*gemeente Eindhoven*

Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling

Raadsnummer **07.R2264.001**
Inboeknummer 07bst01947
Beslisdatum B&W 11 september 2007
Dossiernummer 737.451

# Oplegvel *Raadsvoorstel tot het vaststellen van de nota lokaal gezondheidsbeleid 2007-2010 "Eindhoven: Eén in gezondheid"*

## 1 Samenvatting

De Wet collectieve preventie volksgezondheid schrijft voor dat uw raad iedere vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid vaststelt. In 2003 is de eerste nota door de Eindhovense raad vastgesteld, getiteld "Samen werken aan een gezond Eindhoven". Dit jaar is deze nota geëvalueerd. Het evaluatierapport heeft uw raad in juni ontvangen. Een nieuwe nota lokaal gezondheidsbeleid, getiteld "Eindhoven: Eén in gezondheid" is voorbereid en wordt uw raad ter vaststelling aangeboden. Uitdrukkelijk is in deze nota procesmatig en inhoudelijk afstemming gezocht met het eveneens op korte termijn vast te stellen Wmo-beleidsplan. Vele partners in de stad zijn betrokken bij de totstandkoming van de nieuwe nota. Dit conform het Plan van Aanpak dat uw raad in mei 2007 ontving.

## 2 Bijlage(n)

Als bijlage(n) bij dit voorstel behoren:

- Nota lokaal gezondheidsbeleid 2007-2010 "Eindhoven: Eén in gezondheid", september 2007;
- Overzicht van inspraakreacties, d.d. 31 augustus 2007;
- Plan van Aanpak nota lokaal gezondheidsbeleid, mei 2007.

De bijlagen zijn bijgevoegd.

*gemeente Eindhoven*

Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling

Raadsnummer **07.R2264.001**
Inboeknummer 07bst01947
Beslisdatum B&W 11 september 2007
Dossiernummer 737.451

# Raadsvoorstel tot *het vaststellen van de nota lokaal gezondheidsbeleid 2007-2010 "Eindhoven: Eén in gezondheid"*

## 1 Inleiding

De Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) schrijft voor dat uw raad iedere vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid vaststelt. In 2003 is de eerste nota, getiteld "Samen werken aan een gezond Eindhoven" door de Eindhovense raad vastgesteld en deze nota is in 2007 geëvalueerd. Inmiddels is een nieuwe nota voorbereid voor de periode 2007-2010 met de titel "Eindhoven: Eén in gezondheid". Deze nota wordt uw raad ter vaststelling aangeboden.

## 2 Wat willen we bereiken

Met de vaststelling van de nota "Eindhoven: Eén in gezondheid" wordt invulling gegeven aan een wettelijke verplichting. De nota geeft richting aan het lokaal gezondheidsbeleid van de gemeente Eindhoven, uitgaande van de volgende gemeentelijke missie:

"*De gemeentelijke missie op het terrein van volksgezondheid is de kwaliteit van het leven te laten toenemen door lichamelijke-, geestelijke- en sociale gezondheid te bevorderen. Dit door:*

- *gezondheidsrisico's tijdig te signaleren en daarop in te spelen;*
- *preventie van volksziekten, mede via het bevorderen van gezond gedrag en gezonde voeding met als rijksspeerpunten het terugdringen van roken, alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie;*
- *gezondheidsverschillen tussen sociaal-economische groepen te verkleinen;*
- *te bevorderen dat met toename van de gemiddelde levensverwachting ook het aantal gezonde jaren toeneemt;*
- *uitvoering te geven aan de wettelijke taken uit de WCPV, gericht op collectieve preventie, waarbij speciale aandacht voor de invloed van de leefstijl en de fysieke omgeving op de gezondheid en het welbevinden van burgers groter wordt.*

Kort gezegd: hoofddoelstelling van het gezondheidsbeleid is het behalen van gezondheidswinst.

## 3 Wat gaan we daarvoor doen

In het voorjaar van 2007 heeft uw raad de evaluatie van de nota "Samen werken aan een gezond Eindhoven" ontvangen en een Plan van Aanpak voor de totstandkoming van de nieuwe nota lokaal gezondheidsbeleid.

### Kaders

De evaluatie van de nota "Samen werken aan een gezond Eindhoven" heeft aandachtspunten opgeleverd voor de nieuwe nota, evenals beschikbare epidemiologische gegevens die een beeld geven van de huidige gezondheidstoestand in de gemeente Eindhoven. Ook andere kaders bieden aanknopingspunten voor de nieuwe nota:

- de rijkspreventienota, waarin de vijf kernthema's roken, overmatig alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie centraal staan;
- het actieprogramma Milieu en gezondheid, dat het belang onderschrijft aandacht te hebben voor het effect van lokale leefomgeving op de gezondheid;
- Eindhoven Eén: met het uitgangspunt dat niemand buiten de boot mag vallen. Als speerpunt van beleid worden onder de verbetering van de gezondheidsbeleving en de vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen genoemd;
- Eén in uitvoering: strategische agenda; met daarin richtinggevende programma's als Meedoen, Brainport voor iedereen, Actieve Jeugd, Ambitie woningbouw/Wonen en wijkvernieuwing, Bereikbaarheid, Burgerparticipatie en Gebiedsgericht Werken.

### Wmo

Van belang voor de ontwikkeling van het lokaal gezondheidsbeleid is ook de komst van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). In het kader van de Wmo dient op korte termijn een beleidsplan vastgesteld te worden. Er is voor gekozen de nota's inhoudelijk aan elkaar te verbinden en de ontwikkeling van beide nota's gelijktijdig te laten plaatsvinden, aangezien er een duidelijke inhoudelijke relatie is tussen beide beleidsvelden. De hoofddoelstelling van de Wmo is meedoen. De hoofddoelstelling van gezondheidsbeleid is het behalen van gezondheidswinst. Het is evident dat er een duidelijke relatie is tussen deze hoofddoelstellingen: een goede gezondheid is voorwaarde voor meedoen en gezondheidsbelemmeringen verhinderen maatschappelijke participatie. Omgekeerd geldt dat meedoen bijdraagt aan welzijn en gezondheid. Aangetoond is dat mensen die niet werken of in een sociaal isolement verkeren ongezonder zijn en zich ongezonder voelen.

### Samenwerking

Effectief lokaal gezondheidsbeleid kan niet tot stand komen zonder de betrokkenheid van relevante partners in de stad. In het Plan van Aanpak dat uw raad in het voorjaar van 2007 heeft ontvangen was beschreven op welke wijze welke partners betrokken zijn bij de evaluatie van de nota "Samen werken aan een gezond

Eindhoven" en bij de totstandkoming van de conceptnota "Eindhoven: Eén in gezondheid". Alle in het Plan van Aanpak genoemde partners hebben eind juni een exemplaar ontvangen van de conceptnota en zijn uitdrukkelijk uitgenodigd hun zienswijze kenbaar te maken voor 31 augustus 2007. Ook alle andere Eindhovenaren zijn in de gelegenheid gesteld hun reacties kenbaar te maken. De ingekomen reacties zijn verwerkt in de nota en een overzicht van alle ingekomen reacties liggen voor u ter inzage.

De rol van partners in de stad is met de vaststelling van de nota beslist niet uitgespeeld. In de nota "Eindhoven: Eén in gezondheid" staat beschreven op welke wijze partners in de stad een rol van betekenis krijgen in de uitvoeringsstructuur. Integrale samenwerking en het hanteren van een ketenaanpak zijn essentieel voor het doen slagen van het in de nota verwoorde beleid.

**Speerpunten**

In de nota "Eindhoven: Eén in Gezondheid" wordt ervoor gekozen het lokaal gezondheidsbeleid in te zetten op een beperkt aantal breed gedragen speerpunten en er voorts naar te streven gezondheidsbeleid breed te verankeren in het gemeentelijk beleid (facetbeleid). De nadruk ligt daarbij op een gebiedsgerichte aanpak die vooral preventief van karakter is.

De speerpunten zijn:

*1 Eén in gezonde leefstijl:*

Prioritaire thema's binnen dit speerpunt zijn de preventie en het tegengaan van:

1 overgewicht;
2 psychosociale problemen en depressie;
3 overmatig alcoholgebruik.

Speciale aandacht wordt besteed aan groepen die een extra risico lopen ten aanzien van deze thema's : mensen met een lage sociaal-economische status, jeugd en jongeren en (allochtone) ouderen.

*2 Eén in gezonde buurten.*

Prioritaire thema's binnen dit speerpunt zijn:

1 sociaal-economische gezondheidsverschillen mogen niet verder toenemen;
2 stimuleren van participatie van mensen die vanwege langdurige gezondheidsproblemen niet deelnemen aan de samenleving;
3 preventie van eenzaamheid en depressie o.a. middels de bevordering van sociale cohesie;
4 versterken van de samenhang tussen wonen, werken, zorg en leefomgeving, onder meer middels woonservicezones;
5 versterken van aandacht voor effecten van milieu-, woon- en leefomgeving op leefstijl en gezondheid: gezondheid moet een rol spelen bij beslissingen op het gebied van ruimtelijke ordening en milieu.

Groepen die in het kader van dit speerpunt speciale aandacht behoeven zijn mensen met een lage sociaal-economische status, (allochtone) ouderen, mensen

met een handicap, kinderen en jongeren. Activiteiten in het kader van dit speerpunt zullen worden ingezet waar ze het meest effectief zijn: in de wijken en buurten waar de gezondheidssituatie het meest problematisch is en daar waar de kansen op succes het grootst zijn, omdat ingespeeld kan worden op ontwikkelingen als wijkvernieuwing, nieuwbouw of aanwijzing als "krachtwijk".

*3 Eén in gezonde zorg.*

Prioritaire thema's binnen dit speerpunt zijn:

1 stimuleren van voldoende en toegankelijke voorzieningen voor het toenemend aantal zorgbehoevende (allochtone) ouderen en chronisch zieken en kwetsbare personen als verslaafden, (ex)psychiatrische patiënten, dak- en thuislozen;
2 versterking van zelfmanagement, met aandacht voor ondersteuning van zwakkeren die niet tot zelfmanagement in staat zijn;
3 versterking en ondersteuning van mantelzorg en vrijwilligers;
4 versterken van de afstemming van zorgvraag en zorgaanbod;
5 stimuleren van de inzet van technologie, domotica en technologische toepassingen.

**Uitvoeringsprogramma**

Om nader invulling te geven aan deze speerpunten en een breed draagvlak en optimale samenwerking te organiseren wordt na vaststelling van de nota een uitvoeringsprogramma opgesteld voor de looptijd van de nota. Dit uitvoeringsprogramma zal periodiek worden geactualiseerd.

In het uitvoeringsprogramma worden twee deelprogramma's onderscheiden:

1 het programma *"Eén in gezondheid"* waarbinnen per speerpunt de projecten, initiatieven en activiteiten worden beschreven die bijdragen aan de in de nota verwoorde doelstellingen. Het gaat dan om initiatieven, projecten en activiteiten waarvoor geld dat gezondheid *centraal* staat en het bereiken van gezondheidswinst *hoofddoel* is;
2 het programma *"Eén in samenhang"*, waarbinnen per speerpunt het facetbeleid wordt gedefinieerd en de samenhang met andere beleidsterreinen wordt versterkt. In dit programma worden projecten, activiteiten en initiatieven opgenomen die passen binnen de speerpunten van de nota, maar waarbij gezondheid niet het hoofdthema is, maar een *neventhema* en gezondheidswinst niet het hoofddoel is, maar een *nevendoel*.

In de nota staat beschreven aan welke eisen het uitvoeringsprogramma dient te voldoen en welke uitvoeringsstructuur wordt voorgestaan.

## 4 Wat kost het

De financiering van het lokaal gezondheidsbeleid vindt voor een deel "direct" plaats via de reguliere budgetten die de gemeente Eindhoven beschikbaar stelt aan de GGD Brabant-Zuidoost ter vervulling van taken op het gebied van collectieve preventie, infectieziektenbestrijding en jeugdgezondheidszorg. Ook andere

welzijns- en zorginstellingen krijgen uit reguliere middelen subsidies. Aan deze subsidies kunnen gezondheidsprestaties worden gekoppeld.
Een deel van het lokaal gezondheidsbeleid wordt echter op een "indirecte" manier bekostigd. Namelijk uit middelen van andere gemeentelijke diensten en via andere gemeentelijke (ook gemeentebrede) programma's. Middelen die beschikbaar zijn in andere gemeentelijke programma's kunnen worden ingezet voor gezondheidsdoelstellingen. Te denken valt bijvoorbeeld aan budgetten voor wijkvernieuwing, armoedebeleid of milieu.
In het kader van de Wmo staan de gemeente ook financiële middelen ter beschikking. Voor thema's, die in samenhang met de Wmo worden opgepakt en ontwikkeld, kunnen ook deze middelen worden ingezet. Als alle betrokken gemeentelijke diensten rekening houden met gezondheidseffecten bij het inzetten van die budgetten wordt een optimaal maatschappelijk rendement behaald uit de beschikbare middelen en komt gezondheid écht op de agenda.

In de Voorjaarsnota 2008-2011 van de gemeente Eindhoven is voor de betreffende jaren € 200.000,-- gereserveerd voor de coördinatie en uitvoering van het lokaal gezondheidsbeleid in het kader van "Eindhoven: Eén in gezondheid". Gezien de beperktheid van deze beschikbare financiële middelen en de ambitieuze doelstellingen van de nota is het noodzakelijk op zoek te gaan naar vormen van cofinanciering en aanvullende subsidies. Bijvoorbeeld subsidies die kunnen voortvloeien uit de preventienota van VWS.

Een ontwerpraadsbesluit bieden wij u hierbij ter vaststelling aan.

Burgemeester en wethouders van Eindhoven,

A. Brunninkhuis, secretaris.

## Ontwerp*Raadsbesluit*

De raad van de gemeente Eindhoven;
gezien het voorstel van burgemeester en wethouders van 11 september 2007;

besluit:

1 de nota "Eindhoven: Eén in gezondheid" vast te stellen als kadernota voor het lokaal gezondheidsbeleid voor de periode 2007-2010;
2 het college van burgemeester en wethouders op te dragen, zoals beschreven in de nota "Eindhoven: Eén in gezondheid", een uitvoeringsprogramma vast te stellen voor de looptijd van de nota dat periodiek wordt geactualiseerd.

Aldus vastgesteld in de openbare vergadering van

, voorzitter.

, griffier.

wz07009932

# Eindhoven: Eén in gezondheid

**Nota lokaal gezondheidsbeleid Eindhoven 2007-2010**

**September 2007**

## Inhoudsopgave

INHOUDSOPGAVE ..... 2
1. KERNBOODSCHAP: DE SPEERPUNTEN ..... 3
2. INLEIDING ..... 5
3. KADERS VOOR DE OPENBARE GEZONDHEIDSZORG ..... 7
4. HOE GEZOND IS EINDHOVEN? ..... 18
5. WAT DOEN WE AAN VOLKSGEZONDHEID IN EINDHOVEN? ..... 23
6. HOE VERDER? ..... 32
BIJLAGE I: GEZONDHEIDSSITUATIE EINDHOVEN: HOE GEZOND IS EINDHOVEN? ..... 38
BIJLAGE II: RELATIE MET DE WMO ..... 60
BIJLAGE III: BRONNEN ..... 63
BIJLAGE IV: SCHEMATISCHE WEERGAVE OPZET UITVOERINGSPROGRAMMA
BIJLAGE V: LIJST VAN UITGENODIGDE PERSONEN EN ORGANISATIES 7 JUNI 2007
BIJLAGE VI: LIJST VAN AANWEZIGE PERSONEN EN ORGANISATIES 7 JUNI 2007

## 1. Kernboodschap: de speerpunten

De gemeente Eindhoven kiest ervoor om voor het lokaal gezondheidsbeleid in te zetten op een beperkt aantal speerpunten en voorts ernaar te streven gezondheid breed te verankeren in het gemeentelijk beleid (facetbeleid). De nadruk ligt op een gebiedsgerichte aanpak die vooral preventief van karakter is.

De speerpunten in de nota "Eindhoven: één in gezondheid zijn:

1. Eén in gezonde leefstijl
2. Eén in gezonde buurten
3. Eén in gezonde zorg

In ogenschouw nemen we daarbij dat een oplossing voor het ene gezondheidsprobleem ook invloed kan hebben op een ander probleem. Het stimuleren van sport en beweging bijvoorbeeld draagt bij aan de bestrijding van overgewicht, maar ook aan het bevorderen van sociale cohesie in de wijk en preventie van depressie. De drie speerpunten hangen onderling sterk samen en beïnvloeden elkaar.

Kernpunten zijn: inzetten op gezonde leefstijl en gezond gedrag, op een gezonde sociale en fysieke woon- en leefomgeving en op de beschikbaarheid van voldoende toegankelijke zorg. De toevoeging van "één" is een aanduiding voor de wijze waarop we deze inzet plegen: door intensieve samenwerking met en tussen alle betrokken partners in de stad, door een integrale werkwijze en door niemand buiten de boot te laten vallen.

Om uitvoering te geven aan de ambities wordt een uitvoeringsstructuur ingericht die het karakter heeft van een projectorganisatie. In deze projectorganisatie wordt integraal gewerkt en wordt de samenwerking opgezocht met en tussen alle betrokken partners in de stad.

***Eén in gezonde leefstijl***

Binnen het speerpunt "Eén in gezonde leefstijl" gaat het om het bevorderen van een gezonde leefstijl en gezond gedrag. In het bijzonder gaat het om het stimuleren van het maken van de gezonde keuze en het realiseren van gunstige randvoorwaarden daarvoor. Prioritaire thema's binnen dit programma zijn de preventie en het tegengaan van:

1. overgewicht (daarmee wordt tevens gewerkt aan preventie van diabetes)
2. psychosociale problemen en depressie
3. overmatig alcoholgebruik

***Eén in gezonde buurten***

Binnen het speerpunt "Eén in gezonde buurten" staat een gezonde sociale en fysieke woon- en leefomgeving centraal. Voor een gezonde sociale woon- en leefomgeving is sociale cohesie van groot belang, maar ook aandacht voor de invloed van de woon- en leefomgeving op de gezondheid. Binnen dit speerpunt zijn de prioritaire thema's:

1. Sociaal-economische gezondheidsverschillen mogen niet verder toenemen.
2. Stimuleren van participatie van mensen die vanwege langdurige gezondheidsproblemen niet deelnemen aan de samenleving.
3. Preventie van eenzaamheid en depressie onder andere middels de bevordering van sociale cohesie.
4. Versterken van de samenhang tussen wonen, werken, zorg en leefomgeving, onder meer middels woonservicezones
5. Versterken van aandacht voor effecten van milieu en woon- en leefomgeving op leefstijl en de gezondheid: gezondheid moet een rol spelen bij beslissingen op het gebied van ruimtelijke ordening en milieu.

***Eén in gezonde zorg***

Voldoende beschikbare en toegankelijke (eerstelijns)zorg staat centraal binnen het speerpunt "Eén in gezonde zorg". Prioritaire thema's binnen dit programma zijn:

1. Stimuleren van voldoende en toegankelijke voorzieningen voor het toenemend aantal zorgbehoevende (allochtone) ouderen en chronisch zieken en kwetsbare personen als verslaafden, (ex)psychiatrische patiënten, dak- en thuislozen.
2. Versterking van zelfmanagement, met aandacht voor ondersteuning op maat van zwakkeren die niet tot zelfmanagement in staat zijn.
3. Versterking en ondersteuning van mantelzorg en vrijwilligers.
4. Versterken van de afstemming van zorgvraag en zorgaanbod
5. Stimuleren van de inzet van technologie, domotica en technologische toepassingen.

## 2. Inleiding

Het Bestuur van Eindhoven zet zich in voor een sterke stad, waar een levendige economie zorgt voor een internationale uitstraling en groei van werkgelegenheid voor iedereen. Economische groei kan alleen tot wasdom komen in een samenleving waarin niemand buiten de boot valt. Het is een zware opdracht niemand buiten de boot te laten vallen, want op tal van maatschappelijke terreinen ligt tweedeling op de loer. Als het gaat om arme en rijke wijken, kansen op de arbeidsmarkt, witte en zwarte scholen, gezond of ziek: overal lijken verschillen groter te worden. Niet alleen in inkomen, maar ook in kansen. Eindhoven heeft de sociale ambitie van één ongedeelde stad waarin iedereen meedoet en dat door er samen met alle partijen in de stad aan te werken: inwoners, bestuur, bedrijven en organisaties.

Elk maatschappelijk stelsel kent groepen mensen die minder weerbaar zijn. Burgers die niet kunnen meedoen aan het sociaal verkeer en voor wie uitsluiting dreigt. Eindhoven is bij uitstek een stad waar mensen de toekomst zoveel mogelijk in eigen hand nemen, of het nu gaat om ondernemen, leren en werken of zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen met maatschappelijke ondersteuning op maat. Het bestuur van de stad stelt de versterking van het probleemoplossend vermogen van de mensen zelf centraal om in het dagelijks leven te functioneren, de eigen toekomst te maken en geen talent onbenut te laten. Als blijkt dat dit vermogen ontoereikend is om mensen veiligheid, geborgenheid, zelfstandigheid, ontmoeting en ontplooiing te bieden, is de overheid daadkrachtig in de ondersteuning op maat voor burgers die dat nodig hebben[1].

Gezondheid is een belangrijke voorwaarde voor "meedoen". Wie zich lichamelijk of psychisch ongezond of beperkt voelt kan minder goed meedoen aan het sociaal verkeer, waardoor eerder uitsluiting dreigt. Andersom geldt dat mensen die niet of minder meedoen zich vaker lichamelijk of psychisch ongezond of beperkt voelen.

Uit onderzoeken blijkt keer op keer dat mensen hun gezondheid zeer belangrijk vinden. Voor velen is gezondheid prioriteit nummer één. Eindhovense burgers mogen van hun gemeente verwachten dat deze aandacht heeft voor deze prioriteit. Dat betekent niet dat de gemeente de verantwoordelijkheid voor gezondheid van hun inwoners overneemt. In tegendeel: ieder individu heeft de mogelijkheid en de verantwoordelijkheid aan gezondheid te werken. Dat kan door een gezonde leefstijl aan te houden en risicovol gedrag te vermijden, maar zeker ook door actief deel te nemen aan de maatschappij in de vorm van werk, opleiding, vrijwilligerswerk en/of mantelzorg.

De gemeente voert de regie over het lokaal openbaar gezondheidsbeleid en houdt zich bezig met voorkóming van ziekte en de bescherming en bevordering van de gezondheid van burgers. Curatieve gezondheidszorg en de Awbz-gefinancierde zorg- en hulpverleningstaken behoren niet tot de verantwoordelijkheid van de lokale overheid, maar van de rijksoverheid.

In 2003 is in Eindhoven de eerste nota lokaal gezondheidsbeleid verschenen, getiteld "Samen werken aan een gezond Eindhoven". Ook daarvoor werd er al lange tijd ingezet op een goede gezondheid in de stad. Gezondheidsbeleid is derhalve voor Eindhoven niet nieuw. Veel gezondheidsthema's die in 2003 actueel waren, blijken ook nu actueel. Deze thema's komen dan ook terug in de nieuwe nota.
De nota "Samen werken aan een gezond Eindhoven" is geëvalueerd. Succesfactoren en leerpunten die uit deze evaluatie naar voren zijn gekomen, zijn betrokken in de totstandkoming van de nieuwe nota.

---

[1] Ontleend aan: "Eindhoven Eén, slagvaardig op weg naar een sociaal, sterk en betrokken Eindhoven, coalitie-akkoord 2006-2010".

Succesvolle projecten uit deze nota komen terug in het uitvoeringsprogramma of worden, daar waar mogelijk, structureel ingebed binnen de reguliere taken van bij het gezondheidsbeleid betrokken partners of de gemeentelijke organisatie.

Op het terrein van het gezondheidsbeleid is de gemeente één van de vele spelers. Daarom is de nieuwe nota tot stand gekomen in samenwerking met een groot aantal partners in de stad: burgers, maatschappelijke- en welzijnsorganisaties, zorgorganisaties, vertegenwoordigers van patiënten en cliënten, woningbouwverenigingen, het zorgkantoor en gemeentelijke diensten zijn bij de vorming van de nota betrokken. Het resultaat is een nota van de stad op hoofdlijnen, getiteld "Eindhoven: Eén in gezondheid", waaruit de speerpunten blijken van het lokaal gezondheidsbeleid voor 2007 tot en met 2010. Een richtinggevend kader voor gemeentelijke diensten en partners in de stad. De vertaling naar concrete ambities, en oplossingsrichtingen krijgt nader vorm in een uitvoeringsprogramma.

De nota "Eindhoven: Eén in gezondheid" omvat dus de hoofdlijnen van het lokaal gezondheidsbeleid van de gemeente Eindhoven en benoemt de prioritaire thema's voor de periode 2007 tot en met 2010. De titel refereert aan zowel de inhoud als de gekozen werkwijze. De nota richt zich op een gezonde stad, zich uitend in gezonde leefstijl, gezonde wijken/buurten en gezonde zorg. De nota wordt tot uitvoering gebracht middels samenwerking, een integrale aanpak en het uitgangspunt dat niemand uit de boot valt.

In hoofdstuk drie van deze nota worden de kaders beschreven die richting geven aan het lokaal gezondheidsbeleid in Eindhoven. In het vierde hoofdstuk wordt de gezondheidssituatie in Eindhoven beschreven. Hoe gezond is Eindhoven? Het vijfde hoofdstuk gaat nader in op de visie en missie voor het Eindhovense lokaal gezondheidsbeleid, de speerpunten voor de komende vier jaren en de rol die wettelijke taken hierin spelen. Hoofdstuk zes tenslotte gaat in op het vervolgtraject; de vormgeving van het uitvoeringsprogramma en de wijze waarop monitoring en evaluatie zullen plaatsvinden.

## 3. Kaders voor de openbare gezondheidszorg

### Definitie Gezondheid

De Wereld Gezondheidheidsorganisatie van de Verenigde Naties(WHO) heeft een definitie van "gezondheid" ontwikkeld die Eindhoven aanspreekt. Eindhoven kiest ervoor deze definitie te hanteren, omdat deze definitie uitgaat van een brede gezondheidsopvatting waarbij gezondheid niet wordt gelimiteerd tot het fysieke.
Volgens de definitie van de WHO is "gezondheid" een toestand van compleet fysiek, mentaal en sociaal welbevinden. Gezondheid is derhalve een breed begrip en niet alleen op te vatten als de afwezigheid van ziekte of een handicap.

Uitgaande van deze brede definitie van gezondheid, kan worden gesteld dat gezondheid wordt bepaald door vier determinanten[2]:

1. Biologische factoren, onder meer middels erfelijkheid.
2. Omgeving: invloeden die buiten het menselijk lichaam liggen en waarover het individu weinig of geen controle heeft. Geluidsoverlast, milieuvervuiling, infectieziekten en de aan- of afwezigheid van sociale cohesie zijn hier voorbeelden van.
3. Leefstijl: mensen hebben een grote invloed op hun manier van leven. Ongezond eten, roken en het overmatig gebruik van alcohol en drugs doen de gezondheid geen goed. Door verandering van gedrag kan een individu zijn risico's op ziekten verkleinen.
4. Gezondheidszorg. Hierbij kan gedacht worden aan kwantiteit en kwaliteit van de geleverde diensten. Ook het beleid en de kundigheid van het verplegend personeel vallen hieronder.

