

## “Extra vitamine G voor Delft”

Nota lokaal preventief gezondheidsbeleid 2009-2012





## Inhoudsopgave

|                                                                                |           |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>SAMENVATTING</b>                                                            | <b>5</b>  |
| <b>HOOFDSTUK 1. INLEIDING LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID DELFT</b>                   | <b>11</b> |
| <b>1.1 DOEL VAN HET BELEID</b>                                                 | <b>11</b> |
| <b>1.2. DOEL VAN DE NOTA</b>                                                   | <b>11</b> |
| <b>1.3. LEESWIJZER</b>                                                         | <b>12</b> |
| <b>1.4 VISIE</b>                                                               | <b>12</b> |
| <b>1.5 UITGANGSPUNTEN VAN HET PREVENTIEVE GEZONDHEIDSBELEID</b>                | <b>13</b> |
| 1.5.1 DELFT WERKT BINNEN DE WETTELIJKE KADERS .....                            | 13        |
| 1.5.2 DE CLIËNT CENTRAAL .....                                                 | 14        |
| 1.5.3 DE GEMEENTE ONDERSTEUNT EN BURGERS MOETEN HET DOEN .....                 | 14        |
| 1.5.4 DE GEMEENTE BEVORDERT SAMENWERKEN AAN GEZONDE WIJKEN .....               | 14        |
| 1.5.5 DELFT ZET IN OP OPTIMAAL FLANKEREND BELEID.....                          | 15        |
| 1.5.6 DELFT ZIET EEN BELANGRIJKE ROL VOOR DE MAATSCHAPPELIJKE PARTNERS .....   | 15        |
| 1.5.7 INLOPEN VAN GEZONDHEIDSACHTERSTANDEN EN AANDACHT VOOR RISICOGROEPEN..... | 15        |
| 1.5.8 REGIONALE SAMENWERKING EEN BELANGRIJKE BASIS .....                       | 17        |
| 1.5.9 EFFECTIEF GEZONDHEIDSBELEID IN BEELD.....                                | 18        |
| <b>HOOFDSTUK 2. BELANGRIJKSTE GEZONDHEIDSBEDREIGINGEN IN DELFT</b>             | <b>19</b> |
| <b>2.1. STERFTECIJFERS EN ZIEKTELAST</b>                                       | <b>19</b> |
| <b>2.2. BELANGRIJKSTE LEEFSTIJLFACTOREN</b>                                    | <b>19</b> |
| 2.2.1 OVERGEWICHT .....                                                        | 20        |
| 2.2.2 DIABETES .....                                                           | 20        |
| 2.2.3 BEWEEGARMOEDE .....                                                      | 20        |
| 2.2.4 ALCOHOLGEBRUIK .....                                                     | 21        |
| 2.2.5 ROKEN .....                                                              | 21        |
| 2.2.6 OGGZ.....                                                                | 21        |
| <b>2.3. PSYCHISCHE EN PSYCHO-SOCIALE PROBLEMEN EN HUISELIJK GEWELD</b>         | <b>22</b> |
| <b>2.4. GEZONDHEID EN HET MILIEU</b>                                           | <b>23</b> |
| 2.4.1 BINNENMILIEU .....                                                       | 23        |
| 2.4.2 LUCHTKWALITEIT.....                                                      | 23        |
| 2.4.3 GELUIDBELASTING .....                                                    | 24        |
| <b>2.5 LAGE SES-GROEP</b>                                                      | <b>24</b> |

|                                                                                         |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>HOOFDSTUK 3. GEZONDHEID EN KWALITEIT VAN LEVEN</b>                                   | <b>26</b> |
| <b>3.1 DE BURGER EN HET VERSTERKEN VAN REGIE OVER EIGEN LEVEN (AANGRIJPINGS PUNT 1)</b> | <b>26</b> |
| <b>3.2 DE FYSIEKE OMGEVING (AANGRIJPINGS PUNT 2)</b>                                    | <b>29</b> |
| 3.2.1 INRICHTING VAN DE BUITENRUIMTE .....                                              | 29        |
| 3.2.2 KWALITEIT VAN HET BINNENMILIEU .....                                              | 30        |
| 3.2.3 KWALITEIT VAN HET BUITENMILIEU .....                                              | 32        |
| <b>3.3. HET BEVORDEREN VAN GEZOND LEVEN (AANGRIJPINGS PUNT 3)</b>                       | <b>35</b> |
| 3.3.1 INFORMATIE EN VOORLICHTING VOOR DE GEHELE POPULATIE – DE BASIS .....              | 36        |
| 3.3.2 PREVENTIETHEMA'S .....                                                            | 37        |
| 3.3.2.1GEZOND GEWICHT, DIABETESPREVENTIE EN EEN SPORTIEF EN ACTIEF LEVEN .....          | 37        |
| 3.3.2.2VERSLAVINGSPREVENTIE: ALCOHOL, ROKEN EN DRUGS.....                               | 39        |
| 3.3.2.3PREVENTIE VAN PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN .....                                      | 44        |
| 3.3.2.4GEZOND SEKSUEEL GEDRAG .....                                                     | 45        |
| 3.3.2.5PREVENTIEBELEID HUISELIJK GEWELD .....                                           | 46        |
| <b>3.4 VROEGSIGNALERING (AANGRIJPINGS PUNT 4)</b>                                       | <b>48</b> |
| <b>3.5 VERBETEREN VAN DE KWALITEIT VAN LEVEN (AANGRIJPINGS PUNT 5)</b>                  | <b>51</b> |
| 3.5.1 ZORG IN DE BUURT .....                                                            | 52        |
| 3.5.2 OGGZ-BELEID EN VERSLAVINGSZORG .....                                              | 53        |
| <b>HOOFDSTUK 4. WAT MAG HET KOSTEN</b>                                                  | <b>55</b> |
| <b>4.1 GGD-ZHW EN CENTRA VOOR JEUGD EN GEZIN</b>                                        | <b>55</b> |
| <b>4.2 OGGZ-BELEID, ANTI-ALCOHOLAANPAK JEUGD EN VROUWENOPVANG EN HUISELIJK GEWELD</b>   | <b>56</b> |
| <b>4.3 PREVENTIE ACTIVITEITEN</b>                                                       | <b>57</b> |
| <b>HOOFDSTUK 5. COMMUNICATIE</b>                                                        | <b>61</b> |
| <b>HOOFDSTUK 6. VOORSTEL AAN DE GEMEENTERAAD</b>                                        | <b>61</b> |
| <b>OVERZICHT VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN</b>                                              | <b>62</b> |

## Samenvatting

De gemeente Delft dient op basis van haar wettelijke taken op het gebied van gezondheid beleid uit te voeren dat gericht is op het beschermen en bevorderen van de gezondheid van alle burgers. De gemeente ziet het daarnaast als haar taak om burgers bij wie sprake is van blijvende gezondheidsproblemen of beperkingen te ondersteunen bij het realiseren van die zaken die bijdragen aan hun kwaliteit van leven.

In de nota "Extra vitamine G voor Delft" staat voor de periode 2009 – 2012 uitgewerkt op welke wijze de gemeente Delft haar steentje gaat bijdragen aan het bevorderen van de volksgezondheid en het bevorderen van de kwaliteit van leven van elke burger in Delft.

In hoofdstuk 1 staat verwoord vanuit welke visie, doelstellingen en uitgangspunten de gemeente het lokaal gezondheidsbeleid benadert.

Algemene doelstelling van het Delftse beleid:

Een goede gezondheid voor elke Delftenaar en waar die gezondheid te wensen overlaat het borgen van kwaliteit van leven.

Er wordt in deze nota uitgegaan van een brede visie: Gezondheid en kwaliteit van leven zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Participeren in de samenleving, het hebben van werk, een goede opleiding en de mogelijkheid om zin te geven aan het leven, hebben een positieve invloed op het welbevinden en de gezondheid van burgers. Andersom biedt een goede gezondheid weer meer kansen om actief in de samenleving te staan.

Gezondheid begint bij een zinvol en prettig bestaan, waaraan mensen zelf invulling kunnen geven. Gezondheid vergt daarnaast een gezonde omgeving, een omgeving die ook in staat stelt tot het maken van gezonde keuzes. Eigenlijk komt dan pas het gezondheidsbeleid als zodanig, met de nadruk op preventie: het uitnodigen tot gezond gedrag. Waar mensen toch iets mankeren willen we er graag vroeg bij zijn en accuraat zorg verlenen. En waar langdurige zorg of zwaardere zorg nodig is willen we graag aandacht hebben voor de kwaliteit van leven van kwetsbare burgers.

Er worden negen uitgangspunten gehanteerd bij dit beleid:

- 1 Delft werkt binnen de wettelijke kaders: de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid en de WMO.
- 2 De cliënt staat centraal!
- 3 De gemeente ondersteunt en de burgers moeten het doen. Het gaat uiteindelijk om gezonde keuzes van burgers.
- 4 De gemeente bevordert samenwerken aan gezonde wijken. Kenmerkend voor een 'gezonde wijk' is dat men oog heeft voor elkaar als burger en als professional.
- 5 Delft zet optimaal in op flankerend beleid. Beslissingen die op andere terreinen zoals wonen, veiligheid, welzijn, werk, onderwijs, milieu en verkeer worden genomen, kunnen de gezondheidstoestand van de bevolking, zowel in positieve als in negatieve zin, beïnvloeden.
- 6 Delft ziet een belangrijke rol voor de maatschappelijke partners. Het uitgangspunt is partnerschap. Effectief beleid vraagt het om het vertalen van de doelen naar concrete bijdragen die deze organisaties kunnen leveren en om het organiseren van afstemming tussen deze organisaties.
- 7 Inlopen van gezondheidsachterstanden en aandacht voor risicogroepen. Dit betekent dat er extra aandacht komt voor de zogenaamde risicogroepen: jeugdigen, mensen met een lage Sociaal Economische Status (SES), ouderen en chronisch zieken en gehandicapten.
- 8 Regionale samenwerking als belangrijke basis. Samenwerking rond de kernen GGD Zuid-Holland West, Haaglanden en regio DWO waarvan Delft centrumgemeente is.
- 9 Effectief gezondheidsbeleid. Dit vraagt om werken met bewezen interventies en volgen van de resultaten van beleid.

In hoofdstuk 2 is geschetst wat de grootste gezondheidsproblemen en risico's zijn voor Delft en waar de prioriteiten worden gelegd. Deze gegevens worden eens per vier jaar door de GGD-ZHW in opdracht van de gemeente Delft in kaart gebracht.

De gegevens zijn naar een aantal gebieden gegroepeerd:

- sterftcijfers en ziektelast;
- belangrijkste leefstijlfactoren; overgewicht, diabetes, beweegarmoede, alcoholgebruik, roken
- psychosociale problemen; stress, angststoornissen en depressie
- gezondheid en het milieu; binnenmilieu, luchtkwaliteit, geluid
- lage SES-groep, verband houdend met inkomenssituatie, opleidingsniveau en etniciteit.

Uit alle onderzoeken komt naar voren dat men wel degelijk inziet dat op leefstijlonderdelen veranderingen nodig zijn. Deze onderdelen sluiten in hoge mate aan bij de onderwerpen die in dit hoofdstuk aan bod komen: meer bewegen, gezonder eten, niet roken en minder drinken. Ook geven jongeren en volwassenen aan iets te moeten doen aan stress.

Een brede visie vraagt een wat andere benadering van gezondheidsbeleid. In hoofdstuk 3 wordt deze benadering beschreven in vijf aangrijpingspunten:

- 1 De burger en het versterken van de regie over het eigen leven. Gezondheid wordt niet alleen bepaald door medische zaken, maar juist ook door de dingen van alledag. De basis wordt gelegd in een prettig bestaan en het goed functioneren in de samenleving. Dat betekent dat ook beleid op andere terreinen van belang is voor de gezondheid van de Delftenaar.
- 2 De fysieke omgeving. Daar gaat de aandacht uit naar de fysieke omgeving en het milieu. De individuele burger heeft hier weinig invloed op. Hier is het collectief aan zet en ligt een belangrijke taak bij de overheid.
- 3 Het bevorderen van gezond leven, waarbij het gaat om het stimuleren van een gezonde leefstijl en het tegengaan van risico's, traditioneel de kern van het preventieve gezondheidsbeleid.
- 4 Vroegsignalering. Op tijd onderkennen van problemen is de basis van dit aangrijpingspunt. Hierbij gaat het er met name om dat burgers zelf en intermediairen (professionals en vrijwilligers) op tijd (beginnende) problemen signaleren.
- 5 Verbeteren van de kwaliteit van leven; hierbij wordt uiteengezet wat Delft wil bereiken voor de kwetsbaarste groepen burgers als het gaat om het bevorderen van de gezondheid en de kwaliteit van leven.

Per aangrijpingspunt wordt de stand van zaken aangegeven, de beleidsambitie(s) beschreven en de acties en concrete doelstellingen geformuleerd. In deze samenvatting komen alleen de acties en – aan het eind – de doelen terug.

#### De burger en het versterken van de regie over het eigen leven.

- Beleidsterreinen die het gezondheidsbeleid kunnen ondersteunen zijn anti-armoedebelid, arbeidsmarktbeleid en sociaal activeringsbeleid, participatie en WMO en veiligheid. De samenwerking tussen de verschillende gemeentelijke beleidsteams onderling en met externe partners rond rode draden als participatie en het ondersteunen van kwetsbare groepen wordt stevig doorgezet. Bij de uitwerking van de beweegaanpak trekken de gezondheids- en werkgelegenheidsbeleidsterreinen gezamenlijk op.
- De gemeente ziet ook voor de toekomst goede kansen voor de JAZO-aanpak. Het streven is deze na evaluatie krachtig door te zetten.
- Er wordt onderzoek gedaan naar personen/groepen mensen die niet verzekerd zijn tegen ziektekosten. Halverwege 2009 worden de resultaten hiervan bekend gemaakt.
- Onder het voorbehoud van goedkeuring van het defibrillatorenvoorstel in de programma-begroting 2009-2012 wordt de regeling in 2009 uitgevoerd.

#### De fysieke omgeving.

Inrichting buitenruimte

- Via het panel gehandicaptenbeleid/de ouderenproof-netwerken wordt, aanvullend op de lopende advisering uit de doelgroep, onderzoek gedaan naar de tevredenheid over de toegankelijkheid van de openbare ruimte.
- De aanbevelingen rond de bruikbaarheid van de openbare ruimte worden door de betreffende vakteams betrokken bij de verdere beleidsontwikkeling op hun gebied.

#### Kwaliteit binnenmilieu

- De gemeente maakt op het gebied van wonen geen afzonderlijk beleid meer rond energie of binnenklimaat.
- In 2008/begin 2009 wordt de pilot “Energieke scholen” afgerond. In 2009 wordt de tweede fase “Energieke scholen” opgezet.
- Samen met de wooncorporaties en eventuele andere partijen wordt een geïntegreerde aanpak van energiezuinig en fris wonen in Delft opgezet. Van deze aanpak maakt ook voorlichting en individuele advisering deel uit.

#### Kwaliteit buitenmilieu

- Bij de evaluatie van het plan van aanpak Luchtkwaliteit 2005-2010 en het opstellen van het volgende plan van aanpak wordt de gezondheidkundige kant sterker betrokken.

#### Geluid

- Bij het opstellen van de integrale geluidnota in 2009 wordt de gezondheidkundige kant sterker betrokken. Bekeken wordt of de aanbeveling van de GGD-ZHW om uit te gaan van een plandrempelwaarde van 65/63 dB kan worden overgenomen.
- In 2009 wordt samen met de GGD-ZHW een aanpak tot voorkoming/beperking van gehoorschade onder jongeren ontwikkeld.

#### UV –straling en hitte

- Elk jaar wordt in het voorjaar een informatiecampaagne gehouden over UV-straling en beschermende maatregelen.
- De GGD fungeert als regionaal steunpunt ten tijde van hitteperiodes.

#### Het bevorderen van gezond leven

In de eerste plaats gaat het om het ontwikkelen van een basis communicatiepakket:

- Uitgeven van de krant voor zorg en gezondheid
- Opstarten van de brede school voor ouders
- Verder uitwerken van het basisprogramma voor de scholen
- Verder vullen van de digitale sociale kaart

Burgers en professionals kunnen op [www.startpuntwonenzorgwelzijn.nl](http://www.startpuntwonenzorgwelzijn.nl) terecht voor informatie over het aanbod op terreinen wonen, zorg en welzijn. De sociale kaart is in juni 2008 gelanceerd en zal in 2009 volledig gereed zijn.

Milieupagina op de site van de gemeente Delft ([www.gemeente-delft.info/milieupagina](http://www.gemeente-delft.info/milieupagina)).

Site van de GGD Zuid-Holland-West ([www.ggdzhw.nl](http://www.ggdzhw.nl))

Voorlichting via de Centra voor Jeugd en Gezin

Informatie via het Startpunt Wonen, Zorg, Welzijn

Informatie via het JongerenInformatiePunt (JIP).

In dit hoofdstuk komen verschillende preventiethema's aan bod.

Gezond gewicht, preventie diabetes en een sportief en actief leven:

- Het blijven stimuleren van initiatieven uit de stad die zich richten op het gebied van bewegen, voeding en gewicht.
- Bewegen, voeding en gewicht worden een vast bestanddeel van het basisvoorlichtingspakket op alle scholen in Delft.
- Mogelijke signaleerders in positie brengen door deskundigheidsbevordering en het aanbieden van verwijsmogelijkheden.
- De introductie en uitwerking van Big Move Delft, gericht op het realiseren van een breder, toegankelijk en flexibel aanbod.
- Verder uitrollen van de CITO-beweegtoets.

- Ondersteuning bieden aan 'beweegarme gezinnen' (vitaliteitsaanpak).
- Het realiseren van extra sport- en beweegmogelijkheden voor mensen met een beperking.

Verslavingspreventie: alcohol, roken en drugs;

- De campagne "Lekker helder, 0% alcohol" wordt doorgezet.
- Realiseren van een voorlichtingsaanbod rond alcohol op alle scholen.
- Realiseren van voorlichting rond genotmiddelen op alle VO-scholen.
- Ouders worden telkens bij deze acties en programma's betrokken.
- Organisaties voor verslavingspreventie en –zorg worden dicht bij professionals in de vindplaatsen (deskundigheidsbevordering) en eerstelijns hulpverleners (deskundigheidsbevordering, advisering, verwijzing) gepositioneerd.
- Met maatschappelijke sectoren wordt rond gebruik genotmiddelen en verslavingspreventie steeds verder samengewerkt. Naast het opnieuw tegen het licht houden van bestaande afspraken wordt in 2009 een kader 'Alcohol en genotmiddelen' opgesteld, dat o.a. toegepast wordt bij subsidie- en vergunningverlening.
- Gericht wordt het (starten met) roken onder Vmbo-scholieren en roken door zwangere vrouwen aangepakt.
- Met een op specifieke groepen en op de eerstelijns gericht programma wordt de signalering en behandeling van gok-, medicijn- en gameverslaafden ondersteund.

Depressieve en angstklachten, eetstoornissen en ondergewicht

- Inzet Krant voor Zorg en Gezondheid
- Jongeren betrekken bij aanpak onder jeugd
- E-hulp ontsluiten
- Programmeren van lotgenotencontact
- Uitwerken outreachende aanpak
- Nader advies inwinnen omtrent de aanpak ondergewicht

Gezond seksueel gedrag

- Ouders (weer) in positie brengen bij de seksuele opvoeding van kinderen.
- Met de GGD-ZHW nagaan of scholen voldoende aandacht besteden aan vragen over 'hoe doe je dat eigenlijk, seks?' en seks, liefde en relaties.
- Veilig vrijen en 'Nee!' durven zeggen uitdragen als de norm.
- Meer mogelijkheden scheppen om vormen van misbruik te melden of te signaleren.
- Versterken van de samenwerking met DWH.

Preventiebeleid huiselijk geweld

- Het meer deskundig maken van medewerkers in vindplaatsen (signalering) en de eerste lijn (signalering en verwijzing).
- Implementatie van de Wet Tijdelijk Huisverbod.
- Delft trekt als centrumgemeente de implementatie van het Regionaal Actieplan Aanpak Kindermishandeling.
- We bestrijden vrouwenbesnijdenis.
- Er wordt nog meer nadruk gelegd op het maatschappelijk herstel van slachtoffers en daders van huiselijk geweld.
- Het vergroten van de bewustwording onder mannen en vrouwen ter preventie van huiselijk geweld (zie Nota Emancipatie Impuls).

Vroegsignalering

*Opdat iedereen weet waar men signalen kwijt kan of een vraag kan stellen zullen we consequent uitdragen dat men naast de huisarts (en 112) drie loketten moet kennen:*

- *Het Meldpunt Bezorgd?*
- *Het Startpunt Wonen, Zorg en Welzijn*
- *Het Centrum voor Jeugd en Gezin*

- GGZ-Delfland, Brijder-verslavingszorg e.a. verzorgen een trainingsaanbod voor professionals in vindplaatsen en eerstelijns.
- De GGZ en Brijder werken in samenspraak met de 1<sup>e</sup> lijn disciplines een aanpak uit die leidt tot verbetering van signalering en diagnosestelling in de eerste lijn van GGZ- en verslavingsproblematiek. Daar waar spraken is van dubbeldiagnostiek ondersteunen beide organisaties bij een juiste toeleiding.
- In de wijk Voorhof start een pilot voor het vroegtijdig signaleren van psychische problemen bij senioren. In samenspraak met alle disciplines wordt een integrale werkwijze ontwikkeld die in 2009 van start gaat. Indien de werkwijze succesvol is wordt deze verbreed naar andere wijken.
- De gemeente Delft gaat onderzoeken of, samen met partners, lokaal een (digitale) preventieve gezondheidstoets kan worden ingevoerd.
- Online programma's voor mensen met een alcoholprobleem en met depressieve klachten, zoals de online training "Grip op je dip" van GGZ-Delfland, zijn zeer succesvol. De gemeente zal de bekendheid bij burgers over dit soort instrumenten bevorderen. Via GGD en gemeentelijke communicatie zal te vinden zijn welke digitale programma's geadviseerd kunnen worden. In overleg met de GGD-ZHW wordt een kwaliteitswaarborg voor te promoten zelfhulpprogramma's ontwikkeld.
- De gemeente Delft neemt het initiatief om in samenwerking met de gezondheidszorg een zelfonderzoek baarmoederhalskanker te introduceren, zodat vrouwen die nu nog niet worden bereikt wel gaan deelnemen.
- De gemeente baseert zich bij subsidieverlening en het (verder) inrichten van preventie- en vroegsignaleringsbeleid op de uitgangspunten zoals hierboven onder ten tweede en ten derde verwoord.

#### Verbeteren kwaliteit van leven

##### Zorg in de buurt

- Uitvoeren van het project gericht op goede klantondersteuning bij GGZ-problematiek.
- Voor Delftenaren met een geestelijke of fysieke beperking worden meer mogelijkheden geboden voor dagbestedingactiviteiten, sport en werk op maat. Hiervoor worden onder andere reïntegratiemiddelen vanuit de WWB ingezet;
- De gemeente gaat het voor mensen met een beperking beter mogelijk maken om te sporten in de buurt. Hiervoor worden het bestaand sportaanbod en de voorzieningen aangepast aan de behoefte van de doelgroep.
- Het aanbod vanuit wijk- en buurtcentra wordt beter afgestemd op de behoefte van de kwetsbare groepen. De reguliere wijkactiviteiten worden daarvoor beter toegankelijk gemaakt.
- De gemeente zal met aanbieders als Ipse en Steinmetz zoeken naar mogelijkheden om meer aanbod aan dagactiviteiten en werkmogelijkheden te realiseren voor deze doelgroep in bestaande centra in Delft.

##### OGGZ en verslavingszorg

- Uitvoering van het strategisch plan OGGZ.
- In het kader van het Stedelijk Kompas Dakloosheid worden trajecten voor dak- en thuislozen uitgezet die moeten leiden naar passende huisvesting, zorg, inkomensvoorzieningen en dagbesteding. In het kader van het Kompas zal bijvoorbeeld ook aandacht gegeven worden aan de tandheelkundige zorg, waarbij deze groep veel problemen mee zijn.
- Uitvoeren van het meerjarenproject beschermd wonen voor chronisch verslaafden en ACT- cliënten.

Alle SMART doelstellingen op een rijtje:

- In 2012 is het rapportcijfer dat de gemeente van haar burgers voor de doorgankelijkheid van de openbare ruimte krijgt hoger dan in 2009.
- in 2012 is het kennisniveau onder burgers over binnenklimaat toegenomen naar 70% (van ca. 55% nu);
- in 2012 is bekend welke scholen en woningen niet aan de normen voor een gezond binnenklimaat en een voldoende energiehuishouding voldoen.
- In 2012 is 70% van de Delftse volwassenen op de hoogte van de risico's van UV-straling en maatregelen die zij zelf kunnen nemen om zichzelf en hun kinderen hiertegen te beschermen.
- In 2012 is het Meldpunt Bezorgd? bekend bij 70% van de Delftenaren vanaf 18 jaar
- In 2012 is het Centrum voor Jeugd en Gezin bekend bij 90% van de ouders met kinderen onder 12 jaar.
- In 2012 is het Startpunt Wonen, Zorg, Welzijn bekend bij 90% van de Delftenaren ouder dan 64 jaar.
- 70% van de Delftse bevolking van 18 jaar of ouder voldoet in 2011 aan de beweegnorm (een half uur beweging op minimaal 5 dagen per week).
- 50% van de Delftse jeugd tot 18 jaar voldoet in 2011 aan de beweegnorm (een uur beweging per dag, waarvan 2 maal per week gericht op verbeteren van de fitheid).
- Het stabiliseren van het percentage Delftenaren met overgewicht in 2012.
- In 2012 is het gebruik van alcohol afgenomen t.o.v. 2008
- In 2012 starten minder jongeren met drinken voor de leeftijd van 16 jaar
- In 2012 is het aantal rokende 17- en 18-jarigen kleiner dan in 2008
- In 2012 starten minder jongeren met het gebruik van genotmiddelen dan in 2008.
- Het percentage jeugdigen met ondergewicht is t.o.v. 2008 in 2012 niet toegenomen.
- Ouders voelen zich in hun rol bij de seksuele opvoeding van hun kinderen in 2012 beter ondersteund dan in 2009.
- De stijgende trend in SOA's is in 2012 Delft omgebogen naar een dalende.
- In 2012 is de aangiftebereidheid van huiselijk geweld gestegen van 10 – 15% naar 30%.
- In 2012 is de recidive van plegers van huiselijk geweld (nu 46%) aantoonbaar dalend.
- De aangiftebereidheid van kindermishandeling is in 2012 jaarlijks gestegen en het aantal gevallen is in 2012 gestabiliseerd.
- Verhogen van deelname aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker naar boven de 75% in 2012.
- In 2012 zijn kwetsbare burgers tevredener over hun mogelijkheden tot participatie in sport, werk en activiteiten in de buurt.
- voor alle dak- en thuislozen in de regio Delft-Westland-Oostland is voor 2013 een individueel traject uitgezet.
- Voor minimaal 80% van de dak- en thuislozen is huisvesting gerealiseerd.
- Het aantal uithuiszettingen door huurschulden is substantieel verminderd.

