

Kadernota

Lokaal Gezondheidsbeleid

2015 - 2018

Gemeente
Hoogezand-Sappemeer



Gemeente Hoogezand Sappemeer

Inhoudsopgave

Voorwoord pag. 3

1. Inleiding pag. 4
2. De staat van de volksgezondheid pag. 6
3. Actuele ontwikkelingen pag. 11
In onze gemeente pag. 12
4. Onze visie pag. 13
Uitgangspunten pag. 13
Missie en Doelen pag. 14
Speerpunten (incl. doelstellingen/doelgroep) pag. 14
Contouren Uitvoeringsprogramma

& aansluiting landelijk stimuleringsprogramma 'Gezond in de Stad' pag. 17

5. Monitoring pag. 18
6. Communicatie pag. 19
7. Financiën pag. 19

Bijlage n:

Lijst van afkortingen pag. 20

Bronnen pag. 21

Achtergronden van gezondheidsbeleid pag. 22

Rol (rijks)overheid bij risicofactoren voor gezondheid pag. 25

Meer informatie over gezondheid pag. 26

Informatie Stimuleringsprogramma 'Gezond in de Stad' pag. 29

Voorwoord

Gezondheid is belangrijk, dat vindt bijna iedereen - ook het gemeentebestuur van Hoogezand - Sappemeer. Een goede gezondheid is niet alleen prettig voor onze burgers: het is ook een vaak onzichtbare, maar toch onmisbare factor bij veel andere gemeentelijke taken. Denk bijvoorbeeld aan gezondheid als voorwaarde voor het hebben van (vrijwilligers) werk, of deelname aan activiteiten in de buurt. Of aan (leer)prestaties van kinderen die beter zijn wanneer zij gezond eten, voldoende bewegen, niet (mee) roken en geen alcohol drinken. Of aan mantelzorg, die iemand niet kan geven als hij/zij zelf niet gezond is of zich niet lekker in zijn of haar vel voelt.

G ezon dheid heeft met heel veel onderdelen in het leven te maken. Gezondheid wordt niet alleen bepaald door vele factoren, maar vertegenwoordigt ook een maatschappelijk en economisch belang. Met deze nota, en met de uitvoering daarvan in de komende vier jaar, willen we dat belang vasthouden in bijna alles wat we doen. Dat kunnen we als gemeente natuurlijk niet alleen, daar hebben we onze partners bij nodig. Gezondheidsbeleid is daarom vooral ook: verbindingen leggen, een goede communicatie en integraal denken en handelen. Die uitdaging gaan we graag de komende jaren met alle relevante organisaties en burgers aan .

1. Inleiding

Op je gezondheid!

Dat wensen wij elkaar toe als er iets te vieren valt - want gezondheid is voor vrijwel iedereen een groot goed in het mensenleven. Gezondheid is niet alleen medebepalend voor het gevoel van geluk en welzijn, het is ook een voorwaarde om mee te kunnen doen in de samenleving. Én - omgekeerd - is het voor die samenleving van belang dat haar leden gezond, of in elk geval zo gezond mogelijk zijn. Want gezonde burgers maken een gezonde gemeente, of het nu in sociaal-maatschappelijk of in economisch opzicht is.

Gemeentelijk gezondheidsbeleid doet er dus toe. De Rijksoverheid onderstreepte dit toen deze in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV, nu Wet Publieke Gezondheid/WPG) iedere gemeente opdroeg vierjaarlijks een nota volksgezondheid te maken.

In het beleid dient in elk geval aandacht te zijn voor een sluitend netwerk van basisvoorzieningen, voor de collectieve preventie van gezondheidsproblemen en (sinds 2008) ook de beschikbaarheid van een samenhangende ouderenzorg.

Met deze nota formuleren we het kader en de uitgangspunten waarbinnen wij onze burgers willen faciliteren om hun gezondheid te verbeteren en te behouden. Dat doen we met overtuiging - omdat wij hen hun gezondheid gunnen, maar ook omdat het bijdraagt aan onze eigen gezondheid als gemeente.

Leeswijzer

Allereerst gaan we na wat de staat van gezondheid van onze burgers is. Dan verkennen we wat er landelijk aan ontwikkelingen op het gebied van gezondheidsbeleid speelt en welke ontwikkelingen er lokaal gaande zijn op het gebied van gezondheid en domeinen die daar bijhoren. Dat leidt tot onze visie, waaruit we de uitgangspunten en speerpunten voor de komende vier jaar halen. Daarna volgen enkele korte hoofdstukken over de wijze van monitoring van ons beleid, de communicatie hierover en de financiële aspecten. In deze nota wordt zo nu en dan een opmerking geplaatst over de invulling van het Uitvoeringprogramma Lokaal Gezondheidsbeleid 2015-2018 ter concretisering van deze nota. Visie is één ding - maar het komt er uiteindelijk altijd weer op hoe dat 'landt' in de praktijk. Dat brengt ons op een terugblik op ons beleid van de afgelopen jaren.

Terugblik

Al vanaf de jaren negentig richten wij ons op de levensstijl van bewoners in de aandachtswijken van onze gemeente. Speerpunten met betrekking tot gezondheidsthema's, zoals bewegen en sport, gezin en zorg, geestelijke gezondheid en verslavingspreventie werden geformuleerd in diverse beleidsnota's, zoals de nota 'Sport in de spot' 2004-2009 en Jeugdbeleid (2011). Daarin richtten we ons met name op de 'kwetsbare' groepen: jeugd, ouderen, allochtonen en huishoudens met lage inkomens. En op het bieden van de nodige (zorg- en welzijns)voorzieningen en de samenhang daartussen.

De speerpunten kwamen tot uiting in diverse interventies en projecten. Voorbeelden hiervan zijn Schoolgruiten, uitvoering van 'de eendagsmethode' op 13 basisscholen ten behoeve van een gezond binnenklimaat en 'de gezonde kinderopvang'. Aan de preventie van roken, drinken en softdrugs gebruik onder VO leerlingen is gewerkt in samenwerking met de politie en VNN. En met een intensieve integrale ketenaanpak hebben we openlijk middelen gebruik onder problematische jongerengroepen gereduceerd. Ook heeft het college van B&W van de gemeente Hoogezand-Sappemeer haar handtekening gezet onder het provinciale convenant 'alcohol en jongeren' en heeft het college in 2012 op basis van de APV een algemeen alcoholverbod op alle schoolpleinen en twee speelplaatsen ingevoerd.

Tevens is er aandacht besteed aan het thema 'gezonde leefstijl' binnen het programma Eigen taal en Cultuur (VETC) en het project stimulering vrijwilligerswerk. Met betrekking tot sportstimulering, subsidieerden we schoolzwemmen en ontwikkelden we het project 'Wat jeugd beweegt' (WJB), waarbinnen de sportpas voor leerlingen uit het basisonderwijs, aangevuld met 'club extra' belangrijke activiteiten

waren. Met de Breedtesportimpuls (2001-2006) en extra subsidie van het ministerie van VWS voor een beweegmanager, die zich onder andere richtte op het voortgezet onderwijs, werd het project geïntensifieerd. In 2003 ging ook het 'Groninger Sportmodel' (GSM) van start in onze gemeente met als doel om alle basisschoolleerlingen minimaal 1 uur per dag aan sport te laten deelnemen. WJB en GSM werden bij de komst van de impuls Buurt Onderwijs Sport (BOS), daarin opgenomen. Ook draaide de nationale aanpak sport en bewegen (NASB) met daarbinnen het project 'beweeg mee'. De resultaten van BOS en NASB bleken wat output betreft positief. De BOS impuls leverde de basis van de hedendaagse sport infrastructuur in de gemeente. En groepen die voortgekomen zijn uit 'Beweeg mee', zijn nu nog steeds actief. Echter zorgden deze projecten niet voor financiële borging.

Een structurele impuls voor sportstimulering in de gemeente werd gevonden in de Impuls brede scholen, sport en cultuur (combinatiefuncties). In 2011 zijn we gestart met deze, door het rijk geïnitieerde, regeling waarmee we een structurele impuls geven aan brede scholen, sport en cultuur en waarmee tevens een verbreding en verdieping van de BOS-Impuls wordt bewerkstelligd.

Naast gezondheidsbevorderende interventies op het gebied van bewegen, voeding, alcohol, drugs en roken, hebben we ook veel aandacht besteed aan Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz) en de Jeugdgezondheidszorg (JGZ). De ontwikkeling van het centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) kreeg de afgelopen jaren meer vorm in de gemeente. Er werden zorgcoördinatoren aangesteld en een verwijzindex en zorgnetwerk geïnstalleerd.

Het project 'Kinderen tellen mee', ontwikkelden we tot een succesvolle methode om multi-probleem gezinnen vanuit een nauwe samenwerking tussen professionals, tijdige, laagdrempelige zorg te bieden waarmee risicofactoren voor gezond opgroeien en opvoeden worden gereduceerd.

Met deze nota zetten we de uitgezette koers van integraal en intersectoraal beleid gericht op kwetsbare groepen voort. Deze keer door niet alleen gezondheidsbevorderende elementen op te nemen in beleidsnota's op aanpalende domeinen, maar door met deze nota nadrukkelijk aandacht te vestigen op het thema lokaal gezondheidsbeleid.

2. Staat van de volksgezondheid in de provincie Groningen

Beleid begint met cijfers, en de analyse daarvan. Wat de volksgezondheid betreft beschikken we over het Jeugdgezondheidsonderzoek 2012 van de GGD Groningen en het Gezondheidsprofiel Groningen 2010 en 2012 van de GGD Groningen, de scan van de staat van de publieke gezondheid in de provincie Groningen. Het jeugdgezondheidsonderzoek en het gezondheidsprofiel leveren de onderbouwing voor keuzes in het lokaal gezondheidsbeleid, op gemeentelijk en regionaal niveau. Leefstijl en welvaartsniveau zijn daarbij bepalend. Leefstijl is dat met name omdat met het ouder worden functiestoornissen toenemen en vaker ziekte ontstaat waardoor de zorgbehoefte toeneemt. En welvaartsniveau is leidend omdat gezondheid en ziekte sterk worden beïnvloed door de sociaal economische status (SES); de mix van opleiding en inkomen. Groepen met een lage SES vertonen veelal een minder gezonde leefwijze, wonen in minder gunstige fysieke en sociale omgeving en lopen daardoor meer gezondheidsrisico's, hebben een slechtere gezondheid en een kortere (gezonde) levensverwachting.

Levensverwachting, vruchtbaarheid en vergrijzing

De levensduur bij geboorte van Groningers is bijna 80 jaar. Vergeleken met de vorige meting is de

levensverwachting met twee maanden toegenomen. Tussen 2005-2008 was het verschil tussen de provincie en Nederland drie maanden, tussen 2007-2010 is het verschil in levensverwachting bij geboorte opgelopen tot zes maanden.

Kanker is sinds 2009 de belangrijkste doodsoorzaak; levensjaren gaan vooral verloren door longkanker, maar ook door coronaire hartziekten, suïcide en borstkanker.

Tussen 2007-2010 stierven er in de provincie Groningen gemiddeld 1.600 mensen per jaar aan kanker.

Bijna evenveel mensen stierven in deze periode gemiddeld per jaar aan ziekten aan hart en vaatstelsel (zoals een hartinfarct en beroerte). Zowel de sterfte aan kanker als aan ziekten aan hart en vaatstelsel zijn in de provincie significant verhoogd ten opzichte van Nederland en zijn sterk gerelateerd aan leefstijl.

In de provincie Groningen overlijden opvallend veel mensen aan longkanker, omdat er hier in de afgelopen decennia meer gerookt is dan gemiddeld in Nederland.

Binnen Nederland is de perinatale sterfte hoger in (achterstandswijken van) de vier grote steden en daarnaast ook in enkele wijken in de stad Groningen en enkele gemeenten in noordoost Groningen.

Het aantal baby's dat geboren wordt is afhankelijk van het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd en van de welvaart. Mede vanwege de vergrijzing is het geboortecijfer in de provincie Groningen lager dan het landelijk gemiddelde.

Meer dan de helft van de volwassenen heeft een chronische ziekte

Groningers blijken zich net zo (on)gezond te voelen als gemiddeld in Nederland. 77% van de Groningers versus 76% van de Nederlanders ervaren hun gezondheid als (zeer) goed. En dat terwijl inmiddels 45% van de volwassenen in de provincie Groningen leidt aan een chronische ziekte, zoals te hoge bloeddruk, gewrichtsklachten en chronische luchtwegklachten. In de regio Centrum-West, waartoe gemeente Hoogezand-Sappemeer behoort, heeft zelfs 52% een chronische ziekte. De ervaren gezondheid van volwassenen woonachtig in de regio Centrum-West is minder goed in vergelijking met de provincie en Nederland. 69% van de volwassenen in regio ervaren een zeer goed tot goede gezondheid versus 77% in de provincie en 76% in Nederland. 5,1% ervaart een slechte tot zeer slechte gezondheid versus 3,2% in de provincie en 3,8% in Nederland. Vooral in de leeftijdsgroep 19-34 jaar en 50-64 jaar zijn de verschillen aanzienlijk wat betreft de (goede tot zeer goede) ervaren gezondheid.