Kijkend naar deze vier determinanten komt Eindhoven tot de conclusie dat gemeentelijk lokaal gezondheidsbeleid kan worden ingezet langs vier lijnen:

- Gedrag/Leefstijl: voeding, genotsmiddelen, lichaamsbeweging en seksueel gedrag.
- Fysieke Omgeving: milieu, veiligheid, huisvesting en woonomgeving.
- Sociale Omgeving: inkomen, onderwijs, arbeid, recreatie, welzijn en sociale contacten.
- Gezondheidszorg: preventie, eerstelijnszorg, vraagsturing, toegankelijkheid, ketenzorg, personeelsbeleid en financiering.

Dit vraagt om samenwerking tussen verschillende sectoren en verschillende disciplines en tussen overheid en particulier initiatief. Facetbeleid is van groot belang: lokaal gezondheidsbeleid wordt niet beperkt tot de gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) en actoren in de zorgsector, maar vraagt ook andere gemeentelijke diensten en organisaties en instellingen buiten de zorgsector hun verantwoordelijkheid te nemen. Ook andere beleidsterreinen beïnvloeden de gezondheidssituatie in de stad, zoals bijvoorbeeld een schoner milieu, veiliger verkeer, meer werkgelegenheid, wijkvernieuwing en een betere leefbaarheid.

Uit de evaluatie van de voorgaande nota "Samen werken aan een gezond Eindhoven" is gebleken dat met deze nota een goede start voor samenwerking en het hanteren van een brede gezondheidsopvatting is gemaakt, maar dat deze samenwerkingsverbanden via zorgregie en ketenzorg verder kunnen worden uitgebouwd.

[2] Model van Lalonde. De biologisch-genetische determinant van gezondheid wordt niet nader uitgewerkt in de nota omdat de lokale overheid weinig invloed heeft op deze factor.

## Wettelijk kader

Gemeenten zijn op basis van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) verantwoordelijk voor de collectieve preventie in hun gemeente en hebben de taak de gezondheid van hun inwoners te beschermen, bewaken en bevorderen. Sinds de wijziging van de Wcpv in 2003 zijn alle gemeenten verplicht iedere vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid te maken met daarin de ambities, keuzes en prioriteiten op het gebied van volksgezondheid en preventie.

In de Wcpv zijn de taken en verantwoordelijkheden van de gemeenten ten aanzien van collectieve preventie op het gebied van volksgezondheid vastgelegd, waarbij drie deelterreinen worden onderscheiden: collectieve preventie, infectieziektenbestrijding en jeugdgezondheidszorg.

In 2003 is door de Eindhovense gemeenteraad de eerste nota lokaal gezondheidsbeleid vastgesteld, getiteld "Samen werken aan een gezond Eindhoven". Deze nota is inmiddels geëvalueerd. De succesfactoren en leerpunten uit deze nota zijn meegenomen in de nieuwe nota die conform de Wcpv in 2007 wordt vastgesteld.

Naast de Wcpv zijn er ook andere wetten en regelingen die taken inzake de gezondheid aan de gemeente opdragen. Te denken valt aan de Infectieziektenwet, de Wet op de lijkbezorging, de Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (Ghor), de Wet bijzondere opneming psychiatrische ziekenhuizen (Bopz), de Quarantainewet, de Wet kinderopvang en de Drank- en horecawet. Een nieuwe wet die de gemeente grote taken geeft op het gebied van zorg en welzijn is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) die per 1 januari 2007 van kracht werd.

## Facetbeleid

Gezondheidsbeleid hangt met een aantal andere beleidsterreinen samen. Raakvlakken zijn er onder meer met de Wet maatschappelijke ondersteuning en de daarin vervatte negen prestatievelden. Op de samenhang tussen lokaal gezondheidsbeleid en de Wmo wordt in de volgende paragraaf nader ingegaan. Raakvlakken zijn er ook tussen lokaal gezondheidsbeleid en andere beleidsterreinen, waaronder verslavingszorgbeleid, jeugdbeleid, integraal veiligheidsbeleid en milieubeleid:

- *Verslavingszorgbeleid:* Middelengebruik is een belangrijk aspect van "leefstijl": één van de belangrijke determinanten van het lokaal gezondheidsbeleid. In het kader van de nota lokaal gezondheidsbeleid gaat het vooral om preventieve activiteiten ten aanzien van middelengebruik.
- *Jeugdbeleid:* aspecten die de gezondheidssituatie en –beleving van jongeren beïnvloeden krijgen aandacht in het integraal jeugdbeleid, waaronder leefstijlaspecten en de afstemming en samenwerking tussen verschillende hulpverlenende- en dienstverlenende instellingen om een sluitende keten voor jeugd te realiseren. Een deel van de taken uit de Wcpv, namelijk jeugdgezondheidszorg voor 0 tot 19 jarigen, wordt binnen het integraal jeugdbeleid vormgegeven. De speerpunten binnen de nota lokaal gezondheidsbeleid richten zich ten aanzien van jeugd vooral op leefstijlaspecten die van invloed kunnen zijn op de gezondheid van deze doelgroep. De toegankelijkheid, bereikbaarheid, kwaliteit van zorgvoorzieningen en de maatregelen ten aanzien van fysieke en sociale omgeving komen vooral in het integrale jeugdbeleid en in het reguliere gezondheidsbeleid aan de orde.
- *Integraal veiligheidsbeleid* : Elementen uit het integraal veiligheidsbeleid, zoals het bevorderen van leefbaarheid in wijken, het verhogen van het veiligheidsgevoel, de bestrijding van huiselijk geweld (waaronder kindermishandeling, ook speerpunt van het ministerie voor Jeugd en Gezin in 2008) en openbaar geweld, aandacht voor riskant gebruik van genotmiddelen bij jeugd, vermindering van

probleemgedrag bij jeugd en het verhogen van verkeersveiligheid, hebben raakvlakken met lokaal preventief gezondheidsbeleid.

- *Milieubeleid:* ongeveer 2 tot 5% van het gezondheidsverlies in Nederland is toe te schrijven aan milieufactoren als luchtverontreiniging, verontreiniging van het binnenmilieu en geluidshinder. De gezondheid kan positief worden beïnvloed middels gemeentelijk milieubeleid. De verontreiniging van het binnenmilieu heeft veel te maken met leefstijl en gedrag van mensen en is daarmee bij uitstek onderdeel van het lokaal gezondheidsbeleid. In de Wcpv wordt de gemeente ook expliciet gevraagd aandacht te schenken aan milieu en gezondheid.

Niet alleen de genoemde beleidsterreinen hebben raakvlakken met lokaal gezondheidsbeleid. Ook andere terreinen kunnen van invloed zijn op de gezondheidssituatie. Bij het formuleren van beleid op deze terreinen zou het effect van bepaalde beslissingen op gezondheid in beeld gebracht moeten worden en moeten worden gewogen. Gerelateerd aan de vier lijnen waarlangs gemeentelijk gezondheidsbeleid kan worden ingezet gaat het om de volgende beleidsterreinen:

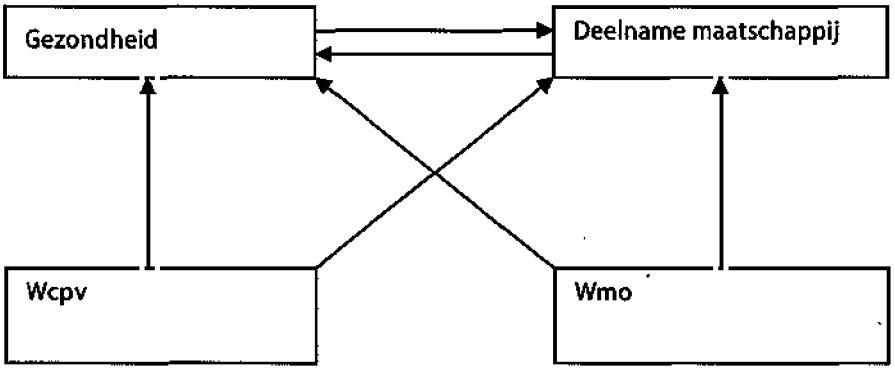
| | |
|---|---|
| **Leefstijl en gedrag**<br>o *Gezondheidsbevordering*<br>o *Sport en recreatie* (waaronder breedtesport, jeugdsportstimulering) | **Zorgvoorzieningen/gezondheidszorg**<br>o *Algemene preventieve gezondheidszorg*<br>o *Jeugdgezondheidszorg*<br>o *Openbare geestelijke gezondheidszorg*<br>o *Verslavingszorg* |
| **Fysieke omgeving**<br>o *Verkeer en vervoer* (waaronder vervoer ouderen en gehandicapten, verkeersdeelname minder validen, fietsbeleid, mobiliteitsbeleid).<br>o *Openbare ruimte* (waaronder toegankelijkheid voor minder validen, veilige en duurzame inrichting, groenbeleid)<br>o *Ruimtelijke ordening* (waaronder aandacht voor zorg- welzijns-, sport- en speelvoorzieningen in structuurvisies, bestemmingsplannen, herstructureringsplannen en gezondheidseffectscreeningen bij nieuwbouw, herstructurering en uitbreidingsplannen)<br>o *Wonen* (waaronder flexibel en aanpasbaar bouwen, duurzaam bouwen/allergeenarme woningen, woonservicezones)<br>o *Milieu* (waaronder geluidsbeleid, milieubeleidsplan, voorlichting) | **Sociale omgeving**<br>o *Onderwijs* (waaronder opheffen onderwijsachterstanden, volwasseneducatie, onderwijshuisvesting, preventie voortijdig schoolverlaten, leerlingenvervoer, handhaving leerplicht, spilcentra)<br>o *Inkomen en werktoeleiding* (waaronder inkomensondersteuning, gehandicaptenzorg, activerende zorg, bevordering arbeidsdeelname, armoedebeleid)<br>o *Welzijn* (waaronder sociale activering, ouderenbeleid, jeugdbeleid, gehandicaptenbeleid, diversiteitsbeleid, vrijwilligersbeleid, wijkbeheer, participatiebeleid[3])<br>o *Veiligheid* (waaronder rampenplan, ambulancezorg, politie, brandweer, integraal veiligheidsbeleid) |

[3] Zie verder ook paragraaf "Relatie met Wmo"

## Relatie met de Wmo

Voor een gemeente is het de uitdaging beleid te ontwikkelen dat een samenhangend antwoord geeft op sociaal-maatschappelijke en gezondheidsproblemen en het voorkomen daarvan. De start van dat samenhangend beleid wordt gevormd door een nota. Zowel vanuit de Wet Maatschappelijke ondersteuning (Wmo) als vanuit de Wcpv moet in 2007 een nota worden vastgesteld. De ontwikkeling van de Wmo-nota en de nota lokaal gezondheidsbeleid zijn in samenhang ter hand genomen, waarbij het uitgangspunt is dat de Wmo alle activiteiten omvat die ervoor zorgen dat mensen kunnen meedoen en blijven meedoen in de samenleving en binnen het gezondheidsbeleid wordt ingezet op gedrag/leefstijl, fysieke omgeving, sociale omgeving en gezondheidszorg (model Lalonde).

De relatie tussen de Wcpv en de Wmo kan het best worden omschreven als die van twee naast elkaar fungerende, onmisbare pijlers met als overstijgend doel het bevorderen van de kwaliteit van leven van burgers. Schematisch kan dat als volgt worden weergegeven:




Onderwerpen die gezamenlijk vanuit de Wmo en het gezondheidsbeleid worden opgepakt zijn:

- preventie
- samenhang met andere beleidsterreinen
- jeugd
- eerstelijns gezondheidszorg
- netwerkvorming/woonservicezones
- mantelzorg en vrijwilligers in de zorg
- informatie en advies/cliëntondersteuning
- OGGZ

Voor nadere toelichting bij deze onderwerpen wordt verwezen naar bijlage II.

## Rijkspreventienota

Kaderstellend voor de lokale nota's gezondheidsbeleid is de landelijke preventienota van het Ministerie van VWS, die vierjaarlijks wordt uitgebracht. In de preventienota "Kiezen voor gezond leven" uit 2006 kiest de rijksoverheid voor de komende vier jaar voor vijf kernthema's:

- Roken;
- Overmatig alcoholgebruik;
- Overgewicht;
- Diabetes;
- Depressie.

Daarbij legt het Rijk de nadruk op gezond leven. Het voorkomen en tegengaan van roken, schadelijk alcohol gebruik en overgewicht (voeding en bewegen) levert een grote bijdrage aan het beperken van de belangrijkste volksgezondheidsproblemen in Nederland. Naast deze drie leefstijlfactoren zijn ook twee ziekten tot speerpunt benoemd. Diabetes type 2 kan voor een aanzienlijk deel voorkomen worden met een gezonde leefstijl. Vroegsignalering en goede ketenzorg leveren gezondheidswinst op. De aanpak van diabetes op het grensvlak van preventie en zorg kan een voorbeeld zijn voor de aanpak van andere chronische ziekten. Depressie is een van de belangrijkste psychische stoornissen waar met preventie gezondheidswinst te boeken is. Mensen met een depressie roken en drinken relatief vaak en zijn vaker te zwaar. Ook bij depressie kan vroegsignalering en tijdige interventie een flink deel van de ziektelast voorkómen.
Gezond leven is een maatschappelijk belang: mensen die gezond leven kunnen zich optimaal ontwikkelen en langer zelfstandig deelnemen aan de maatschappij. Zij hebben minder maatschappelijke ondersteuning en langdurige en/of intensieve zorg nodig.
Ongezond gedrag verhoogt de ziektelast. Burgers kunnen ervoor kiezen gezond te leven en moeten zich bewust zijn van de keuze die zij daarin kunnen maken en van de voorbeeldfunctie die zij hebben voor jongeren. Het is nodig mensen tot gezonde keuzes te verleiden. De gezonde en bewuste keuze moet een gemakkelijke keuze worden.

Het Rijk spreekt de wens uit dat de preventieve en curatieve gezondheidszorg intensiever gaan samenwerken en rijksbeleid en lokaal beleid beter op elkaar worden afgestemd. De preventienota geeft landelijke aandacht aan de thema's die lokaal en regionaal aan de orde worden gesteld[4].

[4] De GGD Brabant-Zuidoost bereidt een "lokale paragraaf" voor die een aanpak op regionaal niveau betreft voor de speerpunten uit de rijkspreventienota. Deze lokale paragraaf zal worden ingebracht in de kerntakendiscussie die de 21 aan de GGD deelnemende gemeenten in het kader van de fusie tussen GGD Eindhoven en de GGD Zuidoost-Brabant voeren.

## Actieprogramma Milieu en gezondheid

Het actieprogramma Milieu en gezondheid van het Rijk[5] dat van start ging in 2002 en eindigde in 2006 is geëvalueerd. Uit de evaluatie is gebleken dat aandacht voor de relatie tussen milieu en gezondheid van groot belang is en er behoefte is aan beleid, onder meer ten aanzien van een gezond binnenmilieu en informatie over kwaliteit van de lokale leefomgeving middels internet. De thema's waarop door het Rijk vanaf 2007 wordt voortgebouwd zijn:

- *Gezondheid in gebouwen: woningen, scholen en kindercentra;*

Om verbeteringen van gezondheidskwaliteit in gebouwen te realiseren richt het beleid zich vooral op een gezamenlijke aanpak door overheid, bedrijfsleven en de burger. Samen met de partners, zoals woningbouwcorporaties, bouwers en installateurs worden speerpunten benoemd voor realisatie van nieuwbouw en het gebruik van bestaande woningen en scholen. Daarbij gebruik makend van passende instrumenten als voorlichting, ventilatie, technische oplossingen en (handhaven) van normstellingen.

- *(Risico)communicatie met burgers;*

Mensen willen zelf keuzes kunnen maken met betrekking tot hun gezondheid. Goede informatie over de omgeving is daarbij onmisbaar. In 2008 wil het Rijk gegevens beschikbaar hebben via internet over milieu, gezondheid en de lokale leefomgeving. Dit vergt medewerking van alle lokale partijen. De geïnformeerde burger zal ook graag willen meepraten over beslissingen die gaan over de inrichting van de woonomgeving. Het Rijk ontwikkelt instrumenten om bewonersgroepen daarbij te helpen. Onafhankelijke deskundigen kunnen een belangrijke rol spelen bij risico-communicatie. Risico-communicatie kan, naast een middel om burgers bewust te maken van reële risico's, ook een middel zijn om burgers gerust te stellen wanneer zij onnodig bezorgd zijn.

- *Gezonde lokale leefomgeving;*

De wijze waarop de omgeving wordt ingericht is al veel gezonder dan voorheen, maar kan nog verder worden verbeterd. Luchtverontreiniging en geluidsoverlast brengen gezondheidsproblemen. Overgewicht en bewegingsarmoede vragen om vernuftige oplossingen en moeten worden betrokken in lokale bouwplannen. Omgevings- en milieugerelateerde gezondheidsproblemen verdienen een plek in de lokale nota gezondheidsbeleid. Speciale aandacht gaat uit naar de invloed van de lokale omgeving op de ontwikkeling van de jeugd (0-19-jarigen) en naar verdere verkenning en ontwikkeling van beleid voor de bijdrage van natuur en (stedelijk) groen aan een gezonde lokale leefomgeving. De medisch-milieukundige zorg wordt verder versterkt en benut. Zeker op lokaal niveau is dat nodig.

- *Kennis en informatie over gezondheid en milieu.*

Effectief milieu en gezondheidsbeleid valt of staat bij goede informatie. Het RIVM[6] richt een kennis- en informatiepunt in dat:

- Signalen over nieuwe risico's tijdig herkent en zorgdraagt voor adequate afhandeling;
- Kennis en informatie over milieu en gezondheid voor de verschillende doelgroepen beter ontsluit;
- Beleidsevaluaties ondersteunt door het maken van een jaarlijkse balans en vierjaarlijkse verkenning van prioritaire thema's.

[5] Ministerie van Volksgezondheid, Ruimtelijke Ordening en Milieu, 2002-2006.
[6] RIVM: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

Net als binnen de rijkspreventienota "Kiezen voor Gezond Leven" zullen de activiteiten erop gericht zijn de burger in staat te stellen goede keuzes te maken. Vierjaarlijks gaat het Rijk een "Nota Nationale aanpak Milieu en Gezondheid" uitbrengen, dat als kader dient voor de nota's lokaal gezondheidsbeleid. Uitgangspunten in deze nota zijn de geconstateerde milieu-gezondheidsproblemen en de te behalen gezondheidswinst. De eerste nota verschijnt in 2008.

### Eindhoven Eén

Het Eindhovense coalitieakkoord 2007-2010, getiteld "Eindhoven Eén" beschrijft de ambitie van het stadsbestuur op sociaal, bestuurlijk, ruimtelijk en economisch gebied. Eindhoven heeft de sociale ambitie van één ongedeelde stad waarin iedereen meedoet en werkt daar samen met alle partijen in de stad aan: inwoners, bestuur, bedrijven en organisaties. Niemand mag buiten de boot vallen en iedereen moet gelijke kansen krijgen.

Naast het werken aan sociale samenhang om kansenongelijkheid tegen te gaan en gebiedsgerichte oriëntatie op buurten en wijken met achterstanden, is aandacht voor speciale groepen nodig. Bijvoorbeeld senioren, die in aantal de komende jaren sterk toenemen en voor wie na hun pensionering veelal een derde levensfase intreedt. De maatschappij moet de kwaliteiten van ouderen in de leeftijd van 60 tot 80 jaar gebruiken. Niet alleen omdat mensen in deze leeftijdsfase doorgaans nog redelijk gezond zijn en tot veel in staat, maar ook omdat oudere mensen hun kansen op een fysiek en mentaal gezond leven vergroten door actief te blijven.

In "Eindhoven Eén" wordt benadrukt dat de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) grote uitdagingen biedt om klantgericht maatwerk te bieden aan mensen die ondersteuning nodig hebben in een persoonlijk en maatschappelijk functioneren. Het bestuur wil de Wmo meer benutten om het vrijwilligerswerk te versterken en mantelzorg en respijtzorg te ondersteunen. Onder meer door de woonservicezones uit te breiden in de stad[7] moet in het domein van zorg en welzijn een zichtbare verschuiving naar preventie tot stand worden gebracht.

Als speerpunt van beleid benoemt "Eindhoven Eén" de verbetering van de gezondheidsbeleving en de vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Dit onder meer door de voortzetting van het project "Gezond in de Buurt" (wijkgezondheidswerk). Evaluatie van het project Gezond in de Buurt heeft inmiddels uitgewezen dat de inzet van dit project in wijken een aantoonbaar positief effect heeft op de gezondheidsbeleving van burgers. In wijken waar het project Gezond in de Buurt is ingezet is de gezondheidsbeleving van inwoners gelijk gebleven, terwijl in andere wijken de gezondheidsbeleving is teruggelopen.

De inzet van allochtone zorgconsulenten wil het Bestuur continueren. Gebleken is immers tijdens de looptijd van de nota "Samen Werken aan een gezond Eindhoven" dat de inzet van allochtone zorgconsulenten zijn vruchten heeft afgeworpen.

[7] In deze collegeperiode tenminste een verdubbeling van het aantal zones naar zes, met een uiteindelijke ambitie van veertien zones.

## Eén in uitvoering: strategische agenda

In het kader van de voorjaarsnota 2008-2011 "Eén in uitvoering" heeft het stadsbestuur de speerpunten voor het beleid in gemeentebrede programma's uitgewerkt. Om de ambities in deze programma's waar te maken investeert het College in werken op wijkniveau, dicht bij de burger en in nauwe samenwerking met de partners in de stad. Ingezet wordt ook op de gemeentelijke dienstverlening: deze wordt vraaggericht en gaat uit van één frontoffice waar de klant terecht kan.
De gemeentebrede programma's uit de strategische agenda die mede richtgegeven aan het lokaal gezondheidsbeleid, en waaraan het lokaal gezondheidbeleid een bijdrage levert, zijn met name:

- *Meedoen*

Alle Eindhovenaren moeten op een volwaardige manier mee kunnen doen in de maatschappij, ongeacht sociale, financiële, psychische en/of fysieke problemen. In het kader van dit programma wordt gezocht naar de belangrijkste risicofactoren die leiden tot sociale uitsluiting en de situatie van de uitsluiting zelf. Prioriteit hierbinnen wordt gegeven aan mantelzorg, vrijwilligerswerk, diversiteit, het Stedelijk Kompas (goede opvang en woonvoorzieningen voor dak- en thuislozen), het seniorenperspectief, de taskforce armoede en het beloningssysteem binnen de Wet Inburgering. Gezondheid is een belangrijke voorwaarde voor meedoen. Omgekeerd draagt "meedoen" ertoe bij dat mensen zich gezonder voelen.

- *Brainport voor iedereen*

De primaire focus van het Eindhovense Brainport programma ligt op een evenwichtige en duurzame economische ontwikkeling. Maar het programma is pas echt geslaagd als alle Eindhovenaren er baat bij hebben, in de vorm van onderwijskansen voor jongeren, reductie van (jeugd) werkloosheid, bevordering van uitkeringsonafhankelijkheid, kwaliteit van de zorg en kwaliteit van de openbare ruimte. Een vitale en innovatieve economie vormt de basis voor duurzame ontwikkeling van welvaart. Innovatieve toepassingen van technologie en domotica versterken de kwaliteit van zorg en verminderen mogelijk de druk op de reguliere (eerstelijns) zorg. De zorg biedt een "proeftuin" voor creatieve en innovatieve technologische toepassingen. Deze toepassingen kunnen bijdragen aan verbetering van de kwaliteit van leven en de gezondheidsbeleving.

- *Actieve jeugd*

Het programma "Actieve Jeugd" heeft tot doelstelling dat iedere jongere tot 23 jaar op school zit of werkt en daarnaast actief is in sport, cultuur en ontmoeting en zich inzet voor buurt en vereniging. In het kader van dit programma wordt geïnvesteerd in onderwijs (voorkomen schooluitval en SPIL-ontwikkeling), zorgstructuur en participatie aan het maatschappelijk verkeer in de meest brede zin. Een goede gezondheid draagt bij aan het vermogen van jeugdigen actief te zijn en actief zijn levert een bijdrage aan het voorkomen van isolement, psychosociale problematiek en gezondheidsproblemen.

- *Ambitie woningbouw/Wonen en wijkvernieuwing*

In het kader van dit programma wordt ingezet op het aanbieden van voldoende betaalbare woningen en wordt uitwerking gegeven aan de kwalitatieve en kwantitatieve ambities ten aanzien van de woningbouwproductie. Samenwerking met de woningbouwcorporaties is hierbij onmisbaar. Geïnvesteerd wordt in integrale wijkvernieuwing, waarbij sociale, economische, ecologische en ruimtelijke aspecten gelijk opgaan. In wijken waar sprake is van aanzienlijke leefbaarheidsproblemen wordt ingezet op wonen, werken, leren, integreren en veiligheid. In wijken met aanzienlijke leefbaarheidsproblemen hebben mensen vaker een slechtere gezondheid. Hun gezondheid wordt in deze wijken vaker negatief beïnvloed door een ongezonde leefomgeving binnens- en buitenshuis. Versterking van de medisch-milieukundige zorg en meer aandacht voor de gezondheidseffecten van fysieke ingrepen leveren een bijdrage aan de doelstellingen van het programma wonen- en wijkvernieuwing. Wijkvernieuwingstrajecten op hun beurt kunnen een bijdrage leveren aan de vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen tussen buurten.

- *Bereikbaarheid*

Doel van het programma bereikbaarheid is de bereikbaarheid van de stad en de regio te verbeteren, de verkeersveiligheid te verhogen en de luchtkwaliteit te verbeteren. Gekoerst wordt onder meer op het beheersen van de groei van het autoverkeer, het stimuleren van alternatieve vervoerswijzen, het versterken van een hoogwaardig woon- en leefklimaat in het middengebied van Eindhoven-Helmond en het bieden van een hoge kwaliteit van natuurwaarden en ecologische structuur in het gebied. Versterking van de medisch-milieukundige zorg en het vergroten van de aandacht voor gezondheidseffecten van fysieke, verkeerstechnische, ingrepen dragen bij aan de doelstellingen van dit programma.

- *Burgerparticipatie*

In het kader van het programma burgerparticipatie betrekt de gemeente bewoners, ondernemers en instellingen in alle fases van haar beleid. Actieve burgers worden ondersteund en gefaciliteerd wanneer zij zelf initiatieven nemen en worden gestimuleerd om zelf mee te denken en mee te werken aan zaken die voor hen belangrijk zijn. Het gedachtegoed in dit programma sluit aan bij het uitgangspunt in het lokaal gezondheidsbeleid dat mensen gestimuleerd moeten worden een gezonde keuze te maken en invulling te geven aan zelfmanagement. Waar nodig biedt de gemeente adequate ondersteuning.

- *Gebiedsgericht werken*

De gemeente Eindhoven streeft naar integraal gebiedsgericht programmeren. Deze werkwijze sluit goed aan bij de ontwikkeling binnen het lokaal gezondheidsbeleid en de Wmo nadrukkelijk de verbinding te zoeken tussen wonen, werken en zorg op wijkniveau. (Eerstelijns) gezondheidszorg wordt steeds meer integraal op wijkniveau aangeboden, om burgers zo lang mogelijk in de eigen woon- en leefomgeving zelfstandig te laten wonen. Ook leefstijlinterventies worden in toenemende mate middels een integrale aanpak op wijkniveau ingezet.

