovendien niet alleen voor zorggebruik, er zijn grote maatschappelijke kosten gemoeid met alle beschreven thema's, zoals bijvoorbeeld de kosten voor politie en justitie, voor arbeidsongeschiktheid of voor maatschappelijke opvang.

- *Er zijn meerdere belanghebbenden bij preventief gezondheidsbeleid.* Naast gemeenten zijn dat de rijksoverheid, de provinciale overheid, de zorgverzekeraars, patiëntenbelangenverenigingen als Diabetesfonds en Hartstichting en niet in de laatste plaats de burger zelf. Het is daarom van belang om financieringsstromen te bundelen en uitvoeringsorganisaties en financiers tot samenwerking te brengen.

- *Samenhang heeft een belangrijke meerwaarde*. We ontwikkelen op verschillende thema's beleid, maar de aanpak van de verschillende problemen heeft vaak een grote overlap. Een wijkgerichte aanpak, het vergroten van weerbaarheid en het aanpakken van ziekteverzuim hebben hun gevolgen voor de psychosociale gezondheid, op alcoholmatiging en op overgewicht. Van belang is dus ook om de geldstromen te leiden naar gezamenlijke aanpak van thema's. Ook van belang is aan te sluiten op bestaande lokale en regionale praktijken en daarvan de vruchten te plukken.

- *Preventie is meer en meer evidence based en effectief*. Dat is van belang om zeker te weten dat we de goede programma's aanbieden. De bewezen effectieve programma's, die ook in de landelijke preventienota worden aanbevolen, hebben echter wel een prijskaartje.

- *Monitoring, onderzoek en evaluatie* van preventieve projecten maken integraal onderdeel uit van de plannen.

In dit hoofdstuk maken we een schatting van de kosten van het totale regionale preventiebeleid. Daarvoor zijn de volgende bronnen als input gebruikt: het in 2006 gestarte regionale project 'Jeugd en Alcohol'; het in 2006 gestarte Zwolse project 'gezond gewicht, gezonde wijk'; de kosten van het effectieve preventieprogramma voor overgewicht 'Hartslag Limburg'; de berekeningen van het VNG en GGD Nederland over de benodigde financiën voor het preventiebeleid (2006); de door het VNG geschatte kosten van de ontwikkeling van centra voor jeugd en gezin in alle gemeenten (2006). Wanneer dit preventieplan is vastgesteld en duidelijk is hoeveel maatwerkvragen er bij gemeenten liggen, zal het kostenplaatje in een samenhangend plan van aanpak worden nader kunnen worden uitgewerkt.

4.2. Informatiebronnen en hun begroting

De informatiebronnen zijn ongelijksoortig, hun begroting is dat ook. In deze paragraaf hebben we de verschillende begrotingen teruggerekend naar kosten per inwoner per jaar. Voor de begroting van de regio IJssel-Vecht hebben we die kosten vermenigvuldigd met het aantal inwoners van de regio.

Voorbeeldprojecten

- Het regionale plan op het gebied van alcohol begroot, zonder dat de uitvoeringsplannen al vaststaan € 150.000,- voor 2007. Per inwoner per jaar gaat dit om € 0,35.
- Voor 'Gezond gewicht, gezonde wijk' is in 2007 € 154.000,- begroot.
- 'Hartslag Limburg' is als effectief geëvalueerd. De kosten van Hartslag Limburg per inwoner voor het wijkgerichte traject plus het netwerkmanagement waren per jaar: € 439.000,- (zonder het hoogrisicoproject en het onderzoek) voor 200.000 inwoners is dat € 2,20 per inwoner. Wanneer we voor de regio IJssel-Vecht uitgaan van ongeveer 430.000 inwoners komen we op een totaal van € 946.000,--.

