

Lokaal gezondheidsbeleid Gemeente Oosterhout

Eindrapportage

Oktober 2018

Postbus 5000
4700 KA ROOSENDAAL

www.rekenkamerwestbrabant.nl

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	6
1.1.	Onderzoeksmodel.....	6
1.2.	Onderzoeksvragen	8
1.3.	Normenkader.....	9
2.	Bevindingen beleidsdoelstellingen	11
2.1.	Inleiding	11
2.2.	Rijksbeleid	11
2.3.	Gemeentelijk beleid.....	13
2.3.1.	De beleidsdoelstellingen en beoogde resultaten per speerpunt	14
2.3.2.	Motieven.....	17
2.3.3.	Andere relevante beleidsdocumenten.....	18
2.3.4.	Samenhang andere beleidsvelden.....	20
2.4.	Toetsing aan normenkader	21
2.5.	Tussenconclusie	23
3.	Bevindingen uitvoeringsstrategie.....	24
3.1.	Inleiding	24
3.2.	Gemeentelijke strategie	24
3.2.1.	Instrumentarium	24
3.2.2.	Afstemming en bekostiging uitvoerende partijen	31
3.3.	Waarom is voor deze strategie gekozen?.....	33
3.3.1.	Overwegingen	33
3.4.	Toetsing aan normenkader	33
3.5.	Tussenconclusie	34
4.	Bevindingen uitvoering	35
4.1.	Inleiding	35
4.2.	Uitvoering	35
4.3.	Kosten uitvoering	41
4.4.	Toetsing aan normenkader	41
4.5.	Tussenconclusie	42
5.	Bevindingen resultaat	43
5.1.	Inleiding	43
5.2.	Resultaten algemeen	43
5.2.1.	Monitor Kwetsbare Oosterhouters	43
5.3.	Resultaten specifieke beleidsdoelstellingen	45
5.4.	Toetsing aan normenkader	50
5.5.	Tussenconclusie	52
6.	Conclusies en aanbevelingen	53
6.1.	Conclusies beleidsdoelstellingen	53
6.2.	Conclusies uitvoeringsstrategie	54
6.3.	Aanbevelingen uitvoeringsstrategie	55
6.4.	Conclusies uitvoering	55
6.5.	Aanbevelingen uitvoering	56
6.6.	Conclusies resultaten	56
6.7.	Aanbevelingen resultaten	57
7.	Reactie College op conceptrapport	58

8. Nawoord	60
Bijlagen.....	61
Bijlage 1 Onderzoekverantwoording.....	61
Bijlage 2 Literatuurlijst.....	62

1. Inleiding

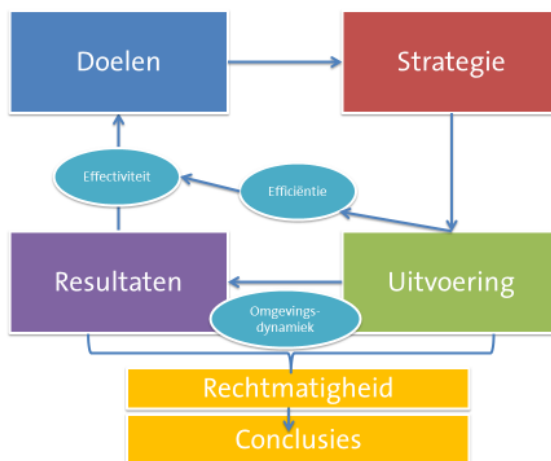
In de onderzoeksperiode 2014 tot en met 2017 was in Oosterhout de Gezondheidsnota 'Verbinden & verankeren' van kracht. In deze beleidsnota worden de ambities die de gemeente Oosterhout met gezondheid heeft, uiteengezet. Ook wat betreft volksgezondheid zet de gemeente Oosterhout, net als bij de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning), in op de eigen kracht van de burgers, empowerment, de kracht van de omgeving en inbreng van het sociale netwerk. Om dit te bereiken is het noodzakelijk om te verbinden en te verankeren, waarbinnen de gemeente impliciet gebruik maakt van verschillende publieke en private geldstromen om de gezondheid in gemeente Oosterhout te kunnen beschermen, bewaken en bevorderen.

De centrale onderzoeksvraag in dit onderzoek is als volgt geformuleerd:

In hoeverre is het gezondheidsbeleid bij de gemeente Oosterhout als doeltreffend, doelmatig en rechtmatig aan te merken?

1.1. Onderzoekmodel

Het onderzoek is opgezet als een ex-post rekenkameronderzoek. De 'beleidscyclus' is toegepast als conceptueel model om inzicht te krijgen in het beleid, de strategie, de uitvoering en de resultaten. Op basis van deze vier aspecten zijn de doeltreffendheid, doelmatigheid en rechtmatigheid onderzocht van het gemeentelijk gezondheidsbeleid in Oosterhout. In het schema hieronder wordt de beleidscyclus nader toegelicht.



Beleid/Doelen

Doelen worden bij voorkeur in duidelijke indicatoren vertaald (kwantitatief of kwalitatief). Bij doelen wordt verwacht dat deze zijn vertaald in maatschappelijke effecten (outcome) en dat zij de grondslag vormen voor de uitvraag of opdrachtformulering aan de gemeentelijke organisatie en partners betrokken bij de uitvoering. Van beleidskaders mag verwacht worden dat deze een goede probleembeschrijving -en analyse bevatten op grond waarvan doelen en strategie zijn vastgesteld.

Uitvoeringsstrategie

De strategie betreft de voorgenomen wijze van beleidsuitvoering; de veronderstelling is dat met behulp van de strategie de beleidsdoelen gerealiseerd zullen worden. De strategie omvat het instrumentarium en de wijze waarop de uitvoering van het beleid is georganiseerd. Dit laatste omvat vooral de concretisering van de gemeentelijke rollen in regie en uitvoering en de aanduiding van de rollen van externe uitvoerders van beleid. Hierin dient ook de rol van de gemeenteraad te worden omschreven, bijvoorbeeld het punt van de informatievoorziening door B&W aan de gemeenteraad (monitoring van doelbereik en uitvoering).

Uitvoering

Dit betreft de daadwerkelijke uitvoering van het beleid door de gemeente en de partners van de gemeente. Het gaat om inzicht in alle uitgevoerde activiteiten. Daarnaast dient inzicht te worden gegeven in de uitvoeringskosten. Het komt ook vaak voor dat gedurende beleidsperiodes de uitvoering wordt aangepast aan nieuwe inzichten. Als activiteiten niet zijn uitgevoerd zoals vooraf afgesproken, dan dient aangegeven te worden wat daarvan de redenen zijn geweest.

Resultaten

Met de resultaten wordt inzicht gegeven in de uitkomsten van het beleid. Deze worden verwoord op basis van de beleidsdoelstellingen. Uitkomsten zijn bijvoorbeeld de output, zoals het aantal mensen dat is bereikt. Als we kijken naar de maatschappelijke opbrengsten of outcome van beleid dan bedoelen we daarbij de resultaten op het niveau van de bevolking als geheel, bijvoorbeeld het aantal leden van een sportvereniging of het aantal bewoners dat overgewicht heeft. Aangaande het gezondheidsbeleid wordt gestreefd naar een vooruitgang in de gezondheidssituatie van bewoners. In bovenstaande voorbeelden zou het dus wenselijk zijn dat gedurende de beleidsperiode meer bewoners lid zijn geworden van een sportvereniging en het aantal mensen met overgewicht is afgenomen.

Effectiviteit

De effectiviteit is de mate waarin de resultaten overeenkomen met de doelstellingen. Beleid is effectief als met de resultaten alle geformuleerde doelen worden bereikt.

Efficiëntie

Efficiëntie is een afgeleide van de effectiviteit. Efficiëntie of doelmatigheid is de mate van gebruik van middelen om een bepaald doel te bereiken. Een beleid wordt efficiënt genoemd als het ten opzichte van een norm weinig middelen gebruikt of als de baten de kosten overtreffen.

Rechtmatigheid

Rechtmatigheid betekent dat een (voorgenomen) handelwijze in overeenstemming is met de geldende regels en besluiten. In het geval van gezondheidsbeleid gaat het voornamelijk om de afspraken en contracten met de partners van de gemeente.

Omgevingsdynamiek

Met omgevingsdynamiek worden de externe factoren en risico's bedoeld die de gemeente niet in de hand heeft. Het gaat dan bijvoorbeeld om veranderende wet- en regelgeving of een maatschappelijk fenomeen dat de gemeente niet van tevoren heeft kunnen voorzien. Deze effecten kunnen positief of negatief zijn.

1.2. Onderzoeksvragen

Op basis van de beleidscyclus zijn de volgende onderzoeksvragen opgesteld:

1. Heeft de gemeente Oosterhout een duidelijk gezondheidsbeleid geformuleerd en zo ja, welke motieven liggen hieraan ten grondslag? Dit kan zijn uit noodzaak (omdat het moet), omdat het inhoudelijk meerwaarde oplevert of omdat het efficiënt is. In geval van beleid kijken wij of er aandacht is voor:
 - a. Een analyse van de situatie van de bevolking op het gezondheidsterrein (met bijzondere aandacht voor jeugdigen, ouderen en aanstaande ouders, die expliciet in de wet worden genoemd) van waaruit het beleid volgt
 - b. Duidelijke kwalitatieve en kwantitatieve doelstellingen (SMART geformuleerd)
 - c. Een beleid dat gebaseerd is dan wel aansluit op wet- en regelgeving en de landelijke nota
2. Heeft de gemeente Oosterhout een duidelijk instrumentarium gekozen om het beleid en de wettelijke taken te organiseren en uit te voeren? Te denken valt aan:
 - a. Een regulier overleg met uitvoerende partijen
 - b. Afspraken / contracten / subsidies uitvoerende partijen
 - c. Overwegingen op basis waarvan de afspraken / contracten / subsidies zijn gekozen
3. Waarom is voor dit instrumentarium gekozen? Waren er andere opties / alternatieven?
4. Hoe heeft de uitvoering van het beleid daadwerkelijk plaatsgevonden zoals vooraf overeengekomen? Wij richten daarbij onze aandacht op:
 - a. Uitvoering afspraken door gemeente en partners
 - b. Kosten van de uitvoering
 - c. Wijzigingen in de uitvoering
5. Wat waren de resultaten van de uitvoering in termen van output en outcome? Te denken valt aan:
 - a. De algemene gezondheidssituatie van de bevolking (met bijzondere aandacht voor jeugdigen, ouderen en aanstaande ouders)
 - b. Realisatie van programma's en projecten
6. Hoe effectief was het beleid? Hierbij bekijken wij of de beleidsdoelstellingen behaald zijn en richten wij ons op:
 - a. De behaalde kwalitatieve resultaten in relatie tot de doelstellingen
 - b. De behaalde kwantitatieve resultaten in relatie tot de doelstellingen
7. Hoe efficiënt is het gezondheidsbeleid van de gemeente Oosterhout? Dit valt onder andere te bepalen door:
 - a. De uitgaven af te zetten tegenover de opbrengsten
 - b. Alternatieven te beschouwen
 - c. Verloop van de samenwerking met diverse partijen
8. Is het gezondheidsbeleid van de gemeente Oosterhout rechtmatig?

1.3. Normenkader

Aspect	Norm
Doelstellingen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De gemeente heeft doelstellingen en een visie geformuleerd t.a.v. het gezondheidsbeleid in de periode 2013 tot en met 2017 ▪ De gemeenteraad heeft het gezondheidsbeleid vastgesteld ▪ Er heeft een gedegen analyse plaatsgevonden van de gezondheidssituatie van de bevolking ▪ De resultaten van deze analyse zijn herleidbaar in het beleid ▪ De wettelijke taken en kaders van de landelijke nota volksgezondheid zijn terug te vinden in het beleid ▪ De doelstellingen zijn duidelijk voor de gemeenteraad, het college, de ambtelijke organisatie en de partners die beleidsactiviteiten uitvoeren ▪ De doelstellingen en effecten zijn SMART geformuleerd: <ul style="list-style-type: none"> - Specifiek: er is sprake van omschreven doelgroepen - Meetbaar: de doelstellingen zijn meetbaar - Acceptabel: de doelstellingen worden door de gemeenteraad en de uitvoeringspartners onderschreven - Realistisch: de doelstellingen kunnen met de beschikbare middelen en voorzieningen worden behaald - Tijdgebonden: het is duidelijk wanneer de doelstellingen moeten worden behaald
Strategie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De gemeente heeft per speerpunt of wettelijke taak haar doelstelling gekoppeld aan een uitvoeringsstrategie ▪ De uitvoeringsinstrumenten zijn beschreven ▪ Het is duidelijk welke partner(s) de instrumenten zullen uitvoeren ▪ De gemeente heeft de uitvoering vastgelegd in afspraken, contracten of subsidiebeschikkingen ▪ Uitvoerende partners hebben de uitvoeringsinstrumenten opgenomen in hun jaarplanning
Uitvoering	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uitvoerende partijen (inclusief de gemeente) hebben in jaarlijkse managementrapportages aan de gemeente(raad) gerapporteerd ▪ De beleidsuitvoering heeft plaatsgevonden zoals afgesproken ▪ Indien van de uitvoeringsstrategie is afgeweken is dat beredeneerd gebeurd in overleg met de gemeente
Resultaten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De gemeente en de gemeentelijke partners maken (periodiek) inzichtelijk welke resultaten zijn bereikt met behulp van managementrapportages en evaluaties ▪ Er is bewijslast waaruit blijkt in hoeverre doelstellingen en maatschappelijke effecten worden bereikt: <ul style="list-style-type: none"> - Het beleid en de uitvoering zijn geëvalueerd - De bewijslast is plausibel (volgt uit onderzoek, is onderbouwd en wordt erkend) ▪ De gemeentelijke doelstellingen en gewenste maatschappelijke effecten worden gerealiseerd ▪ De gemeenteraad wordt geïnformeerd over de behaalde resultaten en toetst deze aan de door de gemeenteraad gestelde kaders
Doeltreffendheid (Effectiviteit)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De resultaten komen kwalitatief overeen met de doelstellingen ▪ De resultaten komen kwantitatief overeen met de doelstellingen

Aspect	Norm
Doelmatigheid (Efficiëntie)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Er is sprake van een zeker evenwicht tussen de kosten en de behaalde resultaten (baten) ▪ Er is gekeken naar alternatieve uitvoeringsinstrumenten ▪ Het beleid kent een soepele uitvoering en procesgang met uitvoeringspartners
Rechtmatigheid	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In aspecten van het gezondheidsbeleid (formulering doelstellingen, strategie en uitvoering) hebben de gemeente en de uitvoeringspartners zich gehouden aan de vigerende wet- en regelgeving

2. Bevindingen beleidsdoelstellingen

2.1. Inleiding

In dit hoofdstuk beschouwen we het eerste element van de beleidscyclus, de beleidsdoelstellingen. Beleidsdoelstellingen zijn de resultaten die met het beleid worden nagestreefd. Deze worden bij voorkeur in duidelijke indicatoren vertaald (kwantitatief of kwalitatief). We verwachten dat beleidsdoelstellingen zijn vertaald in maatschappelijke effecten (outcome) en dat zij de grondslag vormen voor de uitvraag of opdrachtformulering aan de gemeentelijke organisatie en partners betrokken bij de uitvoering. Van beleidskaders mag worden verwacht dat deze een goede probleembeschrijving en -analyse bevatten op grond waarvan doelen en strategie zijn vastgesteld. Er wordt afgesloten met een toetsing aan de normen en een tussenconclusie.

De onderzoeksvraag die in dit hoofdstuk wordt beantwoord is: heeft de gemeente Oosterhout een duidelijk gezondheidsbeleid geformuleerd en zo ja, welke motieven liggen hieraan ten grondslag?

Daarbij kijken wij of er aandacht is voor:

- Een beleid dat gebaseerd is dan wel aansluit op wet- en regelgeving en de landelijke nota.
- Een analyse van de situatie van de bevolking op het gezondheidsterrein (met bijzondere aandacht voor jeugdigen, ouderen en aanstaande ouders, die expliciet in de wet worden genoemd) van waaruit het beleid volgt.
- Duidelijke kwalitatieve en kwantitatieve doelstellingen (SMART geformuleerd).

Allereerst zullen we stilstaan bij de Wet Publieke Gezondheid en de landelijke gezondheidsnota (in paragraaf 2.2 Rijksbeleid). Vervolgens bekijken we hoe de gemeente lokaal invulling geeft aan het gezondheidsbeleid. Hier beschrijven we ook direct de kwalitatieve en kwantitatieve doelstellingen die de gemeente zichzelf stelt en de motieven die ten grondslag liggen aan de keuze voor inzet op deze doelen (in paragraaf 2.3 Gemeentebeleid). Daarna gaan we kort in op de samenhang tussen de beleidsterreinen sport en gezondheid en we eindigen dit hoofdstuk met de toetsing aan het normkader (2.4 Toetsen aan het normkader) en de tussenconclusies (2.5 Tussenconclusies beleidsdoelstellingen).

2.2. Rijksbeleid

Wet Publieke Gezondheid

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het beschermen, bewaken en bevorderen van de gezondheid van burgers, welke is vastgelegd in de Wet Publieke Gezondheid (WPG). Ter uitvoering van deze taak worden algemene doelstellingen en taken ter uitvoering voorgedragen.

Kader 1

Wet Publieke Gezondheid

Algemene doelstellingen (artikel 2, lid 2):

- Het verwerven van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking.
- Elke vier jaar gegevens verzamelen en analyseren over deze gezondheidssituatie.

- Het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen.
- Het bijdragen aan preventieprogramma's, inclusief programma's voor gezondheidsbevordering.
- Het bevorderen van medisch milieukundige zorg, technische hygiënezorg en psychosociale hulp bij rampen.
- Het geven van prenatale voorlichting aan aanstaande ouders.

Taken ter uitvoering:

- Gemeenten dragen zorg voor de uitvoering van de:
 - Jeugdgezondheidszorg (artikel 5, lid 1);
 - Oudergezondheidszorg (artikel 5a, lid 1);
 - Infectieziektebestrijding (artikel 6, lid 1).
- Colleges van B&W van gemeenten die behoren tot een veiligheidsregio dragen zorg voor de instelling en instandhouding van een regionale gezondheidsdienst in die regio, middels het treffen van een gemeenschappelijke regeling (artikel 14, lid 1).

Landelijke Nota

In de landelijke gezondheidsnota worden de kernpunten benoemd waar meer inzet op gewenst is. In de nota van 2011 wordt hoofdstuk 6 geheel gewijd aan de afstemming tussen gemeenten en Rijk.

Kader 2

Landelijke gezondheidsnota 2011

De volgende uitgangspunten worden benoemd:

- Inzetten op spelen, bewegen en sporten.
- Jeugd benoemen als belangrijke doelgroep voor het lokaal gezondheidsbeleid.
- Stimuleren van publiek private samenwerking op lokaal niveau.
- Verbindingen leggen tussen verschillende beleidsterreinen en gezondheid: verknopen van gezondheid met ander belangrijke beleidsdoelstellingen, bijvoorbeeld op het terrein van jeugdbeleid, ruimtelijke ordening, welzijn en veiligheid.
- Een bijdrage leveren aan het realiseren van 'gezondheid in de buurt' door:
 - Inzicht te verkrijgen in de lokale gezondheidsproblematiek;
 - In de woonvisies rekening te houden met voorzieningen op gebied van zorg en bewegen in de buurt;
 - Afspraken te maken met verzekeraars en zorgverleners: zowel over het vormgeven van voorzieningen en netwerken dicht in de buurt als over afstemming van taken op het gebied van preventie.

De landelijke nota uit 2011 werd aangevuld in 2015 met een brief van de toenmalig minister van VWS aan de Tweede Kamer (kenmerk 846306-142553-PG). Hierin benoemt ze dat de speerpunten uit de nota van 2011 van toepassing blijven en dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de in de WPG beschreven taken.

Kader 3

Brief landelijke gezondheidsnota 2015

In de brief wordt aandacht gevraagd voor drie specifieke onderdelen:

Aandacht voor preventie en bevorderen gezondheid: Naast de in de WPG beschreven taken vindt het kabinet het belangrijk dat gemeenten bij alle aandacht die zij hebben voor het goed vormgeven van de decentralisaties ook aandacht te blijven geven aan preventie en het bevorderen van de gezondheid van hun burgers. Gemeenten worden daarom opgeroepen om in de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid aan te geven hoe zij werken aan preventie en

gezondheid van hun burgers en hoe ze daarbij de verbinding vormgeven met de andere domeinen.

