

KADERNOTA

Gemeentelijk Gezondheidsbeleid

2003-2007

DEEL 1

mei 2003

INHOUDSOPGAVE

1.	INLEIDING		
	§ 1.1 Wat is gezondheid?	1	
	§ 1.2 Het gemeentelijk gezondheidsbeleid	2	
	§ 1.3 Het doel van deze nota	3	
	§ 1.4 Projectopzet en werkwijze	4	
	§ 1.5 Fasering	5	
2.	HET GEMEENTELIJK GEZONDHEIDSBELEID		
	§ 2.1 Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid	6	
	§ 2.2 Meerwaarde van gemeentelijk gezondheidsbeleid		7
	§ 2.3 Rol van de gemeente		7
3.	ACHTERGRONDEN EN ONTWIKKELINGEN		
	§ 3.1 Toekomstige tendensen	9	
	§ 3.2 Landelijke ontwikkelingen	10	
	§ 3.3 Regionale ontwikkelingen	11	
	§ 3.4 Lokale ontwikkelingen	13	
	§ 3.4.1 Gevolgen van het beleid door rijksoverheid		13
	§ 4.4.2 Gevolgen van het regionaal beleid		14
	§ 3.4.2 Demografische ontwikkelingen	15	
4.	HOE “GEZOND” IS SIMPELVELD?		
	§ 4.1 Bevolkingsopbouw	17	
	§ 4.1.1 Demografische druk	17	
	§ 4.1.2 Burgerlijke staat	18	
	§ 4.1.3 Sociaal economische status		18
	§ 4.1.4 Inkomenssituatie	19	
	§ 4.1.5 Werksituatie	19	
	§ 4.2 Gezondheid volwassenen	20	
	§ 4.2.1 Het ervaren van gezondheid		20
	§ 4.2.2 Lichamelijke beperkingen	22	
	§ 4.2.3 Geestelijke gezondheid	22	
	§ 4.2.4 Gebruik van gezondheidsvoorzieningen	23	
	§ 4.2.5 Medicijngebruik	23	
	§ 4.3 Gezondheid jeugd	23	
	§ 4.3.1 Lichamelijke gezondheid	25	
	§ 4.3.2 Geestelijke gezondheid	26	
	§ 4.3.3 Gebruik van gezondheidsvoorzieningen	27	
	§ 4.3.4 Oordeel ontwikkeling		28

§ 4.4	Wonen & gezondheid	31	
§ 4.4.1	Ventilatiegedrag	31	
§ 4.4.2	Geluidshinder		32
§ 4.4.3	Stankhinder	33	
§ 4.4.4	Stofhinder	33	
§ 4.4.5	Hinderscore	34	
§ 4.4.6	Veiligheid & criminaliteit	34	
§ 4.5	Risicofactoren	35	
§ 4.5.1	Roken	35	
§ 4.5.2	Alcoholgebruik	35	
§ 4.5.3	Drugs	36	
§ 4.5.4	Beweging	37	
§ 4.5.5	Voeding	37	
§ 4.5.6	Hoge bloeddruk	38	
§ 4.5.7	Overgewicht	38	
5.	AANDACHT-THEMA'S		
§ 5.1	Aandachtspunten	40	
§ 5.2	Aandacht-thema's	42	
6	SLOTWOORD	48	
	BIJLAGE 1: Literatuurlijst		49
	BIJLAGE 2: Tabellen GGD-gezondheidsprofiel 2000		50

1. INLEIDING

Naar aanleiding van de wijziging van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) is elke gemeente verplicht om vóór 1 juli 2003 een lokale nota gezondheidsbeleid op te stellen. Hierin staat het gemeentelijk beleid ten aanzien van gezondheidszorg beschreven.

De gemeente Simpelveld heeft hierbij gekozen voor het opstellen van een kadernota, geldend voor de periode 2003-2007, waarin de volgende zaken worden beschreven:

1. Wat is het belang van gemeentelijk gezondheidsbeleid? (Hoofdstuk 2)
2. Welke ontwikkelingen vinden er op dit moment plaats op macro-niveau (landelijk), meso-niveau (regionaal) en micro-niveau (lokaal) op het gebied van volksgezondheid? (Hoofdstuk 3)
3. Hoe is de gezondheidstoestand van de inwoners van de gemeente Simpelveld, zoals beschreven in het Gezondheidsprofiel 2000 van de GGD? (Hoofdstuk 4)
4. Welke thema's zijn aandachtspunten voor de beschreven periode en worden geformuleerd binnen deze beleidsnota? (Hoofdstuk 5)

In dit hoofdstuk zal ingegaan worden op het begrip gezondheid, de relatie hiervan op het gemeentelijk gezondheidsbeleid, de doelstelling van deze nota, de projectopzet, werkwijze en de fasering.

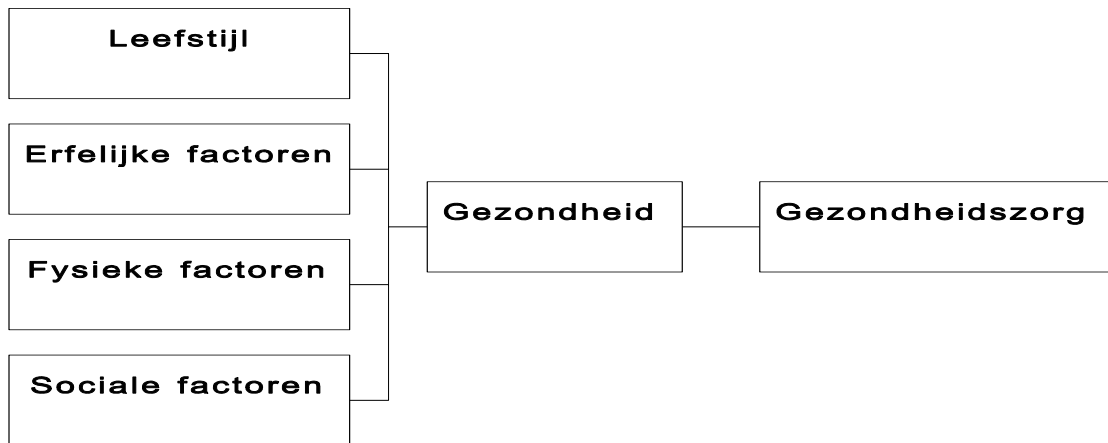
§1.1. Wat is gezondheid?

In deze nota staat de gezondheid van alle inwoners van de gemeente Simpelveld centraal. Maar wat is nu eigenlijk gezondheid? De Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) hanteert de volgende definitie:

“Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden”.

Uit deze definitie kan afgeleid worden dat gezondheid verder gaat dan alles wat binnen de gezondheidszorg en de medische wetenschap plaatsvindt. Sociale factoren, milieu, leefstijl maar ook erfelijkheid spelen een belangrijke rol binnen het begrip gezondheid.

Deze determinanten van gezondheid kunnen worden weergegeven in een model, het model van Lalonde (voormalig Canadese minister van Volksgezondheid):



Figuur 1.1: Model van Lalonde

Het moge duidelijk zijn dat, ondanks dat de bovengenoemde definitie wereldwijd wordt gehanteerd, elke burger het begrip “gezondheid” anders kan interpreteren. Toch hebben al deze verschillende interpretaties een gemeenschappelijke deler:

De meeste burgers zien gezondheid als het hoogste goed in het leven, omdat het voor een groot deel de kwaliteit van leven bepaalt.

§1.2. Het gemeentelijk gezondheidsbeleid

Uit het model van Lalonde kan afgeleid worden dat bijna alle determinanten beïnvloedbaar zijn, waarbij de determinant “erfelijke factoren” vooralsnog buiten beschouwing gelaten kan

worden. Ook een gemeente kan in meer of mindere mate deze determinanten beïnvloeden, waardoor zij direct of indirect invloed kan hebben op de gezondheid van haar burgers. Deze (gewenste) invloed en de wijze waarop dit bewerkstelligd kan worden, staat beschreven in het gemeentelijk gezondheidsbeleid.

Het gemeentelijk gezondheidsbeleid wordt gezien als een beleid dat is gericht op het beschermen en bevorderen van de gezondheid van de burger op initiatief van de gemeente¹. De rol die de gemeente hierin heeft, is met name initiërend en regisserend. Bij de verdere diepte-ontwikkeling en uitvoering van dit beleid worden ook andere participanten betrokken. In hoofdstuk 2 zal verder worden ingegaan op het gemeentelijk gezondheidsbeleid.

§1.3. Het doel van deze nota

De hoofddoelstelling van deze nota kan als volgt worden omschreven:

“Het op peil houden en daar waar nodig stimuleren & verbeteren van de (algemene) gezondheid van de inwoners van de gemeente Simpelveld”.

Hieruit kunnen de volgende sub-doelstellingen worden gedestilleerd:

1. Het verbeteren van de toegankelijkheid van de zorg.
2. Het verkleinen van gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen.
3. Het integreren van vraaggerichte zorg.
4. Het stimuleren van gezond gedrag.
5. Het intensiveren van voorlichting & preventie.

Om deze doelstellingen vorm te kunnen geven, zijn een aantal uitgangspunten² van belang:

- ◆ Er zal een breed begrip van gezondheid gehanteerd worden. Hierdoor kan het gezondheidsbeleid zich op meerdere determinanten richten (fysieke omgeving, sociale omgeving, leefstijl en gezondheidszorg).
- ◆ Het gezondheidsbeleid zal zich met name richten op die onderwerpen die in het huidige gemeentelijke beleid onderbelicht worden, maar die gezien de gezondheidsproblematiek en gezien de landelijke en regionale ontwikkelingen wel aandacht behoeven.

¹Definitie volgens “Kadernota Regionaal Gezondheidsbeleid” regio Parkstad Limburg

²Zoals geformuleerd in de “Kadernota Regionaal Gezondheidsbeleid” & goedgekeurd door de commissie Welzijn & Volksgezondheid van regio Parkstad Limburg

- ◆ Het gezondheidsbeleid zal zich richten op onderwerpen waarbij de gemeente ook daadwerkelijk invloed kan uitoefenen.
- ◆ Het gezondheidsbeleid zal niet zonder betrokkenheid van de vele actoren binnen het beleidsterrein vastgesteld en uitgevoerd worden.
- ◆ Bij de uiteindelijke implementatie van het gezondheidsbeleid zal uit efficiency-overwegingen zoveel mogelijk aansluiting gezocht worden bij bestaande beleidsnetwerken.

§1.4. Projectopzet en werkwijze

Het doel van deze nota is om een raamwerk weer te geven waarbinnen het gemeentelijk gezondheidsbeleid de komende 4 jaren vorm gegeven kan worden. Nadat deze nota is vastgesteld, zal de verdere procedure als volgt zijn:

1. Er wordt een werkgroep gevormd bestaande uit de volgende afvaardigingen: gemeente, Stichting Seniorenraad Simpelveld, Stichting Platform Gemeentelijk Gehandicaptenbeleid Simpelveld/Bocholtz, GGD OZL, Zorggroep Thuis OZL, Meandergroep, maatschappelijk werk IMPULS, en eerstelijns.
2. Deze werkgroep zal in 3 à 4 bijeenkomsten deze kadernota verder uitwerken tot concrete projecten die betrekking hebben op de in deze nota beschreven aandachtsgebieden.
3. Nadat de projecten in concept-vorm zijn vastgesteld, wordt er een informatiebijeenkomst georganiseerd voor alle inwoners van de gemeente Simpelveld. De kadernota en de projecten zullen dan kort toegelicht worden, waarna de inwoners wordt gevraagd om te reageren. Het doel hiervan is tweeledig: enerzijds peilen of het voorgestelde beleid voldoet aan de wensen van de inwoners en anderzijds het creëren van draagvlak en het vergroten van betrokkenheid.
4. De resultaten die voortvloeien uit de bijeenkomsten van deze werkgroep en de informatiebijeenkomst voor de inwoners zullen worden verwoord in een definitieve nota gezondheidsbeleid, deel 2. Hierin zullen dan de projecten voor de periode 2003-2007 beschreven worden, inclusief projectaanpak, fase-beschrijving en financiering.
5. De werkgroep zal worden verdeeld in subwerkgroepen, die zich bezig gaan houden met de uitvoering ervan. De gemeente zal hierbij met name de regisserende rol innemen en de projectbewaking. Tussentijds evaluerend bijsturen is hierbij een aandachtspunt.
6. De uitwerkingen van de projecten en de resultaten zullen worden beschreven in een 3e rapport, dat tevens het uitgangspunt vormt voor de volgende nota in 2007.

In het voorjaar van 2004 worden de resultaten verwacht van het nieuwe Gezondheidsprofiel van de GGD Oostelijk Zuid-Limburg. Naar aanleiding van deze uitkomsten kunnen de projecten nog nader bijgesteld worden, mocht blijken dat de cijfers ten opzichte van het huidige Gezondheidsprofiel 2000 drastisch zijn gewijzigd.

