

Startnotitie Nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2008-2011

1. Aanleiding

De vorige Nijmeegse nota Lokaal gezondheidsbeleid was vastgesteld voor de periode 2004-2007. Wettelijk hebben gemeenten de verplichting één keer per 4 jaar het lokale gezondheidsbeleid te actualiseren. Los hiervan vragen nieuwe ontwikkelingen in de samenleving, zoals toenemend overgewicht en alcoholgebruik bij jongeren, om herijking en intensivering van het gezondheidsbeleid. Gezondheid is cruciaal voor het welzijn van mensen. De gemeente wil daarom de komende tijd fors inzetten op gezondheid om het tij te keren. Hiertoe stellen we in 2008 een nieuwe nota Lokaal Gezondheidsbeleid vast.

De ambities uit het coalitie-akkoord, in het bijzonder het streven om te komen tot een 'ongedeelde stad', en het gezondheidsprofiel Nijmegen 2007 van de GGD vormen samen een belangrijke basis voor de nieuwe nota Lokaal gezondheidsbeleid. Daarnaast is de preventienota 'Kiezen voor gezond leven' van het kabinet van belang, die richtinggevend is voor lokaal beleid. Het college stelt op grond van het coalitie-akkoord, het gezondheidsprofiel en de landelijke preventienota de volgende voorlopige speerpunten voor:

1. Bestrijding overgewicht: voeding en beweging
2. Alcoholpreventie jongeren
3. Sociaal-economische gezondheidsverschillen
4. Bijzondere doelgroepen: met name allochtonen en ouderen.

Overgewicht, alcoholmisbruik en ook roken vormen de grootste bedreigingen van de gezondheid. Roken krijgt voorlopig echter een lagere prioriteit, omdat dit thema in beperkte mate om extra inzet vraagt bovenop de lopende interventies op lokaal en landelijk niveau.

Voordat er definitieve besluitvorming plaats vindt over het toekomstige Nijmeegse gezondheidsbeleid dient duidelijk te worden in hoeverre het beleid aansluit bij de ideeën en mogelijkheden van 'de stad'. Belangrijk is hierbij te constateren dat we niet bij het nulpunt beginnen. Op diverse terreinen zijn in Nijmegen in gezamenlijkheid reeds allerlei programma's en activiteiten in gang gezet, via met name het reguliere aanbod van de GGD, het sportbeleid, speel- en sportplekkenbeleid, Buurt-Onderwijs-Sport (BOS)-projecten (tot eind 2009), het milieubeleid en het gezondheidsproject in Hatert. Het bestaande aanbod dient tegen het licht te worden gehouden, om te bezien welke activiteiten goede of onvoldoende resultaten laten zien en waar extra inzet nodig is.

2. Voorlopige speerpunten

De gemeente kan de gezondheid van mensen gedeeltelijk beïnvloeden: door verbetering van de fysieke en sociale omgeving (luchtkwaliteit, voorzieningenaanbod, veiligheidssituatie) en via het stimuleren van een gezonde leefstijl. Op andere aspecten die de gezondheid van mensen bepaalt, biologische factoren (erfelijkheid) en de kwaliteit van de gezondheidszorg, heeft de gemeente beperkte invloed. Het lokale gezondheidsbeleid concentreert zich op preventie, op het beïnvloeden van de leefstijl en het gedrag van mensen. Heel vaak geldt dat

preventie goedkoper is dan de maatschappelijke kosten die gezondheidsschade op langere termijn met zich mee brengt: de kost gaat voor de baat uit. Tegelijkertijd vergt gedragsverandering een lange adem en een eenduidige aanpak, waarbij alle partners dezelfde boodschap afgeven. Om daadwerkelijk verschil te kunnen maken zal per thema het nu vaak versnipperde aanbod omgezet moeten worden in een stevige samenhangende aanpak vanuit verschillende invalshoeken. Zo zal het bijvoorbeeld bij alcoholpreventie moeten gaan om enerzijds regelgeving en handhaving en anderzijds om bewustwording en gedragsverandering bij jeugdigen en hun ouders.