Bevordering gezonde leefstijl: Gemeenten hebben de taak om de gezonde leefstijl van hun bevolking te bevorderen. Via programma's als het Nationaal Programma Preventie, Gezond in, Jongeren Op Gezond Gewicht, Sport en Bewegen in de Buurt, Grenzeloos Actief, Veilig sportklimaat en Sportblessurepreventie, ondersteunt het Rijk gemeenten.

Aandacht voor gezondheidsverschillen tussen hoog- en laagopgeleiden: Hoewel de levensverwachting is gestegen zijn de gezondheidsverschillen tussen hoog- en laagopgeleiden nog steeds groot. Daar moeten Rijk en gemeenten wat aan doen. Omdat dit hardnekkig en complex is, is de ambitie dat in 2030 deze verschillen gelijk zijn gebleven of, beter, afgenomen. Juist gemeenten kunnen gezondheidsverschillen effectief verkleinen door een brede en duurzame aanpak in de buurt of wijk, samen met lokale partijen en met een actieve rol voor de burgers zelf. Het kabinet roept daarom gemeenten en andere partijen op om dit mee te nemen in hun analyse van de (gezondheids-)situatie en op te nemen in hun lokale gezondheidsbeleid.

2.3. Gemeentelijk beleid

Aan de hand van de landelijke nota gezondheidsbeleid en het landelijk programma voor de uitvoering van onderzoek van de publieke gezondheid, moet een gemeentelijk gezondheidsbeleid worden vastgesteld (artikel 13 WPG). Hierbinnen geeft de gemeenteraad in ieder geval aan:

- Wat de gemeentelijke doelstellingen zijn ter uitvoering van de algemene doelstellingen en taken.
- Welke acties gedurende de periode worden ondernomen ter realisering van deze doelstellingen.
- Welke resultaten de gemeente in die periode wenst te behalen.
- Hoe het college van B&W uitvoering geeft aan het vragen van advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst bij het nemen van besluiten die gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg (artikel 16).

Daarnaast dienen de landelijke prioriteiten, zoals opgenomen in de landelijke nota, in acht genomen te worden.

Het gemeentelijk gezondheidsbeleid voor Oosterhout staat beschreven in de lokale nota 'Verbinden en Verankeren' (2014-2017). Deze gezondheidsnota is met één jaar verlengd t/m 2018. Op dit moment wordt gewerkt aan de nieuwe lokale gezondheidsnota. De algemene doelstelling in de onderzochte periode is dat "Oosterhouters zo lang mogelijk mee kunnen doen aan de samenleving door hun eigen mentale, sociale en lichamelijke kracht optimaal te benutten." Naast dit doel heeft het college vier lokale speerpunten benoemd, welke gebaseerd zijn op wetgeving (WPG), de Oosterhoutse gezondheidssituatie, bewezen relaties tussen beïnvloedende factoren en gezondheid, landelijke prioriteiten, GGD advies en het coalitieakkoord 2010-2014 Oosterhout. De taken uit de WPG zelf staan ook kort in de lokale nota beschreven. De vier lokale speerpunten zijn:

1. Meer bewegen en gezonder eten
2. Betere psychische gezondheid jeugd
3. Participatie
4. Voorkomen schadelijk alcohol- en drugsgebruik jeugd

Om bovenstaande gezondheidsdoelen te bereiken, wordt de werkwijze 'Verbinden en Verankeren' gehanteerd, welke benadrukt de verbinding tussen lokale partners en gezondheid in de samenleving te stimuleren en te verankeren. Het verbinden uit zich in de samenwerking met inwoners, scholen, bedrijven, verenigingen, (professionele) maatschappelijke- en vrijwilligersorganisaties, maar daarnaast ook in de samenwerking over gemeentelijke beleidsterreinen heen. Binnen deze werkwijze is gezamenlijke urgentie een voorwaarde en blijft regie en maatwerk noodzakelijk.

In de nota is per speerpunt de volgende informatie vastgelegd:

- De huidige gezondheidssituatie en ontwikkelingen in Oosterhout.
- Motieven waarom actie ondernomen moet worden.
- Het huidige beleid in Oosterhout.
- Gezamenlijke acties voor de toekomst / toekomstig beleid.

2.3.1. De beleidsdoelstellingen en beoogde resultaten per speerpunt

De gemeente zet zich in de periode 2013-2018 in op de eerder vier genoemde thema's (meer bewegen en gezonder eten; betere psychische gezondheid jeugd; participatie; voorkomend schadelijk alcohol- en drugsgebruik jeugd). Aanvullend op de thema's uit deze lokale gezondheidsnota zijn andere beleidsdocumenten en uitvoeringsplannen ontwikkeld. Deze worden besproken in hoofdstuk 3. Hieronder zijn de beleidsdoelstellingen uit 'Verbinden en Verankeren' puntsgewijs weergegeven en zijn de beoogde resultaten per speerpunt genoemd:

1. Meer bewegen en gezonder eten

Onder dit thema worden enkele kwalitatieve doelstellingen benoemd:

1. Actief werken aan gezond eten en bewegen.
2. VO scholen hebben een gezonde schoolkantine.
3. Basisscholen kennen het concept 'groene schoolpleinen'.
4. Structurele verbindingen zijn gelegd tussen curatie en preventie.
5. In de Oosterhoutse sport- en beweegactiviteiten is specifieke aandacht voor gezonde voeding.
6. Volksgezondheid, Groenontwerp en Ruimtelijke inrichting kennen de mogelijkheden voor Oosterhout, eetbare stad' én de bijdrage die bedrijfsleven en landbouwers daaraan zouden kunnen geven.

Deze kwalitatieve doelstellingen zijn verder geconcretiseerd in concrete resultaten. In de gezondheidsnota wordt het volgende hoofdresultaat benoemd: "*Het overgewicht in Oosterhout vermindert, doordat burgers zelf de keuze (kunnen) maken om gezonder te eten en meer te bewegen.*" Dit betekent dat in de eerstkomende GGD monitoren:

1. Het percentage overgewicht tenminste gelijk is gebleven.
2. Het aantal mensen dat voldoet aan de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen is toegenomen.
3. Vaker voor een gezonde voeding gekozen wordt.

2. Betere psychische gezondheid jeugd

Onder dit thema worden enkele kwalitatieve doelstellingen benoemd:

1. De onderwijsinstellingen in Oosterhout werken volgens de Wet sociale veiligheid.
2. Op het gebied van psychische gezondheid van jongeren zijn, op basis van de basistaken Jeugdgezondheidszorg (JGZ), structurele relaties gelegd tussen preventie en curatie.
3. Bij de uitvoering van het extra contactmoment JGZ voor jongeren is er specifieke aandacht voor de psychische gezondheid.
4. Volksgezondheid, Veiligheid en Jeugdbeleid leggen gezamenlijk de relatie tussen overlast en gezondheid van jongeren en sturen gezamenlijk activiteiten aan

Deze kwalitatieve doelstellingen zijn verder geconcretiseerd in concrete resultaten. In de gezondheidsnota wordt het volgende hoofdresultaat benoemd: "*Jongeren in de gemeente Oosterhout voelen zich psychisch beter en kunnen daardoor meedoen in de samenleving.*" Dit betekent dat in de eerstkomende GGD monitoren voor de leeftijden 12 t/m 18:

1. Het percentage jongeren van 16 tot 18 jaar dat zich psychisch gezond voelt, is gestegen.
2. Het pesten is afgenomen.
3. De weerbaarheid is toegenomen.
4. Het aantal jongeren dat zegt last van problemen te hebben, tenminste gelijk is gebleven.
5. Het ziekte-/ schoolverzuim is gedaald.

3. Participatie

Onder dit thema worden enkele kwalitatieve doelstellingen benoemd:

1. Eenzaamheid wordt voorkomen en bestreden.
2. Er zijn toenemende kansen voor uitkeringsgerechtigden door een betere gezondheid.
3. Samen mét burgers vraaggericht werken aan gezondheid.
4. Volksgezondheid en Sociale zaken (Werk en inkomen) voeren samen interventies uit om participatie te bevorderen.
5. Voor mensen die (dreigen) buiten boord vallen is er een adequaat vangnet.

Deze kwalitatieve doelstellingen zijn verder geconcretiseerd in concrete resultaten. In de gezondheidsnota wordt het volgende hoofdresultaat benoemd: "*Burgers doen mee in de samenleving.*" Dit betekent dat in de eerstkomende GGD monitoren voor de leeftijden 19 t/m 64 en 65+:

1. Het percentage eenzaamheid is gedaald.
2. De sociale cohesie positiever wordt beoordeeld.
3. Het aandeel van de bevolking dat vrijwilligerswerk of mantelzorg verricht, is gestegen.

4. Voorkomen schadelijk alcohol- en drugsgebruik jeugd

Onder dit thema worden enkele kwalitatieve doelstellingen benoemd:

1. Jongeren en hun ouders kennen de gevolgen van te vroeg en te veel alcoholgebruik en handelen daarnaar (normverschuiving).

2. Tijdens evenementen drinken jongeren tot 18 jaar niet en overige bezoekers niet te veel.
3. In alle gelegenheden met een horecaverunning (café, restaurant, sportkantine) drinken jongeren tot 18 jaar niet en overige bezoekers niet te veel.
4. Op straat is contact met de jongeren over hun drinkgedrag (te vroeg, teveel) en wordt desgewenst ook contact met hun ouders gezocht.
5. Jongeren tot 18 jaar zijn niet in staat alcohol te verkrijgen. Het nalevingspercentage van supermarkten, slijterijen, niet- vergunning plichtige cafetaria's, benzinepompen, (pizza-)koeriers en andere bezorgdiensten is 100%.
6. Jongeren kennen de gevolgen van drugsgebruik.

Deze kwalitatieve doelstellingen zijn verder geconcretiseerd in concrete resultaten. In de gezondheidsnota wordt het volgende hoofdresultaat benoemd: *"jongeren en hun ouders kennen de gevolgen van te vroeg (vóór 18 jaar) en te veel alcohol drinken en zijn zelf in staat een gezonde keuze te maken/gezond op te voeden; jongeren kennen de gevolgen van drugsgebruik; alcoholpreventie, regelgeving en handhaving worden in verbinding met elkaar uitgevoerd."* Dit betekent dat in de eerstkomende GGD monitoren:

1. Het percentage dat onder de 18 jaar drinkt is afgenomen.
2. Het overmatig alcoholgebruik is gedaald.
3. Minder ouders het goed vinden dat onder de 18 jaar alcohol gebruikt wordt.

In onderstaande schema hebben we ieder thema gescoord op de SMART-schaal.

Thema	Specifiek	Meetbaar	Acceptabel	Realistisch	Tijdgebonden
1	+	+/-	+	+	+/-
2	+	+/-	+	+	+/-
3	+	+/-	+	+	+/-
4	+	+/-	+	+/-	+/-

Specifiek, meetbaar en acceptabel

Over het algemeen is er een goede score zichtbaar. Alle doelen zijn specifiek, grotendeels meetbaar en acceptabel. Er zijn goede, meetbare effectindicatoren opgesteld. In de gezondheidsnota staat echter ook benoemd dat er prestatie-indicatoren zullen worden opgesteld: *'in het proces gezamenlijk met de partners specifiek te behalen prestaties zullen worden geformuleerd. Bijvoorbeeld: 'het aantal sport- en schoolkantines dat gezonde snacks verkoopt' of 'het aantal jongeren dat betrokken is bij de inrichting van de schoolmoestuin'.* Dergelijke uitvoeringsafspraken hebben we niet terug kunnen vinden in de documentatie. Bij meetbaarheid is het verder natuurlijk wel ook altijd de vraag 'of de indicatoren ook minimaal 2 keer op eenzelfde wijze gemeten zijn in de GGD-monitoren' (zie daarvoor H4) en het is daarnaast natuurlijk moeilijk vast te stellen of het gevoerde beleid de mogelijk zichtbare effecten heeft bewerkstelligd. Er zijn immers tal van factoren die van invloed zijn op het uiteindelijke effect.

Realistisch

Thema vier kent begrijpelijke doelstellingen, maar het is niet volledig realistisch dat deze behaald worden: 'jongeren onder de 18 jaar drinken geen alcohol in horecagelegenheden met een horecavergunning' en 'jongeren onder de 18 jaar zijn niet in staat alcohol te verkrijgen'. Het is goed en begrijpelijk dat de doelstelling op deze wijze is opgenomen. De effectindicatoren zijn meteen een stuk realistischer: er wordt ingestoken op een zichtbare daling van het percentage jongeren dat alcohol drinkt.

Tijdgebonden

In principe kennen alle thema's een tijdframe. Wat betreft de kwalitatieve doelstellingen zijn er in het vastgestelde uitvoeringsoverzicht jaartallen te vinden met daarachter 'wat er in dat jaar zal worden gerealiseerd'. De range van de periode waarin de doelstellingen geacht te worden behaald is wel erg breed. Wat betreft de effectindicatoren is er beschreven dat bij een eerstvolgende GGD-monitor sprake moet zijn van minimaal stabiliteit, een toename of afname. Nu de nota met één jaar is verlengd, wordt echter nog steeds op dezelfde doelen en op dezelfde indicatoren ingezet, zonder een voorafgaande grondige analyse. De voorgenomen jaarlijkse update van de lokale gezondheidsnota (in documentvorm) heeft ook nooit plaatsgevonden. Er is bij de verlenging van de nota wel een infographic opgesteld door de gemeente. Hierin wordt het beeld geschetst 'waar we nu staan op de vier thema's'. In de interviews met respondenten wordt bovendien aangegeven dat in overleg met elkaar continu wordt bijgestuurd en bijgeschaafd. Dit is niet direct uit de beschikbare documentatie waar te nemen.

2.3.2. Motieven

De gezondheidsdoelen zijn (mede) bepaald door de gezondheidssituatie in Oosterhout. "Een goede gezondheid draagt direct bij aan het persoonlijk welbevinden en de prestaties in alle aspecten van het leven." Per thema is op een rijtje gezet 'waarom de gemeente er iets aan wil doen'. Noch uit de raadsbesluiten, noch uit de beleidsnota's of de interviews blijkt dat er alternatieven voor de themakeuzes zijn voorgelegd aan de gemeenteraad. Hieronder hebben we de motieven achter de themakeuzes weergegeven.

Meer bewegen en gezonder eten

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie is overgewicht de grootste bedreiging voor de volksgezondheid. Net als in heel West-Brabant (en de rest van Nederland) is onder de Oosterhoutse inwoners een toename in overgewicht zichtbaar in de gezondheidscijfers. Overgewicht kent bijkomende risico's ((psychische) ongezondheid, ziekten, verminderde kans op participeren). Bewegen en gezonder eten zijn gerelateerd aan overgewicht, zodoende is dit thema van groot belang. Daarnaast draagt bewegen bij aan ontspanning en ontmoeting en biedt het steun bij verschillende chronische aandoeningen.

Betere psychische gezondheid jeugd

Psychische problemen in de jeugd uiten zich vaak negatief op latere leeftijd, aldus te lezen in 'Verbinden en Verankeren'. Dit is ook terug te zien onder de bevolking in Oosterhout, waar bijna een kwart van de 16- tot en met 18-jarigen zich

psychisch ongezond voelt en één of meerdere problemen heeft waar ze dag in dag uit last van hebben. Inzet op een betere psychische gezondheid voor de jeugd is belangrijk, omdat psychische ongezondheid gepaard gaat met o.a. schooluitval, criminaliteit, verslaving en psychisch lijden.

Participatie

In Oosterhout voelt de helft van de senioren (65 jaar en ouder) zich eenzaam, waardoor zij een kleinere kans hebben om deel te nemen aan de samenleving. Daar komt bij dat eenzaamheid kan resulteren in gezondheidsproblemen, die (in)direct de participatie kunnen beïnvloeden en mensen in een negatieve spiraal kunnen doen belanden. Het percentage volwassenen dat ontevreden is over de sociale cohesie in de buurt is gegroeid in 2012 naar 54% (van 43% in 2009). Deelname aan maatschappelijke activiteiten kan positief bijdragen aan de (subjectieve) gezondheid en bij een grotere sociale cohesie is het beter mogelijk om terug te kunnen vallen op het buurtnetwerk wanneer het even tegenzit.

Voorkomen schadelijk alcohol- en drugsgebruik jeugd

Alcoholgebruik en drugsgebruik onder jongeren kan gepaard gaan met nadelige maatschappelijke gevolgen. Enkele voorbeelden zijn leerproblemen, agressie, criminaliteit en overlast. Gezien de gevolgen, is inzet op dit thema belangrijk. Door meer bewustzijn te creëren bij zowel ouders als kinderen betreffende de gevolgen van alcohol- en drugsgebruik, is het mogelijk om de negatieve maatschappelijke gevolgen te doen verminderen.

2.3.3. Andere relevante beleidsdocumenten

Gezondheid is een breed beleidsterrein, waaronder een heleboel thema's vallen. Bovendien is er een grote samenhang met thema's op andere beleidsterreinen. Zodoende zijn er veel beleidsdocumenten die raakvlakken hebben met gezondheid als thematiek. Deze beleidsdocumenten zijn betrokken in dit onderzoek (zie de literatuurlijst voor geraadpleegde documenten). De focus binnen dit onderzoek ligt echter op de thema's zoals benoemd in de lokale gezondheidsnota (en de uitvoering van de wettelijke taken). We houden als relevante beleidsdocumenten op het gebied van gezondheidsbeleid dan ook de documenten aan zoals benoemd in de Programmabegroting, welke aansluiten op de lokale gezondheidsnota.

1. *Agenda voor een gezonde samenleving (GGD, 2012)*

De lokale gezondheidsnota Verbinden en Verankeren is mede tot stand gekomen vanuit GGD-cijfers over de staat van de gezondheid en landelijke prioriteiten, maar ook op basis van de agenda voor een gezonde samenleving van de GGD uit 2012. In deze notitie schetst de GGD negen gezondheidsverhalen die gaan over de belangrijkste uitdagingen voor het lokale gezondheidsbeleid in de komende jaren in West-Brabant. In deze agenda komen zowel GGD-professionals als partners aan het woord. Met behulp van de verhalen en cijfers achter deze verhalen geeft de GGD de uitdagingen voor de komende jaren aan.

De negen beschreven verhalen:

1. Elk kind doet mee (over de ketenaanpak en het betrekken van familie, vrienden en kennissen uit het netwerk van multiprobleemgezinnen).

2. In beweging (over een wijkgerichte aanpak om het bewoners zo makkelijk mogelijk te maken zich gezond te gedragen).
3. De wereld wordt steeds kleiner (over de kleiner wordende wereld en de daarmee gepaard gaande vestiging van exotische dieren in ons land, die ziekten kunnen verspreiden).
4. Think before you drink (het regionale alcoholproject dat zich niet alleen richt op jongeren zelf, maar ook vooral op de omgeving van jongeren zoals de ouders en verkopers van alcohol).
5. De wijkwandeling (over het samen met ambtenaren de wijk intrekken om samen te kijken hoe de gezondheid verbeterd kan worden).
6. Grijs en wijs (over kwetsbare ouderen en het afleggen van huisbezoeken).
7. Paraat! (over de oefeningen die de GGD houdt om de verspreiding van infectieziekten tegen te gaan).
8. Seks met gevoel en verstand (over preventie en laagdrempelige spreekuren over seks).
9. Binnen boord (over een goed uitgerust vangnet dat noodzakelijk is om dak –en thuislozen op te vangen, omdat zij een gevaar kunnen opleveren voor hun eigen gezondheid en die van anderen).

De cijfers en verhalen zoals beschreven in de agenda voor een gezonde samenleving, bieden een basis voor de lokale gezondheidsnota. Het is goed te zien dat de gekozen speerpunten uit de lokale gezondheidsnota gebaseerd en geïnspireerd zijn op de agenda voor een gezonde samenleving van de GGD.

2. *Preventie en handhavingsplan alcohol en jeugd Oosterhout 2014-2017 'Op je gezondheid!' (2014)*

Het preventie en handhavingsplan alcohol en jeugd Oosterhout is deels een voortvloeiende uit en afstemming op de nota lokaal gezondheidsbeleid. Het sluit immers aan bij één van de vier thema's. Daarnaast geldt dat per 1 januari 2014 de drank- en horecawet (DHW) werd gewijzigd. De leeftijdsgrens voor het verkopen aan, in bezit hebben van of consumeren van alcohol (op voor publiek toegankelijke plaatsen) is toen verhoogd van 16 naar 18 jaar. De gemeenten kregen de verplichting om iedere vier jaar een lokaal preventie- en handhavingsplan alcohol vast te stellen.