## Maatschappelijke Ontwikkelingen

### *Nieuwe rollen*

De rol van de gemeente in het gezondheidsbeleid is aan verandering onderhevig. Onder invloed van het rijksbeleid, lokale politieke keuzes en de maatschappelijke vraagstukken die aan de orde zijn verandert deze rol. De huidige rollen van de gemeente zijn te duiden met de termen "preventie" en "regie".

De organisatie en financiering van de zorg hebben per 1 januari 2006 grote veranderingen ondergaan. Met de invoering van onder meer de basisverzekering zijn de rollen van het rijk, de gemeente, de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars en de zorgconsumenten anders geworden.
De zorgconsument heeft meer keuzevrijheid gekregen en sluit een individueel contract met een zorgverzekeraar. Burgers worden in de positie gebracht zelf te kiezen voor gezondheid en de individuele verantwoordelijkheid wordt benadrukt. Daarnaast wordt er op de burger een beroep gedaan voor het verlenen van informele zorg en mantelzorg. De inrichting van de curatieve zorg laat het Rijk over aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars tezamen. Voor de gemeenten blijft het van belang dat er voldoende goede zorg beschikbaar is en dat deze (eerstelijns) zorg ook voldoende toegankelijk is voor alle burgers.

De rijksoverheid trekt de sturing van preventie meer naar zich toe, onder meer door een rijkspreventienota uit te brengen als richtsnoer voor lokaal beleid. Ook is er sprake van opschaling. Bepaalde gezondheidsgerelateerde thema's worden op regionaal, provinciaal of landelijk niveau aangestuurd of opgepakt. Te denken valt bijvoorbeeld aan enkele onderdelen van de infectieziektebestrijding. Overeind blijft dat de gemeente de belangrijkste verantwoordelijke is en de regie heeft over het lokaal gezondheidsbeleid. De gedachte daarbij is dat op gemeentelijk niveau het meest efficiënt en effectief een antwoord gevonden kan worden op geconstateerde gezondheidsproblemen. In het kader van monitoring en controle gaat de inspectie voor de volksgezondheid op basis van een indicatorenset na wat de stand van zaken is in een regio en of er ten aanzien van de gesignaleerde knelpunten voldoende inzet is gepleegd.

Niet alleen ten aanzien van het lokaal gezondheidsbeleid blijft de gemeente de belangrijkste verantwoordelijke. Ook de regie over andere, aan gezondheid gerelateerde, beleidsterreinen ligt bij gemeenten. De maatschappelijke ondersteuning voor chronisch zieken en gehandicapten wordt in de Wmo bij gemeenten neergelegd. Taken en middelen voor de huishoudelijke verzorging en de ondersteuning van mantelzorg worden overgedragen aan de gemeenten.

### *Samenhang zorg, wonen, welzijn en omgeving*

De tendens van "vermaatschappelijking van de zorg" zet zich voort. In de psychiatrie, de verstandelijke gehandicaptenzorg en in de ouderenzorg is sterk ingezet op extramuralisering. Cliënten die voorheen in instellingen werden opgevangen komen terug in de wijk en doen in toenemende mate een beroep op de reguliere zorg- en welzijnsvoorzieningen en op mantelzorgers. Het aanbod van eerstelijns organisaties en welzijnsorganisaties moet hierop worden afgestemd. Neveneffecten van de vermaatschappelijking zijn sociaal isolement, vereenzaming en de stijgende geestelijke gezondheidszorgproblematiek in de wijken. Vooral in sociaal-economisch zwakkere wijken is er minder veerkracht om de vermaatschappelijking op te vangen. Samenhang wordt gezocht in zorg, wonen, welzijn en omgeving als antwoord op deze problemen. Ook in de Wmo wordt de samenhang tussen deze elementen centraal gesteld. Dit leidt tot nieuwe woonzorgvisies, zoals de Eindhovense Woonservicezones en tot de inzet van projecten als "Gezond in de buurt".

In aansluiting op deze ontwikkeling komt de samenwerking tussen zorgaanbieders steeds meer tot stand op wijkniveau en vanuit een ketenbenadering gebaseerd op de vraag van de zorgbehoevende. De patiënt of cliënt wordt veeleisender en heeft, daartoe gestimuleerd door de overheid, steeds meer behoefte aan zelfstandigheid en zelfredzaamheid. "Meedoen" en "eigen verantwoordelijkheid" zijn steeds meer sleutelbegrippen.

### *Technologie*

Technologie krijgt een steeds grotere rol in de (gezondheids)zorg. Toepassing van technologie en domotica wordt gezien als mogelijke oplossing voor de mismatch tussen de toenemende zorgvraag en het verhoudingsgewijs dalende aantal (medische) hulpverleners. Innovatieve patiënt- en cliëntgerichte zorgarrangementen kunnen leiden tot afname van druk op de beschikbare gezondheidszorg en bijdrage aan het (langer) zelfstandig blijven wonen van zorgbehoevende burgers.

### *Core, Cure en Care*

In het verleden richtte gezondheidszorg zich vooral op "cure": genezen. Onder meer onder invloed van de grote druk op bestaande gezondheidszorgvoorzieningen is er sprake van een verschuiving.
Preventie wordt van steeds groter belang in het denken over gezondheidsbeleid en is essentieel voor het beheersbaar houden van het gezondheidszorgsysteem en de toename in de vraag naar zorg. Collectieve preventieprogramma's en het verhogen van het gezondheidspeil van de burger worden van toenemend belang. Door gerichte leefstijlinterventies naast collectieve programma's kan de druk op voorzieningen verminderd worden. Ook zorgverzekeraars erkennen in toenemende mate het belang van preventie, stemmen hun activiteiten hierop af en richten hun vergoedingensysteem hierop in. Naar verwachting zal de term "preventie" in de toekomst worden vervangen door de term "Core". Ofwel: de basis, de kern van de gezondheidszorg.

Er is niet alleen sprake van een verschuiving van "cure" naar "core", maar ook van "cure" naar "care". Door de vergrijzing en de toename van chronisch zieken is er in toenemende mate aandacht voor de verbetering of handhaving van kwaliteit van leven van zieke en/of hulpbehoevende burgers.

### *Versterking medisch-milieukundige zorg*

Het besef groeit dat gezondheid niet los gezien kan worden van de woon- en leefomgeving. Ook de rijksoverheid vraagt de aandacht van gemeenten voor het effect van binnen- en buitenmilieu op de gezondheid middels het actieplan gezondheid en milieu. Kou, vocht en schimmels, meer voorkomend in huurwoningen, veroorzaken overlast en kunnen leiden tot gezondheidsklachten. Verbrandingsgassen van geisers zonder afvoer en tabaksrook in woningen vormen een directe bedreiging van de gezondheid. Bronnen als verkeer en de industrie brengen grote hoeveelheden schadelijke stoffen in de lucht. Volgens recente schattingen kan ongeveer 2 tot 5% van de totale ziektelast in Nederland worden toegeschreven aan het fysieke milieu.

## 4. Hoe gezond is Eindhoven?

Het gemeentebestuur heeft als wettelijke taak de gezondheidssituatie in Eindhoven regelmatig te onderzoeken. De GGD voert dit uit. Naast continue analyse van registraties en vertaling van landelijke onderzoeken naar de Eindhovense situatie, vindt dit vanaf 2004 plaats door middel van vier surveys, die in provinciaal verband ieder vierjaarlijks worden gehouden[8]:

- De jeugdmonitor 0 tot en met 11 jarigen (eerste pilot is gehouden in 2004, volgende in 2008).
- De jeugdmonitor 12 tot en met 18 jarigen (eerste wordt gehouden in 2007).
- De gezondheidspeiling 19 tot en met 64-jarigen. (De meest recente is gehouden in 2005, volgende in 2009).
- De ouderenmonitor 65-jarigen en ouder. (De meest recente is gehouden in 2006, volgende in 2010).

In dit hoofdstuk wordt de gezondheidssituatie in Eindhoven op hoofdlijnen geschetst. Een uitgebreide beschrijving van de gezondheidsituatie is opgenomen in bijlage I bij deze nota.

### Gezondheidsbeleving

De Eindhovenaar oordeelt positiever over de eigen gezondheid dan de gemiddelde Nederlander. Laag opgeleide Eindhovenaren en Eindhovenaren die moeite hebben rond te komen beoordelen de eigen gezondheid vaker als matig tot slecht en dat geldt ook voor éénoudergezinnen en niet-westerse allochtonen. Eén op de vijf volwassen Eindhovenaren ervaart beperkingen als gevolg van lichamelijke ongezondheid en één op de zes door emotionele problemen.
Tussen buurten in Eindhoven bestaan grote verschillen in kwaliteit van leven. Negen buurten in Eindhoven springen er in negatieve zin uit: Genderdal, Tivoli, Mensfort, Vaartbroek, Bennekel-West/Gagelbosch, Limbeek, Groenewoud, Hemelrijken en Blaarthem. De verklaring hiervoor ligt in de combinatie van de aanwezigheid van bevolkingskenmerken (relatief veel inwoners met een lage sociaal-economische status en een relatief hoge vergrijzing) en fysieke buurtkenmerken (onder meer woningen van relatief slechte kwaliteit en ontevredenheid over de woonomgeving).

### Fysieke woon- en leefomgeving en milieu

Eindhovenaren worden in hun fysieke woon- en leefomgeving gehinderd door geluid en geur door onder meer wegverkeer, buren en vliegtuigen[9]. Ernstige geluids- en geurhinder komen meer voor bij gezinnen die moeite hebben rond te komen. Vooral woningen van deze gezinnen hebben te maken met zichtbare schimmel en/of vochtplekken. In de meeste woningen is er sprake van onvoldoende ventilatie.
Ten opzichte van de gemiddelde Brabander is de Eindhovenaar minder tevreden met de eigen woning en de woonomgeving. De Eindhovense buurten worden verschillend beoordeeld. In de buurten Drents Dorp, Groenewoud, Doornakkers-Oost, Hemelrijken en Lakerlopen is meer dan 20% ontevreden over de woonomgeving. In buurten waar men ontevreden is over de woonomgeving blijkt men meestal ook ontevreden over de woning.

[8] Voorheen was er een andere onderzoekscyclus, waarmee in 2003 een onderzoek gedaan is onder 15 tot en met 84-jarigen en in 2001 een jeugdmonitor heeft plaatsgevonden in het voortgezet onderwijs (klassikaal alle 2e en 4e klassers van het voortgezet onderwijs in Eindhoven).
[9] 17% van de inwoners heeft te maken met geluidsoverlast.

### Toename zorgbehoevende ouderen en chronisch zieken

Op basis van landelijke cijfers is de prognose dat het percentage 65-plussers zal toenemen tot 21,9% van de totale bevolking in 2050 (in 2005 14%). De kans op het ontwikkelen van een chronische ziekte of een lichamelijke beperking neemt toe met de leeftijd. In de te verwachten top 10 van chronische ziekten in 2015 in Eindhoven komen relatief veel ouderdomsziekten voor. Door de vergrijzing van de bevolking zal het aantal personen met een chronische ziekte de komende jaren sterk stijgen. In Eindhoven heeft één op de drie volwassenen één of meer chronische ziekten. Chronische ziekten komen meer voor bij laag opgeleiden, éénoudergezinnen en gezinnen die moeite hebben met rondkomen . Ook arbeidsongeschikten hebben meer chronische ziekten. Deze sociaal-economische verschillen zijn ook zichtbaar wanneer buurten met elkaar vergeleken worden

### Meer gezondheidsproblemen bij een grotere groep niet-westerse allochtonen

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) verwacht een toename van niet-westerse allochtonen in Nederland, met name in de grote steden. Door de vaak lage sociaal-economische positie van niet-westerse allochtonen, de psychosociale problematiek en de culturele verschillen in gezondheidsbeleving en geneeswijzen zal deze groep extra aandacht en zorg behoeven. De gemiddelde leeftijd van niet-westerse allochtonen in Nederland en in Eindhoven stijgt. Daarmee stijgt ook het aantal zorgbehoevende en chronisch zieke niet-westerse allochtonen. Allochtone ouderen vormen een specifieke aandachtsgroep, omdat zij door taal- en cultuurbarrières moeilijk toegang hebben tot het Nederlandse zorgsysteem.

### Beschikbaarheid en toegankelijkheid van eerstelijns zorg

Het tekort aan huisartsen lijkt minder te worden gevoeld dan voorheen, onder meer door het ontstaan van groepspraktijken en de inzet van praktijkondersteuners. Een deel van de Eindhovense bevolking maakt geen gebruik van eerstelijns zorg. Mogelijk blijkt een tekort in beschikbaarheid op het moment dat mensen gestimuleerd worden wél gebruik te maken van eerstelijns zorg.

### Toename psychosociale problematiek

Eén op de vier volwassen Eindhovenaren voelt zich psychisch ongezond. Psychische klachten omvatten gevoelens van psychische verstoring, zoals gevoelens van angst, depressie, slaapverstoring en stress. Dit kan leiden tot zichtbaar leed, een (gedeeltelijk) onvermogen tot functioneren en een verhoogd risico op sterfte, pijn en beperkingen. Vrouwen, personen die grote moeite hebben met rondkomen, mensen zonder opleiding of lager onderwijs, éénoudergezinnen en niet-westerse allochtonen voelen zich vaker psychisch ongezond dan anderen. Facetten die bijdragen aan psychisch ongezond voelen zijn:

- *Eenzaamheid*: Tien procent van de volwassen Eindhoven is (zeer) ernstig eenzaam.
- *Onveiligheid:* Eén op de drie volwassenen in Eindhoven voelt zich wel eens onveilig.
- *Relationeel geweld:* Van de Eindhovense volwassenen geeft 3% aan in de afgelopen vijf jaar slachtoffer te zijn geweest van relationeel geweld.
- *Openbaar geweld*:in de afgelopen vijf jaar is 11% van de Eindhovenaren slachtoffer geweest van openbaar geweld.

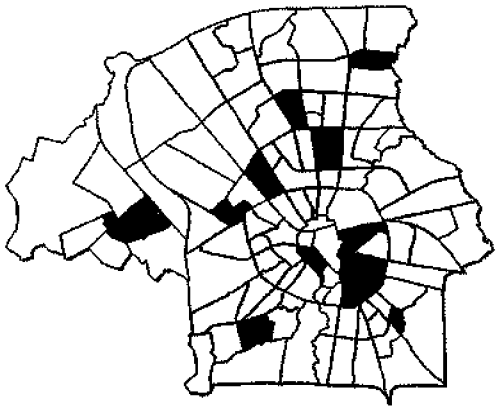
## Ongezonde leefwijze en risicogedrag

Tweederde van de totale sterfte in Eindhoven kan worden toegeschreven aan hart- en vaatziekten (38%) en aan kanker (28%). Belangrijke determinanten van hart- en vaatziekten zijn verhoogd cholesterol, verhoogde bloeddruk en roken. Van invloed op deze determinanten zijn overgewicht, lichamelijke inactiviteit, sociaal-economische status, psychosociale factoren en alcohol gebruik. Afhankelijk van het type kanker, neemt ook de kans op kanker toe door verschillende vormen van ongezond gedrag.
Weinig Eindhovenaren vinden de eigen leefstijl ongezond (7%). Mensen zijn zich blijkbaar onvoldoende bewust van hun eigen ongezonde leefstijl.

### *Overgewicht*

Van de volwassenen in Eindhoven is 42% te zwaar. Eén op de tien volwassenen (10%) heeft zelfs ernstig overgewicht ofwel obesitas. Op de kaart is te zien hoe de percentages voor overgewicht in de verschillende buurten in Eindhoven verschillen.

- Buurten waar minder dan 30% van de volwassenen overgewicht (inclusief obesitas) heeft.
- Buurten waar 50% of meer volwassenen overgewicht (inclusief obesitas) heeft.



Bron: ggd-eindhoven

*Overgewicht per buurt (%).*

Mensen met een lage sociaal economische status (SES) hebben vaker matig en ernstig overgewicht dan anderen. Overgewicht wordt in sterke mate bepaald door ongezond eet- en beweeggedrag.

### *Overmatige alcoholconsumptie*

Eén op de drie volwassenen Eindhovenaren drinkt teveel. Opvallend is dat van mannen tussen de 19 en 24 jaar en tussen de 55 en 64 jaar ruim 45% niet voldoet aan de norm verantwoord alcoholgebruik[10].
Overmatig drankgebruik[11] en zwaar drinken[12] komen onder jonge mannen het meest voor. In Eindhoven drinkt circa 19% van de mannen overmatig; van de vrouwen is dat 11%. In Eindhoven zijn er, vergeleken met landelijke cijfers, meer zware drinkers.

---

10 De norm voor verantwoord alcohol gebruik is voor mannen: max. 5 glazen alcohol per dag, max. 5 dagen per week (max. 21 glazen/week). En voor vrouwen: max. 3 glazen alcohol per dag en max. 5 dagen per week (max. 14 glazen/week)

11 Overmatig alcoholgebruik: mannen meer dan 21 glazen per week, vrouwen meer dan 14 glazen per week.

12 Zwaar drinken: mannen minimaal één keer per week minimaal 6 glazen per dag (vrouwen 4)

*Roken*

Drie op de tien volwassenen in Eindhoven rookt. Zo'n 4% van de volwassenen in Eindhoven is een zware roker (21 of meer sigaretten per dag). Mannen roken meer dan vrouwen. Het percentage rokers is het hoogst in de middelbare leeftijdscategorie. In de jongste leeftijdsgroep komen zware rokers het minst voor, bij zowel mannen als vrouwen. Mensen met een lage sociaal-econonomische status roken vaker en zwaarder dan anderen.

Niet alleen actief roken is ongezond. Ook passief roken. Roken is de sterkste vervuiler van de binnenlucht. In Nederland sterven jaarlijks naar schatting enkele honderden mensen aan longkanker en enkele duizenden aan hartaandoeningen als gevolg van passief roken.

*Drugs*

In Eindhoven heeft 27% ooit softdrugs gebruikt en 9% harddrugs. Deze cijfers liggen ruim boven het landelijk gemiddelde. De actuele drugsgebruikers zijn voornamelijk terug te vinden in de jongere leeftijdsgroepen

*Soa en seksueel risicogedrag*

Door een toename van seksueel risicogedrag is er sprake van een toename van het aantal gevonden Seksueel Overdraagbare Aandoeningen[13] (SOA). In 2006 vonden bij de GGD in Eindhoven 1339 SOA-consulten plaats, tegen 937 consulten in 2005. Bij 19% van de consulten werd een SOA geconstateerd[14]. In totaal vertoont 2% van de Eindhovense bevolking (15-84 jaar) seksueel risicogedrag. Onder homoseksuelen is de toename van SOA sterker dan onder andere bevolkingsgroepen. Mogelijke oorzaak hiervoor is de afgenomen angst voor HIV-besmetting door het beschikbaar komen van een therapie en waarschijnlijk een toegenomen onveilig seksueel gedrag. Ook prostituees en prostituanten vormen een risicogroep voor SOA.

## De gezondheidssituatie van kinderen en jongeren

Een verhoudingsgewijs groot percentage jongeren beweegt te weinig en heeft ongezond eetgedrag, zich uitend in de consumptie van te weinig groente en fruit en ongezond ontbijtgedrag.
Van de 0 tot 11 jarigen heeft 14% wel eens alcohol gedronken. Van de 15-19 jarigen rookt 16%, terwijl dat bij de 20-24 jarigen al 38% is. Overmatig alcoholgebruik komt bij jongeren meer voor dan bij ouderen Ook het gebruik van drugs is bij jongeren relatief hoog.
Van de kinderen in de leeftijd van 0 tot 11 jaar heeft 7% een matige tot slechte gezondheid[15] en 27% heeft één of meer chronische aandoeningen. Bijna 80% van de groep 15-29 jarigen beoordeelt de gezondheid als goed of heel goed en 2% als slecht of zeer slecht. Jongeren zijn vaker slachtoffer van agressie dan anderen. Ten opzichte van het Eindhovens gemiddelde komt bij de groep 15-19 jarigen nog relatief weinig overgewicht voor. Toch is nog altijd één op de negen jongeren te dik.

Kinderen hebben niet alleen te maken met fysieke gezondheidsproblemen, maar ook met psychosociale. Ongeveer 14% van de kinderen in de derde klas van het voortgezet onderwijs heeft een psychosociaal probleem, variërend van problemen thuis, problemen met het eigen lichaam, faalangst en lusteloosheid, tot agressief gedrag en stelen, sociale problemen en schoolproblemen. Van de kinderen in de leeftijdscategorie van 4 tot 11 jaar heeft 26% de afgelopen 2 jaar een zorgelijk life-event meegemaakt. 12% heeft weinig zelfvertrouwen en 10% kampt met negatieve emoties.

---

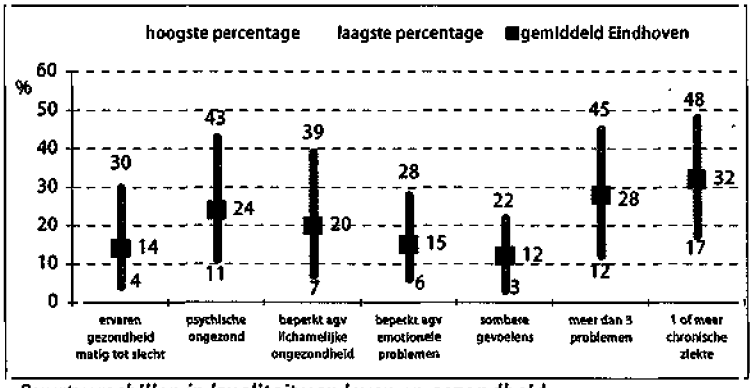
[13] Het aantal gevonden SOA neemt meer toe dan op basis van het groeiende aantal bezoekers van de SOA-poli mag worden verwacht.
[14] Voor Zeeland en Brabant samen geldt een vindpercentage van 15,3% in 2006
[15] Jeugdmonitor 2005

De fysieke woonomgeving is van invloed op de wijze waarop kinderen hun gezondheid en welzijn ervaren. Kinderen missen in hun buurt vaak een speelgelegenheid, voldoende activiteiten voor kinderen en mogelijkheden om alleen buiten te spelen. Ook hebben kinderen hinder van een slecht binnenmilieu, wanneer zij te maken hebben met schimmel of vocht in de woning en thuis rokende ouders.

### Rode draad: sociaal-economische gezondheidsverschillen

De gezondheid van mensen met een lage sociaal-economische status (SES) is op bijna alle fronten slechter dan die van de Nederlander met een hoge sociaal-economische status. Zij ervaren hun gezondheid vaak als minder goed en ze hebben vaker chronische aandoeningen en beperkingen. Het verschil in levensverwachting voor mensen met alleen lager onderwijs ten opzichte van mensen met hoger onderwijs bedraagt voor mannen 2,6 jaar en voor vrouwen 4,9 jaar. Het verschil in levensverwachting in goede ervaren gezondheid tussen beide groepen is voor mannen zelfs 15,8 jaar en voor vrouwen 14,0 jaar (van Herten, 2002).

Grote steden zijn vindplaatsen van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Dit verschil is vooral het gevolg van de opstapeling van gezondheidsproblemen in achterstandswijken. Daarbovenop lijkt het wonen in een achterstandswijk van een grote stad een extra risico voor de gezondheid van de bewoners. Hiermee is de wijk niet alleen vindplaats van gezondheidsachterstanden, maar ook oorzaak. Tussen buurten in Eindhoven bestaan grote verschillen in kwaliteit van leven.




*Buurtverschillen in kwaliteit van leven en gezondheid*

Mensen met een lagere sociaal-economische status leven over het algemeen ongezonder (meer alcoholgebruik, roken, overgewicht en minder sporten) en wonen en werken in ongunstiger omstandigheden dan mensen met een betere sociaal-economische status. De verschillen in gezondheid en leefstijl tussen deze groepen zijn de afgelopen tijd niet veranderd.

## 5. Wat doen we aan volksgezondheid in Eindhoven?

### Visie en missie

Voor de vormgeving van het lokaal gezondheidsbeleid in Eindhoven is uitdrukkelijk de afstemming gezocht met het beleidsplan Wmo dat eveneens in 2007 wordt vastgesteld. Voor het beleidsplan Wmo en de nota lokaal gezondheidsbeleid is één gezamenlijke visie geformuleerd. Vanuit deze visie worden afzonderlijke speerpunten en doelstellingen voor de Wmo en het gezondheidsbeleid benoemd. De speerpunten voor het lokaal gezondheidsbeleid worden in deze lokale nota beschreven. De verdere uitwerking en concretisering vinden plaats in een op de nota volgend uitvoeringsprogramma.

De visie voor de Wmo en het lokaal gezondheidsbeleid in Eindhoven gaat uit van [16]:

"

**W = Weerbaar: weerbare burgers, die geleerd hebben op eigen kracht te leven.**

**M = Meedoen: burgers die actief meedoen aan de samenleving, organisaties die hen daarbij ondersteunen en samenwerken plus een overheid die faciliteert en intervenieert waar nodig.**

**O = Ondersteuning: biedt "zekerheid" dat bij kwetsbaarheid/afhankelijkheid de overheid en organisatie adequate ondersteuning bieden."**

In het kader van de kerntakendiscussie[17] is door de gemeenten die deelnemen aan de GGD Brabant-Zuidoost de missie van gemeenten vastgesteld met betrekking tot het lokaal gezondheidsbeleid. Deze missie luidt als volgt[18]:

[16] Wmo: Kansen voor Eindhoven, visie, kaders, keuzes en gevolgen", Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling Sector Visie en Programmering, September 2006.
[17] De 21 gemeenten die deelnemen aan de GGD Brabant-Zuidoost voeren met het oog op de fusie per 1 januari 2008 een kerntakendiscussie om het gezamenlijk takenpakket en het contracttakenpakket van de GGD vast te stellen.
[18] Kadernota kerntaken GGD, april 2007.

"

**De gemeentelijke missie op het terrein van de volksgezondheid is de kwaliteit van het leven te laten toenemen door lichamelijke-, geestelijke- en sociale gezondheid te bevorderen.**
**Dit door:**

- **gezondheidsrisico's tijdig te signaleren en daarop in te spelen;**
- **preventie van volksziekten, mede via het bevorderen van gezond gedrag en gezonde voeding met als rijksspeerpunten het terugdringen van roken, alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie;**
- **gezondheidsverschillen tussen sociaal-economische groepen te verkleinen;**
- **te bevorderen dat met toename van de gemiddelde levensverwachting ook het aantal gezonde jaren toeneemt;**
- **uitvoering te geven aan de wettelijke taken uit de Wcpv, gericht op collectieve preventie, waarbij speciale aandacht voor de invloed van de leefstijl en fysieke omgeving op de gezondheid en het welbevinden van burgers groter wordt."**

Kort gezegd is de hoofddoelstelling van gezondheidsbeleid het behalen van gezondheidswinst. De hoofddoelstelling van de Wmo is meedoen. Dat er een duidelijke relatie is tussen deze hoofddoelstellingen is evident. Een goede gezondheid is een voorwaarde voor meedoen en gezondheidsbelemmeringen verhinderen maatschappelijke participatie. Uit onderzoek blijkt dat gezondheid een nog belangrijkere factor is voor meedoen dan inkomen of opleiding. Omgekeerd geldt ook dat meedoen bijdraagt aan welzijn en gezondheid. Aangetoond is dat mensen die niet werken of in een sociaal isolement verkeren ongezonder zijn.