In hoofdstuk 4 worden de financiële aspecten van het lokale gezondheidsbeleid in beeld gebracht.

## HOOFDSTUK 1. INLEIDING LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID DELFT

### 1.1 Doel van het beleid

De gemeente Delft dient op basis van haar wettelijke taken op het gebied van gezondheid beleid uit te voeren dat gericht is op het beschermen en bevorderen van de gezondheid van alle burgers. Bij *bescherming* gaat het om maatregelen die erop gericht zijn om mensen zo min mogelijk in contact te laten komen met stoffen, omstandigheden en situaties die schadelijk kunnen zijn voor de gezondheid. Bij *gezondheidsbevordering* gaat het om maatregelen en activiteiten die erop gericht zijn om gezondheidsproblemen te voorkomen (preventie).

De gemeente Delft ziet het daarnaast ook als haar taak om burgers bij wie sprake is van blijvende gezondheidsproblemen of beperkingen te *ondersteunen* bij het realiseren van die zaken die bijdragen aan hun kwaliteit van leven.

Algemene doelstelling van het Delftse beleid:

Een goede gezondheid voor elke Delftenaar en waar die gezondheid te wensen overlaat het borgen van kwaliteit van leven.

De gemeente Delft gaat daarom in de komende jaren aan de slag met een ambitieus en pro-actief gezondheidsbeleid. In de nota "Extra vitamine G voor Delft" staat uitgewerkt hoe wordt bijgedragen aan het bevorderen van de volksgezondheid en het bevorderen van de kwaliteit van leven van elke burger in Delft.

De definitie die de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) hanteert voor gezondheid sluit aan bij deze brede kijk op gezondheid en kwaliteit van leven.

"Gezondheid is een toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden"

Volgens de WHO (model LaLonde) zijn onderstaande factoren van invloed op de lichamelijk, geestelijke gezondheid en het sociaal welbevinden van mensen:

- biologische en erfelijke factoren (leeftijd, geslacht en aanleg);
- leefstijl en gedrag (voeding, beweging, genotmiddelen, roken, stress, etc.);
- sociale omgeving (gezin, familie, vrienden en sociaal-economische status);
- fysieke omgeving (leef- en woonomgeving: wonen, werken, milieu en recreatie);
- zorgaanbod (aanwezigheid, toegankelijkheid, organisatie, bereikbaarheid en kwaliteit).

Vooraf de factoren 2 tot en met 5 zijn beïnvloedbaar.

### 1.2 Doel van de nota

In de nota wordt nader uitgewerkt op welke wijze de gemeente Delft de gezondheid en kwaliteit van leven van elke burger wil bevorderen in de periode 2009 tot en met 2012, gegeven haar wettelijke taken en bevoegdheden en gegeven ook de belangrijkste gezondheidsrisico's en –problemen waar de burgers van Delft mee te maken hebben.

De gemeente Delft kan deze doelen niet alleen bereiken. Gezondheid is immers primair een verantwoordelijkheid van burgers zelf. De gemeente kan burgers stimuleren en faciliteren. Naast de gemeente zijn er veel organisaties die direct of indirect (kunnen) bijdragen aan de gezondheid van burgers. Het is zaak dat alle organisaties vanuit hun eigen rol, taak en doelgroep betrokken worden bij het realiseren van de doelen. De gemeente kan hierin haar regisserende en coördinerende rol vervullen samen met de GGD.

### **1.3. Leeswijzer**

In hoofdstuk 1 wordt aangegeven vanuit welke visie, doelstellingen en uitgangspunten de gemeente het lokaal gezondheidsbeleid benadert.

Vervolgens wordt in hoofdstuk 2 geschetst wat de grootste gezondheidsproblemen en risico's zijn voor Delft en waar de prioriteiten worden gelegd.

In hoofdstuk 3 wordt een verbinding gelegd tussen de voorgaande hoofdstukken en de ambities van de gemeente Delft voor de beleidsperiode 2009-2012. De nota 'Gezondheid en Kwaliteit van leven telt' benoemt speerpunten en stelt doelen die de gemeente Delft in de komende periode wil realiseren op de verschillende gezondheidsterreinen.

In hoofdstuk 4 worden de financiële aspecten van het lokale gezondheidsbeleid in beeld gebracht.

Voor degenen die niet de hele nota willen doorlezen is een alternatieve leesroute uitgestippeld. Geadviseerd wordt hoofdstuk 1, visie en uitgangspunten, te lezen en vervolgens over te stappen naar de thema's die voor de lezer relevant zijn uit hoofdstuk 3. In elke paragraaf in hoofdstuk 3 staan de acties en doelstellingen netjes bij elkaar. Paragraaf 3.4. gaat over vroegsignalering en is vanwege zijn algemene benadering lezenswaardig.

### **1.4 Visie**

Gezondheid en kwaliteit van leven zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Participeren in de samenleving, het hebben van werk, een goede opleiding en de mogelijkheid om zin te geven aan het leven, hebben een positieve invloed op het welbevinden en de gezondheid van burgers. Andersom biedt een goede gezondheid weer meer kansen om actief in de samenleving te staan.

Delft wil door middel van haar gezondheidsbeleid een bijdrage leveren aan de gezondheid en de kwaliteit van leven van al haar burgers. Omdat ziektes en beperkingen bij het leven horen, is het belangrijk een accent te leggen op kwaliteit van leven. Door middel van inclusief beleid en soms specifieke voorzieningen kunnen chronisch zieken en gehandicapten wel degelijk voluit participeren in de samenleving. Een voorbeeld hiervan is het Inloophuis Debora, een ontmoetingscentrum voor mensen met kanker en hun naasten. Het Inloophuis Debora wil helpen de kwaliteit van leven zo goed mogelijk te handhaven door het bieden van een plek waar iedereen die geconfronteerd wordt/wordt met kanker terecht kan voor een praatje, een luisterend oor, steun, ontspanningsmogelijkheden, creatieve activiteiten en thema bijeenkomsten. Een ander voorbeeld is de Delftse sportaanpak voor mensen met een handicap, die meer mogelijkheden biedt om deel te nemen aan sport en daardoor het versterken van de sociale contacten.

Het realiseren van gezondheidsverbeteringen, welbevinden en het terugdringen van gezondheidsachterstanden vraagt, gezien de vele factoren die invloed hebben op de gezondheid van mensen, een brede oriëntatie. Er dient op verschillende beleidsterreinen gezamenlijk opgetrokken te worden om deze factoren positief te beïnvloeden.

Een brede visie vraagt een wat andere benadering van gezondheidsbeleid. In hoofdstuk 3 wordt deze benadering beschreven in vijf aangrijpingspunten:

1. de burger en het versterken van de regie over het eigen leven;
2. de fysieke omgeving;
3. het bevorderen van gezond leven;
4. vroegsignalering;
5. verbeteren van de kwaliteit van leven.

Gezondheid begint bij een zinvol en prettig bestaan, waaraan mensen zelf invulling kunnen geven. Gezondheid vergt daarnaast een gezonde omgeving, een omgeving die ook in staat stelt tot het maken van gezonde keuzes. Eigenlijk komt dan pas het gezondheidsbeleid als zodanig, met de nadruk op preventie. Het uitnodigen tot gezond gedrag. Waar mensen toch iets mankeren willen we er graag vroeg bij zijn en accuraat zorg verlenen. En waar langdurige zorg of zwaardere zorg nodig is, willen we graag aandacht hebben voor de kwaliteit van leven van kwetsbare burgers.

## **1.5    *Uitgangspunten van het preventieve gezondheidsbeleid***

### **1.5.1    Delft werkt binnen de wettelijke kaders**

Gemeenten zijn op basis van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) verantwoordelijk voor de collectieve preventie in hun gemeente. Zij hebben de taak de gezondheid van hun inwoners te beschermen, te bewaken en te bevorderen. De wet legt de gemeente een aantal taken en verplichtingen op, onder meer het in stand houden van een gezondheidsdienst (GGD) en het opstellen van een nota Lokaal Gezondheidsbeleid.<sup>1</sup>

Jeugdgezondheidszorg is ook een WCPV-taak. Deze wordt echter uitgewerkt in de eerder vastgestelde nota Jeugdbeleid.

De WCPV zal over enige tijd opgaan in de Wet Publieke Gezondheid, die nu in ontwikkeling is. In de nieuwe wet zullen naast de WCPV ook de Infectieziektewet en de Quarantainewet opgaan. De Wet Publieke Gezondheid regelt onder meer dat er voldoende voorzieningen komen om infectieziekten snel op te sporen en te bestrijden. Zo maakt de nieuwe wet het mogelijk om sneller in te grijpen bij dreigingen van bijvoorbeeld SARS en vogelgriep<sup>2</sup>. Verder is de landelijke preventienota van belang. In de in 2007 vastgestelde nota "Gezond zijn, gezond blijven" heeft het rijk de prioriteiten op preventiegebied neergelegd. Via de Inspectie Gezondheidszorg houdt het rijk (toe)zicht op de gemeentelijke inspanningen rond deze prioriteiten. Dit betekent dat gemeenten moeten kunnen aantonen dat zij effectieve interventies (laten) uitvoeren op binnen die gemeente geconstateerde gezondheidsproblemen.

Er bestaat een relatie tussen de WCPV en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). De WMO is er op gericht mensen mee te laten doen in de samenleving; het stimuleert actieve participatie van alle burgers in de samenleving, jong en oud, mensen met en mensen zonder beperking

Drie prestatievelden (nummer 7 t/m 9) van de WMO zijn ook onderdeel van de nota lokaal gezondheidsbeleid:

- het bieden van maatschappelijke en vrouwenopvang en het tegengaan van huiselijk geweld;
- de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ);
- het voeren van verslavingsbeleid.

De prestatievelden van de WMO zijn al eerder nader uitgewerkt in het Delftse WMO-beleidsplan<sup>3</sup> dat zich richt op de volgende doelstellingen:

- goed kunnen wonen, ook voor mensen met een zorg- of ondersteuningsvraag;
- kwetsbare groepen functioneren zo zelfstandig mogelijk en nemen zo veel mogelijk deel aan de samenleving;
- voorkomen dat mensen (verder) afglijden in een sociaal isolement;
- het vergroten van wederzijds begrip voor elkaar tussen jongeren en ouderen;

---

<sup>1</sup> Zie [bijlage 2](#) voor meer informatie over de taken die gemeenten hebben op basis van de WCPV en die worden uitgevoerd door de GGD Zuid-Holland West ([bijlagen uitsluitend te vinden in de digitale versie van de nota](#)).

<sup>2</sup> Meer informatie over WCPV en de Infectieziektewet staat in bijlage 1 (zie digitale versie van de nota).

<sup>3</sup> Zie meerjarenbeleidsplan WMO 2008-2011

- het bieden van kansen voor allochtone doelgroepen en het stimuleren van contacten tussen verschillende allochtone en autochtone doelgroepen;
- Delftenaren zetten zich vrijwillig in voor de samenleving en voor elkaar en voelen zich voldoende ondersteund;
- inwoners van Delft wonen prettig samen en zij zijn tevreden over hun contacten met andere bewoners. Ze helpen naar vermogen mee om de leefbaarheid en het samenleven in hun wijk/buurt te bevorderen.

Het realiseren van deze doelstellingen zal direct of indirect een bijdrage leveren aan de gezondheid en de kwaliteit van leven.

Omgekeerd geldt ook dat een effectief lokaal gezondheidsbeleid (op termijn) zal leiden tot een betere gezondheid onder de burgers en dat kan er toe bijdragen dat er een verminderde vraag van burgers naar individu gerichte zorg vanuit de WMO optreedt.

Zowel de WCPV als ook de WMO hebben bij gemeenten de regierol neergelegd om op lokaal niveau samenwerking te organiseren tussen organisaties die een bijdrage kunnen leveren aan het realiseren van doelen. Ook op het gebied van handhaving legt het rijk nieuwe taken bij de gemeenten neer.

### **1.5.2 De cliënt centraal**

Weliswaar kan de burger zelf zijn huis- en tandarts en verzekeraar kiezen, maar de positie van de cliënt in de gezondheidszorg is niet altijd even sterk. Het is niet zo dat de cliënt geen mogelijkheden heeft (denk aan het Instituut Sociaal Raadslieden, de allochtone zorgconsulenten en de belangenvertegenwoordiging in het panel gehandicaptenbeleid), maar het is ook zo dat in de preventieve gezondheidszorg vaak eerder over de burger dan met de burger wordt gesproken. In deze nota zullen we een aantal voorstellen doen om 'de burger' meer bij gezondheidsplannen te betrekken (gezonde wijken, jeugd en psycho-sociale klachten).

### **1.5.3 De gemeente ondersteunt en burgers moeten het doen**

Gezondheid is iets van de burgers zelf. Een gezonde leefstijl kan de overheid niet opleggen of afdwingen. Mensen moeten het zelf doen door bijvoorbeeld ingeslepen gedrag te veranderen.

De overheid kan hierin ondersteunen door voorlichting, informatie en gerichte interventies aan te bieden en door middel van het weg halen van drempels voor gezond gedrag en door burgers te verleiden om gezond te leven. Dus door 'gezonde' keuzes makkelijker te maken. Enerzijds dient de overheid slim te opereren. Anderzijds dient altijd het besef daar te zijn dat, hoeveel waarde burgers zelf ook hechten aan hun eigen gezondheid, het realiseren van een gedragsverandering bij iemand anders zeer lastig te realiseren is.

### **1.5.4 De gemeente bevordert samenwerken aan gezonde wijken**

Analoog aan de bestaande wijkaanpak van Delft streeft de gemeente naar het versterken van samenwerking tussen zorg en welzijn op wijkniveau.

Instellingen en individuele zorg- en dienstverleners werken voortdurend aan het verbeteren van de gezondheid van Delftse burgers. Zij constateren problemen in de wijken, maar zij zien ook kansen om problemen aan te pakken. Vaak liggen mogelijke oplossingen juist in de samenwerking met andere disciplines en organisaties.

Kenmerkend voor een 'gezonde wijk' is dat men oog heeft voor elkaar als burger en als professional. Alleen dan is het mogelijk problemen vroegtijdig te signaleren en op tijd op te lossen. Voordat problemen groter worden en lastiger of niet op te lossen zijn.

Tijdens de conferentie "Zorg in de wijk" van september 2007 is gebleken dat een aantal belangrijke voorwaarden om deze samenwerking tot stand te brengen nog onvoldoende gerealiseerd zijn:

- elkaar goed (leren) kennen
- kennis delen over gezondheid(srisico's) in de wijk
- visievorming over samenwerkingsvormen en doelen van samenwerking

Als vervolg op de conferentie zijn inmiddels acties ondernomen om de zorg- en welzijnsaanbieders op wijkniveau bij elkaar te brengen en te verkennen waar mogelijkheden liggen om de samenwerking te verbeteren en om wijkgerichte gezondheidsdoelen te realiseren. Deze acties komen later in de nota aan de orde.

### **1.5.5 Delft zet in op optimaal flankerend beleid**

Gezondheidsbeleid en -preventie staan niet op zichzelf, maar hebben raakvlakken met allerlei beleidsterreinen. Beslissingen die op andere terreinen zoals wonen, veiligheid, (homo-) emancipatie, werk, onderwijs, milieu en verkeer worden genomen, kunnen de gezondheidstoestand van de bevolking, zowel in positieve als in negatieve zin, beïnvloeden. Daar waar nodig zal ook toezicht moeten worden uitgevoerd op de naleving van regels. Het realiseren van een betere gezondheid vergt aandacht voor gezondheidsaspecten op al die terreinen. Dit resulteert dan bijvoorbeeld in de norm gezond bewegen, normen voor binnen- en buitenklimaat, keuzes voor het inrichten van de buitenruimte en het aanpassen van werkplekken.

### **1.5.6 Delft ziet een belangrijke rol voor de maatschappelijke partners**

De gemeente kan vanuit haar eigen beleidsterreinen slechts een deel van haar gezondheidsdoelen direct beïnvloeden. Naast de gemeente zijn er veel organisaties die direct of indirect (kunnen) bijdragen aan de gezondheid van Delftse burgers. Met slechts een deel van deze organisaties onderhoudt de gemeente een subsidierelatie.

Het is zaak dat alle organisaties vanuit hun eigen rol, taak en doelgroep betrokken worden bij het verbeteren van de gezondheid van de burgers.

Dit vraagt enerzijds om het realiseren van draagvlak voor het beleid en de (gemeentelijke) doelen. Anderzijds vraagt het om het vertalen van deze doelen naar concrete bijdragen die deze organisaties kunnen leveren en om het organiseren van afstemming tussen deze organisaties.

De gemeente moet hierin een regisserende en coördinerende rol vervullen samen met de GGD. Soms moet er ook echt met regels en/of budgetten gestuurd worden. Dat neemt echter niet weg dat ons uitgangspunt altijd partnerschap is.

### **1.5.7 Inlopen van gezondheidsachterstanden en aandacht voor risicogroepen**

De gemeente Delft wil met haar gezondheidsbeleid stevig inzetten op het voorkomen en inlopen van gezondheidsachterstanden. Dit betekent dat er extra aandacht komt voor de zogenaamde risicogroepen: jeugdigen, mensen met een lage Sociaal Economische Status (SES), ouderen en chronisch zieken en gehandicapten.

Deze doelgroepen zijn niet alleen kwetsbaar, maar vaak ook moeilijk te bereiken. Tenzij je ze benadert in hun normale 'setting': thuis, in de buurt of op school. Een andere mogelijkheid is om ze te bereiken bij een uitkeringsaanvraag, voor medische behandeling of als er als huurder contact met hen is. Dit is de reden dat in het gezondheidsprogramma vaak de school als insteek wordt gekozen, evenals de wijk en bestaande sociale netwerken. Alert zijn tijdens die 'normale' contactmomenten maakt 'vroegsignalering' mogelijk en helpt voorkomen dat problemen onoverkomelijk worden.

Het inlopen van gezondheidsachterstanden vraagt ook om een gerichte aanpak van die gezondheidsrisico's die bij deze groepen meer voorkomen.

#### *Jeugd*

Kinderen en jongeren zijn extra kwetsbaar. Zij hebben veel zaken niet zelf in de hand, maar zijn afhankelijk van hun omgeving. Op de eerste plaats is bij jeugd de rol en positie van ouders heel belangrijk. Bij de verschillende leefstijlthema's zal dan ook veel gericht zijn op de (opvoedkundige) taak van ouders.

Voorbeeldgedrag van ouders is voor toekomstig gedrag en leefstijl van kinderen zeer bepalend en bepaalt dus in hoge mate hun (toekomstige) gezondheid. Denk hierbij bijvoorbeeld aan alcoholgebruik.

Niet alleen de ouders hebben een rol om een kind gezond te laten opgroeien. Ook de peuterspeelzaal, de school, de Centra voor Jeugd en Gezin, de sportclub en anderen dragen hieraan bij.

Bijzondere aandacht dient uit te gaan naar jongeren met een lage opleiding. Vmbo-leerlingen vertonen namelijk meer ongezond gedrag en lopen in de toekomst meer gezondheidsrisico's.

### *Lage SES-groep*

Burgers met een lage sociaal-economische status (SES), krijgen eerder en vaker met ziekte te maken, hebben meer ongezonde levensjaren (12 jaar minder) en hebben een lagere levensverwachting (5 jaar minder) dan mensen met een hoge SES. Voor het lokaal gezondheidsbeleid is dit een belangrijk gegeven.

Daarom zal vooral worden ingezet op het inlopen van deze gezondheidsachterstand, door te voorkomen dat lage SES (automatisch) leidt tot gezondheidsproblemen en/of door te voorkomen dat gezondheidsproblemen op hun beurt weer kunnen leiden tot lage SES.

Andere beleidsterreinen, bijvoorbeeld anti-armoedebelid, kunnen een grote bijdrage leveren aan het voorkomen van lage SES (zie hoofdstuk 3).

Bijvoorbeeld: In Nederland zijn ruim 200.000 mensen (vaak met lage SES) onverzekerd. Dit kan ertoe leiden dat zij niet tijdig de juiste hulp zoeken, waardoor onnodige gezondheidsverschillen ontstaan. Alert hierop reageren, door mensen die onverzekerd zijn of dreigen te worden te ondersteunen, kan voorkomen dat lage SES automatisch leidt tot een slechtere gezondheid.

### Integratie en zorg

Minister Vogelaar heeft een landelijke werkgroep integratie ingesteld, waarin het ministerie van VROM, de VNG, Forum en tien gemeenten waaronder Delft deelnemen. De werkgroep heeft een gemeenschappelijke integratieagenda opgesteld, waarvan elke gemeente een thema heeft geadopteerd. Delft adopteert het thema integratie en zorg en voert daarvoor tussen 2009 en 2011 twee projecten uit die methodische leerervaringen moeten opleveren voor andere gemeenten.

Het eerste project gaat om het bevorderen van interculturalisatie van zorgorganisaties. Meer specifiek gaat het om

- Informatie voor en communicatie met allochtone patiënten verbeteren.
- De kwaliteit van zorg voor de allochtone patiënten te verhogen.
- Meer allochtone werknemers in de zorg te realiseren.

Het project richt zich op de grote zorgaanbieders: ziekenhuis, verpleeg- en verzorghuis, thuiszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg. Deze zorginstellingen krijgen de beschikking over een toolkit om beter te opereren in een multiculturele samenleving. Daaraan voorafgaand wordt door middel van onderzoek de beeldvorming en de ervaring van allochtone cliënten met de huidige vormen van zorg in beeld gebracht. De toolkit bevat instrumenten om te komen tot interculturalisatie in de organisatie, zoals uitvoeren van een quickscan, hulp bij het maken van panels of het werven voor een cliëntenraad of een Raad van Toezicht, inzet van Allochtone zorgconsulenten in de communicatie met zorgverleners, voorlichting en trainingen.

Project 2 richt zich op Niet Westerse Allochtonen en de Zorg in de wijk Voorhof. Dit past in de gemeentelijke aanpak "Samenwerken aan gezonde wijken". Werkers op gebied van Welzijn en Zorg worden in elke wijk bij elkaar gebracht om ervaringen en methodische ontwikkelingen in de ene wijk te delen met collega's in andere wijken.

In de wijk Voorhof heeft een ontwikkelgroep van huisartsen, thuiszorg, ouderenwerk, GGZ en deskundigen op gebied van communicatie richting de doelgroep voorstellen geformuleerd om de toegankelijkheid tot de zorg te verbeteren:

- voor de doelgroep niet westerse allochtonen een voorlichtingscarroussel te organiseren die gedurende meerdere jaren actief moet zijn teneinde de boodschap goed over te laten komen;
- richting de hulpverleners in te zetten op vergroten van vaardigheden in de relatie met niet westerse allochtone klanten en op het vergroten van bekendheid met andere disciplines (bv. allochtone voorlichters) die kunnen bijdragen aan een beter behandelresultaat.

Na bespreking met betrokken professionals in de wijk wordt dit uitgewerkt tot een actieplan en vervolgens gerealiseerd.

### *Senioren*

Senioren zijn een belangrijke aandachtsgroep voor het gezondheidsbeleid. Het spreekwoord luidt terecht dat ouderdom met gebreken komt. Echter, mensen in Nederland worden steeds ouder en het is dus zaak het aantal gezonde levensjaren ook te laten stijgen, zodat mensen ook inderdaad kwaliteit van leven genieten in deze verlengde levensduur.

Bij ouderen is het enerzijds belangrijk om aandacht te geven aan leefstijlelementen als bewegen, gezonde voeding en alcoholgebruik.

Anderzijds is het bij senioren belangrijk om zeer alert te zijn op de psychosociale kant van het leven. Een deel van de ouderen heeft weinig sociale contacten of geeft aan eenzaam te zijn. Mensen in een isolement roken en drinken meer, hebben minder impulsen om een actief leven te leiden en lopen meer risico op psychische problemen. Sociaal isolement en vereenzaming zijn daarmee belangrijke risicofactoren voor gezondheid. Bij ouderen speelt nadrukkelijk ook mee dat bijvoorbeeld het verlies van een partner ertoe kan leiden dat men (tijdelijk) de greep op het leven verliest en dat ernstiger problemen kunnen ontstaan. Het is zaak hier extra alert op te zijn en op in te spelen.

### *Chronisch zieken, gehandicapten en mensen met een beperking*

Chronisch zieken, mensen met een lichamelijke of (lichte) verstandelijke beperking en een deel van de OGGZ-groep (zorgmijders) zijn extra kwetsbaar. Wat gezondheid betreft lopen deze groepen extra risico en/of hebben zij extra zorg nodig. De groep licht verstandelijk gehandicapten is bijvoorbeeld een risicogroep als het gaat om alcohol-, drugs- en OGGZ-problematiek. Een groeiende groep jongeren komt terecht in de Wet Arbeidsongeschiktheid Jonggehandicapten (Wajong).

Maar ook hun mantelzorgers mogen niet vergeten worden. Zij lopen een groot risico overbelast te raken en daardoor uit te vallen, met alle persoonlijke en maatschappelijke gevolgen van dien. Hoe hiermee om te gaan zal worden uitgewerkt in de nota "Mantelzorgers en vrijwilligers".

## **1.5.8 Regionale samenwerking een belangrijke basis**

De gemeente Delft werkt in verschillende regionale verbanden samen als het gaat om gezondheidsbeleid. De gemeente ziet veel meerwaarde in deze samenwerking en zal deze daar waar mogelijk en nodig versterken om gezondheidswinst te behalen voor Delftse burgers.

### *GGD-Zuid Holland West*

Voor Delft is de regio van de GGD-Zuid Holland West (ZHW) belangrijk. De 8 gemeenten van de regio hebben bij de GGD-ZHW de wettelijke taken neergelegd die zij dienen uit te voeren op het gebied van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV). De samenwerking gaat echter verder en heeft ook op andere terreinen grote meerwaarde. De gemeenten, GGD-ZHW en de Thuiszorgorganisaties in de regio hebben gekozen voor een gezamenlijke ontwikkeling van de Centra voor Jeugd en Gezin. De uitwerking hiervan is beschreven in het regionale Uitvoeringsplan Integrale JGZ.