Kader: Artikel 42a van DHW

1. De gemeenteraad stelt uiterlijk zes maanden na inwerkingtreding van dit artikel voor de eerste maal een preventie- en handhavingsplan alcohol vast. Vervolgens wordt dit plan elke vier jaar gelijktijdig met de vaststelling van de lokale nota gezondheidsbeleid, bedoeld in artikel 13, tweede lid, van de Wet Publieke Gezondheid, vastgesteld. Het plan kan tussentijds worden gewijzigd.
2. Het plan bevat de hoofdzaken van het beleid betreffende de preventie van alcoholgebruik, met name onder jongeren, en de handhaving van de wet.
3. In het plan wordt in ieder geval aangegeven:
 - a. wat de doelstellingen zijn van het preventie- en handhavingsbeleid alcohol;
 - b. welke acties worden ondernomen om alcoholgebruik, met name onder jongeren, te voorkomen, al dan niet in samenhang met andere preventieprogramma's als bedoeld in artikel 2, tweede lid, onderdeel d, van de Wet Publieke Gezondheid;
 - c. de wijze waarop het handhavingsbeleid wordt uitgevoerd en welke handhavingsacties in de door het plan bestreken periode worden ondernomen;
 - d. welke resultaten in de door het plan bestreken periode minimaal behaald dienen

te worden.

Het gemeentelijk beleid op het gebied van preventie is vastgesteld en opgenomen in de nota Verbinden en Verankeren 2014-2017 en het gemeentelijk beleid betreffende handhaving is vastgesteld en opgenomen in het handhavingsbeleidsplan Fysieke Leefomgeving 2011-2014 en het Alcohol- en horecasanctiebeleid gemeente Oosterhout 2014. De doelstellingen en uitgangspunten uit deze beleidsnotities worden aangevuld met concrete acties en komen samen in het preventie- en handhavingsplan alcohol. Het plan vormt dus één van de uitvoeringsstrategieën om de doelstellingen zoals beschreven in de lokale nota gezondheidsbeleid te bewerkstelligen. Zodoende wordt het plan in H3 uitgebreid toegelicht. Hieronder worden nog wel kort de motieven geschetst waarop het plan tot stand is gekomen.

Cijfers jeugd: in het Preventie en handhavingsplan worden de risico's van alcoholgebruik beschreven (met de extra gevaren voor jongeren onder de 18 jaar). Daarnaast worden de cijfers met betrekking tot alcoholgebruik onder jongeren weergegeven. In 2011 liggen de cijfers voor 12-15 jarigen betreffende alcoholgebruik in Oosterhout lager dan de gemiddelden in West-Brabant. Wat betreft 16-18 jarigen liggen de cijfers op een vergelijkbaar (hoog) niveau. Het is het doel dat bij de volgende meting de cijfers lager liggen.

Cijfers volwassenen: in het preventie en handhavingsplan worden ook cijfers uit de volwassenenmonitor (2012) weergegeven waaruit blijkt dat veel volwassenen alcoholgebruiken en ongeveer 40% van de volwassenen niet voldoet aan de norm voor verantwoord alcohol drinken. Ouders dragen verantwoordelijkheid voor het gezond opvoeden en opgroeien van kinderen en uit onderzoek blijkt dat duidelijke en strikte regels van ouders een positieve invloed hebben op het beginnen met alcohol drinken.

Met de risico's en recente cijfers in het achterhoofd is de gemeente in gesprek gegaan met jongeren, ouders en verstrekkers van alcohol. Ook is gesproken met zowel interne partners (zoals de GGD en de afdeling veiligheid) als externe partners (zoals de politie, Novadic Kentron, Werkgroep Veilige School en de Koninklijke Horeca Nederland afdeling Oosterhout). Zodoende is het plan tot stand gekomen. In H3 wordt het plan verder besproken in de uitvoeringsstrategie.

2.3.4. Samenhang andere beleidsvelden

Het gezondheidsbeleid staat niet op zich, maar kent ook een samenhang met andere beleidsvelden. Deze wordt ook onderkend in de gezondheidsnota. Niet voor niets zijn de thema's binnen de nota 'Verbinden en Verankeren' ook wat breder ingestoken. Zo komt zowel participatie aan bod als gezonder eten, sport en bewegen. Hier is onder andere de link met het sportbeleid (o.a. mede uitgewerkt in het uitgebreide beleidskader 'Brede Buurt') goed in terug te zien. Ook het speerpunt dat zich richt op alcoholpreventie bij de jeugd bestrijkt meerdere beleidsterreinen (gezondheid en veiligheid).

Tegelijkertijd met deze gezondheidsnota is de sportnota Oosterhout 2014-2017 'Samen werken aan sport en bewegen' verschenen. De relatie tussen de beleidsvelden sport en volksgezondheid is goed te zien: sport is een belangrijk middel om de eigen gezondheid op peil te houden en is daarmee een beproefd instrument als het om preventie in de gezondheidszorg gaat. Daarnaast kan het een belangrijke rol spelen in de begeleiding van mensen met chronische aandoeningen. Sport is bovendien van groot belang bij de motorische en geestelijke ontwikkeling van kinderen. Thema 1 uit de sportnota 'Meer Oosterhouters in Beweging' sluit dan ook naadloos aan op het Thema 1 uit de gezondheidsnota 'Meer bewegen en gezonder eten'. Sport draagt eveneens bij aan het voorkomen van maatschappelijk isolement, bevorderen van integratie, tegengaan van overlast en positioneren in de samenleving. 'Wie met enige regelmaat sport, houdt aansluiting met de buitenwereld. Met name voor ouderen is sport en beweging bij uitstek een goede aanleiding om er op uit te trekken en contact te leggen met anderen', zo staat in de sportnota te lezen. Sport leidt enerzijds tot een verbeterde gezondheid, maar het draagt ook bij aan participatie en participatie leidt op haar beurt weer tot een verbeterde gezondheid. Hier is de overlap zichtbaar met thema 3 van het gezondheidsbeleid 'Participatie'.

In het gelijktijdig uitgevoerde onderzoek naar het sportbeleid wordt uitgebreid gekeken naar de sport- en beweegdoelstellingen van de gemeente uit de sportnota als ook naar het beleidskader Brede Buurt. Meer hierover is terug te lezen in het separate document betreffende het sportbeleid en in het overkoepelende document waarin de brug tussen gezondheidsbeleid en sportbeleid geslagen wordt.

2.4. Toetsing aan normenkader

Norm: De gemeente heeft doelstellingen en een visie geformuleerd t.a.v. het gezondheidsbeleid in de periode 2013 tot en met 2017

Voldoet aan de norm. De gemeente Oosterhout heeft in haar nota zowel doelstellingen als een visie geformuleerd.

Norm: De gemeenteraad heeft het gezondheidsbeleid vastgesteld

Voldoet aan de norm. Zowel de nota Verbinden en Verankeren 2014-2017 als het uitvoeringsoverzicht behorende bij deze nota zijn vastgesteld door de gemeenteraad. Het Preventie en Handhavingplan alcohol en jeugd 2014-2017 is ook vastgesteld door de gemeenteraad.

Norm: Er heeft een gedegen analyse plaatsgevonden van de gezondheidssituatie van de bevolking

Voldoet aan de norm. Iedere vier jaar wordt er een analyse gemaakt van de gezondheidssituatie van de Oosterhouters middels de monitoren van de GGD West-Brabant. Er is een jeugdmonitor, volwassenenmonitor en ouderenmonitor.

Norm: De resultaten van deze analyse zijn herleidbaar in het beleid

Voldoet aan de norm. In de nota Verbinden en Verankeren 2014-2017 zijn cijfers uit de GGD-monitoren terug te zien ter onderbouwing van het beleid.

Norm: De wettelijke taken en kaders van de landelijke nota volksgezondheid zijn terug te vinden in het beleid

Voldoet aan de norm. In de nota Verbinden en Verankeren 2014-2017 zijn de taken uit de wet kort in een kader opgenomen. In de brief landelijke gezondheidsnota 2015 wordt aandacht gevraagd voor drie onderdelen, waaronder de gezondheidsverschillen tussen hoog en laagopgeleiden. Hier moeten het rijk en gemeenten zich meer voor inspannen, zo staat in de brief te lezen. Aandacht hiervoor is niet specifiek terug te vinden in de lokale gezondheidsnota van de gemeente Oosterhout. Wel is er binnen het programma Brede Buurt aandacht voor 'kwetsbare doelgroepen', waarbij het aannemelijk is dat hier ook minder hoogopgeleide bewoners onder vallen. De gezondheidsverschillen tussen laag –en hoogopgeleiden worden niet expliciet als aandachtspunt benoemd in de lokale gezondheidsnota en aanverwante beleidskaders.

Norm: De doelstellingen zijn duidelijk voor de gemeenteraad, het college, de ambtelijke organisatie en de partners die beleidsactiviteiten uitvoeren

Voldoet grotendeels aan de norm. De meeste partners zijn bekend met de doelstellingen uit de nota 'Verbinden en Verankeren'. Niet alle genoemde partners zijn betrokken geweest bij het opstellen van het beleid, maar over het algemeen worden de doestellingen gekend en onderschreven.

Norm: De doelstellingen en effecten zijn SMART geformuleerd:

- *Specifiek: er is sprake van omschreven doelgroepen*
- *Meetbaar: de doelstellingen zijn meetbaar*
- *Acceptabel: de doelstellingen worden door de gemeenteraad en de uitvoeringspartners onderschreven*
- *Realistisch: de doelstellingen kunnen met de beschikbare middelen en voorzieningen worden behaald*
- *Tijdgebonden: het is duidelijk wanneer de doelstellingen moeten worden behaald*

Voldoet gedeeltelijk aan de norm. Over het algemeen zijn de doelstellingen en effecten SMART geformuleerd. Hier is wel een verschil zichtbaar tussen de opgestelde prestatie-indicatoren en effectindicatoren. De prestatie-indicatoren hebben we niet terug kunnen vinden in afspraken met de partners die het gezondheidsbeleid uitvoeren. Het is natuurlijk goed mogelijk dat hier mondelinge afspraken over zijn gemaakt, maar op papier hebben we er niets over teruggevonden. Vanuit de interviews komt hetzelfde beeld naar voren: in overleggen wordt wel met elkaar gesproken over de uitvoering van taken, maar er staan geen afspraken op papier over wie welke taak uit gaat voeren en welke prestaties vervolgens mogen worden verwacht. De effectindicatoren zijn terug te vinden in het door de gemeenteraad vastgesteld uitvoeringsoverzicht behorende bij de lokale gezondheidsnota.

2.5. Tussenconclusie

Het doel van het lokale gezondheidsbeleid (2013-2017) is de gezondheid onder Oosterhouters vergroten door te verbinden tussen lokale partners en gezondheid in de samenleving te verankeren, waar gezamenlijke urgentie een voorwaarde is en regie en maatwerk nodig blijft.

Samenvattend is te stellen dat er een duidelijk gezondheidsbeleid aanwezig is waarin kwalitatieve en kwantitatieve doelen gesteld zijn. De doelstellingen zijn gebaseerd op gegevens uit de GGD-monitoren en lokale en regionale trends in de gezondheidsontwikkelingen. Deze doelen zijn grotendeels SMART geformuleerd. Specifieke prestatie-indicatoren (zoals in de nota Verbinden en Verankeren 2013-2017) waarvan in de nota wordt voorgesteld deze nog verder met partnerorganisaties uit te werken, zijn we in documentvorm niet tegengekomen. Ook heeft er geen jaarlijkse update van het gezondheidsbeleid (in documentvorm) plaatsgevonden. Wel zijn er heldere effectindicatoren opgesteld.

Het lokale gezondheidsbeleid sluit aan bij de landelijke wet –en regelgeving. Vanuit het rijksbeleid (2011) worden enkele aandachtspunten meegegeven voor het lokale beleid. Deze punten zijn grotendeels terug te vinden in de lokale nota (zoals bijvoorbeeld de inzet op spelen, bewegen en sporten, jeugd als belangrijke doelgroep en het verbinden van verschillende beleidsterreinen). De punten uit de landelijke brief uit 2015 zijn ook terug te vinden in het lokale beleid (o.a. bevorderen gezonde leefstijl en aandacht voor preventie en het bevorderen van de gezondheid).

3. Bevindingen uitvoeringsstrategie

3.1. Inleiding

In dit hoofdstuk staat de strategie centraal. De uitvoeringsstrategie betreft de voorgenomen wijze van beleidsuitvoering; de veronderstelling is dat met behulp van de strategie de beleidsdoelen gerealiseerd zullen worden. De strategie omvat het instrumentarium en de wijze waarop de uitvoering van het beleid is georganiseerd. Heel concreet gaat het om de gemaakte samenwerkingsvormen en -afspraken. Dit omvat vooral de concretisering van de gemeentelijke rollen in regie en uitvoering en de aanduiding van de rollen van externe uitvoerders van beleid zoals gezondheidsorganisaties. Er wordt afgesloten met een toetsing aan de normen en een tussenconclusie.

De onderzoeksvragen die in dit hoofdstuk worden beantwoord zijn:

- 1) Heeft de gemeente Oosterhout een duidelijk instrumentarium gekozen om het beleid en de wettelijke taken te organiseren en uit te voeren?

Te denken valt aan:

- Een regulier overleg met uitvoerende partijen
- Afspraken / contracten / subsidies uitvoerende partijen
- Overwegingen op basis waarvan de afspraken / contracten / subsidies zijn gekozen

- 2) Waarom is voor dit instrumentarium gekozen? Waren er andere opties / alternatieven?

3.2. Gemeentelijke strategie

3.2.1. Instrumentarium

Het gezondheidsbeleid is grofweg in te delen in twee onderdelen. Enerzijds heb je de taken die gemeenten vanuit de WPG worden geacht uit te voeren en anderzijds zijn er de lokale accenten binnen het gezondheidsbeleid die lokaal worden vormgegeven. Deze hangen af van de specifieke, lokale situatie.

Het eerste dat opvalt is dat er eigenlijk maar één grote speler is die vanuit de gemeente verantwoordelijk wordt geacht voor de uitvoering van zowel de wettelijke taken als de lokale gezondheidsdoelen. Dit is de GGD. Voor de wettelijke taken is dit logisch, dit wordt vanuit de WPG voorgeschreven. Als het gaat om lokale gezondheidsdoelen, zou de gemeente er ook voor kunnen kiezen bepaalde taken aan andere uitvoerende partijen uit te besteden. Indirect (bijvoorbeeld binnen het sportbeleid of bij de uitvoering van welzijnswerk) gebeurt dit ook. Puur kijkend naar het lokale gezondheidsbeleid, gaan er enkel middelen voor de uitvoering naar de GGD. In de collegenota met daarin het besluit aangaande het uitvoeringsoverzicht van de lokale gezondheidsnota 14-17 wordt dit ook letterlijk beschreven: *'Wie gaat het doen? Uitvoering vindt, onder regie van afdeling SCW, plaats door de GGD binnen de regulier beschikbare uren en in samenwerking met de burger en maatschappelijke partners.'*

De wettelijke taken zijn uitbesteed aan de GGD. De uitvoering van de lokale gezondheidsdoelen is indirect uitbesteed aan meerdere partners. In het uitvoeringsoverzicht behorend bij de lokale gezondheidsnota zijn echter geen partners per speerpunt benoemd, waardoor het lastig is om te zien 'wie wat uitvoert en wie verantwoordelijk is voor de uitvoering'. Wel weten we welke partners er allemaal betrokken zijn bij de uitvoering. Deze partners zijn later in dit hoofdstuk in een overzicht weergegeven. Per thema uit de lokale gezondheidsnota geven we hieronder aan welke strategie de gemeente hanteert ten aanzien van de uitvoering van de vier lokale beleidsthema's.

Meer bewegen en gezonder eten

De concrete doelen die beschreven worden onder dit thema waren in het vorige hoofdstuk reeds te lezen. Hier zetten we ze nogmaals op een rijtje:

1. actief werken aan gezond eten en bewegen;
2. VO-scholen hebben een gezonde schoolkantine;
3. basisscholen kennen het concept 'groene schoolpleinen';
4. er zijn structurele verbindingen gelegd tussen curatie en preventie;
5. in Oosterhoutse sport- en beweegactiviteiten is specifieke aandacht voor gezonde voeding;
6. Volksgezondheid, Groenontwerp en Ruimtelijke inrichting kennen de mogelijkheden voor 'Oosterhout, eetbare stad' én de bijdrage die bedrijfsleven en landbouwers daaraan zouden kunnen geven).

In hetzelfde document wordt een activiteitenplanning beschreven. Deze ziet er als volgt uit:

Ad 1	- In 2014 en 2015: ondersteuning initiatief Oosterheide; - In 2015 e.v. jaren: vraaggerichte ondersteuning van andere initiatieven
Ad 2	- In 2015: 'helpdesk' voor VO scholen bij invoering verplichte gezonde schoolkantine
Ad 3	- In 2015-2017: op vraag van basisscholen is de mogelijkheid van een groen schoolplein besproken en, waar gewenst, wordt ondersteuning geboden bij de uitvoering
Ad 4	- In 2014 en 2015: deelname aan proeftuin "Sluitende keten preventie Diabetes"
Ad 5	- In 2014-2017: Bij sport- en beweegactiviteiten is "gezonde voeding" een vast onderdeel van de activiteit
Ad 6	- In 2015: inventarisatie van samenwerkingsmogelijkheden met Groenontwerp en Ruimtelijke inrichting en gesprek met bedrijven en Landbouwers; - In 2016-2017: uitvoering van activiteiten

Niet alle acties zijn concreet gemaakt. In de nota Verbinden en Verankeren zien we beter waar de gemeente op in wil zetten, te weten:

Sport en bewegen

Een belangrijk onderdeel dat bijdraagt aan de eerste gezondheidsdoelstelling (meer bewegen en gezonder eten) is het sportbeleid. Sporten en bewegen (zo wordt in Verbinden en Verankeren beschreven) zijn verbonden met alle vier de inhoudelijke gezondheidsprioriteiten. Alle resultaten uit de sportnota leveren hier een directe bijdrage aan. Op het gebied van sport wordt mede middels de Brede Buurt een

stevige impuls gegeven aan beweging. Op scholen worden beweegprogramma's uitgevoerd door Oosterhout in Beweging (OiB) en de vakgroepen lichamelijke opvoeding. OiB is inmiddels overgegaan in stichting MOOVE.

Vanaf 2014 is de gemeente voornemens om overgewicht meer aan te pakken middels deelname aan het landelijke programma Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG). Dit is een wetenschappelijk effectief bevonden interventie. Dit onderdeel zal ondergebracht worden in het programma Brede Buurt. Daarnaast wil de gemeente de inbreng van gezondheid in ditzelfde programma verstevigen.

Inrichting openbare ruimte

Bij de inrichting van de omgeving wordt rekening gehouden met de gezondheid. Zo worden er ontmoetingsplaatsen gecreëerd waar voldoende groene ruimtes zijn en waar gewandeld kan worden. Voorbeelden hiervan zijn het Lukwelpark en de realisatie van waterpark Slotbosse Toren. Een andere ontmoetingsplek vormt het kook-/tuin-/ontmoetingsinitiatief in Oosterheide. Dit is een verbinding met de schooltuin en gezonde voeding. De gemeente is betrokken door de inbreng van onder andere de GGD, sociaal wijkteam en buurtcoördinatoren.

Preventie diabetes

Samen met Zorroo, de GGD en Oosterhout in Beweging (nu stichting MOOVE) wordt gewerkt aan een proeftuin van de Nederlandse Diabetes Federatie, waar bewegen wordt ingezet ter preventie van diabetes.

Concrete acties

De eerste concrete acties zoals benoemd in Verbinden en Verankeren 2014-2017 zijn:

- Overleg met bedrijfsleven en andere Oosterhoutse partners, zoals groenteboeren en landbouwers.
- Samen met Groenontwerp en Inrichting van de openbare ruimte de mogelijkheden uitwerken. Hierbij wil men onder andere kijken naar de aanpak van de 'Eetbare stad' en 'Groene Schoolpleinen'.
- Via de sportmakelaar de aandacht voor gezonde voeding verbinden aan sport- en beweegactiviteiten.
- Het starten van een breed overleg met maatschappelijke partners, burgers en andere betrokkenen (Zorroo, gemeentelijke afdelingen, Surplus, GGD, sportmakelaar, MOOVE, Verzekeraars en Fysiotherapeuten).