§1.5. Fasering

De werkwijze zoals verwoord in de vorige paragraaf, vindt gefaseerd plaats. Deze planning wordt als volgt voorgesteld:

PERIODE	FASE	ACTIE
April 2003 - Juni 2003	Fase 1	Opzetten en vaststellen kadernota (deel 1)
Juni 2003 - Juli 2003	Fase 2	Instellen werkgroep / voorbereiding
Sept. 2003 - Nov. 2003	Fase 3	Bijeenkomsten werkgroep / opstellen projecten Informatiebijeenkomst inwoners
December 2003	Fase 4	Opzetten nota gezondheidsprojecten (deel 2)
Januari / februari 2004	Fase 5	Vaststellen 2e nota
Febr. 2004 - Nov. 2006	Fase 6	Uitvoering projecten
December 2006	Fase 7	Opzetten uitvoeringsnota (deel 3)
Januari / februari 2007	Fase 8	Vaststellen 3e nota

2. HET GEMEENTELIJK GEZONDHEIDSBELEID

Zoals reeds in de “Inleiding” staat beschreven, wordt gemeentelijk gezondheidsbeleid gezien als een beleid dat is gericht op het in stand houden c.q. beschermen en bevorderen van de gezondheid van de burger op initiatief van de gemeente. In dit hoofdstuk wordt dieper ingegaan op de achtergronden, de meerwaarde en de rollen van de gemeente ten aanzien van dit beleid.

§2.1. Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid

In 1989 is de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) ingevoerd, om de relatie tussen het Rijk en de gemeenten ten aanzien van de collectieve preventie & openbare gezondheidszorg te regelen. Deze wet verplicht alle gemeenten om actief te zijn op het gebied van Volksgezondheid. Dit uit zich in volgende 3 verplichtingen:

1. Gemeenten hebben de verplichting om een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) in stand te houden.
2. Gemeenten moeten zorg dragen voor de afstemming tussen de preventie en de curatie (bestrijding / behandeling).
3. Gemeenten hebben een aantal taken, zoals epidemiologie, infectieziektenbestrijding, jeugdgezondheidszorg, gezondheidsvoorlichting en vaccinaties (deze taken worden uitgevoerd door de GGD).

Uit andere wetten of autonoom beleid van gemeenten komen ook nog de volgende taken voort:

1. Vangnettaken (zorg specifieke groepen, bijvoorbeeld verslaafden)
2. Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen
3. Forensische geneeskunde
4. Indicatiestelling en advisering (RIO)

In 1996 heeft de Commissie Lemstra op verzoek van het Ministerie een rapport opgesteld inzake het voeren van een gezondheidsbeleid. Uit dit rapport kwam naar voren dat de verhouding tussen gemeenten en GGD te wensen overliet en zich met name richtte op financiële zaken. Tevens bleek dat gemeenten zich onvoldoende bewust waren van de noodzaak en de mogelijkheden van het voeren van een eigen gezondheidsbeleid. Naar aanleiding van deze bevindingen heeft het ministerie van VWS het project “Versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid” opgezet. Hieruit zijn verschillende initiatieven ontstaan, waaronder de wettelijke verplichting dat elke

gemeente vóór 1 juli 2003 een nota heeft opgesteld inzake lokaal gezondheidsbeleid, die elke vier jaar wordt aangepast c.q. herzien.

§2.2. Meerwaarde van gemeentelijk gezondheidsbeleid

Door de invoering van deze wettelijke verplichting hebben gemeenten een **sterkere positie** gekregen bij het opstellen en uitvoeren van preventieve taken en bij het zorgen voor afstemming tussen preventie en zorg. Hierdoor kan ook een **effectiever beleid** gevoerd worden om sociaal-economische gezondheidsverschillen terug te dringen. Lokaal beleid is tevens een goed instrument om inzicht te krijgen in **gezondheidsverschillen**, omdat deze zich het duidelijkst op lokaal niveau manifesteren. Ook hebben zorgaanbieders en burgers de meeste kans om **invloed** uit te oefenen, waarbij ook de mogelijkheden tot **samenwerking** het grootst is. Op deze wijze ontstaat er ook voldoende **draagkracht** voor het geformuleerde beleid. Ook draagt het opstellen van een integraal beleid bij tot het aansluiten bij **bestaande netwerken**.

§2.3. Rol van de gemeente

In het opstellen en uitvoeren van het gemeentelijk gezondheidsbeleid, neemt de gemeente verschillende rollen voor haar rekening:

ROL	VORMGEVING ROL
Stimuleren	De gemeente formuleert integraal een visie op gezondheidszorg, knelpunten en verbeterpunten.
Sturen en coördineren	De gemeente heeft een sturende en coördinerende rol, daar waar zij eigen verantwoordelijkheden heeft.
Zorgen voor draagvlak	Naast het formuleren van een integraal beleid ook terugkoppeling van resultaten met de diverse partijen zodat er draagvlak ontstaat voor de uitvoering van het beleid.
Faciliteren	De gemeente faciliteert de ontwikkeling en uitvoering van het gezondheids(zorg)-beleidplan.
Bevorderen samenwerking en afstemming	De gemeente bevordert de samenwerking tussen de verschillende instellingen en organisaties werkzaam op het gebied van de gezondheidszorg.
Afstemming met andere	De gemeente heeft de taak te zorgen voor

ROL	VORMGEVING ROL
beleidsterreinen	afstemming met andere beleidsterreinen.
Monitoren	De gemeente draagt zorg voor het ontwikkelen van een informatiesysteem ter signalering van gezondheidsproblemen en voor het ontwikkelen van een monitorsysteem om de voortgang en resultaten van het lokaal gezondheids(zorg)-beleid te volgen.
Zorgen voor ruimte voor zorgvoorzieningen	De gemeente zorgt ervoor dat de zorginstellingen vanaf de fase van de eerste planvorming betrokken worden bij de plannen voor nieuwbouw. De zorginstellingen geven aan wat er aan ruimte voor zorgvoorzieningen nodig is (kwalitatief en kwantitatief). De gemeente zorgt ervoor dat een adequate afweging plaatsvindt.

Tabel 2.1: Rolmodel gemeente

3. ACHTERGRONDEN EN ONTWIKKELINGEN

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op toekomstige tendensen, landelijke ontwikkelingen, regionale ontwikkelingen en de invloed hiervan op het lokaal niveau. Ook wordt de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid nader uitgelegd in relatie tot de verplichte lokale nota gezondheidsbeleid.

§ 3.1. Toekomstige tendensen

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft onlangs in de publicatie “Gezondheid op koers?” een aantal kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomstverkenning geformuleerd. Deze kernboodschappen geven een actueel beeld van de volksgezondheid-toestand in Nederland. Dit zijn de belangrijkste bevindingen:

1. In Nederland leven we steeds langer, en steeds langer in goede gezondheid.
Sinds 1980 is de levensverwachting voor mannen met 3,1 en voor vrouwen met 1,4 jaar toegenomen. Bij de geboorte mogen we nu rekenen op een gemiddelde levensduur van respectievelijk 75,5 en 80,6 jaar. De jaren die er in het laatste decennium bij zijn gekomen, worden hoofdzakelijk in goede gezondheid doorgebracht. Het CBS voorspelt dat ook de komende 20 jaar de levensverwachting nog zal stijgen.
2. Wat de levensverwachting betreft, zakt Nederland toch af naar de middenmoot van Europa.
Binnen de EU raakt Nederland echter achterop. Bij mannen neemt de levensverwachting minder snel toe dan in de meeste EU-landen. Bij vrouwen stagneert de toename in levensverwachting zelfs zodanig dat we nu onder het EU-gemiddelde zijn uitgekomen. Oorzaken: hoge sterfte aan longkanker en relatief hoge sterfte rond de geboorte. Daartegenover staat dat er inmiddels een dalende sterfte is ten gevolge van borstkanker.
3. De verschillen in gezondheid zijn hardnekkig.
Gezondheid is ongelijk verdeeld in Nederland. Er zijn aanzienlijke verschillen tussen arm en rijk, en van buurt tot buurt (bijv. achterstandswijken). Er zijn geen aanwijzingen dat deze gezondheidsverschillen de afgelopen vijf jaar zijn afgenomen. Ook het opleidingsniveau speelt een belangrijke rol: laag opgeleide mannen leven 5,0 jaar korter dan de hoog opgeleide mannen. Bij vrouwen is dat verschil 2,6 jaar.
4. Ongezond gedrag is de belangrijkste oorzaak van stagnerende gezondheid.
Bij volwassenen is ongezond gedrag de belangrijkste bekende oorzaak van stagnerende levensverwachting. Vrouwen hebben de afgelopen jaren veel van het ongezondere gedrag van mannen overgenomen. Maar vooral onder jongeren zijn de trends in ongezond gedrag ongunstig. Ze zijn te beschouwen als lange-termijn investeringen in “ongezondheid”. Het gaat hierbij om roken, overmatig alcoholgebruik, het eten van te weinig groenten en fruit, tekort aan beweging en ernstig overgewicht. Dit laatste komt helaas op steeds jongere leeftijd voor.

Deze bevindingen zullen de komende jaren centraal staan bij het formuleren van beleid op het gebied van de volksgezondheid. In de publicatie “Gezondheid op koers?” worden de volgende methodes aangereikt om op deze ontwikkelingen te kunnen inspelen:

- A. Stimuleren van preventie / opzetten nieuwe preventiemethoden.
- B. Het aanbieden van meer en andere zorg.
- C. Het leveren van kwalitatief goede zorg.
- D. Voorkómen is beter én goedkoper.
- E. Verbetering van de informatievoorziening (registraties, kengetallen, onderzoek).

De taak voor de rijksoverheid aangaande de bovengenoemde ontwikkelingen ligt met name op het preventievlak, waarin fors geïnvesteerd dient te worden. Ze zal dat moeten doen door een samenhangend beleidskader en een lange-termijn visie op gezondheid te ontwikkelen. Ook zal zij moeten blijven investeren in bestaande preventieve voorzieningen. Daarnaast is het belangrijk dat het intersectoraal beleid wordt gestimuleerd (nauwere samenwerking tussen de verschillende departementen).

§ 3.2. Landelijke ontwikkelingen

Op landelijk niveau vinden de volgende drie belangrijke ontwikkelingen plaats:

- I. De vermaatschappelijking van de zorg
- II. Regierol gemeenten bij Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
- III. Integrale Jeugdgezondheidszorg

Omdat deze ontwikkelingen een grote rol spelen in het gemeentelijk gezondheidsbeleid, worden deze nader toegelicht.

- I. De vermaatschappelijking van de zorg.
Het rijksbeleid richt zich de laatste jaren steeds meer op het bevorderen van de zelfstandigheid en de zelfredzaamheid van mensen met lichamelijke, verstandelijke of geestelijke beperkingen. Het doel van dit beleid is om de zorgvraag, gericht op intramurale zorgvoorzieningen (verpleeghuis, verzorgingshuis etc.) te laten afnemen. Dit betekent dat er een steeds sterker wordende verplaatsing van de zorg naar de thuissituatie ontstaat. Deze ontwikkeling wordt de “vermaatschappelijking van de zorg” genoemd.
- II. **Regierol gemeenten bij Openbare Geestelijke Gezondheidszorg**
Mede als gevolg van de vermaatschappelijking van de zorg, worden gemeenten steeds meer geconfronteerd met psychiatrische patiënten die tussen wal en schip (dreigen te) vallen. Het gaat dan veelal om personen die niet uit eigen beweging een beroep (kunnen) doen op de geestelijke gezondheidszorg. De mogelijkheid bestaat dat deze personen voor overlast zorgen in de buurt waar ze verblijven of wonen. Het ministerie van VWS heeft

ervoor gekozen om de regierol van gemeenten ten aanzien van deze groep mensen te versterken middels de zogenaamde openbare geestelijke gezondheidszorg.

III. Integrale Jeugdgezondheidszorg

Landelijk is onderkend dat er binnen de jeugdgezondheidszorg nog veel kansen onbenut blijven op het gebied van vroegtijdige opsporing van lichamelijke en psychosociale problemen bij jeugdigen. Door het grote bereik is de jeugdgezondheidszorg een belangrijke vindplaats en bron van (epidemiologische) informatie voor andere terreinen binnen het jeugdbeleid. Vóór 1 januari 2003 was de Thuiszorg verantwoordelijk voor de jeugd van 0-4 jaar en de GGD voor de jeugd van 4-19 jaar. Om een integrale jeugdgezondheidszorg te stimuleren, heeft de rijksoverheid besloten om met ingang van 1 januari 2003 extra te investeren door enerzijds de gehele jeugdgezondheidszorg onder regie van de gemeenten te plaatsen en anderzijds nadrukkelijker de basistaken van de jeugdgezondheidszorg te formuleren.

§ 3.3. Regionale ontwikkelingen

Binnen de Regio Parkstad Limburg heeft de afgelopen tijd de nadruk gelegen op de volgende projecten wat betreft volksgezondheid:

- A. Het ontwikkelen van een regionale kadernota Gezondheidsbeleid.
- B. Het project “Produkt Keuze Aanbod (PKA)” van GGD Oostelijk Zuid-Limburg.
- C. Het regionaal gezondheidsprofiel.
- D. De ontwikkeling van een regiovisie.

Ad A. Regionale Kadernota Gezondheidsbeleid

Als aanzet om te komen tot een gemeentelijk gezondheidsbeleid, hebben de portefeuillehouders van de gemeenten, die deel uitmaken van Regio Parkstad Limburg, in 2000 de opdracht gegeven voor het ontwikkelen van een regionale kadernota gezondheidsbeleid. Het doel hiervan was om kaders aan te geven, waarbinnen gemeenten hun lokale beleid verder vorm kunnen geven. Deze nota is begin 2003 vastgesteld door het Dagelijks Bestuur van Regio Parkstad Limburg, en dient mede als basis voor de onderhavige nota.