In de beleidsnotitie "De koers bepaald" geeft de GGD aan wat zij in 2008 en 2009 gaat doen. De GGD heeft, in overleg met de gemeenten, een drietal gezondheidsthema's tot speerpunten benoemd. Dit zijn overgewicht bij de jeugd en overmatig alcoholgebruik in 2008/2009 en depressiepreventie in 2009/2010. De GGD zal haar inzet in de hele regio door deze gerichte keuze effectiever kunnen gaan inzetten door middel van afgestemde programma's die in de hele regio worden uitgevoerd. Op de site van de GGD Zuid-Holland West is de notitie te raadplegen.

### *Regio Haaglanden*

Op het niveau van de regio Haaglanden wordt op verschillende terreinen samengewerkt: Jeugdzorg, Geneeskundige hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR) en bijvoorbeeld in het kader van de regionale agenda samenleving. Van dit laatste is de ontwikkeling van een regionale digitale sociale kaart een voorbeeld.

*Regio DWO (Delft-Westland-Oostland)*

In de regio DWO is Delft centrumgemeente voor beleid op de terreinen Maatschappelijke opvang, Vrouwenopvang (inclusief huiselijk geweld), OGGZ en Verslavingszorg. Deze samenwerking wordt in de komende periode verder verstevigd.

In 2007 is een begin gemaakt met het verder ontwikkelen van regionaal OGGZ-beleid. Het Meldpunt Bezorgd? is inmiddels ook open voor Westland, Midden-Delfland en Pijnacker-Nootdorp en er is een start gemaakt met het regionaal opzetten van een OGGZ-monitor. De eerste monitor is in 2006 opgesteld. De volgende wordt in 2008 uitgevoerd en in 2009 gepresenteerd. Dit laatste maakt het mogelijk de OGGZ-problematiek regiobreed te kunnen volgen.

Samenwerking in DWO is ook van belang om WMO-beleid onderling te kunnen afstemmen. De Regionale Commissie Gezondheidszorg (RCG) biedt daarvoor een goed platform.

### **1.5.9 Effectief gezondheidsbeleid in beeld**

De gemeente Delft wil effectief gezondheidsbeleid voeren. Delft werkt zoveel mogelijk met methoden en interventies die bewezen effectief zijn (evidence based). Zoals gezegd houdt de Inspectie Gezondheidszorg hier toezicht op.

Evenals eerdere nota's op maatschappelijk gebied gaat de gezondheidsnota uit van een algemene doelstelling en SMART-uitgewerkte doelstellingen. Voor een deel zijn dat overigens al eerder vastgestelde doelstellingen waaraan de gezondheidsnota kan bijdragen. Via de kwartaalrapportagecyclus kunnen de resultaten van beleid door de gemeenteraad gevolgd worden.

Deze nota geldt voor een periode van vier jaar en zal tussentijds geëvalueerd en waar nodig bijgesteld worden.

## HOOFDSTUK 2. BELANGRIJKSTE GEZONDHEIDSBEDREIGINGEN IN DELFT

Bijna 90% van de Delftse jeugd en volwassenen ervaart de eigen gezondheid als goed. Ongeveer 10% vindt de eigen gezondheid matig; 2% vindt de eigen gezondheid slecht.

Bij de senioren liggen deze percentages iets anders:

62% van de zelfstandig wonende senioren ervaart de eigen gezondheid als goed of zeer goed. 10% als "gaat wel" tot slecht. Naarmate senioren ouder worden gaat de gezondheidsbeleving achteruit.

Uit alle onderzoeken komt naar voren dat men wel degelijk inziet dat op leefstijlonderdelen veranderingen nodig zijn. Deze onderdelen sluiten in hoge mate aan bij de onderwerpen die in dit hoofdstuk aan bod komen: meer bewegen, gezonder eten, niet roken en minder drinken. Ook geven jongeren en volwassenen aan iets te moeten doen aan stress.

Om de gezondheid van de inwoners van Delft te kunnen bevorderen en beschermen is het belangrijk te weten hoe het met de gezondheid in Delft is gesteld.

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste gezondheidsbedreigingen en -risico's benoemd op basis van de sterftecijfers en gezondheidsproblemen. Deze gegevens worden eens per vier jaar door de GGD-ZHW in opdracht van de gemeente Delft in kaart gebracht. De GGD-ZHW voert hiertoe periodiek gezondheidsonderzoeken uit onder jeugdigen (0 tot 11-jarigen in 2006 en 12 tot 18-jarigen in 2005), volwassenen (2005) en senioren (2004 en 2008).

Een andere belangrijke bron van informatie zijn de gegevens over milieubelasting (lucht en geluid) die de gemeente Delft heeft verzameld en op haar website presenteert.

De gegevens zijn naar vijf gebieden gegroepeerd:

1. sterftecijfers en ziektelast;
2. belangrijkste leefstijlfactoren;
3. psychosociale problemen;
4. gezondheid en het milieu;
5. lage SES-groep.

Op basis van onderstaande gegevens heeft de GGD-ZHW geadviseerd over het stellen van prioriteiten t.a.v. het gezondheidsbeleid. Deze komen in hoofdstuk 3 aan de orde.

### **2.1. Sterftecijfers en ziektelast**

Sterfte, vóórkomen van ziekten en verlies aan kwaliteit van leven bepalen samen de ziektelast van een aandoening. De ziekten in Nederland met de hoogste ziektelast zijn achtereenvolgens: coronaire hartziekten, angststoornissen, beroertes, chronische luchtwegaandoeningen en depressies. Deze worden gevolgd door: diabetes mellitus, longkanker, alcoholverslaving, artrose en dementie. Psychische stoornissen tasten vooral de kwaliteit van leven aan.

De belangrijkste doodsoorzaken zijn hart- en vaatziekten en kanker. In Delft respectievelijk 35% en 32% van de sterfgevallen. Ook aan chronische luchtwegaandoeningen gaan veel mensen dood. Voor Delft betreft dit 10% van de sterfgevallen.

### **2.2. Belangrijkste leefstijlfactoren**

In deze paragraaf worden de belangrijkste leefstijlfactoren die ongezondheid veroorzaken nader uitgewerkt

- Overgewicht
- Diabetes
- Beweegarmoede
- Alcoholgebruik
- Roken

### 2.2.1 Overgewicht

Overgewicht is van grote invloed op de volksgezondheid. Overgewicht en ernstig overgewicht (obesitas) hangen samen met tal van chronische klachten waaronder diabetes mellitus (80% tot 90% van de diabetespatiënten heeft last van overgewicht), hart- en vaatziekten en kanker. Overgewicht is de afgelopen jaren ernstig toegenomen. Kinderen met (ernstig) overgewicht worden vaak gepest en voelen zich onzeker. Dit kan op latere leeftijd leiden tot een lagere zelfwaardering en daarmee samenhangende psychosociale problemen. Op dit moment heeft tien procent van de kinderen van 0-11 jaar (ernstig) overgewicht. 12% van de jongeren heeft (ernstig) overgewicht. Van de volwassenen heeft 40% overgewicht of ernstig overgewicht. Ruim de helft van de ouderen (54%) heeft overgewicht of ernstig overgewicht.

Overgewicht komt meer voor bij allochtone groepen en groepen met een lage sociaal-economische status. Onder kinderen van met name Turkse en Marokkaanse afkomst, komt overgewicht veel vaker voor dan bij van oorsprong Nederlandse kinderen. Bij de allochtone jeugdigen heeft tussen de 25% en 30% overgewicht.

De algemene verwachting is dat het aantal mensen met overgewicht, ondanks de aandacht die het probleem ook landelijk heeft, de komende 20 jaar nog zal toenemen. Dit heeft onder meer te maken met de toename van kinderen met overgewicht.

### 2.2.2 Diabetes

Diabetes brengt schade toe aan bloedvaten en zenuwstelsel. Patiënten hebben daardoor een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, blindheid, nierziekten, gevoelloosheid en/of pijn in de ledematen. De klachten en complicaties van diabetes mellitus kunnen de kwaliteit en leven sterk verminderen.

Diabetes heeft ook invloed op de psyche. Depressie en angststoornissen komen relatief meer voor bij diabetespatiënten dan bij de algemene populatie.

Van de jeugd heeft 0,5 % diabetes, bij volwassenen is dit 3% en bij senioren bijna 12%. 90% van de diabetespatiënten heeft type 2. Type 2 diabetes heeft een sterke relatie met leefstijl waaronder beweegarmoede, ongezonde voeding, overgewicht, alcoholgebruik en roken. Diabetes type 2 komt vaker voor bij personen van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse afkomst. Deze groepen zijn onderling vrijwel gelijk. Bij deze groep komt diabetes 3 tot 6 keer vaker voor dan bij de autochtone bevolking. Een ernstige trend is dat "ouderdomssuiker", diabetes type 2, steeds vaker bij kinderen wordt gediagnosticeerd. Bijna al de kinderen waarbij diabetes is geconstateerd hebben (ernstig) overgewicht en het betreft voornamelijk meisjes.

### 2.2.3 Beweegarmoede

Van de jeugd tot 12 jaar voldoet bijna 40% aan de Nationale Norm Gezond Bewegen. Van de jongeren tussen 12 en 18 jaar voldoet 20% aan die norm. Voor de groep boven 18 jaar is het percentage dat de norm haalt 61%. Het grote verschil tussen jeugd en jongeren enerzijds en de achttienplussers anderzijds is voor een belangrijk deel te verklaren uit het feit dat de norm voor de jongste groep één uur matig intensief bewegen aangeeft en voor de oudere groep één half uur matig intensief bewegen. Aan die laatste voorwaarde is natuurlijk makkelijker te voldoen. Opvallend is dat in de jongere leeftijdsgroepen vrouwen minder vaak aan de beweegnorm voldoen, bij de oudere leeftijdsgroepen geldt dat juist voor de mannen. Voor de 18+ groep geldt het volgende overzicht (GGD ZHW):

|                                |     |
|--------------------------------|-----|
| Onvoldoende lichaamsbeweging   | 39% |
| Risicofactoren                 |     |
| man                            | 41% |
| gemiddelde leeftijd (35-49 jr) | 43% |
| hoge opleiding                 | 47% |
| allochtoon 2e generatie        | 47% |
| allochtoon 1e generatie        | 52% |

Het aantal Delftenaren dat aan sport doet bedraagt 81% (DIP 2008). Dat lijkt erg hoog, maar bedacht moet worden dat onder 'sport' in het onderzoek ook is begrepen wandelen, fietsen en (recreatief) zwemmen (deze drie onderdelen vertegenwoordigen 50% van de totaalscore). Mannen en vrouwen scoren gemiddeld vrijwel even hoog. Bij de jeugd (12-18 jaar) neemt de sportdeelname af bij het ouder worden. Meer jongens dan meisjes doen aan sport, autochtone jongeren sporten meer dan niet-westerse allochtone jongeren. Hoe lager de opleiding van de ouders, hoe lager de sportdeelname.

#### **2.2.4 Alcoholgebruik**

Bij 81% van de kinderen wordt thuis alcohol gedronken in het bijzijn van de kinderen. Bij de hoge SES-groep ligt dit percentage hoger dan bij de lage SES-groep. 12% van de 8 tot 11-jarigen heeft ooit alcohol gedronken. Van de 12-13 jarigen drinkt 9% wekelijks alcohol. Bij de 14-15 jarigen is dit al zo'n 25%<sup>4</sup>.

Uit het laatste jongerenonderzoek van de GGD-ZHW blijkt dat piekdrinken<sup>5</sup> veel voorkomt. 35% gaf aan dat in de 4 weken voorafgaand aan het onderzoek sprake is geweest van piekdrinken. Bij 15-16 jarigen was dit 42% en bij 17/18-jarigen was dit 62%. Het is een landelijke ontwikkeling dat een stijgende groep jongeren vaker en meer alcohol drinkt. Binge-drinking (in korte tijd heel veel alcohol drinken) verhoogt het risico op hart- en vaatziekten, acuut nierfalen en hersenbeschadiging. De populariteit van Binge-drinking neemt toe.

Van de volwassenen drinkt 17% excessief tot zeer excessief<sup>6</sup>. Bij mannen ligt dit percentage op 24% en bij vrouwen op 9%. 5% van de ouderen drinkt excessief dan wel zeer excessief.

Overmatig alcoholgebruik leidt tot een verhoogt risico op hart- en vaatziekten, acuut nierfalen en hersenbeschadiging.

#### **2.2.5 Roken**

Van de 15-16 jarigen rookt 11% dagelijks en bij de 17-18 jarigen is dit 22%. Van de volwassenen van 19-64 jaar rookt rond de 30%. Van de senioren rookt 10%.

Onder allochtone bevolkingsgroepen, met name onder Turkse en Joegoslavische migranten, bevinden zich veel rokers; respectievelijk 50% en 57%. In groepen met een lage SES, bijvoorbeeld onder Vmbo-leerlingen, wordt aanzienlijk meer gerookt dan in groepen met een hoge SES. Daar waar jongeren geen of weinig rokers in hun omgeving hebben, zijn zij minder snel geneigd te starten. De helft van alle rokers geeft aan te willen stoppen.

#### **2.2.6 OGGZ**

In de monitor OGGZ Delft/DWO zijn de volgende groepen in kaart gebracht:

- dak- en thuisloze mensen
- mensen die verslaafd zijn aan alcohol
- mensen die verslaafd zijn aan drugs
- zorgwekkende zorgmijders
- slachtoffers van huiselijk geweld

In de regio DWO met 294.000 inwoners waren in 2005 1525 unieke personen uit kwetsbare groepen in beeld bij één of meer instellingen.

---

<sup>4</sup> Bron: Instituut Onderzoek Leefwijzen en Verslaving (IVO) 2004

<sup>5</sup> Piekdrinken is het drinken van vijf of meer alcoholische consumpties bij één gelegenheid.

<sup>6</sup> Excessief: 4 tot 5 glazen per dag op 5 of meer dagen per week óf 6 of meer glazen per dag op 3 tot 4 dagen per week.  
Zeer excessief: 6 of meer glazen per dag op 5 of meer dagen per week.

| Kwetsbare groepen in de regio DWO |                      | Aantal |
|-----------------------------------|----------------------|--------|
| Verslaafd                         |                      | 944    |
|                                   | Aan alcohol          | 611    |
|                                   | Aan drugs            | 423    |
|                                   | Harddrugs            | 285    |
|                                   | Softdrugs            | 230    |
|                                   | Gokken               | 35     |
|                                   |                      |        |
| Dak- of thuisloos                 |                      | 338    |
|                                   | Feitelijk dakloos    | 299    |
|                                   | Residentieel dakloos | 28     |
|                                   |                      |        |
| Zorgwekkende zorgmijder           |                      | 323    |
|                                   |                      |        |
| Slachtoffer van huiselijk geweld  |                      | 193    |
|                                   |                      |        |
| Totaal                            |                      | 1525   |

Personen kunnen deel uitmaken van verschillende kwetsbare groepen omdat er sprake is van meervoudige problematiek. In bovenstaande tabel zijn deze gegevens teruggebracht tot individuele personen.

Van de mensen die verslaafd zijn aan alcohol (n=611) is 32% ook verslaafd aan drugs, 12% is dak- of thuisloos en 14% is zorgwekkende zorgmijder.

Van de dak- of thuislozen (n=338) is 21% verslaafd aan alcohol, 30% is verslaafd aan drugs (in totaal is 40% verslaafd) en 19% is zorgwekkende zorgmeider.

Van de zorgwekkende zorgmijders is 20% verslaafd aan alcohol, 18% verslaafd aan drugs (in totaal is 32% verslaafd) en 19% is dak- of thuisloos.

Uit landelijke inschattingen over de grootte van de zorgwekkende groep kan worden afgeleid dat mogelijk 3.000 personen in DWO nog niet in beeld zijn bij de hulpverlening. Het is echter niet duidelijk of de landelijke cijfers ook gelden voor de DWO-regio.

### **2.3. Psychische en psycho-sociale problemen en huiselijk geweld**

Psychosociale problemen hebben ernstige consequenties voor het welzijn en welbevinden van de mensen die er aan lijden. Psychische problemen, waaronder depressies en angststoornissen, horen bij de ziekten die de grootste ziektelast veroorzaken.

Wanneer psychische problemen lang duren kunnen de klachten verergeren, waarmee ook de behandeling ervan ernstig bemoeilijkt wordt.

Uit de laatste bevolkingsonderzoeken van de GGD blijkt dat bijna één op de vijf volwassenen in Delft lijdt aan aandoeningen zoals stress, angststoornissen en depressie. Van de volwassenen en ouderen voelt ruim 30% zich matig eenzaam en is rond de 8% (zeer) sterk eenzaam. Eenzaamheid kan leiden tot ernstige psyche problemen. Ongeveer 15% van de ouderen kampt met depressieve klachten.

#### *Senioren*

Ouderen worden geconfronteerd met verlies, een afnemend sociaal netwerk en worden minder mobiel. De kans op een depressie neemt, zeker bij rouw, extra toe. Gezien het feit dat de groep senioren in de komende jaren verder zal toenemen is het belangrijk om maatregelen te nemen die senioren in staat te stellen hun sociale netwerk in stand te houden, waardoor eerder gesignaleerd gaat worden als klachten ontstaan en waardoor zorg gedragen wordt voor een goed ondersteuningsaanbod. Bestrijding van sociaal isolement is belangrijk bij het voorkomen van psychosociale problemen bij senioren.

### *Jongeren*

Ook onder jongeren komen psychische problemen steeds vaker voor. 20% tot 25% heeft een hoge indicatieve score wat duidt op risico's op het ontwikkelen van daadwerkelijke klachten.

5% van de kinderen en jongeren heeft psychische problemen die zo ernstig zijn dat ze gepaard gaan met een hoge lijdensdruk en disfunctioneren in het dagelijks leven.

15% van de 12 tot 19-jarigen heeft serieus gedacht aan suïcide. Het onderwerp suïcide onder jeugdigen krijgt ook van het ministerie van VWS in de komende jaren extra aandacht. GGZ-Delfland verwacht dat de ernst van de stoornissen in de komende jaren zal toenemen.

### *Huiselijk geweld*

Huiselijk geweld is de meest voorkomende geweldsvorm in onze samenleving. Bij geen enkele geweldsvorm vallen zo veel slachtoffers als bij huiselijk geweld. Naast de fysieke gevolgen ondervinden slachtoffers van huiselijk geweld ook vaak grote psychische gevolgen. Jaarlijks sterven 70 vrouwen en 75 kinderen in Nederland aan de gevolgen van huiselijk geweld. Meer dan een kwart van de bevolking is (in een bepaalde periode of meerdere perioden van zijn of haar leven) wekelijks of dagelijks slachtoffer (geweest) van huiselijk geweld. Huiselijk geweld komt voor in alle maatschappelijke milieus en binnen alle culturen. In bijna de helft van de gevallen zijn kinderen betrokken. De recidive is hoog: 46%. Slechts in 10% tot 15% van de gevallen wordt aangifte gedaan.

Onderdeel van huiselijk geweld is vrouwelijke genitale verminking. Vrouwenbesnijdenis of meisjesbesnijdenis, meestal wordt het tussen de 7 en 9 jaar uitgevoerd, is een zeer divers verschijnsel. Het verschilt per bevolkingsgroep wat betreft ingrijpendheid, de leeftijd, kennis van gevolgen en de betekenis voor de eigen identiteit. Delft heeft een relatief grote populatie inwoners afkomstig uit landen waar dit plaats vindt.

## **2.4. Gezondheid en het milieu**

Diverse milieumomstandigheden hebben invloed de gezondheid van burgers. De drie belangrijkste zijn:

*binnenmilieu*

*luchtkwaliteit*

*geluid*

### **2.4.1 Binnenmilieu**

Gezondheidsklachten in het binnenmilieu kunnen worden veroorzaakt door vocht, rook, koolmonoxide en andere verbrandingsproducten als stikstofoxiden (NO<sub>x</sub>), allergenen (schimmelsporen en huisstofmijt), vluchtige organische stoffen, radon en door bouwmaterialen als asbest. In Delft is vocht een belangrijk aandachtspunt. 40% van de Delftse woningen is gebouwd op grond met een hoge grondwaterstand. Wanneer dit vocht in de muren trekt kan het een hoge luchtvochtigheid en schimmels veroorzaken.

Dat de gevolgen van een slecht binnenklimaat behoorlijk kunnen zijn, heeft onderzoek in basisscholen uitgewezen. Veel scholen kampen met een slecht binnenklimaat, met als gevolg slechtere leerprestaties, maar ook uitval door ziekte bij leerkrachten en leerlingen. Dit komt, zo blijkt uit onderzoek, zowel in oude als in nieuwe scholen voor.

Hoe het gesteld is met het binnenklimaat in de Delftse woningen is niet goed bekend. De belangrijkste klachten die aangegeven worden vanwege het binnenklimaat zijn klachten aan de ademhalingswegen (38%), hinder (19%) en specifieke klachten (14%), met name hoofdpijn.

### **2.4.2 Luchtkwaliteit**

Jaarlijks overlijden in Nederland naar schatting enige duizenden personen enkele dagen tot enkele maanden eerder door kortdurende blootstelling aan piekconcentraties fijnstof (PM<sub>10</sub>).

De risico's van langdurige blootstelling aan fijn stof (gedurende vele jaren) zijn nog erg onzeker, maar worden veel hoger ingeschat dan die van kortdurende blootstelling. Door langdurige blootstelling aan fijnstof zouden in Nederland jaarlijks mogelijk tienduizend tot enige tienduizenden mensen meerdere jaren eerder overlijden (bron: RIVM). Bij iedereen is de kans op aandoeningen als gevolg van luchtverontreiniging aanwezig. Wel zijn er gevoelige groepen en lopen kinderen, ouderen en mensen met een hart- of longziekte een verhoogd risico. Het op lokaal niveau leggen van een directe relatie tussen de mate van vervuiling door bijvoorbeeld fijnstof met de gezondheidssituatie van directe omwonenden is lastig. De lokale sterftcijfers als gevolg van luchtvervuiling zijn onbekend.

### **2.4.3 Geluidbelasting**

Blootstelling aan geluid kan psychische effecten zoals hinder en slaapverstoring veroorzaken. hinder is een verzamelterm voor allerlei negatieve reacties op geluid. Mensen beleven hinder verschillend. Er zijn aanwijzingen dat langdurige blootstelling aan geluid de kans op hart- en vaatziekten kan vergroten. Het sterfterisico (hartinfarcten) door geluidhinder wordt geschat op 1 op 100.000 inwoners.

Bij de huidige geluidniveaus in onze woonomgeving komen hinder en slaapverstoring het meest voor.

Ook kan geluidsoverlast een negatief effect hebben op het binnenklimaat doordat ramen en deuren gesloten worden bij overlast van een geluidbron buiten de woning. Bij een slecht geventileerd huis treden eerder klachten op zoals hoofdpijn, geïrriteerde luchtwegen en allergische reacties.

Naast hoge geluidniveaus kunnen pieken in geluidniveaus eveneens veel hinder veroorzaken, vooral slaapverstoring (en de gevolgen van dien) hebben hiermee te maken. Het lichaam reageert tijdens de slaap op deze geluiden, er ontstaat activiteit en dus onrust tijdens de slaap. Piekniveaus worden veroorzaakt door bijvoorbeeld scooters, auto's met hinderlijke knalpoten als uitlaat en allerlei andere onrust 's nachts op straat.

Bij kinderen kunnen de leerprestaties op school negatief worden beïnvloed door geluidsoverlast doordat leerlingen slechter slapen en dus op school minder fit zijn.

Als wegverkeer de bron van geluidsoverlast is, kan er een cumulatieve van effecten optreden. Bijvoorbeeld: de luchtkwaliteit is al slecht door wegverkeer en doordat er minder geventileerd wordt om lawaai buiten te houden ontstaat een extra slechte luchtkwaliteit binnen een school en zullen de leerprestaties hieronder extra te lijden hebben.

Volgens de GGD-ZHW ligt het percentage Delftenaren dat vaak geluidsoverlast ervaart hoger dan het landelijk gemiddelde van 11%. Delft zit in de categorie 10,9 – 24%. De oorzaak van het relatief hoge aantal inwoners dat geluidhinder ondervindt is het weg- en railverkeer. Uit de geluidbelastingkaarten die de gemeente Delft in 2006 heeft opgesteld blijkt dat 17.100 inwoners hinder ondervinden en ongeveer 7.200 ernstige hinder. Daarvan hebben 2.600 inwoners last van ernstige slaapstoornissen. Dit leidt tot een groter gebruik van slaapmedicatie.

### **2.5 Lage SES-groep**

Uit de gezondheidscijfers van Delft blijkt dat de groep mensen met een lage sociaal-economische status over het algemeen ongezonder is dan de hoge SES-groep. Lage SES houdt verband met zaken als inkomenssituatie, opleidingsniveau en etniciteit.

10% van de Delftse bevolking zit op het sociaal minimum. In Delft komen 7.800 huishoudens vanwege een inkomen tot 130% van het minimum loon in aanmerking voor inkomens-ondersteunende maatregelen en de aanvullende collectieve ziektekostenverzekering vanuit het anti-armoede beleid. Onder deze groep zijn 2.300 huishoudens met een uitkering. Belangrijk aandachtspunt is de onverzekerde onder burgers.

17% van de bevolking heeft een opleiding op maximaal basisschoolniveau of Vmbo-niveau.

Het percentage allochtone Delftenaren bedraagt 27% (16% niet-westerse en 11% westerse). Met name het percentage niet-westerse allochtone Delftenaren ligt fors hoger dan het landelijk gemiddelde van 10%.

Bij de lage SES-groep in het algemeen en bij de allochtone groep in het bijzonder komen vaak diverse problemen samen die elkaar weer versterken: laag inkomen, werkloosheid, ongezondere leefstijl (voeding, minder beweging en meer roken), minder goede huisvesting (slechter binnenklimaat), psychische problemen en gezondheidsproblemen (overgewicht, diabetes).

## HOOFDSTUK 3. GEZONDHEID EN KWALITEIT VAN LEVEN

In dit hoofdstuk wordt uitgewerkt welke ambities de gemeente heeft en welke doelen de gemeente wil realiseren in de periode 2009-2012, gegeven haar wettelijke taken en gegeven de belangrijkste gezondheidsrisico's en problemen in Delft, zoals aangegeven door de GGD-ZHW en beschreven in hoofdstuk 2.