Betere psychische gezondheid jeugd

De concrete doelen die beschreven worden onder dit thema waren in het vorige hoofdstuk reeds te lezen. Hier zetten we ze nogmaals op een rijtje:

1. de onderwijsinstellingen in Oosterhout werken volgens de Wet sociale veiligheid;
2. op het gebied van psychische gezondheid van jongeren zijn, op basis van de basistaken JGZ, structurele relaties gelegd tussen preventie en curatie;
3. bij de uitvoering van het extra contactmoment JGZ voor jongeren is er specifieke aandacht voor de psychische gezondheid;
4. Volksgezondheid, Veiligheid en Jeugdbeleid leggen gezamenlijk de relatie tussen overlast en gezondheid van jongeren en sturen gezamenlijk activiteiten aan).

In hetzelfde document wordt een activiteitenplanning beschreven:

Ad 1	- In 2015 en 2016: 'helpdesk' bij de invoering van de Wet sociale veiligheid
Ad 2	- In 2014 e.v. jaren: binnen de jeugdgezondheidszorg is structurele aandacht voor preventie in relatie tot curatie.
Ad 3	- In 2014 e.v. jaren: overleg met en ondersteuning van scholen VO en MBO bij de uitvoering het extra contactmoment JGZ voor jongeren en gebleken psychische problematiek.
Ad 4	- In 2015: verkenning door Volksgezondheid, Veiligheid en Jeugdbeleid over de relatie overlast en gezondheid. - In 2016-2017: uitvoering van activiteiten

In de nota Verbinden en Verankeren zien we beter waar de gemeente op in wil zetten, te weten:

Reguliere JGZ

Via de reguliere Jeugdgezondheidszorg worden psychische problemen bij jongeren vroegtijdig gesignaleerd en opgepakt. Deze signalen komen onder meer binnen via het Zorg Advies Team. Indien nodig biedt de reguliere Jeugdgezondheidszorg op maat ondersteuning aan kind en gezin. De jeugdarts vervult de rol van ketencoördinator.

M@zl

Op VO-scholen wordt het project M@zl (medische advisering zieke leerling) uitgevoerd, welke zich richt op jongeren die frequent, wegens ziekte, school verzuimen. Ziekteverzuim is wat omvang betreft een groter probleem dan spijbelen. Binnen het M@zl project werken mentor, jeugdarts, ouder, kind en leerplichtambtenaar samen aan de weg terug naar school. De betrokken partijen om het kind heen, handelen vanuit een gezamenlijke zorg, maar wel vanuit de eigen rol.

Huiselijk geweld

De Gemeente Oosterhout neemt deel in het Steunpunt Huiselijk Geweld West-Brabant (inmiddels 'Veilig Thuis West Brabant'). Hier kunnen bewoners terecht voor advies, hulp en ondersteuning rondom huiselijk geweld, kindermishandeling, ouderenmishandeling en seksueel geweld. Het is nadrukkelijk bedoeld voor zowel bewoners die zelf hulp zoeken als bewoners die zich zorgen maken over andere bewoners.

Concrete acties

De eerste concrete acties zoals benoemd in Verbinden en Verankeren 2014-2017 zijn:

- Proactief in gesprek gaan met ouders, kinderen/jongeren, scholen, GGD en andere ketenpartners over het aanpakken van pesten.
- Met jongeren zelf in gesprek om activiteiten te ontwikkelen om de psychische gezondheid van jeugd te bevorderen.
- De cijfers over de gezondheid van de jongeren worden besproken met het onderwijs.
- Samen met partners op het terrein van veiligheid onderzoeken we de relatie met overlast en mogelijkheden voor activiteiten.

- o Samenwerking met andere gemeentelijke beleidsterreinen.

Participatie

De concrete doelen die beschreven worden onder dit thema waren in het vorige hoofdstuk reeds te lezen. Hier zetten we ze nogmaals op een rijtje:

1. eenzaamheid wordt voorkomen en bestreden;
2. er zijn toenemende kansen voor uitkeringsgerechtigden door een betere gezondheid;
3. samen met burgers vraaggericht werken aan gezondheid;
4. Volksgezondheid en Sociale zaken (werk en inkomen) voeren samen interventies uit om participatie te bevorderen;
5. voor mensen die (dreigen) buiten boord te vallen, is er een adequaat vangnet).

In hetzelfde document wordt een activiteitenplanning beschreven:

Ad 1	- In 2015 e.v. jaren: de handreiking 'Sleutels voor de lokale aanpak van eenzaamheid' van Movisie en "Coalitie Erbij" is op maat vertaald naar een Oosterhouts model
Ad 2	- In 2014 e.v. jaren: gezondheidsbevorderende activiteiten verkennen en uitvoeren onder uitkeringsgerechtigden
Ad 3	- In 2015: via de netwerkstructuur in Oosterhout (ontwikkeling in het kader van de transities) signalen ophalen over collectieve gezondheidsvragen - In 2015-2017: vraaggerichte ondersteuning burgerinitiatieven m.b.t. gezondheid
Ad 4	- In 2014: afstemming Volksgezondheid, Sociale Zaken en Welzijn over de relatie armoede, participatie en gezondheid - In 2015-2016: uitvoering van gerichte activiteiten op basis van afstemming
Ad 5	- In 2014-2015: op basis van gericht onderzoek naar en overleg met doelgroepen 'kwetsbare burgers' is er een adequaat/effectief vangnet - In 2014 e.v. jaren: uitvoering vangnetfunctie met tussenevaluatie

In de nota Verbinden en Verankeren zien we beter waar de gemeente op in wil zetten, te weten:

Sociale wijkteams

In de wijken Oosterheide en Strijen/Dommelbergen, staat de beweging naar eigen kracht en samen kracht voorop. Sociale wijkteams zijn hier actief. In het welzijnsbeleid wordt samen met burgers gewerkt aan de gezondheid. Zowel preventief (signalerende functie) als in de ondersteuning, waar bijvoorbeeld burgers met meervoudige en complexe problemen terecht kunnen bij het MASS (Maatschappelijk Steunsysteem). Tussen de sociale wijkteams, het Meldpunt Zorg & Overlast, het MASS en de ketencoördinator jeugd is een nauwe samenwerking.

Zorgverzekeraars

Samen met zorgverzekeraars CZ en VGZ wordt een collectieve zorgverzekering aangeboden voor inwoners met een laag inkomen.

Animo

Animo (voorheen Krachtig Oosterhout) is een samenwerking van de gemeente Oosterhout, Surplus Welzijn, de GGD West-Brabant, het Amphia Ziekenhuis en Zorroo om welzijn en zorg meer met elkaar te verbinden volgens het model positieve gezondheid. Positieve Gezondheid is het vermogen om je aan te passen

en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven. In focusgroepen met verschillende doelgroepen worden de pijlers van positieve gezondheid besproken. Aan de hand van deze gesprekken worden de behoeften van bewoners in kaart gebracht. Door een vergelijking te maken tussen de uitkomsten uit de focusgroepen en een groep van professionals, wordt vervolgens gekeken of de zorgbehoeften aansluiten bij het zorgaanbod. De gemeente heeft in het kader van Animo ook alle zelfstandig wonende 90+ers bezocht. Met hen worden eveneens de pijlers van positieve gezondheid besproken.

Concrete acties

De concrete acties zoals benoemd in Verbinden en Verankeren 2014-2017 zijn:

- Het bespreken van de cijfers uit de Gezondheidsmonitor met de sociale wijkteams.
- Nadrukkelijke aandacht voor preventie.
- Werken aan een integraal, adequaat afgestemd vangnet.
- Gezondheidsbevordering van uitkeringsgerechtigden (bijvoorbeeld een beweeg- en eetprogramma en ondersteuning bij stoppen met roken).

Voorkomen schadelijk alcohol- en drugsgebruik jeugd

De concrete doelen die beschreven worden onder dit thema waren in het vorige hoofdstuk reeds te lezen. Hier zetten we ze nogmaals op een rijtje:

1. Jongeren en hun ouders kennen de gevolgen van te vroeg en te veel alcoholgebruik en handelen daarnaar (normverschuiving);
2. Tijdens evenementen drinken jongeren tot 18 jaar niet en overige bezoekers niet te veel;
3. In alle gelegenheden met een horecaverunning drinken jongeren tot 18 jaar niet en overige bezoekers niet te veel;
4. Op straat is contact met de jongeren over hun drinkgedrag (te vroeg, teveel) en wordt desgewenst ook contact met hun ouders gezocht;
5. Jongeren tot 18 jaar zijn niet in staat alcohol te verkrijgen. Het nalevingspercentage is 100%;
6. Jongeren kennen de gevolgen van drugsgebruik).

In hetzelfde document wordt een activiteitenplanning beschreven:

Ad 1 t/m 5	- Zie: 'Op je gezondheid'
Ad 6	- In 2014 e.v. jaren: maatschappelijke partners empoweren gezamenlijk de weerbaarheid onder jongeren en leggen daarbij een relatie met alcohol, drugs, seks, roken

In de nota Verbinden en Verankeren en de nota Op je Gezondheid zien we beter waar de gemeente op in wil zetten, te weten:

Think before you drink

Think Before You Drink is een reclamecampagne geweest die door de gemeente Oosterhout in samenwerking met andere West-Brabantse gemeenten, Novadic-Kentron, politie, HALT en GGD is uitgedragen. De reeds bestaande programma's werden onder het mom van Think Before You Drink extra kracht bijgezet.

Convenant veilig uitgaan

In de convenant 'Veilig Uitgaan' met de horeca, wordt aandacht geschonken aan de risico's van alcohol- en drugsgebruik door jongeren.

Op je gezondheid (preventie en handhavingsplan alcohol en jeugd)

Per 1-1-2014 is het handhavingsbeleid van kracht, waar het voorkomen van schadelijk alcoholgebruik onder jongeren en handhaving aan elkaar gekoppeld worden. Dit wordt gerealiseerd in een breed overleg van gemeente (handhaving, evenementen, veiligheid, jeugd, sport, JONG, vergunningsverlening) met jongerenwerk (Surplus), CJG, Novadic-Kentron, GGD, voortgezet onderwijs (werkgroep Veilige school), politie, horeca, supermarkten, slijterijen, sportverenigingen en jongeren.

In onderstaande tabel is een samenvatting weergegeven van enkele voorbeeldacties die door diverse partners worden uitgevoerd.

Setting	Doel	Voorbeeldacties
Op school	Jongeren en hun ouders kennen de gevolgen van te vroeg en te veel alcoholgebruik en handelen daarnaar (normverschuiving)	<ul style="list-style-type: none"> • Structurele aandacht voor alcohol en drugs i.s.m werkgroep Veilige School • Gesprekken met ouders • Gesprekken met jongeren
Bij evenementen	Tijdens evenementen drinken jongeren tot 18 jaar niet en jongeren van 18 t/m 23 niet te veel	<ul style="list-style-type: none"> • Preventieve alcoholmaatregelen besproken met festivalorganisaties • In beleidsregels voor evenementen worden regels gesteld ter voorkoming van alcoholgebruik onder minderjarigen en overmatig alcoholgebruik
In de horeca	In alle gelegenheden met een horecavergunning drinken jongeren tot 18 jaar niet en overige bezoekers niet te veel	<ul style="list-style-type: none"> • In overleg met de horeca worden structurele preventieve acties (zoals bijv. training vroegsignalering alcohol) afgesproken en uitgevoerd. • Alternatieven voor groepen jongeren om bijeen te komen worden samen met jongeren onderzocht en uitgewerkt.
Op straat	Op straat is contact met jongeren over hun drinkgedrag en wordt desgewenst ook contact met hun ouders gezocht	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmatige inzet van SUS-teams tijdens speciale festiviteiten (o.a. Carnaval: ca. 20x per jaar; onderdeel van Veilig uitgaan in het centrum. • In gesprek met jongeren op straat ontdekken waar ze naar toe gaan als ze een horecagelegenheid niet inkomen.
Bij de sportclub en in het activiteitencentrum	In alle gelegenheden met een horecavergunning drinken jongeren tot 18 jaar niet en overige bezoekers niet te veel	<ul style="list-style-type: none"> • In eerdere workshops (NIX18, BOB en sport) hadden sportverenigingen weinig belangstelling. Daarom wordt gestart met een 0-meting onder Oosterhoutse sportverenigingen. Op basis daarvan vinden zowel preventieve als handhavende acties

		plaats.
In o.a. supermarkten en slijterijen	Jongeren tot 18 jaar zijn niet in staat alcohol te verkrijgen & het nalevingspercentage van de bedrijven is 100%	<ul style="list-style-type: none"> • Samen met supermarkten, slijterijen en andere bedrijven wordt afgesproken hoe zij kunnen bereiken dat zij de regels 100% naleven.
Thuis	Jongeren en hun ouders kennen de gevolgen van te vroeg en te veel alcoholgebruik en handelen daarnaar (normverschuiving)	<ul style="list-style-type: none"> • Met verloskundigen wordt in gesprek gegaan over mogelijkheden voor preventieactiviteiten. • Zowel vanuit preventie als vanuit toezicht en handhaving wordt de aanpak rondom hokken en keten uitgewerkt.

3.2.2. Afstemming en bekostiging uitvoerende partijen

De volgende uitvoerende partijen zijn betrokken bij de uitvoering van het lokale gezondheidsbeleid, welke onder te verdelen zijn in gemeentelijke 'partners en partners uit de samenleving'.

Gemeentelijke partners	Partners uit de samenleving
1. OiB (nu: MOOVE)	1. Scholen
2. Zorroo	2. Cateraars
3. De GGD	3. Horeca
4. Het Amphia	4. Sportverenigingen
5. Surplus	5. Supermarkten
6. !GO	6. Slijterijen
7. Werkgroep Preventie	
8. Werkgroep Veilige school	
9. H19	
10. Het jongerenwerk (Surplus)	
11. Novadic-Kentron	
12. Juzt	
13. Het sociale wijkteam	
14. Bureau HALT	
15. Politie	

Per thema is eveneens aan te geven welke partners betrokken zijn bij de uitvoering. In zowel het uitvoeringsoverzicht behorende bij de lokale gezondheidsnota als in de nota zelf wordt echter niet duidelijk welke partijen welke concrete acties uit gaan voeren. Ditzelfde geldt voor de uitvoering van het sportbeleid (wat gezien zou kunnen worden als het uitvoeringsplan behorende bij thema 1 uit de lokale gezondheidsnota: meer bewegen en gezonder eten). Er is geen uitvoeringsplan voor sportstimulering, dit is namelijk belegd in het programma Brede Buurt. Binnen dit programma is met MOOVE een afspraak gemaakt over hun inzet. De andere betrokken partijen zetten uren in die niet één op één gekoppeld zijn aan activiteiten. Onderstaand overzicht geeft een overzicht van de betrokken uitvoerende partijen per thema van de lokale gezondheidsnota.

Thema	Betrokken uitvoerende partijen
1. Meer bewegen en gezonder eten	Scholen (ook leerlingen), cateraars, Oosterhout in Beweging, Zorroo, sportverenigingen en de GGD.

2. Beter psychische gezondheid jeugd	Scholen, de GGD, het jongerenwerk, Novadic Kentron, Just en de sociale wijkteams.
3. Participatie	Zorroo, de GGD, het Amphibia ziekenhuis, de sociale wijkteams, Surplus, !Go, Oosterhout in Beweging, de werkgroep Preventie en H19
4. Voorkomen schadelijk alcohol- en drugsgebruik jeugd	Horeca, supermarkten, slijterijen, Bureau HALT, Novadic-Kentron, het jongerenwerk, de scholen, de GGD, de sociale wijkteams en de politie

Afstemming

Vanuit de interviews en documentanalyse weten we dat er diverse overlegstructuren en samenwerkingsverbanden zijn. In al deze overleggen zijn meerdere partners vertegenwoordigd. De GGD is als belangrijkste partner bijna bij alle overleggen aangesloten. Hieronder zijn enkele overlegstructuren genoemd:

- Werkgroep Preventie
- Werkgroep Maatschappelijk steunsysteem
- Werkgroep Alcoholpreventie
- Werkgroep Veilige school
- Vitaal Oosterhout
- Zorg Adviesteams VO scholen
- Sociaal Wijkteamoverleg
- Multidisciplinaire overleggen huisartsen
- Animo en Big Data

Op basis van de interviews ontstaat het beeld dat de koppeling tussen beleid en uitvoering soms uit blijft. In sommige overlegstructuren zitten te veel partijen aan tafel op uitvoeringsniveau (bijvoorbeeld bij de Werkgroep Preventie). Het is wel de ambitie om meer partijen op beleidsniveau/stuurniveau aan tafel te krijgen en zodoende de gehele keten te betrekken. Vanuit de interviews valt verder op dat sommige uitvoerende partijen wel meer betrokken zouden willen zijn bij beleidsadvies, maar dat dit toch voornamelijk als taak wordt gezien van de GGD, terwijl in sommige gevallen specialisten uit de uitvoering juist goed betrokken zouden kunnen worden. Overigens wordt hier ook veelal bij aangegeven dat partijen het wel druk hebben voor beleidsadvies-taken naast uitvoerende taken.

Een ander beeld dat naar voren komt vanuit zowel de interviews als de documentanalyse is dat verantwoordingseisen en concrete afspraken over te ondernemen acties in sommige gevallen ontbreken. Er wordt veel in overleg met elkaar geregeld en besproken. De korte lijnen zijn over het algemeen goed. Afspraken worden echter niet altijd op papier gezet. Dit maakt het uiteindelijk moeilijker om partners aan afspraken te houden en goed te monitoren, verantwoorden en sturen.

Bekostiging

In het volgende hoofdstuk (resultaten uitvoering) zijn de uitvoeringskosten inzichtelijk gemaakt. Wat hierin vooral opvalt is dat de gemeente er voor kiest om de gehele uitvoering bij de GGD neer te leggen. De kosten voor de uitvoering van het gezondheidsbeleid staan dus gelijk aan de kosten van de GGD. Lokale invulling wordt gegeven door de inkoop van maatwerk en plustaken.

Jaarlijks volgt er een voorstel voor de inkoop van integrale maatwerk en plustaken die de GGD voor de gemeente Oosterhout uitvoert. Dit zit al in de jaarlijkse begroting verwerkt. Soms vraagt de GGD hier nog extra middelen voor aan. Bij de start van de uitvoering van de lokale gezondheidsnota (in 2013) was dit bijvoorbeeld het geval. Het totale beschikbare maatwerkbudget vanuit de begroting in 2013 was 89.697 euro (vanuit preventieprogramma's 36.935 euro en vanuit JGZ 52.762 euro). De GGD heeft toen een inhoudelijk voorstel gedaan (met daarbij een kostenplaatje) zodat de wensen vanuit de gemeente met betrekking tot het lokale gezondheidsbeleid in interventies en activiteiten konden worden omgezet. Een deel van de middelen kon ook weer bekostigd worden vanuit andere potjes (o.a. CJG en Wmo). Uiteindelijk vroeg de GGD 31.568 euro aan extra middelen.

Gedurende het jaar kan er ook nog bijgestuurd worden. Zo doet de GGD in 2017 op verzoek van de gemeente een voorstel om 'het voorliggend veld te verstevigen' en 'invulling te geven aan 75.000 euro'. In de documentatie vinden we hierover terug dat de reguliere JGZ van 0-4 jaar in de loop van de tijd 'vloeiend moet overgaan' (uiterlijk per 1 januari 2018) in de versteviging van het voorliggende veld 0-99 jaar. Hiertoe doet de GGD enkele voorstellen, waarbij ze ook de samenwerking met partners voorstellen. Overigens lijkt het hier wel weer dat de middelen aan de GGD verstrekt zullen worden (inzet 1000 uur à 75 euro) en partners in de uitvoering aansluiten. Er lijkt niet te worden gekozen voor een bekostiging van partners zelf.

3.3. Waarom is voor deze strategie gekozen?

3.3.1. Overwegingen

De GGD is de belangrijkste partner van de gemeente om het gezondheidsbeleid uit te voeren. De WPG stelt dat de gemeenten de uitvoering van de wettelijke taken aan de GGD uitbesteedt. Dit geldt overigens niet voor alle taken. Zo mag de JGZ ook ten dele aan andere partijen worden uitbesteed. De keuze om de GGD te betrekken bij de uitvoering van de lokale gezondheidsdoelen is eveneens een logische keuze. Dankzij de gezondheidsmonitoren, de taken vanuit de WPG en het grote netwerk in de zorg, is de GGD een voor de hand liggende keuze. De focus van de GGD ligt vooral op universele preventie (voor alle bewoners uit West-Brabant). De focus ligt daarmee minder op specifieke kwetsbare doelgroepen. Dit is waar gespecialiseerde partners (zoals Surplus, Novadic Kentron, Zorroo) een goede aanvulling zijn op de GGD. In de uitvoering zie je dat dit ook gebeurt. Op beleidsniveau zie je dit minder.