Kostenberekening landelijke partijen

- Kosten preventienota
  Het VNG geeft in haar notitie ‘een injectie in preventie is een vaccinatie tegen zorg’ (2006) aan dat investeren in effectief preventiebeleid zich vanzelf terugverdient. Daarbij is het volgens de VNG noodzaak dat bewezen effectieve programma’s meerjarig kunnen worden ingevoerd. Men begroot daarvoor € 4,- per inwoner, onderverdeeld in € 2,50 voor overgewicht, € 1,00 voor alcohol en roken bij jongeren en € 0,50 voor roken bij volwassenen.
- Het VNG heeft tevens de kosten van het voorgestelde jeugdbeleid laten berekenen (Quick scan 2006). Niet alle kosten hebben betrekking op de jeugdgezondheidszorg. Maar een deel ervan is te gebruiken als onderbouwing van de regionale kosten. Voor de ontwikkeling van de centra voor jeugd en gezin, dekkende zorgadviesteams, opvoedingsondersteuning, invoeren van evidence basedprogramma’s, invoeren van het elektronisch kinddossier en de digitale verwijsindex in de JGZ berekent het VNG ongeveer € 327 miljoen, exclusief aansluiting jeugdzorg en bestuurlijke inzet voor regie.

4.3. Begroting voor de planperiode 2007 - 2011

De hier gepresenteerde begroting is een eerste schatting. De nadruk ligt op de speerpunten op het gebied van gezondheidsbevordering: alcohol, overgewicht, depressie bij ouderen en psychosociale problematiek bij jongeren. Voor de speerpunten op het gebied van opvoedingsondersteuning en centra voor jeugd en gezin is wel een begroting opgenomen, maar de ontwikkeling staat nog teveel in de kinderschoenen om nu al kosten te specificeren.

Gezondheidsbevordering
Vooral het programma op het gebied van gezondheidsbevordering vereist gezamenlijke investeringen van gemeenten, rijk, provincie en zorgverzekeraars. In onderstaande tabel zijn geschatte bedragen opgenomen. Deze berusten op de onderzoeken van VNG en op begrotingen van voorbeeldprojecten.

Programma Gezondheidsbevordering	**Berekening 1 inwoner/ jaar**	**Berekening 2 VNG inwoner/jaar**	**Begrote kosten minimaal**	**Begrote kosten maximaal**
Overgewicht (ook volwassenen)	Hartslag Limburg € 2,20 Zwols project € 1,30	€ 2,50	€ 559.000	€ 1.075.000
Bestrijding overmatig alcoholgebruik	Regionaal plan Jeugd en Alcohol € 0,35	€ 0,50	€ 150.500	€ 215.000
Depressie en psycho-sociale problematiek	Voorzichtige schatting € 1,00	Niet berekend	€ 430.000	€ 430.000
Totaal per jaar voor alle speerpunten gezondheidsbevordering			€ 1.139.500	€ 1.720.000
gemiddeld per jaar		**€ 1.429.750**		

Dekking
Uiteraard is een deel van deze kosten terug te vinden in andere begrotingen, bijvoorbeeld in de (waarschijnlijke) uitkering naar het Gemeentefonds en in de reguliere bijdrage aan de GGD. Voor het onderdeel gezondheidsbevordering (Overgewicht, alcohol, depressie ouderen en psychosociale problematiek jongeren) van het preventieplan zijn in de regio IJssel-Vecht echter weinig structurele middelen beschikbaar. Omdat er verschillende belanghebbenden bij preventie zijn en ook het nieuwe kabinet voornemens is preventieve activiteiten binnen de zorgverzekering te bevorderen, zullen financieringsbronnen moeten worden samengebracht.

De benodigde middelen voor de periode 2007-2011 kunnen onder andere worden geworven uit:

- Een gemeentelijke bijdrage.
- Een bijdrage van het rijk aan het gemeentefonds. In het licht van het nieuwe regeerakkoord lijkt hiervoor ruimte te ontstaan.
- provinciale preventiegelden, zoals reeds beschikbaar gesteld voor alcoholmatiging;
- bijdrage van de zorgverzekeraars, zoals beschikbaar gesteld voor Zwolse project gezond gewicht, gezonde wijk en toegezegd voor Jeugd en alcohol;
- fondsenwerving.

Jeugdgezondheidszorg

Voor het jeugdgezondheidszorgbeleid en dan met name voor de ontwikkeling van de centra voor jeugd en gezin is volgens het VNG landelijk € 95 miljoen nodig, dat is ongeveer € 6,- per inwoner. In de regio IJssel-Vecht met een inwonersaantal van ongeveer 430.000, gaat het dan om ongeveer € 2,5 miljoen.
Voor opvoedingsondersteuning en het implementeren van evidence based programma's schat het VNG totaal € 73 miljoen nodig te hebben; voor de regio gaat het dan om € 1,9 miljoen.
Zeker gezien de huidige ontwikkelingen in de kabinetsformatie en het belang dat aan de uitkomsten van Operatie Jong wordt gehecht, verwachten wij dat een groot deel van dit bedrag in de komende tijd door het Rijk beschikbaar zal worden gesteld. Dit zal via het Gemeentefonds of via een doeluitkering lopen.