De gemeente Delft ziet 5 aangrijpingspunten voor beleid om haar doelen te realiseren:

1. de burger en het versterken van de regie over het eigen leven
2. de fysieke omgeving
3. het bevorderen van gezond leven
4. vroegsignalering
5. verbeteren van de kwaliteit van leven

Gezondheid wordt niet alleen bepaald door medische zaken, maar juist ook door de dingen van alledag. De basis wordt gelegd in een prettig bestaan en het goed functioneren in de samenleving. Dat betekent dat ook beleid op andere terreinen van belang is voor de gezondheid van de Delftenaar. Dit wordt onder aangrijpingspunt 1 kort uitgewerkt.

Bij aangrijpingspunt 2 gaat de aandacht uit naar de fysieke omgeving en het milieu. De individuele burger heeft hier weinig invloed op. Hier is het collectief aan zet. Daar ligt een belangrijke taak bij de overheid.

Bij aangrijpingspunt 3 gaat het om het stimuleren van een gezonde leefstijl en het tegengaan van risico's, traditioneel de kern van het preventieve gezondheidsbeleid.

Op tijd onderkennen van problemen is de basis onder aangrijpingspunt 4. Hierbij gaat het er met name om dat burgers zelf en intermediairen (professionals en vrijwilligers) op tijd (beginnende) problemen signaleren.

Bij aangrijpingspunt 5 wordt uiteengezet dat door het bevorderen van participatie de kwaliteit van leven van de kwetsbaarste groepen burgers kan worden verbeterd.

Per aangrijpingspunt:

- wordt beknopt aangegeven wat er al gebeurt;
- worden de ambities en de bijbehorende aanpak geschetst;
- worden concrete acties en waar mogelijk doelstellingen opgenomen.

### **3.1 De burger en het versterken van regie over eigen leven (aangrijpingspunt 1)**

De toegang tot werk, opleiding, een sociaal netwerk en het ontlenen van betekenis aan een zinvolle dagbesteding zijn belangrijke voorwaarden voor een goede gezondheid en kwaliteit van leven van de individuele burger. Het goed functioneren in deze en andere domeinen is in hoge mate iets waar de burger zelf invloed op uit kan oefenen en waar hij/zij zelf verantwoordelijkheid voor kan nemen. Burgers maken voortdurend keuzes over hoe zij het leven van henzelf en van hun kinderen inrichten en leiden.

Voor het algemene welzijn van burgers is het belangrijk dat het goed gaat in deze maatschappelijke domeinen. Het ontbreken, wegvallen of onbereikbaar zijn van (een aantal van) deze elementen in een mensenleven kunnen leiden tot negatieve gevoelens, gezondheidsrisico's en gezondheidsklachten. Verschillende veranderingen in het leven (life events) dragen risico's met zich mee, bijvoorbeeld het wegvallen van een partner of de overgang van school naar een werkend bestaan.

Werkloosheid kan leiden tot stress of het maken van goedkope en ongezonde "keuzes".

Een laag inkomen kan bijvoorbeeld ook tot gevolg hebben dat men niet deelneemt aan culturele of sportactiviteiten of moet kiezen voor een minder goede woning.

Armoede gaat niet alleen over financiële belemmeringen, maar kan ook gaan over andere belemmeringen zoals analfabetisme. 10% van de Nederlandse bevolking is functioneel

analfabeet. Dit is uiteraard een belangrijke belemmering om informatie en kennis te verwerven en te participeren in de samenleving.

Onverzekerdheid is een belangrijk aandachtspunt. Onverzekerdheid leidt tot onvoldoende en niet tijdige zorg. Vooral bij tandheelkundige zorg wordt dit zichtbaar.

Daar waar de individuele burger onvoldoende in staat is om de regie te nemen, heeft de gemeente een rol. Binnen het brede palet van gemeentelijk beleid zitten veel mogelijkheden om individuele burgers te ondersteunen bij het (terug)krijgen van de regie over het eigen leven (empowerment). Het zou te ver voeren al dat beleid in deze nota op een rijtje te zetten. Daarom een aantal voorbeelden uit een viertal beleidsterreinen:

- anti-armoedebelaid
- arbeidsmarktbeleid en sociaal activeringsbeleid
- participatie en WMO
- veiligheid

### **Korte stand van zaken**

#### *Anti-armoede beleid*

Delft is actief met het opsporen van analfabeten (10% van de Nederlanders is functioneel analfabeet) en biedt hen lesprogramma's aan.

Alle burgers met een inkomen onder 130% kunnen gebruik maken inkomensondersteunende maatregelen. Om het gebruik van deze voorzieningen te vergroten zet de gemeente in op allerlei instrumenten om burgers beter te informeren, bijvoorbeeld door middel van de campagne "Als elke euro telt".

Voor buitengewone lasten die verband houden met ziekte of beperking kunnen mensen een beroep doen op bijzondere bijstand.

Binnen het pakket van de gemeente Delft kunnen mensen zich aanvullend verzekeren tegen ziektekosten.

Om onverzekerde mensen met een uitkering te voorkomen, neemt de gemeente de premiebetaling over wanneer sprake is van een betalingsachterstand. Dit is onder andere van belang voor een goede tandheelkundige zorg.

#### *Arbeidsmarkt en sociaal activeringsbeleid*

Wie zich patiënt voelt gaat zich vaak ook steeds meer als zodanig voelen en gedragen. De focus moet echter blijven liggen op wat kan iemand wel kan. Afschrijven doet Delft niet. Dit vraagt dus echt op de individuele cliënt ingestelde plannen en activiteiten. Een traject gericht op arbeid of sociale activering kan daardoor wel iets meer tijd in beslag nemen voordat resultaten bereikt zijn. Binnen activerings- en schuldsaneringstrajecten wordt inmiddels veel meer aandacht besteed aan de 'zorgkant'. Ook binnen Combiwerk wordt aan psycho-sociale ondersteuning veel aandacht besteedt.

Bijzondere aandacht is nodig voor de groep die uit school niet structureel op de arbeidsmarkt (inclusief SW) een plek vindt. De Jeugdnota geeft aan op welke wijze vanuit het jongerenloket wordt ingezet op extra begeleiding naar scholing en werk. Ook hier kunnen medische of psycho-sociale factoren belemmerend werken. Het jongerenloket wordt daarom nu versterkt door de inzet van jeugdmaatschappelijk werk.

Een andere invalshoek is de beschikbaarheid van voldoende werkers in de gezondheidssector. Door de investeringen in gezondheidscentra (nu 9, straks wellicht 10 centra) is de eerstelijns hulpverlening in Delft goed gefaciliteerd. Binnen het verband van het Regionaal Platform Arbeidsmarktbeleid Haaglanden is de zorg een speerpunt en de gemeente Delft (en partners) draagt met verschillende stage-, leerwerk- en diversiteitsprojecten bij aan de arbeidsvoorziening in deze sector.

#### *Versterken van buurt- en straatnetwerken*

De WMO geeft de gemeente instrumenten in handen om individuele burgers actiever bij de samenleving te betrekken en betrokken te houden. Enerzijds door ervoor te zorgen dat zij daar waar nodig verzorging krijgen in de thuissituatie en dat er een stevig vangnet tot stand gebracht wordt voor kwetsbare groepen. Anderzijds door burgers op wijkniveau actiever te

betrekken bij de vormgeving van hun sociale en fysieke omgeving en door vrijwilligerswerk te stimuleren.

Het versterken van de sociale cohesie in de wijken draagt vaak rechtstreeks bij aan een betere kwaliteit van leven van mensen die bijvoorbeeld een netwerk missen ook van de mensen die optreden als buddy of vrijwillige thuiszorger. De gemeente bevordert daarom activiteiten die:

- insteken op kennismaken met elkaar, zoals het project "Bakkie Tanthof";
- mensen helpen zelfstandig te wonen, zoals de burenhulpcentrale en telefooncirkels;
- sociale samenhang bevorderen, zoals culturele activiteiten (bijv. Cultura Bunta) en de ontwikkeling van buurtsport(verenigingen).

### *Veiligheid*

De relatie tussen veiligheidsbeleid en gezondheid wordt steeds sterker. Er wordt bijvoorbeeld fors geïnvesteerd in het tegengaan van huiselijk geweld, de burgemeester kan binnenkort een tijdelijk huisverbod opleggen om (verdere) mishandeling binnenshuis tegen te gaan, de handhaving van alcoholwetgeving wordt versterkt en er wordt gezocht naar manieren om zorgmijders die ernstig in de knel komen met inzet van juridische instrumenten toch in behandeling te krijgen. Ook de versterking van de geneeskundige kolom binnen de hulpverleningsregio verdient vermelding.

Veiligheid gaat echter ook over 's avonds over straat durven, over een doorgankelijke openbare ruimte en toegankelijke gebouwen, veilig sporten en over veiligheid in het verkeer. Allemaal zaken die bijdragen aan gezondheid en welbevinden.

### **Ambities en aanpak**

Uit de bovenstaande voorbeelden blijkt dat de gezondheid van mensen door heel veel zaken buiten het directe gezondheidsbeleid kan worden beïnvloed. Rode draden zijn in elk geval het bevorderen van participatie en het ondersteunen van kwetsbare groepen.

Uit de voorbeelden komen echter ook specifieke vraagstukken naar voren, die vanuit het oogpunt van gezondheidsbeleid om een nadere aanpak vragen.

Dat geldt ten eerste voor de situatie op de zorg-arbeidsmarkt van nu en straks. Weliswaar heeft de gemeente deze kwestie niet volledig in de hand, maar de gemeente Delft heeft wel de ambitie actief aan het voorkomen van personeelstekorten te willen bijdragen. Delft is landelijk voorloper met het JAZO-project, waarmee jongeren en volwassenen kunnen kennismaken met verschillende aspecten van werken in de zorg om vervolgens te kunnen binnenstromen met een leerwerk-traject.

Ten tweede wil de gemeente zeker weten dat Delftenaren verzekerd zijn tegen ziektekosten. De bovengenoemde doorbetalingsregeling geldt namelijk alleen voor Delftenaren met een ziektekostenverzekering bij DSW. Nader onderzoek is echter nodig om vast te stellen of bepaalde (categorieën) personen inderdaad niet verzekerd zijn.

Ten derde is vanuit de sport het verzoek gekomen om op de sportparken over defibrillatoren te kunnen beschikken. Hiermee kan snel hulp worden verleend bij hartstilstand. Een voorstel voor een regeling en een budget is opgenomen in de programmabegroting 2009-2012.

### **Acties**

- De samenwerking tussen de verschillende gemeentelijke beleidsteams onderling en met externe partners rond rode draden als participatie en het ondersteunen van kwetsbare groepen wordt stevig doorgezet. Bij de uitwerking van de beweegaanpak (hoofdstuk 3) trekken de gezondheids- en werkgelegenheidsbeleidsterreinen gezamenlijk op
- De gemeente ziet ook voor de toekomst goede kansen voor de JAZO-aanpak. Het streven is deze na evaluatie krachtig door te zetten.
- Er wordt onderzoek gedaan naar personen/groepen mensen die niet verzekerd zijn tegen ziektekosten. Halverwege 2009 worden de resultaten hiervan bekend gemaakt.
- Onder het voorbehoud van goedkeuring van het defibrillatorenvoorstel in de programmabegroting 2009-2012 wordt de regeling in 2009 uitgevoerd.

### **3.2 De fysieke omgeving (aangrijpingspunt 2)**

De fysieke leefomgeving heeft veel invloed op de gezondheid en de kwaliteit van leven van burgers. De burger heeft echter weinig directe invloed op de inrichting en ontwikkeling van de eigen (leef)omgeving. Daar ligt een taak van de (lokale) overheid om ook de (gezondheidsgerelateerde) belangen van burgers te waarborgen, bijvoorbeeld door het terugdringen van luchtvervuiling en overmatig geluid, het creëren van voldoende groen en ruimte voor bewegen en door bij te dragen aan een gezond binnenmilieu in woningen en scholen en door te zorgen voor veilige wijken en fietsroutes.

In dit hoofdstuk wordt de relatie tussen gezondheid en (fysieke) omgeving langs 3 lijnen uitgewerkt:

- inrichting van de buitenruimte
- kwaliteit binnenmilieu
- kwaliteit buitenmilieu

Ook hier geldt dat niet getracht wordt het complete gemeentelijke omgevingsbeleid te beschrijven. Wel worden voor gezondheid relevante thema's benoemd en waar nodig worden aanvullende ambities en/of acties opgevoerd.

#### **3.2.1 Inrichting van de buitenruimte**

##### **Korte stand van zaken**

Een gezonde en prettig ingerichte leefomgeving maakt gezonde keuzes voor burgers makkelijker en draagt bij aan een betere gezondheid en grotere kwaliteit van leven. Veel Delftenaren zien dit ook in. Dat blijkt wel uit alle discussies die worden gevoerd bij bestemmingsplannen en bouwprojecten. Spelen, groen, toegankelijkheid, wonen, ontmoeten, parkeren en verkeer zijn stuk voor stuk functies, die altijd weer in goede onderlinge afstemming een plaats moeten krijgen. Voor ieder van deze functies geldt een vastgesteld beleids- en vaak ook normenkader. Zichtbaar is ook dat deze kaders steeds verder opschuiven in een gezonde richting. Tegelijk wordt er echter ook stevig gebouwd, vaak op basis van dubbel grondgebruik, streven we naar meer bedrijvigheid en neemt door de groei van het aantal functies in Delft de automobiliteit nog steeds toe.

Het gezondheidssaldo dat onder de streep ontstaat is moeilijk in te schatten. Duidelijk is echter wel dat blijvende aandacht nodig is voor gezonde keuzes bij de inrichting van de openbare ruimte. Delft kiest dan ook voor de fiets, voor gebouwd parkeren en ruimte om te spelen en te ontmoeten, voor nieuwstedelijk bouwen (Woonvisie) en is zuinig op de Delftse Hout en Midden-Delfland.

##### **Ambities en aanpak**

We willen Delft zo verder ontwikkelen dat een positief gezondheidssaldo ontstaat en Delftenaren door de inrichting van de openbare ruimte steeds beter in staat worden gesteld gezonde keuzes te maken. De 'hardware'-kant hiervan is echt voor andere beleidsnota's. In een gezondheidsnota kan echter wel heel goed aandacht gevraagd worden voor de bruikbaarheid van de openbare ruimte in het leven van alledag. Dat kan weer over heel veel zaken gaan, maar we beperken ons tot twee thema's die goed bij gezondheid passen.

Ten eerste de toegankelijkheid van de openbare ruimte. Delft past de regels over toegankelijkheid die in het handboek openbare ruimte zijn vastgelegd netjes toe.

Desondanks zijn er telkens weer signalen over knelpunten. Daarom willen we graag meer zicht hebben op de feitelijke bruikbaarheid van de buitenruimte voor rollator- en buggygangsters. We zullen daarom het panel gehandicaptenbeleid/de ouderenproof-netwerken vragen onderzoek te doen naar de toegankelijkheid van de openbare ruimte in Delft. De gemeente kan vervolgens aan de slag met de eventuele aanbevelingen.

Het tweede thema is de bruikbaarheid van groengebieden in en om de stad. Er bestaan forse verschillen tussen buurten als het gaat om de aanwezigheid van groene ruimte, maar er zijn ook grote verschillen op het punt van inrichting en bruikbaarheid. Met de herinrichting van het Poptapark is wel gebleken hoeveel de kwaliteit van de vormgeving en inrichting uitmaakt voor het gebruik van een dergelijk groengebied. In veel nieuwe plannen wordt

gelukkig aandacht aan dit aspect besteed (o.a. Spoorzone, herinrichting Voorhofdreef). Vanuit het oogpunt van gezondheid moet echter meer gebeuren.

Een aantal aanbevelingen:

- Geef een kwaliteitsimpuls aan bestaande groengebieden binnen woonbuurten;
- Schenk extra aandacht aan die buurten waar weinig tot geen groene ruimte beschikbaar is en bedenk samen met bewoners oplossingen;
- Realiseer meer mogelijkheden voor bewegen in de recreatiegebieden door algemeen bruikbare voorzieningen als (hard)loop- of trainingsparcoursen (denk aan de trimbaan, maar dan modern vormgegeven), mogelijkheden om te skeeleren of te kanoën, frisbeegolfbanen etc..

### **Acties en doelstellingen**

#### **Acties**

- Via het panel gehandicaptenbeleid/de ouderenproof-netwerken wordt, aanvullend op de lopende advisering uit de doelgroep, onderzoek gedaan naar de tevredenheid over de toegankelijkheid van de openbare ruimte.
- De aanbevelingen rond de bruikbaarheid van de openbare ruimte worden door de betreffende vakteams betrokken bij de verdere beleidsontwikkeling op hun gebied.

#### **Doelstelling**

- In 2012 is het rapportcijfer dat de gemeente van haar burgers voor de doorgankelijkheid van de openbare ruimte krijgt hoger dan in 2009.

### **3.2.2 Kwaliteit van het binnenmilieu**

#### **Korte stand van zaken**

Gemiddeld brengen Nederlanders ongeveer 85% tot 90% van hun tijd door in gebouwen. Een groot deel van de tijd betreft het de eigen woning. Een goede kwaliteit van het binnenmilieu van woningen en gebouwen is belangrijk voor de gezondheid. Concentraties van schadelijke stoffen zijn binnenshuis vaak hoger en vervliegen minder snel dan buiten.

Aandachtspunten in het kader van binnenmilieu zijn:

- binnenklimaat in scholen
- binnenklimaat in bestaande woningen
- binnenklimaat bij nieuwbouw

#### *Binnenklimaat in scholen*

Dit thema heeft ook vanuit het gemeentelijke milieubeleid de aandacht. Dat de gevolgen van een slecht binnenklimaat behoorlijk kunnen zijn, heeft onderzoek in basisscholen uitgewezen. Veel scholen kampen met een slecht binnenklimaat, met als gevolg slechtere leerprestaties, maar ook uitval door ziekte bij leerkrachten en leerlingen.

Dit komt, zo blijkt uit onderzoek, zowel in oude als in nieuwe scholen voor. In Delft is het project "Energieke scholen" gestart. Het vakteam Milieu heeft daarvoor binnen de gemeente samenwerking gezocht met de teams en programma's op het gebied van schoolgebouwen, jeugd en onderwijs, (gezondheids)zorg en welzijn. Ook de GGD is betrokken en uiteraard maken ook de schoolbesturen deel uit van de projectgroep. In 2008 wordt in een pilot in beeld gebracht welke maatregelen nodig zijn om de gewenste kwaliteit te bereiken. Een aantal basisschoolgebouwen dat representatief is voor het gehele scholenbestand wordt is onderzocht. Dit leidt tot een overzicht van maatregelen die (in totaal) nodig zouden zijn, fasering in uitvoering en financieringsmogelijkheden. Dit plan bevat een aantal onderdelen:

- onderzoek naar het binnenklimaat en energiebesparende maatregelen op scholen die deelnemen aan de pilot;
- uitvoeringsplan voor maatregelen op basis van de onderzoeksuitkomsten;
- educatieve en voorlichtende activiteiten voor leerkrachten en leerlingen van de deelnemende scholen

- Reeds bekend is geworden dat maatregelen ter verbetering van de binnenluchtkwaliteit forse investeringen vergen. Schoolbesturen, investeren hier zelf in, maar verwachten ook een actieve rol van de gemeente in het faciliteren van de financiering.

#### *Binnenklimaat in bestaande woningen*

Uit landelijk onderzoek is bekend dat het vaak niet goed is gesteld met het binnenklimaat in woningen. Een inventarisatie op Delfts niveau moet nog plaatsvinden.

Bij bestaande bouw is beheer en een bewust gebruik van ventilatiesystemen belangrijk. Systemen raken vervuild, verstopt of raken buiten werking. Vanaf de jaren '80 van de vorige eeuw worden woningen, vanwege een bewuster energiegebruik, beter geïsoleerd. Lekker luchten door de ramen open te gooien lijkt een voor de hand liggende oplossing te zijn. Echter niet iedereen is zich er van bewust wat hij/zij zelf kan bijdragen aan een beter binnenklimaat. Uit onderzoek van de GGD-ZHW blijkt dat 22% van de burgers een laag kennisniveau heeft over ventileren/luchten en 55% een middelmatig kennisniveau. Bewoners zelf, helemaal als ze ook eigenaar zijn, hebben een taak om ventilatiesystemen optimaal te gebruiken en te onderhouden. Maar ook verhuurders hebben een taak om er voor te zorgen dat ventilatiesystemen optimaal werken en dat bewoners geïnformeerd worden over het gebruik.

Het is duidelijk dat het beleid op dit gebied nog in de kinderschoenen staat. Gezien het gezondheidsbelang dat hiermee gemoeid is, ligt hier duidelijk een prioriteit.

#### *Binnenklimaat nieuwbouw*

Uit een recent onderzoek van VROM<sup>7</sup> blijkt dat de geplande en goedgekeurde ventilatiemaatregelen in nieuwbouwplannen soms niet worden gerealiseerd of niet zodanig worden ingebouwd dat ze over meerdere jaren hun effectiviteit behouden.

Een ander probleem is dat sommige ventilatiesystemen, net als verwarmingssystemen, erg lastig te bedienen zijn. Dit leidt er in de praktijk toe dat de systemen door bewoners vaak niet optimaal te gebruiken zijn. Daarnaast constateert het rapport dat "een extra bedreiging van de gezondheid wordt gevormd door het slecht uitvoeren van de maatregelen om te kunnen voldoen aan de recente energienorm".

Bouw- en woningtoezicht vervult in dit verband een belangrijke taak. Deze taak is wettelijk vastgelegd en wordt in Delft ook uitgevoerd. Dat is inclusief een gerichte controle op aspecten van binnenmilieu in relatie tot gezondheidsaspecten bij oplevering van een (nieuw)bouwplan. Bouw- en woningtoezicht kan het gebruik van goede en begrijpelijke (ventilatie)systemen bevorderen.

Daarnaast is het zaak nieuwe woningen zo ver mogelijk uit de buurt van drukke (snel)wegen te bouwen. Dit geldt met name voor plaatsen waar kwetsbare groepen verblijven zoals kindercentra en bejaardenverzorgingshuizen.

#### **Ambities en aanpak**

Twee hoofdlijnen komen uit het voorgaande naar voren. Er zal hard gewerkt moeten worden om mensen en verantwoordelijke partijen bewust te maken van de problematiek van het binnenklimaat. Vaak kan met een eenvoudige aanpassing van gedrag of het netjes onderhouden van installaties enorm veel gewonnen worden. In een aantal situaties zal echter ook geïnvesteerd moeten worden in woningen, scholen en andere gebouwen. Ten tweede komt sterk naar voren dat beleid (en uitvoering) op de gebieden van warmte-isolatie en van binnenklimaat geïntegreerd moeten verlopen.

De aanpak van het binnenklimaat in scholen kan in 2009 met de afronding van de eerste fase van het project "Energieke scholen" overgaan naar een tweede fase. Schoolbesturen en gemeente kunnen dan op basis van de opgedane ervaringen het binnenklimaat in scholen systematisch verder verbeteren.

Met de corporaties willen we toe naar een geïntegreerde aanpak van energiebeleid en verbetering binnenklimaat. Dat betekent dat bij nieuwbouw, renovatie of herstructurering

---

<sup>7</sup> Eindrapportage Woonkwaliteit Binnenmilieu in Nieuwbouwwoningen, VROM-inspectie regio Oost, november 2007. In te zien via de website van het ministerie van VROM.

beide thema's volgens een af te spreken standaard worden meegenomen. Bewoners van woningen die niet binnen een dergelijke aanpak vallen moeten echter ook de mogelijkheid krijgen zich te laten adviseren over het binnenklimaat in hun woning.

### Acties en doelstellingen

#### Acties

- De gemeente maakt op het gebied van wonen geen afzonderlijk beleid meer rond energie of binnenklimaat.
- In 2008/begin 2009 wordt de pilot Energieke scholen afgerond. In 2009 wordt een tweede fase "Energieke scholen" opgezet.
- Samen met de wooncorporaties en eventuele andere partijen wordt een geïntegreerde aanpak van energiezuinig en fris wonen in Delft opgezet. Van deze aanpak maakt ook voorlichting en individuele advisering deel uit.

#### Doelstellingen

- in 2012 is het kennisniveau onder burgers over binnenklimaat toegenomen naar 70% (van ca. 55% nu);
- in 2012 is bekend welke scholen en woningen niet aan de normen voor een gezond binnenklimaat en een voldoende energiehuishouding voldoen.

### 3.2.3 Kwaliteit van het buitenmilieu

De belangrijkste milieufactoren die tot gezondheidsverlies leiden zijn:

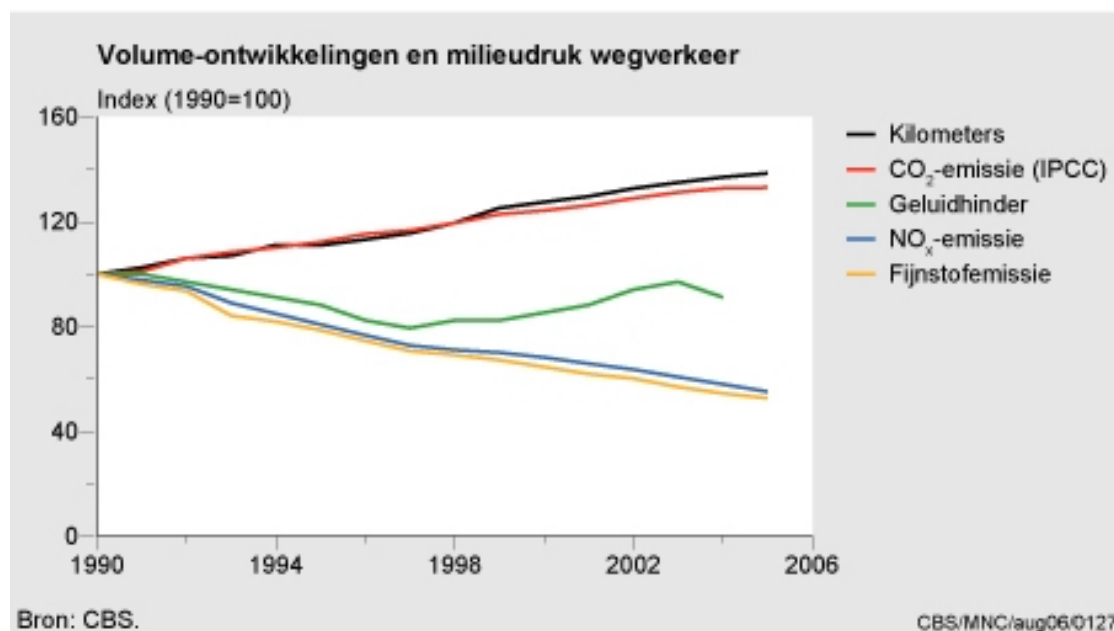
- luchtverontreiniging (verkeers- en industrie-emissies, ozon)
- geluidhinder buiten en binnen
- UV-straling en hitte

In onderstaande worden de belangrijkste oorzaken nader toegelicht:

#### Luchtverontreiniging

#### Korte stand van zaken

De verontreiniging van de buitenlucht is, zoals het schema laat zien, de laatste decennia afgenomen, doordat auto's schoner zijn geworden en er minder uitstoot van de industrie is.