De strategie om het beleid mede uit te werken in het preventie en handavingsplan alcohol en jeugd en binnen het sportbeleid (en dan met name binnen de Brede Buurt) is een logische keuze. De integraliteit van de thematiek op de diverse beleidsterreinen wordt hiermee benadrukt.

3.4. Toetsing aan normenkader

Norm: De gemeente heeft per speerpunt of wettelijke taak haar doelstelling gekoppeld aan een uitvoeringsstrategie

Voldoet grotendeels aan de norm. Niet alle doelstellingen hebben een even concrete uitvoeringsstrategie. De gemeente heeft wel op alle thema's een activiteitenplanning weergegeven en een aantal thema's zijn in uitvoeringsplannen concreter uitgewerkt.

Norm: De uitvoeringsinstrumenten zijn beschreven

Voldoet gedeeltelijk aan de norm. Niet alle doelstellingen hebben een even concrete uitvoeringsstrategie. De gemeente heeft niet alle uitvoeringsinstrumenten (typen overleg, met partners, doelstellingen en concrete acties per partner) beschreven.

Norm: Het is duidelijk welke partner(s) de instrumenten zullen uitvoeren

Voldoet gedeeltelijk aan de norm. De GGD is de voornaamste uitvoeringspartner. Er zijn daarnaast veel andere partijen betrokken bij de uitvoering waarvan de taakverdeling en rollen minder duidelijk omschreven zijn.

Norm: De gemeente heeft de uitvoering vastgelegd in afspraken, contracten of subsidiebeschikkingen

Voldoet gedeeltelijk aan de norm. Er zijn contracten en subsidiebeschikkingen. De koppeling tussen beleidsdoelen en concrete afspraken zijn niet altijd duidelijk. Over de wettelijke taken is wel veel duidelijkheid.

Norm: Uitvoerende partners hebben de uitvoeringsinstrumenten opgenomen in hun jaarplanning

Voldoet gedeeltelijk aan de norm. Wanneer je kijkt naar de belangrijkste partner, de GGD, is te zien dat het vrijwel volledig overeenkomt. De GGD is dan ook uitgebreid bij de beleidsontwikkeling betrokken en op basis van GGD-cijfers en de GGD agenda voor een gezonde samenleving wordt het beleid mede bepaald. Overige uitvoerende partners hebben niet altijd de uitvoeringsinstrumenten opgenomen in hun jaarplanning. Desondanks zijn overige partners wel in veel overlegstructuren vertegenwoordigd.

3.5. Tussenconclusie

De uitvoeringsstrategie sluit aan bij de doelstellingen van de gemeente genoemd in de lokale gezondheidsnota. Van een directe één op één vertaling van doelen naar een uitvoeringsstrategie is geen sprake. Dit komt doordat de uitvoering van de lokale gezondheidsnota deels verloopt via het programma Brede Buurt en het Preventie en Handavingsplan Alcohol en Jeugd. Er zijn verschillende reguliere overleggen tussen uitvoerende partijen en er zijn afspraken over de uitvoering. Deze afspraken zijn echter niet altijd geconcretiseerd en op papier gezet, waardoor controle op naleving lastig kan zijn.

4. Bevindingen uitvoering

4.1. Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we in op de uitvoering. Dit betreft de daadwerkelijke uitvoering van het gezondheidsbeleid door de gemeente en de partners van de gemeente. Het gaat om inzicht in de uitgevoerde activiteiten en uitvoeringskosten. Er wordt afgesloten met een toetsing aan de normen en een tussenconclusie.

De vraag die in dit hoofdstuk wordt beantwoord is: in hoeverre wordt het beleid adequaat uitgevoerd en gebeurt dit op de manier die vooraf met elkaar is overeengekomen?

Wij richten daarbij onze aandacht op:

- Uitvoering afspraken door gemeente en partners
- Kosten van de uitvoering
- Wijzigingen in de uitvoering

4.2. Uitvoering

In de uitvoering kunnen een aantal taken worden onderscheiden, de taken om uitvoering te geven aan de WPG, de taken die daarnaast voortvloeien uit het gezondheidsbeleid zoals uitgevoerd door de GGD, Novadic Kentron, Zorroo en Surplus Welzijn. Zoals eerder geconstateerd is sprake van een grote overlap tussen het gezondheids- en sportbeleid, met name waar het gaat om meer bewegen en gezonder eten. De activiteiten die in dit kader plaatsvinden zijn beschreven in het gelijktijdig uitgevoerde onderzoek naar het sportbeleid.

WPG

Gemeenten hebben de taak om uitvoering te geven aan de WPG. In het onderstaande overzicht is te zien hoe de gemeente Oosterhout deze taken heeft opgepakt.

Taak	Wie pakt het op
Inzicht in de gezondheidssituatie/ analyseren van gegevens	<ul style="list-style-type: none"> • Deze taak wordt uitgevoerd door de GGD. In ieder geval in de vierjaarlijkse bevolkingsonderzoeken en in specifieke onderzoeken. • De vakgroep onderzoek en statistiek van de gemeente Oosterhout brengt ook jaarlijkse 'de kwetsbare Oosterhouters per buurt' in kaart.
Bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen	<ul style="list-style-type: none"> • De GGD geeft gevraagd en ongevraagd adviezen, evenals de andere partners van de gemeente. Enkele voorbeelden zijn: De geurverordening, het alcoholbeleid en een sauna in Oosterhout waar legionella voorkwam.
Bijdragen aan preventieprogramma's	<ul style="list-style-type: none"> • Er worden op verzoek van de gemeente verschillende preventieprogramma's uitgevoerd. Een belangrijke programma is Jongeren op Gezond Gewicht.
Medische milieukundige zorg, technische hygiënezorg en psychosociale hulp bij rampen	<ul style="list-style-type: none"> • Voor deze onderdelen zijn geen actuele voorbeelden aan te dragen.
Openbare GGZ (OGGZ)	<ul style="list-style-type: none"> • In 2016 is er een onderzoek naar 'verwarde personen'

	uitgevoerd door de GGD West-Brabant, met inzet van meerdere organisaties in West-Brabant. Dit heeft geleid tot nieuw aanbod.
Prenatale voorlichting	<ul style="list-style-type: none"> • Dit is belegd bij de GGD
Forensische geneeskunde	<ul style="list-style-type: none"> • wordt verzorgd door de GGD West-Brabant, forensische geneeskundige wordt ingezet bij niet-natuurlijk overlijden, een euthanasieprocedure of het overlijden van een minderjarige. Forensische artsen verlenen ook medische zorg aan arrestanten.
Infectieziektebestrijding	<ul style="list-style-type: none"> • GGD West-Brabant heeft een team Infectieziektebestrijding, waarin artsen, verpleegkundigen en een deskundige infectiepreventie die gespecialiseerd zijn in infectieziektebestrijding. Er wordt samengewerkt met zorgorganisaties (zieken- en verpleeghuizen) om antibioticaresistentie te beperken.
Jeugdgezondheidszorg	<ul style="list-style-type: none"> • De JGZ is geheel belegd bij de GGD, uiteraard vindt uitvoering in samenwerking met partners plaats.
Ouderengezondheidszorg	<ul style="list-style-type: none"> • De ouderengezondheidszorg wordt deels uitgevoerd door de GGD, Surplus, Zorroo en andere partners. Een voorbeeld zijn de 75+ en 90+ huisbezoeken die (preventief) worden afgelegd.

GGD West-Brabant

Het gezondheidsbeleid wordt voor een groot deel uitgevoerd door de GGD. Er is een basispakket en er zijn plustaken. In het basispakket opgenomen diensten/producten van de GGD zijn de vertaling van een wettelijke verplichting (WPG), ofwel door een gemeente zelf gekozen (lokaal accent), ofwel voor alle gemeenten van West-Brabant (bijv. "Think before You Drink"). Deze diensten/producten zitten in het basispakket, dat wordt betaald uit de inwonersbijdragen van de gemeente. Ten slotte kan er gekozen worden voor plustaken, waarvoor extra betaald moet worden. Met deze plustaken is het mogelijk om zaken die lokaal spelen en extra aandacht behoeven, ook extra aandacht te geven. Voorbeelden hiervan zijn in het vorige hoofdstuk weergegeven.

De GGD zit in tal van overlegstructuren en is een echte spin in het web als het gaat om de uitvoering van het gezondheidsbeleid. De GGD geeft gevraagd en ongevraagd advies aan de gemeente en denkt mee over het beleid en de agendasetting. De GGD neemt deel aan de werkgroepen: Preventie, Maatschappelijk stuursysteem, Alcoholpreventie en Veilige School. Daarnaast neemt ze deel aan de JGZ-overleggen (MDT, met adviesteams scholen) en projecten als Vitaal Oosterhout en Animo. In 2015 is de GGD formeel toegetreden tot de stichting Sociale Wijkteams (opgericht in 2014 door Stichting Surplus Welzijn en Stichting MeePlus). De wijkteams helpen burgers bij vraagverheldering en toeleiding naar (specialistische) zorg. Daarnaast faciliteren de sociale wijkteams de netwerkorganisatie in Oosterhout. De financiële risico's blijven binnen de stichting. Om dit te borgen heeft de stichting een overeenkomst gesloten met de gemeente Oosterhout met daarin onder andere een vrijwaring voor elke deelnemende instelling voor de financiële en operationele risico's van de uitvoering.

Om een indruk te krijgen van de uitvoering van het lokaal gezondheidsbeleid door de GGD, worden hieronder enkele projecten op vier gezondheidsthema's uit de

lokale gezondheidsnota uitgelicht. De GGD heeft meer programma's dan hieronder worden beschreven.

- **Meer bewegen en gezonder eten:** Eén van de onderdelen waar de GGD bij betrokken is aangaande dit thema, is het programma 'de gezonde school'. Een gezonde school is een school die structureel aandacht besteedt aan gezondheid. Er zijn vier pijlers waar een school aandacht aan kan besteden. Een school is een gezonde school wanneer de school het vignet 'Een gezonde school' behaald heeft. Hieronder staan de vier pijlers van een gezonde school opgesomd:
 - Gezondheidseducatie: in de lessen is er structurele aandacht voor gezondheid. Bijvoorbeeld door op een thema een lespakket uit te voeren.
 - Fysieke en sociale omgeving: gezond gedrag stimuleren door aanpassingen in de fysieke en sociale omgeving. Denk hierbij aan een beweegvriendelijk of 'groen' schoolplein en aan het betrekken van ouders bij Gezonde School.
 - Signaleren: gezondheidsproblemen worden gesignaleerd. Bijvoorbeeld door gebruik te maken van een volgsysteem voor het bewegingsonderwijs of de sociaal emotionele ontwikkeling.
 - Beleid: alle maatregelen voor de gezondheid van leerlingen en leraren zijn vastgelegd in het schoolbeleid.
- **Betere psychische gezondheid jeugd:** Op VO-scholen is het project M@zl (medische advisering zieke leerling) uitgevoerd, welke zich richt op jongeren die frequent, wegens ziekte, school verzuimen. Dit programma is in 2017 door de Erkenningscommissie Interventie erkend. Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat M@zl effectief is. De ziekteverzuimomvang van de leerlingen die bij de jeugdarts werden uitgenodigd was binnen het onderzoek na een jaar gehalveerd. De GGD neemt ook zitting in de Zorg Adviesteams op VO-scholen.
- **Participatie:** deelname aan Animo (eerder beschreven in de uitvoeringsstrategie) om welzijn en zorg meer met elkaar te verbinden volgens het model positieve gezondheid. Daarnaast is de GGD in 2015 ook formeel toegetreden in de stichting Sociale Wijkteams en was de GGD betrokken bij de Persoonlijke Gezondheidscheck. De Persoonlijke Gezondheidscheck biedt een persoonlijk online gezondheidsrapport en -plan voor alle Nederlanders vanaf 18 jaar. Door middel van een e-health kennissysteem wordt het zorg, sport en welzijnsaanbod in de regio gekoppeld aan de individuele behoefte van deelnemers. Op grond van monitorgegevens van de GGD is de wijk Dommelbergen gekozen voor de wijkgerichte pilot Persoonlijke Gezondheidscheck. Inwoners konden gratis deelnemen aan de check. Bij de pilot waren naar de GGD ook de gemeente Oosterhout, Zorroo, het sociaal wijkteam, het NIPED en OiB (nu MOOVE) betrokken.
- **Voorkomen alcohol- en drugsbeleid jeugd:** Eén van de onderdelen binnen dit thema waar de GGD in de beleidsperiode van Verbinden en Verankeren bij betrokken was, is de campagne Think before you drink. Samen met o.a. Novadic Kentron werd in 17 gemeenten extra aandacht gevraagd voor de aanpak van het te vaak en te veel drinken van alcohol door jongeren.

Novadic Kentron

Novadic Kentron wordt ingekocht door de centrumgemeente Breda (een samenwerking van 12 gemeenten, waaronder Oosterhout). De centrumgemeente heeft iets meer dan 4fte verslavingspreventie ingekocht. Dankzij de samenwerking tussen de 12 gemeenten kan er betere zorg worden geboden. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk om diensten aan te bieden die lastig te organiseren zijn voor één gemeente, zoals de chatservice, de testservice en dat er via een speciaal telefoonnummer op kantooruren altijd iemand beschikbaar is voor consultatie. Op lokaal niveau bekijkt Novadic Kentron echter wel ook altijd hoe er in de behoeften van kleinere gemeenten kan worden voorzien.

Onder verslavingspreventie verstaat Novadic Kentron activiteiten die gericht zijn:

1. Op het voorkómen van problemen die kunnen ontstaan door het gebruik van alcohol, drugs, medicijnen, gokken, internetten en gamen, en;
2. Op vroegtijdige signalering van die problemen en het anticiperen hierop, en;
3. Op het beperken van de schade door gebruik, en;
4. Op het bereiken van personen die zorg nodig hebben, hen begeleiden en indien nodig toe leiden naar passende zorg.

Novadic Kentron geeft jaarlijks een horizontale verantwoording van haar activiteiten. Hieronder is de verantwoording zoals gepresenteerd in mei 2018 aan centrum gemeente Breda, weergegeven. Het betreft cijfers van de gehele centrumgemeente. Deze zijn niet naar gemeente uit te splitsen.

Activiteit	Omschrijving	Cijfers
Hulpvragen op verzoek	Individuele preventie, opvoedings- en partnerondersteuning	514 gesprekken 70% burgers die met ons contact opnemen
Alcoholintoxicaties & Halt	Gesprek ouders/kind n.a.v. convenant	83 gezinnen intoxicatie 12 Halt doorverwijzingen
Campagnes, chatservice	Markt, beurs, projecten etc	5 campagnes en/of projecten 1607 chats landelijk
Deskundigheidsbevordering	Training netwerkpartners	20 Trainingen
Onderwijs & vrije tijd	Ouderavonden, docenten, ZAT etc	27 blokken gastlessen 3 ouderavonden, 53 indi. trajecten
Testservice DIMS	Elke woensdag van 16 tot 18 uur; vrijdag uitslagen	382 consumenten en 319 samples -1 interne signalering
Unity	Voorlichting op dance-events door peers	-18 getrainde peers -7 dance-events
Veldwerk/casefinding	GHB, peersupport, voorlichting op straat met jongerenwerk, etc	-325 indi gesprekken doelgroep -42 personen gemotiveerd tot behandeling; 112 gesprekken terugvalpreventie
Advies & informatie	Voor alle vragen en voor iedereen toegankelijk elke werkdag 8 tot 18 uur (do tot 19 uur)	16.641 oproepen voor heel Brabant; reactie altijd binnen 24 uur
Hulp aan SMO	Ondersteuning op DSV en de Vliet	-snelle intake klanten SMO, begeleiding op locatie, aanpassing GHB protocol
Bemoeizorg	Zorgwekkende zorgmijders motiveren tot zorg	440 trajecten; coördinatie GGZ Breburg

In het kader van het 'voorkomen van alcohol- en drugsgebruik jeugd' (thema 4 van de lokale gezondheidsnota) is Novadic Kentron o.a. betrokken via bovengenoemde activiteiten. Dat gaat van voorlichting op dance-events, tot aan telefonische advies & informatie. Hierover wordt in de gesprekken duidelijk dat Novadic Kentron door de ouders van de doelgroep en de doelgroep zelf, goed gevonden wordt. Novadic Kentron krijgt weinig doorverwijzingen vanuit het wijkteam. Wel is Novadic Kentron betrokken bij trainingen die de deskundigheid van netwerkpartners bevordert. Ze trainen onder andere jongerenwerkers, huisartsen en wijkteammedewerkers.

Zorroo

Zorroo is een zorggroep van huisartsenpraktijken. De huisartsenpraktijken uit vijf gemeenten zijn aangesloten bij de zorggroep: Oosterhout, Drimmelen, Rijen, Dongen en Geertruidenberg. De zorggroep werkt samen met:

- Zorgverleners (i.e. diëtisten, ziekenhuizen, specialisten), zodat de zorg overeenkomstig aan de zorgprogramma's aan patiënten wordt aangeboden.
- Zorgverzekeraars (CZ Zorgverzekeringen en VGZ), die de zorgprogramma's inkopen bij Zorroo.

Zorroo heeft ook een eigen huisartsenpost in Oosterhout en is daarmee uniek in Brabant. Als we kijken naar de vier focusonderdelen van de lokale gezondheidsnota is te zien dat Zorroo op bijna alle onderdelen meedoet of mee probeert te doen, direct of indirect:

- **Meer bewegen en gezonder eten:** voorheen had de zorggroep een contract met OiB betreffende de takenverdeling. Nu OiB (MOOVE) is ondergebracht bij de gemeente is er nog steeds contact tussen Zorroo en MOOVE. Er zijn inmiddels gesprekken gevoerd en er zijn onderdelen opgenomen in het jaarplan. Zorroo heeft zelf het programma Leefstijlcoaches COOL. Dit wordt gefinancierd vanuit CZ als zorgverzekeraar en vanaf 2018 in de obesitaspoli opgenomen. Zorroo heeft in eerste instantie een pilot uitgevoerd met individuele gesprekken en groeps gesprekken. De buurtsportcoaches, diëtisten en andere zorgverleners zijn aangesloten en sluiten eventueel aan bij de groeps gesprekken en worden ingezet wanneer nodig. Parallel aan de sessie met de leefstijlcoach loopt een sessie met de buurtsportcoach.
- **Betere psychische gezondheid jeugd:** Steeds meer huisartspraktijken behorend tot Zorroo hebben GGZ-POH-ers. Dat zijn praktijk-ondersteunend huisartsen in de Geestelijke Gezondheidszorg. Deze werkt altijd samen met de huisarts en heeft een achtergrond (kennis en ervaring) in de GGZ en/of maatschappelijk werk.
- **Participatie:** de zorggroep doet niet direct iets met participatie. Wel is de groep aangesloten in diverse overlegstructuren en samenwerkingsverbanden.
 - Zorroo biedt ook basis GGZ aan. Basispsychologen zijn bij Zorroo onder contract. Daarnaast zijn er afspraken met Maatschappelijk Werk en het Wijkteam. Zij zitten standaard gekoppeld aan de huisartsenpraktijk en die sluiten aan bij het Multidisciplinair Overleg.
 - In het kader van het ouderenprogramma, bezoekt Zorroo haar patiënten die 75 jaar of ouder zijn. Hierbij worden behoeften in kaart gebracht en deze worden (wanneer ze op het gebied van welzijn liggen) doorspeeld aan Surplus. Een voorbeeld hiervan is de kookgroep voor alleenstaande mannen.

- De zorggroep zou in de toekomst graag een vloeiende lijn willen tussen zorg en welzijn en één standaardmodule Welzijn koppelen aan het GGZ-programma voor chronische patiënten en/of aan het ouderenprogramma.
- **Voorkomen alcohol- en drugsbeleid jeugd:** Zorroo trekt hierin op met Novadic Kentron, maar doet zelf niet direct iets op het gebied van alcohol- en drugsbeleid voor de jeugd.