De toename van chronische ziekten wordt deels verklaard door vroege diagnostiek. De kans op functiestoornis en een chronische ziekte neemt toe naarmate men ouder wordt. Met het oog op de vergrijzing zal het beroep op zorg om die reden sterk toenemen.

Gebruik van en tevredenheid over zorg

Het zorggebruik in de eerste lijn (huisarts, fysiotherapeut) en tweede lijn (ziekenhuis) is in Groningen iets lager dan landelijk. Zorg zonder verblijf (huishoudelijke hulp en thuiszorg) is na correctie voor leeftijd hoger dan landelijk. Het valt op dat gebruikers van zorg over het algemeen tevreden zijn over de kwaliteit van zorg.

Opvallend is dat in de provincie Groningen veel minder dwangmaatregelen voor psychiatrische patiënten worden aangevraagd dan gemiddeld in Nederland. Een half procent van de bevolking is in behandeling bij de verslavingszorg (VNN) en dat is hoger dan landelijk (in de afgelopen jaren is het aantal cliënten met 19% gestegen). Deze stijging is te wijten aan het brede aanbod van VNN, waardoor cliënten eerder in beeld raken.

Onder de volwassenen in de provincie Groningen wordt meer mantelzorg gegeven dan in 2010 en 2006. 18% van de volwassenen heeft het afgelopen jaar mantelzorg gegeven, 14% doet dat nu nog.

Van de volwassenen geeft 14% mantelzorg in de regio Centrum-West, dit is hoger in

vergelijking met het Nederlandse referentiecijfer, namelijk 12%.

Gematigd optimisme ten aanzien van leefwijze

Leefstijl vormt een belangrijke indicator voor het ontstaan van (chronische) ziekten. Daarom is het verheugend dat de *alcoholconsumptie* provinciaal bij de groep jonger dan 16 jaar licht is gedaald.

Dat geldt weliswaar ook voor het 'Bingedrinken' (≥ 5 consumpties per keer afgelopen maand), maar dat percentage blijft verontrustend hoog. In de gemeente Hoogezand-Sappemeer drinkt 40% van de jongeren tussen de 12 en 18 jaar minimaal één keer per maand en heeft 27% binge gedronken.

Zestien procent van de ouders uit de gemeente Hoogezand-Sappemeer die kinderen onder de 16 op het voortgezet onderwijs heeft, blijkt het goed te vinden dat hun kinderen alcohol drinken. Provinciaal is dit 13 procent. Zesendertig procent van de ouders in Hoogezand-Sappemeer verbiedt het drinken van alcohol, provinciaal is dit 30% (zie ook tabel 1).

Het provinciale percentage voor binge drinken, binnen het voortgezet onderwijs, is gelijk aan

het landelijke percentage. Sociaal-economische status speelt een duidelijke rol bij het binge drinken. Het aandeel scholieren op het Vmbo dat binge drinkt is vijf procent hoger dan op Havo/Vwo. Binnen elke onderwijssoort op het voortgezet onderwijs is het aandeel scholieren dat binge drinkt afgenomen tussen 2008 en 2012. Op het middelbaar beroepsonderwijs daarentegen is het percentage binge drinkers toegenomen.

Het alcoholgebruik stijgt navenant met de leeftijd van de jongeren op het voortgezet onderwijs en middelbaar beroepsonderwijs. In vergelijking met vier jaar geleden hebben binnen elke afzonderlijke leeftijdsgroep minder jongeren afgelopen maand alcohol gedronken. Vooral jongeren die jonger zijn dan 16 jaar drinken in vergelijking met vier jaar geleden minder.

Tabel 1: Alcohol gebruik jongeren en mening ouders hierover, Jeugdgezondheidsonderzoek 2012

Onderwerp	Gemeente Hoogezand-Sappemeer	Provincie Groningen
12- t/m 18 jaar		
Heeft alcohol gedronken afgelopen maand	40	43
Heeft binge gedronken afgelopen maand	27	31
12- t/m 15 jaar		
Heeft binge gedronken afgelopen maand	15	18
Ouders vinden het goed dat hun kind alcohol drinkt	16	13
Ouders verbieden het drinken van alcohol	36	30

Bron: GGD Groningen

Overmatig alcoholgebruik betekent voor vrouwen meer dan 14 drankjes per week en voor mannen meer dan 21 drankjes per week. In deze hoeveelheden verhoogt alcoholconsumptie de kans op verschillende ziekten.

Gemiddeld is landelijk het aandeel overmatige drinkers lager (8,4%) dan in de provincie Groningen (9,9%).

9,7% van de volwassenen in de regio Centrum-West drinkt overmatig alcohol. Dit percentage is dus vergelijkbaar met het provinciale referentiecijfer. In de regio Centrum-West wordt meer overmatig gedronken in vergelijking met twee jaar geleden (5,8%).

12% van de jongeren in de provincie Groningen in de leeftijd van 12 tot 18 jaar *rookt* dagelijks: dit is evenveel als het landelijk gemiddelde, maar de Groningse jongeren starten wel eerder met roken. Het percentage jongeren tussen de 12 en 18 jaar dat dagelijks rookt is in de gemeente Hoogezand-Sappemeer ook 12% (zie tabel 2). Eenentwintig procent van de 12-18 jarigen uit Hoogezand-Sappemeer heeft aangegeven minimaal eenmaal te hebben gerookt in de afgelopen week. Van de volwassenen in de gemeente Hoogezand-Sappemeer rookt 27%. Dit is gelijk aan het landelijke percentage, maar wel 3% hoger dan het provinciale gemiddelde van 24%. Uit landelijke cijfers blijkt dat er in 31% van de gezinnen met kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar oud binnenshuis wordt gerookt. Het gaat om ongeveer 555.000 kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar die niet in een rookvrij huis wonen en dus in meerdere of mindere mate meeroken, met alle gevolgen van dien (STIVORO volwassenen, 2009/2010).

Tabel 2: Rookgedrag jongeren en volwassenen,

Jeugdgezondheidsonderzoek 2012/ gezondheidsprofiel 2010

Onderwerp	Gemeente Hoogezand-Sappemeer	Provincie Groningen
12- t/m 18 jaar		
Dagelijks roken	12	12
Afgelopen week minimaal 1 sigaret gerookt	21	20
12- t/m 15 jaar		
Volwassen die (wel eens) roken	27	24

Bron: GGD Groningen

In 2010 werd geconstateerd dat de dalende trend in roken voor Nederland is gestopt. Nu blijkt dat tussen 2010 en 2012 het percentage rokende volwassenen sterk is gedaald in Nederland. Het percentage rokers in de provincie Groningen is gestabiliseerd rond 25%.

In de regio Centrum-West roken (relatief) minder volwassenen vergeleken met de provincie Groningen en is het percentage rokers gedaald.

Ookovergewicht is een belangrijke veroorzaker van chronische ziekten en psychisch leed.

Er zijn diverse factoren die samenhangen met overgewicht: te hoge energie-inname, te weinig

lichamelijke activiteit, psychosociale factoren en emoties, de fysieke en sociale omgeving en genetische aanleg. Overgewicht en ernstig overgewicht (obesitas) kunnen leiden tot verschillende ziekten en aandoeningen.

In de gemeente Hoogezand-Sappemeer heeft 56% van de volwassenen overgewicht. Het provinciale gemiddelde is 49 %. Bij 10-11 jarigen is tijdens het periodieke gezondheidsonderzoek door de JGZ in 2012 bij 26% van de kinderen overgewicht gemeten. Bij kinderen van 5 en 6 jaar was dit percentage 14%. Gemiddeld heeft 23% van de 10-11 jarigen in de provincie overgewicht en 13% van de 5-6 jarigen (zie tabel 3).

Tabel 3: Overgewicht onder kinderen en volwassenen,

Jeugdgezondheidszorg data 2012/ gezondheidsprofiel 2010

Onderwerp	Gemeente Hoogezand-Sappemeer	Provincie Groningen
Kinderen		
5/6-jarigen met overgewicht	14	13
10/11-jarigen met overgewicht	26	23
Volwassenen		
Volwassenen met overgewicht	56	49

In 2012 is 57% van de volwassenen in de regio Centrum-West te zwaar. Dit is hoger dan het landelijk (48%) en provinciaal gemiddelde (49%). Het percentage volwassenen met overgewicht is tussen 2010 en 2012 toegenomen (2010: 55%).

In de provincie Groningen is het percentage volwassenen met overgewicht tot 2006 sterk gestegen.

Echter, tussen 2006 en 2010 daalde het percentage volwassenen met matig overgewicht licht en

stabiliseerde het percentage met ernstig overgewicht. Daarmee volgt de provincie Groningen de

landelijke trend: het aandeel volwassenen met overgewicht stabiliseert rond 50%. De laatste meting uit

2012 bevestigt dit beeld. Alleen bij 35- tot en met 49-jarigen stijgt het aandeel volwassenen met overgewicht gestaag

Onder volwassenen met lager onderwijs als hoogst genoten opleiding komt overgewicht twee keer zo

veel voor als onder hoger opgeleiden. Voor obesitas is het verschil nog groter. Obesitas komt onder laag opgeleiden 3,5 keer zo vaak voor als onder hoger opgeleiden.

Voldoende beweging en een gezond voedingspatroon met voldoende groente en fruit (200 gram groente en 2 stuks fruit) kan overgewicht helpen voorkomen. 27% van de Groningers eet voldoende groente/rauwkost, in 2006 was dat nog 24%. Het aandeel ouderen dat voldoet aan de norm groente/rauwkost is licht hoger dan het aandeel jongeren. Uit het meest recente onderzoek van de GGD blijkt dat minder dan de helft van de jongeren dagelijks groente eet (voortgezet onderwijs 38% en basisonderwijs 42%).

Eenderde van de jongeren op het voortgezet onderwijs uit de regio Centrum-West voldoet aan de fruitnorm, bijna vier op de tien jongeren voldoet aan de norm voor groente. De verschillen met de provincie zijn uiterst klein.

Van de volwassenen consumeert slechts 31% voldoende fruit/vruchtensap, in 2006 was dit nog 36%. Slechts 18% van de scholieren in het voortgezet onderwijs en 30% van de leerlingen in het basisonderwijs voldoet aan de fruitnorm.

Wat betreft bewegen; 42% van de volwassenen in Hoogezand-Sappemeer voldoet aan de norm voor *bewegen* (half uur per dag). Bij kinderen (uur per dag) is dit 69%.

In de regio Centrum-West (65%) voldoen ongeveer evenveel volwassenen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen als gemiddeld in Nederland (66%). De verschillen tussen de provincie en de regio Centrum-West zijn groot, 70% versus 65%.

Geen grote verschuivingen in de kwaliteit van de leefomgeving

In meerdere onderzoeken zijn positieve verbanden tussen gezondheid en sociale cohesie gevonden (Nationaal Kompas, 2010). Zo fungeert sociale cohesie onder andere als buffer voor negatieve gevolgen van achterstandswijken. Sociale cohesie in de vorm van vriendschappen en contacten in de buurt, lijkt bewoners te beschermen tegen de negatieve effecten van wonen in achterstandswijken.

De *sociale cohesie* is in de provincie goed te noemen en krijgt een 7,7 op het rapport (schaalscore in gezondheidsprofiel 2010). In Hoogezand-Sappemeer is in zowel 2006 als 2010 gemiddeld een 7,6 gegeven. Evenals in 2006 is 30% van de bevolking in de provincie actief als vrijwilliger, wel zijn er duidelijke verschillen per gemeenten. In Hoogezand-Sappemeer deed in 2010 26% van de volwassenen vrijwilligerswerk (zie tabel 4).

22% van onze volwassen inwoners is soms, zelden of nooit *gelukkig*. In de provincie is dit 18%. Dit betreft dus een klein negatief verschil.

Zestig procent van de inwoners van Hoogezand-Sappemeer is niet *eenzaam*. 40% is matig tot (zeer) ernstig eenzaam. Van deze groep is 9% ernstig eenzaam. Ter vergelijking; in de provincie Groningen is 39% van de volwassenen matig tot zeer ernstig eenzaam. (Zie ook tabel 4).