Volgens de wet moet in 2005 voldaan zijn aan de grenswaarde voor fijnstof en in 2010 aan de grenswaarde voor stikstofdioxide. Nederland heeft bij de EU om uitstel van deze normen gevraagd tot respectievelijk 2011 en 2015. Delft wil uiterlijk in die jaren voldoen aan de normen voor fijnstof en stikstofdioxide.

Om dit te realiseren is Delft een aantal jaren geleden gestart met een ambitieus plan van aanpak om de luchtkwaliteit te verbeteren (Plan van aanpak Luchtkwaliteit 2005-2020). Maatregelen die zijn ingezet liggen onder meer op het gebied van infrastructuur, emissiereductie en klimaatbeleid. Dit plan wordt in 2009 geëvalueerd. Uit de Rapportage Luchtkwaliteit 2007 van de gemeente Delft blijkt dat het in Delft de goede kant op gaat. In Delft is voor 2007 voldaan aan de Europese normen voor de meeste stoffen. Op een beperkt aantal wegvakken zijn nog wel overschrijdingen van de normen geconstateerd. Op de website van de gemeente Delft ([www.gemeentedelft.info/milieupagina](http://www.gemeentedelft.info/milieupagina)) is te vinden hoe het in Delft gesteld is met de luchtkwaliteit. De daar gepresenteerde kaart betreft peiljaar 2002. Voor actuele cijfers kan de rapportage luchtkwaliteit op de gemeentelijke website geraadpleegd worden.

### **Ambitie en aanpak**

De gemeente Delft wil voldoen aan de Europese normen voor luchtkwaliteit. Ook als dat lukt betekent dat nog niet dat we er daarmee zijn op gezondheidkundig gebied. De groep mensen die kampt met problemen van het luchtwegensysteem (COPD) is erg groot. De ziektelast bij COPD kan bovendien groot zijn. Het is daarom van belang goed op te letten hoe het is gesteld met de luchtkwaliteit bij kinderfuncties, verpleeg- en verzorgingshuizen en sportterreinen. Bij de evaluatie van het plan van aanpak in 2009 en het opstellen van een nieuw plan van aanpak willen we deze gezondheidkundige kant via advisering door de GGD nader uitwerken.

Ondertussen werkt de gemeente op veel manieren door aan verbetering van de luchtkwaliteit. Denk aan de schonere bussen en het opschonen van het eigen wagenpark, het bevorderen van fietsgebruik en het aanpakken van wegvakken die de norm nog niet halen. Dit beleid wordt hier niet verder beschreven.

### **Actie**

Bij de evaluatie van het plan van aanpak Luchtkwaliteit 2005-2010 en het opstellen van het volgende plan van aanpak wordt de gezondheidkundige kant sterker betrokken.

### *Geluidhinder buiten en binnen*

#### **Korte stand van zaken**

Blootstelling aan geluid kan psychische effecten zoals hinder en slaapverstoring veroorzaken. Hinder is een verzamelterm voor allerlei negatieve reacties op geluid. Mensen beleven hinder verschillend. Het is bekend dat langdurige blootstelling aan hoge geluidsniveaus de kans op hart- en vaatziekten vergroot. Delft zit wat de geluidbelasting betreft boven het Nederlands gemiddelde. Gezien de hoge geluidbelasting van relatief veel inwoners in Delft, gelden de genoemde risico's ook voor de gemeente Delft.

De Europese Unie heeft de richtlijn omgevingslawaai vastgesteld die zich richt op de evaluatie en beheersing van geluidbelasting. Deze richtlijn is in 2004 ingevoerd in de Nederlandse wetgeving. Voor Delft is een geluidbelastingskaart gemaakt en aansluitend daarop een Actieplan Geluid 2008-2013. Elke vijf jaar moet de gemeente een nieuwe geluidbelastingskaart opstellen met een bijbehorend geactualiseerd actieplan.

In het Delftse actieplan Geluid 2008-2013 is de plandremmel opgenomen van 70 dB voor bestaande woningen. Om dit niveau te halen is een groot aantal maatregelen ingezet, gericht op aanpak van de bron en op bescherming door middel van isolatie. Voor nieuwe woningen wordt nooit een hogere geluidbelasting toegestaan dan 63 dB.

Meer informatie is te vinden op [www.gemeentedelft.info](http://www.gemeentedelft.info) onder "Verkeer en milieu" en "Geluid in Delft".

Een tweede geluid- en gezondheidsthema is gehoorschade onder jongeren. Jaarlijks lopen in Nederland 20.000 jongeren gehoorschade op door blootstelling aan geluid. Muziek in discotheken, op festivals en uit draagbare apparatuur, welke het geluid direct in de gehoorgang aanbrengen, geven vaak een te hoge geluidsbelasting. De blootstelling is vrijwillig, frequent en veelal langdurig. Schade is cumulatief en leidt tot handicap en sociale isolatie. Er bestaan geen normen voor geluidbelastingen als deze. Recent oriënterend onderzoek bij jongeren van 16 tot 23 jaar in de regio Rotterdam-Rijnmond leert, dat 9% aangeeft last van de oren te hebben en van 23% van de jongeren kan verwacht worden, dat ze zich dusdanig veel aan hard geluid blootstellen, dat op de langere termijn schade zeer waarschijnlijk is. Uitbreiding van onderzoek naar een grotere groep jongeren, ook buiten de regio Rotterdam-Rijnmond, wordt voorgesteld.

### **Ambitie en aanpak**

In 2009 wordt een integrale geluidnota opgesteld met gebiedsgericht geluidbeleid. Dit biedt de mogelijkheden om ook op het gebied van geluid de gezondheidskundige kant sterker in het beleid te betrekken. Daarbij is van belang dat de GGD-ZHW aangeeft dat in de recente wetenschappelijke literatuur wordt gesteld dat bij blootstelling aan geluid van wegverkeer vanaf 60 decibel (dB) het risico op o.a. hart- en vaatziekten toeneemt. Volgens de GGD past een algemene plandrempel van 65 dB, bij voorkeur 63 dB, het beste bij de situatie van de gemeente Delft. Dat zou betekenen dat het woningisolatieprogramma een extra impuls moet krijgen.

Gehoorschade onder jongeren is een thema dat om een aanpak vraagt. Via de GGD-ZHW kan meer zicht op de situatie en op effectieve interventies worden verkregen. We zullen in 2009 in samenwerking met de GGD-ZHW een aanpak ontwikkelen.

### **Acties**

- Bij het opstellen van de integrale geluidnota in 2009 wordt de gezondheidskundige kant sterker betrokken. Bekeken wordt of de aanbeveling van de GGD-ZHW om uit te gaan van een plandrempelwaarde van 65/63 dB kan worden overgenomen.
- In 2009 wordt samen met de GGD-ZHW een aanpak tot voorkoming/beperking van gehoorschade onder jongeren ontwikkeld.

### *UV-straling en hitte*

#### **Korte stand van zaken**

Het aantal personen met huidkanker neemt de komende jaren sterk toe vanwege de toename van UV-straling door het dunner worden van de ozonlaag. Jaarlijks worden in Nederland 25.000 nieuwe gevallen van huidkanker ontdekt en sterven 650 personen aan deze ziekte. Voor kinderen bestaat een aanzienlijk risico dat verbranding door de zon leidt tot huidkanker op latere leeftijd. Bescherming is belangrijk, zeker voor kinderen.

Hitte kan negatieve gevolgen hebben op de volksgezondheid. Het gaat om gevolgen voor de gezondheid, variërend van verminderd welbevinden, huidaandoeningen, uitdroging, ademhalings- en circulatieproblemen tot hitteberoerte. In het ergste geval kan dit leiden tot sterfte. Vooral kwetsbare groepen zijn gevoelig voor aanhoudende hitte. Het gaat hier voornamelijk om ouderen, maar ook om chronisch zieken, mensen in een sociaal isolement, mensen met overgewicht en kinderen. Er is landelijk een systeem in het leven geroepen, waarmee de betreffende organisaties gewaarschuwd worden, dat er waarschijnlijk een periode aankomt van 5 of meer dagen warmer dan 27 graden. Ook gaat een algemene waarschuwing uit naar de bevolking, wanneer de kans op een degelijke periode meer dan 90% bedraagt. In het werkplan Medische Milieukunde van de GGD-ZHW is met inzet van de GGD in dergelijke situaties rekening gehouden.

### **Ambitie en aanpak**

Het is belangrijk dat burgers zich bewust zijn van de risico's en kennis verwerven over beschermende maatregelen. Ouders hebben de verantwoordelijkheid hun kinderen nu te

beschermen tegen gezondheidsproblemen van later. In samenwerking met de GGD-ZHW zullen wij zorgen voor gerichte voorlichting in het voorjaar.

De GGD-ZHW fungeert als regionaal steun- en informatiepunt ten tijde van hitteperiodes en maakt, voorafgaand aan de hitteperiode, afspraken met diverse partijen. De GGD volgt hierin de beleidsontwikkelingen van VWS en werkt nauw samen met het infocentrum van de GGD-Nederland.

### **Acties en doelstelling**

Acties:

- Elk jaar wordt in het voorjaar een informatiecampagne gehouden over UV-straling en beschermende maatregelen.
- De GGD fungeert als regionaal steunpunt ten tijde van hitteperiodes.

Doelstelling:

- In 2012 is 70% van de Delftse volwassenen op de hoogte van de risico's van UV-straling en maatregelen die zij zelf kunnen nemen om zichzelf en hun kinderen hiertegen te beschermen.

### **3.3. Het bevorderen van gezond leven (aangrijpingspunt 3)**

Burgers maken voortdurend keuzes die hun eigen gezondheid of die van hun kinderen beïnvloeden:

- gaan we met de auto of met de fiets?
- nemen we een appel of eten we chips?
- gaan we achter de computer zitten of gaan we sporten?

Voorbeeldgedrag van ouders bepaalt in hoge mate het (toekomstige) gedrag van kinderen en daarmee de (toekomstige) gezondheid van kinderen.

Daarom gaat de gemeente Delft actief preventiebeleid voeren door:

- mensen bewuster te maken van hun eigen handelen en mogelijkheden als het gaat om hun gezondheid te behouden of te verbeteren;
- interventies te bieden die helpen ongezond gedrag te veranderen;
- preventieaanbod en daarmee gezond gedrag binnen het bereik te brengen van risicogroepen.

Verandering van houding en gedrag door middel van preventiebeleid is iets van de lange adem. Om daadwerkelijk effect te bewerkstelligen is het belangrijk om:

- gezondheidsthema's blijvend op de agenda te hebben;
- effectieve programma's in te zetten die aansluiten bij verschillende risicofactoren;
- aan te sluiten bij sociale omgevingsfactoren van mensen die we willen bereiken: voor de jeugd is dit bijvoorbeeld de school of de sportclub, voor volwassenen bijvoorbeeld het werk, het netwerk en vrienden.

In dit hoofdstuk wordt uitgewerkt op welke wijze de gemeente haar collectieve preventie gaat oppakken en welke gezondheidsthema's de gemeente Delft op basis van de gezondheidsanalyse en adviezen van de GGD-ZHW gaat aanpakken.

Dit hoofdstuk bestaat uit twee onderdelen.

Paragraaf 3.3.1 beschrijft de instrumenten waarmee gezondheidsinformatie wordt gecommuniceerd naar de Delftse bevolking als geheel.

In paragraaf 3.3.2 worden de volgende preventiethema's behandeld:

- gezond gewicht, preventie diabetes en een sportief en actief leven;
- verslavingspreventie: alcohol, roken en drugs;
- depressieve en angstklachten, eetstoornissen en ondergewicht;
- preventiebeleid huiselijk geweld;

- gezond seksueel gedrag.

### 3.3.1 Informatie en voorlichting voor de gehele populatie – de basis

#### **Korte stand van zaken**

Om gezond te kunnen leven is het belangrijk dat burgers toegang hebben tot praktische gezondheidsinformatie, opdat zij zich beter bewust worden van het effect van hun eigen gedrag op hun gezondheid. In het verlengde hiervan is het belangrijk dat (preventief) aanbod op het gebied van zorg, gezondheid en opvoedondersteuning bekend is bij burgers en professionals en dat dit aanbod voor burgers toegankelijk en aantrekkelijk is. Ook dienen burgers goed geïnformeerd te worden over de invloed van milieufactoren op hun gezondheid.

Het huidige aanbod van gezondheidsinformatie is uitgebreid, maar de afstemming tussen de programma's van de verschillende aanbieders laat te wensen over en de communicatie over het aanbod is versnipperd.

#### **Ambitie en aanpak**

In deze paragraaf zetten wij een pakket van instrumenten neer dat de basis vormt voor alle communicatie op het gebied van zorg, gezondheid en opvoedondersteuning. Daarmee krijgt de Delftse burger zicht op het voorlichtingsaanbod, kan de burger geïnformeerd worden over nieuwe ontwikkelingen en wordt de bekendheid van de Centra voor Jeugd en Gezin, het Startpunt Wonen, Zorg, Welzijn en het Meldpunt Bezorgd? vergroot. Tegelijkertijd kan het aanbod van door de gemeente gesubsidieerde aanbieders en liefst ook ander aanbod beter worden afgestemd geprogrammeerd en gepresenteerd.

Het basispakket ziet er als volgt uit:

#### *De krant voor gezondheid en zorg*

Vanaf 2008 zal de gemeente Delft periodiek huis-aan-huis deze nieuwe krant gaan verspreiden. De krant bevat onder meer informatie over gezondheidsonderwerpen en zal het preventief (gezondheids)aanbod in beeld brengen.

#### *Brede school voor ouders*

De brede school voor ouders is een nieuw initiatief in het verlengde van de brede school die al bestaat. In de brede school voor ouders worden gezondheidsthema's op een laagdrempelige manier besproken met ouders. Ouders kunnen ook zelf aangeven aan welke onderwerpen aandacht gegeven moet worden. Verschillende partijen, gezondheidsinstellingen en woningcorporaties, hebben aangegeven te willen participeren in dit initiatief (zie ook de Jeugdnota).

#### *Basisprogramma in het onderwijs*

Met het onderwijs worden afspraken gemaakt om een aantal gezondheidsthema's structureel aan de orde te laten komen. Het onderwijs biedt daarvoor een belangrijke setting omdat alle kinderen daar bereikt kunnen worden. De GGD-ZHW coördineert het basisprogramma en voert het ten dele ook uit.

#### *De digitale sociale kaart*

Om de toegankelijkheid van zorg- en welzijnsaanbod te verbeteren heeft de gemeente Delft samen met 4 andere gemeenten een regionale digitale sociale kaart ontwikkeld. Burgers en professionals kunnen op [www.startpuntwonzorgwelzijn.nl](http://www.startpuntwonzorgwelzijn.nl) terecht voor informatie over het aanbod op terreinen wonen, zorg en welzijn. De sociale kaart is in juni 2008 gelanceerd en zal in 2009 volledig gereed zijn.

Milieupagina op de site van de gemeente Delft ([www.gemeente-delft.info/milieupagina](http://www.gemeente-delft.info/milieupagina)).

Site van de GGD Zuid-Holland-West ([www.ggdzhw.nl](http://www.ggdzhw.nl))

Voorlichting via de Centra voor Jeugd en Gezin

*Informatie via het Startpunt Wonen, Zorg, Welzijn  
Informatie via het JongerenInformatiePunt (JIP).*

### **Acties en doelstellingen**

Acties:

- Uitgeven van de krant voor zorg en gezondheid
- Opstarten van de brede school voor ouders
- Verder uitwerken van het basisprogramma voor de scholen
- Verder vullen van de digitale sociale kaart

Doelstellingen:

- In 2012 is het Meldpunt Bezorgd? bekend bij 70% van de Delftenaren vanaf 18 jaar.
- In 2012 is het Centrum voor Jeugd en Gezin bekend bij 90% van de ouders met kinderen onder 12 jaar.
- In 2012 is het Startpunt Wonen, Zorg, Welzijn bekend bij 90% van de Delftenaren ouder dan 64 jaar.

### **3.3.2 Preventiethema's**

Delft gaat zich de komende jaren vooral richten op preventie van een aantal specifieke risicogedragingen en op het bevorderen van een gezonde leefstijl.

Delft kiest hierbij voor het aanpakken van die gezondheidsthema's die het meest kunnen bijdragen aan het verlengen van de levensverwachting van de Delftse burger en aan het verbeteren van de kwaliteit van leven.

Op basis van de epidemiologische gegevens, zoals geschetst in hoofdstuk 2, en op basis van de adviezen van het rijk, zoals geformuleerd in de nota "Kiezen voor gezond leven", zijn de belangrijkste onderwerpen voor Delft:

- gezond gewicht, preventie diabetes en een sportief en actief leven
- verslavingspreventie: alcohol, roken en drugs
- depressieve en angstklachten, eetstoornissen en ondergewicht
- gezond seksueel gedrag
- preventie van huiselijk geweld

Binnen de regio van de GGD-ZHW hebben de 8 gemeenten en de GGD-ZHW op basis van de meest actuele gezondheidsbedreigingen gekozen om de thema's overgewicht, overmatig alcoholgebruik en depressie met prioriteit aan te pakken. De GGD zal haar preventieve inzet vooral richten op deze thema's.

#### **3.3.2.1 Gezond gewicht, diabetespreventie en een sportief en actief leven**

##### **Korte stand van zaken**

Beweegarmoede, ongezonde voeding en overgewicht leveren ook in Delft forse gezondheidsrisico's op, dit vaak naast een minder gevoel van welbevinden en een beperking van de mogelijkheden om maatschappelijk te participeren.

Op een aantal manieren is de gemeente Delft aan de slag met deze problematiek. Ten eerste wil Delft graag dat Delftenaren voldoen aan de beweegnorm (zie bijlage 3). Met het oog daarop neemt Delft deel aan het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (2008-2012), dat beoogt dat van alle jongeren tot 18 jaar in 2011 50% aan de beweegnorm voldoet en van alle volwassenen 70% aan die norm voldoet in 2011. Dit vraagt om een brede beweegaanpak. Aspecten die daarbij van belang zijn: de aantrekkingskracht van de sport, op de vraag afgestemde programma's, laagdrempelig aanbod in de buurt en speciale ondersteuning voor kwetsbare groepen.

Binnen de programmering van de brede school, de BOS(Buurt-Onderwijs-Sport)-projecten, de naschoolse opvang in de sport, het vakonderwijs lichamelijke opvoeding en het

schoolzwemmen draagt de gemeente actief bij aan het bewegen van de Delftse jeugd. De samenwerking met de sportverenigingen, onderwijs, kinderopvang en andere partners is vergesmeerd. Door middel van de Sportregeling is het ook voor minder draagkrachtige Delftenaren mogelijk lid te worden van een sportvereniging.

In de wijken Voorhof en Hof van Delft is een pilot gestart om inactieve senioren weer aan het bewegen te krijgen. Er wordt samengewerkt tussen verschillende disciplines en instellingen (huisartsen, fysiotherapeuten, thuiszorg, ouderenwerk en sportverenigingen). Doel is om ouderen onder begeleiding weer te laten starten met sporten en bewegen, zodat zij na een periode van begeleid sporten weer kunnen gaan deelnemen aan het reguliere aanbod. Belangrijk doel bij de ouderen is om ook hun mobiliteit en sociale netwerk weer verder te versterken. De beweegprogramma's zullen ook voor groepen met bepaalde (chronische) problemen als diabetes, hartklachten en longklachten een positief effect hebben.

In de wijken Voorhof en Buitenhof is gestart met de Vitaliteits-aanpak. Dit is een aanpak waarbij (ernstig) overgewicht wordt aangepakt op het niveau van het gezin. Er wordt op basis van de oorzaken van ernstig overgewicht een maatwerk aanpak ingezet gericht op het hele gezin. In dit project wordt samengewerkt met partijen in de wijk. Dit project wordt ondersteund en nauwlettend gevolgd door de NISB en NIZW.

In de wijk Hof van Delft is inmiddels ervaring opgedaan met een sportaanbod in het kader van sociale activering.

Het bovenstaande is zeker niet het volledige overzicht van projecten, aanpakken, cursussen en voorlichting rond bewegen, gewicht en voeding.

### **Ambities en aanpak**

Een belangrijke ambitie voor de gemeente is meer lijn en structuur in de aanpak rond bewegen, gewicht en voeding te krijgen. Daarmee wordt overigens zeker niet bedoeld dat de gemeente greep zou willen krijgen op alle initiatieven en activiteiten, die op dit terrein spelen. Integendeel, die willen we juist graag stimuleren, want de gemeente kan haar ambities niet zonder maatschappelijke partners, verenigingen en vaak ook individuele burgers waarmaken.

We willen wel een blijvend resultaat bereiken. Dat is voor ons reden een aantal zaken gestructureerder te willen aanpakken. We denken aan de volgende aspecten:

- Beter georganiseerd communiceren over ontwikkelingen en aanbod (zie 3.3.1);
- Binnen het basispakket van gezondheidsvoorlichting op scholen is het thema bewegen, voeding en gewicht vast onderdeel.
- Het signaleren van beweegarmoede en/of overgewicht bij personen moet verder worden verbeterd. Hier ligt een taak voor de Centra voor Jeugd en Gezin, de vakdocenten lichamelijke opvoeding, (huis)artsen en fysiotherapeuten, het ouderenwerk en 'de zorg'.
- Signaleren zonder verwijsmogelijkheid heeft niet veel zin. Het is daarom noodzakelijk een goed aanbod te hebben om te kunnen (her)beginnen met bewegen, ondersteund te worden bij de verandering van voedingspatronen en dat alles bij voorkeur ook met een blijvend effect. Binnen verschillende projecten is hiermee al gestart, maar gezien onze ambitie is het zaak een breder, toegankelijk en flexibel aanbod te realiseren ("Big Move Delft").

Het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen biedt Delft de mogelijkheid de beschreven ontwikkeling in te zetten. In de periode 2008-2012 ontvangt Delft van het rijk een bedrag van € 600.000,-. Delft dient daarvoor co-financiering te leveren. In de nota Sport en Bewegen, die ook dit najaar verschijnt, wordt verder uitgewerkt hoe dit actieplan in Delft wordt ingezet. Afgelopen schooljaar was Delft pilot-gemeente voor de CITO-beweegtoets. Ook dit schooljaar willen we deze toets in Delft inzetten, met de bedoeling deze verder te laten uitgroeien tot een regulier instrument om kinderen (en hun ouders) bewust te maken van het belang van bewegen en goede voeding.

Door signalering vanuit een CITO-toets of andere kanalen te verbinden met de vitaliteits-aanpak kunnen gezinnen ondersteund worden om de stap van signaal naar gedragsverandering te helpen maken.

Voor mensen met een beperking geldt zeker ook het risico van beweegarmoede. Voor deze groep is het belang aanbod en faciliteiten beter geschikt te maken. Vervolgens geldt ook

voor deze groep het belang van signaleren, ondersteunen en het willen bereiken van een blijvend resultaat. In de nota Sport en Bewegen wordt dit aspect verder uitgewerkt. Gezien het feit dat sommige allochtone groepen vanwege hun voedings- en beweegpatroon een groot diabetesrisico lopen wordt (naast bovenstaande algemene aanpak) een specifiek voorlichtingsprogramma op deze groep uitgevoerd.

### **Acties en doelstellingen**

#### **Acties:**

- Het blijven stimuleren van initiatieven uit de stad die zich richten op het gebied van bewegen, voeding en gewicht.
- Bewegen, voeding en gewicht worden een vast bestanddeel van het basisvoorlichtingspakket op alle scholen in Delft.
- Mogelijke signaleerders in positie brengen door deskundigheidsbevordering en het aanbieden van verwijsmogelijkheden.
- De introductie en uitwerking van Big Move Delft.
- Verder uitrollen van de CITO-beweegtoets.
- Ondersteuning bieden aan 'beweegarme gezinnen' (vitaliteitsaanpak).
- Het realiseren van extra sport- en beweegmogelijkheden voor mensen met een beperking.
- Het opzetten van een specifiek voorlichtingsprogramma voor de diabetes-risicogroepen.

#### **Doelstellingen:**

- 70% van de Delftse bevolking van 18 jaar of ouder voldoet in 2011 aan de beweegnorm (een half uur beweging op minimaal 5 dagen per week).
- 50% van de Delftse jeugd tot 18 jaar voldoet in 2011 aan de beweegnorm (een uur beweging per dag, waarvan 2 maal per week gericht op verbeteren van de fitheid).
- Het stabiliseren van het percentage Delftenaren met overgewicht in 2012.

### **3.3.2.2 Verslavingspreventie: alcohol, roken en drugs**

#### **Korte stand van zaken**

Nog altijd worden de omvang van drankmisbruik, de bijkomende gezondheidsschade en de maatschappelijke gevolgen ervan sterk onderschat. Deze weinig kritische houding op alcoholgebruik en het grote commerciële belang van alcoholverkoop (inclusief reclamecampagnes en de ontwikkeling van alcohol-introductieproducten als breezers en mix-drankjes) staan nogal massief tegenover de middelen die binnen het alcoholmatigingsbeleid beschikbaar zijn. Het is dan ook niet verwonderlijk dat in toenemende mate gekeken wordt of met strengere regelgeving en striktere handhaving alcoholgebruik kan worden teruggedrongen.

De Drank- en Horecawet (DHW) is het wettelijk kader voor handhavingsbeleid. Het kabinet overweegt om de gemeenteraad de bevoegdheid te geven de grens voor zwak-alcoholische dranken te verhogen naar 18 jaar (nu 16 jaar en voor sterk-alcoholische dranken 18 jaar). Tevens onderzoekt het kabinet de mogelijkheid om alcoholhoudende mix- of energiedranken uit supermarkten te weren. Ook wordt gewerkt aan een wetswijziging waarbij geregeld wordt dat gemeenten plaatselijke toezichthouders aan kunnen gaan wijzen voor de Drank- en Horecawet. Ook de handhaving wordt dan direct bij de gemeentes neergelegd.