Surplus Welzijn

Surplus Welzijn is de uitvoerder van het welzijnswerk in Oosterhout. Het is een belangrijke speler in het voorliggend veld die een aantal activiteiten verricht die raken aan het gezondheidsbeleid. Dit zijn met name activiteiten op het vlak van preventie. Voorbeelden zijn de vrijwilligersmatches via Oosterhout voor elkaar en de ondersteuning van kwetsbare groepen. Surplus rapporteert uitgebreid in haar rapportages over de gestelde doelen, indicatoren en resultaten die ze hebben behaald. Langs de lijnen van de vier inhoudelijke thema's van de gezondheidsnota ziet dit er als volgt uit (onderstaande informatie is afkomstig uit de jaarrapportage uit 2015:

- **Meer bewegen en gezonder eten:** In het jaarverslag worden – afgezien van de sportactiviteiten georganiseerd door bijvoorbeeld jongeren zelf (voetbaltoernooitjes) en activiteiten die plaatsvinden op de locatie van Surplus (zitdansen, line dance, parkinson gym, judo, zumba, volksdans en bewegen in de rolstoel) geen expliciete beweegactiviteiten benoemd.
- **Betere psychische gezondheid jeugd:** Surplus biedt geen specifieke activiteiten ter verbetering van de psychische gezondheid van jeugdigen, maar biedt wel diverse preventieve ondersteuningsprogramma's voor jeugdigen. Ook probeert het jongeren te ondersteunen in het opzetten van eigen activiteiten, o.a. in samenwerking met JONG! En door gebruik te maken van een zogenoemd 'zappbudget'.
- **Participatie:** Surplus voert vooral veel activiteiten uit op het gebied van participatie:
 - Via het programma en de gelijknamige website Oosterhout voor elkaar, makelt Surplus tussen aanbod van en vraag naar vrijwilligers. De bijbehorende prestatie-indicator is 'een rapportage van trendvorming van bijbehorende inzet ten behoeve van stijging van het aantal vacatures en aanmeldingen voor vrijwilligers. Surplus ontwikkelt de website Oosterhoutvoorelkaar verder door met een (buren)hulpmarktplaats.
 - Surplus biedt ook praktische cliëntondersteuning met de inzet van burgeradviseurs en budgetcoaches die informatie, advies en praktische ondersteuning bieden op het gebied van welzijn, wonen zorg en financiën.
 - Surplus is ook betrokken bij de overleggen betreffende het Maatschappelijk Steunsysteem. Hierbij gaat het om ondersteuning van zeer kwetsbare groepen. Surplus is dossierhouder van enkele bemoeizorg-casussen, waar naast psychische klachten ook veel praktische regelzaken aan de orde van de dag zijn.
- **Voorkomen alcohol- en drugsbeleid jeugd:** op het gebied van het voorkomen van alcohol- en druggebruik onder jongeren onderneemt Surplus (samen met ketenpartners) diverse preventie acties. Zo is er de actie in samenwerking met Novadic Kentron betreffende de 16+ jongeren die uitgaan. De acties van Surplus en Novadic Kentron sluiten aan op de NIX 18 campagne. Onderdelen zijn de blaastest en de 'Happy Ouders' Met de blaastest werden

jongeren onder de 18 bereikt die hadden ingedronken voor het stappen. Na afloop van de test kregen ze uitleg over de gevolgen van hun alcoholgebruik. De Happy Ouders zijn onder begeleiding van Novadic Kentron en Halt zelf op een stapavond de stad ingegaan om informatie te verkrijgen over alcoholgebruik. Een ander programma is 'Street2meet' waarbij hangjongeren door de jongerenwerkers van Surplus worden bereikt en bereid gevonden om zich op een andere (positieve) manier in de wijk te laten zien.

4.3. Kosten uitvoering

De GGD is verantwoordelijk voor de uitvoering van de wettelijke taken. Zoals eerder in dit hoofdstuk beschreven, is de GGD ook verantwoordelijk voor de uitvoering van het lokale gezondheidsbeleid (onder regie van de gemeente, binnen de regulier beschikbare uren en in samenwerking met de burger en maatschappelijke partners). In onderstaande tabel staan de kosten per productgroep voor de gemeente Oosterhout op basis van het aantal inwoners. In de laatste kolom staan de automatiseringskosten genoemd voor BOPZ-online. De gegevens zijn afkomstig uit de GGD West-Brabant Beleidsbegroting van 2017.

Productgroep	Kosten
Infectieziektebestrijding	€ 212.585
Jeugd & Gezin 4-19 basistaken	€ 423.343
Jeugd & Gezin 4-19 maatwerk	€ 55.015
Jeugd & Gezin 0-4 basistaken	€ 703.844
Lokaal gezondheidsbeleid basistaken	€ 125.247
Gezonde en veilige leefomgeving basistaken	€ 81.982
Gezonde en veilige leefomgeving maatwerk	€ 46.385
Kwetsbare groepen basistaken	€ 65.537
BOPZ-online	€ 6.400

In het totaal krijgt de GGD West-Brabant 1.720.336 euro om haar taken voor de gemeente Oosterhout uit te voeren. Dit zijn de cijfers uit de beleidsbegroting 2017. Dit is direct ook het gehele bedrag dat aan 'gezondheidszorg' wordt uitgegeven, wanneer we kijken naar de programmabegroting van de gemeente. Overige partners die een bijdrage leveren aan de doelen uit de lokale gezondheidsnota worden op een andere wijze gefinancierd.¹

4.4. Toetsing aan normenkader

Norm: Uitvoerende partijen (inclusief de gemeente) hebben in jaarlijkse managementrapportages aan de gemeente(raad) gerapporteerd

Voldoet grotendeels aan de norm. Het is echter wel lastig om uitsplitsingen naar specifieke gemeenten te zien. Veel van de verantwoording geschiedt op een

¹ In het onderzoek naar het sportbeleid worden meer cijfers gegeven van de partners die actief zijn op het gebied van sport en bewegen en in de samenwerking van de Brede Buurt zitten.

horizontale en informele manier. Via een presentatie of gesprek. Dat maakt controle achteraf lastiger.

Norm: De beleidsuitvoering heeft plaatsgevonden zoals afgesproken

Voldoet grotendeels aan de norm. Niet alle afspraken zijn goed terug te vinden. Voor zover we afspraken in hebben kunnen zien, lijkt uitvoering plaats te vinden zoals afgesproken.

Norm: Indien van de uitvoeringsstrategie is afgeweken is dat beredeneerd gebeurd in overleg met de gemeente

Voldoet aan de norm. Er zijn geen afwijkingen geconstateerd, afgezien van de veranderde focus binnen de Brede Buurt (zie hiervoor het onderzoek naar het sportbeleid). Hier is de gemeente nauw bij betrokken geweest. Alles lijkt in goed overleg plaats te vinden.

4.5. Tussenconclusie

Het lokale gezondheidsbeleid wordt voornamelijk uitgevoerd middels de programma's Brede Buurt en Preventie en Handhaving Alcohol & Jeugd. De belangrijkste uitvoerder van het gemeentelijk gezondheidsbeleid is de GGD. De beschikbare middelen voor het lokaal gezondheidsbeleid gaan ook naar de GGD. Andere partijen (zoals Novadic Kentron, Zorroo en Surplus) zijn wel aangehaakt in overleggen en voeren zelfstandig of in samenwerking (bijvoorbeeld binnen het programma Brede Buurt) wel onderdelen van het gezondheidsbeleid uit. Concrete afspraken op papier zijn niet altijd terug te vinden. De uitvoering lijkt hier niet direct onder te leiden. Afgezien van de GGD, kennen veel partners in het gezondheidsbeleid een andere financieringsstructuur. Zo worden veel programma's van Zorroo bekostigd door ziektekostenverzekeraars en wordt Novadic Kentron ingekocht door de centrumgemeente Breda.

5. Bevindingen resultaat

5.1. Inleiding

In dit hoofdstuk kijken we naar de resultaten die de gemeente Oosterhout heeft behaald met het lokale gezondheidsbeleid. Deze resultaten worden benoemd op basis van de beleidsdoelstellingen. Uitkomsten zijn bijvoorbeeld de output, zoals het aantal mensen dat is bereikt. Als we kijken naar de maatschappelijke opbrengsten of outcome van beleid verwijzen we naar de resultaten op niveau van de bevolking als geheel. Er wordt afgesloten met een toetsing aan de normen en een tussenconclusie.

De vraag die in dit hoofdstuk wordt beantwoord is: wat waren de (eventueel onvoorziene) resultaten van de uitvoering in termen van output en outcome?

Te denken valt aan:

- De algemene gezondheidssituatie van de bevolking
- Realisatie van programma's en projecten

Eerst behandelen we de algemene cijfers van de vakgroep Onderzoek & Statistiek over 'kwetsbare Oosterhouters' en vervolgens kijken we specifiek naar de beleidsdoelstellingen uit de lokale nota en de daarin geformuleerde gewenste effecten. Zijn de gewenste effecten uitgekomen? We staan zowel stil bij de kwalitatieve doelen/indicatoren als de effectindicatoren.

5.2. Resultaten algemeen

5.2.1. Monitor Kwetsbare Oosterhouters

Ieder jaar doet de vakgroep Onderzoek & Statistiek onderzoek naar kwetsbare Oosterhouters. De resultaten worden weergegeven in een jaarlijkse monitor. Kwetsbaarheid is gedefinieerd middels een gevalideerde set aan risicofactoren op de volgende domeinen: huisvesting, welbevinden/gezondheid, opleiding, huishoudenssamenstelling, etniciteit en sociaaleconomische status. Van deze risicofactoren is bekend dat zij bijdragen aan kwetsbaarheid, sociale uitsluiting en maatschappelijke uitval. Het onderzoek is geen steekproef door middel van een enquête, maar bestaat uit een analyse van registratiegegevens (van bijvoorbeeld jeugdzorgregistraties en registraties bij de sociale verzekeringsbank). Op individueel niveau worden gegevens over alle bewoners bijeen gebracht die optellen tot een risicoprofiel. Hieronder zijn de resultaten per buurt weergegeven, alvorens het algemene beeld in Oosterhout wordt geschetst. Conclusie: het aantal kwetsbare en zeer kwetsbare bewoners in Oosterhout neemt toe.

Bij enkele buurten is de stijging beperkt of neemt deze enigszins af:

Buurt	Beperkte verandering/daling
Oud-West	Daling
Warandebuurt	Blijft hetzelfde
Vrachelen-Noord	Kleine daling
Vrachelen-Zuidoost	Blijft vrijwel hetzelfde
Contreie	Blijft hetzelfde

Kerkdorp Den Hout	Kleine daling
Kerkdorp Oosteind	Daling
Kerkdorp Dorst	Blijft vrijwel hetzelfde

Het aandeel kwetsbare Oosterhouters neemt met 5% of meer toe in de volgende buurten:

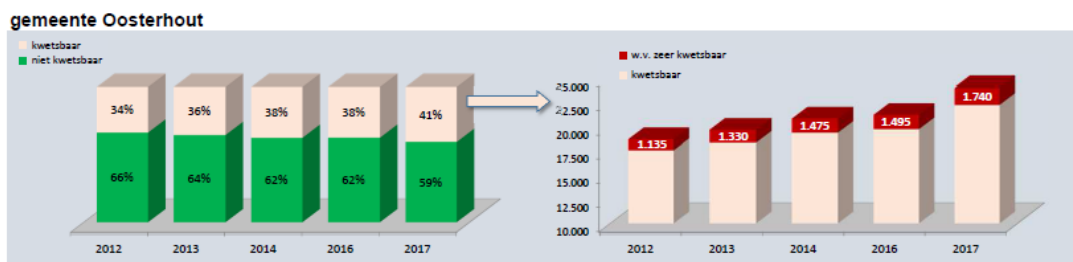
Buurt	Stijging
Molenbuurt	+5%
Bloemenbuurt	+6%
Schrijversbuurt	+6%
Natuurkundigenbuurt	+5%
Sterrenbuurt	+5%
Donkenbuurt	+5%
Dammenbuurt	+5%

Het aantal zeer kwetsbare Oosterhouters neemt met 15 of meer personen toe in de volgende buurten:

Buurt	Stijging
Centrum	+15%
Bloemenbuurt	+20%
Schrijversbuurt	+15%
Natuurkundigenbuurt	+20%
Paterserf	+25%
Sterrenbuurt	+20%
Donkenbuurt	+20%
Beemdenbuurt	+15%
Dammenbuurt	+20%

De verklaring die de gemeente geeft voor de sterkte toename die te zien is in het aantal kwetsbare bewoners in Oosterhout is vooral de vergrijzing. Het aantal alleenstaande ouderen is toegenomen. Daarnaast wordt er in toenemende mate gebruik gemaakt van de de Wmo en de Jeugdzorg (gezondheid). De vraag is natuurlijk wel of dit een verklaring is voor de toegenomen kwetsbaarheid, of dat de kwetsbaarheid juist leidt tot een toename in het gebruik maken van de Wmo en de Jeugdzorg. In wezen maakt dit ook niet uit: personen die gebruik maken van Wmo en de Jeugdzorg kunnen over het algemeen als kwetsbaar worden bestempeld. Een andere verklaring is dat er steeds meer inwoners met een migratieachtergrond in Oosterhout komen wonen (dit is één van de indicatoren die in de monitor kwetsbare bewoners wordt meegenomen als het gaat om 'mate van kwetsbaarheid').

Door alle ontwikkelingen (vergrijzing, toename gebruik Wmo en Jeugdzorg en toename van inwoners met migratieachtergrond) neemt ook de stapeling van risico-factoren toe en stijgt het aantal zeer kwetsbare Oosterhouters. Dit beeld is zoals u zojuist heeft kunnen zien in de meeste buurten zichtbaar. Voor heel Oosterhout tezamen ziet het beeld er als volgt uit:



5.3. Resultaten specifieke beleidsdoelstellingen

In deze paragraaf staan we stil bij de resultaten die behaald zijn op de specifieke beleidsdoelstellingen zoals gepresenteerd in de lokale gezondheidsnota Verbinden & Verankeren 2013-2017. We kijken naar zowel de kwalitatieve doelstellingen als de kwantitatief geformuleerde effectindicatoren. We behandelen de resultaten per thema.

1. Meer bewegen en gezonder eten

In de uitvoering van het sportbeleid (binnen het programma Brede Buurt) is actief aandacht geweest voor gezond eten en bewegen. Meer scholen hebben een vignet gezonde school ontvangen. Inmiddels hebben vier basisscholen dit vignet ontvangen (drie basisscholen voor 'bewegen en sport' en twee basisscholen (ook) voor 'voeding'). Het Effent heeft in 2015 en 2016 het vignet 'Een gezonde schoolkantine' gekregen. Ze beschikken over een kantine waar leerlingen een gezonde keuze kunnen maken. Verder zijn er in allerlei verschillende overlegstructuren, verbindingen gelegd tussen curatie en preventie. Bij de ruimtelijke inrichting/inrichting van de omgeving door de gemeente, wordt ook steeds meer rekening gehouden met gezondheid. Een voorbeeld is het Lukwelpark waar veel aan beweging wordt gedaan.

In de lokale gezondheidsnota wordt verder het volgende hoofddresultaat benoemd: "Het overgewicht in Oosterhout vermindert, doordat burgers zelf de keuze (kunnen) maken om gezonder te eten en meer te bewegen." Dit betekent dat in de eerstkomende GGD monitoren:

1. Het percentage overgewicht tenminste gelijk is gebleven.
2. Het aantal mensen dat voldoet aan de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen is toegenomen.
3. Vaker voor een gezonde voeding gekozen wordt.

De resultaten zijn in de tabel hieronder weergegeven.

Cijfers uit de volwassenenmonitor (19-64 jarigen)	2012	2016
1. Het aantal volwassenen met overgewicht (inclusief obesitas)		
Oosterhout	48%	47%
West-Brabant	49%	48%
2. Het aantal volwassenen dat voldoet aan de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen		
Oosterhout	58%	58%

	West-Brabant	59%	58%
3. Het aantal volwassenen dat kiest voor een gezonde voeding			
	Oosterhout	Onbekend	Onbekend
	West-Brabant	Onbekend	Onbekend

De cijfers zijn afkomstig uit de volwassenenmonitor en betreffen de generieke leeftijdscategorie 19-64 jaar. Het gezondheidsdoel gezonder eten/bewegen geldt voor alle Oosterhouters, er is geen specifieke leeftijdscategorie gehanteerd waaraan doelen/effecten gekoppeld zijn. Als uitgangspositie is daarom het grootste deel van de bewoners genomen die vallen binnen de volwassen leeftijdscategorie. Hierbij is te zien dat het aantal volwassenen met overgewicht (inclusief obesitas) licht is afgenomen (van 48% naar 47%). Daarnaast is te zien dat het aantal volwassenen dat voldoet aan de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen (minsten 5 dagen per week, minimaal een half uur matig intensief lichamelijk actief) gelijk gebleven is. Het is onduidelijk of volwassenen ook vaker voor een gezonde voeding kiezen. Dit is nooit gemeten.

Rondom overgewicht hebben we wel ingezoomd op zowel jongeren als 65+ers. Onder de bewoners van 65+ is overgewicht eveneens afgenomen van 59% naar 56% (tussen 2012 en 2016). Voor jongeren in de tweede klas van het VO is eveneens een afname zichtbaar tussen 2013 en 2016 (van ongeveer 17% naar 15%). Voor de categorie 65+ hebben we ook gekeken naar het voldoen aan de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen. Het percentage 65+ers dat voldoet aan deze norm is tussen 2012 en 2016 toegenomen van 71% naar 74%.

Het is beeld op dit thema is positief te noemen: meer bewoners voldoen aan de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen en het aantal bewoners met overgewicht is ten minste gelijk gebleven en zelfs licht afgenomen. Over gezonde voeding kunnen we niets rapporteren.

2. Beter psychische gezondheid jeugd

Over het algemeen is vanuit de gesprekken op te maken dat er ook op dit gebied verbeterde relaties zichtbaar zijn tussen preventie en curatie. Heldere afspraken op papier komen we niet altijd tegen.

In de gezondheidsnota wordt verder het volgende hoofdresultaat benoemd: *"Jongeren in de gemeente Oosterhout voelen zich psychisch beter en kunnen daardoor meedoen in de samenleving."* Dit betekent dat in de eerstkomende GGD monitoren voor de leeftijden 12 t/m 18:

1. Het percentage jongeren van 16 tot 18 jaar dat zich psychisch gezond voelt, is gestegen.
2. Het pesten is afgenomen.
3. De weerbaarheid is toegenomen.
4. Het aantal jongeren dat zegt last van problemen te hebben, tenminste gelijk is gebleven.
5. Het ziekte-/ schoolverzuim is gedaald.

De resultaten zijn in onderstaande tabel weergegeven.

	2011	2015
<i>1. Het percentage leerlingen uit de 2^e klas op het VO dat een verhoogd risico heeft op psychosociale problemen</i>		
Oosterhout	2%	4%
West-Brabant	2%	2%
<i>2. Het percentage jeugdigen (2011: 12-18 jaar) dat in de afgelopen 3 maanden aangeeft gepest te zijn op school (in 2015: VO 2^e klas en 4^e klas)</i>		
Oosterhout	11%	Onbekend
West-Brabant	10%	10%
<i>3. Het percentage leerlingen dat aangeeft voldoende weerbaar te zijn.</i>		
Oosterhout	96%	Onbekend
West-Brabant	96%	92%
<i>4. Het percentage leerlingen uit de tweede klas van het VO dat psychosociale problemen ervaart</i>	2013-2014	2016-2017
<i>Thuis</i>	18%	20%
<i>Vriendschappen</i>	14%	14%
<i>Leren in de klas</i>	25%	30%
<i>Activiteiten in de vrije tijd</i>	13%	13%
<i>5a. Het percentage schoolverzuim door spijbelen</i>	2011	2016-2017
Oosterhout	6%	Onbekend
West-Brabant	7%	Onbekend
<i>5b. Het percentage schoolverzuim door ziekte</i>		
Oosterhout	34%	9%
West-Brabant	31%	Onbekend

De effectindicatoren op dit thema laten zich heel moeilijk meten. Dit komt door nuanceverschillen in vraagstelling uit verschillende monitoren, alsook de verschillen in gehanteerde leeftijdscategorieën door de jaren heen. De gegevens zijn uit verschillende bronnen van de GGD afkomstig en er is vierjaarlijks een keuze gemaakt (op landelijk niveau) hoe er gemeten gaat worden. Dit maakt het soms lastig om regionale, laat staan lokale, invloed uit te oefenen op de te meten effecten. Soms zijn bepaalde indicatoren ook niet lokaal gemeten, maar enkel regionaal. De opgestelde effectindicatoren zijn ook niet letterlijk één-op-één terug te vinden in de monitoren. We hebben daarom zelf een keuze gemaakt in welke indicatoren er volgens ons nog het dichtst bij in de buurt komen. De vergelijking tussen de jaren blijft alsnog lastig omdat in de ene monitor (2011) gegevens zijn uitgesplitst naar andere leeftijdscategorieën dan in de andere monitor (2015).