Gezien de actuele ontwikkelingen in de samenleving en de ambities van het gemeentebestuur uit het coalitie-akkoord stelt het college in concreto de volgende speerpunten voor:

1. Bestrijding overgewicht: voeding en beweging

Overgewicht kan tot tal van gezondheidsproblemen leiden (diabetes, hart- en vaatziekten, onvruchtbaarheid, lichamelijke beperkingen, ademhalingsproblemen). Het percentage mensen met (ernstig) overgewicht neemt toe, landelijk en ook in Nijmegen. 45% van de Nederlanders is te zwaar; het percentage Nijmegenaren dat te zwaar is, ligt met 39% (2003) wat lager. In Nijmegen overlijden wel weer 5% meer mensen aan hart- en vaatziekten dan landelijk. Overgewicht komt vaker voor bij allochtonen en mensen met een lage opleiding.

Dat overgewicht een groeiend probleem is, waarvoor intensivering van beleid nodig is, is duidelijk. Op de eerste plaats bij kinderen en niet te vergeten hun ouders. Dikke kinderen van nu lopen grote(re) kans op overgewicht later. Hoe ouder kinderen worden, hoe lastiger het is om het leefpatroon te veranderen.

Overgewicht heeft alles te maken met de leefstijl, de balans tussen voeding enerzijds en beweging anderzijds. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt uiteindelijk bij de Nijmegenaar zelf, maar de keuzes die mensen maken kunnen we wel beïnvloeden. Vraag is hoe ver de gemeente samen met partijen in de stad hierin kan en wil gaan. Willen we een gezonde leefstijl vooral stimuleren via communicatie, cursussen, activiteiten (proeflessen, kookcursussen) en projecten zoals “Wikken en bewegen” op basisscholen en peuterspeelzalen? Gaan we kinderen die bij GGD-controles te zwaar wegen actiever dan nu stimuleren om samen met hun ouders aan een afvalprogramma mee doen? Of willen we verder gaan en convenanten afsluiten met huisartsen en scholen over cursussen, lesprogramma's en kantine- en trakteerbeleid? Zo zijn er nu al enkele scholen in Nijmegen die kinderen tijdens (tussen)pauzes op “water en brood” zetten. Moet de gemeente actief pleitbezorger zijn om deze aanpak uit te breiden naar alle basisscholen? Gaan we gratis groente en fruit verstrekken op scholen? Wat kunnen schooltuinen betekenen voor de bewustwording van gezonde voeding? En rechtvaardigt de problematiek de inzet van juridische instrumenten door bijvoorbeeld een verbod op snackbars in de buurt van scholen en richtlijnen over reclame over voeding?

Ook in de ruimtelijke inrichting kunnen maatregelen worden genomen om beweging zoveel mogelijk te stimuleren en faciliteren. Omdat gemeente Nijmegen in voorwaardescheppende zin al een ambitieus beleid heeft met het beleid voor ‘buiten spelen’ (1,5 speelplek per 100 kinderen; 1 sportplek per 100 jongeren) en het beleid voor fiets- en langzaam verkeer, zal de bestrijding van overgewicht in het gezondheidsbeleid vooral in het teken staan van bewustwording en gedragsverandering bij met name kinderen en jongeren. Dat de voorzieningen er zijn, wil nog niet zeggen dat iedereen en met name kinderen met overgewicht er automatisch gebruik van maakt, integendeel. Gemeente Nijmegen wil dan ook actief participeren in het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen om beweging in de breedste

zin van het woord te stimuleren, waarbij het gaat om dagelijkse beweging in de vorm van bijvoorbeeld wandelen en fietsen.

Partners: GGD, basisonderwijs, voortgezet onderwijs, Tandem, huisartsen, SWON, allochtone zelforganisaties, Interlokaal, sportorganisaties, bewonersgroepen, fysiotherapeuten, diëtisten, ziekenhuizen.

2. Alcoholpreventie jongeren

Jongeren beginnen steeds vroeger met alcoholgebruik en drinken meer. Juist op jonge leeftijd is alcohol extra schadelijk, met name voor de hersenontwikkeling. Bovendien geldt: hoe jonger je begint te drinken, hoe groter de kans op verslaving later. In Nijmegen drinkt driekwart van de jongeren tussen 13 en 16 jaar wel eens alcohol, waarvan één op de vijf meer dan 5 glazen in het weekend. Dit ligt wat lager dan in de rest van de regio.