In de Algemene Plaatselijke Verordening (APV) is een aantal gebieden aangewezen, waar het verboden is om alcohol op de openbare weg te nuttigen. Handhaving hiervan ligt bij de politie en toezicht openbare ruimte. Voor met name de binnenstad geldt dat er een convenant veilig uitgaan is waarbij o.a. afspraken zijn gemaakt over zichtbare aanwezigheid van politie en toezicht openbare ruimte, de bereikbaarheid van de politie en gedragsregels. De meeste schoolfeesten in Delft zijn al alcoholvrij. Daarnaast nemen de 3 scholen voor voortgezet onderwijs in Delft bij het toelaten tot schoolfeesten een blaastest af als er een vermoeden van drankgebruik is. Vervolgens wordt bij geconstateerd drankgebruik de leerling de toegang tot het feest (en het daaropvolgende feest) onttrokken.

Recent is de campagne “Lekker Helder, 0% alcohol” van start gegaan. Deze aanpak omvat een samenhangend pakket van maatregelen om het alcoholgebruik onder jongeren in Delft tot 16 jaar terug te dringen. Boodschap van de gemeente Delft is “Niet drinken als je jong bent”. Deze aanpak zal de komende jaren worden doorgezet. De onderdelen van deze aanpak zijn:

- Informatiecampagne richting jongeren en ouders;
- Activiteiten om het niet-drinken van alcohol ‘interessanter’ te maken;
- Op het gebied van handhaving wordt, onder de naam “Heldere taal”, opgetreden tegen jongeren die met drank op strafbare feiten plegen. Zij moeten naast een Halt-traject ook deelnemen aan een cursus van Brijder-verslavingszorg, samen met hun ouders (vergelijkbaar met de Deventer aanpak).

Hier moet ook het werk vermeld worden van Dr. Van der Lely c.s., die met het instellen van een alcoholpoli in het Reinier de Graafziekenhuis en een zeer actieve rol in de (landelijke) media de problematiek van alcohol en jeugd nadrukkelijk op de kaart heeft gezet.

Het beleid gericht op het tegengaan van roken heeft de afgelopen jaren succes gehad. Fiscale maatregelen, voorlichting en het rookvrij maken van openbare gebouwen en horeca hebben geleid tot een daling van het aantal rokers. Uit de gezondheidsstatistieken blijkt echter nog steeds dat er, zeker binnen risicogroepen, veel gerookt wordt (zie paragraaf 2.2.5). Voor die groepen is de gezondheidsschade groot en de levensverwachting aanzienlijk kleiner.

Voor het drugsbeleid is de basis in belangrijke mate gelegd in de nota Verslavingsbeleid 2003-2007 en de nota Coffeeshops. Prioriteiten in het huidige drugspreventiebeleid zijn onder meer deskundigheidsbevordering in vindplaatsen, meer zichtbaarheid van Brijder en voorlichting gecombineerd met andere activiteiten. Op grond van de nota Coffeeshops wordt het overtreden van regels door coffeeshops met gericht toezicht en optreden aangepakt. De ambities en doelen zijn vastgelegd in het convenant 2008-2009 dat binnenkort wordt ondertekend door alle DWO-gemeenten.

Het voeren van een anti-verslavingsbeleid is van groot belang, vooral nu blijkt uit landelijke en regionale cijfers dat de trend in het algemeen verontrustend is. Mensen gaan, kleine accentverschillen daargelaten, sneller, meer en vaker gebruiken. De beginleeftijd gaat omlaag, verkrijgbaarheid is vrijwel drempelloos. Er zijn grote zorgen over de gewijzigde sterkte van de cannabis en de jeugdige leeftijd waarop kinderen starten met blowen. Dit blijkt nu tot wel degelijk psychische afwijkingen te leiden, heeft invloed op de hersenontwikkeling waardoor betrokkene echt onomkeerbaar verandert. Ook zijn er meer signalen over toename aan complicaties bij gebruik.

Nu al is er een toegenomen zorgvraag en voorlichtingsvraag.

Sommige deskundigen vinden dat de zorg meer zou moeten lijken op die van chronisch zieken, waarmee de betaalbaarheid echter in het geding komt.

Naast goede zorg is het van groot belang om in te steken op preventie. Dit betekent snelle signalering en toeleiding tot zorg, voordat problemen onomkeerbaar worden. Tegelijkertijd moet het beleid er ook op gericht zijn te voorkomen dat nieuwe groepen (heel jonge) gebruikers ontstaan. Voorlichtingsprogramma's in combinatie met lik op stuk beleid (zoals het Deventer model) zijn daarbij essentieel, maar vergen samenwerking met alle instanties die te maken hebben met verslaafden: sociale diensten, politie en verslaafdenzorg. Zij moeten elkaar meer opzoeken om tot een integrale aanpak te komen. Bovendien is het van belang dat periodiek cijfers worden gegenereerd, zodat de resultaten van het beleid zichtbaar worden en het beleid aangescherpt.

### **Ambities en aanpak**

De ambitie van de gemeente is om het gebruik van genotmiddelen onder de Delftse bevolking te verminderen, het gebruik van genotmiddelen door jeugdigen te ontmoedigen en

de risico's van het gebruik zowel voor de gebruiker zelf alsmede voor diens omgeving en de samenleving als geheel te beperken.

Daarbij wordt een aanpak gekozen die een mix is van informeren/bewustwording, signaleren/ hulpverlening en handhaven.

Op hoofdlijnen houdt dat het volgende in:

- Het promoten van fris, helder en gezond als de 'sterke' of 'stoere' keuze.
- Voorlichting op alle scholen in basis- en voortgezet onderwijs over alcohol.
- Voorlichting op alle scholen in het voortgezet onderwijs over genotmiddelen breed.
- Altijd ook inzetten op de ouders!
- Goed bereikbare (digitale) informatie over gebruik en risico's van genotmiddelen.
- Op risicogroepen gerichte specifieke voorlichting.
- Op signalering gerichte deskundigheidsbevordering van werkers in onderwijs, zorg, politie, welzijnswerk etc..
- Op eerste beoordeling en doorverwijzing gerichte deskundigheidsbevordering van werkers in de eerstelijns (huisartsen, Centra voor Jeugd en Gezin, Startpunt Wonen, Zorg, Welzijn, Meldpunt Bezorgd?).
- Directe aansluiting van instellingen voor verslavingszorg op de eerstelijns.
- Versterken van de samenwerking met sectoren als onderwijs, zorg, horeca, sport en welzijn.
- De mogelijkheden voor wat betreft handhaving maximaal benutten.
- Hulpverlening

#### *Alcohol*

Delft gaat meewerken aan het realiseren van meer alcoholvrije ontmoetingsplekken en uitgaansmogelijkheden voor jongeren. Een voorbeeld daarvan is het alcohol vrije feest "Stay Fresh" dat in juli 2008 is gehouden bij de start van de campagne "Lekker helder, 0% alcohol". Dit feest was een groot succes en zal daarom navolging krijgen.

De aanpak "Heldere taal" gericht op de jeugd, zoals hierboven beschreven wordt voortgezet. Volwassenen die tevens ouder zijn, worden hierdoor ook bereikt; zij worden middels folders en een website geïnformeerd over de risico's van alcoholgebruik en krijgen handreikingen aangeboden hoe zij met dit onderwerp in de opvoedsituatie kunnen omgaan.

De GGD-ZHW en Brijder-verslavingszorg gaan gezamenlijk een basis voorlichtingsprogramma aanbieden aan alle scholen in respectievelijk het basis- en het voortgezet onderwijs. De GGD-ZHW richt zich daarbij met de methodiek "Verhalend ontwerpen alcohol" op de hoogste klas van het basisonderwijs. Bij deze methodiek worden ook de ouders betrokken.

Integraal onderdeel van de aanpak die Brijder aanbiedt aan het voortgezet onderwijs is ook het versterken van de signalering door leerkrachten, mentoren en begeleiders van alcoholproblemen bij jeugdigen. Hiertoe biedt Brijder deskundigheidsbevordering aan. Brijder zal zich ook dichterbij het onderwijs en de gezondheidscentra (inclusief centra voor jeugd en gezin) positioneren, waardoor de toeleiding van jongeren met problemen eenvoudiger zal worden.

Een effectief lokaal handhavingsbeleid rond alcoholmatiging begint met overleg met en bewustwording bij personen, organisaties en bedrijven die verantwoordelijk zijn voor de verkoop/verstrekking van alcohol.

Overleg en bewustwording dragen bij aan een begripvol naleven van relevante regelgeving en zijn tevens de basis voor samenwerking rond (overmatig) alcoholgebruik. Een voorbeeld hiervan is het convenant "Veilig uitgaan", dat afgesproken is tussen gemeente, Koninklijke Horeca Nederland (afd. Delft) het Openbaar Ministerie, politie en brandweer. In het kader van de veilige school zijn afspraken gemaakt over alcohol en schoolfeesten.

Bovenop een strikt handhavingsbeleid is de inzet van de gemeente er telkens op gericht dat partijen die alcohol verkopen meer doen dan de wet strikt genomen voorschrijft. Hier komen drie actielijnen uit voort:

- Met betrokken partijen nagaan of er aanleiding is het convenant “Veilig uitgaan” aan te scherpen.
- Nagaan of het mogelijk is met alcoholverkopende winkels gedragsregels af te spreken.
- In overleg met sport, onderwijs, welzijn, jongeren/studentenorganisaties te komen tot een lokaal kader ‘Alcohol en genotmiddelen’, dat ook als uitgangspunt kan dienen bij subsidie- en vergunningverlening.

Voor een effectief handhavings- en preventiebeleid is het beperken van de verkoopmogelijkheden (wie, op welk moment, welk product, leeftijdsgrenzen) gewenst. De discussie die daarover op rijksniveau loopt is dan ook bijzonder relevant. Waar mogelijk zal de gemeente Delft benadrukken dat nieuwe regelgeving landelijk wordt ingevoerd en de instrumenten voor handhaving steeds meer bij gemeenten worden neergelegd.

Lokaal bekijken we met betrokken partijen of de exploitatievergunning nog steeds in orde is en of het personeel voldoende geschoold is. Dit is 3 jaar geleden voor alle sportverenigingen gedaan waarbij alle vergunningen weer op orde zijn gebracht en veel vrijwilligers getraind zijn.

De gemeente zal de vraag inbrengen of de APV in de toekomst alcoholgebruik in de openbare ruimte in geheel Delft moet verbieden.

Met de politie worden weer afspraken gemaakt over het gericht houden van korte alcoholcontroles gericht op de aan- en afvoerroutes van de sport- en uitgaansaccommodaties.

#### *Roken*

Belangrijk aangrijpingspunt bij het verminderen van het aantal rokers en meerokers is het gegeven dat de meeste rokers starten in hun tienerjaren. Richting jongeren in het Vmbo zal daarom een informatiecampagne gestart worden om hen te informeren over de toekomstige risico's van roken. Deze voorlichting zal vergezeld gaan van een actie genaamd “De rookvrije klas”. Klassen 2 en 4 van het Vmbo die rookvrij het jaar doorkomen krijgen een beloning.

Zwangere vrouwen gaan door verloskundigen en huisartsen actiever benaderd worden over de risico's van meeroken voor het kind dat zij dragen en over de risico's van meeroken bij jonge kinderen tussen 0 en 4 jaar. Indien aanstaande moeders hier behoefte aan hebben, dan kunnen zij deelnemen aan een groepsprogramma Stoppen met roken.

#### *Drugsgebruik*

Met haar preventiebeleid zet de gemeente Delft in op het ontmoedigen van (beginnend) drugsgebruik en het beperken van de risico's van het gebruik zowel voor de gebruiker zelf alsmede voor diens omgeving en de samenleving als geheel. Dit betekent dat het starten met gebruik van genotmiddelen zoveel mogelijk voorkomen wordt en dat indien er wordt gebruikt door jongeren dit verstandig gebeurt.

Het is daarom belangrijk om:

- jongeren te (blijven) informeren over de risico's van drugsgebruik;
- ouders bewust te maken over genotmiddelen(gebruik) en het experimenteergedrag van hun kinderen;
- (opvoed)ondersteuning aan te bieden aan ouders zodat zij het onderwerp met hun kinderen kunnen bespreken;
- problematisch drugsgebruik vroegtijdig te signaleren (zie hoofdstuk 3.4).

Spil in de aanpak is het Preventieplatform Verslavingszorg. Dit platform, onder regie van de GGD-ZHW, zorgt voor een integraal en afgestemd aanbod.

In de periode 2009-2012 zal dit platform op verzoek van de gemeente Delft (beginnend) drugsgebruik op verschillende manieren aanpakken:

*a. uitbreiden en intensiveren van de programma's voor voorlichting en informatie;*

Brijder zal hiertoe een aanbod gaan doen dat gericht is op het toerusten van het voortgezet onderwijs en het middelbaar beroepsonderwijs om verslavingsproblemen beter te kunnen signaleren en te kunnen verwijzen. Een combinatie van interventies binnen verschillende domeinen zoals school, de thuissituatie en uitgaanssituaties heeft meer effect dan een enkelvoudige interventie.

*b. overleg van de gemeente met de Delftse coffeeshophouders;*

Het overleg tussen de gemeente en de coffeeshophouders zal worden geïntensiveerd. Van de coffeeshops wordt een actieve rol verwacht waar het voorlichting en signalering/verwijzing met betrekking tot het softdruggebruik betreft. Brijder is betrokken bij dit overleg.

*c. bevorderen van samenwerking.*

In het kader van de aanpak wordt samenwerking en afstemming bevorderd tussen partijen in de wijken, onder andere de eerste lijn (huisartsen), de Centra voor Jeugd en Gezin en verslavingspreventie. Hierdoor kunnen ouders en jongeren in hun directe omgeving met vragen terecht, wordt preventie en voorlichting in de buurt georganiseerd en weten de organisaties in de wijk beter de weg te vinden naar de gespecialiseerde preventie en zorgverlening.

*Overig*

Niet vergeten mag worden dat ook andere vormen van verslaving ingrijpende gevolgen kunnen hebben. Gokverslaving, medicijnverslaving en misschien ook wel game-verslaving kunnen ernstige gezondheidsschade en andere problemen opleveren. We willen daarom medewerkers van financiële instellingen (gokken), werkers in de zorg (medicijnen) en ouders (gamen) alert maken op signalen van deze problematiek. Ook hier geldt dat relevante informatie snel (digitaal) te vinden moet zijn en dat de eerstelijns in staat is problemen te herkennen en accuraat te verwijzen.

## **Acties en doelstellingen**

### **Acties:**

- De campagne "Lekker helder, 0% alcohol" wordt doorgezet.
- Realiseren van een voorlichtingsaanbod rond alcohol op alle scholen.
- Realiseren van voorlichting rond genotmiddelen op alle VO-scholen.
- Ouders worden telkens bij deze acties en programma's betrokken.
- Organisaties voor verslavingspreventie en -zorg worden dicht bij professionals in de vindplaatsen (deskundigheidsbevordering) en eerstelijns hulpverleners (deskundigheidsbevordering, advisering, verwijzing) gepositioneerd.
- Met maatschappelijke sectoren wordt rond gebruik genotmiddelen en verslavingspreventie steeds verder samengewerkt. Naast het opnieuw tegen het licht houden van bestaande afspraken wordt in 2009 een kader 'Alcohol en genotmiddelen' opgesteld, dat o.a. toegepast wordt bij subsidie- en vergunningverlening.
- Gericht wordt het (starten met) roken onder Vmbo-scholieren en roken door zwangere vrouwen aangepakt.
- Met een op specifieke groepen en op de eerstelijns gericht programma wordt de signalering en behandeling van gok-, medicijn- en gameverslaafden ondersteund.

### **Doelstellingen in 2012:**

- In 2012 is het gebruik van alcohol afgenomen t.o.v. 2008
- In 2012 starten minder jongeren met drinken voor de leeftijd van 16 jaar
- In 2012 is het aantal rokende 17- en 18-jarigen kleiner dan in 2008
- In 2012 starten minder jongeren met het gebruik van genotmiddelen dan in 2008.

### 3.3.2.3 Preventie van psychosociale problemen

#### **Korte stand van zaken**

Binnen het gemeentelijk gezondheidsbeleid is de preventie van psychosociale problematiek relatief nieuw. De landelijke preventienota noemt deze problematiek en wijst ook op de potentieel grote gevolgen voor de persoon, zijn omgeving en maatschappelijk functioneren. Ook de lokale en regionale cijfers laten zien dat deze problematiek een stevige plek binnen het preventief gezondheidsbeleid behoort te hebben.

Bij uitstek geldt hier de in deze nota gehanteerde brede benadering van gezondheid.

Wanneer het maar voldoende tegenzit kan iedereen tegen vormen van geestelijke problemen aanlopen. Bij psychosociale problemen (depressie en angstklachten) is het daarom zaak is dat er op tijd gesignaleerd en geholpen wordt. Werkloos of ziek worden, een partner of een kind verliezen, het zijn momenten waarop de omgeving en hulpverleners extra alert moeten zijn. Ook kinderen van ouders met een psychiatrische of verslavingsproblematiek lopen een groter risico zelf ernstige problemen te ontwikkelen. Het aantal mensen dat (tijdig) hulp krijgt is nog erg laag ten opzichte van het aantal mensen dat lijdt aan stoornissen. Mensen houden de problemen vaak lang voor zich en voor de omgeving wordt het probleem pas zichtbaar als het mis gaat.

Op verschillende manieren wordt inmiddels gewerkt aan de preventie van psychosociale problemen. Binnen het basisonderwijs wordt veel (beginnende) problematiek gesignaleerd. Er zijn testen en cursussen beschikbaar en er kan verwezen worden naar geïndiceerde hulpverlening. In beginsel geldt dit ook voor het voortgezet onderwijs, maar waarschijnlijk blijft er ook veel verborgen. Een grote groep jongeren kampt met psychische problemen (zie hoofdstuk 2), maar weet zich daar nog onvoldoende raad mee.

Vanuit de GGZ wordt, in samenwerking met eerstelijns-psychologen en huisartsen, ingezet op verbetering van signalering, advisering en doorverwijzing. De GGZ is ook de drager van de allochtone zorgconsulenten, die – overigens breder dan alleen psychische problematiek – de communicatie tussen cliënt en hulpverlener ondersteunen. Samen met het algemeen maatschappelijk werk vormt de GGZ de kern van het Meldpunt Bezorgd?, dat veel psychosociale problematiek op zich af ziet komen.

Via het ouderenwerk wordt veel problematiek, waaronder vereenzaming na partnerverlies, gevonden onder ouderen. In de nota Wonen, Zorg en Welzijn wordt de aanpak van sociaal isolement, vaak ook het gevolg van dementie, uitgebreid beschreven.

Tot slot mag in dit beknopte overzicht de psychosociale hulpverlening bij ongevallen en rampen niet onvermeld blijven.

Ondergewicht door eetstoornissen is een fenomeen bij kinderen en jongeren dat steeds vaker voorkomt. Uit recente gegevens blijkt dat 17% van de kinderen van 0 tot 11 jaar en 11% van de jongeren kampt met (ernstig) ondergewicht. Vaak liggen hier psychosociale oorzaken aan ten grondslag. De omvang van dit probleem is nog niet alom erkend en krijgt daarom ook nog niet de aandacht die het verdient.

#### **Ambities en aanpak**

De ambitie van de gemeente bestaat uit het voorkomen en vroegtijdig signaleren van depressieve en angstklachten en het terugdringen van ondergewicht als gevolg van eetstoornis onder jeugdigen.

De preventieve aanpak van de psychosociale problematiek wordt vooral gericht op bewustwording en drempelverlaging bij het zoeken van advies of hulpverlening. We streven in zekere zin naar een vorm van 'normalisering' van de problematiek. We gaan aan de slag met de volgende aanpak:

- In de Krant voor Zorg en Gezondheid wordt stevast aandacht besteed aan vormen van psychosociale problematiek en de wijze waarop mensen daarmee zijn omgegaan.
- We willen in overleg met de jongerenraad/het nieuwe jeugdplatform en hulpverleners komen tot een aanpak van psychosociale problematiek onder jongeren. We

onderzoeken daarbij hoe jongeren daarbij zelf een rol zouden willen en kunnen spelen.

- Naast het ook op dit gebied profileren van het Meldpunt Bezorgd?, het Startpunt Wonen, Zorg en Welzijn en de Centra voor Jeugd en Gezin gaan we stelselmatig de e-hulp adressen op dit gebied vermelden. Juist op dit terrein blijkt e-hulpverlening een effectief instrument te zijn.
- Het contact met lotgenoten is een goed middel om mensen te laten inzien dat zij niet alleen staan met hun vragen. Wij zullen hiermee in de programmering van het voorlichtings- en ondersteuningsaanbod rekening houden.
- We willen naar een outreachende aanpak toe gericht op mensen waarvan bekend is dat zij vanwege een negatieve levenservaring een aanzienlijk risico lopen psychische klachten te ontwikkelen. Dit vergt nader onderzoek en gesprek met GGZ, huisartsen, ouderenwerk en andere partijen.

Rond (ernstig) ondergewicht willen we bij de GGD-ZHW en eventuele andere instellingen nader advies inwinnen om tot een (versterking van de) aanpak te komen.

### **Acties en doelstellingen**

Acties:

- Inzet Krant voor Zorg en Gezondheid
- Jongeren betrekken bij aanpak onder jeugd
- E-hulp ontsluiten
- Programmeren van lotgenotencontact
- Uitwerken outreachende aanpak
- Nader advies inwinnen omtrent de aanpak ondergewicht

Doelstelling:

- Het percentage jeugdigen met ondergewicht is t.o.v. 2008 in 2012 niet toegenomen.

#### **3.3.2.4 Gezond seksueel gedrag**

##### **Korte stand van zaken**

De laatste jaren is een stijgende trend herkenbaar in het vóórkomen van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's). Onder jongeren komt vooral chlamydia voor.

Gonorroe en syfilis komen meer voor bij homo- en biseksuele mannen. Risicogroepen bij SOA/Aids zijn jongeren, mannen met homoseksuele contacten, prostituees/prostituanten, drugsverslaafden en migranten/asielzoekers.

Op dit gebied wordt veel voorlichting geboden en is veel informatie voorhanden. In het voortgezet onderwijs wordt via vakken als biologie, maatschappijleer en via voorlichting door externen aandacht besteed aan de seksuele ontwikkeling van jongeren. De wijze waarop kan echter per school/leerkracht verschillen.

Via het seksspreekuur van het JongerenInformatiePunt (JIP) en via de GGD-ZHW (digitaal, inloopsprekuren Centra Jeugd en Gezin, regionaal SOA-centrum) kan informatie en verwijzing voor behandeling worden verkregen. De GGD-ZHW organiseert samen met andere organisaties (GGD-Nederland, JIP, Delftse Werkgroep Homoseksualiteit e.a.) voorlichtingscampagnes en -activiteiten, waaronder de Week van de Liefde.

De Schorerstichting voert een landelijk preventieprogramma uit op het terrein van HIV en SOA gericht op homoseksuele mannen.

##### **Ambities en aanpak**

De gemeente Delft wil bijdragen aan een evenwichtige seksuele ontwikkeling van haar burgers. Vier thema's staan daarbij centraal:

- Seksuele opvoeding. Wat moet je ervan weten? Nadenken over seks, liefde en relaties.
- Zwanger worden of juist niet.
- SOA's.
- Seksueel misbruik.

Gek genoeg lijkt het eerste thema, wat voor veel mensen toch erg belangrijk is, relatief weinig aandacht te krijgen. Het lijkt er ook op dat de rol van ouders op het gebied van seksuele opvoeding kleiner is geworden, ofwel omdat de kinderen 'er alles al van weten' ofwel omdat ouders te veel verwachten van de rol van de school. We willen daarom, o.a. via het aanbod in de brede school voor ouders en de Centra voor Jeugd en Gezin, ouders beter ondersteunen bij dit aspect van de opvoeding van hun kinderen.

We zullen daarnaast met de GGD-ZHW nagaan of deze kant van de seksuele ontwikkeling van jeugdigen voldoende in schoolprogramma wordt belicht.

In de anti-alcohol campagne is gekozen voor "Heldere taal". Die gedachte geldt hier net zo goed. Veilig willen vrijen en 'Nee!' durven zeggen horen de regel te zijn. Deze norm zullen we de komende jaren consequent uitdragen in voorlichting (onder risicogroepen), jongerenwerk en de uitgaanswereld van jongeren.

Daar hoort ook bij dat het overtreden van deze norm niet wordt geaccepteerd. Nee horen en toch ja doen en toch zonder condoom willen vrijen is niet stoer. Hier geldt echter, net als voor zwaardere vormen van seksueel misbruik, dat het (zelf) melden of door de omgeving signaleren van seksueel wangedrag niet gemakkelijk is. Desondanks gaan we hier de komende jaren stappen in zetten. We denken daarbij aan deskundigheidsbevordering bij professionals, het profileren van vertrouwenspersonen op scholen, afstemming met de aanpak kindermishandeling en het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) en een goed overwogen aanpak van daders.

De DWH heeft de gemeente uitgenodigd om samen op te trekken op Wereld Aids Dag (1 december). De gemeente en de GGD-ZHW zullen dit gebruiken om extra aandacht te vestigen op de risico's rondom SOA's en aids en op de ondersteuning die de GGD-ZHW biedt. Met de DWH zal verkend worden welke behoefte er verder is wat betreft preventieactiviteiten op dit terrein.

### **Acties en doelstellingen**

Acties:

- Ouders (weer) in positie brengen bij de seksuele opvoeding van kinderen.
- Met de GGD-ZHW nagaan of scholen voldoende aandacht besteden aan vragen over 'hoe doe je dat eigenlijk, seks?' en seks, liefde en relaties.
- Veilig vrijen en 'Nee!' durven zeggen uitdragen als de norm.
- Meer mogelijkheden scheppen om vormen van misbruik te melden of te signaleren.
- Versterken van de samenwerking met DWH.

Doelstellingen:

- Ouders voelen zich in hun rol bij de seksuele opvoeding van hun kinderen in 2012 beter ondersteund dan in 2009.
- De stijgende trend in SOA's is in 2012 Delft omgebogen naar een dalende.