De visie en de missie met betrekking tot het lokaal gezondheidsbeleid van de gemeente Eindhoven krijgen gestalte door de reguliere taken die onder regie van de gemeente Eindhoven worden uitgevoerd en middels programma's en projecten die in aanvulling op de reguliere taken een bijdrage leveren aan de speerpunten die voor de periode 2007-2010 zijn geformuleerd.

De rode draad voor de komende vier jaar wordt gevormd door de samenhang tussen een lage sociaal-economische status en gezondheid.

## Speerpunten

De gemeente Eindhoven kiest ervoor om voor het lokaal gezondheidsbeleid in te zetten op een beperkt aantal speerpunten en voorts ernaar te streven gezondheid breed te verankeren in het gemeentelijk beleid (facetbeleid). De nadruk ligt op een gebiedsgerichte aanpak die vooral preventief van karakter is.

Op 7 juni 2007 hebben (eerstelijns) gezondheidsinstellingen, maatschappelijke- en welzijnsorganisaties, het zorgkantoor, gemeentelijke diensten en patiënten- en cliëntenorganisaties met elkaar gesproken over de speerpunten en prioritaire thema's voor de nota lokaal gezondheidsbeleid van de gemeente Eindhoven voor de periode 2007 – 2010. Aan de hand van de evaluatie van de vorige nota "Samen werken aan een gezond Eindhoven", inzicht in maatschappelijke ontwikkelingen en een beschrijving van de huidige gezondheidssituatie in de stad is gesproken over de uitdagingen waar de stad voor staat. Dit heeft geleid tot een aantal breed gedragen speerpunten:

1. Eén in gezonde leefstijl
2. Eén in gezonde buurten
3. Eén in gezonde zorg

In ogenschouw nemen we daarbij dat een oplossing voor het ene gezondheidsprobleem ook invloed kan hebben op een ander probleem. Het stimuleren van sport en beweging bijvoorbeeld draagt bij aan de bestrijding van overgewicht, maar ook aan het bevorderen van sociale cohesie in de wijk en preventie van depressie. De drie speerpunten hangen onderling sterk samen en beïnvloeden elkaar.

De speerpunten die door de Eindhovense partners naar voren zijn gebracht en nu de kern vormen van de nota "Eindhoven: Eén in Gezondheid" hebben zowel betrekking op het "wat" als op het "hoe". Het betreft speerpunten op inhoud en op vorm: met welke thema's gaan we in Eindhoven aan de slag en welke werkwijze hanteren we daarbij?

In de benaming van de speerpunten komt de essentie van zowel de inhoud als de werkwijze tot uitdrukking. Kernpunten zijn: inzetten op gezonde leefstijl en gezond gedrag, op een gezonde sociale en fysieke woon- en leefomgeving en op de beschikbaarheid van voldoende toegankelijke zorg. De toevoeging van "één" is een aanduiding voor de wijze waarop we deze inzet plegen: door intensieve samenwerking met en tussen alle betrokken partners in de stad, door een integrale werkwijze en door niemand buiten de boot te laten vallen. Deze werkwijze komt ook tot uitdrukking in de uitvoeringsstructuur van de nota, die in hoofdstuk 6 wordt beschreven. De verdere uitwerking van de speerpunten krijgt vorm in een uitvoeringsprogramma, waarin wettelijke (reguliere) taken en aanvullend beleid concreet zullen worden beschreven, met inbegrip van te behalen resultaten en te bereiken effecten.

***Eén in gezonde leefstijl***

Binnen het speerpunt "Eén in gezonde leefstijl" gaat het om het bevorderen van een gezonde leefstijl en gezond gedrag. In het bijzonder gaat het om het stimuleren van het maken van de gezonde keuze en het realiseren van gunstige randvoorwaarden daarvoor. Prioritaire thema's binnen dit speerpunt zijn de preventie en het tegengaan van:

1. overgewicht (daarmee wordt tevens gewerkt aan preventie van diabetes)
2. psychosociale problemen en depressie
3. overmatig alcoholgebruik

De aanpak van deze prioritaire thema's is vooral preventief. Voorkomen is beter dan genezen. Uitdrukkelijk worden de prioritaire thema's in samenhang aangepakt, in plaats van ieder afzonderlijk. De keuze voor een gezonde leefstijl moet aantrekkelijk zijn voor de Eindhovense burger. En deze gezonde keuze richt zich niet alleen op hier genoemde afzonderlijke prioritaire thema's, maar op een gezonde leefstijl als geheel. Een gezonde leefstijl en daarmee samenhangend, gezondheidswinst, worden niet bereikt door alleen gezond eten, voldoende bewegen of matig alcohol gebruik. Het gaat om gezonde leefstijl in al zijn facetten. Hier niet specifiek als thema benoemde leefstijlaspecten, zoals bijvoorbeeld roken, drugsgebruik, seksueel risicogedrag en mondgezondheid, worden in deze integrale aanpak niet vergeten, al ligt op deze leefstijlelementen niet de nadruk. Omdat de preventie van ongezond gedrag op verschillende vlakken deels op dezelfde wijze kan worden aangepakt en deels dezelfde risicogroepen betreft, kunnen met een integrale aanpak of efficiënte wijze goede resultaten worden geboekt. De elementen die bijdragen aan een gezonde leefstijl hangen sterk met elkaar samen. Zo levert gezond beweeg- en eetgedrag een bijdrage aan de preventie van psychosociale problemen en depressie. Omgekeerd heeft preventie van psychosociale problemen en depressie (onder meer via het vergroten van de weerbaarheid) een positief effect op het vermogen van mensen de keuze te maken voor een gezondere leefstijl.

De ambitie van het speerpunt "Eén in gezonde leefstijl " is de keuze voor een gezonde leefstijl in al zijn facetten voor Eindhovenaren aantrekkelijk te maken en te stimuleren, zodat gezondheidsrisico's worden voorkomen en vanuit preventie gezondheidswinst wordt geboekt.

De speerpunten "Eén in gezonde buurten" en "Eén in gezonde zorg" zijn van invloed op het speerpunt "Eén in gezonde leefstijl". Fysieke en sociale omgeving, en interventies op deze terreinen zoals armoedebeleid, wijkvernieuwing en reïntegratiebeleid, beïnvloeden de leefstijl en de keuze voor gezond gedrag. De eerstelijns zorg kan een rol van betekenis spelen op het gebied van leefstijlbeïnvloeding.

Verschillen in gezondheid hangen samen met verschillen in sociaal-economische status. De keuze voor een gezonde leefstijl kan worden belemmerd door armoede, omdat gezonde voeding en deelname aan sport bijvoorbeeld te duur zijn. De sociale en economische situatie maakt het dan moeilijk vaste, ongezonde, patronen te doorbreken.

Uit de beschrijving van de gezondheidssituatie van Eindhoven blijkt welke groepen ten aanzien van overgewicht, overmatig alcoholgebruik, psychosociale problematiek en depressie risico lopen. Aan de keuze voor een gezonde leefstijl bij deze doelgroepen wordt extra aandacht besteed. Het gaat dan met name om mensen met een lage sociaal-economische status (reductie sociaal-economische gezondheidsverschillen), jeugd en jongeren en (allochtone) ouderen.

Kinderen, jongeren en hun ouders vormen een belangrijke doelgroep. Een eenmaal gevestigde leefstijl is moeilijk te beïnvloeden. Vroegsignalering, een ketengerichte aanpak, het monitoren van risico's en het bieden van opvoedingsondersteuning zijn essentieel. Aansluiting wordt hier gezocht met het jeugdbeleid en de ontwikkelingen met betrekking tot het centrum voor jeugd en gezin.

Voorbeelden van projecten die middels het uitvoeringsprogramma een plaats verdienen in het kader van het speerpunt "Eén gezonde leefstijl" zijn onder meer het project "De familie lekkerbek in balans", KIVPA (korte indicatieve vragenlijst psychosociale problemen bij adolescenten) en "Samen starten".

Te behalen doelstellingen binnen het speerpunt "Eén in gezonde leefstijl" zijn[19]:

- Meer Eindhovenaren kiezen voor een gezonde leefstijl (zich onder meer uitend in de consumptie van voldoende groenten en fruit, gezond ontbijtgedrag, voldoende beweging)
- Het verschil in ongezonde leefstijl tussen hoge en lage SES-groepen (sociaal economische status) neemt niet verder toe.
- Het percentage kinderen in Eindhoven met overgewicht daalt
- Het percentage volwassenen met overgewicht in Eindhoven neemt niet verder toe
- Een groter percentage Eindhovenaren beoordeelt zijn fysieke gezondheid als goed, zeer goed of uitstekend
- Het overmatig alcohol gebruik onder jongeren neemt af
- Het overmatig alcohol gebruik onder volwassen Eindhovenaren stabiliseert
- Een groter percentage Eindhovenaren voelt zich psychisch gezond
- Het risico op psychosociale problematiek bij jongeren vermindert

***Eén in gezonde buurten***

In het speerpunt "Eén in gezonde buurten" staat een gezonde sociale en fysieke woon- en leefomgeving centraal. Voor een gezonde sociale woon- en leefomgeving is sociale cohesie van groot belang, maar ook aandacht voor de invloed van de woon- en leefomgeving op de gezondheid. Binnen dit speerpunt zijn de prioritaire thema's:

1. Sociaal-economische gezondheidsverschillen mogen niet verder toenemen.
2. Stimuleren van participatie van mensen die vanwege langdurige gezondheidsproblemen niet deelnemen aan de samenleving.
3. Preventie van eenzaamheid en depressie onder andere middels de bevordering van sociale cohesie.
4. Versterken van de samenhang tussen wonen, werken, zorg en leefomgeving, onder meer middels woonservicezones
5. Versterken van aandacht voor effecten van milieu en woon- en leefomgeving op leefstijl en de gezondheid: gezondheid moet een rol spelen bij beslissingen op het gebied van ruimtelijke ordening en milieu.

De ambitie in dit speerpunt is onaanvaardbare grote gezondheidsverschillen ten gevolge van sociaal-economische status niet verder te laten toenemen. Door een geïntegreerde aanpak van de sociale en fysieke omgeving in combinatie met leefstijl en (gezondheids)netwerken wordt aan versterking van de gezondheidsituatie gewerkt. Veel van de activiteiten binnen de speerpunten "Eén in gezonde leefstijl" en "Eén in gezonde zorg" hebben een ondersteunend effect op aanpak van de thema's binnen het speerpunt "Eén in gezonde buurten" en sociaal-economische gezondheidsverschillen in het bijzonder.

Bij het speerpunt "Eén in gezonde buurten" gaat het om het, in samenhang met de buurtgerichte aanpak van leefstijlinterventies, zoveel mogelijk wegnemen van fysieke en sociale belemmerende factoren en het creëren van fysieke en sociale stimulansen in de directe leefomgeving van mensen. Dit geldt zowel voor bestaande wijken als voor nieuwbouwwijken en wijkvernieuwing. Samenwerking tussen burgers en organisaties op buurtniveau is hierbij van groot belang.
Net als voor het speerpunt "Eén in gezonde leefstijl" geldt dat de nadruk ligt op preventie. Uit de epidemiologische gegevens blijkt welke groepen ten aanzien van ieder van deze speerpunten extra aandacht behoeven. Het gaat binnen dit speerpunt vooral om mensen met een lage sociaal-economische status, (allochtone) ouderen, mensen met een handicap, kinderen en jongeren.

[19] Gemeten ten opzichte van de in 2007 beschikbare meest recente cijfers uit gezondheidspeilingen/monitors van GGD Brabant-Zuidoost en de gemeente Eindhoven.

De activiteiten in het kader van het speerpunt "Eén in gezonde buurten" worden ingezet waar ze het meest effectief zijn. Dat is het geval in wijken en buurten waar de gezondheidssituatie het meest problematisch is, maar ook waar de kansen op succes het grootst zijn omdat ingespeeld kan worden op ontwikkelingen als wijkvernieuwing of nieuwbouw. Bovendien wordt gekeken in welke mate er een voedingsbodem is voor preventie en of kan worden aangesloten bij bestaande ontwikkelingen en activiteiten. Zo biedt de extra aandacht die uitgaat naar de zogenaamde 'Vogelaar-wijken' een kans om aan te sluiten met gezondheidsbevorderende programma's.

Wijken en buurten waar veel mensen wonen met een lagere sociaal-economische status kennen meer gezondheidsproblemen. Dat hangt samen met de ongezondere leefstijl van mensen met een lagere sociaal-economische status, maar veelal ook met de slechtere fysieke en milieutechnische omstandigheden waarin wordt gewoond, gewerkt en geleefd.

Voorbeelden van projecten die middels het uitvoeringsprogramma een plaats verdienen in het kader van het speerpunt "Eén in gezonde buurten" zijn "Gezond in de Buurt"(wijkgezondheidswerk) en "Gezondheidseffectscreeningen". Gezondheidseffectscreeningen zijn screeningen die bij grote ruimtelijke veranderingen als wijkvernieuwingstrajecten de gezondheidseffecten in beeld brengen, zodat met deze gezondheidseffecten rekening gehouden kan worden en een zo gezond mogelijke woon- en leefomgeving gerealiseerd kan worden, die uitnodigt tot gezond gedrag (voldoende bewegen) en die optimaal toegankelijk is voor mensen met een handicap.

Te behalen doelstellingen binnen het speerpunt "Eén in gezonde buurten" zijn[20]:

- De sociaal-economische gezondheidsverschillen nemen niet verder toe
- Minder Eindhovenaren voelen zich door lichamelijke en psychische problemen beperkt
- Er is meer samenhang ontstaan tussen wonen, werken, zorg en leefomgeving (onder meer door versterking van de woonservicezones), waaroor mensen zo lang als ze dat willen en mogelijk is zelfstandig in de eigen woonomgeving kunnen blijven wonen
- Binnenmilieu is een aandachtspunt binnen bouwprojecten geworden (zowel bij nieuwbouw als bij bestaande bouw)
- Er is meer aandacht voor binnenmilieu op scholen, in kindercentra en in woningen, waardoor onder meer gedrag met betrekking tot ventileren wordt verbeterd
- Bij grote ruimtelijke beslissingen (wijkvernieuwingstrajecten, nieuwbouwwijken) wordt gezondheid als aandachtspunt betrokken

[20] Gemeten ten opzichte van de in 2007 beschikbare meest recente cijfers uit gezondheidspeilingen/monitors van GGD Brabant-Zuidoost en de gemeente Eindhoven.

***Eén in gezonde zorg***

Voldoende beschikbare en toegankelijke (eerstelijns)zorg staat centraal bij het speerpunt "Eén gezonde zorg". Prioritaire thema's binnen dit speerpunt zijn:

1. Stimuleren van voldoende en toegankelijke voorzieningen voor het toenemend aantal zorgbehoevende (allochtone) ouderen en chronisch zieken en kwetsbare personen als verslaafden, (ex)psychiatrische patiënten, dak- en thuislozen.
2. Versterking van zelfmanagement, met aandacht voor ondersteuning op maat van zwakkeren die niet tot zelfmanagement in staat zijn.
3. Versterking en ondersteuning van mantelzorg en vrijwilligers.
4. Versterken van de afstemming van zorgvraag en zorgaanbod
5. Stimuleren van de inzet van technologie, domotica en technologische toepassingen.

Een laagdrempelige en op de behoefte afgestemde zorg is onmisbaar voor het verbeteren van de kwaliteit van leven als de gezondheid slechter wordt. Om te voorkomen dat mensen buiten de boot vallen is een sluitende aanpak van hulpaanbod en voorzieningen nodig. Het op tijd signaleren van onvoldoende zorg en onvervulde zorgbehoefte is van groot belang. Mensen moeten op tijd worden toegeleid tot zorg en er moet afstemming plaatsvinden tussen de aanbieders van zorgvoorzieningen om vooral kwetsbaren goed te kunnen helpen. De eerstelijns zorg kan een rol van betekenis spelen waar het gaat om preventie en de buurtgerichte aanpak van leefstijl en gezond gedrag. Meer samenwerking en afstemming (ketenzorg) tussen eerste en tweede lijns zorg vraagt aandacht.

De ambitie van dit speerpunt is de structuur van gezondheid- en zorgvoorzieningen op orde te hebben, zodat de gezondheidstructuur in de stad drie functies in samenhang en samenwerking vervult:

- de preventie- en signalerende functie (core): gericht op het voorkomen van gezondheidsproblemen;
- de "cure"functie; gericht op de behandeling van ziekten;
- de "care"functie; gericht op verzorgen in geval van ziekte of beperking.

De nadruk bij dit speerpunt ligt op preventieve activiteiten

Te behalen doelstellingen binnen het speerpunt "Eén in gezonde zorg" zijn[21]:

- (allochtone) burgers weten beter de weg naar zorg te vinden en tonen zich meer tevreden over de beschikbaarheid en toegankelijkheid van (eerstelijns) zorgvoorzieningen
- informatie over gezondheidsproblemen, doelgroepen en vindplaatsen is beschikbaar, bruikbaar en toegankelijk voor alle betrokken hulpverleners
- innovatieve technologische hulpmiddelen worden ingezet om burgers langer verantwoord in hun eigen woonomgeving te laten wonen en hun zorgvraag te beantwoorden.

Voorbeelden van projecten die middels het uitvoeringsprogramma een plaats verdienen in het kader van het speerpunt "Eén gezonde zorg" zijn het consultatiebureau voor senioren en de inzet van allochtone zorgconsulenten.

[21] Gemeten ten opzichte van de in 2007 beschikbare meest recente cijfers uit gezondheidspeilingen/monitors van GGD Brabant-Zuidoost en de gemeente Eindhoven.

## Wettelijke taken

De Eindhovense speerpunten voor het lokaal gezondheidsbeleid geven richting aan het gezondheidsbeleid voor de stad voor de periode 2007-2010. Om de gestelde doelstellingen te bereiken wordt een uitvoeringsprogramma geformuleerd. In dit uitvoeringsprogramma wordt beschreven welke wettelijke (reguliere) gemeentelijke taken op het gebied van gezondheidsbeleid bijdragen aan het bereiken van de doelstellingen en in welke mate[22]. Daarnaast wordt ook aanvullend beleid beschreven: welke inspanningen en initiatieven worden ondernomen in aanvulling op de wettelijke (reguliere) taken om de ambities te realiseren[23].

De Wet collectieve preventie volksgezondheid schrijft voor welke taken de gemeente op het gebied van lokaal gezondheidsbeleid tenminste heeft te vervullen. Deze taken omvatten in ieder geval collectieve preventie, infectieziektenbestrijding en jeugdgezondheidszorg.

### *Collectieve preventie*

Tot het reguliere takenpakket van de gemeente behoort de totstandkoming en continuïteit van collectieve preventie te bevorderen en zorg te dragen voor de samenhang binnen de collectieve preventie en de afstemming tussen collectieve preventie en curatieve zorg. Om hieraan invulling te kunnen geven zorgt de gemeente in ieder geval voor:

- het verwerven van inzicht in de lokale gezondheidssituatie van de bevolking;
- het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;
- het bijdragen aan preventieprogramma's;
- het bevorderen van medisch-milieukundige zorg, onder andere bij rampen;
- het bevorderen van technische hygiënezorg;
- het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg[24].

In het kader van de gemeentelijke opdracht de volksgezondheid te bewaken, te bevorderen en te beschermen werken verschillende diensten en organisaties in de stad en de regio samen. Een groot deel van de taken met betrekking tot collectieve preventie zijn verbonden aan de basistaken van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) Brabant-Zuidoost, waaronder medisch-milieukundige zorg, technische hygiënezorg en de epidemiologische functie. Middels deze epidemiologische functie en de daarmee verbonden monitorcyclus wordt inzicht verworven in de lokale gezondheidssituatie van de bevolking. De GGD Brabant-Zuidoost heeft een regionale paragraaf gezondheidsbevordering in voorbereiding, waarin beschreven wordt hoe op regionaal niveau vorm gegeven kan worden aan collectieve preventie ten aanzien van leefstijlgerelateerde thema's. De uitwerking van deze regionale paragraaf zal bij de vormgeving van het uitvoeringsprogramma worden betrokken.

---

22 Deze gemeentelijke taken worden deels door de gemeente zelf uitgevoerd en deels door partners in de stad, waaronder GGD en Lumens.

23 Mogelijk is een klein deel van de wettelijk verplichte taken niet direct onder te brengen bij één van de speerpunten. Deze taken zullen worden ondergebracht in een categorie "overige wettelijke taken" binnen het uitvoeringsprogramma.

24 Grotendeels nu ondergebracht in de Wmo, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen.

*Infectieziektebestrijding*

Ook de uitvoering van de infectieziektebestrijding hoort tot het reguliere takenpakket van de gemeente. Naast de taken beschreven in de Infectieziektewet omvatten de taken van de gemeente met betrekken tot infectieziektebestrijding tenminste:

- algemene infectieziektebestrijding;
- bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen (soa), waaronder aids;
- tuberculosebestrijding;
- bron- en contactopsporing bij vermoeden van uitbraken van infectieziekten;
- beantwoorden van vragen uit de bevolking;
- geven van voorlichting en begeleiding.

Net als voor de taken op het gebied van collectieve preventie geldt dat een groot deel van de uitvoering van deze taken door de gemeente Eindhoven wordt uitbesteed aan de GGD Brabant-Zuidoost. Infectieziektebestrijding werkt aan het voorkomen van de introductie en verspreiding van infectieziekten en het verminderen van de gevolgen van infectieziekten.

*Jeugdgezondheidszorg*

Tot het wettelijke takenpakket van de gemeente met betrekking tot lokaal gezondheidsbeleid behoort ook de zorg voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg. De gemeente moet zorgdragen voor:

- het verwerven van inzicht in de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
- het ramen van de behoefte aan zorg;
- de vroegtijdige opsporing en preventie van een aantal specifieke stoornissen en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het rijksvaccinatieprogramma;
- het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

De gemeente is verantwoordelijk voor de jeugdgezondheidszorg voor 0 tot 19 jarigen. In het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg wordt voorgeschreven welke contactmomenten gemeenten moeten realiseren. De zorg voor 0 tot 4 jarigen is ondergebracht bij de thuiszorg, de zorg voor 4 tot 19 jarigen bij de GGD. Ingezet wordt op het stimuleren van samenhang in de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar en de samenwerking tussen thuiszorg en GGD. Vroegsignalering van gezondheidsbevorderende en gezondheidsbedreigende factoren behoort tot de kerntaken van de jeugdgezondheidszorg. Ter ondersteuning van een goede uitvoering van de jeugdgezondheidszorg en het waarborgen van goede informatieoverdracht tussen betrokken organisaties wordt gewerkt aan het wettelijk verplichte Elektronisch Kinddossier (EKD). Middels de jeugdmonitoren van de GGD Brabant-Zuidoost (0 tot en met 11 jarigen en 12 tot en met 18 jarigen) wordt de gezondheid van de jeugd periodiek in beeld gebracht. Ook de registraties van de periodieke onderzoeken van Jeugdgezondheidszorg worden gebruikt om informatie te verkrijgen over de gezondheid van de Eindhovense jeugd. Daarnaast wordt middels de inzet van het Centrum voor Jeugd en Gezin ingezet op vroegsignalering en opvoed- en opgroeiondersteuning.

## 6. Hoe verder?

Om de speerpunten uit deze nota goed ten uitvoer te brengen zijn alle gemeentelijke diensten nodig en ook vele partners in de stad. Een breed draagvlak en optimale samenwerking zijn immers onmisbaar om goede resultaten te bereiken.

***Uitvoeringsprogramma***

Om dit brede draagvlak vorm te geven wordt een uitvoeringsprogramma opgesteld voor de looptijd van de nota. Dit uitvoeringsprogramma zal periodiek worden geactualiseerd. Bij de vormgeving van het uitvoeringsprogramma worden burgers en professionals actief betrokken. Gebiedsgericht werken, zo veel mogelijk op buurtniveau, krijgt in het uitvoeringsprogramma een duidelijke plaats.

In het uitvoeringsprogramma worden twee deelprogramma's onderscheiden.

1. Het programma "Eén in Gezondheid" waar binnen per speerpunt de projecten, initiatieven en activiteiten worden beschreven die bijdragen aan de doelstellingen. Het betreft zowel wettelijke (reguliere) taken als aanvullend beleid. Initiatieven, projecten en activiteiten waarvoor geldt dat gezondheid centraal staat en het bereiken van gezondheidswinst het hoofddoel is.

2. Het programma "Eén in samenhang". Een ondersteunend programma waarbinnen per speerpunt het facetbeleid wordt gedefinieerd en de samenhang met andere beleidsterreinen wordt versterkt. In dit programma worden projecten, activiteiten en initiatieven opgenomen die passen binnen de speerpunten van de nota, maar waarbij gezondheid niet het hoofdthema is, maar een neventhema, en gezondheidswinst niet het hoofddoel, maar een nevendoel.

Voor beide programma's geldt dat ten aanzien van ieder van deze initiatieven, projecten en activiteiten wordt beschreven welke partijen hierbij betrokken zijn, wie welke verantwoordelijkheid draagt, wat de looptijd is, welk budget gemoeid is en welke financiële middelen uit welke bronnen beschikbaar zijn. Ook wordt beschreven welke doelen gesteld worden en hoe de effecten gemeten worden.

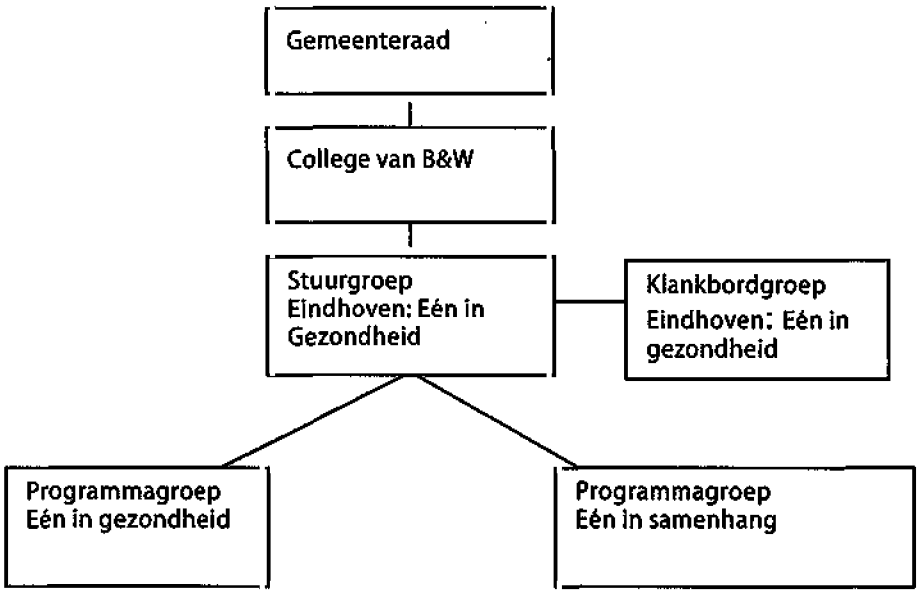
Het uitvoeringsprogramma dat op basis van de nota wordt opgesteld voldoet in ieder geval aan de volgende voorwaarden:

- het uitvoeringsprogramma en de projecten, initiatieven en activiteiten die er onderdeel van uitmaken waarborgen goede samenwerking tussen gemeentelijke diensten, GGD, consumenten-, cliënten en patiëntenorganisaties in de stad en de regio, welzijnsorganisaties, zorgorganisaties, woningcorporaties, zorgfinanciers en burgers. Zij dragen daardoor vanuit een breed draagvlak bij aan de realisatie van de speerpunten en daarbij geformuleerde ambities en doelstellingen;
- het uitvoeringsprogramma en de projecten, initiatieven en activiteiten die er onderdeel van uitmaken worden geëvalueerd en hebben daarvoor concrete en meetbare doelen (SMART[25]);
- het uitvoeringsprogramma en de projecten, initiatieven en activiteiten die er onderdeel van uitmaken omvatten bij voorkeur effectief gebleken of veelbelovende interventies.
- het uitvoeringsprogramma en de projecten, initiatieven en activiteiten die er onderdeel van uitmaken hebben betrekking op de speerpunten en op het wettelijke takenpakket.
- het uitvoeringsprogramma geeft weer hoe de projecten, initiatieven en activiteiten die er onderdeel van uitmaken bekostigd worden en welke financiële middelen ermee gemoeid zijn.