Ad. B. Het project “Produkt Keuze Aanbod (PKA)” van GGD Oostelijk Zuid-Limburg.

Om de samenwerking & afstemming tussen GGD en aangesloten gemeenten te stimuleren en te verbeteren, is in 1999 gestart met het project “Produkt Keuze Aanbod (PKA)”. Het doel van dit project was (en is) om een model te ontwikkelen dat het produktenaanbod en de bijbehorende kosten van de GGD inzichtelijk maakt,

en de gemeenten de mogelijkheid biedt keuzes te maken uit het produkten-aanbod van de GGD. Dit betekent dat gemeenten dié produkten kunnen afnemen die voortvloeien uit het gezondheidsbeleid. Op dit moment bevindt het project zich nog in de “proef-fase”: vanaf 2005 gaan gemeenten een meerjarig contract afsluiten voor de door haar gekozen produkten. Dit betekent dat in 2003 het project nog uitvoerig geëvalueerd zal worden en waar nodig vindt bijstelling plaats. Dit om gemeenten de mogelijkheid te bieden om voor de komende periode een gefundeerde produkt-keuze te maken.

Ad C. Regionaal gezondheidsprofiel

In 1998/1999 heeft de GGD in opdracht van de aangesloten gemeenten een gezondheids-enquête gehouden in haar werkgebied. Op basis van deze uitkomsten en andere epidemiologische gegevens is een gezondheidsprofiel opgesteld. Hieruit is gebleken dat deze regio op veel gezondheidsindicatoren slechter scoort dan de rest van Limburg en Nederland. Ook de levensverwachting is in deze regio lager dan elders. Op basis hiervan heeft de GGD een vijftal doelstellingen geformuleerd, die begin 2001 zijn vastgesteld in een intentieverklaring tussen GGD, Regio Parkstad Limburg, CAD, RIMO, Mondriaan Zorggroep, de huisartsenvereniging en het Atrium Medisch Centrum Heerlen. Deze doelstellingen zijn:

1. Een gezondere leefstijl.
2. Minder psycho-sociale problematiek.
3. Minder beperkingen in lichamelijke activiteiten / minder problemen van het bewegingsapparaat;
4. Een beter leefmilieu (minder geluids- en verkeersoverlast).
5. Een lagere medische consumptie.

In het najaar van 2003 zal de gezondheidsenquête opnieuw worden gehouden. Dit met een tweeledig doel: om de cijfers te actualiseren en om de uitkomsten te vergelijken teneinde te tendensen te kunnen lokaliseren. De uitkomsten van deze enquête worden in het voorjaar van 2004 verwacht.

Deze kadernota zal nog geformuleerd worden op basis van het gezondheidsprofiel 2000. Echter, gedurende de uitvoering van de projecten, voortvloeiend uit deze kadernota, zullen de meest actuele cijfers van het Gezondheidsprofiel 2004 aangehouden worden voor zover mogelijk.

Ad D. De ontwikkeling van een regiovisie.

In 1998 zijn in samenwerking tussen provincie, zorgaanbieders, zorgvragers en gemeenten regiovisies opgesteld voor de sectoren verzorging & verpleging, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Op basis hiervan zijn ook actiepunten geformuleerd ten behoeve van het gemeentelijk beleid. Naar aanleiding van deze regiovisies heeft Symbiose een rapport opgesteld over de gevolgen van

scheiding wonen-zorg in Zuid-Limburg. Hierin wordt met name ingegaan op de taken van de gemeenten die voortvloeien uit de vermaatschappelijking van de zorg, een gevolg van het scheiden van wonen en zorg. Deze taken richten zich dan ook op het bouwen van geschikte woningen (wonen met optionele zorg) en een adequate zorg-welzijn beleid. Vanuit Regio Parkstad Limburg is het project “Wonen-welzijn-zorg” gestart, dan inhaakt op deze ontwikkeling en waarbij de Provincie fors inzet op het gebied van middelen.

§ 3.4. Lokale ontwikkelingen

Op lokaal niveau vindt op dit moment een aantal ontwikkelingen plaats, die enerzijds het gevolg zijn van landelijke & regionale beleidsontwikkelingen en anderzijds te maken hebben met demografische ontwikkelingen.

§ 3.4.1 Gevolgen van het beleid door de rijksoverheid

De **vermaatschappelijking van de zorg** heeft direct invloed op het gemeentelijk beleid. Gemeenten worden geconfronteerd met een steeds groter wordende groep “zelfstandig wonende zorgvragers” en die gebruik (gaan) maken van een groot aantal lokale voorzieningen (geschikte woningen, (financiële) bijstand, vervoers- en welzijnsvoorzieningen). Dit betekent dat een gemeente moet inspelen op deze ontwikkeling, waarbij de volgende ontwikkelingen een grote rol spelen:

- toename zorgvraag
- toegankelijk maken van zorg
- realisering passende huisvesting / zorgwoningen
- groter wordende rol mantelzorg (vrijwilligers & familie)

Omdat het Ministerie van VWS ervoor gekozen heeft om de regierol van gemeenten inzake de geestelijke gezondheidszorg te versterken middels de **Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)**, heeft de gemeente hierin een aantal basistaken toegewezen gekregen:

- Crisisopvang / acute zorg
- Dak- en thuislozenzorg
- Bemoeizorg
- Opstellen sociale kaart
- Signalering en beleidsadvisering aan overheden

Vanwege de participatie van de gemeente Simpelveld in Parkstad, zal dit punt de komende jaren ook aandacht moeten krijgen in regionaal verband.

Om te komen tot een **integrale jeugdgezondheidszorg**, gestimuleerd door de rijksoverheid, is de gemeente vanaf 1 januari 2003 inhoudelijk én financieel verantwoordelijk van zowel de groep jeugdigen van 0-4 jaar (een taak van de Thuiszorg OZL) als ook de groep van 4-19 jaar (een taak van de GGD OZL). Dit betekent dat de Gemeente vanaf dit moment de volledige regie met betrekking tot de jeugdgezondheids-zorg voor haar rekening neemt. De AWBZ-gelden, bedoeld voor de 0-4-jarigen, zijn vanuit het Rijk overgeheveld naar het gemeentefonds. Er is in OZL een stuurgroep en een projectgroep JGZ opgericht, waarin de twee uitvoeringsorganisaties

(Thuiszorg en GGD) én de gemeenten zitting hebben. Uitgangspunt is (vooralsnog) dat er twee uitvoerings-organisaties blijven bestaan, maar dat op inhoud zoveel mogelijk samengewerkt wordt in het kader van de integrale gedachte.

§ 3.4.2 Gevolgen van het regionaal beleid

In paragraaf 3.3 ad. B. is het PKA-model van de GGD Oostelijk Zuid Limburg reeds aan de orde geweest. Op dit moment neemt de gemeente Simpelveld de volgende produkten af:

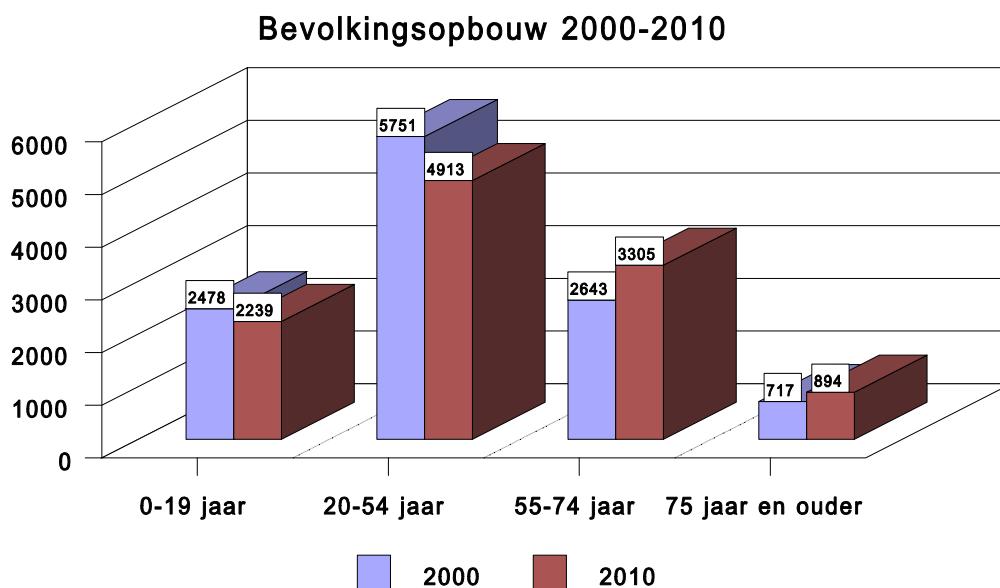
1. 24-uurs basisvoorziening infectieziekten-bestrijding (BSP)
2. Tuberculose-bestrijding basis en asielzoekers (BSP)
3. Rijks-vaccinatieprogramma jeugd (BSP)
4. Technische hygiënezorg kindercentra (BMP)
5. Medische milieukunde (BSP)
6. Regionale basisvoorziening gezonde levensstijl (BSP)
7. Opkomstbevordering bevolkingsonderzoeken borst- en baarmoederhalskanker (BSP)
8. Bevordering mondgezondheid (BSP)
9. Gezondheidsprofiel (BSP)
10. Basisvoorziening preventieve gezondheidsonderzoeken (4-19 jarigen) (BSP)
11. Adviseren over lichamelijke, psychosociale- en opvoedingsvragen (BSP)
12. Lijkschouw (MP)

BSP = Basis standaardprodukt

BMP = Basis maatwerkprodukt

MP = Maatwerkprodukt

Per 1 april 2003 heeft de gemeente haar keuze voor het jaar 2004 bekend gemaakt te weten handhaving van de eerder door de gemeenteraad vastgestelde produktkeuze. Op dit moment wordt het produkt "risico-leerling bespreking" nog in beraad gehouden. Dit is een zogenaamd plusprodukt, en dat betekent dat gemeenten niet verplicht zijn dit produkt ook daadwerkelijk af te nemen. Echter: halverwege 2003 vindt er een evaluatie plaats over het niet afnemen van dit produkt in het 1e halfjaar van 2003. Daarbij zal de GGD de meerwaarde van haar bijdrage in dit produkt nader specificeren. Op basis van deze twee zaken bestaat de mogelijkheid om afname van het produkt voor 2004 te heroverwegen. Met ingang van 1 januari 2005 zal er een meerjarencontract worden afgesloten. De definitieve keuze zal in maart/april 2004 moeten worden gemaakt. Deze keuze zal onder andere afhangen van de inhoud van de in 2003 geformuleerde projecten. Tevens zal na afloop van de uitvoering van deze projecten (1e kwartaal 2007) een evaluatie plaatsvinden met betrekking tot de afgenomen produkten in 2005 en de eventuele bijstelling hiervan voor de nieuwe contractperiode.



§ 3.4.3 Demografische ontwikkelingen

Om een beeld te krijgen van de bevolkingsopbouw in de toekomst, is een vergelijking gemaakt tussen de situatie op 1 januari 2000 en de prognose voor 1 januari 2010³.

Figuur 3.1: diagram bevolkingsopbouw 2000-2010

Uit figuur 3.1 blijkt dat we over een aantal jaren te maken krijgen met twee tendensen:

³ Bron: "ETIL, Bevolking Limburg 2000-2030, maart 2000"

1. Ontgroening (afname aantal jongeren 0-19 jaar)
2. Vergrijzing (toename aantal ouderen 55 jaar en ouder)

In de volgende tabel zijn deze tendensen weergegeven in absolute en relatieve cijfers:

	2000		2010		Vershil
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Rel.
Jongeren	2478	21,4 %	2239	19,7 %	-/- 1,7%
55-plussers	3360	29,0%	4199	37,0%	+ 8,0%

Tabel 3.1: cijfer-overzicht ontgroening en vergrijzing

Met name door de toename van het aantal 55-plussers in combinatie met het stijgen van de gemiddelde levensverwachting, zijn er twee aandachtspunten die een grote rol spelen in het gemeentelijk gezondheidsbeleid:

1. Verwachte toename aantal kleine huishoudens.
2. Stijging van de verwachte zorgvraag.

Het belang van een gemeentelijk gezondheidsbeleid wordt hierdoor groter: om de minimale noodzakelijke zorg te kunnen realiseren, is een actief gemeentelijk beleid noodzakelijk.

4. HOE “GEZOND” IS SIMPELVELD?

In 1999 heeft de GGD OZL een gezondheidsenquête gehouden onder de inwoners van alle gemeenten in Oostelijk Zuid-Limburg. De resultaten hiervan zijn in het voorjaar van 2000 gepresenteerd in “Gezondheidsprofiel OZL 2000”.

In dit hoofdstuk zullen de resultaten hiervan, specifiek voor deze gemeente, worden weergegeven en vergeleken met de percentages geldend voor de regio OZL en de provincie in het algemeen. Dit vormt dan ook de basis voor de formulering van de aandachtsthema's in het volgende hoofdstuk.

Dit hoofdstuk is opgebouwd uit de volgende vijf onderdelen: bevolkingsopbouw, gezondheid volwassenen, gezondheid jeugd, wonen en risicofactoren. Elk onderdeel bestaat weer uit verschillende onderwerpen.

§ 4.1 Bevolkingsopbouw

In deze paragraaf zal een beeld worden geschetst van de demografische druk, burgerlijke staat, sociaal-economische status, inkomenssituatie en werksituatie.