#### **3.3.2.5 Preventiebeleid Huiselijk geweld**

##### **Korte stand van zaken**

Op dit moment functioneert het Advies en Steunpunt Huiselijk Geweld (ASHG) als eerste aanspreekpunt als het gaat om huiselijk geweld binnen DWO. Er zijn samenwerkingsafspraken met de politie over het doorverwijzen van de slachtoffers. Verder kunnen alle inwoners binnen DWO-gebied plus alle professionals een beroep doen op het Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld (ASHG) als het gaat om hulp en advies op het gebied van huiselijk geweld. Het ASHG werkt hierbij nauw samen met onder andere politie, Algemeen Maatschappelijk werk en jeugdzorg.

Naast het doorverwijzen van de slachtoffers naar het ASHG verwijst de politie kinderen naar Kindspoor (jeugdzorg) en plegers naar de Waag (forensische psychiatrie). Meldpunt Bezorgd? fungeert als meldpunt en afstemmingsplaats op het gebied van ouderenmishandeling.

Vanuit de Vrouwenopvang wordt residentiële hulp verleend aan vrouwen van voornamelijk buiten de regio en ambulante hulp (Op de Rails) aan huishoudens binnen het DWO gebied.

Op dit moment is de vrouwenopvang bezig met een kwaliteitsverbetering aan de hand van een landelijk beleidsplan. Het streven is naar kleinschalige huisvesting en uitbreiding van de ambulante hulpverlening. Op het gebied van eengerelateerd geweld is een werkgroep actief binnen Delft. Hierin zijn de politie, Voortgezet Onderwijs, ASHG, BWD en de gemeente vertegenwoordigd. Delft is geselecteerd door VROM om deel te nemen aan het kaderprogramma 'Aan de goede kant van de eer'. Dit is een preventieprogramma waarin wordt samengewerkt met migrantenorganisaties.

Binnen alle relevante organisaties zijn aandachtfunctionarissen actief op het gebied van huiselijk geweld/ouderenmishandeling en eengerelateerd geweld. Er is regelmatig onderling overleg zowel op uitvoerings- als beleidsniveau.

Aandachtspunten en verbeterpunten die inmiddelsesignaleerd zijn:

- de regierol en monitoring op cliëntniveau;
- geringe aantal deelnemers aan vrijwillige daderbehandeling;
- geringe aantal meldingen naar het ASHG vanuit de regiopolitie;
- geringe aantal meldingen ouderenmishandeling;
- lage aantal aangiftes door slachtoffers;
- recidive.

Naast deze aandachtspunten zijn er verschillende landelijke en regionale ontwikkelingen die om aandacht vragen:

- invoering wet tijdelijk huisverbod;
- implementatie actieplan kindermishandeling (RAAK);
- noodzaak van het vroegtijdig onderkennen ernstige risicosituaties;
- inbedding in de jeugdketen.

### **Ambities en aanpak**

De ambitie van de gemeente is het voorkomen en terugdringen van huiselijk geweld.

De aanpak zal een nog meer systeemgericht karakter krijgen.

Voor huiselijk geweld geldt dat preventie van (overmatig) alcoholgebruik, het gebruik van andere genotmiddelen en psychosociale problemen dan wel het vroegtijdig signaleren van dergelijk problemen direct een gunstig effect heeft op de omvang of de ernst van de problematiek. Dat neemt niet weg dat het blijvend investeren in deskundigheid van huisartsen, politie, de Centra voor Jeugd en Gezin, onderwijzers en verzorgenden ten behoeve van de signalering of verwijzing van huiselijk geweld van groot belang is. Ook de bekendheid van Meldpunt Bezorgd? en de rol van het meldpunt op dit terrein is iets om zuinig op te zijn.

We willen graag meer aandacht besteden aan het maatschappelijk herstel van slachtoffers en daders. De preventieve betekenis is hiervan groot, zowel in termen van het voorkomen van verdere psychische of maatschappelijke schade, als in termen van het tegengaan van recidive. Samen met de betrokken instellingen wordt hiervoor een verdere aanpak ontwikkeld.

Eind 2008 zal de Wet Tijdelijk Huisverbod van kracht worden. Het huisverbod kan zowel bij zaken met een strafrechtelijk karakter, als bij zaken waar zich nog geen strafbare feiten hebben voorgedaan worden opgelegd. De taak van het opleggen, intrekken en controleren op de naleving van het huisverbod is bij de burgemeesters neergelegd. De wet biedt politie en hulpverlening een instrument om escalatie van huiselijk geweld te voorkomen. Dit gebeurt door (potentiële) plegers tijdelijk de toegang tot het huis te ontfeggen en acuut hulpverlening in te zetten.

De afgelopen jaren is in enkele proefregio's in het land onder de naam RAAK een actieplan ontwikkeld om kindermishandeling terug te dringen. Dit is een nieuwe ontwikkeling, die niet meer in de Jeugdnota kon worden meegenomen. De inbedding ervan vindt vooral plaats binnen de jeugdketen, maar er ligt natuurlijk een belangrijke verbinding met de aanpak van huiselijk geweld. De implementatie zal vanaf 2008 regionaal plaatsvinden, gekoppeld aan de centrumgemeenten voor huiselijk geweld. De regionale aanpak bestaat uit de volgende onderdelen:

- het realiseren van een gezamenlijke regionale meldcode voor het melden van kindermishandeling;
- gezamenlijke deskundigheidsbevordering op het gebied van signaleren;
- het versterken van het vermogen om gestructureerd te beslissen en professioneel te handelen door professionals bij (vermoedens van) kindermishandeling;
- het realiseren van snelle en passende zorg wanneer kindermishandeling wordt geconstateerd.

Daarnaast wordt van alle centrumgemeenten voor vrouwenopvang/huiselijk geweld verwacht dat zij de komende jaren beleid gaan voeren op het gebied van genitale verminking. Vanuit het ministerie van VWS wordt de aanpak van vrouwelijke genitale verminking gestimuleerd doordat vanuit het landelijke niveau expertise gedeeld gaat worden met lokale en regionale organisaties en doordat geld beschikbaar zal komen voor de aanpak van dit probleem. In Delft (Delft-Westland-Oostland) zullen we deze ontwikkeling nauwgezet volgen en invoeren.

### **Acties en doelstellingen**

Acties:

- Het meer deskundig maken van medewerkers in vindplaatsen (signalering) en de eerste lijn (signalering en verwijzing).
- Implementatie van de Wet Tijdelijk Huisverbod.
- Delft trekt als centrumgemeente de implementatie van het Regionaal Actieplan Aanpak Kindermishandeling.
- We bestrijden vrouwenbesnijdenis.
- Er wordt nog meer nadruk gelegd op het maatschappelijk herstel van slachtoffers en daders van huiselijk geweld.
- Het vergroten van de bewustwording onder mannen en vrouwen ter preventie van huiselijk geweld (zie Nota Emancipatie Impuls).

Doelstellingen:

- In 2012 is de aangiftebereidheid van huiselijk geweld gestegen van 10-15% naar 30%.
- In 2012 is de recidive van plegers van huiselijk geweld (nu 46%) aantoonbaar dalend.
- De aangiftebereidheid van kindermishandeling is in 2012 jaarlijks gestegen en het aantal gevallen is in 2012 gestabiliseerd.

### **3.4 Vroegsignalering (aangrijpingspunt 4)**

#### **Korte stand van zaken**

Het belang van vroegsignalering is moeilijk te overschatten. Helaas kunnen we met preventie niet alle problemen voor zijn. Waar die problemen zich dan toch voordoen, kunnen ze het beste zo snel mogelijk gezien worden.

Ook hier stuiten we op een aantal lastige vraagstukken:

Ten eerste hebben veel mensen de neiging niet met hun problemen te koop te willen lopen. Dat is op zich niet verkeerd, behalve wanneer er op korte of langere termijn schade kan ontstaan.

Ten tweede buitelt in Nederland iedereen over elkaar heen om aan voorlichting en vroegsignalering te doen, met alle verwarring die dat veroorzaakt bij burgers en professionals in vindplaatsen als gevolg. Een betere taakverdeling tussen burgers, professionals in vindplaatsen, eerstelijns en tweedelijns kan daarom helpen.

Ten derde bestaat de neiging om voor afzonderlijke vraagstukken ook afzonderlijke ketens van voorlichting, vroegsignalering, verwijzing, behandeling en maatschappelijk herstel te willen bouwen. Dat maakt de zorg niet alleen hype-gevoelig, maar doet ook afbreuk aan effectiviteit en samenwerking.

### Ambitie en aanpak

In Delft (en de regio Delft-Westland-Oostland) willen we gezondheidsproblemen zo vroeg mogelijk signaleren. Gezien de hierboven beschreven lastige vraagstukken denken we aan de volgende aanpak:

Ten eerste is het belangrijk dat mensen weinig drempels ervaren wanneer zij met een (mogelijk) probleem te maken hebben. We vinden het daarom belangrijk dat professionals in scholen, buurten en zorg (e.a.) in staat zijn te merken dat er iets “niet pluis” is en weten hoe ze daarmee moeten omgaan. Deskundigheidsbevordering blijft nodig.

Voor de betreffende burger, voor mensen eromheen en voor de professionals in de vindplaatsen moet duidelijk zijn waar men met een vraag of een signaal terecht kan. We willen daarom consequent uitdragen dat men naast de huisarts (en 112) drie loketten moet kennen:

- Het Meldpunt Bezorgd?
- Het Startpunt Wonen, Zorg en Welzijn
- Het Centrum voor Jeugd en Gezin

Aangezien de gezondheidscentra, het Startpunt en de CJG's in toenemende mate wijkgericht werken komt de eerstelijns niet alleen fysiek dichterbij, maar kan vanuit de groeiende bekendheid van hulpverleners met 'hun' wijk gericht en outreachend gewerkt worden.

Zoals al eerder in de nota is beschreven (psychosociale klachten, seksuele problematiek, huiselijk geweld) willen we door regelmatige publicaties en lotgenotencontacten mensen laten merken dat zij niet als enige met een probleem te kampen hebben.

Daarnaast is inmiddels voldoende aangetoond dat informatieverstrekking en hulpverlening via het internet drempelverlagend kunnen werken en effectief kunnen zijn. We zullen daarom de komende periode, in nauwe samenwerking met vertrouwde partners in de zorg, e-informatie en e-hulpverlening betrekken in het gemeentelijke gezondheidsbeleid.

Verder valt op dat preventieve gezondheidsscreeningen steeds normaler gevonden worden. Zo is naast het consultatiebureau voor kinderen het consultatiebureau voor ouderen in opmars, laten vijftigers zich voor de zekerheid maar eens doorlichten en willen werkgevers vaker weten hoe het met de conditie van hun personeel is gesteld. Wij willen nagaan of er inmiddels (digitale) screeningsproducten op de markt zijn, die binnen het kader van de publieke preventieve gezondheidszorg inzetbaar zijn. Verbetering van vroegsignalering en ook weer drempelverlaging kunnen hiermee gediend zijn.

Iedere vijf jaar krijgt elke vrouw tussen 30-60 jaar in Nederland een uitnodiging om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek (WBO). In Nederland wordt bij ongeveer 600-700 vrouwen per jaar baarmoederhalskanker vastgesteld. Er overlijden jaarlijks in ons land zo'n 200 vrouwen aan deze ziekte. Uit een recente cijfers blijkt dat 35% van de vrouwen uit de doelgroep niet aan het onderzoek deelneemt. Het blijkt dat veel vrouwen van allochtone afkomst om uiteenlopende redenen niet deelnemen aan deze onderzoeken. Het is belangrijk om het bereik van vrouwen te verhogen, want bij vroege ontdekking kan baarmoederhalskanker vaak behandeld worden en geheel worden genezen.

Ten tweede streeft de gemeente Delft een heldere taakverdeling na tussen vindplaatsen, eerste- en tweedelijns.

### Toelichting op de begrippen vindplaatsen, 1<sup>e</sup> lijn en 2<sup>e</sup> lijn

|                                  |                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0 <sup>e</sup> lijn/vindplaatsen | vrijwilligers en mantelzorgers, onderwijsmedewerkers, medewerkers van kinderdagverblijven, politieagenten, sportverenigingen, welzijns- en jongerenwerkers, ouderenwerkers, bezoekvrouwen, leidinggevenden op de werkvloer e.a. |
| 1 <sup>e</sup> lijn              | huisarts, CJG, AMW, Startpunt WZW, fysiotherapeut, 1 <sup>e</sup> lijnspsycholoog, verloskundige, Meldpunt Bezorgd? e.a.                                                                                                        |

|                     |                                                                                                                                              |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2 <sup>e</sup> lijn | ziekenhuis, medisch specialist, verpleeg- en verzorgingshuis, GGZ, jeugdhulpverlening, verslavingszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg e.a. |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Voor de medewerkers in de vindplaatsen geldt dat zij in staat zijn op te merken dat iets niet in orde is en weten hoe zij dat in hun werksituatie moeten aankaarten en wie daarbij kan worden ingeschakeld. Niet verwacht mag worden dat iedereen in staat is iedere soort van problematiek te kunnen herkennen. Wel mag worden verwacht dat medewerkers in de vindplaatsen op de hoogte zijn van specifiek voor hun beroepssituatie geldende risico's. Deskundigheidsbevordering binnen de vindplaatsen dient hierbij aan te sluiten.

Van professionals in de eerstelijns mag al veel meer worden verwacht. Het maakt echter wel uit of een hulpverlener daadwerkelijk gericht is op brede signalering (huisarts, CJG, Startpunt WZW, Meldpunt Bezorgd?) of al een specialist is binnen die eerstelijns (fysiotherapeut, verloskundige, 1<sup>e</sup> lijnspsycholoog). Hoe dan ook moeten burgers en professionals uit de vindplaatsen altijd bij de eerstelijns terecht kunnen voor advies, (eerste) behandeling of doorverwijzing. Bovendien horen eerstelijns hulpverleners actief aangesloten te zijn op risicosituaties binnen hun werkgebied of praktijk.

Van de tweedelijnszorg mag verwacht worden dat zij nauw aansluit op de eerstelijns en deze in staat stelt om adequaat naar burgers en vindplaatsen te werken. Dat betekent dat tweedelijns-organisaties bijdragen aan de deskundigheid in de vindplaatsen en de eerstelijns en direct voor de eerstelijns beschikbaar zijn voor advisering en ondersteuning en waar nodig natuurlijk behandeling van de cliënt. Vaak is het erg belangrijk dat bij behandeling de verbinding wordt gelegd met de school en/of het netwerk van de cliënt. Op dat moment sluit de tweedelijns weer aan (idealerweise met kennisgeving aan school- of huisarts e.a.) op de vindplaats.

Ten derde streven we naar een situatie met stevige en goed ondersteunde professionals in de vindplaatsen en een breed opererende eerstelijns. Zij zijn samen in staat over een breed front van medische en psychosociale problematiek de eerste signalering, eerste interventies en verwijzing te doen. Zij worden daarbij bijgestaan door specialisten binnen de eerstelijns en uit de tweedelijns. Deze verdeling tussen breed en specialistisch sluit aan op de opleiding en ervaring van de betrokken hulpverleners en biedt de beste kansen op een flexibele (uitgaande van de vraag) en effectieve (verminderen van dubbels) zorgketen.

## Acties en doelstellingen

### Acties:

- GGZ-Delfland, Brijder-verslavingszorg e.a. verzorgen een trainingsaanbod voor professionals in vindplaatsen en eerstelijns.
- De GGZ en Brijder werken in samenspraak met de 1<sup>e</sup> lijns disciplines een aanpak uit die leidt tot verbetering van signalering en diagnosestelling in de eerste lijn van GGZ- en verslavingsproblematiek. Daar waar sprake is van dubbeldiagnostiek ondersteunen beide organisaties bij een juiste toeleiding.
- In de wijk Voorhof start een pilot voor het vroegtijdig signaleren van psychische problemen bij senioren. In samenspraak met alle disciplines wordt een integrale werkwijze ontwikkeld die in 2009 van start gaat. Indien de werkwijze succesvol is wordt deze verbreed naar andere wijken.
- De gemeente Delft gaat onderzoeken of, samen met partners, lokaal een (digitale) preventieve gezondheidstoets kan worden ingevoerd.
- Online programma's voor mensen met een alcoholprobleem en met depressieve klachten, zoals de online training "Grip op je dip" van GGZ-Delfland, zijn zeer succesvol. De gemeente zal de bekendheid bij burgers over dit soort instrumenten bevorderen. Via GGD en gemeentelijke communicatie zal te vinden zijn welke digitale programma's geadviseerd kunnen worden. In overleg met de GGD-ZHW wordt een kwaliteitswaarborg voor te promoten zelfhulpprogramma's ontwikkeld.

- De gemeente Delft neemt het initiatief om in samenwerking met de gezondheidszorg een zelfonderzoek baarmoederhalskanker te introduceren, zodat vrouwen die nu nog niet worden bereikt wel gaan deelnemen.
- De gemeente baseert zich bij subsidieverlening en het (verder) inrichten van preventie- en vroegsignaleringsbeleid op de uitgangspunten zoals hierboven onder ten tweede en ten derde verwoord.

Doelstelling:

- Verhogen van deelname aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker naar boven de 75% in 2012.

### **3.5 Verbeteren van de kwaliteit van leven (Aangrijpingspunt 5)**

Hoe gezond we ook leven, ziekte en beperkingen horen bij het bestaan. Het is dan ook belangrijk na te denken over gezondheidsrisico's, maatschappelijke participatie en welbevinden van zieke of gehandicapte mensen. Het zijn vooral kwetsbare ouderen, mensen met chronische aandoeningen, mensen met geestelijke of fysieke beperkingen en een deel van de OGGZ-doelgroep, die ondersteuning nodig hebben. Aan de relatieve onzichtbaarheid van deze groepen mensen in de samenleving dient een einde te komen. Diverse beleidsterreinen kunnen daar hun bijdrage aan leveren.

In de nota Wonen Zorg en Welzijn is ingegaan op het realiseren van de inclusieve samenleving door de toegankelijkheid van activiteiten en voorzieningen te vergroten. Een inclusieve samenleving is een gevarieerde samenleving en biedt mogelijkheden tot betrokkenheid bij de eigen omgeving. Vrije tijd, wonen, sport, werk en school bieden kwetsbare mensen mogelijkheden om aan het normale leven deel te nemen. We stimuleren dat mensen met een zorg- of ondersteuningsvraag in kleinschalige voorzieningen of zelfstandig in de wijken wonen en dat er voor hen ook mogelijkheden zijn om een bijdrage aan het leven in de wijk te bieden. De verwachting is dan ook een grotere acceptatie door en zelfs verbinding met andere buurtgenoten.

In Delft is een scala van organisaties actief, die door ondersteuning een bijdrage kunnen leveren aan de kwaliteit van leven.

De stichting Buddy netwerk ondersteunt mensen die ernstig ziek zijn. Buddy Netwerk voorziet in Buddyzorg en Hiv-hulpverlening.

Inloophuis Debora is een ontmoetingscentrum voor mensen met kanker en hun naasten. Iedereen die geconfronteerd wordt/wordt met kanker kan er terecht voor een praatje, een luisterend oor, steun, ontspanningsmogelijkheden, creatieve activiteiten en thema bijeenkomsten.

Praktische Thuishulp DWO van MEE biedt hulp en ondersteuning aan kinderen en volwassenen met een handicap of een chronische ziekte en aan hun verzorgers.

Voorbeelden van praktische thuishulp zijn een oppashulp, speelhulp, hulp bij vrijetijdsbesteding, samen er op uit en gast/logeergezinnen.

Alzheimer DWO verzorgt activiteiten voor mensen met dementie en hun familie: het verzorgen van voorlichting en cursussen, de organisatie van het Alzheimercafé en mantelzorgondersteuning.

De vrijwilligers van de Vereniging Palliatieve Thuiszorg (VPTZ) bieden al sinds 1987 hulp bij de verzorging en begeleiding van terminale patiënten. Ze geven o.a. steun en aandacht als de patiënt heeft gekozen voor een laatste levensfase thuis, of in een hospice of 'bijna-thuishuis'.

De stichting Hospice Delft is een zorginstelling/gasthuis waar mensen in de laatste fase van hun leven kunnen doorbrengen in een omgeving die op de thuissituatie lijkt. De (ruim 50) vrijwilligers die in het Hospice werkzaam zijn, zijn afkomstig van de Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg.

Vriendendienst van PerspeKtief is een dienstverlening voor mensen met een psychiatrische achtergrond, die de uitdaging aan durven gaan om met een onbekende, een vrijwilliger in contact te komen. Deze vrijwilliger spant zich in een 1 op 1 situatie in voor de cliënt.

In deze paragraaf wordt op twee thema's ingegaan:

- Zorg in de buurt (3.5.1)
- OGGZ-beleid en verslavingszorg (3.5.2)

### **3.5.1 Zorg in de buurt**

#### **Korte stand van zaken**

Steeds meer zorg en verzorging wordt extramuraal (buiten de zorginstelling) aangeboden. Delft streeft ernaar om in elke wijk een goede set aan voorzieningen en woningen te realiseren, zodat deze levensloopbestendig zijn, je er oud kunt worden en ook zorgbehoevenden en mensen met een beperking overal in de stad kunnen wonen. In een dergelijke woonservicezone zijn alle voorzieningen op gebieden van zorg, vervoer, winkels en dagbesteding/welzijn binnen beperkte afstand van elkaar bereikbaar.

In 2008 is een project gestart dat moet leiden tot goede vormen van klantondersteuning bij GGZ-problematiek. De gemeente en de deelnemende partijen als GGZ-Delfland, MEE en de SOD, willen bereiken dat alle burgers, dus ook de GGZ-doelgroep, die dat nodig hebben de weg naar voorzieningen in de stad weten te vinden en zonodig geholpen worden bij het oplossen van hun probleem. Het Startpunt Wonen Zorg Welzijn gaat hierin een centrale rol vervullen.

Doel van het project is om zicht te krijgen op de problemen die de doelgroep ondervindt bij participatie binnen de Delftse samenleving en zicht te krijgen op de mogelijkheden waarmee deze participatie kan worden versterkt.

Een aantal jaren geleden is de gemeente Delft gestart met het realiseren van toegankelijke gezondheidscentra in alle wijken. Werd dit beleid in eerste instantie ingezet om een dreigend tekort aan huisartsen- en tandartsenzorg tegen te gaan inmiddels zijn de centra uitgegroeid tot brede multidisciplinaire verzamelplaatsen. In elk centrum zit in ieder geval een huisartsenpraktijk, een Centrum voor jeugd en Gezin en het Algemeen Maatschappelijk Werk.

De centra zijn voor een aantal belangrijke functies zoals het AMW en het CJG de voordeur in de wijk. De centra zullen meer en meer een bijdrage leveren aan het verbeteren van de zorg en de samenwerking in de zorg op wijkniveau.

Voor het integraal oppakken van problemen op wijkniveau moet sprake zijn van ketensamenwerking tussen domeinen die elkaar nu nog onvoldoende weten te bereiken zoals: Jeugd, Veiligheid, Zorg en gezondheid, Veiligheid etc. Een voorbeeld hiervan is: de Aanpak 4 buurten in Buitenhof. In de wijk Buitenhof wordt met de aanpak van 4 probleembuurten ingestoken op het integraal oplossen van problemen. Problemen en oplossingen op terreinen als leefbaarheid, sociaal economische achterstanden, opvoedproblemen, gezondheid en participatie en overlast/veiligheid worden in relatie tot elkaar en in samenspraak met bewoners aangepakt. De werkwijze van Buitenhof kan in de toekomst mogelijk dienen als een voorbeeld voor andere wijken en buurten.

#### **Ambities en aanpak**

De gemeente maakt zich sterk voor het realiseren van kwaliteit van leven voor de meest kwetsbare groepen in de samenleving door het bevorderen van participatie op diverse terreinen, waaronder werk, sport en sociale netwerken. Daartoe wordt ondersteuning geboden bij het vinden en organiseren van goede dagbesteding en/of werk en worden mensen in staat gesteld om een netwerk aan sociale contacten op te bouwen.

In 2008 is een proces van start gegaan, onder leiding van de Stichting ELO, dat tot doel heeft om de samenwerking tussen instellingen op het gebied van welzijn en zorg te verbeteren.

Uit contacten met het veld bleek dat er nog veel lacunes zitten in de contacten die instellingen met elkaar hebben.

De Stichting ELO zal in alle wijken een kerngroep op gebied van zorg en welzijn organiseren die tot doel heeft de onderlinge samenwerking te bevorderen en om planmatig problemen in een wijk aan te kaarten en op te pakken.

De Stichting ELO zal in ieder geval tot 2010 haar aanpak voor bevordering van samenwerking in de wijken blijven uitvoeren. Positieve ervaringen die in wijken worden opgedaan zullen via stedelijke bijeenkomsten breed bekend worden gemaakt, zodat men over en weer van elkaar kan leren.

Voor individuele burgers is het belangrijk snel de juiste hulp te krijgen. Samenwerking en afstemming tussen zorgverleners is daarbij belangrijk. De contacten tussen verschillende groepen professionals worden gestimuleerd. Een voorbeeld daarvan is het initiëren van contacten tussen fysiotherapeuten en sportschoolhouders.

#### **Acties**

- Uitvoeren van het project gericht op goede klantondersteuning bij GGZ-problematiek.
- Voor Delftenaren met een geestelijke of fysieke beperking worden meer mogelijkheden geboden voor dagbestedingactiviteiten, sport en werk op maat. Hiervoor worden onder andere reïntegratiemiddelen vanuit de WWB ingezet.
- De gemeente gaat het voor mensen met een beperking beter mogelijk maken om te sporten in de buurt. Hiervoor worden het bestaand sportaanbod en de voorzieningen aangepast aan de behoefte van de doelgroep.
- Het aanbod vanuit wijk- en buurtcentra wordt beter afgestemd op de behoefte van de kwetsbare groepen. De reguliere wijkactiviteiten worden daarvoor beter toegankelijk gemaakt.
- De gemeente zal met aanbieders als Ipse en Steinmetz zoeken naar mogelijkheden om meer aanbod aan dagactiviteiten en werkmogelijkheden te realiseren voor deze doelgroep in bestaande centra in Delft.
- Versterken contacten tussen beroepsgroepen.

Doelstelling:

- In 2012 zijn kwetsbare burgers tevredener over hun mogelijkheden tot participatie in sport, werk en activiteiten in de buurt.

### **3.5.2 OGGZ-beleid en verslavingszorg**

#### **Korte stand van zaken**

Op deze beleidsterreinen is de gemeente Delft beleidsmatig actief als centrumgemeente voor de regio Delft-Westland-Oostland.