In bijlage IV is schematisch weergegeven hoe het uitvoeringsprogramma wordt ingericht.

***Uitvoeringsstructuur***

De uitvoeringsstructuur van de nota "Eindhoven: Eén in Gezondheid" wordt opgevat als een projectorganisatie. Deze projectorganisatie ziet er als volgt uit:




[25] SMART = Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden

*Gemeenteraad*
Conform de Wcpv stelt de gemeenteraad de nota lokaal gezondheidsbeleid vierjaarlijks vast. De Raad van de gemeente Eindhoven bepaalt hiermee de kaders voor het lokaal gezondheidsbeleid voor de komende vier jaar.

*College van B&W*
Het College van Burgemeester en Wethouders is belast met de uitvoering van de nota "Eindhoven: Eén in Gezondheid" en legt over de uitvoering van deze nota verantwoording af aan de gemeenteraad.

*Stuurgroep Eindhoven: Eén in Gezondheid*
De stuurgroep bewaakt de voortgang van de uitvoering van de nota en de samenhang tussen de drie speerpunten en de afstemming tussen de twee programma's. De stuurgroep is belast met de coördinatie van de periodieke en finale evaluatie en monitoring van de nota en het uitvoeringsprogramma als geheel.
De stuurgroep wordt samengesteld uit een zeer beperkt aantal sleutelfiguren: de portefeuillehouder gezondheiddsbeleid, aangevuld met de directeur van de dienst MO en de directeur van de GGD. De stuurgroep zal driemaandelijks bijeen komen.

*Klankbordgroep Eindhoven: Eén in Gezondheid*
Een klankbordgroep van vertegenwoordigers van gemeentelijke diensten, GGD, consumenten-, cliënten en patiëntenorganisaties in de stad en de regio, welzijnsorganisaties , zorgaanbieders, woningcorporaties en zorgfinanciers voeden de stuurgroep gedurende de looptijd van de nota. Deze klankbordgroep zorgt voor draagvlak en commitment bij de betrokken partners in de stad en zal twee tot drie maal per jaar bijeenkomen. Diverse partners in de stad hebben zich inmiddels bereid verklaard in de klankbordgroep zitting te nemen.

*Programmagroep Eén in Gezondheid*
De programmagroep Eén in gezondheid bewaakt de samenhang en afstemming tussen de drie speerpunten binnen het programma en draagt zorg voor een integrale benadering en het voorkomen van overlap. De programmagroep bewaakt de voortgang ten aanzien van de projecten en initiatieven en is belast met de coördinatie van de periodieke en finale evaluatie en monitoring van de speerpunten voor wat betreft het aandeel van het programma daaraan. De programmagroep wordt samengesteld uit vertegenwoordigers van gemeentelijke diensten, GGD, consumenten-, cliënten en patiëntenorganisaties in de stad en de regio, welzijnsorganisaties, zorgaanbieders en woningcorporaties die zich in het kader van dit programma bezighouden met de speerpunten en prioritaire thema's daarbinnen.
Binnen de programmagroep wordt aandacht besteed aan de wijze waarop behaalde successen kunnen worden behouden en structureel kunnen worden ingebed in de gezondheidsinfrastructuur van de stad. De programmagroep zal zeswekelijks bijeen komen.

*Programmagroep Eén in samenhang*

De programmagroep Eén in samenhang bewaakt en versterkt het facetbeleid en de samenhang met de beleidsterreinen waarin gezondheid en gezondheidswinst een element van belang zijn, maar niet het hoofddoel. Het gaat dan onder meer om de beleidsterreinen Wmo, integraal jeugdbeleid (waaronder Centrum voor Jeugd en Gezin), OGGZ, maatschappelijke opvang en verslavingszorg (stedelijk kompas), sport en recreatie, ruimtelijke ordening, openbare ruimte, milieu, verkeer en vervoer, onderwijs, inkomen- en werktoeleiding, wonen, veiligheid en welzijn. De programmagroep bewaakt de voortgang ten aanzien van de projecten en initiatieven en is belast met de coördinatie van de periodieke en finale evaluatie en monitoring van de speerpunten voor wat betreft het aandeel van het programma daaraan. De programmagroep wordt samengesteld uit gemeentelijke vertegenwoordigers van alle diensten en relevante beleidsterreinen[26]. Binnen de programmagroep wordt aandacht besteed aan de wijze waarop behaalde successen kunnen worden behouden en structureel kunnen worden ingebed. De programmagroep zal zeswekelijks bijeenkomen.

***(Tussentijdse) evaluatie en monitoring***

Uit de evaluatie van de voorgaande nota "Samen werken aan een gezond Eindhoven" is gebleken dat de wijze van evaluatie en monitoring van deze nota onvoldoende was. Gedurende de looptijd van deze nota hebben enkel "papieren" tussentijdse evaluaties plaatsgevonden. Het zou van toegevoegde waarde zijn geweest wanneer op het niveau van de negen programmaonderdelen[27] kwalitatieve (tussentijdse) evaluaties hadden plaatsgevonden door met alle betrokken partners in gesprek te gaan over de stand van zaken van de uitvoering, het bereiken van de doelstellingen en ambities, en het signaleren en aanpakken van eventuele knelpunten op het niveau van de programmaonderdelen. Ook de eindevaluatie zou aan kwaliteit gewonnen hebben wanneer op een dergelijke wijze een extra kwalitatieve evaluatie had kunnen plaatsvinden.

Deze ervaring is een les voor de nota "Eindhoven: Eén in Gezondheid". Expliciet zal aandacht worden besteed aan monitoring en (tussentijdse) evaluatie met partners en betrokkenen in de stad, zodat waar kwantitatieve uitspraken over behaalde resultaten moeilijk eenduidig vast te stellen zijn, kwalitatieve uitspraken de evaluatie en monitoring kunnen ondersteunen en aanvullen. De uitvoeringsstructuur van de nota is hierop ingericht.

Voor de evaluatie en monitoring van de nota "Eindhoven: Eén in Gezondheid" betekent dit dat het volgen van de uitvoering op drie niveaus plaatsvindt:

1. Voor doelen die SMART[28] te formuleren zijn kunnen de resultaten meetbaar gemaakt worden.
2. Een beperkt aantal doelen kan inhoudelijk worden geëvalueerd (kwalitatief).
3. Doelen die niet geschikt zijn voor evaluatie of meten: ten aanzien van deze doelen kan alleen worden aangegeven wat de voortgang is van de voorgenomen activiteiten.

[26] Hiertoe behoren ook de GGD en de Milieudienst (gemeenschappelijke regelingen).
[27] 6 onderdelen binnen het programma toegankelijkheid basisvoorzieningen en drie onderdelen binnen het programma vermindering sociaal-economische gezondheidsverschillen.
[28] SMART = Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden.

Uitdrukkelijk wordt hier opgemerkt dat er onderscheid wordt gemaakt in de wijze van evaluatie en monitoring voor het programma "Eindhoven: één in gezondheid" en het programma "Eindhoven: één in samenhang". Binnen het programma "Eindhoven: Eén in gezondheid" gaat het om primair gezondheidsgerelateerde inspanningen, waarvoor de verantwoordelijkheid binnen de programmastructuur ligt. Dit is anders voor het ondersteuningsprogramma "Eindhoven: één in samenhang". Evaluatie en monitoring in het kader van het ondersteuningsprogramma heeft meer het karakter van een signaalfunctie. Gezondheid is binnen de inspanningen in deze programma's een onderdeel van een ander beleidsterrein, waar de verantwoordelijkheid voor de evaluatie en monitoring ook verankerd is. Dat laat onverlet dat in het kader van evaluatie en monitoring signalen kunnen worden afgegeven over de voortgang en het behalen van resultaten.

Voor de evaluatie en monitoring wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van de epidemiologische functie van de GGD, aangevuld met gegevens van andere (gemeentelijke) organisaties in de stad en de regio. Aandachtspunt hierbij is dat de gezondheidsmonitor van de GGD de vinger aan de pols houdt en trends en specifieke groepen signaleert die extra aandacht verdienen. De monitor staat aan de basis van beleid en met behulp ervan kan worden beoordeeld of de lange termijn doelstellingen van de opeenvolgende nota's lokaal gezondheidsbeleid zich in de goede richting ontwikkelen. De monitor is geen geschikt instrument om effecten van (afzonderlijke) interventies te meten. Bovendien is de monitorcyclus niet te gebruiken om precies een 'notaperiode' te omvatten. De interventieperiode en de onderzoeksperiode lopen nooit synchroon, waardoor de resultaten van de interventies binnen de looptijd van een nota niet exact zijn vast te stellen. De onderzoeksresultaten dienen immers op tijd beschikbaar te zijn om richting te kunnen geven aan een opvolgende nota.

***Communicatie***

Uit de evaluatie van de voorgaande nota "Samen werken aan een gezond Eindhoven" is naar voren gekomen dat onvoldoende aandacht is besteed aan communicatie. Hoewel burgers doorgaans een goede gezondheid als het allerbelangrijkste in hun leven beschouwen, vereist het continue en consequente aandacht om gezondheid op de publieke en politieke agenda te houden.
Succesvolle projecten en startende projecten met potentie kregen soms te weinig aandacht, waardoor op hun succes werd ingeboet en van de beschikbare voorziening door onbekendheid minder of geen gebruik werd gemaakt.

Doel van het communicatiebeleid rond de nota "Eindhoven: Eén in Gezondheid" en de daarvan deel uitmakende speerpunten, programma's, projecten en initiatieven is dat gezondheid een thema van belang wordt, maar vooral ook blijft, in Eindhoven. Dit communicatiebeleid moet de uitvoering van het gezondheidsbeleid versterken en zorgen voor een goede PR voor succesvolle activiteiten. Een goed communicatiebeleid kan ertoe bijdragen dat gezondheid een rol gaat spelen bij beslissingen op alle relevante gemeentelijke beleidsterreinen. En niet alleen bij gemeentelijke beslissingen, maar ook bij beslissingen die individuele burgers en organisaties nemen met betrekking tot hun eigen gezondheid of die van anderen. Sterk communicatiebeleid over gezondheid en het belang van gezond leefgedrag helpt de Eindhovenaar de gezonde keuze te maken, vanuit de eigen verantwoordelijkheid.

Het communicatiebeleid in het kader van het lokaal gezondheidsbeleid onderscheidt zich in interne en externe communicatie. Onder interne communicatie wordt hier de communicatie verstaan binnen de uitvoeringsstructuur: tussen gemeentelijke diensten en bestuursorganen onderling, tussen gemeentelijke diensten en samenwerkende partners, en tussen samenwerkende partners onderling. De externe communicatie richt zich op de Eindhovenaren: de burgers van de stad. Goede interne communicatie moet

ertoe bijdragen dat de communicatie gericht op de burgers succesvol en effectief is. Communicatie zal steeds een vast agenda- en aandachtspunt zijn voor de stuurgroep en beide programmagroepen.

***Financiële middelen***

De financiering van het lokaal gezondheidsbeleid vindt voor een deel "direct" plaats via de reguliere budgetten die de gemeente Eindhoven beschikbaar stelt aan de GGD Brabant-Zuidoost ter vervulling van taken op het gebied van collectieve preventie, infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg. Ook andere welzijns- en zorginstellingen krijgen uit reguliere middelen subsidies. Aan deze subsidies kunnen gezondheidsprestaties worden gekoppeld.

Een deel van het lokaal gezondheidsbeleid wordt echter op een "indirecte" manier bekostigd. Namelijk uit middelen van andere gemeentelijke diensten en via andere gemeentelijke (ook gemeentebrede) programma's. Middelen die beschikbaar zijn in andere gemeentelijke programma's kunnen worden ingezet voor gezondheidsdoelstellingen. Te denken valt bijvoorbeeld aan budgetten voor wijkvernieuwing, armoedebeleid of milieu. In het kader van de Wmo staan de gemeente ook financiële middelen ter beschikking. Voor thema's die in samenhang met de Wmo worden opgepakt en ontwikkeld kunnen ook deze middelen worden ingezet. Als alle betrokken gemeentelijke diensten rekening houden met gezondheidseffecten bij het inzetten van die budgetten wordt een optimaal maatschappelijk rendement behaald uit de beschikbare middelen en komt gezondheid écht op de agenda.

In de voorjaarsnota 2008-2011 van de gemeente Eindhoven is voor de betreffende jaren € 200.000 per jaar gereserveerd voor de coördinatie en uitvoering van het lokaal gezondheidsbeleid in het kader van "Eindhoven: Eén in Gezondheid". Gezien de beperktheid van deze beschikbare financiële middelen en de ambitieuze doelstellingen van de nota is het noodzakelijk op zoek te gaan naar vormen van cofinanciering en aanvullende subsidies. Bijvoorbeeld subsidies die kunnen voortvloeien uit de preventienota van VWS of beschikbaar komende middelen in het kader van de krachtwijken (Vogelaar gelden).

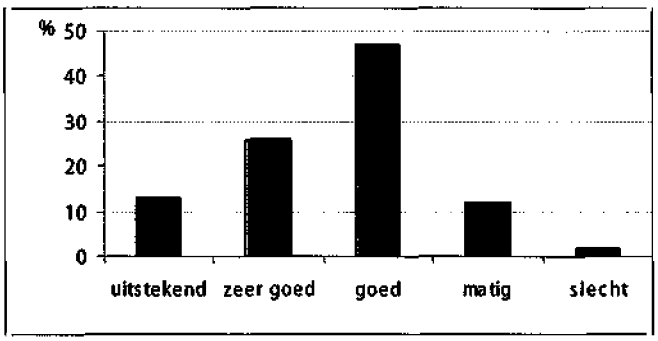
## Bijlage I: Gezondheidssituatie Eindhoven: hoe gezond is Eindhoven?

Het gemeentebestuur heeft als wettelijke taak de gezondheidssituatie in Eindhoven regelmatig te onderzoeken. De GGD voert dit uit. Naast continue analyse van registraties en vertaling van landelijke onderzoeken naar de Eindhovense situatie, vindt dit vanaf 2004 plaats door middel van vier surveys, die in provinciaal verband ieder vierjaarlijks worden gehouden[29]:

- De jeugdmonitor 0 tot en met 11 jarigen (eerste pilot is gehouden in 2004, volgende in 2008).
- De jeugdmonitor 12 tot en met 18 jarigen (eerste wordt gehouden in 2007).
- De gezondheidspeiling 19 tot en met 64-jarigen. (De meest recente is gehouden in 2005, volgende in 2009).
- De ouderenmonitor 65-jarigen en ouder. (De meest recente is gehouden in 2006, volgende in 2010).

### Gezondheidsbeleving

Internationaal gezien neemt Nederland een middenpositie in op gezondheidsgebied. Nederland staat achtste wanneer wordt gekeken naar de gemiddelde levensverwachting. Het grootste deel van de volwassen bevolking van Eindhoven ervaart de eigen gezondheid als goed. De Eindhovenaar oordeelt positiever over de eigen gezondheid dan de gemiddelde Nederlander. Uit landelijk onderzoek blijkt dat ongeveer 20% van de volwassenen de gezondheid als minder goed ervaart. Voor Eindhovenaren ligt dat percentage op 14%.

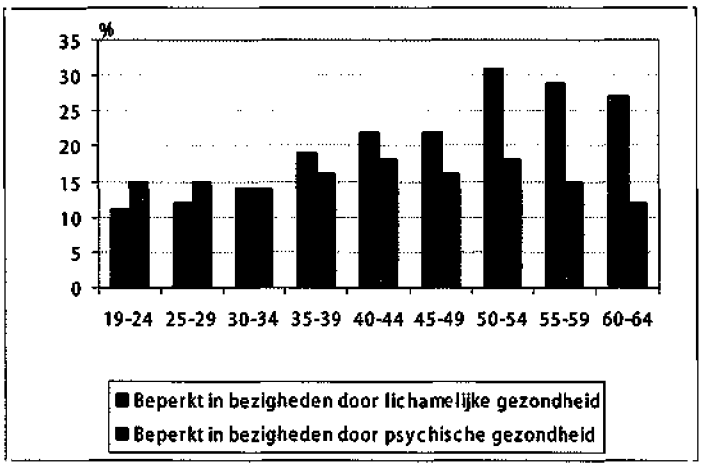



*Gezondheidsbeleving %*

De eigen gezondheid wordt relatief vaker als matig tot slecht beoordeeld door volwassenen die alleen lager onderwijs of geen onderwijs gevolgd hebben (40%) of grote moeite hebben rond te komen (41%). Ook éénoudergezinnen beoordelen hun gezondheid relatief vaak als matig tot slecht (29%), evenals niet-westerse allochtonen (27%).

[29] Voorheen was er een andere onderzoekscyclus, waarmee in 2003 een onderzoek gedaan is onder 15 tot en met 84-jarigen en in 2001 een jeugdmonitor heeft plaatsgevonden in het voortgezet onderwijs (klassikaal alle 2e en 4e klassers van het voortgezet onderwijs in Eindhoven).

Gemiddeld ervaart één op de vijf volwassen Eindhovenaren beperkingen als gevolg van lichamelijke ongezondheid. Dit is vergelijkbaar met de provincie Noord-Brabant. De oudere leeftijdsgroepen worden vaker beperkt in bezigheden door de lichamelijke gezondheid dan de jongere leeftijdsgroepen. Eén op de zes à zeven (15%) volwassenen in Eindhoven ervaart beperkingen door emotionele problemen. Dit is meer dan in de provincie Noord-Brabant (11%).



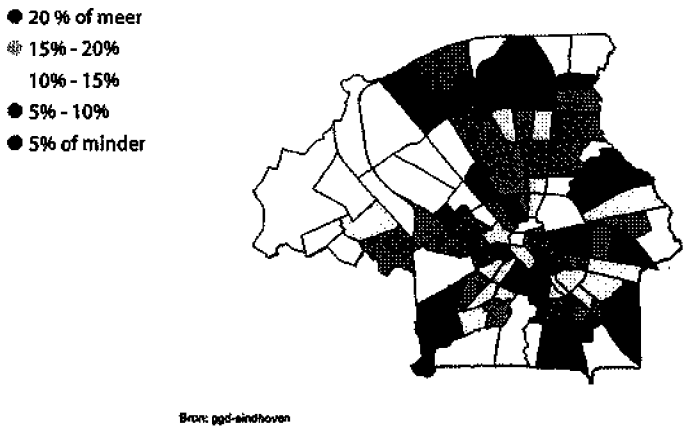

*Het lichamelijk en psychisch functioneren (%) naar leeftijd in jaren*

Tussen buurten in Eindhoven bestaan grote verschillen in kwaliteit van leven. Het percentage bewoners dat de eigen gezondheid als matig tot slecht beoordeelt varieert tussen de 4% en 30% per buurt. Het percentage mensen dat zich psychisch ongezond voelt loopt uiteen van 11% tot 43%. Ook voor de overige indicatoren voor kwaliteit van leven gezondheid (waaronder chronische aandoeningen) bestaan buurtverschillen. Negen buurten in Eindhoven springen er in negatieve zin uit ten aanzien van ervaren gezondheid, psychische gezondheid, het ervaren van beperkingen als gevolg van lichamelijke gezondheid en emotionele problemen en het hebben van problemen en chronische aandoeningen. Het zijn de buurten Genderdal, Tivoli, Mensfort, Vaartbroek, Bennekel-West/Gagelbosch, Limbeek, Groenewoud, Hemelrijken en Blaarthem.

### Fysieke woon- en leefomgeving en milieu

Van de Eindhovenaren wordt 17% erg gehinderd door geluid en 7% door geur in de eigen woon- en leefomgeving. Wegverkeer, buren en vliegtuigen zijn in Zuidoost-Brabant de belangrijkste bronnen van hinderlijk geluid. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met landelijke onderzoeksresultaten. Ernstige geluids- en geurhinder komen meer voor bij gezinnen die moeite hebben rond te komen. Ernstige geurhinder komt meer voor bij ouderen dan bij jongeren. Het percentage woningen met zichtbare schimmel en/of vochtplekken bedraagt gemiddeld 29% en het betreft vooral woningen van gezinnen die moeite hebben met rondkomen. In de meeste woningen is er sprake van onvoldoende ventilatie. 70% van de volwassenen ventileert de woonkamer minder dan 24 uur. Bij meer dan 33% van de volwassenen wordt binnenshuis gerookt en dat komt vaker voor bij lager opgeleiden dan bij hoger opgeleiden. Gezondheidswinst en vermindering van de ziektelast kunnen worden bereikt door versterking van de medisch-milieukundige zorg en het systematischer wegen van gezondheidseffecten bij beleidsbeslissingen op andere beleidsterreinen (facetbeleid).

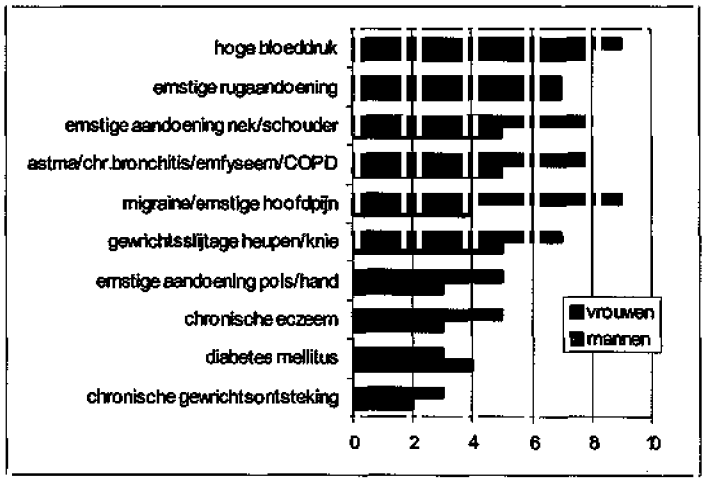
Ten opzichte van de gemiddelde Brabander is de Eindhovenaar minder tevreden met de eigen woning en de woonomgeving. Acht procent van de Eindhovenaren is ontevreden over de woning en 11% over de woonomgeving, terwijl voor Brabant deze cijfers gemiddeld op 3-4% respectievelijk 4-6% liggen. De Eindhovense buurten worden verschillend beoordeeld. In de buurten Drents Dorp, Groenewoud, Doornakkers-Oost, Hemelrijken en Lakerlopen is meer dan 20% ontevreden over de woonomgeving. In buurten waar men ontevreden is over de woonomgeving blijkt men meestal ook ontevreden over de woning.




*Ontevredenheid in buurt (%)*

## Toename zorgbehoevende ouderen en chronisch zieken

Op basis van landelijke cijfers is de prognose dat het percentage 65-plussers zal toenemen tot 21,9% van de totale bevolking in 2050 (in 2005 14%). De kans op het ontwikkelen van een chronische ziekte of een lichamelijke beperking neemt toe met de leeftijd. In de te verwachten top 10 van chronische ziekten in 2015 in Eindhoven komen relatief veel ouderdomsziekten voor. Door de vergrijzing van de bevolking zal het aantal personen met een chronische ziekte de komende jaren sterk stijgen.




*Top 10 meest voorkomende chronische ziekten (%)*

In Eindhoven heeft één op de drie (32%) volwassenen één of meer chronische ziekten (of heeft die in de afgelopen 12 maanden gehad). Het gaat hierbij om een (lichamelijke ziekte) die door een arts is vastgesteld. In de provincie Noord-Brabant is het percentage volwassenen met chronische ziekte(n) hoger dan in Eindhoven, namelijk 38%.

Chronische ziekten komen meer voor bij laag opgeleiden (51%), éénoudergezinnen (47%) en gezinnen die moeite hebben met rondkomen (45%). Ook arbeidsongeschikten hebben meer chronische ziekten. Deze sociaal-economische verschillen zijn ook zichtbaar wanneer buurten met elkaar vergeleken worden. Het percentage chronisch zieke volwassenen in de Eindhovense buurten varieert van 17% tot 48%.

### Meer gezondheidsproblemen bij een grotere groep niet-westerse allochtonen

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) verwacht een toename van niet-westerse allochtonen in Nederland, met name in de grote steden. Door de vaak lage sociaal-economische positie van niet-westerse allochtonen, de psychosociale problematiek en de culturele verschillen in gezondheidsbeleving en geneeswijzen zal deze groep extra aandacht en zorg behoeven. De gemiddelde leeftijd van niet-westerse allochtonen in Nederland en in Eindhoven stijgt. Daarmee stijgt ook het aantal zorgbehoevende en chronisch zieke niet-westerse allochtonen. Met de leeftijd neemt immers het aantal gezondheidsproblemen toe. Allochtone ouderen vormen een specifieke aandachtsgroep, omdat zij door taal- en cultuurbarrières moeilijk toegang hebben tot het Nederlandse zorgsysteem.

Niet-westerse allochtonen beoordelen hun lichamelijke en psychische gezondheid minder positief dan westerse allochtonen en autochtonen. Zij ontvangen iets meer zorg (4%) dan andere groepen (gemiddeld 3%) en dat geldt ook voor mantelzorg. Vijf procent van de niet-westerse allochtonen ontvangt mantelzorg en gemiddeld 4% van de andere groepen. Niet-westerse allochtonen lijden in vergelijking met autochtonen en westerse allochtonen meer aan migraine (10%) en diabetes (6%), maar het huisartsenbezoek verschilt niet significant tussen verschillende etniciteiten. Wel bevindt zich in de groep Eindhovenaren zonder eigen huisarts een relatief groot aantal niet-westerse allochtonen.