§ 4.1.1 Demografische druk

Twee gangbare maten die een indruk geven van de bevolkingsopbouw zijn de demografische druk en het percentage ouderen. De demografische druk is de verhouding tussen het aantal personen van 0-19 jaar en van 65 jaar en ouder en het aantal personen in de zogenaamde ‘productieve leeftijdsgroep’ van 20-64 jaar. Hoe hoger de demografische druk, hoe meer zogenaamde inactieven ten opzichte van actieven.

Demografische druk	Simpe lvel d	OZL	Limburg
0-19 jaar	33,8 %	34,7 %	39,3 %
65-plussers	24,1 %	25,5 %	21,9 %
<i>Totaal</i>	57,9 %	60,2 %	61,0 %
Percentage 65-plussers	15,3 %	15,9 %	13,5 %

Tabel 4.1 Demografische druk (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

De demografische druk in Simpelveld is nog “vrij gunstig”: het percentage is één van de laagste in OZL, en ligt ruim onder de beide gemiddelde percentages. Dit geldt ook voor het percentage ouderen in deze gemeente: in vergelijking met andere gemeenten is dit percentage lager dan gemiddeld. Daarbij moet één belangrijke kanttekening geplaatst worden: het betreft hier de situatie in 1999. Wat onze gemeente betreft, krijgen we te maken met een forse stijging van het percentage ouderen. Uit de “Contourennota Ouderenbeleid Regio Parkstad Limburg” (Hogeschool Zuyd, maart 2002) blijkt dat vergrijzing het sterkst toeneemt in de gemeenten Simpelveld en Nuth. De prognose voor het aandeel 65-plussers bedraagt voor 2010 20%: een stijging van bijna 5%. Hieruit kan afgeleid worden dat ook de demografische druk zal gaan toenemen in de komende jaren.

§ 4.1.2 Burgerlijke staat

In de gemeente Simpelveld is een hoog percentage van de inwoners gehuwd: we nemen de 2e plaats in op de ranglijst (het percentage in Voerendaal is het hoogste).

Burgerlijke staat	Simpelveld	OZL	Limburg
Gehuwde mannen	54,6 %	49,6 %	niet bekend
Gehuwde vrouwen	54,4 %	48,3 %	niet bekend

Tabel 4.2 Burgerlijke staat (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

Door het hoge percentage gehuwden kan ook gesteld worden dat er binnen deze gemeente ook relatief meer twee- of meerpersoons huishoudens zijn.

§ 4.1.3 Sociaal Economische Status (SES)

De sociaal-economische status van een individu is een belangrijke indicator van de gezondheid. Gangbare indicatoren van SES zijn opleidingsniveau, inkomen en beroepsstatus. In het GGD-onderzoek is gekozen voor het meten van SES via het opleidingsniveau, waarbij geïndiceerd wordt door middel van de hoogst afgeronde opleiding. De SES is verdeeld in 3 categorieën:

- laag opleidingsniveau (geen, lager- of basisonderwijs, VBO, MAVO, MULO)
- midden opleidingsniveau (HAVO, VWO, MMS, HBS, MBO)
- hoog opleidingsniveau (HBO, WO)

Opleidingsniveau	Simpelveld	OZL	Limburg
Laag opleidingsniveau	50,2 %	55,3 %	52,1 %
Midden opleidingsniveau	25,8 %	25,0 %	26,3 %
Hoog opleidingsniveau	24,0 %	19,7 %	21,5 %

Tabel 4.3 Opleidingsniveau (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

De helft van de inwoners van Simpelveld heeft een laag opleidingsniveau, maar het percentage ligt toch vrij laag in vergelijking met andere gemeenten. Het percentage inwoners met een hoog opleidingsniveau is in deze gemeente vrij hoog: samen met Voerendaal, Onderbanken en Nuth zijn onze inwoners het hoogst opgeleid.

§ 4.1.4 Inkomenssituatie

In de gezondheidsenquête is niet gevraagd naar de hoogte van het inkomen, maar naar het feit of men wel of niet rond kan komen van de maandelijkse inkomsten. Dit geeft een beter beeld van de inkomenssituatie in verhouding tot het uitgavenpatroon. Maatschappelijke verschijnselen zoals armoede en rijkdom kunnen hier beter uit afgeleid worden.

Inkomenssituatie	Simpelveld	OZL	Limburg
Komt rond	89,1 %	88,7 %	88,9 %
In-teren	10,1 %	6,5 %	7,1 %
Maakt schulden	0,8 %	4,8 %	4,0 %

Tabel 4.4 Inkomenssituatie (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

Het percentage inwoners dat aangeeft goed rond te komen van het maandelijkse inkomen, is vrij hoog. Daar tegenover staat dat het percentage inwoners dat moet in-teren (soms of vaker) in onze gemeente ook hoog is, namelijk 10,1%. Hiermee komt onze gemeente op de 1e plaats, en stijgen we ook uit boven het gemiddelde in Limburg. Wat hier precies de oorzaak van is, zal onderzocht moeten worden. Zeker gezien het feit dat we een hoog percentage hoog opgeleide inwoners hebben.....Wat een rol kan spelen is de bestaande en nog sterker wordende vergrijzing. Het percentage inwoners dat schulden maakt, is redelijk laag: het laagste in de regio OZL. Echter: gezien het feit dat een hoog percentage mensen aangeeft te moeten in-teren, bestaat er een kans dat het aantal mensen met schulden in de toekomst gaat stijgen.

§ 4.1.5 Werksituatie

De deelnemers aan de gezondheidsenquête is gevraagd aan te geven welke situatie met betrekking tot werk het meest op hun van toepassing is. Aangezien men voor zichzelf de belangrijkste bezigheid kon aangeven, komen de percentages voor werkzoekenden en arbeidsongeschikten niet noodzakelijk overeen met de officiële registraties.

Werksituatie	Simpelveld	OZL	Limburg
Betaald werk $\geq$ 32 uur	45,6 %	43,1 %	44,6 %
Betaald werk 19-32 uur	7,9 %	8,9 %	9,8 %
Betaald werk < 19 uur	7,9 %	7,5 %	8,6 %
Huisvrouw / huisman	15,4 %	14,9 %	14,6 %
Pensioen	11,7 %	11,9 %	10,8 %
Studie	1,9 %	1,8 %	2,0 %
Vrijwilliger	0,9 %	1,2 %	1,3 %
Werkloos / werkzoekend	2,8 %	3,3 %	2,5 %
Arbeidsongeschikt	6,0 %	7,3 %	5,8 %

Tabel 4.5 Werksituatie (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

Het percentage inwoners dat meer dan 32 uur werkt, is in onze gemeente vrij hoog, hoger dan de beide gemiddelden. Het aantal arbeidsongeschikten is in onze gemeente laag in vergelijking met OZL, maar vergeleken met het Limburgs percentage is dit gemiddeld. Op dit moment (voorjaar 2003) bedraagt het percentage WAO'ers zo'n 17% in Limburg, waardoor Limburg landelijk koploper is. Dit zou kunnen betekenen dat het percentage arbeidsongeschikten in deze regio ook inmiddels gestegen is.

§ 4.2 Gezondheid volwassenen

In deze paragraaf zal een beeld worden geschetst van het ervaren van gezondheid, lichamelijke beperkingen, geestelijke gezondheid, gebruik van gezondheidsvoorzieningen en medicijngebruik.

§ 4.2.1 Het ervaren van gezondheid

De meest eenvoudige wijze voor het verkrijgen van een indicatie voor de gezondheidstoestand is de vraag "Wat vindt u over het algemeen genomen van uw gezondheid?". Daarnaast is gevraagd naar de toestand van chronische aandoeningen, die ook bepalend zijn voor de gezondheid in algemene zin.

Ervaren gezondheid / chronische aandoeningen	Simpelveld	OZL	Limburg
Matig / slecht oordeel eigen gezondheid	23,0 %	24,1 %	19,3 %
Hart- en vaatziekten	6,0 %	4,1 %	3,0 %
Aandoeningen bewegingsapparaat	47,6 %	44,2 %	39,7 %
Psychische klachten	12,4 %	16,8 %	13,5 %
Ongevallen	9,5 %	9,5 %	9,5 %
Allergie & huidaandoeningen	17,2 %	17,2 %	16,6 %
Overige chronische aandoeningen	16,7 %	21,6 %	20,1 %
VOEG-score (gemiddeld)	3,5	4,0	3,4
VOEG-score (4+)	42,4 %	47,6 %	39,8 %

Tabel 4.6 Ervaren gezondheid / chronische aandoeningen (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

In Simpelveld zijn relatief gezien toch wel wat mensen die hun eigen gezondheid met 'slecht' of 'matig' bestempelen. Wat hier nu precies de achtergrond van is, is moeilijk eenduidig te bepalen. Wel valt op dat deze gemeente met name slecht scoort op 'hart- en vaatziekten' en 'aandoeningen van het bewegingsapparaat'. Deze percentages zijn de hoogste van alle gemeenten in OZL en komen tevens boven de beide gemiddelden uit. Dit kan uiteraard invloed hebben op het ervaren van gezondheid. Anderzijds scoren we met 'psychische klachten' en 'overige chronische aandoeningen' beter dan gemiddeld: onze percentages zijn hierin het laagst van alle gemeenten in OZL, en blijven daardoor onder het gemiddelde.

De VOEG (vragenlijst voor onderzoek van de ervaren gezondheid) is een standaard meet-instrument. De VOEG-score kan worden beschouwd als een indicatie van de beleving van de somatische gezondheid, algemeen (psychisch) onwel-bevinden of nerveuze klachten. Hoe hoger de VOEG-score, hoe slechter men de eigen gezondheid ervaart. De gemiddelde VOEG-score van de gemeente Simpelveld bedraagt 3,5: een positief resultaat in vergelijking met andere gemeenten in OZL. Als wordt gekeken naar het provinciaal gemiddelde, blijkt dat ons percentage ongeveer hiermee te vergelijken is.

Naast de gemiddelde VOEG-score wordt ook gekeken naar het aantal mensen dat 4 of meer punten scoort in deze meting. Dit wordt uitgedrukt in percentages. In vergelijking met de regio OZL komt Simpelveld hierbij gunstig uit de bus: samen met Nuth en Onderbanken hebben we de laagste score. Kanttekening hierbij is dat het percentage voor de regio OZL vrij hoog is: onze score is hoger dan het provinciaal gemiddelde.

§ 4.2.2 Lichamelijke beperkingen

Lichamelijke beperkingen zijn een indicatie voor problemen met de uitvoering van functies die worden gebruikt bij dagelijkse activiteiten, die geclusterd zijn in vijf categorieën:

- Communicatieve beperkingen
- Beperkingen in het eten van (hard) voedsel
- Beperkingen lichamelijke activiteiten
- Beperkingen in zelfredzaamheid
- Gehoorbeperkingen

De antwoorden 'Nee, dat kan ik niet' en 'Ja, maar met grote moeite' zijn gedefinieerd als zijnde een beperking. 'Ja, zonder moeite' en 'Ja, maar met moeite' zijn gedefinieerd als zijnde geen beperking.

Lichamelijke beperkingen	Simpelveld	OZL	Limburg
Communicatieve beperkingen	6,9 %	7,4 %	6,5 %
Beperkingen in het eten van (hard) voedsel	6,9 %	5,3 %	4,2 %
Beperkingen lichamelijke activiteiten	23,8 %	26,4 %	21,4 %
Beperkingen in zelfredzaamheid	1,5 %	1,5 %	1,5 %
Gehoorbeperkingen	9,4 %	9,4 %	9,4 %

Tabel 4.7 Lichamelijke beperkingen (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

Wat betreft communicatieve beperkingen scoren we gemiddeld, zowel in vergelijking met OZL als provinciaal. Het aantal mensen met beperkingen in het eten van (hard) voedsel, is in onze gemeente het hoogste in OZL. De beperkingen inzake lichamelijke activiteiten, de beperkingen in zelfredzaamheid en gehoorbeperkingen zijn ongeveer gelijk aan de gemiddelden.

§ 4.2.3 Geestelijke gezondheid

Om een beoordeling te kunnen geven over de geestelijke gezondheid van inwoners, zal inzicht verkregen moeten worden in de volgende aspecten: Problemen met sociale relaties, problemen met betrekking tot eigen persoon, problemen met woonsituatie, problemen met maatschappelijk functioneren, psychiatrische problemen en eenzaamheid.

Geestelijke gezondheid	Simpelveld	OZL	Limburg
Problemen met sociale relaties	14,0 %	22,8 %	20,8 %
Problemen met betrekking tot eigen persoon	30,4 %	36,1 %	32,8 %
Problemen met woonsituatie	7,9 %	9,8 %	7,9 %
Problemen met maatschappelijk functioneren	19,2 %	21,0 %	19,6 %

Geestelijke gezondheid	Simpelveld	OZL	Limburg
Psychiatrische problemen	26,4 %	33,7 %	30,7 %
Eenzaamheid	4,4 %	9,3 %	7,7 %

Tabel 4.8 Geestelijke gezondheid (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

Inwoners van de gemeente Simpelveld hebben relatief weinig problemen met sociale relaties: dit percentage is het laagste van de OZL-regio. Dit geldt nagenoeg ook voor problemen met betrekking tot de eigen persoon: dit percentage is het op één na laagste. De gemeente Simpelveld scoort gemiddeld op het gebied van problemen met woonsituatie en maatschappelijk functioneren. Wat betreft psychiatrische problemen, kan gesteld worden dat dit relatief minder voorkomt in deze gemeente in vergelijking met andere OZL-gemeenten. Dit geldt ook voor eenzaamheid: hierbij scoren we beduidend lager dan andere gemeenten, wat ook terug te zien is in het OZL-gemiddelde.