De DWO-gemeenten hebben gekozen voor een gezamenlijk meldpunt OGGZ (Bezorgd). Met name de koppeling aan lokale zorgstructuren (bijvoorbeeld de JGZ) en welzijnsbeleid is een belangrijke taak van de gemeenten.

Mensen met chronische psychiatrische aandoeningen hebben behoefte aan voldoende opvang en zorg. Het is belangrijk dat deze groep mensen na een opname periode voldoende en de juiste steun krijgt uit de omgeving, zodat zij zo normaal mogelijk kunnen functioneren en de kans op terugval wordt voorkomen of op tijd signaleerd.

Dit vraagt om de organisatie van een goed netwerk om deze mensen heen.

In het kader van de verslavingszorg is de afgelopen jaren redelijk succesvol gewerkt aan preventie, signalering, toeleiding en zorg. Als het gaat om de kwaliteit van leven komen ook andere invalshoeken in beeld.

Binnen het Stedelijk Kompas dakloosheid is een meerjarenproject gestart dat tot doel heeft beschermd wonen te realiseren voor chronisch verslaafden en ACT-cliënten. Hieraan wordt deelgenomen door gemeente, verslavingszorg, ACT, maatschappelijke opvang, een woningcorporatie en de politie.

In deze aanpak wordt ingezet op maatwerk door het bieden van casemanagement, beschermd wonen, woonbegeleiding en dagbesteding of werk voor chronisch verslaafden. Daarnaast wordt hulp geboden op verschillende levensterreinen, bijvoorbeeld medische zorg, budgettering, schuldhulpverlening en inkomen.

### **Ambities en aanpak**

In het kader van het OGGZ-beleid worden een aantal activiteiten op verschillende terreinen opgepakt en ingezet.<sup>8</sup> Een aantal belangrijke speerpunten op deze terreinen zijn:

- verbeteren van het bereik van de zorgvragers;
- voorkomen van wachtlijsten;
- verbeteren van de kwaliteit van de vrouwenopvang;
- versterken van de ketensamenwerking huiselijk geweld;
- zorgdragen voor voldoende opvang mogelijkheden de verslavingsopvang, aangezien het aantal zorgvrager toeneemt;
- het behoud van de beschikbaarheid van zogenaamde alcoholbedden (intramurale alcoholzorg) voor en in de regio DWO;
- ketenzorg op het gebied van alcohol- en drugsproblematiek;
- invoering van het Stedelijk Kompas.

Specifiek besteden we vanuit een breed samenwerkingsverband aandacht aan beschermd wonen voor chronisch verslaafden en ACT- cliënten.

Daarbij gaat het ook om woonbegeleiding en dagbesteding of werk en hulp ten aanzien van medische zorg, budgettering, schuldhulpverlening en inkomen.

Op andere terreinen zoals bij zorgmijders (OGGZ), verslaafden of mensen met ernstige chronische stoornissen kan het nodig zijn om casemanagement in te zetten.

De casemanager, afkomstig uit een van de betrokken instellingen, doorgaans de instelling die de kernproblematiek behandelt, regisseert dan de multidisciplinaire inzet.

### **Acties en doelstellingen**

Acties:

- Uitvoering van het strategisch plan OGGZ
- In het kader van het Stedelijk Kompas Dakloosheid worden trajecten voor dak- en thuislozen uitgezet die moeten leiden naar passende huisvesting, zorg, inkomensvoorzieningen en dagbesteding. In het kader van het Kompas zal bijvoorbeeld ook aandacht gegeven worden aan de tandheelkundige zorg, waarbij deze groep veel problemen mee zijn.
- Uitvoeren van het meerjarenproject beschermd wonen voor chronisch verslaafden en ACT- cliënten.

Doelstellingen:

- voor alle dak- en thuislozen in de regio Delft-Westland-Oostland is voor 2013 een individueel traject uitgezet.
- Voor minimaal 80% van de dak- en thuislozen is huisvesting gerealiseerd.
- Het aantal uithuiszettingen door huurschulden is substantieel verminderd.

---

<sup>8</sup> Zie bijlage 4 (te vinden in de digitale versie)

## HOOFDSTUK 4. WAT MAG HET KOSTEN

### Budgetten en uitgaven Lokaal Gezondheidsbeleid

#### 4.1 GGD-ZHW en Centra voor Jeugd en Gezin

##### *Meerjaren begroting van de GGD-ZHW*

De GGD-ZHW voert een breed palet aan wettelijke taken uit waarvoor de verantwoordelijkheid middels de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid bij gemeenten is neergelegd. Deze taken bevatten ondermeer het uitvoeren van bevolkingsonderzoek, het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen, gezondheidsbevordering door preventie- en voorlichtingsactiviteiten, het bestrijden van infectieziekten, het uitvoeren van onderzoeken op plekken naar de hygiëne en de jeugdgezondheidszorg. Vanaf 2007 is bij de GGD-ZHW ook de coördinatie over de Jeugdgezondheidszorg 0 tot 4 jaar neergelegd. De financiering van de 0 tot 4-jarigen zorg voor basis- en maatwerktaken loopt vanaf 2008 via de GGD-ZHW.

##### *Begroting: <sup>9</sup>*

|                                                                         | 2009      | 2010      | 2011      | 2012      |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Begroting GGD-ZHW<br>Inclusief Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar en<br>EKD | 3.207.649 | 3.147.189 | 3.127.672 | 3.115.980 |

##### *Dekking:*

|                                         | 2009             | 2010             | 2011             | 2012             |
|-----------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Dekking uit product GGD (6028)          | 1.608.136        | 1.608.136        | 1.608.136        | 1.608.136        |
| Dekking uit product JGZ (4024)          | 1.526.312        | 1.465.852        | 1.446.335        | 1.434.643        |
| Dekking uit product Kinderopvang (4025) | 73.201           | 73.201           | 73.201           | 73.201           |
| <b>Totale dekking</b>                   | <b>3.207.649</b> | <b>3.147.189</b> | <b>3.127.672</b> | <b>3.115.980</b> |

##### *Dekking Centra Jeugd en Gezin*

In het kader van de Centra voor Jeugd en gezin investeert de gemeente naast datgene wat in de begroting van de GGD-ZHW is opgenomen ook nog andere activiteiten die vallen onder de Centra voor Jeugd en Gezin. Het gaat hierbij om schoolmaatschappelijk werk, voorlichtings- en preventieactiviteiten op wijkniveau en zorgcoördinatie.

##### *Begroting:*

|                                            | 2009           | 2010             | 2011             | 2012             |
|--------------------------------------------|----------------|------------------|------------------|------------------|
| Voorlichting / preventie in de wijk        | 70.000         | 70.000           | 70.000           | 70.000           |
| Zorgcoördinatie                            | 130.000        | 130.000          | 130.000          | 130.000          |
| Nader in te vullen beleid jeugd en gezin   | 213.098        | 537.300          | 736.933          | 736.933          |
| Uitvoering en aansturing SMW               | 362.763        | 355.163          | 340.163          | 340.163          |
| <b>Totale lasten centra jeugd en gezin</b> | <b>775.861</b> | <b>1.092.463</b> | <b>1.277.096</b> | <b>1.277.096</b> |

##### *Dekking:*

|                                                                          | 2009           | 2010             | 2011             | 2012             |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------|------------------|------------------|
| Budget uit onderwijsbeleidsplan tbv<br>voorlichting/preventie in de wijk | 70.000         | 70.000           | 70.000           | 70.000           |
| Zorgcoördinatie (PB 2008-2011)                                           | 130.000        | 130.000          | 130.000          | 130.000          |
| Dekking uit aanvullende uitkering BDU                                    | 213.098        | 537.300          | 736.933          | 736.933          |
| SMW uit onderwijsbudget                                                  | 362.763        | 355.163          | 340.163          | 340.163          |
| <b>Totale dekking centra jeugd en gezin</b>                              | <b>775.861</b> | <b>1.092.463</b> | <b>1.277.096</b> | <b>1.277.096</b> |

<sup>9</sup> De bedragen in de tabellen in dit hoofdstuk betreffen prijspeil 2008.

## 4.2 OGGZ-beleid, anti-alcoholaanpak jeugd en vrouwenopvang en huiselijk geweld

Deze paragraaf is onderverdeeld in drie onderwerpen:  
 OGGZ (Maatschappelijke opvang en Verslavingsbeleid);  
 anti-alcoholaanpak jeugd;  
 huiselijk geweld en Vrouwenopvang.

*OGGZ (bestaande uit Maatschappelijke opvang en Verslavingsbeleid)*

Het beschikbare budget voor OGGZ (MO/VB) voor 2009 en verder is vooralsnog onduidelijk vanwege:

- de ophanden zijnde landelijk herverdeling per 2010 van de rijksbijdrage OGGZ. De gevolgen hiervan worden in de loop van 2009 duidelijk;
- onduidelijkheid omtrent de overheveling van het budget voor ondersteunende begeleiding psychosociaal van de AWBZ naar de WMO per 2009. Genoemde functie wordt ingezet voor cliënten van de maatschappelijke opvang en multi-probleemgezinnen;<sup>10</sup>
- onduidelijkheid in hoeverre de zorgverzekeraars bereid zijn bemoeizorg en casemanagement te financieren. Dit is niet langer onderdeel van de AWBZ. Indien zorgverzekeraars niet bereid zijn dit te betalen dan komt de vraag richting gemeenten.

In afwachting van de resultaten van de herverdeling van de rijksbijdragen voor MO/VB/OGGZ is in de programmabegroting 2007-2010 voor 2007 en 2008 respectievelijk € 140.000 en € 190.000 extra geclaimd voor verslavingszorg, maatschappelijke opvang en huiselijk geweld. Tevens is in de programmabegroting 2008-2011 voor 2008 incidenteel €307.000 geclaimd voor maatschappelijke opvang.

Ook voor de jaren 2009 en verder is de verwachting dat de ter beschikking gestelde rijksmiddelen voor OGGZ niet toereikend zullen zijn voor de stijgende uitgaven.

|                                | 2008           | 2009            | 2010            | 2011            | 2012            |
|--------------------------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Geraamde baten MO/VB/OGGZ      | 2.595.705      | 3.172.800       | 3.172.800       | 3.172.800       | 3.172.800       |
| Geraamde kosten MO/VB/OGGZ     | 2.595.705      | 3.172.800       | 3.172.800       | 3.172.800       | 3.172.800       |
| <b>Resultaat</b>               | <b>454.841</b> | <b>-446.505</b> | <b>-648.418</b> | <b>-648.418</b> | <b>-648.418</b> |
| <b>Dekking uit WMO-reserve</b> |                | <b>446.505</b>  | <b>648.418</b>  |                 |                 |

Wij stellen voor de tekorten 2009 en 2010 op te vangen uit de WMO-reserve. Daartegenover staat dat de rijksuitkering WMO met € 300.000 is gestegen. Wij stellen daarom ook voor de in de WZW- en WMO-nota vastgestelde onttrekkingen aan de WMO-reserve ten laste van deze stijging te brengen. Daardoor ontstaat in de reserve wat meer ruimte.

Een structurele oplossing voor het tekort op het terrein OGGZ wordt gezocht in samenwerking met de andere gemeenten in DWO. Er zal ingezet worden op het uitvoeren van een algemeen basisaanbod binnen alle gemeenten en een individueel aanbod dat gemeenten zelf dienen te bekostigen.

Het structurele tekort op het OGGZ-beleid zal ook pas goed doorgerekend kunnen worden wanneer er besluitvorming is geweest op rijksniveau over de herverdeling van de middelen. In 2010 zullen nieuwe voorstellen gedaan worden vanwege de structurele financiering van het OGGZ-beleid.

### *Anti-alcoholaanpak jeugd*

In de beleidsperiode wordt de aanpak alcoholmatiging doorgezet. Deze aanpak is onderdeel van het verslavingsbeleid. Het budget voor het meerjarige plan ziet er als volgt uit.

<sup>10</sup> De middelen OB-psychosociaal die de gemeente ter compensatie van de AWBZ krijgt voor ontregelde gezinnen zullen worden aangewend voor een specifiek aanbod op maat los van het standaardpakket WMO

#### Begroting:

|                          | 2009   | 2010   | 2011   | 2012   |
|--------------------------|--------|--------|--------|--------|
| Anti-Alcoholaanpak jeugd | 60.000 | 60.000 | 40.000 | 40.000 |

#### Dekking:

|                                                         | 2009          | 2010          | 2011          | 2012          |
|---------------------------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Budget lokaal gezondheidsbeleid                         | 20.000        | 20.000        |               |               |
| MO/VB                                                   | 20.000        | 20.000        | 20.000        | 20.000        |
| Integrale jeugdgezondheidszorg, project alcoholmatiging | 20.000        | 20.000        | 20.000        | 20.000        |
| <b>Totaal</b>                                           | <b>60.000</b> | <b>60.000</b> | <b>40.000</b> | <b>40.000</b> |

De toevoeging van € 20.000 uit MO/VB wordt onttrokken aan het overzicht geraamde baten.

#### Huiselijk geweld en Vrouwenopvang

Vanuit VWS zijn voor de periode 2008 - 2012, naast de jaarlijkse bijdrage als onderdeel van de doeluitkering vrouwenopvang, extra middelen vrijgemaakt gericht op het realiseren van een landelijk dekkend netwerk van opvang en hulp. Het gaat om een oplopend bedrag van €17,9 miljoen in 2008 tot €32,3 miljoen in 2012. De middelen zijn met name bedoeld voor:

- extra opvangcapaciteit (met name gericht op eengerelateerd geweld);
- preventie en hulp door Advies en steunpunten huiselijk geweld;
- crisisinterventie en daderopvang in het kader van het tijdelijk huisverbod;
- hulpverlening in het kader van het tijdelijk huisverbod;
- aanpak van vrouwelijke genitale verminking.

Voor 2008 betreft dit voor Delft een bedrag van € 244.697. Voor de jaren daarna zijn de verdeelmaatstaven en daarbij de toekenning voor Delft nog niet bekend.

|                       | 2008           | 2009           | 2010           | 2011           | 2012           |
|-----------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Geraamde baten VO/HG  | 1.363.942      | 1.412.000      | 1.442.000      | 1.389.000      | 1.419.000      |
| Geraamde kosten VO/HG | 1.063.452      | 1.487.000      | 1.517.000      | 1.464.000      | 1.494.000      |
| <b>Resultaat</b>      | <b>300.490</b> | <b>-75.000</b> | <b>-75.000</b> | <b>-75.000</b> | <b>-75.000</b> |

De ruimte die in 2008 nog beschikbaar is binnen de rijksuitkering is de jaren daarna nodig om tekorten te dekken.

### 4.3 Preventie activiteiten

In deze paragraaf worden de financiën inzichtelijk gemaakt van een aantal projecten en activiteiten:

- gezonde en actieve leefstijl;
- projecten i.h.k.v. gezondheidsbevordering;
- versterken van netwerken en samenwerken in de wijken;
- preventie aanpak GGZ-problematiek;
- voorlichting en informatievoorziening.

### *Gezonde en actieve leefstijl*

Projecten die in dit verband worden uitgevoerd:

- Vitaliteitsaanpak;
- Delftse beweegaanpak (senioren, bewegen op recept, bevorderen sportdeelname gehandicapten en chronisch zieken en sportstimulering jeugd)
- stimuleren sportdeelname 4 tot 18-jarigen;
- vernieuwing in de sport (wijksport en schoolsport)

In onderstaande tabellen worden per jaar de totale kosten inzichtelijk gemaakt en de dekking die er tegenover staat. Vanaf 2012 stopt de bekostiging vanuit het NASB. In 2011 zullen de resultaten van de diverse activiteiten worden geëvalueerd. Op basis van deze evaluatie zullen nieuwe afwegingen gemaakt worden over het vervolg van de ingezette activiteiten.

#### *Begroting:*

|                      | 2009           | 2010           | 2011           | 2012           |
|----------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Vitaliteit           | 70.000         | 95.000         | 90.000         | 85.000         |
| Delftse beweegaanpak | 210.000        | 225.000        | 210.000        | 225.000        |
| Vernieuwing sport    | 100.000        | 100.000        | 100.000        | 100.000        |
| <b>Totale kosten</b> | <b>380.000</b> | <b>420.000</b> | <b>400.000</b> | <b>410.000</b> |

#### *Dekking:*

|                                   | 2009           | 2010           | 2011           | 2012      |
|-----------------------------------|----------------|----------------|----------------|-----------|
| NASB                              | 160.000        | 210.000        | 230.000        |           |
| Nieuw beleid (sport vernieuwing)  | 100.000        | 100.000        | 100.000        | 100.000   |
| Budget Lokaal gezondheidsbeleid   | 30.000         | 40.000         |                |           |
| Jeugd en onderwijs (brede school) | 50.000         | 50.000         | 50.000         | 50.000    |
| Jeugd en Onderwijs (JGZ)          | 20.000         | 20.000         | 20.000         | 20.000    |
| NISB                              | 10.000         |                |                |           |
| <b>Totaal kosten</b>              | <b>380.000</b> | <b>420.000</b> | <b>400.000</b> | <b>PM</b> |

### *Projecten i.h.k.v. Gezondheidsbevordering*

Projecten die in dit verband worden uitgevoerd zijn:

- stoppen met roken;
- baarmoederhalskanker
- verbeteren binnenmilieu van woningen
- defibrillatoren in sportvoorzieningen

#### *Begroting:*

|                                  | 2009          | 2010          | 2011 | 2012 |
|----------------------------------|---------------|---------------|------|------|
| Stoppen met roken                | 30.000        | 30.000        |      |      |
| Baarmoederhalskanker             | 10.000        | 10.000        |      |      |
| Verbeteren binnenmilieu woningen | 30.000        | 30.000        |      |      |
| Defibrillatoren                  | 20.000        | 20.000        |      |      |
| <b>totaal</b>                    | <b>90.000</b> | <b>90.000</b> |      |      |

#### *Dekking:*

|                                                                  | 2009   | 2010   | 2011 | 2012 |
|------------------------------------------------------------------|--------|--------|------|------|
| Programmabegroting 2009-2012 (ondervoortbehoud van vaststelling) | 90.000 | 90.000 |      |      |

*Versterken van netwerken en samenwerken in de wijken*

Projecten die hieronder vallen zijn:

- samenwerken in de wijken
- ontwikkeling van wijk zorgnetwerken
- ontwikkeling en versterking van lokaal gezondheidsbeleid

*Begroting:*

|                                | 2009          | 2010          | 2011 | 2012 |
|--------------------------------|---------------|---------------|------|------|
| Samenwerken in de wijken       | 20.000        | 20.000        |      |      |
| Ontwikkeling wijkzorgnetwerken | 20.000        | 20.000        |      |      |
| Ontwikkeling/versterking LGB   | 20.000        | 20.000        |      |      |
| <b>totaal</b>                  | <b>60.000</b> | <b>60.000</b> |      |      |

*Dekking:*

|                                 | 2009          | 2010          | 2011 | 2012 |
|---------------------------------|---------------|---------------|------|------|
| Budget Lokaal gezondheidsbeleid | 40.000        | 40.000        |      |      |
| Woonservice zones               | 20.000        | 20.000        |      |      |
| <b>Totaal</b>                   | <b>60.000</b> | <b>60.000</b> |      |      |

*Preventie aanpak GGZ-problematiek\**

Activiteiten die in dit verband worden opgepakt zijn:

- collectieve preventie activiteiten door GGZ-Delfland
- basiszorgcoördinatie
- allochtone zorgconsulent
- wijkaanpak depressiesignalering senioren
- versteviging aanpak GGZ, waaronder thema's: deskundigheidbevordering en vroegsignalering, aanpak ondergewicht, bevorderen digitale zelfhulpprogramma's e.a.

*Begroting:*

|                                    | 2009           | 2010           | 2011           | 2012           |
|------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Collectieve preventie GGZ-Delfland | 71.500         | 71.500         | 71.500         | 71.500         |
| Basiszorgcoördinatie               | 100.000        | 100.000        | 100.000        | 100.000        |
| Allochtone zorgconsulent           | 35.500         | 35.500         | 35.500         | 35.500         |
| Wijkaanpak depressiesignalering    | 30.000         | 40.000         | 40.000         | 40.000         |
| Versteviging aanpak GGZ            | 68.000         | 68.000         | 68.000         | 68.000         |
| <b>totaal</b>                      | <b>305.000</b> | <b>315.000</b> | <b>315.000</b> | <b>315.000</b> |

*Dekking:*

|               | 2009           | 2010           | 2011           | 2012           |
|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| WMO           | 250.000        | 250.000        | 250.000        | 250.000        |
| WSZ           | 30.000         | 40.000         | 40.000         | 40.000         |
| Integratie    | 26.000         | 26.000         | 26.000         | 26.000         |
| <b>totaal</b> | <b>305.000</b> | <b>315.000</b> | <b>315.000</b> | <b>315.000</b> |

*Voorlichting en informatievoorziening*

Activiteiten die op dit terrein ingezet worden zijn:

- brede school voor ouders (nota Jeugd)
- krant voor Zorg en gezondheid
- regionale digitale sociale kaart (nota WMO)
- Startpunt Wonen, Zorg, Welzijn (nota WMO)

*Begroting:*

|                                  | 2009           | 2010           | 2011           | 2012           |
|----------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Brede school voor ouders         | 75.000         | 75.000         | 75.000         | 75.000         |
| Krant voor zorg en gezondheid    | 75.000         | 75.000         | 75.000         | 75.000         |
| Regionale digitale sociale kaart | 56.178         | 67.000         | 67.000         | 67.000         |
| Startpunt WZW                    | 123.000        | 123.000        | 123.000        | 123.000        |
| <b>totaal</b>                    | <b>328.000</b> | <b>328.000</b> | <b>328.000</b> | <b>328.000</b> |

*Dekking:*

|               | 2009           | 2010           | 2011           | 2012           |
|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| WMO           | 328.000        | 328.000        | 328.000        | 328.000        |
| <b>totaal</b> | <b>328.000</b> | <b>328.000</b> | <b>328.000</b> | <b>328.000</b> |

## **HOOFDSTUK 5. Communicatie**

De nota is besproken en positief ontvangen in de stuurgroep wonen zorg welzijn, waarin de maatschappelijke partners deelnemen. Het advies van het Panel Gehandicaptenbeleid luidt als volgt:

*“Het Panel Gehandicaptenbeleid heeft in haar vergadering van 20 oktober 2008 kennis genomen van de nota lokaal preventief gezondheidsbeleid 2009 – 2012 “Extra vitamine G voor Delft” en uitvoerig met de wethouder van gedachten gewisseld. Het Panel verstrekt U hierbij een positief advies. Zij beoordeelt de nota als goed en is m.n. positief gestemd over de uitgangspunten en doelstellingen. Het Panel is wel van mening dat de doelstellingen erg ambitieus zijn.”*

## **HOOFDSTUK 6. Voorstel aan de gemeenteraad**

Wij stellen u voor de nota lokaal preventief gezondheidsbeleid 2009-2012 vast te stellen, in het bijzonder de onderdelen:

- Algemene doelstelling (paragraaf 1.1)
- Visie en uitgangspunten (paragrafen 1.4 en 1.5)
- Acties en doelstellingen (in hoofdstuk 3)
- De financiële voorstellen (hoofdstuk 4)

en daartoe de 58e begrotingswijziging 2008 vast te stellen.

Hoogachtend,

Het college van burgemeester en wethouders van Delft.

## Overzicht van gebruikte afkortingen

|             |                                                                                |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| ACT         | Assertive Community Treatment                                                  |
| APV         | Algemene Plaatselijke Verordening                                              |
| ASHG        | Advies- en steunpunt huiselijk geweld                                          |
| AWBZ        | Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten                                           |
| BMI         | Body-Mass Index                                                                |
| BOS         | Buurt, Onderwijs en Sport                                                      |
| BVG         | Bedrijfsverzamelgebouw                                                         |
| BWD         | Breed Welzijn Delft                                                            |
| CJ&G        | Centra voor Jeugd en Gezin                                                     |
| COPD        | Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Chronisch Obstructieve Longziekte)      |
| CWI         | Centrum voor werk en inkomen                                                   |
| DHW         | Drank- en Horecawet                                                            |
| DIP         | Delft Internet Panel                                                           |
| DWH         | Delftse Werkgroep Homoseksualiteit                                             |
| DWO         | Regio Delft-Westland-Oostland                                                  |
| E-hulp      | Informatie, advies of ondersteuning via internet mbt zorg, welzijn of educatie |
| GGD         | Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst                                           |
| GGZ         | Geestelijke GezondheidsZorg                                                    |
| GHOR        | Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen                           |
| IGZ         | Inspectie voor de Gezondheidszorg                                              |
| JAZO        | Jongeren aan zet in de ouderenzorg                                             |
| JGZ         | Jeugd gezondheidszorg                                                          |
| JIP         | Jongeren Informatie Punt                                                       |
| LVVP        | Lokaal Verkeers en Vervoersplan                                                |
| MER         | Milieu Effect Rapportage                                                       |
| MMK         | Medische milieukunde                                                           |
| NASB        | Nationaal Actieplan Sport en Bewegen                                           |
| NISB        | Nederlands Instituut voor Sport en Beweging                                    |
| NIZW        | Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn                                      |
| NNGB        | Nederlandse Norm Gezond Bewegen                                                |
| NSL         | Nationaal Samenwerkingsprogramma Luchtkwaliteit                                |
| OGGZ        | Openbare Geestelijke Gezondheidszorg                                           |
| PM10        | Aanduiding voor piekconcentraties fijnstof                                     |
| RIVM        | Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu                                  |
| SES         | Sociaal economische status                                                     |
| SMART       | Specifiek-Meetbaar-Acceptabel-Realistisch-Tijdgebonden                         |
| SOA         | Sexueel Overdraagbare Aandoening                                               |
| SW          | Sociale werkvoorziening                                                        |
| TZB         | Transmuraal Zorgbureau                                                         |
| UV-straling | Ultra violette straling                                                        |
| VGv         | Vrouwelijke Genitale Verminking                                                |
| VROM        | ministerie van Verkeer, Ruimtelijke Ordening en Milieu                         |
| VWS         | ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport                               |
| WBO         | Wet Bevolkingsonderzoek                                                        |
| WCPV        | Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid                                      |
| WHO         | World Health Organization (Wereld Gezondheidsorganisatie)                      |
| WMO         | Wet Maatschappelijke Ondersteuning                                             |
| WRO         | Wet Ruimtelijke Ordening                                                       |
| WW          | Wet Werk en Bijstand                                                           |
| WZW         | Wonen, Zorg, Welzijn                                                           |