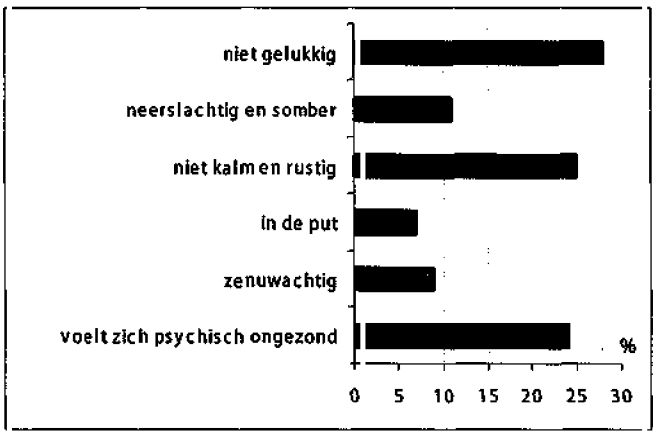
### Beschikbaarheid en toegankelijkheid van eerstelijns zorg

Het tekort aan huisartsen lijkt minder te worden gevoeld dan voorheen, onder meer door het ontstaan van groepspraktijken en de inzet van praktijkondersteuners. Een deel van de Eindhovense bevolking maakt geen gebruik van eerstelijns zorg. Van de volwassenen heeft 2% geen eigen huisarts en 10% geen eigen tandarts. Mannen hebben in Eindhoven vaker geen tandarts dan vrouwen en volwassenen uit de leeftijdsgroep 55-64 jaar vaker dan jongeren. Van de volwassen niet-westerse allochtonen heeft 18% geen eigen tandarts. Voor westerse allochtonen ligt dit percentage lager (11%) en dat geldt ook voor Nederlanders (8%). Van de volwassen Eindhovenaren met een lage sociaal-economische status heeft bijna een kwart geen eigen tandarts (23%). Bij mensen met de hoogste sociaal-economische status is dit percentage 6%. Mogelijk blijkt een tekort in beschikbaarheid op het moment dat mensen gestimuleerd worden wél gebruik te maken van eerstelijns zorg. Een ruime meerderheid van de volwassenen vindt de bereikbaarheid van huisarts (75%) en de tandarts (77%)tijdens kantooruren voldoende. Van de Eindhovenaren is 43% ontevreden over de bereikbaarheid van de huisarts en 30% over de tandarts buiten kantooruren. Van alle zorgvoorzieningen worden huisartsen het meest geraadpleegd; zij zijn de spil van de eerstelijnszorg. Eindhovenaren zijn tamelijk tevreden over de beschikbaarheid van huisartsen, apotheken, fysiotherapeuten, consultatiebureaus en thuiszorg. Het meest ontevreden zijn zij over de beschikbaarheid van maatschappelijk werk (10%) en tandartsen (10%).

## Toename psychosociale problematiek

Eén op de vier volwassen Eindhovenaren voelt zich psychisch ongezond. Voor de provincie Noord-Brabant en Nederland als geheel ligt dit cijfer lager (17%). Op provinciaal niveau varieert het percentage mensen dat zich psychisch ongezond voelt van 14% in niet stedelijke gebieden tot 20% in sterk stedelijke gebieden.
Psychische klachten omvatten gevoelens van psychische verstoring, zoals gevoelens van angst, depressie, slaapverstoring en stress. Dit kan leiden tot zichtbaar leed, een (gedeeltelijk) onvermogen tot functioneren en een verhoogd risico op sterfte, pijn en beperkingen.

De negatieve invloed van stedelijkheid op de psychische gezondheid wordt veroorzaakt door het stadse leven zelf en door het feit dat stadsbewoners gemiddeld een lagere sociaal-economische status hebben en in slechtere huizen wonen. Ook trekken mensen met psychische problemen vaak naar de stad.




*De psychische ongezondheid in Eindhoven (%)*

Verschillende persoonskenmerken blijken van invloed te zijn op de psychische gezondheid. Zo voelen meer vrouwen (27%) dan mannen (21%) zich psychisch ongezond. De psychische gezondheid hangt samen met de leeftijd. Psychische ongezondheid komt meer voor in de leeftijdsgroep van 40 tot 54 jaar in vergelijking met de jongere en de oudere leeftijdsgroepen.
Daarnaast worden relatief hoge percentages gevonden onder personen die grote moeite hebben met rondkomen (58%), mensen zonder opleiding of lager onderwijs (48%), in éénoudergezinnen (47%) en onder niet-westerse allochtonen (41%).
Bij alleenstaanden komt psychische ongezondheid meer voor dan bij volwassenen die gehuwd zijn of samenwonen. Hiervoor zijn twee verklaringen. Enerzijds biedt een goede relatie bescherming tegen het ontwikkelen van psychische problemen. Anderzijds is het voor mensen met psychische problemen vaak lastig zo'n relatie op te bouwen of te behouden.

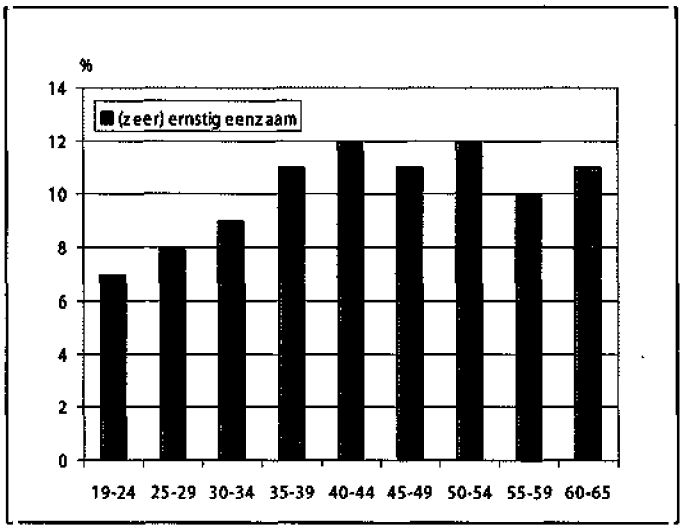
### *Depressie*

Depressie staat in de top tien van ziekten die in Nederland verantwoordelijk zijn voor het grootste deel van de ziektelast. Emotionele problemen, zoals depressieve en angstige gevoelens, dragen bij aan het minder goed functioneren. Eén op de zes à zeven (15%) volwassenen in Eindhoven ervaart beperkingen door emotionele problemen. Dit is meer dan in de provincie Noord-Brabant (11%). Depressiviteit en angststoornissen vormen een barrière om mee te doen in de samenleving.

***Eenzaamheid***

Tien procent van de volwassen Eindhoven is (zeer) ernstig eenzaam. Voor de provincie Noord-Brabant ligt dit percentage op 7%. Ongeveer een kwart van de Nederlanders geeft aan zich wel eens eenzaam of verlaten te hebben gevoeld (1999, CBS). 33% van de Nederlanders van 18 tot 90 jaar is matig tot zeer ernstig eenzaam. Eenzaamheid is het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties. Veel factoren beïnvloeden het hebben van sociale relaties en de steun die men ontvangt, o.a.: persoonlijkheid, gezondheid, opleidingsniveau, stedelijkheid, levensfase en life-events. Een gemis aan sociale relaties hangt samen met meer psychische ongezondheid en een ongunstiger beloop van ziekten.

Het percentage (zeer) ernstig eenzamen neemt toe met de leeftijd bij volwassenen van 19- t/m 64-jaar. De top ligt in deze groep bij 35 tot 55 jarigen, daarna neemt het percentage eenzamen weer wat af. De 19 tot 35 jarigen zijn het minst vaak (zeer) ernstig eenzaam.




*(Zeer) ernstige eenzaamheid naar leeftijd.*

Naast leeftijd zijn er andere factoren die samenhangen met eenzaamheid. Risicogroepen zijn in het bijzonder: niet-Westerse allochtonen, mensen met grote moeite om rond te komen van hun inkomen, verweduwden, werklozen, gescheiden mensen, arbeidsongeschikten, mensen zonder opleiding of alleen lager opgeleid en éénoudergezinnen.

Naast deze groepen komt eenzaamheid ook, in mindere mate, meer voor bij: westerse allochtonen, mensen met een MAVO of LBO opleiding, huisvrouwen of –mannen en in sterker verstedelijkte gemeenten.

***Onveiligheid***

Eén op de drie volwassenen in Eindhoven voelt zich wel eens onveilig. Onveiligheid of het gevoel hebben dat het onveilig is in de buurt, kan ervoor zorgen dat mensen worden belemmerd in hun sociale bezigheden. Sociale veiligheid wordt bepaald door het risico dat iemand denkt te lopen om slachtoffer te worden van criminaliteit en door de onveiligheidsbeleving. In de provincie Noord-Brabant voelen volwassenen zich minder vaak onveilig (25%). Vrouwen voelen zich vaker onveilig (47%) dan mannen (20%). Opvallend is dat met het toenemen van de leeftijd bij mannen de onveiligheidsgevoelens toenemen, terwijl deze bij vrouwen afnemen. Naarmate volwassenen meer moeite hebben met rondkomen, stijgt het percentage dat zich onveilig voelt. Volwassenen die in een sterk stedelijk gebied wonen, voelen zich vaker onveilig dan volwassenen die in een niet, weinig of matig stedelijk gebied wonen. Volwassenen die arbeidsongeschikt of werkloos zijn, voelen zich vaker onveilig in vergelijking met fulltime werkenden.

Als mensen zich onveilig voelen kan dat ervoor zorgen dat ze zich belemmerd voelen in hun sociale bezigheden. Mensen die zich belemmerd voelen in hun sociale bezigheden, voelen zich vaker eenzaam. Er is een sterke samenhang te zien tussen eenzaamheid en veiligheidsbeleving. Mensen die eenzaam zijn voelen zich vaker onveilig dan mensen die niet eenzaam zijn.

***Relationeel geweld***

Van de Eindhovense volwassenen geeft 3% aan in de afgelopen vijf jaar slachtoffer te zijn geweest van relationeel geweld. Het betrof voornamelijk psychisch of emotioneel (3%) en lichamelijk (2%) relationeel geweld. Seksueel (1%) relationeel geweld wordt minder genoemd. De Eindhovense cijfers zijn vergelijkbaar met de cijfers uit de provincie Noord-Brabant. Slachtoffers van relationeel geweld noemen als dader meestal een ex-partner (44%) of een ander familielid (42%). Het minst vaak is de dader een kind (5%) van het slachtoffer. Relationeel geweld is een ernstig probleem met grote gevolgen voor slachtoffers. Slachtoffers kunnen ernstige lichamelijke en/ of psychische klachten krijgen. Ze leven vaak mede door (opgedrongen) geheimhouding, in een isolement. Per jaar sterven in Nederland naar schatting tachtig vrouwen en vijftig kinderen als gevolg van het geweld.

Vrouwen zijn in de afgelopen vijf jaar vaker slachtoffer geweest (5%) van relationeel geweld dan mannen (2%). Met name vrouwen tussen de 19 en 24 jaar en vrouwen tussen de 25 en 39 jaar zijn slachtoffer geweest (respectievelijk 7% en 6%). Volwassenen die ongehuwd of gescheiden zijn, geven vaker aan slachtoffer te zijn geweest dan volwassenen die gehuwd of samenwonend zijn. Ook volwassenen in éénoudergezinnen zijn vaker slachtoffer van relationeel geweld geweest (11%).
Naarmate volwassenen meer moeite hebben met rondkomen, stijgt het percentage slachtoffers van relationeel geweld. Onder de volwassenen die geen moeite hebben met rondkomen is 1% slachtoffer en onder de volwassenen die grote moeite hebben 9%. Volwassenen die slachtoffer zijn (geweest) van relationeel geweld, hebben een slechtere lichamelijke en psychische gezondheid dan volwassenen die geen slachtoffer zijn geweest. Ook zijn zij vaker eenzaam.

De beschikbare cijfers met betrekking tot relationeel geweld zijn hoogstwaarschijnlijk een onderschatting van het werkelijke aantal slachtoffers. Naar verwachting zullen slachtoffers minder vaak onderzoeksvragenlijsten beantwoorden, of zij zullen niet vermelden dat ze slachtoffer zijn (geweest) .

***Openbaar geweld***

In de afgelopen vijf jaar is 11% van de Eindhovenaren slachtoffer geweest van openbaar geweld. In Noord-Brabant zijn minder volwassenen slachtoffer van openbaar geweld, namelijk 7%. Lichamelijk openbaar geweld (7%) komt het meeste voor gevolgd door psychisch of emotioneel openbaar geweld (6%). Seksueel openbaar geweld komt het minste voor, namelijk bij 3% van de volwassenen.
Er zijn grote verschillen tussen de verschillende buurten in Eindhoven. Inwoners uit de buurten Genderdal, Binnenstad en Lakerlopen zijn vaker slachtoffer van openbaar geweld. Op de kaart zijn de 15 buurten waar het slachtofferschap van openbaar geweld het hoogst is rood gekleurd. De inwoners van de buurten Achtse Barrier-Spaaihoef en Kerkdorp Acht, zijn het minst vaak slachtoffer geweest van openbaar geweld.

● Buurten waar minder dan 8% van de volwassenen aangeven slachtoffer te zijn geweest van openbaar geweld in de afgelopen 5 jaar
● Buurten waar meer dan 15% van de volwassenen aangeven slachtoffer te zijn geweest van openbaar geweld in de afgelopen 5 jaar.



Bron: ggd-eindhoven

*Slachtoffer van openbaar geweld naar buurt in Eindhoven (%)*

In tegenstelling tot relationeel geweld, zijn bij openbaar geweld mannen vaker slachtoffer dan vrouwen (13% versus 9%). Met name mannen tussen de 19 en 24 jaar (23%) zijn vaak slachtoffer van openbaar geweld. Volwassenen die ongehuwd of gescheiden zijn, zeggen vaker slachtoffer te zijn van openbaar geweld, dan gehuwde of verweduwde. Ook volwassenen met een HAVO/VWO/ MBO- opleiding en volwassenen met een HBO/WO- opleiding zijn in de afgelopen vijf jaar vaker slachtoffer geweest (respectievelijk 14% en 12%), dan volwassenen die geen opleiding/ lager onderwijs (9%) of een MAVO/LBO- opleiding (8%) hebben afgerond. Naarmate volwassenen meer moeite hebben met rondkomen, zijn ze vaker slachtoffer van openbaar geweld. Van de volwassenen die grote moeite hebben met rondkomen is 21% slachtoffer geweest van openbaar geweld. Van de volwassenen die geen moeite hebben 9%. Ook is er een relatie tussen stedelijkheid en openbaar geweld. Mensen in sterk verstedelijkte gebieden zijn vaker slachtoffer (10%) dan mensen in niet stedelijke gebieden (5%).
Openbaar geweld heeft evenals relationeel geweld invloed op de lichamelijke en psychische gezondheid. Slachtoffers van openbaar geweld voelen zich vaker psychisch ongezond en hebben een slechtere lichamelijke kwaliteit van leven. Ook zijn zij vaker eenzaam.

**Ongezonde leefwijze en risicogedrag**

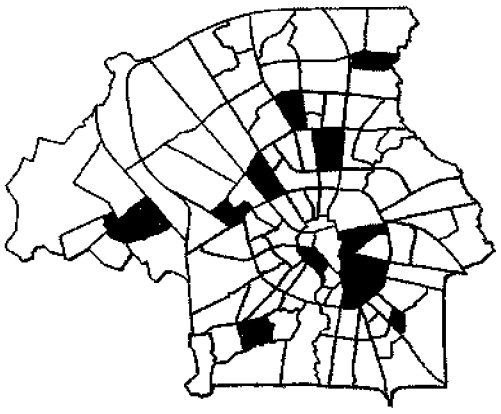
Tweederde van de totale sterfte in Eindhoven kan worden toegeschreven aan hart- en vaatziekten (38%) en aan kanker (28%). Belangrijke determinanten van hart- en vaatziekten zijn verhoogd cholesterol, verhoogde bloeddruk en roken. Ook een rol spelen overgewicht, lichamelijke inactiviteit, sociaal-economische status, psychosociale factoren en alcohol gebruik.

Weinig Eindhovenaren vinden de eigen leefstijl ongezond (7%). Mensen zijn zich blijkbaar onvoldoende bewust van hun eigen ongezonde leefstijl.

***Overgewicht***

Van de volwassenen in Eindhoven is 42% te zwaar. Eén op de tien volwassenen (10%) heeft zelfs ernstig overgewicht ofwel obesitas. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met landelijke cijfers. In Noord-Brabant heeft 46% van de volwassenen overgewicht (inclusief obesitas). Op de kaart is te zien hoe de percentages voor overgewicht in de verschillende buurten in Eindhoven verschillen. Het percentage overgewicht varieert van 57% in Jagershoef en Heesterakker tot 26% in Villapark, Bergen en Witte Dame.

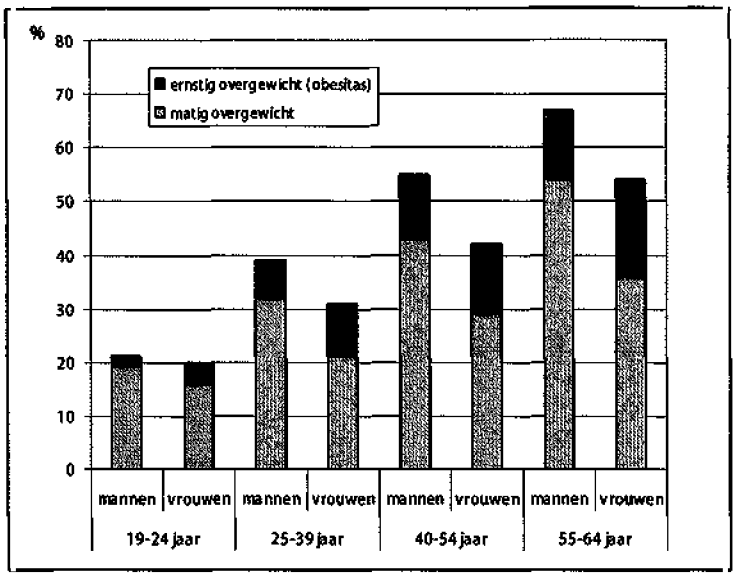
● Buurten waar minder dan 30% van de volwassenen overgewicht (inclusief obesitas) heeft.
● Buurten waar 50% of meer volwassenen overgewicht (inclusief obesitas) heeft.



Bron: ggd-eindhoven

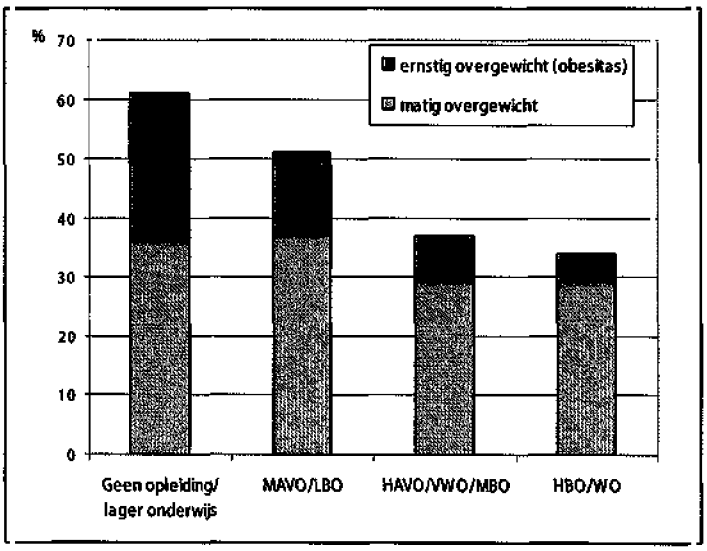
*Overgewicht per buurt (%).*

Overgewicht (inclusief ernstig overgewicht) neemt toe met de leeftijd; op 19-24 jarige leeftijd heeft 21% van de volwassenen in Eindhoven overgewicht, op 55-64 jarige leeftijd is dit 61% (zie figuur 1). Ernstig overgewicht neemt eveneens toe met de leeftijd. Mannen hebben vaker matig overgewicht dan vrouwen. Daarentegen komt obesitas bij mannen even vaak of minder vaak voor dan bij vrouwen. Van de volwassenen met matig overgewicht vindt 19% het eigen gewicht niet te hoog. Bij ernstig overgewicht schatten volwassenen hun eigen gewicht redelijk goed in, 4% vindt zichzelf niet te zwaar en 96% vindt zichzelf een beetje tot veel te zwaar.



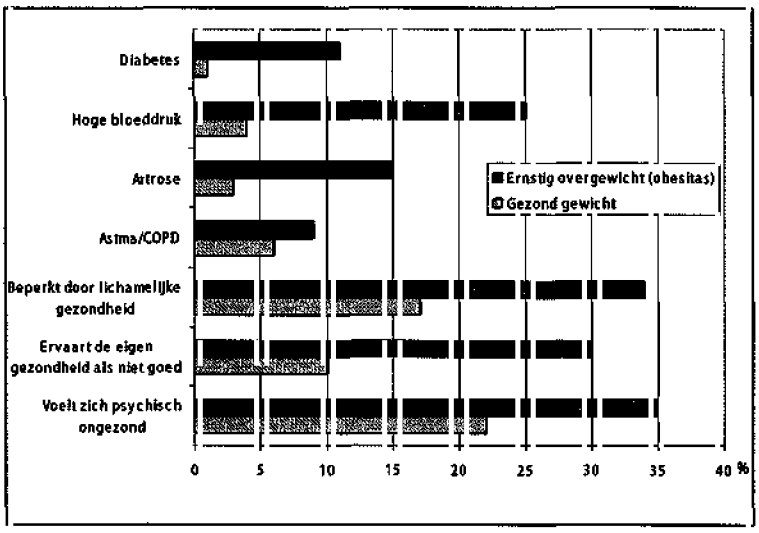

*Percentage volwassenen met overgewicht (%) naar leeftijd en geslacht.*

Overgewicht hangt samen met de sociaal economische status (SES). Laag opgeleiden hebben vaker matig overgewicht (36%) en ernstig overgewicht (25%) dan hoog opgeleiden (respectievelijk 34% en 5%). Wordt gekeken naar inkomen, dan valt op dat mensen die grote moeite hebben met rondkomen vaker overgewicht en ernstig overgewicht hebben dan mensen die hier geen moeite mee hebben. Verder blijkt dat mensen met een uitkering of arbeidsongeschikten vaker ernstig overgewicht hebben dan mensen met een fulltime baan. Daarentegen hebben parttimers en studenten minder vaak (ernstig) overgewicht dan mensen met een fulltime baan. Ongehuwden of gescheiden mensen hebben minder vaak overgewicht en ernstig overgewicht dan gehuwden mensen.




*Overgewicht en obesitas naar opleiding.*

Ernstig overgewicht levert gezondheidsrisico's op. Van de volwassenen in Eindhoven met ernstig overgewicht heeft 25% hoge bloeddruk en 15% gewrichtsslijtage. Bij de rest van de volwassenen komen deze aandoeningen minder vaak voor (respectievelijk 8% en 6%). Dit geldt ook voor diabetes en astma/COPD. Daarnaast is 34% van de volwassenen met ernstig overgewicht beperkt in het dagelijks functioneren door hun lichamelijke gezondheid en ervaart 30% de eigen gezondheid als niet goed. Ongeveer één op de drie volwassenen met ernstig overgewicht in Eindhoven voelt zich psychisch ongezond.



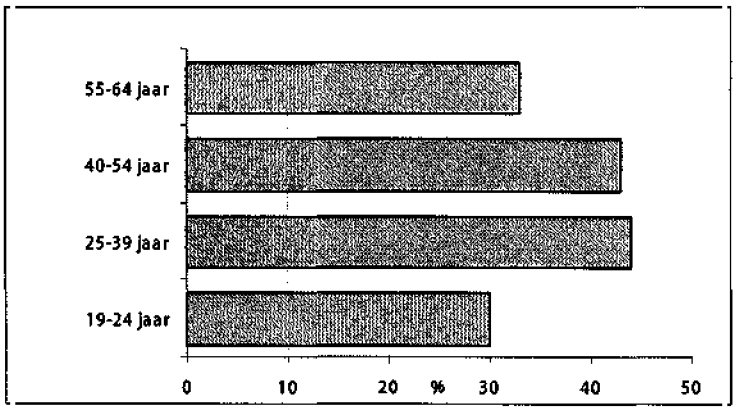

Overgewicht wordt in sterke mate bepaald door eet- en beweeggedrag.

*Bewegen*

Van de volwassenen in Eindhoven met ernstig overgewicht voldoet 46% niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (minstens vijf dagen per week een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit). Van de volwassenen met een gezond gewicht voldoet 39% niet aan de norm. Van de volwassenen met ernstig overgewicht sport 65% minder dan één keer per week. Bij mensen met een gezond gewicht is dit percentage 45%. Volwassenen met matig overgewicht voldoen ongeveer even vaak aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen als volwassenen met een gezond gewicht, maar ook zij sporten relatief vaak minder dan één keer per week. De Eindhovense cijfers zijn vergelijkbaar met de gemiddelde cijfers uit de provincie Noord-Brabant.

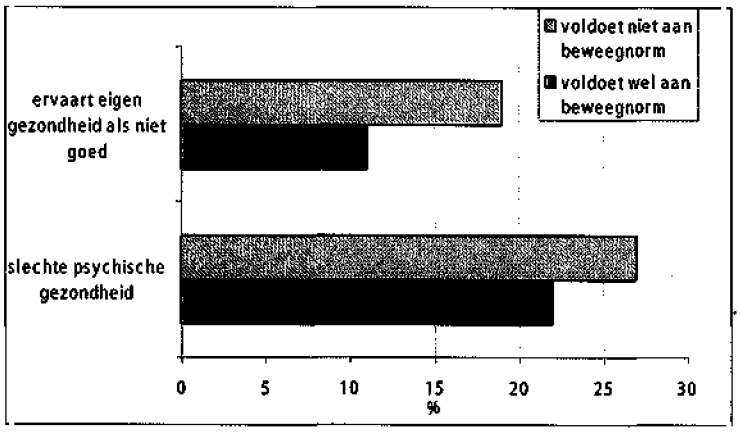
Opvallend is dat de 25-54 jarigen het slechter doen dan zowel de jongere als de oudere leeftijdsgroepen wat betreft beweeggedrag. Voor geslacht zijn er geen verschillen. Allochtonen en dan vooral de niet-westerse allochtonen voldoen minder vaak aan de beweegnorm dan autochtonen; 43% van de Westerse allochtonen en maar liefst 50% van de niet-westerse allochtonen voldoet niet aan de norm in vergelijking met 38% van de autochtone bevolking.

Zowel de meest laag opgeleide als de meest hoog opgeleide groepen voldoen minder vaak aan de norm dan de tussenliggende opleidingsniveaus. Ditzelfde geldt voor moeite hebben met rondkomen; mensen die grote moeite hebben met rondkomen en mensen die geen moeite hebben met rondkomen voldoen minder vaak aan de norm dan de tussenliggende groepen. Eénoudergezinnen blijken verder vaker niet aan de norm te voldoen dan mensen met een andere gezinssamenstelling.




*Percentage volwassenen dat niet voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen naar leeftijd.*

Volwassenen die onvoldoende bewegen ervaren hun eigen gezondheid vaker als niet goed dan volwassenen die voldoende bewegen. Daarnaast hebben ze vaker een slechte psychische gezondheid.