Tabel 4: Omgevingskenmerken, Gezondheidsprofiel 2010

Onderwerp	Gemeente Hoogezand-Sappemeer	Provincie Groningen
Volwassenen		
Ervaren sociale cohesie in de buurt	7,6	7,7
Volwassenen die vrijwilligerswerk verrichten	26	30
Volwassenen die soms, zelden of nooit gelukkig zijn	22	18
Volwassenen die matig tot (zeer) ernstig eenzaam zijn	40	39

Bron: GGD Groningen

Per jaar komt 1,1 per 1.000 Groningers (veelal via de politie) in contact met het provinciaal advies- en steunpunt *huiselijk geweld*. Het aantal bevestigde gevallen van *kindermishandeling* bleef de afgelopen jaren stabiel op 3 per 1.000 kinderen van 0 t/m 17 jaar.

Het sociale netwerk van mensen beïnvloedt de gezondheid en het gedrag ook via de sociale normen in

het netwerk of door het toegankelijk maken van middelen (zoals zorgvoorzieningen) (Nationaal Kompas, 2013). In het concept sociaal kapitaal staan deze mechanismen centraal. Bij *sociaal kapitaal* gaat het om de voordelen die te halen zijn uit verschillende netwerken. We zijn geneigd deze netwerken te vertrouwen en dezelfde normen en waarden te hanteren. Door deze gedeelde normen en waarden en wederzijds vertrouwen kunnen deze netwerken een hulpbron vormen en middelen bieden aan leden.

46% van de volwassenen in de regio Centrum-West woont in een buurt met een laag sociaal kapitaal. In de provincie woont 44% van de volwassenen in zo'n buurt. Provinciaal is

het percentage volwassenen woonachtig in een buurt met een laag sociaal kapitaal afgenomen (van 48% naar 44%). Ook in de regio Centrum-West is het percentage licht gedaald (van 48% naar 46%).

De sociaal-economische status (SES) van personen wordt bepaald door de positie die mensen innemen in de maatschappij. Het opleidingsniveau is een variabele die vaak gebruikt wordt als indicatie van de sociaal-economische status.

In de regio Centrum-West zijn minder volwassenen hoog opgeleid in vergelijking met het provinciale en Nederlandse gemiddelde (hbo/wo 23% in Centrum-West versus 30% in provincie en 31% in Nederland).

Sociaal-economische gezondheidsverschillen

De inwoners uit de provincie Groningen hebben - met grote verschillen tussen de regio's - gemiddeld een lagere sociaal-economische status (SES) dan landelijk. In de gemeente Hoogezand-Sappemeer wonen in verhouding veel mensen met een lage SES in de achterstandswijken zoals Gorecht-West en Spoorstraat-Kieldiep. Dit in combinatie met de vergrijsde bevolking, maakt dat de gemeente 'dubbel belast' is. Dit vraagt om tijdige signalering en preventieve maatregelen, om samen met burgers te kunnen anticiperen op de verwachte stijging in de zorgvraag en de bestaande achterstanden weg te werken.

3. Actuele ontwikkelingen

Gezondheid was ooit voor een gemeente een beleidsarm thema - daar had je toch de GGD voor! De tijd dat gezondheidsbeleid vooral ging over de planning van het aantal huisartsen en het voorkomen van infectieziekten ligt ver achter ons. Dat is voor een deel het gevolg van de veranderingen in het denken over gezondheid. Het gaat bij gezondheid om meer dan de afwezigheid van ziekte - het gaat ook om een juiste balans tussen lichaam en geest, en om mee te kunnen doen in de samenleving. Steeds meer ook dringt het besef door dat gezondheid een sterke samenhang kent met andere beleidsdomeinen; niet alleen met de zorg(voorzieningen), maar ook met de fysieke en sociale omgeving waarin mensen leven en wonen. En vooral ook met participatie in de samenleving, of dat nu in een betaalde arbeidspositie is, als vrijwilliger of gewoon door actief in het leven te staan. Deze veranderende opvatting over gezondheidsbeleid bracht ook de gemeente als belangrijk speelveld voor gezondheidsbeleid in beeld om de voor effectief beleid onmisbare verbindingen te leggen.

Gezondheid als maatschappelijk belang

Daar is een tweede inzicht bij gekomen, onder meer gevoed door de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2010 & 2014 van het Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu (RIVM). Deze verkenning positioneerde gezondheid als voorwaarde voor succes op andere terreinen. Het gaat niet langer alleen om het zo gezond mogelijk laten functioneren van individuele burgers - gezondheid is ook een cruciale factor bij andere belangen, waaronder economisch belang. Het RIVM illustreerde dit aan de hand van de voorspelling van het tekort op de arbeidsmarkt de komende decennia, als we er niet in slagen zoveel mogelijk mensen gezond (en dus inzetbaar) te houden. Of - gezien het toenemende aantal chronisch zieken - weer aan het werk te krijgen.

Koerswijziging Rijk

In haar laatste beleidsvisie, 'Gezondheid Dichtbij' (mei 2011) breekt de minister van Volksgezondheid met de lijn die de tien jaar daarvoor is gevolgd. Waar voorheen sterk werd ingezet op een onmisbare rol voor de overheid bij het behalen van gezondheidswinst staat nu de eigen verantwoordelijkheid van de burger centraal. De overheid beperkt zich voortaan tot informatievoorziening (over gezond leven) en voorwaarden (zorg in de buurt, sport voor iedereen beschikbaar). De inhoudelijke thema's/speerpunten (overgewicht, roken, alcohol, diabetes en depressie) uit de vorige nota 'Kiezen voor Gezond Leven' (VWS, 2006) blijven aandacht houden, maar in de gehanteerde visie worden 'sport' en 'beweging' belangrijke ingangen om hier aan te werken. Een uitzondering maakt de visie voor de jeugd - daar zijn de speerpunten weerbaarheid (ook hier vooral via sport), vroegsignalering van risicogedrag en het aanleren van een gezonde leefstijl. De minister wil bovendien een betere aansluiting tussen curatie en preventie, en draagt dit ook aan de gemeenten op. Nieuwe thema's zijn tenslotte perinatale sterfte, chronische ziekten, psychische aandoeningen en gezondheidsrisico's in de leefomgeving zoals straling, binnenmilieu (balansventilatie), rampen en de uitbraak van nieuw soortige infectieziekten (voor achtergrond informatie over de rol van de (rijks)overheid bij deze gezondheidsrisico's, zie bijlage 4).

Gemeente als regisseur

Gemeentelijk beleid zal, in lijn met deze visie, minder dan voorheen worden getoetst op concrete indicatoren, maar meer op de bijdrage die wordt geleverd aan het totaal van het volksgezondheids-beleid, waarin Rijk en lokale overheid complementaire taken hebben. Dat biedt ons enerzijds meer beleidsruimte (geen verplichting meer om bepaalde leefstijlproblemen aan te pakken), maar anderzijds wordt er ook meer druk gelegd. Met name de gemeente als regisseur en verbinder tussen de verschillende beleids-terreinen zal de komende jaren verder ontwikkeld moeten worden.

De factor 'gezondheid' kan een belangrijke bijdrage leveren aan andere belangen. Gezondheidsbeleid wordt dan ook sterker dan ooit *integraal* beleid, waar andere sectoren in meedenken - al was het maar uit 'eigen' belang.

Andere sectoren

Gezien de sterke relatie tussen gezondheid en participatie is dat uiteraard het WMO-beleid en het arbeidsbeleid. Maar er liggen ook minder voor de hand liggende verbindingen: met onderwijs, met ruimtelijke ordening, met armoedebeleid, met het milieubeleid. Bovendien raken de decentralisaties van respectievelijk de zorg, jeugdzorg, een deel van de AWBZ en de Participatiewet overduidelijk aan aspecten van gezondheidsbeleid en geven daarvoor nieuwe impulsen.

In onze gemeente

In onze beleidsontwikkeling anticiperen wij op landelijke ontwikkelingen zoals de decentralisaties, de kanteling van de WMO en Welzijn nieuwe stijl, maar ook op zaken als de lokale bevolkingsontwikkeling (vergrijzing en ontgroening). Het is ons in de afgelopen jaren steeds duidelijker geworden dat het versterken van de eigen kracht van mensen en een actieve participatie in de samenleving belangrijke en effectieve instrumenten zijn, ook als het gaat om gezondheid.

Door mensen aan te spreken op eigen verantwoordelijkheid en het versterken van zelfredzaamheid en eigen kracht willen we bevorderen dat burgers naar vermogen in de samenleving kunnen participeren. Deze gedachte is uitgewerkt in onze visie op participatie "Burgers in de Benen"; in de houtskoolschets "Op eigen benen" en het "Veranderplan Sociaal domein". Daarin beschrijven we dat we de samenleving zien, als "een samenleving waarin meedoen loont; voor jezelf en voor anderen, voor individueel welzijn en voor collectieve welvaart." Waar grenzen van inwoners in beeld komen, stimuleren en ondersteunen we burgers om zelf (weer) regie te voeren.

De leidraad voor ons handelen ter uitvoering van deze visie hebben we in zes uitgangspunten gegoten. Deze zijn:

- 'persoonlijke benadering/ 'er op af',
- 'één gezin, één plan, één hulpverlener',
- 'eigen kracht en sociaal kapitaal',
- 'vrijwillig en verplicht',
- 'dienst om wederdienst',
- 'ontschotten en verbinden',
- 'duurzame verandering'.

In de sociaal economisch kwetsbare wijken Gorecht-West en Spoorstraat-Kieldiep is een interdisciplinair 'sociaal team' ingezet om de uitgangspunten ten uitvoer te brengen. Dit sociale team, wat onderdeel is van het programma De Kanteling, bestaat uit breed inzetbare professionals vanuit met name de domeinen zorg/welzijn en inkomen/ uitkering. Van 1 februari 2013 tot 1 november 2013 heeft de pilot sociaal team plaatsgevonden en van daaruit is besloten om met meerdere sociale teams te gaan werken binnen de gemeente.

In de wijk Gorecht-West is een wijkvernieuwingstraject gaande, dat staat beschreven in "Samen aanpakken in Gorecht-West". Omdat deze wijk kampt met cumulatieve, substantiële problemen op het gebied van wonen, werken, leren & opgroeien, integreren en veiligheid, werd een integrale wijkaanpak met bijbehorend wijkactieplan ontwikkeld, in nauwe samenwerking met vele partijen en bewoners en met subsidie vanuit het zogenoemde 40+ budget van het rijk. De rode draad in de wijkaanpak is de 'frontlijnaanpak' die door de actielijnen wonen, woonomgeving en voorzieningen, werken, inkomen en participatie en leren en opgroeien heen loopt (deze actielijnen zijn de vijf vingers van Vogelaar). Onder de vlag van dit programma worden door bewoners en partnerorganisaties tal van activiteiten uitgevoerd die raakvlak hebben met het gezondheidsbeleid, zoals 'Go4West' en 'Fier4Grunn'. Gemeente

breed is er onder andere de campagne 'De Vonk van Hoogezand-Sappemeer', waarmee bewoners zelf een activiteit kunnen ontwikkelen.

Wijkservicepunten zijn laagdrempelige inlooppunten in wijken voor informatie, advies en dienstverlening, voor jong en oud. De servicepunten zijn markt- en matchingsplaatsen voor initiatieven om de leefbaarheid te verbeteren en voor onderlinge hulp en steun in de wijk. Het zijn in principe bewoners/vrijwilligers zelf die deze wijkservicepunten ontwikkelen en bemensen.

De wijk Woldwijkstraat heeft in februari 2014 zijn WISP geopend in het wijkcentrum. Het is de bedoeling dat binnen de gemeente in meerdere wijken wijkservicepunten worden gerealiseerd.

Ook het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) is nog volop in ontwikkeling. Deze ontwikkeling is ondergebracht bij het programma de kanteling i.v.m. de decentralisaties. De werkwijze vanuit het CJG en de werkwijze van het sociale team worden op elkaar afgestemd.

Het CJG, de wijkservicepunten en sociale team(s) lijken bij te dragen aan meer samenwerking, betere afstemming, tijdige signalering van problemen en meer adequate antwoorden daarop. Deze teams gaan ook in ons uitvoeringsprogramma gezondheidsbeleid een rol spelen bij het realiseren van de gezondheidsdoelstellingen. Deze rol is niet beperkt tot zorg- en hulpverlening alleen, maar ook gericht op het voorkomen en tijdig signaleren van problemen en het stimuleren van inwoners om (ook) iets aan hun gezondheid te doen.

Het belang van het voorkomen en tijdig signaleren - ofwel van preventie - komt naar voren in ons beleid dat samenhangt met gezondheidsbeleid, zoals Integraal Veiligheidsbeleid, Jeugdbeleid, WMO, Programma de Kanteling/ Burgers in de benen en Samen aanpakken. In ons uitvoeringsprogramma Lokaal Gezondheidsbeleid neemt preventie een prominente plaats in. Want door een preventieve aanpak te versterken, samenwerking tussen partners te stimuleren en verbindingen te leggen tussen bestaande interventies, werken we aan een samenleving waarin gezond leven en 'mee doen' de norm is.