§ 4.2.4 Gebruik gezondheidsvoorzieningen

Bij de vraag naar het gebruik van gezondheidsvoorzieningen is gekeken naar de situatie van het afgelopen kwartaal (in onderzoeksperiode van GGD): hoeveel mensen hebben de afgelopen drie maanden de huisarts geconsulteerd, zijn bij een medisch specialist geweest, hebben een fysiotherapeut bezocht en zijn bij de tandarts geweest (controle of behandeling)?

Gebruik gezondheidsvoorzieningen	Simpelveld	OZL	Limburg
Contact huisarts	46,2 %	56,3 %	53,6 %
Contact medisch specialist	21,0 %	22,5 %	20,6 %
Contact fysiotherapeut	15,1 %	13,4 %	11,9 %
Contact tandarts	46,2 %	39,1 %	39,4 %

Tabel 4.9 Gebruik gezondheidsvoorzieningen (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

De inwoners van Simpelveld consulteren het minst de huisarts: maar 46,2 % heeft de afgelopen 3 maanden de huisarts bezocht. In vergelijking met andere gemeenten is dit het laagste percentage. Het brengen van een bezoek aan een medisch specialist is ongeveer gemiddeld, maar het contact met de fysiotherapeut is weer hoger dan gemiddeld: onze gemeente komt hiermee op de 2e plaats van hoogste score. Wat tevens opvalt is dat onze inwoners het vaakst naar de tandarts gaat (46,2%) in vergelijking met andere gemeenten.

§ 4.2.5 Medicijngebruik

Ook bij het medicijngebruik is gekeken naar het gebruik in de drie maanden voorafgaande aan het invullen van de vragenlijst. Voor Simpelveld komen de volgende percentages naar voren:

Medicijngebruik	Simpelveld	OZL	Limburg
Slaapmiddelen	8,4 %	10,9 %	8,8 %
Kalmeringsmiddelen	11,1 %	12,4 %	10,1 %
Anti-depressiva	5,0 %	6,6 %	5,6 %

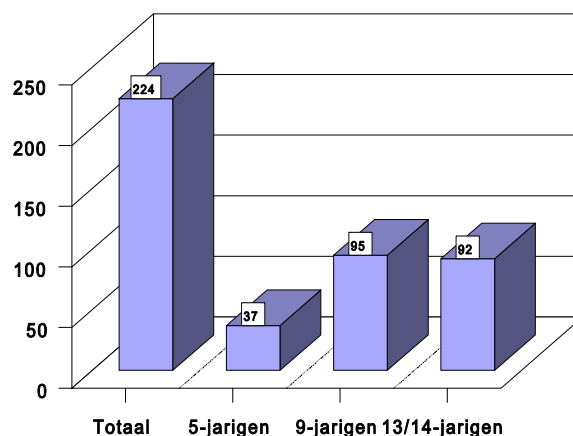
Tabel 4.10 Medicijngebruik (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

Voor alle hierboven genoemde medicijnen geldt dat de inwoners van Simpelveld deze matig gebruiken. Alle percentages zitten onder de genoemde gemiddelden van OZL en Limburg. Behalve deze medicijnen is regiobreed gekeken naar het gebruik van pijn- en koortswerende middelen. Hieruit is naar voren gekomen dat bijna zes van de tien inwoners dit middel gebruikt.

§ 4.3 Gezondheid jeugd

Het gezondheidsprofiel van de jeugd (0-19 jaar) is samengesteld uit de bevindingen van de preventieve gezondheidsonderzoeken op 5-, 9- en 13/14-jarige leeftijd. Hierbij is als uitgangspunt het schooljaar 1997/1998 genomen, waarbij de onderzoekspopulatie als volgt was samengesteld:

Samenstelling onderzoekspopulatie 1997/1998



Figuur 4.1: Aantal onderzochte jeugdigen in de gemeente Simpelveld, schooljaar 1997/1998

In totaal zijn er 224 kinderen / jeugdigen gescreend in het betreffende schooljaar.

§ 4.3.1 Lichamelijke gezondheid

Het bepalen van de lichamelijke gezondheid vindt plaats aan de hand van drie verschillende soorten screeningen:

1. Lichamelijke bevindingen
2. Lichamelijke beperkingen
3. Mondgezondheid

ad 1. Lichamelijke bevindingen

Bij het screenen van de lichamelijke “toestand” worden een aantal biometrische gegevens verzameld, te weten: lichamelijke kenmerken, maten, gezichtsscherpte, gehoor, groei, mondgezondheid, allergie. Vervolgens wordt gekeken naar de mate waarin de onderzochte jeugdigen problemen hebben met één meerdere onderdelen.

Lichamelijke bevindingen	Simpelveld	OZL	Limburg
% problemen één of meerdere onderdelen	71,4 %	66,5 %	-
% geen problemen	28,6 %	33,5 %	-

Tabel 4.12 Lichamelijke bevindingen (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

Hieruit blijkt dat ongeveer drie op de vier van de hele groep jeugdigen in Simpelveld één of meerdere problemen heeft ten aanzien van de hierboven genoemde biometrische gegevens. Het percentage in OZL ligt een stuk lager.

ad 2. Lichamelijke beperkingen

Met beperking wordt bedoeld: vermindering van lichamelijke functies zoals lopen, zitten, eten, drinken ten gevolge van een stoornis.

Lichamelijke beperkingen	Simpelveld	OZL	Limburg
% beperkingen (één of meerdere)	10,7 %	7,9 %	-
% geen beperkingen	89,3 %	92,1 %	-

Tabel 4.11 Lichamelijke beperkingen (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

Ongeveer een op de negen van alle onderzochten geeft aan een beperking te hebben. Dit percentage is hoger dan het OZL-gemiddelde. De beperkingen komen het meeste voor bij de groep 9-jarigen. Het betreft hier beperkingen in de categorie “horen”, “zien” en “uithoudingsvermogen”.

Ad 3. Mondgezondheid

Aangezien een goed en gezond gebit belangrijk is bij de schoolgaande jeugd, wordt bij de onderzoeken aandacht besteed aan de mondgezondheid. Belangrijk is vooral het regulier tandartsbezoek (gesaneerd gebit) en de aanwezigheid van zichtbaar tandbederf (cariës).

Mondgezondheid	Simpelveld	OZL	Limburg
% gesaneerd gebit	99,6 %	99,3 %	-
% zichtbare cariës	3,9 %	3,9 %	-

Tabel 4.13 Mondgezondheid (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

Het aantal kinderen dat regelmatig de tandarts bezoekt en dus een gesaneerd gebit heeft, is zeer hoog, waarbij het percentage vrijwel gelijk is met het OZL-gemiddelde. De niet-gesaneerde kinderen bevinden zich in de groep 9-jarigen. Het percentage kinderen met zichtbare cariës is ook laag: 3,9%. Dat is gelijk aan het gemiddelde van OZL.

§ 4.3.2 Geestelijke gezondheid

Bij de preventieve gezondheidsonderzoeken wordt ook de geestelijke “toestand” van de jeugdigen onderzocht. Deze zogenaamde psychosociale problemen kunnen worden verdeeld in de volgende onderwerpen:

- emotionele problemen (angstig, teruggetrokken en geremd gedrag, depressie, suïcidale gedachten)
- contactproblemen (niet kunnen opschieten met leeftijdsgenoten)
- gedragsproblemen (agressief, normoverschrijdend of impulsief gedrag)
- aandachtsproblemen
- opvoedingsproblemen (problemen met hanteren kind)
- sociale omgevingsproblemen (vermoeden van verwaarlozing, mishandeling, seksueel misbruik, gezinsproblemen, bezoekenregelingen)

De bevindingen op psychosociaal terrein berusten overwegend op klinische indrukken van de jeugdarts en/of jeugdverpleegkundige, al dan niet gestaafd door gegevens uit andere informatiebronnen (leerkrachten, ouders).

Psychosociale problemen	5-jarigen		9-jarigen		13/14-jarigen	
	S'veld	OZL	S'veld	OZL	S'veld	OZL
Emotionele problemen	2,7%	11,2 %	9,5%	9,0%	9,8%	5,9%
Kontaktproblemen	0,0%	1,8%	4,2%	3,3%	0,0%	1,2%
Gedragsproblemen	2,7%	4,6%	3,2%	5,0%	2,2%	4,8%
Sociale omgeving	0,0%	3,5%	3,2%	3,4%	3,3%	4,6%
Leerproblemen	2,7%	10,8%	5,3%	10,1%	5,4%	7,9%
Aandachtsproblemen	10,8%	18,8%	9,5%	11,4%	0,0%	2,2%
Totalen ⁴	16,2 %	37,9%	29,5%	27,0%	17,4%	24,0%

Tabel 4.14 Psychosociale problemen (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

De meeste psychosociale problemen komen voor in de groep 9-jarigen: maar liefst 29,5% van alle 9-jarigen in deze gemeenten ondervindt één of meerdere vormen van psychosociale problemen. In deze groep komen met name emotionele-, leer- en aandachtsproblemen voor. Binnen de groep 5-jarigen speelt met name het aandachtsprobleem, maar het percentage is lang niet zo hoog als OZL-breed. Bij de groep 13/14-jarigen komen emotionele problemen voor, net als leerproblemen.

§ 4.3.3 Gebruik van gezondheidsvoorzieningen

Met betrekking tot zorg is een onderscheid gemaakt of de jeugdige onder behandeling is van een huisarts en/of specialist (met of zonder gebruik van medicijnen) en of de jeugdige onder behandeling is bij het RIAGG, Bureau Jeugdzorg of de jeugdpsychiater. Het onder behandeling zijn zegt iets over de gezondheid van het betreffende kind.

Gebruik van gezondheidsvoorzieningen	5-jarigen		9-jarigen		13/14-jarigen	
	S'veld	OZL	S'veld	OZL	S'veld	OZL

⁴De percentages die hier vermeld staan, zijn geen optelsom van de erboven genoemde percentages: kinderen kunnen namelijk meerdere vormen van psychosociale problemen ondervinden.

Gebruik van gezondheidsvoorzieningen	5-jarigen		9-jarigen		13/14-jarigen	
% onder behandeling huisarts en/of specialist	2,7%	27,3 %	21,1%	27,9%	19,6%	19,8%

Tabel 4.15 Gebruik van gezondheidsvoorzieningen (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

Het gebruik van gezondheidsvoorzieningen door jeugdigen ligt onder het gemiddelde gebruik in OZL. De groep 9-jarigen maakt het meest gebruik van zorg, gevolgd door de groep 13/14-jarigen. Deze laatste groep is percentueel gezien nagenoeg gelijk met het OZL-gemiddelde. Het grootste verschil is te vinden in de groep 5-jarigen: het percentage in Simepveld bedraagt 2,7%, terwijl het regionaal percentage 27,3% bedraagt.

§ 4.3.4 Oordeel ontwikkeling

De jeugdarts en -verpleegkundige moet als deskundige gezien worden bij de beoordeling van de lichamelijke en psychosociale ontwikkeling van de jeugdige. Bij de uitgevoerde preventieve onderzoeken is dan ook een oordeel gegeven over drie belangrijke ontwikkelingsterreinen van de jeugdige, te weten de lichamelijke, de psychosociale en intellectuele/verstandelijke ontwikkeling. Indien de jeugdarts of -verpleegkundige aanwijzingen heeft dat de ontwikkeling niet geheel conform de leeftijd verloopt, maar er geen sprake is van een duidelijke afwijking c.q. achterstand wordt het oordeel "twijfelachtig" afgegeven.

Oordeel ontwikkeling	Simepveld	OZL	Limburg
% twijfelachtige of onvoldoende beoordeling m.b.t. lichamelijke ontwikkeling	4,0 %	7,9 %	-
% twijfelachtige of onvoldoende beoordeling m.b.t. psychosociale ontwikkeling	5,4 %	10,5 %	-
% twijfelachtige of onvoldoende beoordeling m.b.t. intellectuele ontwikkeling	1,8 %	5,1 %	-

Tabel 4.16 Oordeel ontwikkeling (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

Bij alle drie de categorieën zijn de percentages in Simepveld lager dan de percentages voor OZL. Tevens blijkt dat de meeste twijfelachtige of onvoldoende beoordelingen worden gegeven ten aanzien van de psychosociale ontwikkeling.

§ 4.3.5 Risicofactoren

Binnen de jeugdgezondheidszorg kunnen de volgende risicofactoren worden onderscheiden:

- Overgewicht
- Lichaamsbeweging
- Voeding

- Vaccinatiegraad

Overgewicht

Het meten van overgewicht bij jeugdigen gebeurt door toepassing van “de 90-ste percentielijn”: dit is een curve in een groeigrafiek waarbij 90% van de kinderen qua groei onder deze lijn zitten en 10% van de kinderen erboven. Deze laatste 10% kinderen hebben dus te maken met overgewicht. Wanneer het gewicht en de lengte van kind zijn gemeten, wordt het naast deze groeicurve gelegd. Hieruit wordt duidelijk of het kind zich onder of boven deze lijn bevindt.