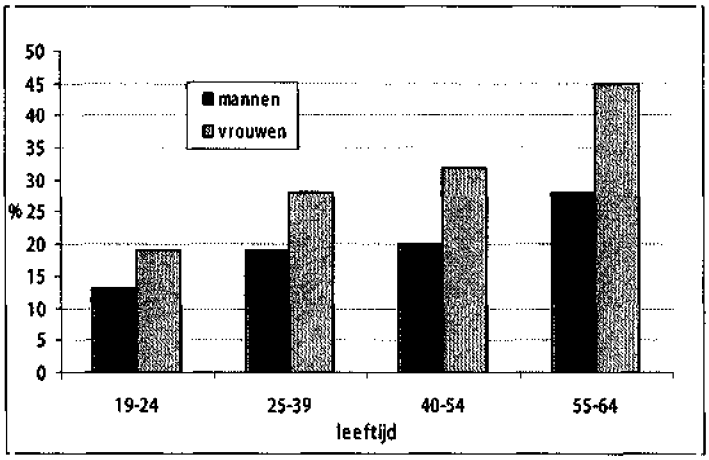



*Percentage volwassenen met een minder goede ervaren gezondheid en slechte psychische gezondheid naar het al dan niet voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen.*

De helft van de Eindhovenaren sport tenminste eens per week. Dit percentage is ongeveer vergelijkbaar met het gemiddelde voor Brabant waar 51% tenminste eens per week sport. Naarmate de leeftijd stijgt, wordt er minder vaak regelmatig gesport. Van de 19-24 jarigen sport 61% tenminste eens per week, bij de 60- 64 jarigen is dit nog maar 37%. Mannen sporten vaker dan vrouwen tenminste eens per week. Daarnaast zijn er onder allochtonen, met name niet-westerse, minder mensen die wekelijks sporten dan onder autochtonen. Verder is er een duidelijke relatie met sociaal-economische status. Van de laag opgeleiden sport slechts 22% eens per week of vaker, terwijl dit bij de hoog opgeleiden 63% is. Ook geldt dat hoe meer moeite mensen hebben om rond te komen van hun inkomen, hoe minder vaak ze wekelijks sporten. Volwassenen in éénoudergezinnen sporten minder vaak dan volwassenen in overige huishoudens.

*Eetgedrag*

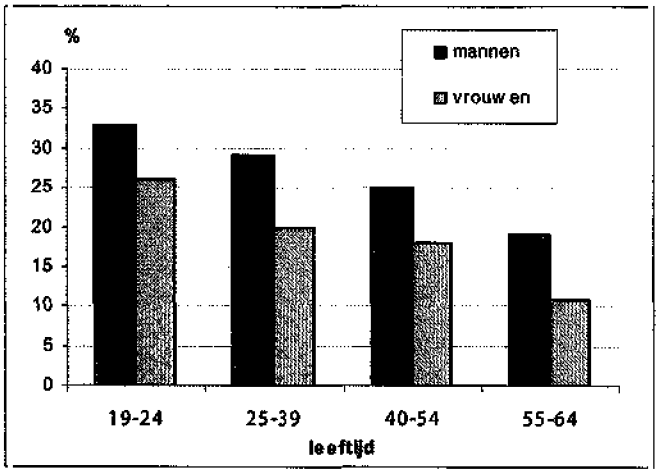
Net als landelijk blijken veel volwassenen in Eindhoven niet te voldoen aan de norm voor groenteconsumptie. In Eindhoven eet slechts 32% van de volwassenen tenminste 200 gram groente per dag. In vergelijking met de cijfers van de gehele provincie Brabant doen Eindhovenaren het relatief goed. Op provinciaal niveau blijkt maar 26% voldoende groenten te consumeren. Als we kijken naar fruitconsumptie blijkt dat bijna driekwart van de Eindhovenaren (74%) niet voldoet aan de aanbeveling. Vrouwen voldoen vaker dan mannen aan zowel de norm voor groenteconsumptie als voor fruitconsumptie en het percentage volwassenen dat voldoet aan deze normen neemt toe met de leeftijd.




*Percentage volwassenen dat wel voldoet aan de norm voor fruitconsumptie naar leeftijd en geslacht*

Daarnaast geldt voor de groente- en fruitconsumptie dat allochtonen vaker aan de norm voldoen dan autochtonen. Wat betreft opleiding blijkt dat de mensen met de hoogste opleiding en de laagste opleiding vaker aan de norm voor groente voldoen dan mensen met een gemiddelde opleiding. Verder geldt dat hoe meer moeite mensen hebben om rond te komen, hoe lager het percentage is dat voldoende fruit eet; 76% van de mensen die grote moeite heeft met rondkomen voldoet niet aan de norm tegenover 71% van de mensen die geen moeite heeft met rondkomen. Tot slot voldoen éénoudergezinnen vaker aan de norm voor groente- en fruitconsumptie dan gezinnen met een andere samenstelling.

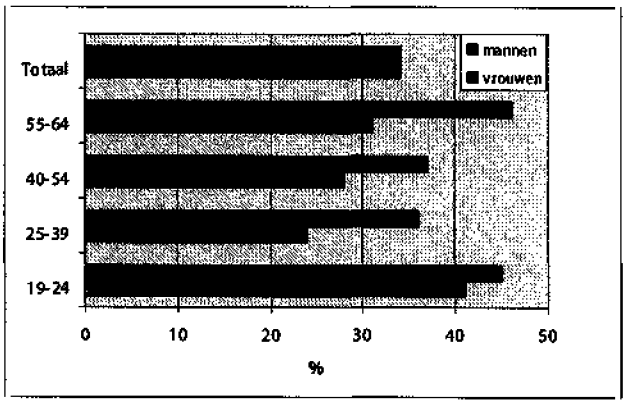
Ontbijtgedrag laat vooral bij jongvolwassenen te wensen over.Van de Eindhovenaren ontbijt 23% minder dan vijf keer in de week. In heel Brabant ligt dit percentage iets lager namelijk op 20. Het percentage volwassenen dat minder dan vijf keer per week ontbijt is bij mannen hoger dan bij vrouwen; 27% van de mannen ontbijt minder dan vijf keer per week tegenover 18% van de vrouwen. Het ontbijtgedrag is ook slechter onder jongvolwassenen dan onder oudere leeftijdsgroepen: 30% van de 19-24 jarigen ontbijt minder dan vijf keer per week tegenover 15% van de 60-64 jarigen (zie figuur 2). Allochtonen, met name niet-westerse allochtonen, slaan vaker het ontbijt over dan autochtonen. Ook is er een duidelijke relatie met sociaal-economische status; laagopgeleiden en mensen die moeite hebben om rond te komen doen het slechter qua ontbijtgedrag dan hoogopgeleiden en mensen die geen moeite hebben met rondkomen. Verder komt naar voren dat éénoudergezinnen vaker niet ontbijten dan mensen met een andere gezinssamenstelling.




*Percentage volwassenen dat niet voldoet aan de norm voor ontbijten naar leeftijd en geslacht*

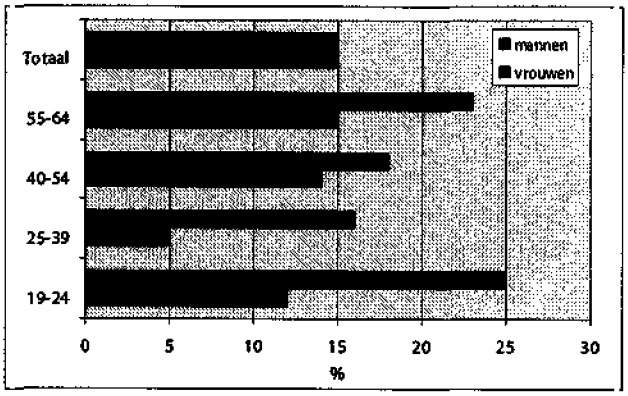
### *Overmatige alcoholconsumptie*

Eén op de drie volwassenen Eindhovenaren drinkt teveel. Het percentage volwassenen dat niet voldoet aan de norm verantwoord alcoholgebruik ligt landelijk op 33% en in Eindhoven op 34%. Opvallend is dat van mannen tussen de 19 en 24 jaar en tussen de 55 en 64 jaar ruim 45% niet voldoet aan de norm verantwoord alcoholgebruik. Voor vrouwen van deze leeftijdscategorieën liggen deze percentages op 41% en 31%.




*Percentage dat de norm voor drankgebruik overschrijdt uitgezet tegen leeftijd en geslacht*

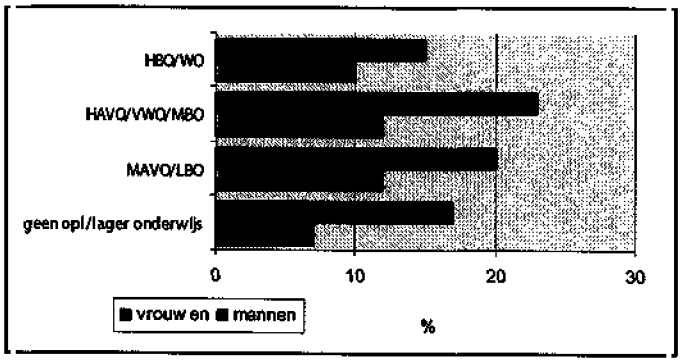
Gemiddeld drinkt één op de zeven volwassenen overmatig. Landelijk betreft het circa 14% van de mannen en 10%in Nederland drinkt overmatig en 10% van de vrouwen. Opvallend zijn de verschillen in overmatig drankgebruik tussen mannen en vrouwen en de leeftijd. Overmatig drankgebruik komt onder jonge mannen het meest voor. In Eindhoven drinkt circa 19% van de mannen overmatig; van de vrouwen is dat 11%.




*Percentage dat overmatig drinkt uitgezet tegen leeftijd en geslacht*

In Eindhoven zijn er, vergeleken met landelijke cijfers, meer zware drinkers. Het landelijk gemiddelde percentage zware drinkers is 11%. In Eindhoven bedraagt het percentage zware drinkers 18%. Circa 18% van de mannen en 4 % van de vrouwen in Nederland is een zware drinker.
Zwaar drinken, ook wel binge drinken genoemd, komt veel meer voor onder jongvolwassenen en dan met name in het weekend.

Landelijk gezien zijn er verschillen in drinkgedrag tussen bevolkingsgroepen met een verschillend opleidingsniveau. Het percentage overmatige drinkers is bij mannen met een HAVO, VWO of MBO opleiding het hoogst (23%). Bij vrouwen met een midden opleiding (MAVO of LBO en HAVO, VWO of MBO) is het percentage overmatige drinkers het hoogst (12%). Het zwaar alcoholgebruik is het hoogst bij mannen met een lage opleiding, terwijl bij vrouwen geen verschil is in het percentage zware drinkers tussen de opleidingsgroepen.



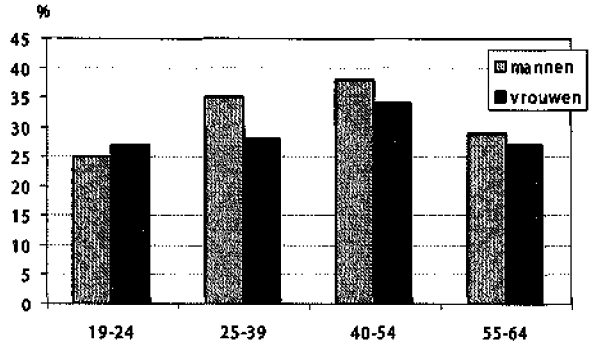

*Percentage met overmatig alcoholgebruik naar opleidingsniveau en geslacht*

In Eindhoven zien we dat voor wat betreft etnische afkomst overmatig alcoholgebruik onder niet-westerse allochtonen veel minder voorkomt dan bij autochtonen en westerse allochtonen. Bij volwassenen van westerse afkomst komt overmatig alcoholgebruik wel vier tot vijf keer zo vaak voor (3% versus 17% en 13% respectievelijk).

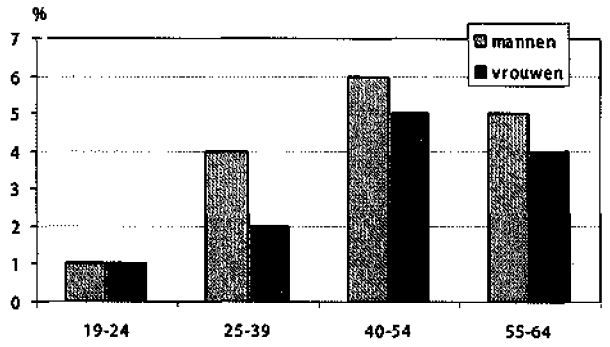
Het alcoholgebruik hangt ook samen met gezinssamenstelling. Onder gehuwden en samenwonenden komt overmatig drankgebruik minder vaak voor dan onder ongehuwde personen. Onder mensen met een fulltimebaan, studenten en gepensioneerden komen meer overmatige drinkers voor. Er zijn geen verschillen tussen overmatig alcoholgebruik in weinig stedelijke gebieden en sterk stedelijk gebieden.

### *Roken*

Drie op de tien volwassenen in Eindhoven rookt. Dit is vergelijkbaar met landelijke cijfers. Zo'n 4% van de volwassenen in Eindhoven is een zware roker (21 of meer sigaretten per dag). Mannen van 40-59 jaar roken het meest. In Nederland en in Eindhoven roken meer mannen (33%) dan vrouwen (29%). Het percentage rokers het hoogst in de middelbare leeftijdscategorie. In de jongste leeftijdsgroep komen zware rokers het minst voor, bij zowel mannen als vrouwen

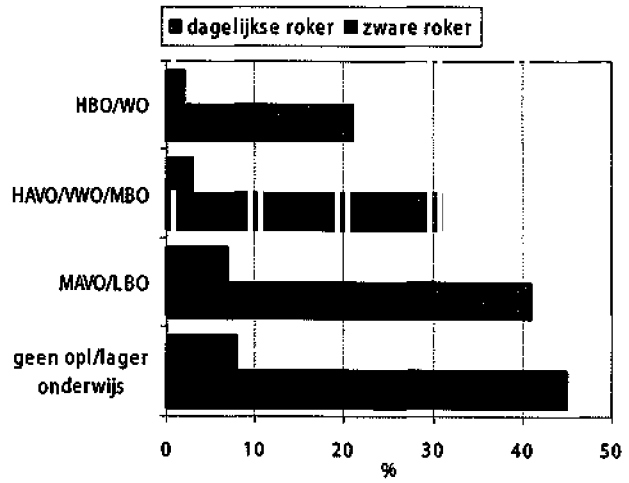



*Percentage rokers naar leeftijd en geslacht.*




*Percentage zware rokers naar leeftijd en geslacht.*

Er is een duidelijk verband met opleidingsniveau te zien. Hoe hoger de opleiding hoe kleiner het percentage rokers. Landelijk is een vergelijkbaar patroon te zien.




*Percentage (zware) rokers naar opleidingsniveau.*

Uitgesplitst naar etniciteit blijkt dat onder Turkse volwassenen de meeste rokers voorkomen, maar het percentage zware rokers wijkt niet af van het gemiddelde in Brabant. Marokkanen roken het minst. Mensen met een uitkering en arbeidsongeschikten roken meer dan mensen met een fulltime baan. Het percentage zware rokers is ook hoger dan bij mensen met een fulltime baan. Een gedeeltelijke verklaring hiervoor is, dat mensen die een uitkering hebben of arbeidsongeschikt zijn ook vaker een slecht ervaren lichamelijke of psychische gezondheid hebben. Dit hangt weer samen met rookgedrag. Onder gehuwde of samenwonende volwassen komen minder rokers voor dan onder ongehuwde of gescheiden volwassenen en weduwen of weduwnaars. Mensen die enige of veel moeite hebben met rondkomen roken vaker dan mensen die geen moeite hebben met rondkomen. Bovendien is het percentage zware rokers onder hen vrij hoog. Ook hier is er sprake van een verband tussen grote moeite hebben met rondkomen en een slechte lichamelijke of psychische gezondheid. Mensen die hier last van hebben blijken vaker te roken. In niet stedelijke gebieden (26%) wordt minder gerookt dan in de overige gebieden, waarbij het percentage rokers het hoogst is in de sterk stedelijke gebieden (33%).

Niet alleen actief roken is ongezond. Ook passief roken. Roken is de sterkste vervuiler van de binnenlucht.Tabaksrook bestaat uit duizenden chemische stoffen, waarvan meer dan 40 kankerverwekkend zijn. In Nederland sterven jaarlijks naar schatting enkele honderden mensen aan longkanker en enkele duizenden aan hartaandoeningen als gevolg van passief roken. Tabaksrook kan leiden tot (geur)hinder en irritatie van neus, keel en ogen. Mensen met luchtwegklachten zijn hier extra gevoelig voor, en het inademen van rook kan bij hen luchtwegklachten verergeren. Daarnaast versterkt roken de kans op kanker door straling van radon uit de bodem en bouwmaterialen.

Er zijn geen landelijke recente cijfers over thuis roken. Van de volwassen in Eindhoven geeft 36% aan dat zij thuis worden blootgesteld aan sigaretten – of sigarenrook in huis. Onder lageropgeleiden (geen opleiding/lagere school) wordt vaker thuis gerookt dan bij hoger opgeleiden (54% versus 22%). Ook onder gezinnen die moeite hebben met rondkomen wordt er thuis meer gerookt dan bij gezinnen die geen moeite met rondkomen hebben (52% versus 27%).

***Drugs***

Van alle Nederlanders in de leeftijd van 12 jaar en ouder heeft 17% ooit softdrugs gebruikt. Drie procent heeft in de afgelopen 12 maanden nog gebruikt. In Eindhoven heeft 27% ooit softdrugs gebruikt, en 9% geeft aan afgelopen 12 maanden nog gebruikt te hebben. Deze cijfers liggen dus ruim boven het landelijk gemiddelde.

*Gebruik van soft- en harddrugs in Eindhoven (%)*

| Regio | Gebruikt softdrugs* | Gebruikt harddrugs* | Ooit softdrugs | Ooit harddrugs |
|---|---|---|---|---|
| Eindhoven | 9 | 3 | 27 | 9 |
| Noord-Brabant | 5 | 2 | 17 | 5 |
| Nederland | 3 | 1 | 17 | 5 |

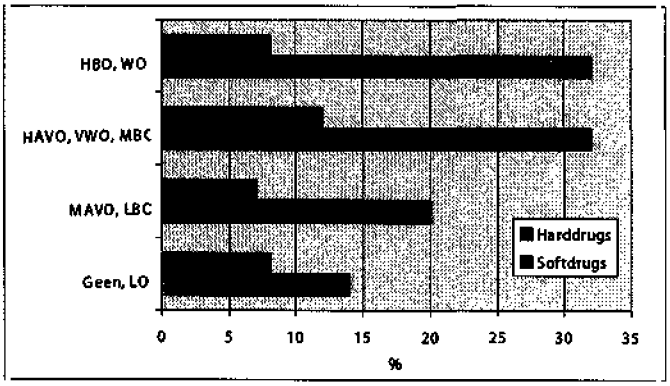
*In de afgelopen 12 maanden

In Nederland geeft 5% van de volwassen aan ooit wel eens harddrugs te hebben gebruikt. Voor Eindhoven ligt dit cijfer aanmerkelijk hoger, namelijk op 9%.

De actuele drugsgebruikers zijn voornamelijk terug te vinden in de jongere leeftijdsgroepen. Veel jongeren zijn geneigd te experimenteren en drugs horen daar ook bij. In Nederland bedraagt het gebruik van softdrugs onder jongeren (15 t/m 34 jaar) in het afgelopen 12 maanden 12%, en van harddrugs: cocaïne 2%, Amfetamines 1%, Ecstasy 3%. Dit gebruik komt in de oudere leeftijdsgroepen niet of nauwelijks voor.

Mannen hebben over het algemeen meer ervaring met drugs dan vrouwen. In Eindhoven heeft 22% van de jongvolwassenen (19-24 jaar) in het afgelopen 12 maanden softdrugs gebruikt (27% mannen en 17% vrouwen). Voor harddrugs is dit 5% (5% mannen en 6% vrouwen).

Opvallend is dat het gebruik van softdrugs in Eindhoven een relatie lijkt te hebben met het opleidingsniveau. Van de volwassenen met een HAVO, VWO of MBO opleiding en de hoger opgeleiden (HBO/academici) heeft 32% ooit softdrugs gebruikt, tegenover 14% van de mensen zonder opleiding of met een lage opleiding. Voor harddrugs zijn die verschillen veel kleiner




*Percentage dat ooit softdrugs of harddrugs heeft gebruikt naar opleidingsniveau*

Van alle harddrugs worden XTC en cocaïne het meest gebruikt. In Eindhoven respectievelijk 7 en 6%. Daarnaast worden ook paddo's en speed gebruikt, door 5% en 4% van de volwassenen respectievelijk.

### *Soa en seksueel risicogedrag*

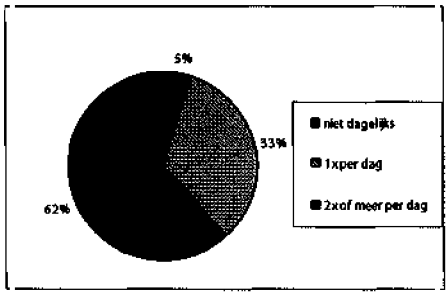
Door een toename van seksueel risicogedrag is er sprake van een toename van het aantal gevonden Seksueel Overdraagbare Aandoeningen[30]. (SOA). In 2006 vonden bij de GGD in Eindhoven 1339 SOA-consulten plaats, tegen 937 consulten in 2005. Bij 19% van de consulten werd een SOA geconstateerd[31]. In totaal vertoont 2% van de Eindhovense bevolking (15-84 jaar) seksueel risicogedrag. Van de Eindhovenaren met een kortdurende vaste relatie vertoont 36% risicogedrag. Met wisselende relaties vertoont 25% risicogedrag. Risicogedrag wordt vaker bij mannen dan bij vrouwen waargenomen.In de leeftijdscategorie 15-24 jaar is het risicogedrag 4%, in de leeftijdscategorie 25-44 jaar 3%. Bij ouderen (75 jaar en ouder) is geen risicogedrag waargenomen. 18% van de Eindhovense bevolking heeft zich wel eens laten testen op SOA.Van deze groep heeft 26% wel eens een geslachtsziekte gehad. Mannen laten zich net zo vaak testen als vrouwen. In de leeftijdscategorie 15-44 jaar wordt vaker op SOA getest dan in oudere leeftijdsgroepen. Mensen laten zich in de meeste gevallen testen vanwege het eigen risicogedrag en vanwege onzekerheid en/of angst. Bij laag opgeleiden komen SOA 2,5 x zoveel voor als bij hoogopgeleiden. Bij Eindhovenaren met een duurzame relatie die niet samenwonen komen SOA 3x zoveel voor, bij alleenstaanden 10x zo veel. Bij de ouders woonachtige Eindhovenaren komen SOA 4x zoveel voor als bij samenwonenden. Het vóórkomen van SOA neemt toe. Onder homoseksuelen is deze toename sterker dan onder andere bevolkingsgroepen. Mogelijke oorzaak hiervoor is de afgenomen angst voor HIV-besmetting door het beschikbaar komen van een therapie en waarschijnlijk een toegenomen onveilig seksueel gedrag.

[30] Het aantal gevonden SOA neemt meer toe dan op basis van het groeiende aantal bezoekers van de SOA-poli mag worden verwacht

[31] Voor Zeeland en Brabant samen geldt een vindpercentage van 15,3% in 2006.

***Mondgezondheid***

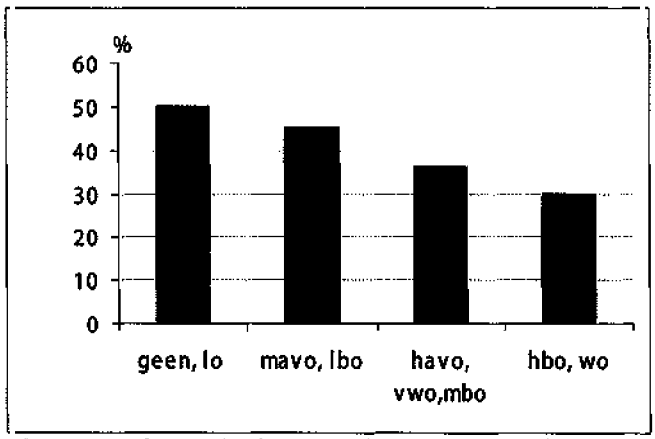
De meerderheid van de volwassen Eindhovenaren tot 65 jaar poetst de tanden 2 maal per dag (62%). Eenderde van de volwassenen poets éénmaal per dag. Vijf procent poetst niet elke dag. Mannen poetsen duidelijk minder vaak dan vrouwen. In de oudste leeftijdsgroep wordt het slechtst gepoetst. Dit houdt waarschijnlijk verband met een toename van het aantal mensen met een gebitsprothese. Een groot deel (47%) van de volwassenen tot 65 jaar die er moeite mee hebben om financieel rond te komen poetst de tanden minder dan 2 keer per dag. Er is tussen de bevolkingsgroep met een Nederlandse nationaliteit enerzijds en de groepen westerse- en niet-westerse allochtonen nauwelijks verschil in poetsgedrag




*Frequentie tandenpoetsen*

Als richtlijn voor goede mondgezondheid wordt gehanteerd minimaal 2 keer per dag tanden poetsen. Op basis van deze richtlijn poetst 38% van de volwassen Eindhovenaren onvoldoende. Voor heel Noord-Brabant is dit percentage 42%.

Van de volwassenen zonder opleiding of met hooguit lagere school geeft 50% aan dat ze niet dagelijks, of hooguit 1 keer per dag hun tanden poetsen. Bij de groep met de hoogste opleiding is dat 31%.




*Percentage dat minder dan 2x per dag poetst naar opleiding*

Ongeveer 10% van de Eindhovenaren geeft aan géén eigen tandarts te hebben. Voor heel Noord-Brabant geldt hetzelfde percentage. In Eindhoven hebben mannen wat vaker geen tandarts dan vrouwen (11% tegen 8%). Volwassenen uit de leeftijdsgroep 55-64 jaar hebben vaker geen tandarts dan de jongeren. Dit geldt zowel voor mannen (19%) als ook voor vrouwen (17%).Van de volwassen niet-westerse allochtonen heeft 18% geen eigen tandarts, terwijl voor westerse allochtonen en Nederlanders dit percentage veel lager ligt (11% respectievelijk 8%). Van de volwassen Eindhovenaren met een lage sociaal economische status (geen opleiding of alleen lager onderwijs) heeft bijna een kwart (23%) geen eigen tandarts. Bij mensen met de hoogste sociaal economische status (hbo of wo) is dit percentage 6%.

Ruim driekwart (78%) van alle volwassen Eindhovenaren heeft het afgelopen jaar een tandarts of mondhygiënist bezocht. Vrouwen wat vaker dan mannen (81% respectievelijk 75%). Evenals bij het hebben van een eigen tandarts is het bezoek aan tandarts of mondhygiënist bij personen met een niet-westerse nationaliteit veel lager dan bij de andere groepen. Bij niet-westers allochtonen heeft 38% het afgelopen jaar geen tandarts of mondhygiënist bezocht. Van westerse allochtonen ging een kwart het afgelopen jaar niet, en van personen met een Nederlandse nationaliteit is 19% het laatste jaar niet naar een tandarts of mondhygiënist geweest. Eenderde van de volwassen Eindhovenaren uit de leeftijdsgroep van 55 tot 65 jaar bezocht minder dan een jaar geleden een tandarts. Dit relatief hoge percentage heeft waarschijnlijk te maken met de toename met de leeftijd van het aantal mensen met een kunstgebit.