4. Onze visie: Baat bij Gezondheid!

Als gemeente vinden wij gezondheid van groot individueel, maatschappelijk en economisch belang. Een goede gezondheid bevordert de kans op een lang leven van goede kwaliteit. Gezondheid is óók een voorwaarde om te participeren in de samenleving, of dat nou in het arbeidsproces is, als vrijwilliger of mantelzorger of op een andere wijze. Omgekeerd geldt ook dat participatie goed is voor de gezondheid. Samenleving én individu zijn beiden gebaat bij een goede gezondheid!

Als gemeenten zijn we verantwoordelijk voor het lokale gezondheidsbeleid. Dat is vastgelegd in de Wpg (Wet Publieke Gezondheid). Maar deze wet is niet onze belangrijkste drijfveer. Dat is ons streven om iedereen de mogelijkheid te bieden om te kunnen meedoen aan de samenleving. Met de nadruk op *de mogelijkheid om*, want we vinden dat de sleutel om gezond(er) te leven bij de persoon zelf ligt. Tenzij het gaat om voorwaarden voor gezondheid waar de burger niet of nauwelijks invloed op kan hebben - dan zijn wij aan zet.

Daarom richten wij ons in dit beleid niet alleen op de individuele kant van gezondheid, maar ook op die voorwaarden. We willen in het nieuwe Lokale Gezondheidsbeleid over grenzen heen kijken. We willen met partners, zoals woningbouwcorporaties, onderwijs, sportverenigingen, huisartsen, burgers en vele anderen werken aan gezondheidsbevorderende en gezondheidsbeschermende voorwaarden. Daar heeft iedereen baat bij.

Daarbij zijn we ons er wel van bewust, dat gezondheid maar tot op zekere hoogte te beïnvloeden is - door individuen zelf, de omgeving van een persoon en door ons. Niet iedereen kan even gezond zijn; functieverlies bijvoorbeeld, hoort nu eenmaal bij het ouder worden, evenals het verlies van een baan, partner of ouder (ook bij scheiding) een periode van rouw en verdriet met zich mee brengt. We verwachten dan ook niet dat onze inwoners volledig gezond zijn en even gezond zijn. Wel hopen we dat mensen nog meer bewust worden van het belang van een goede gezondheid en dat zij vanuit dat besef proberen om zo fit mogelijk te blijven en hun naasten helpen om datzelfde te bereiken.

Onze uitgangspunten

Burgers zijn zelf verantwoordelijk voor hun leefstijl

Burgers zijn primair zelf verantwoordelijk voor hun leefstijl, ook in relatie tot gezondheid.

Dat neemt echter niet weg dat de gemeenschap belang en baat heeft bij gezonde burgers en dat individuele keuzes schadelijk kunnen zijn voor anderen. De eigen keuze is daarom niet vrijblijvend - eigen verantwoordelijkheid impliceert namelijk tevens maatschappelijke en economische verantwoordelijkheid.

Als gemeente willen wij, ook in ons gezondheidsbeleid, de balans vinden tussen beide belangen. Wij doen dat door:

- zorg te dragen voor optimale voorwaarden voor het maken van gezondheids-bevorderende keuzes;
- vooral de eigen kracht van onze inwoners te versterken;
- zorg te dragen voor adequate informatie;
- het versterken van bewustwording van de gevolgen van keuzes;
- het verleidelijker maken van gezonde keuzes (en zelf het goede voorbeeld te geven).

En als die eigen kracht ontoereikend is, als de keuzemogelijkheden te beperkt zijn, willen wij als gemeente (maar dan wel als laatste redmiddel) een vangnet vormen.

Gezondheidsverschillen nivelleren door preventieve inzet op gezond gedrag bij kwetsbaren

Mensen met een hoge sociaaleconomische status leven maar liefst 14 tot 15 jaar langer zonder gezondheidsbeperkingen dan zij die het minder goed getroffen hebben. Gevraagd naar de *ervaren* gezondheid zijn deze verschillen zelfs nog veel groter. Wij vinden dat een kwalijke ontwikkeling en willen die verschillen in elk geval niet verder laten oplopen. Daarvoor is het nodig dat iedereen een reële kans op gezondheid heeft, maar ook extra aandacht voor hen - om wat voor reden dan ook - die deze kansen niet weten te benutten. Wij willen daarom preventief inzetten op gezond gedrag bij kwetsbare groepen, waaronder de jeugd, en op de voorwaarden die daarvoor nodig zijn. De kwetsbare groepen zijn groepen waarbij sprake is van een opeenstapeling van factoren die het risico op gezondheidsproblemen verhogen: werkloosheid, maatschappelijke inactiviteit, een slechte woonsituatie, een ongezonde omgeving, eenzaamheid, onbereikbare zorg - factoren die stress veroorzaken.

Integraal & Intersectoraal ; Gezondheid speelt een rol in onze samenwerking en bij onze beleidskeuzes

Niet alleen leefstijl is van invloed op de gezondheidstoestand van het individu, ook de fysieke en sociale omgeving, opvoeding, het gevoel grip te hebben op het eigen leven, de zorg en externe ontwikkelingen spelen een rol. Dit gegeven maakt dat we niet moeten focussen op het 'zichtbare' gezondheidsprobleem, maar juist op de achterliggende oorzaken ('determinanten') daarvan. Dat betekent automatisch dat we - zoals we voor een deel al doen - integraal moeten werken, ofwel; de oplossingen moeten zoeken in andere beleidsdomeinen zoals jeugdbeleid, sociaal beleid, ouderenbeleid maar ook milieu, veiligheid en werkgelegenheid. Dat betekent ook dat wij (nog meer dan nu) intersectoraal willen werken aan gezondheid. We zijn en gaan nog verder op zoek naar 'partners in gezondheid': zoals huisartsen, thuiszorg, welzijnsorganisaties, scholen, bedrijven, (sport)verenigingen en vele anderen. In onze aanpak sluiten wij zoveel mogelijk aan bij bewegingen die al gaande zijn. Gezondheid moet namelijk niet iets zijn dat op zichzelf staat, maar juist een 'natuurlijk' aspect bij wat er speelt in onze samenleving. Dat betekent ook dat wij ons beleid zo dicht mogelijk bij de mensen om wie het gaat willen vormgeven en uitvoeren - wij willen hen betrekken, hun ideeën horen en hen kansen bieden om die uit te werken. In dit opzicht ligt een nauwe relatie met de nota 'Burgers in de benen' en 'Samen aanpakken' zeer voor de hand.

Onze strategie is er zo op gericht om gezondheid via vele actoren en in vele processen te borgen. Dat betekent niet dat er geen specifieke activiteiten nodig zijn - wél dat deze pas worden ingezet als daar een goede aanleiding voor is.

Missie en doelen

Vanuit bovenstaande komen we tot de volgende algemene missie voor ons gezondheidsbeleid:

'Wij willen - mede met het oog op volwaardige participatie in de samenleving - een goede gezondheid van onze burgers binnen hun bereik brengen door hen te stimuleren, en waar nodig te faciliteren om verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen gezondheidsgedrag en dat van anderen in hun directe omgeving.'

Wij vertalen deze missie in de volgende doelen:

- We willen de gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen verkleinen, door de gezonde leefstijl van kwetsbare groepen te stimuleren door middel van preventieve activiteiten en vroeg-signalering.

- We bevorderen de aandacht voor het belang van een goede gezondheid waar mogelijk.
- Wij zorgen als gemeente voor de basisvoorwaarden voor een gezonde fysieke en sociale leefomgeving.

Onze speerpunten

Onze speerpunten voor de komende jaren zijn *alcohol, roken, overgewicht en psychosociale problematiek*. In het Uitvoeringsprogramma worden ze nader uitgewerkt.

Om te werken aan de preventie van alcoholgebruik, roken, overgewicht en psychosociale problematiek is er aandacht nodig voor de volgende zaken: *kennis* bij mensen over de thema's, *weerbaarheid* van mensen (leren omgaan met keuzes en druk, hoe 'nee' te zeggen tegen ongezonde verleidingen), *inrichting van een gezond gedrag stimulerende omgeving*, *vroegsignalering* en *verbinding van preventie en curatie* t.b.v. een goede ketenaanpak. Ook *samenwerking tussen professionals* van diverse organisaties en op verscheidene beleidsdomeinen, het *stimuleren van participatie* (in werk, vrijwilligerswerk, mantelzorg) en *aansluiten bij behoeften en mogelijkheden van bewoners* (bij -laagdrempelige- hulpverlening) zijn van belang. Tot slot zijn *regelgeving en handhaving* zaken die bij de thema's roken en alcoholgebruik ingezet kunnen worden ten behoeve van preventie.

Bij het kiezen van de gemeentelijke activiteiten op het gebied van gezondheid is ons uitgangspunt dat we aansluiten bij wat er al gebeurt in de gemeente (op activiteiten niveau en ontwikkelingen als "Welzijn nieuwe stijl") en verbindingen leggen tussen initiatieven die al door diverse organisaties in de gemeente worden uitgevoerd. We houden daarbij rekening met 'best-practice' voorbeelden. Als gemeente kiezen we zoveel mogelijk voor effectieve en veelbelovende interventies en anders voor interventies waarvan redelijkerwijs te verwachten valt dat ze - op termijn- de gewenste invloed zullen hebben.

Ketenaanpak bij alle leefstijlproblematieken/ speerpunten

Bij (vroeg) signaleren van en doorverwijzen bij leefstijl problematiek, of het nu gaat om alcohol misbruik, roken, overgewicht of psychische ongezondheid, is het erg belangrijk dat er een sluitende keten is van warme overdracht/ signalering, naar motiveren en begeleiden naar doorverwijzing. Bij deze laatste schakel, de doorverwijzing, is het van belang dat de professional die doorverwijst weet of de cliënt is aangekomen bij de deskundige waar naar is doorverwezen. En dat deze professional ook weet hoe het de cliënt vergaat. Deze ketenaanpak wordt nader versterkt door in te zetten op onderling contact en de samenwerking tussen professionals. Bij de samenwerking zijn bovendien duidelijke afspraken over coördinatie en verantwoordelijkheden nodig.

De manier van werken binnen het sociale team sluit hierbij aan. Bij de verbreding van de sociale teams wordt dit ook meegenomen. Veel aandacht zal er zijn voor de samenwerking ten behoeve van een sluitende zorgketen, in het licht van de vele nieuwe ontwikkelingen, zoals bijvoorbeeld Passend Onderwijs en de decentralisatie van de Jeugdzorg. Door deze ontwikkelingen worden onderwijs, jeugdzorgorganisaties en gemeente meer dan voorheen gezamenlijk verantwoordelijk voor de zorg voor kinderen en jongeren. In goed overleg wordt gezorgd voor samenhang tussen leerling-zorg in de school enerzijds en jeugdzorgvoorzieningen, opvoeding- en opgroeiondersteuning buiten de school anderzijds.

Verdere aansluiting zal plaatsvinden met de ontwikkelingen rondom o.a.:

- de verbreding/doorontwikkeling/inzet (expertise) van de sociale teams;
- de decentralisaties;
- het creëren van steunstructuren (bijvoorbeeld ouderenzorg en voor mensen met beperkingen);
- de doorontwikkeling van wijkservicepunten;
- burgerinitiatieven;
- het verbinden van de eerste en de tweede lijn (het actief opzoeken van de huisartsen voor nadere kennismaking en het aangaan van samenwerking);
- de inzet van wijkverpleegkundigen;
- het werken volgens Welzijn nieuwe stijl (richten op de eigen kracht van de burger, 'erop af, in gesprek', versterken eigen sociale netwerken, integraal werken, ruimte voor de professional met mandaat);
- sport, bewegen en gezonde voeding (aansluiting bij o.a. sportverenigingen en -voorzieningen, professionals en andere initiatieven op gebied van gezondheid).

Speerpunten alcoholgebruik en roken

Alcoholgebruik is breed maatschappelijk geaccepteerd. Maar alcohol is ook een potentieel giftige stof met schadelijke gevolgen. Niet alleen voor de gezondheid van drinkers maar ook voor de maatschappij. In Hoogezand-Sappemeer hebben we de afgelopen jaren daarom ingezet op alcohol preventie, vooral bij de jeugd. De komende jaren zetten we dit voort. Tevens krijgt het thema roken onze aandacht.

Doelstellingen en doelgroep

In onze gemeente is een integraal Preventie- en Handhavingsplan alcohol vastgesteld in juli 2014. Het gezondheidsbeleid zal aansluiten op de landelijke nota en hetgeen is vastgelegd in dit Preventie- en Handhavingsplan.