Overgewicht	5-jarigen		9-jarigen		13/14-jarigen	
	S'veld	OZL	S'veld	OZL	S'veld	OZL
% met overgewicht	0,0%	6,3 %	17,9%	16,0%	10,0%	18,0%

Tabel 4.17 Overgewicht (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

Uit de bovenstaande tabel komt tot uitdrukking dat overgewicht met name voorkomt in de groep 9-jarigen: bijna 1 op de 5 9-jarigen kampt met overgewicht. Het percentage ligt hoger dan het OZL-percentage. Bij 5-jarigen komt helemaal geen overgewicht voor, terwijl het percentage bij de 13/14-jarige weer onder het gemiddelde ligt. Maar ook hier geldt dat 1 op de 10 13/14-jarigen last heeft van overgewicht. In totaliteit (alle groepen samen) heeft 12,1% van de Simpelveldse jeugd te maken met overgewicht, dat is iets hoger dan het OZL-gemiddelde.

Lichaamsbeweging

Regelmatige sportbeoefening op jonge leeftijd vergroot de lichamelijke en geestelijke fitheid en draagt bij tot algemene ontplooiing, een gezonde leefstijl en een vermindering van de welvaartsziekten op oudere leeftijd (hart- en vaatziekten, hoge bloeddruk en overgewicht).

Lichaamsbeweging	5-jarigen		9-jarigen		13/14-jarigen	
	S'veld	OZL	S'veld	OZL	S'veld	OZL
% zelden - nooit - 1x per week sport	5,4 %	15,7 %	5,3 %	4,0 %	17,4 %	17,2 %

Tabel 4.18 Lichaamsbeweging (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

In vergelijking met OZL zijn “onze” 5-jarigen het sportiefste: bijna 95% van deze groep kinderen doet regelmatig aan sport. De beide andere groepen liggen ongeveer gelijk met het OZL-percentage. Over het algemeen sport één op de tien jeugdigen in Simpelveld te weinig of niet.

Voeding

Er zijn drie categorieën m.b.t. voeding weer te geven:

- ontbijten
- nuttigen van fruit
- nuttigen van groenten

Ontbijten is van belang voor de gezondheid. Iets eten aan het begin van de dag is nodig, omdat er energie moet zijn om de ochtend-activiteiten (naar school fietsen / opletten in de klas) naar behoren te kunnen uitoefenen. Niet goed ontbijten kan de concentratie bij het leren verminderen, de prestatie bij sport verminderen en kan invloed hebben op het humeur.

Ontbijten	5-jarigen	9-jarigen	13/14-jarigen	Totaal	Totaal OZL
Elke dag	89,2 %	81,1 %	80,4 %	82,1 %	85,4 %
4-6 x per week	5,4 %	6,3 %	2,2 %	4,5 %	3,1 %
2-3 x per week	0,0 %	4,2 %	9,8 %	5,8 %	4,6 %
1 x per week	0,0 %	0,0 %	2,2 %	0,9 %	1,0 %
Zelden / nooit	5,4 %	4,2 %	5,4 %	4,9 %	5,7 %

Tabel 4.19 Ontbijten (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

Het totaal percentage van de jeugdigen in Simpelveld dat elke dag ontbijt is vrij hoog. Wat verder opvalt is dat er meer kinderen zijn die zelden of nooit ontbijten dan kinderen die 1x per week ontbijten. Verontrustend is dat ruim 11% minder dan de helft van de week ontbijt.

Een ruim gebruik van fruit (en groente) wordt als belangrijk aangegeven ter preventie van het risico van welvaartsziekten (bijv. kanker en hart- en vaatziekten).

Fruit	5-jarigen	9-jarigen	13/14-jarigen	Totaal	Totaal OZL
Elke dag	75,7 %	67,4 %	50,0 %	61,6 %	65,9 %
4-6 x per week	18,9 %	15,8 %	13,0 %	15,2 %	12,8 %
2-3 x per week	5,4 %	9,5 %	29,4 %	17,0 %	14,7 %
1 x per week	0,0 %	3,2 %	3,3 %	2,7 %	3,4 %
Zelden / nooit	0,0 %	0,0 %	4,4 %	1,8 %	2,9 %

Tabel 4.20 Fruit (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

Bijna tweederde van de Simpelveldse jeugd eet dagelijks fruit, terwijl 15% dat 4-6 keer per week doet. Samen is dat 76,8%, en dat is geen slechte uitslag. Toch zijn er nog voldoende kinderen die te weinig fruit nuttigen, met name de 13/14-jarige die vooral in de puberteit deze vitaminen nodig hebben. In totaliteit eet 1 op de 5 kinderen minder dan 4 keer per week vers fruit.

Groente	5-jarigen	9-jarigen	13/14-jarigen	Totaal	Totaal OZL
Elke dag	83,8 %	75,8 %	87,0 %	81,7 %	84,2 %
4-6 x per week	13,5 %	11,6 %	5,4 %	9,4 %	9,5 %
2-3 x per week	0,0 %	6,3 %	7,6 %	5,8 %	4,1 %
1 x per week	0,0 %	1,1 %	0,0 %	0,4 %	0,5 %
Zelden / nooit	2,7 %	1,1 %	0,0 %	0,9 %	1,5 %

Tabel 4.21 Groente (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

Het percentage jeugd dat elke dag een portie groenten eet, is tevredenstellend. Het ligt wel lager dan het gemiddelde in OZL, maar desondanks is dit geen slechte uitslag. Toch eet bijna 20% niet elke dag een portie groenten, waarvan 7,1% minder dan de helft van de week. Deze percentages zijn nog te hoog. In vergelijking met de percentages "fruit eten", mag geconcludeerd worden dat er meer jeugdigen groente eten dan fruit.

Vaccinatiegraad

De GGD Oostelijk Zuid-Limburg verzorgt de vaccinaties in het kader van het Rijksvaccinatieprogramma ter bescherming tegen het krijgen van infectieziekten. In de gemeente Simpelveld kwamen 144 kinderen van 4-19 jaar (in 1998) in aanmerking voor vaccinaties. Hiervan zijn in totaal 139 kinderen (97%) ingeënt tegen Difterie-Tetanus-Polio (DTP) en 138 kinderen (96%) tegen Bof-Mazelen-Rode Hond (BMR). Volgens de richtlijnen van WHO is een vaccinatiegraad van 90% voldoende om groepsimmunitet te krijgen (de hele populatie wordt beschermd tegen infectieziekten). Hieruit mag geconcludeerd worden dat de vaccinatiegraad in de gemeente Simpelveld dus zeer goed is.

§ 4.4 Wonen & gezondheid

In deze paragraaf zal een beeld worden geschetst van het ventilatiegedrag, geluidshinder, stankhinder, stofhinder, hinderscore en veiligheid / criminaliteit.

§ 4.4.1 Ventilatie-gedrag

Mensen verblijven een groot deel van de dag in huis. De kwaliteit van de binnenlucht is een belangrijke factor in relatie tot de gezondheid. De binnenlucht kan makkelijk worden verbeterd door dagelijks in alle ruimten te luchten of te ventileren. Hoe is het “ventileer-gedrag” van de inwoners van de gemeente Simpelveld?

Ventilatie-gedrag	Simpelveld	OZL	Limburg
Ventileren woonkamer	62,2 %	57,7 %	56,9 %
Ventileren keuken	73,3 %	70,9 %	70,7 %
Ventileren slaapkamer	87,6 %	83,0 %	84,8 %
Ventileren badkamer	69,5 %	60,1%	63,1 %

Tabel 4.22 Ventilatiegedrag (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

In het algemeen kan gesteld worden dat de inwoners uit de gemeente Simpelveld meer dan gemiddeld ventileren, meer dan de meeste gemeenten in de regio OZL. Hieruit mag je concluderen dat er veelal een gezond binnen-milieu gecreëerd wordt.

§ 4.4.2 Geluidshinder

Om de mate van geluidshinder te bepalen, zijn de volgende bronnen van eventuele hinder onderzocht: geluidshinder in het algemeen, wegverkeer, vliegverkeer, burens en jeugd.

Geluidshinder	Simpelveld	OZL	Limburg
Geluidshinder algemeen	49,0 %	63,0 %	61,3 %
Geluidshinder wegverkeer	32,2 %	39,7 %	36,5 %
Geluidshinder vliegverkeer	23,5 %	39,2 %	39,5 %
Geluidshinder burens	24,3 %	31,6 %	29,5 %
Geluidshinder jeugd	15,4 %	24,4 %	22,3 %

Tabel 4.23 Geluidshinder (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

Bij geluidshinder in het algemeen en geluidshinder door jeugd komt de gemeente Simpelveld als beste uit de bus: het betreft hier voor beiden de laagste score in de OZL-

regio. Ook bij hinder door wegverkeer en geluidsoverlast door burens worden een “gezonde” score behaald. De geluidshinder door vliegtuigen is ook relatief laag, zeker in vergelijking met gemeenten zoals Onderbanken en Brunssum (AWACS-overlast).

§ 4.4.3 Stankhinder

Hinder door stank in de gemeente Simpelveld is als volgt verdeeld:

Stankhinder	Simpelveld	OZL	Limburg
Stankhinder algemeen	43,3 %	38,8 %	40,4 %
Stankhinder wegverkeer	20,8 %	26,1 %	23,6 %
Stankhinder agrarisch	27,9 %	9,8 %	13,3 %
Stankhinder open haard	17,4 %	14,9 %	15,0 %

Tabel 4.24 Stankhinder (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

Stankhinder in het algemeen wordt door 43,3% van de inwoners ingevuld. Dat percentage ligt hoger dan het gemiddelde. Dat geldt ook voor stankhinder door de agrarische sector, wat veelal komt door de ligging van de gemeente t.o.v. de vele agrarische gebieden rondom. Stankhinder door de open haard komt ook meer dan gemiddeld voor. Relatief minder inwoners geven aan stankoverlast door het wegverkeer te ervaren.

§ 4.4.4 Stofhinder

Naast geluids- en stankhinder is in de gezondheidsenquête ook gevraagd naar het ervaren van stofhinder. In Simpelveld wordt met name stofhinder van open haarden opgegeven, zoals blijkt uit onderstaande tabel:

Stofhinder	Simpelveld	OZL	Limburg
Stof- / roet- / rookhinder algemeen	19,1 %	20,4 %	20,1 %
Stofhinder wegverkeer	11,6 %	13,9 %	11,9 %
Stofhinder open haard	12,4 %	10,3 %	9,5 %

Tabel 4.25 Stofhinder (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

Stofhinder door het gebruik van open haard of allesbrander ligt in deze gemeente vrij hoog. De overige twee bronnen van stofhinder zijn gemiddeld wat betreft uitslag.

§ 4.4.5 Hinderscore

De hinderscore omvat de gecombineerde hinder door geluid, stank en stof / roet / rook. De hinder-index loopt van 0 (geen hinder) tot 48 (maximale hinder, dagelijks en zeer hinderlijk).

Hinderscore	Simpelveld	OZL	Limburg
Hinderscore wegverkeer	4,2	5,5	4,8
Hinderscore vliegverkeer	1,3	2,9	2,6
Hinderscore bedrijven / industrie	0,7	0,7	1,0

Tabel 4.26 Hinderscore (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

Uit de tabel komt tot uiting dat de inwoners uit Simpelveld/Bocholtz met name hinder ondervinden door wegverkeer. De scores door vliegverkeer-hinder en bedrijven / industrie zijn (lager dan) gemiddeld.

§ 4.4.6 Veiligheid en criminaliteit

De tevredenheid over de woonomgeving is indirect gerelateerd aan de gezondheid. Het is voor te stellen dat grote ontevredenheid over de buurt waar men woonachtig is kan leiden tot gezondheidsklachten, bijvoorbeeld als stress of het hebben meegemaakt van vervelende gebeurtenissen.

Bij de gemiddelde waardering van de buurt wordt een score toegekend variërend van 0 tot 10.

Veiligheid en criminaliteit	Simpelveld	OZL	Limburg
Gemiddelde waardering buurt	8,1	7,4	7,7
Voldoende waardering buurt	83,2 %	75,2 %	78,4 %
Slachtoffer inbraak / diefstal / vernieling	11,3 %	18,1 %	?
Slachtoffer geweld / misdrijf	1,4 %	3,8 %	?

Tabel 4.27 Veiligheid en criminaliteit (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

De inwoners van de gemeente Simpelveld geven de hoogste waardering voor de buurt waar ze wonen: een 8,1 gemiddeld. Dit is de hoogste score binnen OZL. Ook het percentage mensen dat de buurt een voldoende waardering geeft is vrij hoog: met 83,2 % komen we op een 3e plaats uit. Het percentage inwoners dat slachtoffer is geworden van kleine criminaliteit (inbraak / diefstal / vernieling) is het op één na laagste van de regio OZL. Het aantal slachtoffers van geweld en misdrijven is in deze gemeenten het laagste: met een percentage van 1,4% wordt de eerste plaats bezet van gemeenten met het minste geweld en misdrijven. Kanttekening hierbij dat het niet zo hoeft te zijn dat inwoners in deze gemeente slachtoffer zijn geweest van geweld of een misdrijf: het kan ook in een andere gemeente gebeurd zijn.