Iriszorg en de GGD voeren diverse voorlichtingsprogramma's uit op met name scholen en in het uitgaanscircuit. Alleen ontbreekt nu een integrale aanpak, die nodig is om meer effect te sorteren. In zo'n samenhangende benadering worden relaties gelegd tussen gezondheid, welzijn, veiligheid en verslavingsbeleid en is aandacht voor een combinatie van communicatie, vroegsignalering, regelgeving en (intensivering van de) handhaving. Maar hoe ver willen we gaan met het stellen van regels? Waar eindigt de eigen verantwoordelijkheid van ouders en wanneer moet de gemeente ingrijpen? Gaan we alcohol in sportkantines verbieden? En tot welke leeftijd wil gemeente Nijmegen de verkoop van alcohol toestaan als we moeten gaan bepalen of we de leeftijdsgrens optrekken van 16 jaar naar 18 jaar (zie de 'alcoholbrief' - Hoofdpijnen alcoholbeleid van het kabinet d.d. 19 november 2007). Wat vinden we van de "boete- of kanskaart" die in de Achterhoek wordt toegepast als jongeren een overtreding hebben begaan waarbij alcohol in het spel was? Jongeren krijgen dan niet alleen een taakstraf maar ook, samen mét hun ouders, een leerstraf gericht op bewustwording van de risico's van alcohol.

Partners: Iriszorg, GGD, Tandem, politie, horeca, Voedsel en Waren Autoriteit, Justitie, sportverenigingen.

3. Sociaal-economische gezondheidsverschillen

Mensen met een lage opleiding en een laag inkomen lopen een grotere kans op een slechte gezondheid dan anderen: bij deze groepen komt overgewicht vaker voor, ze roken meer en hebben meer last van depressie. Per saldo leven mensen met een lage sociaal-economische status (SES) korter. Een gegeven waar we ons niet bij neerleggen. Omdat in Nijmegen (net als veel andere grote steden) relatief veel mensen met een lage SES wonen, ligt het sterftecijfer in Nijmegen ook hoger dan het landelijke gemiddelde.

In breder verband (werkgelegenheid- en onderwijsbeleid, zorg en welzijn) wil het college de kansen van mensen met een lage SES verhogen om te komen tot een 'ongedeelde stad'. Ook heeft Nijmegen naast het stadsbrede beleid de wijkgerichte aanpak die zich richt op aandachtswijken als Oud-West en Hatert. De ambities binnen de wijkgerichte aanpak stapelen zich op: van het terugdringen van de werkloosheid tot het bevorderen van de integratie en nu ook het tegengaan van gezondheidsverschillen. Wat heeft nu prioriteit binnen de wijkgerichte aanpak: de lange termijn aanpak bij de bron (sociaal-economische ongelijkheid) of maatregelen die direct gericht zijn op verbetering van de gezondheid?

We hebben al wel ervaring met projecten die op ‘de gezonde wijk’ zijn gericht, bijvoorbeeld met de BOS-projecten. Daarnaast worden nu met het integrale gezondheidsproject in Hatert (gestart in 2007) de eerste ervaringen opgedaan. Deze aanpak wordt begeleid door effectonderzoek waarmee in kaart wordt gebracht of de gekozen activiteiten ook daadwerkelijk leiden tot een betere gezondheid. Afhankelijk van de resultaten in Hatert en de prioriteitstelling wordt de aanpak in Hatert uitgebreid.

Partners: bewonersgroepen, Tandem, GGD, huisartsen, fysiotherapeuten, cliëntenorganisaties.

4. Bijzondere doelgroepen:

- Allochtonen
Allochtonen zijn oververtegenwoordigd binnen de groepen met een lage SES, met alle gevolgen van dien. Andere specifieke problemen zijn onder meer de hogere babysterfte en het lagere aantal sporters onder allochtonen. Daarnaast laat de toegankelijkheid van zorgvoorzieningen voor allochtonen te wensen over en blijft de interculturalisatie van instellingen een opgave, waarbij het de vraag is hoe ver instellingen moeten gaan en waar de verantwoordelijkheid van allochtonen begint, bijvoorbeeld als het gaat om het overwinnen van de taalbarrière.
- Ouderen
Het grootste deel van de ouderen kampt met één of meer ziekten of aandoeningen met gevolgen voor de zelfredzaamheid en het risico tot eenzaamheid. Daarnaast vormen (beperking van) het middelengebruik en valpreventie speciale aandachtspunten. Zo bewonderen we de aanpak van huisartsen in Lindenholt en Dukenburg die de noodzaak voor het gebruik van rustgevendende middelen (seresta, valium) bij met name ouderen zijn nagegaan. 500 patiënten bleken te kunnen stoppen of minderen en werden hierop per brief gewezen. Dit stuitte op weerstand, maar met de nodige begeleiding bleek het toch mogelijk het gebruik af te bouwen.
- Homoseksuelen
Soa's komen vaker voor bij mannelijke homoseksuelen; bij lesbische vrouwen is vaker sprake van overmatig alcoholgebruik en overgewicht (zie nota Seksuele diversiteit). Nader onderzoek is nodig om beter zicht te krijgen op deze problematiek.
- Dak- en thuislozen
Vaak kampen deze groepen met een psychiatrische stoornis en/of verslaving en is er sprake van specifieke gezondheidsproblemen, zoals luchtweginfecties en huidproblemen.