De dekking van het jeugdgezondheidsbeleid kan gevonden worden in:
- Basistakenpakket JGZ
- Gemeentelijke middelen voor RSU, Verhagengelden, etc.
- Rijksmiddelen speciaal voor herinrichting en ontwikkeling van de CJG's
- Provinciale gelden in het kader van aansluiting jeugdzorg.

De visieontwikkeling regionaal en lokaal over de CJG's en alle andere aspecten van het advies van Operatie Jong is nog in volle gang. Op dit moment kunnen wij geen uitspraak te doen over de kosten van een eventuele regionale ontwikkeling.

Lokale aanpak roken

Voor het speerpunt roken pleiten we in deze nota voor een gemeentelijke aanpak. De reden daarvoor is dat de meest effectieve interventies op het gebied van roken lokaal geïnitieerd kunnen worden. Deze aanpak kost, afhankelijk van de inzet die een gemeente vraagt € 0,50 per inwoner voor anti rookbeleid bij jongeren en € 0,50 voor de aanpak van roken bij volwassenen.

Dekking

Gemeentelijke gelden, maar ook hier vraagt het VNG om verhoging van de gemeentelijke middelen voor gezondheidsbevordering.

Binnenmilieu en Soa-bestrijding

Voor het programma medische milieukunde en SOA-bestrijding gaan we er vanuit dat de nieuwe ontwikkelingen binnen het basistakenpakket GGD kunnen worden uitgevoerd. Voor een deel kan de SOA-preventie meeliften met het programma Jeugd en Alcohol.
Uit de berekeningen die het VNG heeft laten uitvoeren, komt naar voren dat ook voor infectieziektenbestrijding en medische milieukunde meer middelen door het Rijk beschikbaar zouden moeten worden gesteld. Het gaat om respectievelijk € 3,2 miljoen en € 1,5 miljoen.

5. Samenvatting/Conclusie

De laatste jaren worden er zowel landelijk als regionaal zorgwekkende trends gesignaleerd op het gebied van de volksgezondheid. Dit betekent dat het minder goed gaat met de gezondheid van de inwoners uit de regio IJssel-Vecht. Om deze trend te keren, is een stevig preventiebeleid noodzakelijk. Preventiebeleid moet aangrijpen op specifieke doelgroepen en op de leefomgeving van de inwoner.

De WCPV verplicht gemeenten om voor 1 juli 2007 hun lokale gezondheidsbeleid vast te stellen. Deze nota is een leidraad daarvoor. Zij is het resultaat van een gezamenlijke voorbereiding op dit proces en heeft dan ook de naam 'Samenwerken aan gezond leven' gekregen. In dit verhaal gaan we vooral in op WCPV gerelateerde onderwerpen. Dat betekent dat de afzonderlijke gemeenten in hun lokale nota Gezondheidsbeleid nog de relaties moeten leggen met andere beleidsterreinen, met lokale zorgaanbieders en met de Wmo.

De stuurgroep Regionaal Preventiebeleid heeft naar aanleiding van de gesignaleerde gezondheidsbedreigingen en in navolging op de Rijkspreventie nota zeven thema's geselecteerd waar de komende vier jaar op wordt ingezet. Deze thema's zijn:

- overgewicht en diabetes,
- schadelijk alcoholgebruik,
- depressie bij ouderen,
- bestrijding van SOA,
- verbeteren van het binnenmilieu
- psychosociale problematiek bij jongeren
- opvoedingsondersteuning
  In het kader van de Jeugdgezondheidszorg schenken we aandacht aan de ontwikkeling van de centra voor jeugd en gezin.

Sommige thema's zoals overgewicht en alcoholmatiging vragen om gedragsverandering bij de doelgroepen. Dit kost veel tijd en de gezondheidswinst wordt pas op lange termijn zichtbaar. Andere thema's zoals depressie bij ouderen en de ontwikkeling van centra voor jeugd en gezin vragen eerst om visievorming en planvorming, pas daarna kan gestuurd worden op gezondheidseffecten.