§ 4.5 Risicofactoren

De gezondheid wordt beïnvloed door tal van factoren, de risicofactoren. Deze worden volledig of deels veroorzaakt door aspecten van de leefstijl en bijbehorend riskant gedrag en in de loop van het leven verworven eigenschappen die een risicofactor vormen. In deze paragraaf wordt ingegaan op de volgende aspecten: roken, alcoholgebruik, drugs, beweging, voeding, hoge bloeddruk en overgewicht.

§ 4.5.1 Roken

Tabaksrook bevat een groot aantal stoffen die schadelijk zijn voor de gezondheid. Het is inmiddels algemeen bekend dat roken de kans op diverse soorten kanker verhoogd. Rokers hebben vervolgens een twee- tot driemaal grotere kans om te overlijden aan hart- en vaatziekten. Tevens wordt het ontstaan van chronische longaandoeningen zoals bronchitis voor een belangrijk deel veroorzaakt door roken. Daarnaast lopen ook kinderen van rokers grotere risico's (astma, infecties van lagere luchtwegen). De schadelijke effecten van roken zijn groter naarmate er meer wordt gerookt. Daarom wordt er een onderscheid gemaakt tussen rokers en zware rokers.

Roken	Simpelveld	OZL	Limburg
Rokers	35,5 %	37,5 %	34,6 %
Zware rokers	8,2 %	12,8 %	11,3 %

Tabel 4.28 Roken (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

Het percentage rokers in de gemeente Simpelveld ligt nagenoeg gelijk met het provinciaal gemiddelde. In vergelijking met regio OZL ligt dit percentage een stuk lager. Wat de zware rokers betreft: dit is het laagste percentage van alle gemeenten in OZL. Er wordt dus wel gemiddeld gerookt in Simpelveld, maar het aantal zware rokers is relatief laag.

§ 4.5.2 Alcoholgebruik

Personen die dagelijks één tot drie glazen alcohol drinken lopen mogelijk een kleinere kans op coronaire hartziekten. Slechts een kleine groep drinkt dagelijks kleine hoeveelheden, belangrijker is daarom dat alcoholgebruik vele schadelijke gevolgen heeft. Alcoholgebruik gaat samen met een grotere kans op levercirrose, hart- en vaatziekten en kanker in het hoofdhalsgebied. Langdurig excessief alcoholgebruik leidt tot stoornissen in het immuunsysteem. Dit resulteert in een grotere kans op tuberculose en virale infecties. Voorts is bekend dat overmatig alcoholgebruik gepaard gaat met geestelijke en sociale problemen. Ook de kans op verkeersongevallen is groter in geval van rijden onder invloed van alcohol. Drinkers die roken hebben bovendien een extra grote kans op diverse vormen van kanker, hierbij versterken de effecten van roken en drinken elkaar.

Alcoholgebruik	Simpelveld	OZL	Limburg

Alcoholgebruik	Simpelveld	OZL	Limburg
% drinkers alcohol	79,3 %	79,6 %	82,3 %
% drinkt 1x per week, 6 glazen of meer	11,8 %	11,8 %	14,0 %
% ≥21 glazen per week	11,2 %	11,2%	13,4%

Tabel 4.29 Alcoholgebruik (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

Uit de tabel kan afgeleid worden dat het drinkgedrag in Simpelveld niet afwijkt van de rest van OZL en Limburg. Bij de laatste twee categorieën (% drinkt 1x per week, 6 glazen of meer / % ≥21 glazen per week) zijn de verschillen tussen de gemeenten zo klein, dat overal dezelfde percentages zijn aangehouden. Deze liggen wel lager dan het provinciaal gemiddelde.

§ 4.5.3 Drugs

Binnen het begrip “drugs” zijn 4 verschillende soorten te onderscheiden:

- cannabis (wiet)
- synthetische drugs (XTC)
- overige drugs (cocaïne / heroïne)
- spierversterkende middelen (doping)

Van de laatste drie soorten zijn geen specifieke cijfers per gemeente voorhanden. Op regio-gebied (OZL) is bekend dat 0,8% synthetische drugs gebruikt heeft in de drie maanden voorafgaande aan het invullen van de vragenlijst. In OZL heeft 1,2 % van de bevolking wel eens cocaïne of heroïne gebruikt. Spierversterkende middelen is door 0,8% van de OZL-bevolking wel eens gebruikt.

Wat cannabis betreft, zijn de volgende gegevens beschikbaar:

Cannabis-gebruik	Simpelveld	OZL	Limburg
% dat cannabis gebruikt heeft	1,7 %	1,9 %	1,5 %

Tabel 4.30 Cannabis-gebruik (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

Exacte cijfers omtrent het percentage inwoners dat cannabis gebruikt, is moeilijk aan te geven. In de gezondheidsenquête is gevraagd of men in de vier weken voorafgaande aan het onderzoek, cannabis heeft gebruikt. Simpelveld komt hierbij op de 3e plaats, na Heerlen (3,3%) en Vaals (2,6%). Het Simpelveldse gebruik ligt onder het OZL-gemiddelde, maar boven het provinciaal gemiddelde.

§ 4.5.4 Beweging

Lichamelijke activiteit is van invloed op de gezondheid. Zowel bij het voorkómen als behandelen van coronaire hartziekten speelt lichaamsbeweging een belangrijke rol.

Regelmatig bewegen kan een belangrijke bijdrage leveren aan het voorkómen en behandelen van suikerziekte, osteoporose, overgewicht, hoge bloeddruk en depressies. Ook draagt het bij tot het langer zelfstandig kunnen functioneren bij ouderen en aan een verbetering van de kwaliteit van leven bij alle leeftijden.

Hoe beweegt “Simpelveld”?

Beweging	Simpelveld	OZL	Limburg
% (te) weinig beweegt	19,2 %	26,6 %	21,5 %

Tabel 4.31 Beweging (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

Het percentage inwoners dat niet aan sport doet of (te) weinig beweegt, is gering en ligt een stuk lager dan het OZL-gemiddelde. Hierbij is een breed begrip van bewegen gehanteerd: het kan zijn sporten, maar ook bewegen in de vrije tijd zoals fietsen, wandelen, tuinieren en dansen. De gemeente Simpelveld is dus vrij sportief!

§ 4.5.5 Voeding

Eén van de landelijke voedingsadviezen luidt: eet per dag 2 ons groenten en 2 stuks fruit. Het eten van groenten en fruit is gezond en het (te) weinig consumeren van deze produkten kan daarom beschouwd worden als een risicofactor in relatie tot gezondheid. Consumptie van groenten en fruit heeft onder meer een gunstig effect op de bloeddruk, gaat gepaard met een kleinere kans op bepaalde soorten kanker en hart- en vaatziekten. Hoeveel inwoners van de gemeente Simpelveld volgen dit advies op?

Voeding	Simpelveld	OZL	Limburg
% volgt voedingsadvies op (groente / fruit)	12,1 %	15,6 %	13,8 %

Tabel 4.32 Voeding (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

Niet veel dus: slechts 12,1% voldoet aan het advies van 2 ons groenten en 2 stuks fruit per dag. Dat wil overigens niet zeggen dat de rest ongezond leeft. Een groot deel van de inwoners zal met regelmaat wel groenten en fruit eten, maar haalt niet de landelijk gestelde norm.

§ 4.5.6 Hoge bloeddruk

Hoge bloeddruk of hypertensie is één van de belangrijkste risicofactoren voor hart- en vaatziekten en kan worden beschouwd als een in de loop van het leven verworven eigenschap. Een hoge bloeddruk kan gepaard gaan met een grotere kans op een beroerte (CVA), coronaire hartziekten, hartfalen, onvoldoende nierwerking, oogafwijkingen en vaatvernauwingen in de benen. Daarnaast leidt een hoge bloeddruk tot een grotere kans op het ontwikkelen van vasculaire dementie en mogelijk ook voor andere vormen van dementie. Ook leidt het tot een vermindering van het cognitief functioneren.

Hoge bloeddruk	Simpelveld	OZL	Limburg
% hoge bloeddruk	8,8 %	12,2 %	11,5 %

Tabel 4.33 Hoge bloeddruk (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

Het percentage inwoners met een hoge bloeddruk ligt in de gemeente Simpelveld vrij laag, wat uiteraard gunstig is.

§ 4.5.7 Overgewicht

Overgewicht en in mindere mate ook ondergewicht zijn een risicofactor van talloze aandoeningen. Overgewicht gaat samen met een hogere kans op coronaire hartziekten en suikerziekte. Ook hoge bloeddruk, galblaasaandoeningen, rug- en gewrichtsklachten en psychosociale klachten komen vaker voor bij mensen met overgewicht. Het gaat tevens gepaard met een grotere kans op dikke darmkanker, aandoeningen van het ademhalingsorgaan, menstruatiestoornissen, onvruchtbaarheid en meer in het algemeen met verminderd lichamelijk functioneren. Om dit te meten wordt de Quetelet Index (QI) gebruikt. De QI wordt berekend door het lichaamsgewicht (in kg) te delen door het kwadraat van de lengte (in meters). Bij een waarde boven de 25 is sprake van overgewicht, boven de 30 is extreem overgewicht. Indien de score minder dan 18,5 bedraagt wordt gesproken over ondergewicht.

Overgewicht	Simpelveld	OZL	Limburg
Ondergewicht	1,1 %	2,3 %	2,0 %
Normaal gewicht	51,1 %	50,3 %	53,4 %
Overgewicht	37,4 %	36,5 %	35,0 %
Extreem overgewicht	10,5 %	10,9 %	9,6 %

Tabel 4.34 Overgewicht (Bron: Gezondheidsprofiel OZL GGD 2000)

Wat betreft het percentage ondergewicht blijven we onder de beide gemiddelden. Bij normaal gewicht ligt het Simpelveldse percentage gemiddeld. Bij overgewicht stijgen we boven het gemiddelde uit: we bezetten de 4e plaats van gemeenten met de meeste “zwaarlijvigen”. Toch is de categorie inwoners dat lijdt aan extreem overgewicht niet veel hoger dan bij de andere gemeenten: het nadert het gemiddelde van OZL en provinciaal.

5. AANDACHT-THEMA'S

In de voorgaande hoofdstukken is een beeld geschetst van de ontwikkelingen op het terrein van de volksgezondheid, zowel op landelijk, regionaal als ook lokaal niveau. Tevens is gekeken naar het gezondheidsprofiel van de inwoners van de gemeente Simpelveld. Op basis hiervan kunnen een aantal aandachtspunten geformuleerd worden, die, wanneer ze geclusterd worden, uitmonden in een aantal aandacht-thema's.

§ 5.1 Aandachtspunten

Uit de voorgaande hoofdstukken kunnen de volgende aandachtspunten geformuleerd worden:

1. Mensen worden steeds ouder, waarbij het ouder worden steeds meer gepaard gaat met een goede gezondheid (§ 3.1).
2. Er bestaan verschillen in gezond wanneer gekeken wordt naar de verschillende bevolkingsgroepen (opleiding, woonomgeving, achtergrond) (§ 3.1).
3. Ongezond gedrag is de belangrijkste oorzaak van een stagnerende gezondheid (§ 3.1).
4. Preventie neemt een steeds grotere plaats in op het gebied van gezondheid (§ 3.1).
5. Vermaatschappelijking van de zorg (§ 3.2).
6. Gemeente krijgt regie-rol bij Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (§ 3.2)
7. Per 1 januari 2003 een integrale jeugdgezondheidszorg (§ 3.2)
8. Het ontstaan van een inzichtelijk en flexibel producten-aanbod van de GGD OZL door PKA-model (§ 3.3).
9. Scheiden van wonen en zorg (§ 3.3).

Aandachtspunten die specifiek gelden voor Simpelveld:

10. Een sterk toenemende vergrijzing, en daardoor een stijgende demografische druk (§ 4.1.1).
11. Een hoog percentage gehuwden (§ 4.1.2).
12. De helft van de inwoners is laag opgeleid; tevens is 24% hoog opgeleid (§ 4.1.3).

13. Negen van de tien inwoners komt rond met het maandelijkse inkomen (§ 4.1.4).
14. Bijna de helft van de inwoners werkt 32 of meer uren per week (§ 4.1.5).
15. Een kwart van de inwoners vindt de eigen gezondheid matig of slecht (§ 4.2.1).
16. Er zijn relatief veel mensen (in vergelijking met andere gemeenten) die lijden aan hart-en vaatziekten (§ 4.2.1).
17. Een groot aantal inwoners (47%) heeft te maken met aandoeningen van het bewegingsapparaat (§ 4.2.1).
18. Hierdoor ondervindt men nogal wat hinder in het uitvoeren van lichamelijke activiteiten (§ 4.2.2).
19. De geestelijke gezondheid van de inwoners is tevredenstellend: er zijn met name problemen met eigen persoonlijkheid en het maatschappelijk functioneren (§ 4.2.3)
20. De inwoners consulteren het minst vaak de huisarts in vergelijking met andere gemeenten (§ 4.2.4).
21. De inwoners consulteren het vaakst de tandarts in vergelijking met andere gemeenten (§ 4.2.4).
22. Het medicijngebruik is conform het gemiddelde (§ 4.2.5)
23. De lichamelijke gezondheid van de jeugd is voldoende: toch hebben 3 van de 4 kinderen last van één of meerdere beperkingen (varieert van allergie tot groeistoornissen) (§ 4.3.1).
24. Bijna alle kinderen bezoeken regelmatig de tandarts en hebben hierdoor een gesaneerd gebit (§ 4.3.1).
25. Psychosociale problemen bij kinderen hebben met name betrekking op aandachtsproblemen, emotionele- en kontaktproblemen en bij de “pubers” is dat ook nog leerproblemen (§ 4.3.2).
26. Kinderen zijn gemiddeld onder behandeling bij een professionele instantie: alleen de groep 5-jarigen zit een stuk lager dan het OZL-gemiddelde (§ 4.3.3)
27. Gemiddeld 95% van de kinderen ontwikkelt zich goed (§ 4.3.4).
28. Met name de 9-jarigen hebben last van overgewicht (§ 4.3.5).
29. De jeugd in Simpelveld kan sportief genoemd worden (§ 4.3.5).
30. De eetgewoonten van de jeugd zijn positief: 82% ontbijt elke dag, 60% eet elke dag fruit en 80% eet elke dag groenten (§ 4.3.5).
31. De vaccinatiegraad is zeer goed (96-97%) (§ 4.3.5).
32. De inwoners ventileren veel en goed in de woning (§ 4.4.1).
33. Er is relatief weinig geluidshinder in vergelijking met andere gemeenten: het wegverkeer levert de meeste hinder op (§ 4.4.2).
34. De inwoners geven aan veel hinder te ondervinden van stank, met name van de agrarische sector (§ 4.4.3).
35. De inwoners geven aan veel hinder te ondervinden van stof door het gebruik van openhaard of allesbrander (§ 4.4.4).