Globaal valt op dat het aantal leerlingen in de 2^e klas van het VO dat zegt last te hebben van psychosociale problemen over de gehele linie in de afgelopen beleidsperiode alleen maar is toegenomen. Er is ook een opvallend sterke daling zichtbaar op één indicator: het schoolverzuim door ziekte. Dit beeld is echter vertekend. De daling lijkt mede veroorzaakt te worden door de verschillen in operationalisering van de indicatoren in respectievelijk 2011 en 2016/2017. De ene indicator stelt dat *er in de afgelopen 4 weken sprake moet zijn geweest van ziekteverzuim* (2011) en de andere indicator stelt dat *iemand zich meer dan 4 keer ziek heeft gemeld in de afgelopen 12 weken* (2016/2017). Ook de leeftijdscategorieën verschillen weer. Ondanks de niet goed te vergelijken categorieën is het wel aannemelijk dat er een daling is op dit vlak. Er heeft een intensieve inzet plaats gevonden van het programma M@zl (medische advisering

zieke leerling) van de GGD. Dit project richt zich specifiek op jongeren die frequent, wegens ziekte, school verzuimen. In 2015, 2016 en 2017 zijn 464 kinderen begeleid. Dit lijkt z'n vruchten af te werpen op de afname van verzuim door ziekte, al is dit niet geheel met zekerheid te zeggen.

Het beeld op het tweede thema is wisselend te noemen: de meeste indicatoren zijn onvoldoende consistent gemeten. Verder valt het op dat er een toename is van psychosociale problemen onder leerlingen in de tweede klas van het VO en er een daling lijkt te zijn op het gebied van schoolverzuim wegens ziekte.

3. Participatie

Het is moeilijk om aan te geven wat de exacte inzet is op de bestrijding van eenzaamheid en of er toenemende kansen zijn voor uitkeringsgerechtigden door een verbetering van de gezondheid. Een vangnet voor kwetsbare bewoners is steeds beter geborgd, o.a. vanuit het MASS (maatschappelijk steunsysteem).

In de gezondheidsnota wordt verder het volgende hoofdresultaat benoemd: "*Burgers doen mee in de samenleving.*" Dit betekent dat in de eerstkomende GGD monitoren voor de leeftijden 19 t/m 64 en 65+:

1. Het percentage eenzaamheid is gedaald.
2. De sociale cohesie positiever wordt beoordeeld.
3. Het aandeel van de bevolking dat vrijwilligerswerk of mantelzorg verricht, is gestegen.

Cijfers uit de volwassenenmonitor (19-64 jarigen)	2012	2016
<i>1. Het percentage volwassenen dat zich eenzaam voelt</i>		
Oosterhout	38%	41%
West-Brabant	36%	41%
<i>2. Het percentage volwassenen dat de sociale cohesie positief beoordeeld</i>		
Oosterhout	46%	48%
West-Brabant	52%	51%
<i>3. Het percentage volwassenen dat vrijwilligerswerk of mantelzorg verricht</i>		
3a. Vrijwilligerswerk		
Oosterhout	22%	23%
West-Brabant	26%	27%
3b. Mantelzorg		
Oosterhout	18%	26%
West-Brabant	18%	24%

In bovenstaande tabel is te zien dat de eenzaamheid alleen maar is toegenomen in de afgelopen beleidsperiode. Bovenstaande tabel geeft inzicht in de cijfers uit de volwassenenmonitor (19-64 jarigen). Ook de 'ernstige' eenzaamheid is toegenomen tussen 2012 en 2016 van 8% naar 10%. Wanneer we kijken naar de 65+ers is eveneens een toename zichtbaar. Het percentage eenzame 65+ers is gestegen van 50% naar 51% en 'ernstig' eenzame 65+ers van 11% naar 12%.

Het aantal vrijwilligers en mantelzorgers is toegenomen. De toename van vrijwilligers zie je ook duidelijk terug in de ouderenmonitor. Het aantal 65+ers dat vrijwilligerswerk verricht in Oosterhout is gestegen van 24% naar 26%. Deze

stijging is wellicht (causaliteit is te ingewikkeld om aan te tonen) mede te danken aan de inzet van Surplus via het programma Oosterhoutvoorelkaar. In 2015 rapporteerde Surplus op vrijwilligersgebied de volgende resultaten:

321 nieuwe vacatures/hulpvragen
240 nieuwe aanbieders (233 nieuwe vrijwilligers; 7 zzp'ers)
1491 unieke verbindingen
373 matches

Het beeld op het tweede thema is wisselend: de eenzaamheid onder volwassenen en ouderen is toegenomen. Positief is de toename in het percentage volwassenen en ouderen dat zich inzet voor een ander/de samenleving door middel van vrijwilligerswerk en/of mantelzorg.

4. Voorkomen schadelijk alcohol- en drugsgebruik jeugd

In samenwerking tussen o.a. de gemeente, Novadic Kentron, Halt, Surplus en de GGD is hard gewerkt aan het de preventie en handhaving van alcoholgebruik onder jeugdigen. In het vorige hoofdstuk werden de outputresultaten van Novadic Kentron (ingekocht door de centrumgemeente Breda) al weergegeven. Zij geven o.a. veel voorlichting over alcohol, trainen huisartsen en jongerenwerkers in vroegsignalering, dragen bij aan de deskundigheidsbevordering en houden samen met Halt alcoholintoxicatie gesprekken.

Er zijn geen specifieke cijfers in documentvorm aangetroffen behorende bij het plan preventie en handhaving alcohol en jeugd. In de infographic behorende bij de verlenging (t/m 2018) van de lokale gezondheidsnota zijn wel enkele cijfers weergegeven. Zo bleek dat vanuit de blaastestacties dat maar liefst 77% van de jongeren beneden de 18 jaar voor het uitgaan had ingedronken. In de infographic wordt tevens aangegeven dat het project 'Happy ouders' al drie keer in de beleidsperiode heeft plaatsgevonden. Bij dit project gaan ouders van 15-16-17-jarigen de stad in en krijgen ze uitleg van Novadic Kentron, Halt en handhavers over alcoholgebruik.

Het is verder onduidelijk in hoeverre jongeren en ouders een grotere bewustwording hebben gekregen betreffende alcoholgebruik. Het is wel duidelijk dat er veel inzet is gepleegd op het contact met jongeren en hun ouders over (schadelijk) alcoholgebruik. Verder is vrij onwaarschijnlijk dat alle horecagelegenheden en supermarkten de regels rondom alcoholverkoop voor 100% naleven.

In de gezondheidsnota wordt het volgende hoofdresultaat benoemd: *"jongeren en hun ouders kennen de gevolgen van te vroeg (vóór 18 jaar) en te veel alcohol drinken en zijn zelf in staat een gezonde keuze te maken/gezond op te voeden; jongeren kennen de gevolgen van drugsgebruik; alcoholpreventie, regelgeving en handhaving worden in verbinding met elkaar uitgevoerd."* Dit betekent dat in de eerstkomende GGD monitoren:

1. Het percentage dat onder de 18 jaar drinkt is afgenomen.
2. Het overmatig alcoholgebruik is gedaald.
3. Minder ouders het goed vinden dat onder de 18 jaar alcohol gebruikt wordt.

	2013-2014	2016-2017
1. Het percentage jongeren uit klas 2 van het VO dat in de afgelopen 4 weken alcohol gedronken heeft		
Oosterhout	21%	17%
West-Brabant	Onbekend	onbekend
3. Percentage ouders dat het goed vindt dat hun kind (12-18 jaar) wel eens alcohol drinkt	2011	2015
Oosterhout	59%	Onbekend
West-Brabant	57%	Onbekend

Net als bij de eerdere cijfers die iets zeggen over de gemeten effecten in Oosterhout (en in vergelijking met de rest van West-Brabant), ontbreken ook hier weer enkele metingen. Zo is het onduidelijk of er een afname is in het percentage ouders dat het goed vindt dat hun kinderen onder de 18 jaar alcohol drinken. Het is dus onduidelijk of er 'een normverschuiving' heeft plaatsgevonden. Daarnaast zit er wederom een groot verschil in de leeftijdscategorieën op de beide meetmomenten en zijn er nuances tussen de vraagstellingen uit de beide meetmomenten. Dit maakt vergelijkingen tussen cijfers heel ingewikkeld. Wel is het duidelijk (en dat is zeer positief) dat het percentage leerlingen uit de tweede klas van het VO dat drinkt, is afgenomen in Oosterhout van 21% naar 17%. Overigens dient wel opgemerkt te worden dat leerlingen uit de 2^e klas een zeer jonge leeftijd hebben, in vergelijking tot de leeftijdsgrens waarop je alcohol mag nuttigen. De leeftijdsgrens is in de beleidsperiode (op 1 januari 2014) verhoogd van 16 naar 18 jaar. Dit heeft waarschijnlijk impact op het percentage jongeren dat alcohol drinkt onder de 18 jaar. Het heeft in ieder geval zeker impact op de 13-14 jarigen. Het is lastig om iets te zeggen over de impact van het lokale beleid.

Het beeld op het tweede thema is ingewikkeld om weer te geven: de meeste indicatoren zijn onvoldoende consistent gemeten. Het valt wel op dat het percentage leerlingen uit de 2^e klas van het VO dat alcohol drinkt, is afgenomen.

5.4. Toetsing aan normenkader

Norm: De gemeente en de gemeentelijke partners maken (periodiek) inzichtelijk welke resultaten zijn bereikt met behulp van managementrapportages en evaluaties

Voldoet gedeeltelijk aan de norm. Het verschilt per organisatie hoe de resultaten worden weergegeven. Surplus maakt bijvoorbeeld gebruik van uitgebreide managementrapportages en rapporteert bijna op detailniveau. De GGD rapporteert vooral op hoofdlijnen. Veel van de rapportages zijn generiek en betreffen rapportages over de regio en gaan niet of beperkt in op de lokale situatie. De GGD zit wel aan veel overlegtafels en koppelt resultaten mondeling (en eventueel behulp van een presentatie of factsheet) terug aan gemeente en partners. Er zijn geen jaarlijkse updates van de lokale gezondheidsnota en ook niet van het uitvoeringsoverzicht in documentvorm beschikbaar. Wel zijn er enkele presentaties in documentvorm beschikbaar waar summier uit op te maken is hoe Oosterhout er op het gebied van gezondheid voor staat.

Norm: Er is bewijslast waaruit blijkt in hoeverre doelstellingen en maatschappelijke effecten worden bereikt:

- *Het beleid en de uitvoering zijn geëvalueerd*
- *De bewijslast is plausibel (volgt uit onderzoek, is onderbouwd en wordt erkend)*

Voldoet niet aan de norm. Over bereikte maatschappelijke effecten valt weinig te zeggen, omdat de effectindicatoren niet op een adequate, consistente wijze gemeten worden.

Norm: De gemeentelijke doelstellingen en gewenste maatschappelijke effecten worden gerealiseerd

Norm: De resultaten komen kwalitatief overeen met de doelstellingen

Norm: De resultaten komen kwantitatief overeen met de doelstellingen

Voldoet zeer beperkt aan de norm. De maatschappelijke effecten worden niet op een consistente wijze gemeten. Wat betreft de kwalitatieve doelstellingen kan wel gezegd worden dat er veel energie geleverd wordt om de doelstellingen te behalen. Of dit ook oplevert wat er beoogd wordt is minder goed vast te stellen.

Norm: De gemeenteraad wordt geïnformeerd over de behaalde resultaten en toetst deze aan de door de gemeenteraad gestelde kaders

Voldoet niet aan de norm. De gemeenteraad ontvangt in het kader van de reguliere planning en controlcyclus (de jaarrekening en de programmabegroting) op zeer grote hoofdlijnen informatie over de behaalde resultaten. Deze hebben echter weinig diepgang en zijn weinig in lijn met de prioriteiten die in de lokale gezondheidsnota zijn benoemd. De gemeenteraad is daardoor niet in staat om de behaalde resultaten te toetsen aan het beleid.

Norm: Er is sprake van een zeker evenwicht tussen de kosten en de behaalde resultaten (baten)

Dit is lastig te beoordelen. De inzet die wordt gepleegd door partners in uren staat in verhouding tot de uitgevoerde activiteiten. Echter de mate waarin deze inzet bijdraagt aan de resultaten is niet te beoordelen door de slechte informatiepositie van de gemeente.

Norm: Het beleid kent een soepele uitvoering en procesgang met uitvoeringspartners

Voldoet grotendeels aan de norm. Uitvoeringspartners zijn te spreken over de wijze waarop de gemeente met hen samenwerkt. De gemeente biedt veel ruimte voor innovatie. Hier zitten echter ook risico's aan gebonden. Er is niet altijd evenveel duidelijkheid over gemaakte afspraken en zodoende is het moeilijk te monitoren.

Norm: In aspecten van het gezondheidsbeleid (formulering doelstellingen, strategie en uitvoering) hebben de gemeente en de uitvoeringspartners zich gehouden aan de vigerende wet- en regelgeving

Voldoet aan de norm. Er zijn geen aanwijzingen voor het niet voldoen aan de vigerende wet- en regelgeving. Voor zover inzichtelijk is het gevoerde beleid rechtmatig en voldoet de gemeente aan de vereisten en taken zoals omschreven in de WPG.

5.5. Tussenconclusie

Het is ingewikkeld gebleken om goed zicht te verkrijgen op de resultaten en met name de effecten die behaald worden met het gevoerde gezondheidsbeleid. Er is veel inzet, maar het is onduidelijk of dit leidt tot de gewenste resultaten. Veel van de zorgvuldig opgestelde effectindicatoren worden niet consistent gemeten. De vraagstellingen veranderen, leeftijdscategorieën veranderen en voor sommige indicatoren geldt dat vragen gewoonweg niet worden gesteld in de monitoren.

De meeste partners lichten in een presentatie of in een paar pagina's tekst kort hun werkzaamheden en behaalde resultaten toe. Dit schiet vaak net te kort. Er zijn ook partners die uitgebreid rapporteren over hun werkzaamheden, zoals bijvoorbeeld Surplus. Wat verder ontbreekt is een duidelijk (totaal)overzicht waarin de resultaten op het gebied van gezondheid op een rijtje worden gezet. Hierin zou zowel aandacht kunnen zijn voor 'goede' als 'aandacht-behoevende' resultaten.

6. Conclusies en aanbevelingen

De aanbevelingen die uit de conclusies van dit onderzoek voortvloeien zijn tezamen met de aanbevelingen van het gelijktijdig uitgevoerde onderzoek naar het sportbeleid in de overkoepelende nota weergegeven. In dit hoofdstuk worden de conclusies en aanbevelingen die betrekking hebben op het gezondheidsbeleid weergegeven.

6.1. Conclusies beleidsdoelstellingen

Conclusie 1: Kwaliteit doelstellingen van het gezondheidsbeleid redelijk tot goed

Het gezondheidsbeleid kent een beleidsnota waarin de doelstellingen zijn vastgelegd. In de nota gezondheidsbeleid zijn kwalitatieve en kwantitatieve doelen opgenomen. De doelstellingen zijn gebaseerd op gegevens uit de GGD-monitoren en lokale en regionale trends in de gezondheidsontwikkelingen. De doelen zijn grotendeels SMART geformuleerd. Specifieke prestatie-indicatoren (zoals in de nota 'Verbinden en Verankeren 2013-2017') waarvan wordt voorgesteld deze nog verder met partnerorganisaties uit te werken, zijn in het onderzoek niet naar voren gekomen. Ook heeft er geen jaarlijkse update van het gezondheidsbeleid (in documentvorm) plaatsgevonden. Wel zijn er heldere effectindicatoren opgesteld.

Conclusie 2: Het beleid is gebaseerd op een analyse en sluit aan bij landelijk en provinciaal beleid

Het gezondheidsbeleid valt binnen een wettelijk kader en hier zitten wettelijke taken aan vast via de Wet publieke gezondheid. Het lokale gezondheidsbeleid sluit aan bij de landelijke wet –en regelgeving. Vanuit het rijksbeleid (2011) worden enkele aandachtspunten meegegeven voor het lokale beleid. Deze punten zijn grotendeels terug te vinden in de lokale nota (zoals bijvoorbeeld de inzet op spelen, bewegen en sporten, jeugd als belangrijke doelgroep en het verbinden van verschillende beleidsterreinen). De punten uit de landelijke brief uit 2015 zijn ook terug te vinden in het lokale beleid (o.a. bevorderen gezonde leefstijl en aandacht voor preventie en het bevorderen van de gezondheid).

Het beleid is eveneens gebaseerd op een analyse: iedere vier jaar wordt een analyse gemaakt van de gezondheidssituatie van Oosterhouters via de monitoren van de GGD West-Brabant. Deze cijfers komen ter onderbouwing terug in het beleid.

Conclusie 3: Beleidskader Brede Buurt is de beleidsmatige verbinding tussen sport- en gezondheidsbeleid

In zowel de sportnota als de gezondheidsnota worden op diverse plekken ook verbindingen gelegd met andere beleidskaders zoals de Wmo, jeugd en veiligheid. De verbinding tussen het gezondheidsbeleid en het sportbeleid is duidelijk herkenbaar op de inhoud. Het thema 'Meer Oosterhouters in Beweging' sluit naadloos aan op het thema 'Meer bewegen en gezonder eten' uit het

gezondheidsbeleid. In de sportnota wordt ook gesproken van een bijdrage van sporten aan maatschappelijke participatie. Daar zit ook gelijk de overlap met het thema 'Participatie' van het gezondheidsbeleid.

De belangrijkste beleidsmatige verbinding tussen het sport- en gezondheidsbeleid komt tot uitdrukking in het beleidskader en programma de Brede Buurt. In dit beleidskader komt op vele plekken de samenhang tussen sport en gezondheid aan bod. Veel van de instrumenten van zowel het sport- als het gezondheidsbeleid komen ook samen in het programma Brede Buurt. Dit wordt ook herkend door de partners die actief zijn in het programma Brede Buurt.

6.2. Conclusies uitvoeringsstrategie

Conclusie 1: De uitvoeringsstrategie van het gezondheidsbeleid sluit aan bij de doelstellingen van het beleid, maar kent geen één op één vertaling van doelen naar strategie

Van een directe één op één vertaling van speerpunten en beleidsdoelen rondom sport en gezondheid naar een uitvoeringsstrategie is geen sprake. Dit komt doordat de uitvoering van de sportstimulering en -activering voornamelijk (sport) of deels (gezondheid) verloopt via het programma Brede Buurt. De instrumenten die de gemeente of haar partners inzetten zijn wel te koppelen aan de beleidsdoelstellingen en staan niet haaks op de doelstellingen.

Conclusie 2: Afspraken met partners deels vastgelegd

Voor het gezondheidsbeleid is de GGD West-Brabant de uitvoeringspartner. Daarmee zijn afspraken gemaakt in het dienstenpakket dat van de GGD wordt afgenomen voor zowel de wettelijke taken als de maatwerktaken die de GGD uitvoert. Met de andere partners van het gezondheidsbeleid zijn overwegend weinig geconcretiseerde afspraken vastgelegd. Er zijn verschillende reguliere overleggen rondom het gezondheidsbeleid tussen uitvoerende partijen. De acties die hieruit voortkomen zijn niet altijd geconcretiseerd, waardoor naleving lastig kan zijn.

Conclusie 4: Leeuwendeel van het budget voor beperkt aantal uitvoeringspartners

Voor zowel het sport- als het gezondheidsbeleid geldt dat de gemeente een beperkt aantal uitvoerende partners het leeuwendeel van het budget toekent voor de realisatie van het beleid. Voor het sportbeleid betreft dit het gemeentelijk sportbedrijf en MOOVE en voor het gezondheidsbeleid is dat de GGD West-Brabant. Bij beide beleidsterreinen zijn veel partners betrokken, maar daarmee zijn weinig tot geen financiële afspraken gemaakt. Overigens blijkt uit de gesprekken met de partners dat zij zich steeds meer als samenwerkingspartner zijn gaan beschouwen in plaats van uitsluitend een vindplek om bewoners te bereiken. Dit onder impuls van de nieuwe focus van het beleidskader Brede Buurt.