Dit betekent dat, wanneer we gezondheidseffecten willen behalen, voor elk thema een meerjarige, concrete, en structurele aanpak noodzakelijk is.
Om deze aanpak te realiseren moet aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- Allereerst is bestuurlijk draagvlak onontbeerlijk. Naast het erkennen van de problematiek zijn er middelen nodig om het beleid uit te voeren. Op dit moment zijn die middelen niet in voldoende mate voor handen.
- Daarnaast moet er sprake zijn van voldoende draagvlak bij de betrokken regionale en lokale organisaties. Deze moeten de noodzaak tot een integrale, meerjarige aanpak erkennen en onderschrijven.

Van belang is ook om de volgende uitgangspunten voor ogen te houden:

- *Er zijn meerdere belanghebbenden bij preventief gezondheidsbeleid.*
  Naast gemeenten zijn dat de rijksoverheid, de provinciale overheid, de zorgverzekeraars, patiëntenbelangenverenigingen zoals het Diabetesfonds en de Hartstichting en niet in de laatste plaats de burger zelf. Het is daarom van belang om krachten en financieringsstromen te bundelen en uitvoeringsorganisaties en financiers tot samenwerking te brengen.

- *Samenhang heeft een belangrijke meerwaarde*.
  We ontwikkelen op verschillende thema's beleid, maar de aanpak van de verschillende problemen heeft vaak een grote overlap. Een wijkgerichte aanpak, het vergroten van weerbaarheid en het aanpakken van ziekteverzuim hebben hun gevolgen voor de psychosociale gezondheid, op alcoholmatiging en op overgewicht. Van belang is dus ook om de geldstromen te leiden naar gezamenlijke aanpak van thema's. Het is ook van belang om aan te sluiten op bestaande lokale en regionale praktijken en daarvan de vruchten te plukken.

- *Preventie is meer en meer evidence based en effectief*. Dat is van belang om zeker te weten dat we de goede programma's aanbieden.

- *Monitoring, onderzoek en evaluatie* van preventieve projecten moet integraal onderdeel uitmaken van de plannen.

Er is veel werk te doen. Wanneer er voldoende draagkracht is voor dit regionale preventiebeleid, kunnen we samen gaan werken aan een gezondere toekomst voor de regio IJssel-Vecht.

Bijlagen

Afkortingen

BMI	Body Mass Index
Cad.	Consultatiebureau alcohol en drug
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
COC	Regionale vereniging voor integratie van homoseksualiteit
GES	Gezondheid Effect Screening
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
JGZ	Jeugd gezondheidszorg
MCC	Medisch Coördinatie Centrum
MMK	Medische Milieukunde
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
OGZ	Openbare Gezondheidszorg
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
OPOZ	Onderzoekscentrum Preventie Overgewicht Zwolle
RIAGG	Regionaal Instituut Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SES	Sociaal Economische Status
SMART	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoeningen
STAP	Stichting Alcohol Preventie
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VTV	Volksgezondheid en Toekomst Verkenningen
VWS	Ministerie Volksgezondheid Welzijn en Sport
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WHO	World Health Organisation
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning

Bronnen

M.Beer
Tabakspreventie in de nota Lokaal Gezondheidsbeleid
STIVORO, Landelijk expertisecentrum voor Tabakspreventie

Judith Blekman, Heleen Riper
Nationaal plan van aanpak depressiepreventie
Trimbos-instituut

Ernst Bohlmeijer, Filip Smit, Carolien Smits
Preventie van depressie bij ouderen; Introductie en onderbouwing
Trimbos- instituut, 2005

E. Bohlmeijer, F. Smit, C. Smits, P. Cuijpers
Integrale aanpak depressiepreventie bij ouderen, samenvatting
Trimbos- instituut, januari 2005

A.M.W.Bulk-Bunschoten, C.M.Renders, F.J.M.van Leerdam, R.A.Hirasing
Overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht
Methode voor individuele primaire en secundaire preventie in de jeugdgezondheidszorg.
September 2005

Centraal Bureau voor de Statistiek; "Regionale kerncijfers Nederland" 2006.