De ambitie die is meegenomen in het Preventie- en handhavingsplan is dat jongeren op een zo gezonde en veilig mogelijke wijze kunnen opgroeien, zodat hun talenten zo optimaal mogelijk tot ontwikkeling kunnen komen. Op basis daarvan zijn drie algemene doelstellingen opgesteld:

1. Jongeren drinken tot hun 18e jaar geen alcohol, en gaan vanaf hun 18e jaar

verantwoord met alcohol om;

1. Ouders nemen hun verantwoordelijkheid voor het voorkomen van alcoholgebruik

onder de 18 jaar en voor het aanleren van verantwoord alcoholgebruik na het 18^e jaar;

1. Verstrekkers nemen hun verantwoordelijkheid in het voorkomen van alcoholgebruik

onder de 18 jaar en in het verantwoord alcoholgebruik na het 18e jaar.

Het bereiken van de doelstellingen gebeurt enerzijds door het stellen van regels en het handhaven daarvan en anderzijds proberen we via educatie (en communicatie) de effectiviteit en het draagvlak van onze alcoholmatigingsdoelstellingen te vergroten. Het blijft belangrijk om de kennis over de risico's van alcoholmisbruik en de aanpak ervan te vergroten. Behalve het verhogen van kennis zijn het leren van vaardigheden en het veranderen van een houding van belang. Dit is vrijwel altijd situatie gebonden. We richten ons daarbij, naast de jongeren, op drie hoofddomeinen: ouders/thuissituatie, onderwijs, alcoholverstrekkers (zie voor een nadere toelichting het Preventie- en Handhavingsplan).

Ten aanzien van rookpreventie willen we ons in Hoogezand-Sappemeer vooral richten op mensen met een lage SES en zwangere vrouwen. Tevens willen we voorkomen dat jongeren gaan roken en niet-rokers ongewild (passief) meeroken.

Speerpunt Overgewicht

Wanneer mensen lichamelijk en psychisch gezond zijn, draagt dit bij aan vele zaken in een mensenleven, zoals aan participatie en kwaliteit van werk. Overgewicht bij volwassenen en kinderen wordt de laatste jaren steeds meer als normaal beschouwd en mensen worden ook steeds minder snel te dik gevonden. Maar overgewicht is wel degelijk een serieus probleem, waaruit ernstige chronische ziekten voort kunnen komen die de kwaliteit van leven, participeren en werken negatief beïnvloeden.

Doelstellingen en doelgroep

De gemeente Hoogezand-Sappemeer heeft de volgende doelstelling voor de aanpak van overgewicht:

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

Omdat overgewicht het beste bestreden kan worden door gezond gedrag al vanaf jongs af aan te leren, richten wij onze pijlen vooral op de doelgroep 0- 12 jaar en de ouders van de jeugd. En gezien uit onderzoek is gebleken dat mensen met een lage SES vaker ongezond gedrag vertonen dat tot overgewicht kan leiden en zij ook vaker overgewicht hebben, heeft ook deze groep onze aandacht.

Speerpunt Bevorderen van psychische gezondheid

Gezondheid is niet alleen de afwezigheid van ziekte. Gezondheid en welzijn zijn nauw met elkaar verbonden. Mensen die psychische problemen ervaren, bijvoorbeeld door een burn-out, werkloosheid, relatieproblemen, huiselijk geweld (Wet huisverbod), eenzaamheid of pesten, zijn geneigd een meer ongezonde leefstijl aan te wenden.

Doelstellingen en Doelgroep

De jeugd is onze toekomst. Psychosociale problematiek bij jongeren wordt vaak laat of niet gesignaleerd, terwijl de problemen bij deze doelgroep nog goed te verhelpen zijn. Daarom zetten we hier op in. De psychische gezondheid kan bij de jeugd ook nog goed beschermd worden, door pestgedrag op school tegen te gaan en aandacht te hebben voor de thuissituatie van de jeugd.

Mensen die op meerdere fronten in hun leven problemen hebben, zoals opvoedingsonmacht, werkloosheid en financiële problemen, hebben ook meer kans op psychische problemen. Daarom richten wij ons ook op deze doelgroep.

Ouderen en alleenstaanden hebben tevens onze aandacht, omdat zij extra gevoelig zijn voor psychische problemen.

Onder het thema psychische gezondheid willen wij werken aan de volgende doelen:

- We werken in eerste instantie preventief aan welzijn, daarnaast willen we problemen zo vroeg mogelijk signaleren en de toeleiding naar interventies en hulpverlening laagdrempelig en bereikbaar maken.
- Onjuiste ideeën en vooroordelen over depressie en andere psychische problemen bijstellen en

het belang van mentale vitaliteit benadrukken.

- Aandacht voor pesten in curriculum van basisscholen.
- Stimulering (vrijwilligers)werk en/ of mantelzorg.
- Ouderen: een lang, gezond, gelukkig en zelfstandig leven.

Binnenmilieu

Een thema dat niet als speerpunt is genoemd, maar dat wij in Hoogezand-Sappemeer wel belangrijk vinden is het binnenmilieu op scholen. Het binnenmilieu is de omgeving waarin we ons bevinden als we binnen zijn. Het binnenmilieu is gezond als de lucht schoon en fris is, weinig stofdeeltjes, vluchtige stoffen en micro-organismen bevat. Voor mensen met luchtwegproblemen zoals astma is schone lucht essentieel. Bij kinderen neemt de kans op astmaklachten in vochtige woningen toe met een factor 1,5 tot 3,5. Een slecht binnenmilieu op scholen beïnvloedt de gezondheid en de (leer)prestaties van kinderen en hun leerkrachten negatief. TNO heeft onderzoek gedaan bij een basisschool met leerlingen uit groep 7 en 8. Het bleek dat de kinderen minder fouten maakten in de reken- en taalopdrachten als zij in een geventileerd klaslokaal zitten. Een signaal dat ventilatie in klaslokalen serieuze aandacht verdient.

Doelstellingen en doelgroep

Het binnenmilieu in scholen is vaak ongunstig als gevolg van -de beperkingen van het gebouw en door het gebruik, zoals onvoldoende ventileren. Dit leidt tot meer ziekte en verminderde leerprestaties. In Hoogezand-Sappemeer willen we basisscholen stimuleren om zich aan te melden voor het project 'Binnenklimaat en energiezuinigheid bij basisscholen', dat onderdeel is van het Europese programma NEND.

Contouren Uitvoeringsprogramma en aansluiting landelijk stimuleringsprogramma

Hiermee hebben we de kaders voor ons gezondheidsbeleid geschetst, en onze speerpunten voor de komende vier jaar benoemd. De vertaling hiervan in doelstellingen en operationele plannen is de volgende opdracht die we onszelf stellen. We doen dat in het Uitvoeringsprogramma Lokaal Gezondheidsbeleid 2015-2018, dat ook op korte termijn ter vaststelling aangeboden gaat worden aan het college van B&W en ter kennisgeving aan de raad van Hoogezand-Sappemeer.

Landelijk stimuleringsprogramma 'Gezond in de Stad'

Het uitvoeringsprogramma willen we laten aansluiten bij het Stimuleringsprogramma Gezond in de Stad. Dit is een landelijk stimuleringsprogramma dat is gestart ter bevordering van een lokale, integrale aanpak van gezondheidsachterstanden. Diverse gemeenten, waarin de wijken liggen met de laagste ses-scores, krijgen vier jaar lang extra middelen (GIDS-gelden) voor het aanpakken van gezondheidsachterstanden en het verbeteren van de gezondheid van risicogroepen.

De achterliggende gedachte daarbij is dat juist gemeenten gezondheidsverschillen effectief kunnen verkleinen door een brede en duurzame aanpak in de buurt of wijk, samen met lokale partijen en met een actieve rol voor de burgers zelf.

Onze gemeente komt in aanmerking voor deze gelden en heeft zich hiervoor aangemeld.

Vanuit succesvolle voorbeelden en kennis over wat wel en niet werkt biedt dit programma gemeenten vier jaar lang ondersteuning en advies op maat. Het gaat daarbij niet om blauwdrukken, maar om het aansluiten bij wat gemeenten zelf al ondernemen op dit terrein. De gemeente kan de middelen vervolgens gericht inzetten bij de gekozen aanpak.

Het programma wordt uitgevoerd door Pharos en Platform31 in samenwerking met diverse partners en wordt gefinancierd door VWS.

Deelname houdt in dat onze gemeente samen met Pharos en Platform 31 in gesprek gaat over de benadering die onze gemeente kiest voor de aanpak van de gezondheidsachterstanden en dat wij aangeven op welke wijze wij de GIDS-middelen inzetten. Ons uitvoeringsprogramma vormt hiervoor de basis. Zie bijlage 6 voor meer over informatie over het stimuleringsprogramma.

5 . Monitoring

Gemeenten hebben met de landelijke nota Volksgezondheid meer beleidsvrijheid gekregen in de keuzes die zij maken op dit gebied. Dit heeft uiteraard consequenties voor de wijze waarop de Inspectie voor Gezondheidszorg haar rol in de toetsing van gemeentelijk gezondheidsbeleid inricht. De kwaliteit van de nota zelf, de inzet van de gemeente en de verbinding met andere beleidsterreinen staan daarbij centraal. Gemeenten zullen minder dan voorheen worden afgerekend op het behalen van inhoudelijke prestatie-indicatoren.

Desondanks vinden we het van groot belang om te volgen of onze acties ook het gewenste resultaat hebben opgeleverd en bijdragen aan de geformuleerde doelstellingen. Meten is weten. Daarom gaan we langs de volgende lijnen onze monitoring inrichten.

- I. Het vierjaarlijkse Gezondheidsprofiel biedt voor de verschillende (clusters van) gemeenten veel informatie over de gezondheidstoestand van haar inwoners ten opzichte van andere gemeenten, ten opzichte van landelijke cijfers en ten opzichte van eerdere jaren. Het succes of effect van ons Lokaal Gezondheidsbeleid kan hieruit niet zonder meer worden afgeleid. Meerdere (f)actoren hebben immers invloed op de gezondheid van mensen; directe relaties tussen input en outcome kunnen daarom niet worden gelegd. Bovendien worden de effecten van onze inzet veelal pas op de lange termijn zichtbaar.
- II. In ons uitvoeringsprogramma formuleren we een aantal acties waaraan vervolgens resultaten en doelstellingen zijn gekoppeld. Monitoren begint bij heldere en SMART geformuleerde doelstellingen die concreet worden gemaakt via indicatoren. Waar dan kan en zinvol is hanteren we outcome-indicatoren (*het percentage kinderen met overgewicht is met x% gedaald*). Vaker echter zal het gaan om output-indicatoren (*vanuit het CJG informeren medewerkers Jeugdgezondheidszorg ouders en jongeren over gezondheidsaspecten of informatiemateriaal over psychische gezondheid, bijvoorbeeld het omgaan met stress, is te vinden bij de huisartspraktijken in onze gemeente*). Tenslotte monitoren we op procesaspecten (zoals *'de samenwerking tussen de eerste lijn en welzijnsinstellingen is verbeterd'* of *'van de geplande activiteiten is x% volgens plan uitgevoerd'*).
- III. Voor het stimuleringsprogramma 'Gezond in de Stad' zullen de deelnemende gemeenten worden gevraagd hun activiteiten en resultaten in het kader van de integrale aanpak en besteding goed te registreren. Dat kan met behulp van een checklist die door het programmabureau en VWS in samenspraak met gemeenten zal worden ontwikkeld. Monitoring van de ontwikkeling van gezondheidsachterstanden wordt gerealiseerd door de GGD-en en - landelijk - via de VTV.

Voor het volgen van het uitvoeringsprogramma maken we gebruik van een reguliere 'planning en control' cyclus. In het jaarverslag rapporteren we over uitgevoerde activiteiten, zoals geformuleerd in het Uitvoeringsprogramma. Eventueel gewenste bijstelling van beleid kan dan worden meegenomen in de plannen en begroting van het opvolgende jaar.

6 . Communicatie

Na definitieve vaststelling van deze nota in de raad wordt de communicatie vooral gekoppeld aan het Uitvoeringsprogramma Lokaal gezondheidsbeleid. Na vaststelling van dit programma in het college van B&W, communiceren we over het programma via communicatiekanalen als onze website en gemeentepagina. Als daar aanleiding voor is, vragen we aandacht van de lokale en regionale media.

7 . Financiën

Wij beschouwen, net als onze inwoners, gezondheid als een groot en kostbaar goed. Dat betekent echter niet dat wij dat vertalen naar het beschikbaar stellen van een ruim budget om die gezondheid te verbeteren. Onze financiële situatie maakt dat niet mogelijk, maar het hóeft ook niet. Zo zijn er, bijvoorbeeld op het gebied van het jeugdbeleid, allerlei regelingen getroffen waarvoor de bekostiging al structureel is geregeld. Belangrijker nog is dat wij in onze visie al hebben aangegeven dat gezondheid vooral wordt bepaald door een samenspel van talloze factoren, waarvan de meesten buiten het terrein van de volksgezondheid zijn te vinden. Het belangrijkste is dan ook dat we in alle beleid de gevolgen voor de gezondheid mee laten wegen en gezondheid ook daar als (financiële) taakstelling meenemen. Zo creëren we gunstige voorwaarden voor gezondheid.