6.3. Aanbevelingen uitvoeringsstrategie

Aanbeveling 1: Formaliseer Brede Buurt als uitvoeringsprogramma van zowel het gezondheids- als sportbeleid

Het beleidskader Brede Buurt is nu het programma waar het sportstimuleringsbeleid en het gezondheidsbeleid samen komen (overigens ook met andere beleidsterreinen). Formaliseer het programma Brede Buurt als de uitvoeringsstrategie waarmee o.a. het sportbeleid en het gezondheidsbeleid (exclusief de wettelijke taken) wordt uitgevoerd. Daarbij is het van belang om steeds een één op één vertaling te maken tussen de te realiseren beleidsdoelen en de gekozen uitvoeringsstrategie.

Aanbeveling 2: positioneer de stuurgroep Brede Buurt zodanig dat zij de prioriteiten voor de inzet bepalen en de inzet in uren en euro's kunnen verdelen over de partners en koppelen aan te behalen resultaten

Door de stuurgroep zo te positioneren dat zij zelf mede-eigenaar zijn van en beslisser over de Brede Buurt als programma wordt voorkomen dat sprake is van een dominantie van een aantal partijen. Bovendien kan veel flexibeler inzet worden gepleegd op die plekken waar het nodig is en door die partners die daarvoor het meest geschikt zijn. Dat voorkomt dat uren en inzet voornamelijk aan de GGD en MOOVE gekoppeld zijn. Bovendien wordt de focus verlegd naar de te behalen resultaten en het eigenaarschap bij de andere partners vergroot.

6.4. Conclusies uitvoering

Conclusie 1: De uitvoering van het gezondheidsbeleid vindt over het algemeen plaats zoals van te voren beoogd.

De uitvoering van het gezondheidsbeleid vindt over het algemeen plaats zoals van te voren beoogd. Partners merken echter wel op dat het voor een regionaal werkende organisatie als de GGD niet altijd makkelijk is om volledig aan te sluiten bij de lokale werkwijzen en doelstellingen in Oosterhout en het verleggen van de focus naar meer kwetsbare bewoners zoals bijvoorbeeld in het programma Brede Buurt is gedaan.

Conclusie 2: vastleggen van behaalde resultaten bij sport- en gezondheidsbeleid matig uitgevoerd

Het eerder geconstateerde hiaat tussen de beleidsvoornemens en de vertaling en vastlegging daarvan in de uitvoeringsstrategie heeft mede tot gevolg dat in de uitvoering niet altijd datgene wordt vastgelegd waarmee bepaald kan worden of de beleidsvoornemens ook gerealiseerd worden. De gemeente geeft daarvoor mede als verklaring dat zij niet tevreden waren over de zeggingskracht van bepaalde indicatoren of prestaties. Daarom wordt nu gewerkt aan de inrichting van een team gegevensmanagement die tot een gefundeerde keuze voor indicatoren en meten van resultaten moet komen.

Conclusie 3: de uitgevoerde activiteiten passen binnen de beleidsmatige keuzes en sluiten aan bij de uitvoeringsstrategie

De activiteiten die door partners worden uitgevoerd in het kader van het sport- en gezondheidsbeleid zijn goed te plaatsen binnen de beleidsmatige keuzes. Er vinden geen activiteiten plaats die bijvoorbeeld haaks staan op de keuzes voor doelgroepen en focuspunten. Wel blijkt uit de verantwoording over de uitvoering dat sprake is van een veelheid aan activiteiten en projecten. Daardoor wekken de activiteiten de schijn van een projecten- en activiteitencarroussel. Dit wordt mede gevoed door de beleving van partners dat de gemeente veel aandacht heeft voor vernieuwing en minder aandacht lijkt te hebben voor verduurzaming van de aanpakken. De gemeente geeft daarentegen aan dat zij wilden komen van een praat- naar een doecultuur en daarbij past dat je nieuwe dingen uitprobeert.

6.5. Aanbevelingen uitvoering

Aanbeveling 1: kies voor een beperkt aantal indicatoren en leg daarop resultaten vast

De gegevens die worden vastgelegd over de uitvoering van het sport- en gezondheidsbeleid komen weinig terug in de schaarse verantwoording die bijvoorbeeld aan de raad wordt toegezonden via de reguliere planning en control-cyclus. Bovendien sluit wat vastgelegd wordt onvoldoende aan bij wat nodig is om te bepalen of het beleid wordt uitgevoerd en het ook resultaat oplevert. Actualiseer daarom de gebruikte indicatoren in het gezondheidsbeleid en pas deze toe in het programma Brede Buurt.

Aanbeveling 2: leg in afspraken met uitvoeringpartners vast op welke zaken zij rapporteren

Voor een programma als de Brede Buurt waarbinnen veel van de activiteiten voor het sportstimuleringsbeleid en het gezondheidsbeleid zijn belegd, is het aan te bevelen om vast te leggen welke indicatoren (output of outcome) en resultaatverwachtingen voldoende zeggingskracht hebben over het doelbereik. Om dit vervolgens ook vast te leggen in de afspraken die met de partners van de Brede Buurt worden gemaakt. Opvallend is dat bijvoorbeeld een organisatie als Surplus Welzijn de uitgevoerde activiteiten plaatst in resultaatverwachtingen en komt tot prestatie-indicatoren. Dat wordt mede verklaard vanuit de afspraken die daarover tussen Surplus Welzijn en de gemeente zijn gemaakt zoals bijvoorbeeld het vastleggen van resultaatverwachtingen en prestatie-indicatoren.

6.6. Conclusies resultaten

Conclusie 1: te weinig zicht op de effectiviteit (en daarmee ook doelmatigheid) van het gezondheidsbeleid in relatie tot de doelstellingen

Voor het gezondheidsbeleid geldt dat op meerdere van de in het beleid genoemde indicatoren geen meting of vervolgmeting is gedaan. Ook zijn de meetmethoden tussentijds op sommige indicatoren aangepast. Hierdoor is het lastig is om uitspraken te doen over de effectiviteit van het gezondheidsbeleid als geheel. Dit nog los van de vraag of tussen de behaalde resultaten en het gevoerde beleid sprake is van causaliteit.

Conclusie 2: Wisselende resultaten van het gezondheidsbeleid

De resultaten op het gezondheidsbeleid zijn wisselend te noemen. De doelen rondom bijvoorbeeld overgewicht, het terugdringen van ziekteverzuim door leerlingen in het voortgezet onderwijs, het voldoen aan de beweegnorm voor specifieke groepen en het verminderen van het alcoholgebruik onder jongeren tot 18 jaar zijn behaald. Voor andere doelen geldt dat deze niet behaald zijn, zoals het aantal mensen dat voldoet aan de norm voor gezond bewegen, het aantal jongeren (16-18) dat zich psychisch gezond voelt en het aantal inwoners dat eenzaamheid ervaart. Ook hier geldt dat het lastig is te bepalen in welke mate dit te maken heeft (causaliteit) met de inzet van de gemeente Oosterhout en haar partners.

6.7. Aanbevelingen resultaten

Aanbeveling 1: Stel realistische (effect)indicatoren op die ook daadwerkelijk te meten zijn

De gemeente heeft binnen het gezondheidsbeleid indicatoren en gewenste effecten vastgelegd. Het is dan ook opmerkelijk dat er relatief weinig gegevens zijn (of worden vastgelegd) over de voortgang op de indicatoren. Zo heeft de gemeente bijvoorbeeld resultaten opgenomen over 'het vaker kiezen voor gezonde voeding', maar hier geen meting op verricht.

Het is goed om van te voren na te denken over de haalbaarheid van gegevensverzameling en aan de hand daarvan realistische effectindicatoren op te stellen. Het is bijvoorbeeld mogelijk om extra steekproeven (met vragen over bepaalde wijken of specifieke doelgroepen) aan te vragen bij de GGD. Deze kunnen dan meegenomen worden in de vierjaarlijkse monitor. Ook is het mogelijk om zelf bepaalde metingen uit te voeren of goed te kijken naar de indicatoren uit de landelijke monitoren en hier qua beleid (en op te stellen indicatoren) zoveel mogelijk op aan te sluiten.

7. Reactie College op conceptrapport

Op 31 augustus 2018 heeft de Rekenkamer het conceptrapport aangeboden voor bestuurlijk hoor en wederhoor. Het College heeft hierop gereageerd bij brief van 9 oktober 2018. De inhoud van deze brief is onderstaand integraal verwoord.

Geachte heer Clayden,

Met belangstelling hebben wij kennis genomen van de concept-rapporten van uw Rekenkamer over het onderzoek naar het gezondheidsbeleid- en sportbeleid. In algemene zin kunnen wij ons herkennen in de inhoud van uw rapportage en de conclusies die u daaraan verbindt. In deze reactie willen we graag nog enige kanttekeningen plaatsen bij de conclusies en aanbevelingen.

De aanbevelingen om te komen tot (effect)indicatoren, monitoring en verantwoording worden meegenomen in de ontwikkeling van een nieuw gezondheidsbeleid. Dit sluit immers ook aan bij de reeds ingezette lijn om steeds meer informatie gestuurd te gaan werken binnen de gemeente Oosterhout en bijvoorbeeld de ontwikkeling van een impactmonitor voor de Brede Buurt.

Toch plaatsen we hierbij wel een kanttekening. Het vaststellen en meten van indicatoren moet namelijk geen doel op zich worden. We willen voorkomen dat de administratieve lastendruk ten koste gaat van de uitvoering. Daarnaast is het doelbereik ook lang niet altijd even goed uit te drukken in concrete indicatoren. Het gaat vaak immers ook om een stuk beleving of gevoel. De ervaring leert dan ook dat sturing op indicatoren de focus kan verleggen van gewenste lange termijn effecten naar resultaten op de korte termijn, waardoor uiteindelijk verkeerde keuzes worden gemaakt. De uitdaging is dus om een goede balans te vinden tussen enerzijds kwantitatieve en kwalitatieve (meet)instrumenten en anderzijds korte termijn resultaten en lange termijn effecten.

De aanbevelingen om de Brede Buurt te formaliseren als hét uitvoeringsprogramma van zowel het gezondheids- als sportbeleid nemen wij niet over. Het positioneren van het beleidskader Brede buurt als dé uitvoeringsstrategie voor gezondheidsbeleid is wat ons betreft een te enge benadering. De Brede Buurt is een mooi voorbeeld van integraal werken, waarbij verbindingen worden gelegd tussen diverse beleidsterreinen (sport, cultuur, onderwijs, welzijn, gezondheidszorg). Met de keuze om de Brede Buurt steeds meer in te zetten op kwetsbare groepen zijn de doelstellingen steeds meer opgeschoven van preventie richting welzijn/gezondheid. Het ligt in de lijn van deze ontwikkeling om de doelstellingen vanuit het gezondheidsbeleid nog meer een plek te bieden binnen de Brede Buurt. Uitgangspunt van de Brede Buurt is en blijft echter hoofdzakelijk het inzetten van sport en cultuur als middel tot realisatie van maatschappelijke doelen (waaronder dus ook gezondheidsdoelen). De Brede Buurt is en kan derhalve niet het enige uitvoeringsinstrument zijn dat ingezet wordt voor het gezondheidsbeleid.

Wij vertrouwen erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,

Burgemeester en wethouders van Oosterhout

burgemeester,

M.A. Fränzel Msc.

secretaris,

mr. P. de Ridder

8. Nawoord

De rekenkamer is verheugd dat het college zich herkent in de inhoud en de conclusies van het onderzoek naar het lokaal sport- en gezondheidsbeleid. Graag gaat de rekenkamer in op de door het college geplaatste kanttekeningen bij de conclusies en aanbevelingen.

De rekenkamer onderschrijft de kanttekening dat het vaststellen en meten van indicatoren geen doel op zich moet worden. Dat is ook geenszins wat de rekenkamer bedoelt met de aanbevelingen om te komen tot (effect)indicatoren, monitoring en verantwoording. Het gaat de rekenkamer er primair om dat indicatoren gekozen worden met zeggingskracht over de door de gemeente gestelde doelen. Indicatoren hebben in de ogen van de rekenkamer geen functie van scheidsrechter, maar veel meer de functie om de raad te informeren over de voortgang van de doelrealisatie. Uitkomsten dienen daarbij ook geduid te worden zodat het lange termijnperspectief juist in beeld blijft. Indicatoren zijn een hulpmiddel om het gesprek te voeren over het doelbereik.

Het college geeft aan dat zij de Brede Buurt niet wil formaliseren als het uitvoeringsprogramma voor het gezondheidsbeleid. Aangegeven wordt dat de Brede Buurt "een mooi voorbeeld is van integraal werken, waarbij verbindingen worden gelegd tussen diverse beleidsterreinen (sport, cultuur, onderwijs, welzijn, gezondheidszorg)". Bovendien geeft het college aan dat "de doelstellingen steeds meer opgeschoven zijn van preventie richting welzijn/gezondheid." Dat herkent de rekenkamer ook vanuit de resultaten van het onderzoek. In dat licht is het opmerkelijk dat het college daarna het volgende aangeeft: "Uitgangspunt van de Brede Buurt is en blijft echter hoofdzakelijk het inzetten van sport en cultuur als middel tot realisatie van maatschappelijke doelen (waaronder dus ook gezondheidsdoelen)". De rekenkamer beveelt juist datgene aan waar het college ook terecht op wijst: het leggen van verbindingen tussen diverse beleidsterreinen in de aansturing. Gezien de eerder genoemde verschuivingen richting preventie, welzijn en gezondheid, is het dan ook een logische vervolgstap om het gezondheidsbeleid, met name dat deel dat niet regionaal wordt uitgevoerd, op te nemen in het beleidskader Brede Buurt zodat de integrale aansturing gemakkelijker en minder vrijblijvend wordt.

Bijlagen

Bijlage 1 Onderzoekverantwoording

Het onderzoek naar het gezondheidsbeleid is gelijktijdig uitgevoerd met het onderzoek naar het sportbeleid. Gestart is met een documentenanalyse. In de documentenanalyse zijn die documenten betrokken die bevindingen opleveren voor elk van de onderdelen van de beleidscyclus. Zo zijn de beleidsnota's en kaders voor zowel het sport- als het gezondheidsbeleid geanalyseerd voor het bepalen van de doelen en de uitvoeringsstrategie. Voor de uitvoering en resultaten lag de focus op afspraken met uitvoerende partners, verantwoordingsrapportages en uitgevoerde onderzoeken (o.a. de GGD-monitor).

Ter duiding en verklaring is gesproken met de ambtenaren die het beleid vormgeven. Daarnaast is gesproken met de organisaties die het beleid uitvoeren (bijv. onderwijs, sport, huisartsen, verslavingszorg en de GGD). De doelstelling van de interviews is het controleren van de schriftelijke informatie en het verder opbouwen van een 'feitenrelaas' over de formulering van beleid, de aansluiting tussen de gemeentelijke prioriteiten en de prioriteiten die de partners vanuit hun expertise onderkennen en de totstandkoming van de uitvoeringsstrategie. Daarnaast is stilgestaan bij de daadwerkelijke uitvoering en mogelijke verbeterpunten hierin en de effectiviteit en efficiëntie van de gemeentelijke aansturing.

Bijlage 2 Literatuurlijst

- Agenda voor een gezonde samenleving, 2012, GGD West-Brabant.
- Beleidskader De Brede Buurt 2017-2020 IO16069260, 2016, Gemeente Oosterhout.
- Beleidsbegroting, 2017, GGD West-Brabant.
- Beleidsplan Jeugd(hulp) 2015-2018, 2014, Gemeente Oosterhout.
- Bijlagenboek 2018, Gemeente Oosterhout.
- Breda, horizontale verantwoording 15 mei 2018, presentatie Novadic Kentron.
- Buurt- en dorpsenquête Gezondheid, bewegen en sport, 2013, Gemeente Oosterhout.
- Collegenota en besluit uitvoeringsoverzicht lokale gezondheidsnota, 2014, Gemeente Oosterhout.
- De Persoonlijke Gezondheidscheck voor Gemeente Oosterhout, 2015, NIPED Instituut Amsterdam.
- Focus Volksgezondheid n.a.v. collegespecial, 2012, GGD West-Brabant.
- Gezondheidsnota 2014-2017, Gemeente Oosterhout.
- Groeiende bezorgdheid om verwarde personen, 2016, GGD West-Brabant.
- Infographic bij verlenging lokale gezondheidsnota, 2017, Gemeente Oosterhout.
- Jaarrapportage, 2014, Stichting Surplus Welzijn Oosterhout.
- Jaarrapportage, 2015, Stichting Surplus Welzijn Oosterhout.
- Jaarrapportage, 2016, Stichting Surplus Welzijn Oosterhout.
- Jaarrekening, 2016, Stichting Surplus Welzijn.
- Jaarrekening, 2016, Gemeente Oosterhout.
- Jaarrekening Stichting Hoom, 2014, Stichting Surplus Welzijn.
- Jaarrekening Stichting Hoom, 2015, Stichting Surplus Welzijn.
- Jong, 2017, Gemeente Oosterhout.
- Uitvoeringsoverzicht lokale gezondheidsnota 2014-2017 'Verbinden & verankeren', 2014, Gemeente Oosterhout.
- Landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij', 2011, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Verslag bijeenkomst 'Samen voor Gezondheid', 2013, Gemeente Oosterhout.
- Programmabegroting, 2018, Gemeente Oosterhout.
- Programmabegroting, 2017, Gemeente Oosterhout.
- Programmabegroting, 2016, Gemeente Oosterhout.
- Programmabegroting, 2015, Gemeente Oosterhout.
- Programmabegroting 2014, Gemeente Oosterhout.
- Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein, 2017, Gemeente Oosterhout.
- Evaluatie verslag Implementatie alcohol- en drugspreventie via de susteam-plus-aanpak, 2013, GGD West-Brabant.
- Voorstel maatwerk- en plusactiviteiten Oosterhout, 2013, Gemeente Oosterhout & GGD West-Brabant.
- Kadernota, 2017, GGD West-Brabant.
- Ontwikkeling Kwetsbare Buurt, 2017, Gemeente Oosterhout.
- Rapportage Kwetsbare Oosterhouters, 2017, Gemeente Oosterhout.
- Rapportage Kwetsbare Oosterhouters, 2016, Gemeente Oosterhout.
- Rapportage Kwetsbare Oosterhouters, 2014, Gemeente Oosterhout.
- Subsidiemonitor, 2014, 2015 en 2016, Gemeente Oosterhout.
- Voorstel voorliggend veld verstevigen in Oosterhout, 2015, GGD West-Brabant.

- Lokale afspraken, 2016, GGD West-Brabant.
- Maatwerk preventieprogramma's Oosterhout, 2018, GGD West-Brabant.
- Raadsbrief verlenging lokaal gezondheidsbeleid, 2017, Gemeente Oosterhout.
- Terugblikken op 2015 en vooruitkijken naar 2016, 2015, Gemeente Oosterhout.

Bronnen tabellen en resultaten hoofdstuk 5

De cijfers uit de tabellen in hoofdstuk 5 zijn afkomstig uit de diverse monitoren (2012 en 2016) en de onderzoeken op het voortgezet onderwijs. Hieronder zijn de specifieke bronnen genoemd.

- Tabellenboek Oosterhout JM2011 https://ggd-wb.buurtmonitor.nl/jive?cat_open_code=c529
- Tabellenboek Oosterhout VM2009-2012-2016 https://ggdbrabant.inciifers.nl/Jive/report?id=vm2016_gemeente18_8_26
- Gemeenteprofiel Klas 2 VO 2013-2014
- Gemeenteprofiel Klas 2 VO 2016-2017
- Gezondheidsmonitor Jongeren, 2^e en 4^e klas voortgezet onderwijs 2015 <http://onlinetouch.nl/ggdwest-brabant/jm-12-18-jaar-rapportage-oosterhout?html=true#/18/>

De kwalitatieve informatie is voornamelijk afkomstig uit diverse presentaties, sheets en voorstellen van de GGD en de gemeente. Ook is de jaarrapportage van Surplus uit 2015 geraadpleegd. Het betreft de volgende bronnen:

- Infographic bij verlenging lokale gezondheidsnota
- Lokale afspraken 10 november 2016, doorkijk naar 2017
- Terugblikken op 2015 en vooruitkijken naar 2016
- Jaarrapportage Surplus 2015