J.Doosje, B.Blommerde
Nieuwe landelijke subsidieregeling voor curatieve soa- bestrijding.
Infectieziekten bulletin, jaargang 17, nr 01 2006 11-13

Steven van Eijk, 'Koersen op het Kind', sturingsadvies deel 1 en 2, 2006

A.E.M.de Hollander, N.Hoeymans, J.M.Melse, J.A.M.van Oers, J.J.Polder
"Zorg voor gezondheid", Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006
Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen,
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

J.Jansen, A.J.Schuit, F.v/d Lucht "Tijd voor gezond gedrag"
Bevordering van gezond gedrag bij specifieke doelgroepen
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2002

SA Meijer, F. Smit, CG Schoemaker, P. Cuijpers
Gezond verstand, evidence-based preventie van psychische stoornissen
RIVM / Trimbos-instituut, december 2006.

Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
Brochure; Feiten over alcohol
Informatie over de werking en risico's van alcohol

Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
'Bevorderen van gezond leven'.
Wat kan uw gemeente doen aan de preventie van overgewicht bij jeugdigen?
Richtlijnen voor een geïntegreerde lokale aanpak.

H.F.E. Smit 'Prevention of Depression'
Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam, 2006

Trimbos- instituut
Alcoholgebruik en jongeren onder de 16 jaar
Schadelijke effecten en effectiviteit van alcoholinterventies.

C.B.Walg Relatie tussen de WCPV en de WMO
Kansen voor de openbare gezondheidszorg
GGD Gelre-IJssel, 2006.

VNG
Van Naem en Partners, Quick scan WCPV, 6 oktober 2006.

SGBO, Investeringen in Jong, oktober 2006.

VWS
Brief staatssecretaris Ross Centra voor Jeugd en Gezin, 23 oktober 2006.

Preventienota *Kiezen voor gezond leven*, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, oktober 2006.

Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM

S.E. Pos, *Preventie gericht op jongeren*
J.C.Seidell, T.L.S.Visscher, A.J.Schuit, C.Enthoven, *lichaamsgewicht*
L.A.T.M. van Leest, *Alcoholgebruik*
E Hijma, *Depressie*
L.A.T.M.van Leest, M.C.Willemsen, *Roken*
M.J.W.van de Laar, M.G.van Veen, *Seksueel overdraagbare aandoeningen*

Bronnen GGD regio IJssel-Vecht

GGD Regio IJssel-Vecht, Gezondheidsmonitor jongeren 12-24 jaar, 2003

GGD Regio IJssel-Vecht, Gezondheidsmonitor kinderen 0-12 jaar, 2005

GGD Regio IJssel-Vecht, Gezondheidsmonitor ouderen 65+, 2006

Sandra Bleeker, Hilly Langewen, Plan van Aanpak Gezond Gewicht, Gezonde Wijk
GGD Regio IJssel-Vecht, juli 2006

L.Poot, M.Hannink, I.Oostenenk, L.Schoot Uiterkamp, Projectvoorstel ‘alcoholmatiging jeugd regio IJsselland’ 2007

M. Spauwen, Evaluatie pilotproject ‘Ziekteverzuim als Signaal’, 2006

Samenwerkende regionale partijen, ‘Geschakelde Opvoedingsondersteuning’, 2003

Kerntaken WCPV

Kerntaken Jeugdgezondheidszorg
De kerntaken van de Jeugdgezondheidszorg zijn vastgelegd in de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) en het bijbehorend Besluit Jeugdgezondheidszorg.
De Jeugdgezondheidszorg:

- verschaft inzicht in de gezondheidstoestand van de jeugd;
- spoort ziektes op en voorkomt deze door screening en vaccinaties;
- signaleert risico's;
- stemt zorgverlening af op de zorgbehoefte;
- bevordert gezond gedrag;
- onderkent en beïnvloedt gezondheidsbedreigende factoren;
- levert een bijdrage aan de vermindering en uitschakeling van risico's;
- adviseert gevraagd en ongevraagd aan de gemeenteraad betreffende gezondheidsrisico's voor de jeugd;
- stemt af met en tussen curatie en preventie op het gebied van jeugd;
- Voorziet in het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding.