Verder willen we de decentralisatie uitkering 'Gezond in de Stad', ofwel de GIDS-gelden, inzetten die onze gemeente ontvangt.

Voor 2014 betreft het een bedrag van €61.000,- voor onze gemeente. Per januari 2015 worden de middelen voor de Zichtbare Schakel toegevoegd aan deze decentralisatie-uitkering, waarmee we vanaf 2015 tot en met 2017 op een jaarlijks bedrag van totaal €139.000,- komen. Gemeenten kiezen op basis van de lokale context en aanwezige problematiek hun eigen aanpak. De inzet van wijkverpleegkundigen *kan* hier een onderdeel van zijn, afhankelijk van hoe wij de vrije ruimte willen invullen om vraaggericht, integraal en wijkgericht zorg en welzijn te bieden en te schakelen in de wijken.

Bijlage 1. Lijst van afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BOS impuls	Buurt Onderwijs Sport impuls
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
GGD	Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GGz	Geestelijke Gezondheidszorg
GSM	Groninger Sportmodel
IGz	Inspectie Gezondheidszorg
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KTM	Methodiek Kinderen Tellen Mee.
LGB	Lokaal gezondheidsbeleid
NASB	Nationaal Actieplan Sport en Bewegen
OGGz	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SES	Sociaal Economische Status
Sportimpuls	Subsidieregeling die lokale sport- en beweegaanbieders financieel ondersteunt
STIVORO	Stichting Volksgezondheid en Roken
TNO	Kennisorganisatie toegepast onderzoek
VNN	Verslavingszorg Noord Nederland
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wcpv	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WJB	
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wpg	Wet publieke gezondheid
Wvr	Wet veiligheidsregio's
ZvJG	Zorg voor Jeugd Groningen
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 2. Bronnen

Basisnota Lokaal Gezondheidsbeleid, Groninger Gemeenten en GGD Groningen, februari 2012

Burgers in de benen; visie op participatie, Gemeente Hoogezand-Sappemeer, juli 2012

Houtskoolschets Op eigen benen, Gemeente Hoogezand-Sappemeer, augustus 2013

Bijlagenboek Samen aanpakken in de wijk, Hoogezand-Sappemeer, 2010

Gezondheid Dichtbij, Ministerie van VWS, 2011

Gezondheidsprofiel Groningen 2010, GGD Groningen, januari 2011

Gezondheidsprofiel Groningen 2012, GGD Groningen, november 2013

Regionaal Gezondheidsprofiel Centrum-West 2012, GGD Groningen, januari 2014

Integraal veiligheidsbeleid 2013-2016, Gemeente Hoogezand-Sappemeer, 2013

Jeugdbeleid, Gemeente Hoogezand-Sappemeer, mei 2011

Jeugdgezondheidsonderzoek 2012, GGD Groningen

NASB Uitvoeringsplan 'meebewegen', Gemeente Hoogezand-Sappemeer

Nationaal Kompas, Ministerie van VWS

Projectplan Centrum voor Jeugd en Gezin, een proeftuin voor Decentralisatie Jeugdzorg 2013-2014, Gemeente Hoogezand-Sappemeer

Projectvisie Combinatiefuncties, Gemeente Hoogezand-Sappemeer

Samen aanpakken in Gorecht-West, subsidieaanvraag Budget 40+ wijken, Gemeente Hoogezand-Sappemeer, 2010

Sport in de spot, nota sportbeleid, Gemeente Hoogezand-Sappemeer 2003-2009

Uitvoeringsovereenkomst 2013& 2014, Gemeente Hoogezand-Sappemeer en Kwartier Zorg & Welzijn

Verordening Maatschappelijke ondersteuning, Gemeente Hoogezand-Sappemeer, 2013

Wijkvisie Gorecht-West, Gemeente Hoogezand-Sappemeer, 2012

Bijlage 3. Achtergronden gezondheidsbeleid incl. schematische weergave preventiecyclus

Wet publieke gezondheid

Op 1 december 2008 is de Wet publieke gezondheid (Wpg) in werking getreden. Deze wet integreert de Wet Collectieve Preventie, de Infectieziektewet en de Quarantainewet. Hiermee wordt voldaan aan de nieuwe internationale gezondheidsregeling van de Wereldgezondheidsorganisatie.

Het aantal infectieziekten waarvoor een meldingsplicht geldt en het aantal maatregelen op het gebied van preventie en bestrijding van infectieziekten is uitgebreid. Tevens is een amendement aangenomen dat de preventieve ouderengezondheidszorg wordt opgenomen in de Wpg.

Er is een centralisatietendens zichtbaar in de openbare gezondheidszorg. De rijksoverheid geeft steeds vaker sturing, zowel door het bepalen van inhoudelijke thema's als door het ontwikkelen van richtlijnen en protocollen.

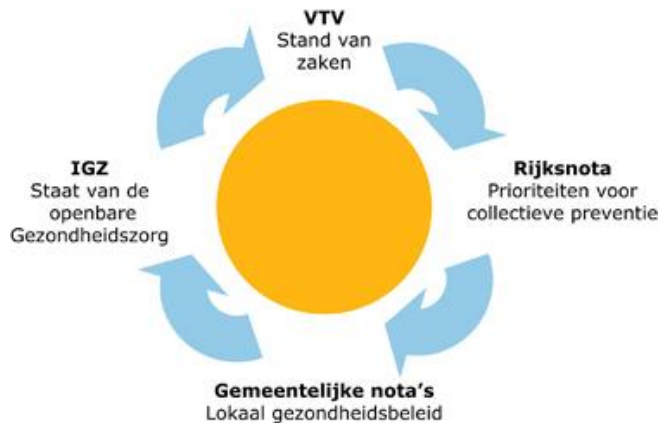
In 2011 is de tweede tranche Wpg in werking getreden. Het nader afstemmen van de publieke gezondheidszorg met de crisisstructuur van de Wet veiligheidsregio's (Wvr), waarvan de afstemming van de werkgebieden deel uitmaakt, vormde de primaire aanleiding voor de wijziging van de Wpg. Naast dit aspect worden ook enkele andere onderwerpen aangepast betreffende de publieke gezondheid. Deze aspecten zijn met name van groot belang voor het lokale gezondheidsbeleid. De drie belangrijkste wijzigingen in de Wpg betreffen de:

- Beter voorbereiding op infectieziektecrisis door:
 - o meer aandacht voor infectieziektecrisis bij decentraal openbaar bestuur
 - o meer aandacht voor infectieziektecrisis bij partijen in de zorg
- Het beleggen van de gemeentelijke taak om prenatale voorlichting aan aanstaande ouders te geven. Deze taak was sinds 1 januari 2009 al voor gemeenten via de Brede Doel Uitkering Centrum Jeugd en Gezin.
- Het versterken van de preventiecyclus en de bevordering van de implementatie van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid.

Vanaf 1 oktober 2011 dienen gemeenten de landelijke prioriteiten, zoals opgenomen in de landelijke nota gezondheidsbeleid, in acht te nemen. De preventiecyclus (en daarmee de koppeling tussen landelijke en gemeentelijke nota) is bedoeld als stimulans voor het beleid op het terrein van gezondheidsbevordering en om lokale beleidscycli te ondersteunen.

De prioriteiten worden op lokaal niveau vastgesteld door de gemeenteraad, met inachtneming van de landelijke prioriteiten. De landelijke prioriteiten bieden aangrijpingspunten voor gemeenten om effectiever beleid te kunnen voeren. Het gaat daarbij om aangrijpingspunten en niet meer dan dat. Gemeenten hebben (beleids)vrijheid om gemotiveerd af te wijken van de landelijke prioriteiten. Op basis van bijvoorbeeld lokale epidemiologische gegevens kan blijken dat bepaalde gezondheidsproblemen meer of minder relevant zijn in bepaalde gemeenten.

De vierjarige preventiecyclus voor Nederlands gezondheidsbeleid.



De Gemeenschappelijke Regeling

Zoals in het uitvoeringsplan is beschreven werkt de gemeente Hoogezand- Sappemeer in de uitvoering van gezondheidsbeleid met veel partners. Naast deze partners is er een zogenaamde Gemeenschappelijke Regeling (GR) Publieke Gezondheid & Zorg (PG&Z). Deze GR PG&Z is een set van afspraken tussen de Groninger gemeenten om de openbare gezondheidszorg in de provincie Groningen goed en efficiënt te organiseren.

De uitvoering van de GR PG&Z is ondergebracht bij de GGD Groningen. De GGD Groningen bestaat uit drie divisies, Persoonsgericht Zorg & Welzijn, Lokaal Gerichte Zorg & Jeugd en Specialistische Zorg & Veiligheid. De divisies voeren taken uit voor de gemeente Hoogezand-Sappemeer en worden hieronder besproken.

Lokaal Gerichte Zorg & Jeugd

De divisie Lokaalgerichte Zorg & Jeugd richt zich op alle schakels in de preventieve lokale gezondheidszorg, dichtbij waar dat nodig is. Kerntaken zijn Jeugdgezondheidszorg 0-19 jarigen (Jgz), Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz) en Gezondheidsbevordering en Lokaal Gezondheidsbeleid

Jgz

De Jgz voert voor de gemeente Hoogezand-Sappemeer diverse taken uit. Hieronder vallen bijvoorbeeld het Rijksvaccinatieprogramma, screening van pasgeborene, de consultatiebureaufunctie, ondergebracht bij het Centrum voor Jeugd en Gezin, schoolartsen, zwangerschapseducatie en preventieve logopedie.

De jeugdgezondheidszorg heeft bij de uitvoering van haar taken te maken met diverse wet- en regelgeving. Vanaf 1 december 2008 is de Wet publieke gezondheid (Wpg) in werking getreden. Deze wet vervangt onder meer de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv). De wet geeft aan welke taken de Jgz heeft op het terrein van de publieke gezondheid voor 0 - 19 jarigen. De wet bepaalt dat er ten minste gezorgd moet worden voor:

- het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren
- het ramen van de behoeften aan zorg

- de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma
- het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding
- het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen

Voor de uitvoering van deze taken moet de gemeente zorgen voor de instelling en instandhouding van een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD). Voor de uitvoering van de eerste vier taken van de Jgz mag de gemeente ook een andere organisatie dan de GGD inschakelen.

In het Besluit publieke gezondheid worden de gemeentelijke taken uit de Wpg nader uitgewerkt, waaronder de taken op het gebied van de Jgz. In het besluit staan de werkzaamheden uit het Basistenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar beschreven. Er wordt onderscheid gemaakt tussen het uniformdeel en het maatwerkdeel.

OGGz

De GGD voert voor veel gemeenten de OGGz coördinatie uit. In gemeente Hoogezand-Sappemeer is dit echter belegd bij een OGGz-coördinator, werkzaam voor de Welzijnsorganisatie Kwartier Zorg & Welzijn.

Sinds 2011 is ook de coördinatie van huiselijk geweld van het Advies en Steunpunt Huiselijk Geweld (ASHG) overgeheveld naar de OGGz. Het ASHG is provinciaal georganiseerd en de reden voor de overheveling is dan ook de betrokkenheid van en samenwerking met de lokale partijen rondom huiselijk geweld.

Specialistische Zorg & Veiligheid

De divisie Specialistische Zorg & Veiligheid is onze 'parate' divisie. Kerntaken zijn:

-Meldkamer ambulancezorg

De afgelopen beleidsperiode is er onder invloed van de economische recessie, waardoor gemeenten gedwongen worden om te bezuinigen, en onder invloed van een taakstelling binnen de GGD een discussie op gang gekomen over de uitvoeringstaken. Deze discussie heeft geresulteerd in een productbevestiging waardoor beter inzicht in de uitvoeringstaken is gekomen. Bij veel gemeenten riep dit vervolgens vragen op over de wettelijke verplichte taken en additionele taken van de GGD.

In de Wpg is echter opgenomen dat burgemeester en wethouders verantwoordelijk zijn voor de instelling en instandhouding van gemeentelijke gezondheidsdiensten. Discussie wordt gevoerd over welke taken wel en welke taken geen onderdeel zijn van de gemeenschappelijke regeling én over een effectievere en efficiëntere uitvoeringsdienst die dichtbij de mensen is georganiseerd.

Landelijke nota Gezondheidsbeleid: 'Gezondheid Dichtbij'

In mei 2011 publiceerde de rijksoverheid de landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid Dichtbij'. Deze nota geeft het kader weer waarbinnen het lokale gezondheidsbeleid uitgewerkt kan worden en is gebaseerd op de landelijke Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) uit maart 2010.