Partners: allochtone zelforganisaties, allochtone zorgconsulent, Interlokaal, Tandem, SWON, ouderenorganisaties (o.a. KBO), patiëntenverenigingen, vrijwilligersorganisaties, COC, Iriszorg, cliëntenraad Iriszorg.

3. Overige thema's

Dit zijn thema's die we zeker niet vergeten, maar waarvan we vinden dat het lopende beleid op hoofdlijnen afdoende is. Hier en daar zijn wel extra accenten nodig, maar intensivering is in beperkte mate noodzakelijk.

1. Roken

Het percentage rokers is de afgelopen jaren landelijk gedaald tot 28% in 2005. In de regio Nijmegen ligt dit met 32% iets hoger. Luchtwegaandoeningen komen in Nijmegen een kwart meer voor dan gemiddeld in Nederland. De dalende tendens van het aantal rokers neemt niet weg dat roken nog steeds de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaak is in Nederland. Aan de andere kant zijn de randvoorwaarden om roken te ontmoedigen steeds verder ontwikkeld, zeker met het naderende verbod op roken in de horeca.

Vraag is nu of er bovenop het landelijke beleid (rookverbod horeca, accijns, landelijke campagnes, etc.) en lopende lokale maatregelen (voorlichting via consultatiebureaus, Rookvrije school) veel extra inzet nodig is om het aantal rokers te verminderen. Los hiervan kan 'roken' binnen de wijkgerichte aanpak waar nodig gerichte aandacht krijgen.

2. Depressiepreventie

Op dit moment zijn er weinig mensen die gebruik maken van hulp om depressie te voorkomen, terwijl preventie veel leed kan voorkomen. De GGZ organiseert nu voorlichtingsbijeenkomsten en cursussen ter vergroting van de kennis over (omgaan met) psychische problemen, ook voor familieleden van mensen met psychiatrische aandoeningen. Ook geeft de GGZ trainingen voor professionals in het onderwijs en gezondheidszorg om psychische aandoeningen vroegtijdig te signaleren en zijn er allerlei samenwerkingsprojecten voor jeugdigen (ZAT's, Kijk op kleintjes). Is dit afdoende of dient er meer gedaan te worden om de bekendheid en het bereik van de hulpverlening te vergroten? Depressiepreventie komt sowieso aan bod bij de benadering van de bijzondere doelgroepen en ook binnen de wijkgerichte gezondheidsaanpak. Daarnaast ligt er een duidelijke relatie tussen overgewicht cq gebrek aan beweging en depressie.

3. Omgeving en gezondheid

Een belangrijk speerpunt van het gemeentebestuur is een gezond en schoon leefklimaat, waarop met het milieu- en verkeersbeleid (o.a. uitvoeringsprogramma Luchtkwaliteit 2005-2010) fors wordt ingezet via tal van maatregelen op korte en langere termijn. Bij grote ruimtelijke, infrastructurele projecten is een Milieu Effect Rapportage (MER) verplicht. In Nijmegen wordt 5-jaarlijks het Milieuedrags en -belevingsonderzoek uitgevoerd door de gemeentelijke onderzoeksafdeling. Daaruit volgt veel informatie over klachten, hinder en beleving van de burgers van hun omgeving voor geluid, luchtverontreiniging door diverse bronnen.

In Nijmegen-West doet gemeente Nijmegen extra inspanningen om de milieukwaliteit te verbeteren en om de burgers te informeren. Deze acties lopen via het Milieuprogramma Nijmegen-West en Weurt, specifiek voor de omgeving van het industrieterrein Nijmegen-West/Weurt.