Takenpakket JGZ
Bovengenoemde kerntaken zijn in het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg van 0 – 19 jaar uitgewerkt in productgroepen, producten en activiteiten. Daarnaast bestaat binnen het basistakenpakket de uitsplitsing in uniform en maatwerkdeel. Beide delen zijn verplicht, met andere woorden de gemeenten dienen te zorgen dat deze worden uitgevoerd. Voor het uniforme deel heeft de gemeente geen beleidsvrijheid, dit bestaat uit activiteiten, die voor iedere jeugdige op dezelfde manier moet worden uitgevoerd. Voor het maatwerkdeel heeft de gemeente beleidsvrijheid, hierbij gaat het om activiteiten, die per gemeente, regio en jeugdige kunnen verschillen, afhankelijk van de individuele en collectieve monitoring en signalering.

Kerntaken Gezondheidsbevordering
Landelijk staat Gezondheidsbevordering hoog op de agenda. De landelijke preventienota 'Kiezen voor gezond leven' gaat vooral over thema's op het gebied van gezondheidsbevordering.

Beleidsadvisering aan de gemeente(n) en binnen de GGD

- Mogelijkheden aangeven naar aanleiding van theoretische kennis over werkzame aanpak, epidemiologische gegevens en wensen van (groepen van) de bevolking om de gedragsgerelateerde gezondheidsproblemen aan te pakken;
- Adviseren over de aanpak van gedragsgerelateerde gezondheidsproblemen naar aanleiding van gestelde landelijke en lokale beleidsprioriteiten;
- Gebruik maken van een mix van beleidsinstrumenten van de gemeente (communicatieve, economische en juridische instrumenten);
- Op grond van ervaringen met gezondheidsbevorderende programma's bijdragen aan onderzoeksvragen en –analyse.

Uitvoering van programma's op het gebied van gezondheidsbevordering.

- Het uitvoeren en implementeren van adequate, mogelijk getoetste programma's met als doel de aanpak van gedragsgerelateerde gezondheidsproblematiek;
- Het verstrekken van informatie aan burgers of instellingen en het beschikbaar stellen van materialen;
- Het managen van programma's, waaronder opzetten en continueren samenwerkings-verbanden, proces bewaken en budget beheren, registreren en rapporteren van gegevens ten behoeve van evaluatie, zorg dragen voor promotie van de programma's en het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de uitvoering.
- Het verankeren van de programma's in het beleid van de eigen organisatie en/of die van anderen bijvoorbeeld via pleitbezorging, het opnemen in een protocol of het zorgen voor bijscholing, advies en ondersteuning voor de uitvoering.
- Rapporteren van de onderzoek- en evaluatiegegevens in de GGD en de gemeente.

Ondersteunen bij gezondheidsbevordering

- Informatie verzamelen en uitwisselen over adequate programma's (documentatie/informatiefunctie);
- Adviseren aan, en begeleiden van GGD- collega's en intermediairs bij het opzetten en uitvoeren van interventies.

Onderzoek en ontwikkeling

- Vergroten van de kennis over de relatie tussen gezondheid, gedrag en omgeving door middel van samenwerking met collega's in de eigen dienst (vooral epidemiologie en beleid), gezondheidsbevorderaars van andere GGD'en en met landelijke instituten en onderzoeksinstellingen.

Verbeteren van de preventiestructuur

- Informatie verzamelen over adequate programma's (informatiefunctie);
- In kaart brengen wie lokaal of regionaal welke taken heeft op het gebied van gezondheidsbevordering en signaleren van lacunes;
- Het bevorderen van wederzijdse afstemming en samenwerking met landelijke instituten voor gezondheidsbevordering door de lokale/regionale wensen, gebaseerd op de signalen van de bevolking, epidemiologische gegevens en politieke prioriteiten, aan de landelijke activiteiten kenbaar te maken en door kennis te nemen van de mogelijkheden die de instituten aanbieden;
- Het bevorderen van samenwerking, afstemming en continuïteit door het opbouwen en onderhouden van een structuur voor samenwerking van de organisaties en instellingen die taken vervullen op het gebied van gezondheidsbevordering (regionaal of lokaal);
- Het bevorderen van afstemming en samenwerking binnen de eigen organisatie;
- Intermediairs benaderen om te komen tot het uitvoeren van programma's op het gebied van gezondheidsbevordering;
- Implementeren (of opzetten) en uitvoeren van scholing van intermediairs;
- Rapporteren van de onderzoek- en evaluatiegegevens aan preventie-instellingen en relevante intermediairs;
- Het zorgen voor een oproepsysteem voor bevolkingsonderzoeken.