36. De algemene hinderscore is laag: ook hier wordt de meeste hinder veroorzaakt door wegverkeer (§ 4.4.5).
37. Mensen voelen zich thuis in hun woonomgeving: ruim 80% geeft een voldoende waardering (§ 4.4.6).
38. Ruim 10% is slachtoffer geweest van geweld of een misdrijf (§ 4.4.6).
39. Het aantal rokers is gemiddeld, het aantal zware rokers ligt fors onder het gemiddelde (§ 4.5.1) .
40. Het alcoholgebruik is ook gemiddeld (§ 4.5.2).
41. Het aantal inwoners dat cannabis gebruikt is niet hoog, maar Simpelveld bezet de 3e plaats na Heerlen en Vaals (§ 4.5.3).
42. 80% van de inwoners beweegt voldoende (§ 4.5.4).
43. Het aantal inwoners dat elke dag 2 stuks fruit en 2 ons groente eet, is erg laag: 12% (§ 4.5.5).
44. Het aantal inwoners dat een hoge bloeddruk heeft is bijna 9%, en ligt daarmee onder het gemiddelde (§ 4.5.6)
45. De helft van de inwoners heeft een gezond lichaamsgewicht, terwijl 37% te zwaar is en 10% veel te zwaar is (§ 4.5.7).

§ 5.2 Aandacht-thema's

De hierboven genoemde 45 aandachtspunten zijn geformuleerd in volgorde van het verloop in de vorige hoofdstukken. Om thema's te kunnen formuleren is het van belang om deze punten te rangschikken, en wel op 2 criteria:

- de doelgroep (algemeen en jeugd)
- het onderwerp (algemene zorg, geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid en wonen)

	Algemeen	Jeugd
Algemene zorg	Preventie neemt een steeds grotere plaats in op het gebied van gezondheid. Het ontstaan van een inzichtelijk en flexibel produkten-aanbod van de GGD OZL door PKA-model. Negen van de tien inwoners komt rond met het maandelijkse inkomen. Er bestaan verschillen in gezondheid wanneer gekeken wordt naar de verschillende bevolkingsgroepen (opleiding, woonomgeving, achtergrond).	Per 1 januari 2003 een integrale jeugdgezondheidszorg. Kinderen zijn gemiddeld onder behandeling bij een professionele instantie: alleen de groep 5-jarigen zit een stuk lager dan het OZL-gemiddelde. Gemiddeld 95% van de kinderen ontwikkeld zich goed.

	Algemeen	Jeugd
	Ongezond gedrag is de belangrijkste oorzaak van een stagnerende gezondheid. Een hoog percentage gehuwden. De helft van de inwoners is laag opgeleid; tevens is 24% hoog opgeleid. Bijna de helft van de inwoners werkt 32 of meer uren per week. Een kwart van de inwoners vindt de eigen gezondheid matig of slecht. De inwoners consulteren het minst vaak de huisarts in vergelijking met andere gemeenten. Het medicijngebruik is conform het gemiddelde. Mensen worden steeds ouder, waarbij het ouder worden steeds meer gepaard gaat met een goede gezondheid. Vermaatschappelijking van de zorg. Een sterk toenemende vergrijzing, en daardoor een stijgende demografische druk	
Geestelijke gezondheid	Gemeente krijgt regie-rol bij Openbare Geestelijke Gezondheidszorg. De geestelijke gezondheid van de inwoners is tevredenstellend: er zijn met name problemen met eigen persoonlijkheid en het maatschappelijk functioneren.	Psychosociale problemen bij kinderen hebben met name betrekking op aandachts-problemen, emotionele- en kontaktproblemen en bij de "pubers" is dat ook nog leerproblemen.
Lichamelijke gezondheid	Er zijn relatief veel mensen (in vergelijking met andere gemeenten) die lijden aan hart-en vaatziekten. Een groot aantal inwoners (47%) heeft te maken met aandoeningen van het bewegingsapparaat. Hierdoor ondervindt men nogal wat hinder in het uitvoeren van lichamelijke activiteiten. De inwoners consulteren het vaakst de	De lichamelijke gezondheid van de jeugd is voldoende: toch hebben 3 van de 4 kinderen last van één of meerdere beperkingen (varieert van allergie tot groeistoornissen). Bijna alle kinderen bezoeken regelmatig de tandarts en hebben hierdoor een gesaneerd gebit. Met name de 9-jarigen hebben last van overgewicht.

	Algemeen	Jeugd
	tandarts in vergelijking met andere gemeenten. Het aantal rokers is gemiddeld, het aantal zware rokers ligt fors onder het gemiddelde. Het alcoholgebruik is ook gemiddeld. Het aantal inwoners dat cannabis gebruikt is niet hoog, maar Simpelveld bezet de 3e plaats na Heerlen en Vaals. 80% van de inwoners beweegt voldoende. Het aantal inwoners dat elke dag 2 stuks fruit en 2 ons groente eet, is erg laag: 12%. Het aantal inwoners dat een hoge bloeddruk heeft is bijna 9%, en ligt daarmee onder het gemiddelde De helft van de inwoners heeft een gezond lichaamsgewicht, terwijl 37% te zwaar is en 10% veel te zwaar is.	De jeugd in Simpelveld kan sportief genoemd worden. De eetgewoonten van de jeugd zijn positief: 82% ontbijt elke dag, 60% eet elke dag fruit en 80% eet elke dag groenten. De vaccinatiegraad is zeer goed (96-97%).
Wonen	Scheiden van wonen en zorg. De inwoners ventileren veel en goed in de woning. Er is relatief weinig geluidshinder in vergelijking met andere gemeenten: het wegverkeer levert de meeste hinder op. De inwoners geven aan veel hinder te ondervinden van stank, met name van de agrarische sector. De inwoners geven aan veel hinder te ondervinden van stof door het gebruik van openhaard of allesbrander. De algemene hinderscore is laag: ook hier wordt de meeste hinder veroorzaakt door wegverkeer. Mensen voelen zich thuis in hun woonomgeving: ruim 80% geeft een voldoende waardering. Ruim 10% is slachtoffer geweest van	

	Algemeen	Jeugd
	geweld of een misdrijf.	

Op basis van gerangschikte aandachtspunten kunnen de volgende thema's geformuleerd worden:

THEMA 1: Ouderenzorg

De komende jaren krijgt de gemeente Simpelveld te maken met een sterke toename van vergrijzing. In combinatie met de vermaatschappelijking van de zorg, het scheiden van wonen en zorg en de naar alle waarschijnlijkheid toenemende zorgvraag, zal er de komende jaren veel aandacht besteed moeten worden aan ouderenzorg. Hierbij kan gedacht worden aan de volgende aspecten:

1. Toegankelijk houden en maken van zorg op alle niveau's.
2. Werken naar een vraaggerichte zorg.
3. Bouwen van geschikte woningen met zorgvoorzieningen.
4. Meer aandacht voor vrijwilligers die een groot gedeelte van de zorg op zich nemen.
5. Preventie (bijv. ongevallen in huis)
6. Problemen met het bewegingsapparaat.
7. Eenzaamheid

THEMA 2: Het opzetten van een integrale jeugdgezondheidszorg

De jeugd in Simpelveld ontwikkelt zich goed, en dat moet dan ook gehandhaafd blijven. Sommige gebieden, zoals bijvoorbeeld overgewicht, vragen toch nog wat meer aandacht. Omdat de gemeente ook de kinderen van 0-4 jaar onder haar hoede krijgt, kan dit cohort goed gevolgd worden: vanaf de dag van geboorte tot aan het 19e levensjaar. Het is van belang om beide groepen (0-4 jaar & 5-19 jaar) op een efficiënte en effectieve wijze onder te brengen in een project integrale jeugdgezondheidszorg. Hiertoe dient een beleid ontwikkeld te worden voor de komende jaren, dat naast een goede afstemming tussen thuiszorg en GGD ook aandacht heeft voor preventieve activiteiten op het gebied van overgewicht en gezonde voeding.



THEMA 3: Het bevorderen van gezondheidsvoorlichting

Met name bij de groep volwassenen blijft het nuttigen van 2 ons groente en 2 stuks fruit een beetje op de achtergrond. Gezien het toch relatieve hoge percentage hart- en vaatziekten, overgewicht en het gebruik van alcohol, is het zinvol om meer aandacht te besteden aan gezondheidsvoorlichting op het gebied van voeding en leefwijzen. Uit het Gezondheidsprofiel van de GGD OZL blijkt dat met het vorderen van de jaren het nuttigen van gezonde voeding afneemt. Wat hiervan de oorzaken zijn, is niet duidelijk maar dient wel onderzocht te worden. Op basis van deze resultaten kan een gerichte campagne opgezet worden. Wat hierbij ook een belangrijke rol kan spelen, is dat 10% van de inwoners aangeeft te moeten interen. Dit betekent dat mensen bij het doen van de boodschappen bepaalde keuzes maken. In de gezondheidsvoorlichting zal dan ook nadruk moeten komen op het maken van een verantwoorde voedingskeuze.

THEMA 4: Het bevorderen van een gezond leefmilieu

Over het geheel gezien in Simpelveld vrij gezond: het grootste deel van de inwoners geeft aan dat men tevreden is over de buurt en het woongenot. Toch is met name stankhinder een aspect dat veel mensen hinder oplevert. Ook hinder door wegverkeer speelt een relatief grote rol. Er zal onderzocht moeten worden wat nu precies de oorzaken hiervan zijn en in welke gebieden deze hinder het grootst is. Het leven in een gezond milieu bepaalt voor een groot gedeelte het woongenot en is indirect ook van invloed op de gezondheid.

THEMA 5: Beleid opzetten t.a.v. Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)

Sinds 1 januari 2003 heeft de rijksoverheid de regie-rol inzake de geestelijke gezondheidszorg toegewezen aan de gemeenten. Dit betekent dat de gemeente in het kader van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) een beleid dient te formuleren. Op dit moment is de geestelijke gezondheid van onze inwoners

tevredenstellend, maar gelet op toenemende vergrijzing en de vermaatschappelijking van de zorg is een beleid voor de komende jaren gewenst.

6. SLOTWOORD

In de vorige hoofdstukken is een aanzet gegeven voor het opstellen van een integraal gemeentelijk gezondheidsbeleid. De bedoeling van deze kadernota is dan ook om een raamwerk op te zetten, dat in het verdere vervolg ingevuld kan worden.

Na vaststelling van deze kadernota (juni 2003) zal de verdere uitwerking dan ook worden voortgezet (zie verder § 1.4).

BIJLAGE 1: LITERATUURLIJST

<i>Titel:</i>	Gezondheid op koers? Kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002
<i>Auteur:</i>	RIVM
<i>Uitgave:</i>	2002

<i>Titel:</i>	Gezondheidsprofiel 2000
<i>Auteur:</i>	GGD Oostelijk Zuid-Limburg
<i>Uitgave:</i>	2000

<i>Titel:</i>	Kadernota Regionaal Gezondheidsbeleid
<i>Auteur:</i>	Ambtelijke projectgroep Regionaal Gezondheidsbeleid
<i>Initiatief:</i>	Regio Parkstad Limburg
<i>Uitgave:</i>	2001

<i>Titel:</i>	Receptenboek "Rond-je-Gezondheid"
<i>Auteur:</i>	R. Janssen / W. Kuiper
<i>Initiatief:</i>	Anti-armoedeproject Aanpak, Stichting Sjakuus, Chronisch zieken en Gehandicaptenraad, Sociale Alliantie
<i>Uitgave:</i>	2003, 2e gewijzigde druk
<i>ISBN:</i>	90-71003-43-4

<i>Titel:</i>	Versterking van het gemeentelijk gezondheidsbeleid
<i>Auteur:</i>	GGD Nederland
<i>Initiatief:</i>	Stuurgroep Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg
<i>Uitgave:</i>	2003

<i>Titel:</i>	VNG Nieuwsbrieven
<i>Auteur:</i>	VNG
<i>Uitgave:</i>	diversen

BIJLAGE 2: TABELLEN GGD-GEZONDHEIDSPROFIEL 2000