Bijlage 4. Rol (rijks)overheid bij risicofactoren voor gezondheid

Verskillende risicofactoren voor de gezondheid kunnen mensen zelf niet of moeilijk beïnvloeden. Naast genetische factoren zijn dat externe factoren zoals milieu, infectieziekten (waaronder zoönosen), rampen/crises en gevaarlijke stoffen in voeding en andere producten. Op dit terrein moet de Nederlander op de overheid kunnen rekenen. Heldere wet- en regelgeving en toezicht op de naleving hiervan blijven noodzakelijk. Voorbeelden zijn regelingen die het minimale niveau van arbeidsbescherming vastleggen (ARBO wet), milieuwetgeving, het Bouwbesluit en de Warenwet voor product- en voedselveiligheid. Ook beroepenregistratie, certificering of vergunningstelsels kunnen bijdragen aan risicobeperking. Tatoeëerders en piercers krijgen bijvoorbeeld alleen een vergunning als bij inspectie van de GGD is gebleken dat zij veilig en hygiënisch werken.

Naast de rol van de overheid als wetgever is de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) belangrijk voor het bewaken van kwaliteit en veiligheid van zorg en medische producten (veiligheid van bloed, genees- en hulpmiddelen).

Als het gaat om invloeden uit de leefomgeving, zoals luchtverontreiniging en geluidsoverlast, spelen GGD'en een belangrijke rol in de bescherming van de gezondheid van burgers. Om hen te ondersteunen bij hun taken is een landelijke structuur opgezet met inzet van regioadviseurs van het centrum Gezondheid en Milieu (RIVM/cGM) die geplaatst zijn bij vijf GGD'en die bovenregionaal werken.

Natuurlijk blijven mensen zelf ook hun eigen verantwoordelijkheid houden om zich te beschermen tegen risico's, bijvoorbeeld door producten veilig te gebruiken, bewaren en bereiden.

Vanzelfsprekend kunnen sectoren zelf ook een belangrijke bijdrage leveren aan gezondheidsbescherming en risicoreductie, bijvoorbeeld door een gezamenlijke aanpak. Het convenant Geluidsbeleid Muzieklocaties, bedoeld om gehoorschade terug te dringen, is zo'n voorbeeld.

Bijlage 5 . Meer informatie over gezondheid

Vanzelfsprekend

Erg veel mensen vinden een goede gezondheid belangrijk. Sedert 1990 blijkt uit opinieonderzoek dat 60% van de Nederlanders 'een goede gezondheid' als *belangrijkste* waarde noemen. Maar mensen staan er vaak niet bij stil omdat gezondheid vanzelfsprekend is zolang het goed gaat. Dan wil men de leefwijze daar niet aan ondergeschikt maken. In de diverse interviews is geprobeerd om het abstracte begrip gezondheid inzichtelijk te maken. Daarbij is, onder andere, gebruikt gemaakt van een tweedeling externe en intern gezondheid.

Bij *externe* aspecten van gezondheid gaat het om het handelen als individu (kunnen doen wat je wilt; onafhankelijk zijn, bewegingsvrijheid, mobiliteit). Bij *interne* aspecten van gezondheid gaat het om de beleving en 'jezelf gezond voelen' (lekker in je vel zitten, fit zijn, energie hebben, geest en lichaam in balans).

Gezondheid kan ook omschreven worden als het ontbreken van klachten en de afwezigheid van contacten met medische instanties. Uit *internationale* overzichtstudies naar gezondheidsopvattingen blijkt dat het bij gezondheid gaat om (i) afwezigheid van ziekte, (ii) mee kunnen doen in overeenstemming met eigen verwachtingen (functionele opvatting), (iii) in balans zijn en (iv) de capaciteit om mee te kunnen doen.

Gezond gedrag bevorderen en participatie

De Nederlandse overheid probeert gezond gedrag te bevorderen. Kennis van de gezondheidsbeleving kan van nut zijn om gezond gedrag te bevorderen. Als mensen de dingen kunnen doen die ze willen dan moeten ze daar de energie voor hebben. Uit dit onderzoek blijkt dat deelname aan het maatschappelijke leven mensen energie kan geven en op die manier bijdraagt aan de gezondheid.

Gezond & ziek: een goede ervaren gezondheid met een chronische ziekte

Door de vergrijzing neemt het aantal ouderen en ook het aantal ziektes toe. Het aantal mensen met een chronische ziekte (hoge astma, copd, depressie, hoge bloeddruk, diabetes) is, na correctie voor leeftijd (vergrijzing), de afgelopen drie decennia toegenomen. Dit komt doordat ziekten eerder gesignaleerd worden en de sterftekansen zijn afgenomen. Door deze toenemende ziektelast is extra aandacht nodig van de ervaren kwaliteit van leven nodig. Daarbij is ook participatie van groot belang. Uit de cijfers blijkt dat ondanks een toename van chronische ziekte de ervaren gezondheid is toegenomen. Dit blijkt ook uit verhalen van mensen met chronische ziekte die hun ervaren gezondheid goed noemen. Voor hen betekent gezond dat je 'de dingen kunt doen die je wilt doen', 'niet afhankelijk zijn van anderen', 'fit zijn' of 'in balans zijn'. Ongezonder zijn betekent dan 'onrustig', 'afhankelijk van medische instanties', 'minder kunnen dan je zou willen' of 'sociaal isolement ervaren'.

Gezond Leven

Als mensen praten over iets doen of laten voor je gezondheid gaat het lang niet altijd over de speerpunten van het preventiebeleid van de (gemeentelijke en rijks-)overheid. Als burgers praten over gezond leven noemen ze hun *eigen manier om een goede gezondheid te ervaren*: je goed voelen door voldoende te slapen en ontspannen, voldoende te bewegen om je fit te voelen, matig te zijn met eten om iets af te vallen, voeding te gebruiken die je zelf gezond vindt, et cetera.

Er is ook een omvangrijke groep burgers die gezond gedrag vertonen omdat 'het moet' (risicogroepen). Het gaat om mensen met een risicofactor (overgewicht, overmatig drinken, te weinig bewegen) of een chronische ziekte (vetzucht, hoge bloeddruk) die zich realiseren dat ze hun gedrag 'moeten' aanpassen.

Dit horen ze van zorgprofessionals, publieksmedia en soms uit de eigen sociale omgeving. Omdat deze mensen 'iets' hebben is de rol van zorgprofessionals belangrijk. Die kan voor hen een invloedrijke adviseur zijn.

Sociaal-economische status

Het zijn vaker mensen met een lage sociaal-economische status die gezond 'moeten' leven (meer risicofactoren en vaker chronische ziekte). Behalve hun gezondheid hebben ze vaak ook anderen sores: wonen in een minder aantrekkelijke woning/ buurt, lager inkomen en ander toekomstperspectief (leven meer bij de dag). Zij ervaren ongezonde leefgewoontes vaak als genietmomenten. Men leeft meer bij de dag en heeft minder oog voor de lange termijn. Hun perceptie is dat hun gezondheid een 'accu' is die niet helemaal meer kan worden opgeladen. Gezondheid is voor deze mensen wel belangrijk maar krijgt minder prioriteit doordat andere zaken meer aandacht vragen. Bij officiële gezondheidsinformatie overheerst wantrouwen. In gelikte overheidsfolders en commerciële reclame figuren te vaak rolmodellen waar lage-SES-doelgroep zich niet mee kunnen identificeren (slank, rimpelloos, vrolijk, etc.) omdat hun eigen werkelijkheid anders is.

Bedreigingen voor de gezondheid

VTV en CBS constateren dat ongezond gedrag zich heeft gestabiliseerd. Om daar verandering in aan te brengen dient het perspectief van de doelgroep, waar de meeste winst te behalen is (gezond gedrag omdat 't moet'), betrokken te worden. Bij risicogroepen zijn een aantal bedreigingen voor gezond leven benoemd.

Gezelligheid en gezondheid gaan vaak niet samen omdat er binnen een groep lastig is om een gezonde keus te maken (nee zeggen tegen het slagroomgebakje bij een traktatie, een rondje bier af te slaan, etc.). *Onregelmatig leven en stress* gaat vaak samen met ongezonde keuzes (roken om de spanning te breken, snacks eten door de haast, laat naar bed en geen tijd voor ontbijt, geen tijd voor sport door drukte, etc).

Slecht in je vel zitten bevordert ongezonde keuzes; het maakt allemaal niet meer uit (depri zijn en daardoor weinig bewegen en/of ongezond eten).

Verveling bevordert inactief gedrag (tv kijken biedt veel prikkels voor snacks, thuis blijven zonder bewegen).

Triggers voor gezond leven

De confrontatie met 'jezelf' is een terugkerend element bij personen die hun leefwijze in gunstige zin hebben veranderd. Het gaat om *harde feiten* (te zwaar op de weegschaal, kleding niet meer passen, teruglopende conditie, niet meer mee kunnen doen met beweging/sport), *slecht nieuws* (medisch consult, uitslag van test, naasten of bekenden die ernstig ziek zijn), *voorlichting* (confronterende reclame over risicofactoren), *levensfase* (kinderwens en stoppen met drank en roken, functiestoornissen ouderen). Confrontatie kan ook tot onverschilligheid leiden. Gedragsverandering komt niet vanzelf. Deelnemers aan de groepsgesprekken noemen een aantal voorwaarden voor gedragsverandering: rust en ruimte hebben, beslistmoment creëren, wilskracht tonen, sociale steun ervaren en kiezen voor zelfbescherming. Deze focus op eigen verantwoordelijkheid en individuele gedragsverandering is een noodzakelijk complement op de grote belangstelling bij beleidsmakers en gezondheidbevorderaars voor het inrichten van een gezonde omgeving. Een aantal deelnemers wil eenvoudig niet gezond leven maar kiezen voor 'lekker en stout', vinden hun huidige gezondheid vanzelfsprekend zonder aan de toekomst te denken.

Informatiesamenleving

Publieksmedia verspreiden systematisch veel en ongericht informatie. Gezondheid is een gewild onderwerp. Deze informatisering is een langdurige sociale trend die kansen en bedreigingen biedt. Overbelasting met gezondheidsinfo kan averechts uitwerken. Beter opgeleide mensen putten meer rendement uit de huidige informatiesamenleving. In de publieksmedia en sociale netwerken wordt veel gezondheidsinformatie verspreid. Hoger opgeleiden kunnen makkelijker een onderscheid maken tussen de zeggingskracht van onafhankelijke media en commerciële gezondheidsinfo. Commerciële media worden gewantrouwd. Door de overmaat aan (soms weinig betrouwbare) informatie zijn er regelmatig tegenstrijdige berichten. Als strategie hanteren sommige burgers dan het vertrouwen op hun eigen 'gezonde' verstand, gevoel en eigen 'intuïtie'. Anderen, vaker lager opgeleid, gaan wantrouwen; niet alleen de media maar ook de nette glossy (overheids)folders.

De overdaad aan informatie zorgt er voor dat boodschappen van gezondheidsvoorlichting en reclame door elkaar gehaald worden en dat de bron van informatie soms niet duidelijk is (hetgeen de geloofwaardigheid aantast). Overdadig gebruik van epidemiologische informatie kan onbedoelde nadelige effecten hebben. Informatie van professionals kan, vooral als er een vertrouwensband bestaat, invloedrijk zijn. Korte pakkende en grappige (gezondheids)boodschappen blijven vaker en beter hangen (roken: niet waar de kleine bij is, wie is de bob, etc.). Als de overheid adviseert over de leefwijze dient rekening gehouden te worden met (a) te veel regels, (b) inbreuk op de persoonlijke levenssfeer, (c) stigmatisering. Betere kans van slagen heeft een boodschap als er humor in zit en vertrouwde of gezaghebbende personen uitspraken doen. Ook de lokale overheid (w.o. GGD) kan haar (epidemiologische) informatie en 'haar' gezondheidsboodschappen matigen en doseren.

Samenvattend

Ervaren gezondheid en een gezonde leefwijze heeft voor burgers te maken met participatie ('doen wat je wilt') en sensatie (ergens energie van krijgen, evenwicht). Het hebben van een beperking en/of chronische ziekte is daarbij geen belemmering. Behalve gedoseerde en betrouwbare informatie over 'gezond zijn' spelen ook intuïtie en gevoel een doorslaggevende rol. Momenten van bewustwording en confrontatie blijken doorslaggevend te zijn voor gezonde keuzes. Een omgeving die gezonde keuzes mogelijk maakt is van belang. Daarbij kan betrokkenheid van (vertrouwde) zorgprofessionals een bijdrage leveren aan gedragsverandering.

Bijlage 6. Informatie Stimuleringsprogramma 'Gezond in de Stad'



Stimuleringsprogramma lokale aanpak gezondheidsachterstanden

Inleiding

Gezondheid is het belangrijkste dat er is. Ook gemeenten hebben baat bij gezonde en actieve burgers. Ze participeren meer, zijn zelfredzamer, leveren een grotere bijdrage aan de economie en leggen minder beslag op het zorgstelsel.