Maar is het reguliere milieubeleid afdoende en zijn er vanuit het oogpunt van gezondheid extra maatregelen nodig, bijvoorbeeld door aanvullend op de MER bij grote ruimtelijke projecten (kansenboek) een Gezondheidseffectscreening (GES) in te stellen, vooruitlopend op een mogelijke landelijke verplichting in de toekomst. Daarnaast is het mogelijk om vanuit het oogpunt van gezondheid extra milieueisen te stellen bovenop de landelijke wetgeving. Zo komt er binnenkort landelijk beleid voor het beschermen van extra gevoelige groepen (kinderen, ouderen, zieken, sporters) tegen luchtverontreiniging (AMvB gevoelige bestemmingen). De AMvB is echter beperkt geformuleerd waardoor het wenselijk kan zijn om lokaal aanvullend beleid te formuleren.

Verder moet bekeken worden of een gezond binnenklimaat van (nieuwbouw en gerenoveerde) woningen en gebouwen voldoende gewaarborgd is nu er steeds strengere eisen worden gesteld aan de energieprestatie.

4. Communicatie- en organisatietraject

Opdrachtgever

College van B en W

Projectorganisatie

Projectleiding: programma zorg en welzijn

Begeleidingsgroep

Deelnemers (minimaal):

gemeente, GGD, vertegenwoordiging basisonderwijs, huisartsenkring Nijmegen, Tandem, Iriszorg, Interlokaal, SWON.

Taken:

- Bespreken startnotitie
- Inhoudelijke voorbereiding bijeenkomsten
- Advisering t.a.v. concept-nota Lokaal gezondheidsbeleid

Intern betrokken programma's/ afdelingen: sport, jeugd, onderwijs, milieu, wijkmanagement, maatschappelijke opvang en veiligheid (alcoholpreventie)

Extern communicatietraject

1. Expertmeeting (m.n. NIGZ, Radboud Universiteit, HAN, GGD, RIVM, min. VWS)
2. Discussiebijeenkomsten met bewonersorganisaties en partners¹.

Inhoud bijeenkomsten: wat en hoe:

- Welke speerpunten/doelstellingen moeten prioriteit krijgen in het lokaal gezondheidsbeleid? Stelt het college de juiste speerpunten voor?
- Hoe kunnen/willen we de doelstellingen bereiken?
 - > Wat zijn realistische doelstellingen?
 - > Hoe ver willen we gaan met het ingrijpen in de persoonlijke leefstijl van mensen?
 - > Welke (lopende) activiteiten en methodieken werken goed en welke niet?
 - > Meerwaarde van lokale acties bovenop landelijk beleid
 - > Gedifferentieerde aanpak per (bijzondere) groep/wijk?

Concept-nota Lokaal gezondheidsbeleid voorleggen aan adviescommissies

- Seniorenraad
- Platform Gehandicapten
- Commissie Allochtonen
- Commissie Homo-/lesbisch beleid

Inhoud nota Lokaal gezondheidsbeleid

¹ Bewonersgroepen (o.a. Vereniging Stedelijk leefmilieu, bewonersgroepen in Hatert), patiëntenverenigingen/Zorgbelang Gelderland, GGD, basisscholen en voortgezet onderwijs, huisartsen, ziekenhuizen, allochtone zorgconsulent, Iriszorg, NIM, Tandem, MEE, GGZ, SWON, COC, Interlokaal, NIGZ, horeca.

Het communicatietraject moet leiden tot een gedragen nota Lokaal gezondheidsbeleid met minimaal de volgende componenten:

- Evaluatie van de vorige nota Lokaal Gezondheidsbeleid Nijmegen
- Analyse van de gezondheidssituatie in Nijmegen
- Uitgangspunten met betrekking tot de aanpak van problemen (integraliteit, verdeling van verantwoordelijkheid, type instrumenten, etc.)
- Thema's met hoge en lage prioriteit
- Meetbare doelstellingen per thema
- Activiteiten, programma's en projecten per thema inclusief planning, financiering en subdoelstellingen; onderscheid tussen lopende en nieuwe maatregelen/activiteiten.
- Organisatiestructuur (projectgroep, werkgroepen)

5. Besluitvorming en planning

- Bestaand beleid en lopende activiteiten in kaart brengen: april/mei 2008
- Vaststellen startnotitie in college: 13 mei 2008
- Bespreken startnotitie tijdens informatiebijeenkomst raadskamer: eind mei 2008
- Extern communicatietraject: juni-september 2008
- Bespreking concept-nota Lokaal Gezondheidsbeleid met adviescommissies: september 2008
- Vaststellen nota Lokaal Gezondheidsbeleid in college en raad: oktober 2008