Kerntaak epidemiologie
De gemeenten zijn verplicht om elke vier jaar, voorafgaand aan het maken van een nota gezondheidsbeleid, gegevens te verzamelen en te analyseren. Dit dient op landelijk uniforme wijze te gebeuren. GGD Regio IJssel-Vecht voert in dit kader gezondheidsenquêtes uit onder kinderen, jongeren en ouderen. Op basis hiervan worden aanbevelingen gedaan voor het regionale en gemeentelijke gezondheidsbeleid.
In de Regio IJssel-Vecht zullen in de periode 2007 – 2011, passend in de beleidscyclus, weer de volgende gezondheidsenquêtes worden gehouden:

- Jongeren, 2007
- Volwassenen, 2008
- Kinderen, 2009
- Ouderen 2010

Kerntaken Infectieziektebestrijding
De afdeling Algemene Gezondheidszorg (AGZ) van GGD Regio IJssel-Vecht houdt zich onder meer bezig met het signaleren, voorkomen en bestrijden van infectieziekten. Infectieziektebestrijding bestaat uit algemene infectieziektebestrijding, bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA/HIV), de tuberculosebestrijding, bron- en contactopsporing bij vermoeden van epidemieën van infectieziekten, het beantwoorden van vragen uit de bevolking alsook het geven van voorlichting en begeleiding.
Landelijk is vast komen te staan dat voor effectieve en kwalitatief verantwoorde infectieziektebestrijding landelijke aansturing nodig is en supra-regionale samenwerking tussen GGD'en. De landelijke aansturing gebeurt door het Landelijke Coördinatiecentrum Infectieziektebestrijding (LCI), ondergebracht bij het RIVM.

Kerntaken Technische hygiënezorg (THZ)
Deze zorg is gericht op het voorkómen van infectieziekten als gevolg van het verspreiden van micro-organismen. Deze zorg is noodzakelijk daar waar veel mensen van collectieve voorzieningen gebruikmaken en waarbij er een verhoogd risico is op overdracht van micro-organismen en/of sprake is van een verminderde weerstand. Voorbeelden van deze risico's zijn voedselinfecties of besmetting met de legionellabacterie. Het werkterrein van de THZ is vanwege de vele soorten collectieve voorzieningen nogal uitgebreid. Denk aan scholen, kindercentra en peuterspeelzalen, prostitutiebedrijven, tattoo- en piercingshops en evenementen waar veel mensen samenkomen. Elke soort collectieve voorziening vereist een andere aanpak.
In dit kader dienen de volgende taken te worden uitgevoerd:

- In kaart brengen waar, gezien de aard van de doelgroep en de omstandigheden waaronder de activiteiten worden verricht, een verhoogd risico bestaat op verspreiding van pathogene micro-organismen.
- Het adviseren van deze instellingen over mogelijkheden op het gebied van bouw, inrichting en organisatie van de activiteiten om deze risico's te verkleinen.
- Het signaleren van ongewenste situaties.
- Beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting.

Kerntaken Medische Milieukunde
Milieu en gezondheid (ook wel: medische milieukunde) houdt zich bezig met de relatie tussen milieufactoren en de gezondheid. Centraal staan vragen over of een bepaalde milieuverontreiniging in lucht, water, bodem, binnenmilieu of voeding kan leiden tot gezondheidseffecten. Maar ook of ziekten of klachten veroorzaakt kunnen zijn door een milieufactor (chemische, fysische en biologische factoren).
Het werkveld medische milieukunde behelst dus de invloed van chemische en fysische factoren van het milieu op de gezondheid van de mens. In dit kader dienen de volgende taken te worden uitgevoerd:

- signaleren van ongewenste milieu- en omgevingseffecten op gezondheid;
- het adviseren over gezondheidsrisico's die het milieu met zich mee kan brengen;
- het beantwoorden van vragen van de bevolking;
- het geven van voorlichting;
- het doen van (kleinschalig) onderzoek.