Maar niet iedereen is even gezond. De gezondheidsverschillen tussen lager en hoger opgeleiden zijn groot en dreigen groter te worden als we daar niets aan doen. De overheid zet daarom niet alleen in op behoud en verbetering van gezondheid in het algemeen, maar ook op het verbeteren van de gezondheid van burgers met een gezondheidsachterstand.

Met dit doel wordt een landelijk stimuleringsprogramma gestart ter bevordering van een lokale, integrale aanpak van gezondheidsachterstanden. Eennegentig gemeenten, waarin de wijken liggen met de laagste ses-scores, krijgen vier jaar extra middelen (GIDS-gelden) voor het aanpakken van gezondheidsachterstanden en het verbeteren van de gezondheid van risicogroepen. De achterliggende gedachte daarbij is dat juist gemeenten gezondheidsverschillen effectief kunnen verkleinen door een brede en duurzame aanpak in de buurt of wijk, samen met lokale partijen en met een actieve rol voor de burgers zelf.

Om in aanmerking te komen voor de middelen moeten gemeenten zich aanmelden voor het landelijke stimuleringsprogramma 'Gezond in...'. Vanuit succesvolle voorbeelden en kennis over wat wel en niet werkt biedt dit programma gemeenten vier jaar lang ondersteuning en advies op maat. Het gaat daarbij niet om blauwdrukken, maar om het aansluiten bij wat gemeenten zelf al ondernemen op dit terrein. De gemeente kan de middelen vervolgens gericht inzetten bij de gekozen aanpak.

Het programma wordt uitgevoerd door Pharos en Platform31 in samenwerking met diverse partners en wordt gefinancierd door VWS.

Achtergrond en aanleiding

Het programma ondersteunt één van de doelen van het Nationaal Programma Preventie (NPP), namelijk het aanpakken van sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV). Dat zijn systematische verschillen in gezondheid en sterfte tussen mensen met een hoge en mensen met een lage sociale positie. Deze verschillen 'verkleuren' steeds meer: een aanzienlijk deel van de gezondheidsachterstanden betref het laag opgeleide migrantendeel van de bevolking.

Oorzaken en gevolgen van gezondheidsverschillen

Naast opleiding en inkomen worden gezondheidsachterstanden beïnvloed door biologische factoren, fysieke omgeving, sociale omgeving, leefstijl en toegankelijkheid en kwaliteit van de gezondheidszorg. Participeren heeft eveneens een grote invloed op gezondheid. We weten ook dat gezondheidsvaardigheden en het vermogen tot zelfmanagement een grote rol spelen.

De gevolgen van een slechte gezondheid blijven niet beperkt tot een verminderde kwaliteit van leven en een groter beslag op de gezondheidszorg. Een slechte gezondheid heeft op zichzelf weer invloed op opleiding, werk en participatie, terwijl minder opleiding, minder werk en een lagere participatie op hun beurt weer bepalend zijn voor de gezondheid. Deze wisselwerking vraagt om een aanpak die hier rekening mee houdt.

Stand van zaken

In Nederland zijn veel gemeenten goed op weg in de aanpak van gezondheidsachterstanden. Vaak wordt echter ingezet op slechts één of twee sporen; een brede samenhangende aanpak blijkt nog moeilijk van de grond te komen. De (internationale) ervaring leert juist dat een integrale aanpak die zich richt op een gezonde leefstijl, gezonde fysieke en sociale omgeving, goede en toegankelijke zorg en participatie nodig is om duurzaam effect te sorteren. Op deze vijf 'sporen' kan op lokaal niveau het verschil worden gemaakt. Uit nationale en internationale studies, programma's en ervaringen blijkt dat daarbij acht pijlers de aanpak effectiever maken.

De aanpak: vijf sporen, acht pijlers

Aan de hand van vijf sporen en acht pijlers kunnen gemeenten hun eigen beleid en werkwijze in kaart brengen en een volgende stap zetten. Op welk spoor is tot nu toe het meeste ingezet en welke sporen wil de gemeente versterken? Waar is de meeste winst te behalen? En in hoeverre zijn de pijlers terug te zien in het beleid?

Vijf sporen

- Gezond gedrag en gezondheidsvaardigheden. Het is belangrijk dat burgers zich bewust zijn van de mogelijkheden om hun eigen gezondheid te behouden of te verbeteren. Daarvoor zijn kennis en vaardigheden omtrent gezond gedrag en een evenwichtige leefstijl nodig.
- Participatie. Actief meedoen in de samenleving maakt mensen gezond. Dat kan door betaald of vrijwilligerswerk, het volgen van een opleiding of anderszins. Participatie en gezondheid beïnvloeden elkaar over en weer.
- Gezonde fysieke omgeving. Een gezonde fysieke omgeving draagt bij aan gezond gedrag. Het gaat bijvoorbeeld om een goed binnenmilieu in woningen en scholen, een schone en veilige buitenruimte – liefst met veel groen – en verschillende mogelijkheden om te sporten.
- Gezonde sociale omgeving. Het sociale netwerk heeft veel invloed op het eigen gedrag, gevoel van veiligheid en gezondheid. Steun en bijval vanuit de omgeving kunnen mensen net dat extra zetje geven dat soms nodig is.
- Goede preventie en zorg. Goede en laagdrempelige zorg in de buurt met aandacht voor preventie is een randvoorwaarde voor gezondheid. Daarbij is de samenwerking tussen zorg- en welzijnsaanbieders in de wijk en tussen gemeenten en zorgverzekeraars van belang.

Acht pijlers

- Burgers zijn hoofdrolspelers. Betrek de burgers binnen de gemeenten en wijken, ga met ze in gesprek over wat zij belangrijk vinden en versterk hun eigen rol en initiatieven.
- Differentiatie is essentieel. Dé burger, dé wijk en dé gemeente bestaan niet. Vermijd het 'one size fits all'-denken en laat interventies altijd aansluiten bij de eigen gemeente, wijken en burgers. Denk ook aan de verschillende levensfasen waarin mensen zitten, zoals jongeren, gezinnen of ouderen.

- Bestuurlijke betrokkenheid. Eigenaarschap is een doorslaggevende succesfactor. Draagvlak bij lokale bestuurders is voorwaarde voor een succesvolle aanpak en borging in regulier beleid.
- Proces is even belangrijk als inhoud. Creëer een procesmatige aanpak en benut de energie en motivatie van mensen. Laat 'best persons' de kar trekken. Versterk de vaardigheden van de mensen die het moeten doen: burgers, vrijwilligers en professionals.
- Synergie circuits. Laat de werelden van preventie en zorg, eerste lijn en sociale wijkteams, werk en inkomen, ruimtelijke ordening, onderwijs, sport en bewegen elkaar versterken. Hetzelfde geldt voor de formele en informele netwerken in de wijken.
- Publiek en privaat. Vanuit de JOGG-aanpak is bekend dat de samenwerking tussen publieke en private partijen veel oplevert. Breng op lokaal niveau zorgprofessionals, scholen, sportverenigingen, bedrijven, winkeliers en vrijwilligersorganisaties met elkaar in contact. Ze hebben elkaar veel te bieden.
- Sociale marketing op alle niveaus. De manier waarop de boodschap wordt gebracht, kan diezelfde boodschap versterken. Gebruik de principes van sociale marketing, zowel op strategisch-bestuurlijk niveau als richting zorgprofessionals en burgers.
- Monitoren voortgang en resultaten. Formuleer heldere doelen en zet consistente acties in. Zo zijn de voortgang en resultaten goed te monitoren. Probeer de kosteneffectiviteit in kaart te brengen met MKBA's: Maatschappelijke Kosten en Baten Analyses.

Doelen van het programma

- Stimuleren dat in veel meer gemeenten een duurzame, integrale en doelgerichte aanpak van gezondheidsachterstanden wordt gerealiseerd.
- Advies op maat en ondersteuning, afgestemd op de lokale situatie.
- Verspreiden en delen van kennis over werkzame factoren in lokale aanpakken van gezondheidsachterstanden.
- Inspireren van gemeenten met goede voorbeelden uit binnen- en buitenland.

Wat kunnen gemeenten concreet verwachten?

De precieze invulling van het programma staat niet vast en krijgt verder vorm in overleg met gemeenten zodat goed kan worden aangesloten bij actuele en lokale behoeften. Uiteraard wordt de verbinding gelegd met de decentralisaties.

In gesprek

-Met elke GIDS gemeente vindt een behoefteverkenning plaats en wordt bekeken wat het programma daar op kan bieden. Er wordt per gemeente een analyse gemaakt van de aanpak van gezondheidsachterstanden en wat de gemeente wil versterken.

Vanaf september 2014 worden deze gesprekken georganiseerd met de eerste gemeenten, de andere volgen in de periode januari -mei 2015. Nieuwe GIDS gemeenten worden als eerste bezocht; de bezoeken aan overige gemeenten vinden plaats op volgorde van aanmelding.

Advies op maat en ondersteuning

- Advies op maat om integrale aanpak te versterken
- Vanuit kennis over werkzame elementen en inspirerende voorbeelden uit binnen- en buitenland
- Deskundigheidsbevordering, mogelijke modules: o Hoe kom je tot een goede aanpak, met breed gedragen en haalbare doelen?
 - o Hoe versterk je eigen rol van burgers en met name laagopgeleiden en migranten?
 - o Hoe verleid je hen tot gezond gedrag, hoe gebruik je daarbij sociale marketing?
 - o Wat zijn succesvolle aanpakken in het tegengaan van bijvoorbeeld depressie, diabetes en overgewicht?
 - o Hoe verbind je curatieve zorg/eerstelijnszorg en sociale wijkteams aan elkaar?
 - o Hoe betrek je het bedrijfsleven en andere private partners?
- Indien gewenst: organisatie van lokale werkconferentie met belangrijkste samenwerkingspartners
- (Regionale) inspiratiesessies en leerkringen

Handzame instrumenten

- Checklist 'Hoe ver ben ik in de integrale aanpak'
- Leidraad in het werken met MKBA's op dit terrein
- 'State of the art' van risicofactoren en aanpak belangrijkste gezondheidsaandoeningen

- Praktische tips voor uitvoering van een succesvolle meersporen aanpak
- Zelftest effectieve communicatie met laagopgeleiden en migranten voor professionals
- Handreikingen voor collectieve verzekering sociale minima
- 'Lessons learned' uit eerdere programma's zoals Experiment Gezonde Wijk, Gezonde Slagkracht en Zichtbare Schakel

Landelijke activiteiten

- Delen van kennis en goede voorbeelden:
 - o landelijke studiedagen
 - o bijeenkomsten met (internationale) experts
 - o online via www.gezondin.nu en op voor gemeenten relevante sites
- Landelijke uitwisselingen voor:
 - o coördinatoren en trekkers GIDS-gemeenten
 - o projectleiders verwante programma's en academische werkplaatsen
- Agendering en samenwerking met: VNG (bestuurlijke adviescommissie publieke gezondheid), GGD-en, GGD Nederland, CGL, Ministeries, landelijke en lokale zorgpartijen, patiënten- en cliëntenorganisaties, JOGG, private partijen, verzekeraars, organisaties op gebied van sport en bewegen, academische werkplaatsen en andere relevante partners binnen Alles Is Gezondheid

Organisatie van het programma

Pharos is eindverantwoordelijk voor de uitvoering en de resultaten van het programma. Daartoe wordt samengewerkt met Platform31 in een programmabureau. Het programma kent een stuurgroep en een adviesraad. In de stuurgroep nemen deel VWS, een vertegenwoordiging van gemeenten, zorgpartijen en Pharos. De adviesraad wordt gevormd door experts en landelijke of lokale sleutelpersonen en organisaties. Daarnaast wordt een begeleidingsgroep van wethouders uit GIDS gemeenten gevormd.

Voor het slagen van het programma is intensieve samenwerking met een groot aantal partners uit de wereld van gemeenten, zorg, patiëntenorganisaties, burgerinitiatieven en zelforganisaties, verzekeraars en gezondheidsfondsen, andere programma's en JOGG, de wereld van sport en bewegen, kenniscentra en experts, private partijen en media een must. Zij kunnen inhoudelijk bijdragen en helpen met het vergroten van de zichtbaarheid en bekendheid van het programma.

Evaluatie en monitoring

Gemeenten zullen worden gevraagd hun activiteiten en resultaten in het kader van de integrale aanpak en besteding van de middelen goed te registreren. Dat kan met behulp van een checklist die door het programmabureau en VWS in samenspraak met gemeenten zal worden ontwikkeld. Monitoring van de ontwikkeling van gezondheidsachterstanden wordt gerealiseerd door de GGD-en en - landelijk - via de VTV.