Er zijn geen landelijke cijfers bekend waarmee het poetsgedrag van de Eindhovenaren kan worden vergeleken met het gemiddelde poetsgedrag van de Nederlandse bevolking. Wel zijn er gegevens bekend over het tandartsenbezoek in Nederland. In 2005 heeft 78% contact gehad met de tandarts. Dit percentage komt overeen met het Eindhovense percentage. Ook landelijk is een daling van het tandartsenbezoek naar leeftijd zichtbaar.

### De gezondheidssituatie van kinderen en jongeren

Een verhoudingsgewijs groot percentage jongeren beweegt te weinig en eet te weinig groente en fruit. Van de jongeren voldoet 24% aan de norm voor groenteconsumptie. Dat is vergelijkbaar met het gemiddelde voor Eindhoven. Met 56% en respectievelijk 52% voldoen meer 15-19 jarigen en 20-24 jarigen aan de norm voor fruitconsumptie dan gemiddeld. Van de groep jongeren ontbijt een op de drie minder dan 5 dagen per week. Dat betekent dat eenderde van de jongeren minimaal één keer per week zonder ontbijt naar school of werk gaat. Van de 0-11 jarigen eet 60% niet dagelijks groente en 48% niet dagelijks fruit. 4% ontbijt minder dan 5 keer per week en 3% eet minder dan vijf keer per week een warme maaltijd. 42% eet meer dan drie keer per dag een tussendoortje.

14% van de 0 tot 11 jarigen heeft wel eens alcohol gedronken. Van de 15-19 jarigen rookt 16%, terwijl dat bij de 20-24 jarigen al 38% is. Overmatig alcoholgebruik komt bij jongeren meer voor dan bij ouderen; 43% van de 15-19 jarigen en 52% van de 20-24 jarigen voldoet niet aan de norm verantwoord alcoholgebruik. Ook het gebruik van drugs is in deze leeftijdscategorie hoog. Van de 15-19 jarigen heeft 33% ooit drugs gebruikt, bij de 20-24 is dat bij 52% van de jongeren het geval. Van de 15-19 jarigen heeft 13% in de 4 weken voorafgaande aan het onderzoek gebruikt en bij de 20-24 jarigen gebruikte 17% recent drugs. Bij de 15-19 jarigen zijn de meest gebruikte drugs: canabis (28%), paddos (5%), amfetamine (3%), XTC (2%) en cocaïne (2%). Bij de 20-24 jarigen betreft dat (cannabis (42%), amfetamine (14%), paddo's (12%), cocaïne (8%) en XTC (7%).

Van de kinderen in de leeftijd van 0 tot 11 jaar heeft 7% een matige tot slechte gezondheid[32]. Van de kinderen in deze leeftijdscategorie heeft 27% één of meer chronische aandoeningen. Twee procent daarvan wordt ernstig door deze aandoeningen belemmerd in zijn functioneren. In 2003 is zijn de 15-85 jarige Eindhovenaren onderzocht in het kader van de gezondheidsmonitor. Bijna 80% van de groep 15-29 jarigen beoordeelde hun gezondheid als goed of heel goed en 2% beoordeelt hun gezondheid als slecht of zeer slecht. Bij de 15-19 jarigen zijn de aandoeningen die het meest voorkomen: sportblessures (18%), allergie (16% ) en migraine/ernstige hoofdpijn (15%). Jongeren zijn vaker slachtoffer van agressie dan gemiddeld in Eindhoven. Van de 15-24 jarigen was 21% in het jaar voorafgaande aan het onderzoek minimaal een keer slachtoffer; mannen vaker dan vrouwen.

[32] Jeugdmonitor 2005

Ten opzichte van het Eindhovens gemiddeld komt bij de groep 15-19 jarigen nog relatief weinig overgewicht voor. Tocht is nog altijd één op de negen jongeren te dik. Bij de 20-24 jarigen is dat al bijna één op de vijf en bij de 25-29 jarigen één op de vier. Overgewicht komt bij 10% van de kinderen in de leeftijd van 0 tot 11 jaar voor, obesitas bij 4% 61% van de kinderen in deze leeftijdsgroep poetst onvoldoende zijn tanden. 20% van de kinderen kijkt meer dan 2 uur per dag televisie en 4% zit langer dan 2 uur per dag achter de computer. Van de 0 tot 11 jarigen is 55% lid van een sportclub of sportschool.

Kinderen hebben niet alleen te maken met fysieke gezondheidsproblemen, maar ook met psychosociale. Ongeveer 14% van de kinderen in de derde klas van het voortgezet onderwijs heeft een psychosociaal probleem, variërend van problemen thuis problemen met het eigen lichaam, faalangst en lusteloosheid, tot agressief gedrag en stelen, sociale problemen en schoolproblemen. Meisjes kampen vaker met internaliserende problematiek (faalangst, lusteloosheid) dan jongens, terwijl jongens juist vaker externaliserende problematiek kennen (bijvoorbeeld agressief gedrag). Van de kinderen in de leeftijdscategorie van 4 tot 11 jaar heeft 26% de afgelopen 2 jaar een zorgelijk life-event meegemaakt. 12% heeft weinig zelfvertrouwen en 10% kampt met negatieve emoties.
De fysieke woonomgeving is van invloed op de wijze waarop kinderen hun gezondheid en welzijn ervaren. Een speelgelegenheid in de buurt wordt door 49% van de kinderen gemist, 38% mist voldoende activiteiten voor kinderen, 34% ziet onvoldoende mogelijkheden om alleen buiten te spelen. Bij 18% van de kinderen is er sprake van schimmel of vocht in de woning. Van de 0-11 jarigen heeft 38% tenminste één rokende ouder.

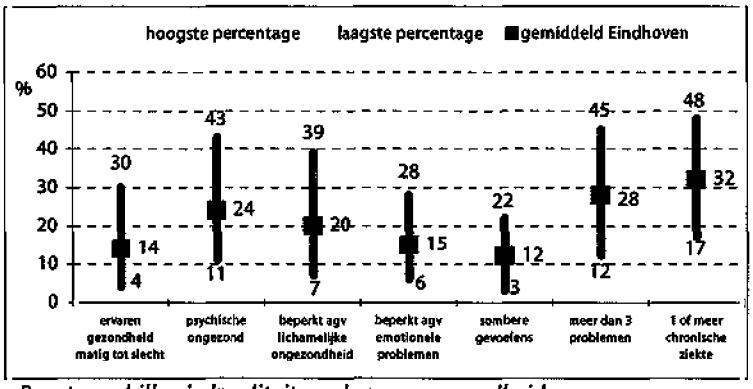
### Rode draad: sociaal-economische gezondheidsverschillen

De gezondheid van mensen met een lage sociaal-economische status (SES) is op bijna alle fronten slechter dan die van de Nederlander met een hoge sociaal-economische status. Zij ervaren hun gezondheid vaak als minder goed en ze hebben vaker chronische aandoeningen en beperkingen. Het verschil in levensverwachting voor mensen met alleen lager onderwijs ten opzichte van mensen met hoger onderwijs bedraagt voor mannen 2,6 jaar en voor vrouwen 4,9 jaar. Het verschil in levensverwachting in goede ervaren gezondheid tussen beide groepen is voor mannen zelfs 15,8 jaar en voor vrouwen 14,0 jaar (van Herten, 2002).

Grote steden zijn vindplaatsen van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Dit verschil is vooral het gevolg van de opstapeling van gezondheidsproblemen in achterstandswijken. Daarbovenop lijkt het wonen in een achterstandswijk van een grote stad een extra risico voor de gezondheid van de bewoners. Hiermee is de wijk niet alleen vindplaats van gezondheidsachterstanden, maar ook oorzaak.

Mensen met een lagere sociaal-economische status leven over het algemeen ongezonder (meer alcoholgebruik, roken, overgewicht en minder sporten) en wonen en werken in ongunstiger omstandigheden dan mensen met een betere sociaal-economische status. De verschillen in gezondheid en leefstijl tussen deze groepen zijn de afgelopen tijd niet veranderd: ze zijn stabiel gebleven.

Tussen buurten in Eindhoven bestaan grote verschillen in kwaliteit van leven. Zo varieert het percentage bewoners dat de eigen gezondheid als matig tot slecht beoordeeld tussen de 4% en 30% per buurt. Het percentage mensen dat zich psychisch ongezond voelt loopt uiteen van 11% tot 43%. Ook voor de overige indicatoren voor kwaliteit van leven en gezondheid (chronische aandoeningen) bestaan grote buurtverschillen




*Buurtverschillen in kwaliteit van leven en gezondheid*

Negen buurten in Eindhoven springen er in negatieve zin uit: zij behoren voor tenminste vier van zeven indicatoren van kwaliteit van leven en gezondheid tot de 10 slechtste buurten. Hierbij is gekeken naar de volgende indicatoren: ervaren gezondheid, de psychische gezondheid, het ervaren van beperkingen als gevolg van de lichamelijke gezondheid en emotionele problemen, blije / sombere gevoelens, het hebben van problemen en chronische aandoeningen. Deze negen buurten zijn: Genderdal, Tivoli, Mensfort, Vaartbroek, Bennekel-West / Gagelbosch, Limbeek, Groenewoud, Hemelrijken en Blaarthem.

## Bijlage II: Relatie met de Wmo

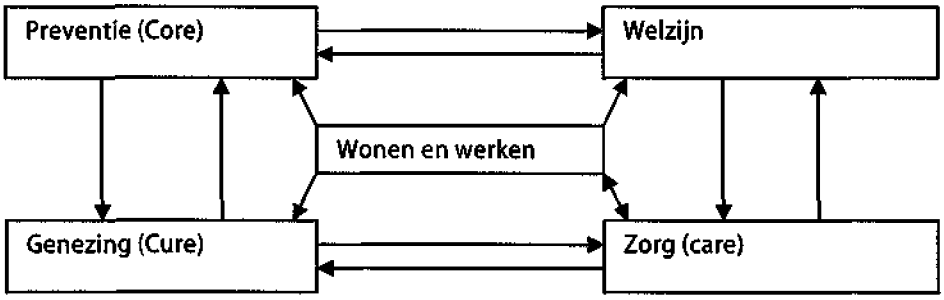
*Preventie*

Door de Wmo is het mogelijk om een samenhangend aanbod van activiteiten en voorzieningen te bieden gericht op het voorkomen dat mensen minder kunnen participeren (preventie) tot het verlenen van individuele voorzieningen (care) om mensen. Dit heeft een inhoudelijke relatie met gezondheidsbeleid. In het gezondheidsbeleid kan de volgende indeling in typen preventie worden gehanteerd[33].

- *Universele preventie*: gericht op de gehele bevolking;
- *Selectieve preventie*: gericht op individuen of een subgroep waarbij het risico op het ontwikkelen van een probleem aanzienlijk groter dan gemiddeld is;
- *Geïndiceerde preventie*: gericht op individuen die de eerste symptomen hebben die voorafgaan aan een probleem;
- *Zorggerichte preventie*: gericht op mensen die een gediagnosticeerde aandoening hebben. Beleid is er dan op gericht op:
    - het voorkomen van verergering en het ontstaan van andere aandoeningen.
    - het toerusten van mensen om zich beter in de samenleving te handhaven.

Met betrekking tot participatie richt de Wmo zich op alle vier de vormen van preventie. Bij lokaal gezondheidsbeleid gaat het om universele, selectieve en geïndiceerde preventie. De individuele voorzieningen vallen onder de zorggerichte preventie.

De term preventie zal in de toekomst vervangen worden door de term "core". De branches "Core" (preventie), "Cure" (genezen), "Care" (zorg) en "welzijn" zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. De branches "wonen" en "werken" spelen in toenemende mate een rol van betekenis:




*Samenhang met andere beleidsterreinen*

Zowel het gezondheidsbeleid als het Wmo beleid hebben een relatie met andere terreinen als onderwijs, veiligheid, wonen, openbare ruimte etc. Waar het gaat om facetbeleid wordt gezamenlijk opgetrokken en afgestemd met andere actoren, bijvoorbeeld gerelateerd aan ruimtelijke ordening.

[33] Mrazek en Haggerty.

*Jeugd*

Jeugdgezondheidszorg en preventief jeugdbeleid (waaronder peuterspeelzaalbeleid, vrije tijdsvoorzieningen en activiteiten voor jeugd) zijn nauw met elkaar verbonden.
Het Centrum voor Jeugd en Gezin is een tastbaar voorbeeld waar gezondheid en Wmo samen kunnen gaan.
De taken van het Centrum voor Jeugd en Gezin als netwerkorganisatie zijn binnen de gemeente Eindhoven als volgt gedefinieerd:

- *Opvoedcentrum:*
  - Versterking en coördinatie van opvoed- en opgroeiondersteuning;
  - Expertisecentrum opvoedondersteuning voor jeugd, ouders, vrijwilligers en professionals.
- *Risicojeugd:*
  - Signaleringssysteem Zorg voor Jeugd;
  - Stedelijk casusoverleg risicojeugd;
  - Inzet gezinscoaches.

Nauwe samenwerking en/of verbondenheid van de consultatiebureaus en de jeugdgezondheidszorg van de GGD aan het Centrum voor Jeugd en gezin als netwerkorganisatie is van belang. Om dit te bereiken wordt afstemming gezocht tussen Wmo, jeugdbeleid (Centrum Jeugd en Gezin) en lokaal gezondheidsbeleid.

*Eerstelijns (gezondheids)zorg*

De eerstelijns (gezondheids)zorg speelt een rol van betekenis bij het verkrijgen en in stand houden van de sociale samenhang en leefbaarheid in de buurt. Basisvoorwaarde is dat er in de buurt voldoende eerstelijns (gezondheids)zorg aanwezig is. Aandachtspunt binnen het lokaal gezondheidsbeleid is de voldoende beschikbaarheid en de toegankelijkheid van eerstelijns zorg.
Zichtbaar is de ontwikkeling dat de eerste lijn zich steeds meer met preventie gaat bezighouden. De gemeente staat voor de opgave preventie, cure en care op elkaar af te stemmen.

Door middel van gezondheidscentra en een consultatiebureau voor senioren kan meer afstemming en samenhang in de zorg naar patiënten bereikt worden. Als er vragen zijn over ondersteuning kan worden door verwezen naar het Wmo-loket. Samenwerking tussen het Wmo-loket en eerstelijns zorg is hiervoor essentieel. Projecten als Gezond in de buurt en de inzet van allochtone zorgconsulenten, waarmee in de vorige beleidsperiode goede ervaringen zijn opgedaan, leveren hier een belangrijke bijdrage.

*Netwerkvorming/Woonservicezones*

In de Wmo staat de buurt centraal. Ook vanuit de gezondheidszorg kan worden gedacht vanuit de buurt. Eerstelijnszorg krijgt dan een plaats in de buurtgerichte (gemeentelijke) netwerken. Voor jeugd kunnen deze netwerken gerelateerd zijn aan de spilontwikkeling.
Gezondheidszorg is een belangrijk onderdeel van de woonservicezones die in het kader van de Wmo ertoe bijdragen dat mensen met hun ziekte of beperking langer zelfstandig kunnen blijven wonen.

*Mantelzorg en vrijwilligers in de zorg*

Netwerkvorming van de eerste lijn op buurtniveau vraagt dat de eerstelijns gezondheidszorg niet alleen denkt vanuit de medisch-technische kant, maar ook aan sociaal-maatschappelijke activiteiten. Activiteiten die een deel van de oplossing van een medisch probleem kunnen zijn en worden geboden vanuit de Wmo en de Wcpv. Hierbij valt te denken aan mantelzorgondersteuning en vrijwilligerswerk. Door vrijwilligerswerk wordt voorkomen dat mensen die (langdurig) ziek zijn in een geïsoleerde positie terecht komen, wat een preventieve uitwerking kan hebben bij het risico voor verslechtering van de gezondheid. Daarnaast is vrijwilligersbeleid ook inzetbaar als preventief instrument om mensen maatschappelijk te laten participeren.

*Informatie en advies/Cliëntondersteuning*

Zowel vanuit de Wmo als vanuit de Wcpv heeft de gemeente taken met betrekking tot informatie en advies en cliëntondersteuning. Het Wmo-loket richt zich op alle wonen-, welzijns- en zorgactiviteiten, waarbij ook gezondheidsvragen worden beantwoord. Mogelijk kan het Wmo-loket aansluiting vinden bij gezondheidscentra.

Zowel vanuit gezondheidsbeleid als vanuit de maatschappelijke ondersteuning is behoefte aan een goede sociale kaart. Deze wordt in nauwe afstemming ontwikkeld. Ook wat betreft cliëntondersteuning wordt gezamenlijk opgetrokken: cliëntondersteuners kunnen helpen op het terrein van wonen, welzijn én zorg.

*OGGZ*

Per 1 januari 2007 is de OGGZ met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen, overgeheveld vanuit de WCPV naar de Wmo. Om te voorkomen dat te veel inwoners een beroep doen op de Wmo is het van belang dat gemeenten blijven investeren in preventietaken die vooral in het kader van lokaal gezondheidsbeleid (Wcpv) worden georganiseerd. Binnen de Wcpv-taak van collectieve preventie kunnen verschillende taken het OGGZ-beleid en de intensieve aanpak in het kader van het "Stedelijke Kompas" ondersteunen, zoals bijvoorbeeld het verwerven van inzicht in de lokale gezondheidssituatie van de bevolking.

## Bijlage III: Bronnen


- Actieprogramma Milieu en Gezondheid, Ministerie van Volksgezondheid, Ruimtelijke Ordening en Milieu.
- Eindhoven Eén, slagvaardig op weg naar een sociaal, sterk en betrokken Eindhoven, coalitie-akkoord 2006-2010;
- Evaluatie nota lokaal gezondheidsbeleid 2003-2006 "Samen werken aan een gezond Eindhoven".
- Gezondheidspeilingen en Monitors GGD Eindhoven/GGD Brabant-Zuidoost.
- Gezond in de stad, kadernota openbare gezondheidszorg Gemeente Rotterdam 2007-2010
- Groningen gaat steeds gezonder zorgen II, Nota lokaal gezondheidsbeleid 2007-2010 Gemeente Groningen.
- Handreiking VNG WMO en lokaal gezondheidsbeleid in samenhang
- Kadernota kerntaken GGD, april 2007
- Mrazek en Haggerty
- Nota lokaal gezondheidsbeleid 2007-2010 GGD Zuidoost-Brabant
- Samen werken aan een gezond Eindhoven, Nota lokaal gezondheidsbeleid 2003-2006
- Voorjaarsnota gemeente Eindhoven
- WMO: Kansen voor Eindhoven, visie, kaders, keuzes en gevolgen. Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling, Sector Visie en Programmering, September 2006.

**BIJLAGE IV: SCHEMATISCHE WEERGAVE OPZET UITVOERINGSPROGRAMMA (eerste aanzet)**

| Programma Eén in Gezondheid | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *Eén in Gezonde leefstijl* | | | | | | |
| **Prioritaire thema's** | **Wat willen we bereiken?** | **Wat doen we al?** | **Wat zijn mogelijke nieuw in te zetten oplossingen?** | **Wat hebben we daar voor nodig en wie draagt wat (financieel) bij?** | **Bij welke van de 4 O's wordt aangesloten:**<br>- **ontplooiing**<br>- **ontmoeting**<br>- **ontspanning**<br>- **opvang** | **Is er al sprake van een gebiedsgerichte vertaling en zo ja, in welke gebieden?** |
| **Overgewicht** | Meer Eindhovenaren kiezen voor een gezonde leefstijl | | | | | |
| | Het verschil in ongezonde leefstijl tussen SES-groepen neemt niet toe | | | | | |
| | Het percentage kinderen met overgewicht daalt | | | | | |
| | Het percentage volwassenen met overgewicht neemt niet verder toe | | | | | |
| | Een groter percentage Eindhovenaren beoordeelt zijn fysieke gezondheid als goed, zeer goed of uitstekend. | | | | | |

| Prioritaire thema's | Wat willen we bereiken? | Wat doen we al? | Wat zijn mogelijke nieuw in te zetten oplossingen? | Wat hebben we daar voor nodig en wie draagt wat (financieel) bij? | Bij welke van de 4 O's wordt aangesloten:<br>- ontplooiing<br>- ontmoeting<br>- ontspanning<br>- opvang | Is er al sprake van een gebiedsgerichte vertaling en zo ja, in welke gebieden? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Psychosociale problemen en depressie** | Meer Eindhovenaren kiezen voor een gezonde leefstijl | | | | | |
| | Het verschil in ongezonde leefstijl tussen SES-groepen neemt niet toe | | | | | |
| | Een groter percentage Eindhovenaren voelt zich psychisch gezond | | | | | |
| | Het risico op psychosociale problematiek bij jongeren vermindert. | | | | | |

| Prioritaire thema's | Wat willen we bereiken? | Wat doen we al? | Wat zijn mogelijke nieuw in te zetten oplossingen? | Wat hebben we daar voor nodig en wie draagt wat (financieel) bij? | Bij welke van de 4 O's wordt aangesloten:<br>- ontplooiing<br>- ontmoeting<br>- ontspanning<br>- opvang | Is er al sprake van een gebiedsgerichte vertaling en zo ja, in welke gebieden? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Overmatig alcoholgebruik** | Meer Eindhovenaren kiezen voor een gezonde leefstijl | | | | | |
| | Het verschil in ongezonde leefstijl tussen SES-groepen neemt niet toe | | | | | |
| | Een groter percentage Eindhovenaren beoordeelt zijn fysieke gezondheid als goed, zeer goed of uitstekend | | | | | |
| | Het overmatig alcoholgebruik onder jongeren neemt af | | | | | |

| Prioritaire thema's | Wat willen we bereiken? | Wat doen we al? | Wat zijn mogelijke nieuw in te zetten oplossingen? | Wat hebben we daar voor nodig en wie draagt wat (financieel) bij? | Bij welke van de 4 O's wordt aangesloten:<br>- ontplooiing<br>- ontmoeting<br>- ontspanning<br>- opvang | Is er al sprake van een gebiedsgerichte vertaling en zo ja, in welke gebieden? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Het overmatig alcoholgebruik onder volwassen Eindhovenaren stabiliseert | | | | | |
| **Overige leefstijlelementen (zoals seksueel risicogedrag (SOA), drugsgebruik, mondgezondheid)** | Meer Eindhovenaren kiezen voor een gezonde leefstijl | | | | | |
| | Het verschil in ongezonde leefstijl tussen SES-groepen neemt niet toe | | | | | |
| | Een groter percentage Eindhovenaren beoordeelt zijn fysieke gezondheid als goed, zeer goed of uitstekend | | | | | |

| Programma Eén in Gezondheid | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *Eén in Gezonde Buurten* | | | | | | |
| **Prioritaire thema's** | **Wat willen we bereiken?** | **Wat doen we al?** | **Wat zijn mogelijke nieuw in te zetten oplossingen?** | **Wat hebben we daar voor nodig en wie draagt wat (financieel) bij?** | **Bij welke van de 4 O's wordt aangesloten:**<br>- **ontplooiing**<br>- **ontmoeting**<br>- **ontspanning**<br>- **opvang** | **Is er al sprake van een gebiedsgerichte vertaling en zo ja, in welke gebieden?** |
| **Sociaal-economische gezondheidsverschillen** | De sociaal-economische gezondheidsverschillen nemen niet verder toe. | | | | | |
| **Programma Eén in Gezondheid** | | | | | | |
| *Eén in Gezonde Zorg* | | | | | | |
| ***Prioritaire thema's*** | **Wat willen we bereiken?** | **Wat doen we al?** | **Wat zijn mogelijke nieuw in te zetten oplossingen?** | **Wat hebben we daar voor nodig en wie draagt wat (financieel) bij?** | **Bij welke van de 4 O's wordt aangesloten:**<br>- **ontplooiing**<br>- **ontmoeting**<br>- **ontspanning**<br>- **opvang** | **Is er al sprake van een gebiedsgerichte vertaling en zo ja, in welke gebieden?** |
| **Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorgvoorzieningen** | (allochtone) burgers weten beter de weg naar zorg te vinden en tonen zich meer tevreden over de beschikbaarheid en toegankelijkheid | | | | | |

| Prioritaire thema's | Wat willen we bereiken? | Wat doen we al? | Wat zijn mogelijke nieuw in te zetten oplossingen? | Wat hebben we daar voor nodig en wie draagt wat (financieel) bij? | Bij welke van de 4 O's wordt aangesloten:<br>- ontplooiing<br>- ontmoeting<br>- ontspanning<br>- opvang | Is er al sprake van een gebiedsgerichte vertaling en zo ja, in welke gebieden? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Informatie over gezondheidsproblemen, doelgroepen en vindplaatsen in beschikbaar, bruikbaar en toegankelijk. | | | | | |
| | Innovatieve technologische hulpmiddelen worden ingezet om burgers langer verantwoord in hun eigen woonomgeving te laten wonen en hun zorgvraag te beantwoorden. | | | | | |

| **Prioritaire thema's** | **Wat willen we bereiken?** | **Wat doen we al?** | **Wat zijn mogelijke nieuw in te zetten oplossingen?** | **Wat hebben we daar voor nodig en wie draagt wat (financieel) bij?** | **Bij welke van de 4 O's wordt aangesloten:**<br>- **ontplooiing**<br>- **ontmoeting**<br>- **ontspanning**<br>- **opvang** | **Is er al sprake van een gebiedsgerichte vertaling en zo ja, in welke gebieden?** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Versterken afstemming zorgvraag en zorgaanbod** | (allochtone) burgers weten beter de weg naar zorg te vinden en tonen zich meer tevreden over de beschikbaarheid en toegankelijkheid | | | | | |
| | Informatie over gezondheidsproblemen, doelgroepen en vindplaatsen in beschikbaar, bruikbaar en toegankelijk | | | | | |

| Prioritaire thema's | Wat willen we bereiken? | Wat doen we al? | Wat zijn mogelijke nieuw in te zetten oplossingen? | Wat hebben we daar voor nodig en wie draagt wat (financieel) bij? | Bij welke van de 4 O's wordt aangesloten:<br>- ontplooiing<br>- ontmoeting<br>- ontspanning<br>- opvang | Is er al sprake van een gebiedsgerichte vertaling en zo ja, in welke gebieden? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Stimuleren inzet van technologie, domotica en technologische toepassingen** | Innovatieve technologische hulpmiddelen worden ingezet om burgers langer verantwoord in hun eigen woonomgeving te laten wonen en hun zorgvraag te beantwoorden. | | | | | |

| Programma Eén in Samenhang | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *Eén in Gezonde Leefstijl* | | | | | | |
| **Prioritaire thema's** | **Wat willen we bereiken?** | **Wat doen we al?** | **Wat zijn mogelijke nieuw in te zetten oplossingen?** | **Wat hebben we daar voor nodig en wie draagt wat (financieel) bij?** | **Bij welke van de 4 O's wordt aangesloten:**<br>- **ontplooiing**<br>- **ontmoeting**<br>- **ontspanning**<br>- **opvang** | **Is er al sprake van een gebiedsgerichte vertaling en zo ja, in welke gebieden?** |
| **Overgewicht** | Meer Eindhovenaren kiezen voor een gezonde leefstijl. | | | | | |
| | Het verschil in ongezonde leefstijl tussen SES-groepen neemt niet toe. | | | | | |
| | Het pecentage kinderen met overgewicht daalt. | | | | | |
| | Het percentage volwassen met overgewicht neemt niet verder toe. | | | | | |
| | Een groter percentage Eindhovenaren beoordeelt zijn fysieke gezondheid als goed, zeer goed of uitstekend | | | | | |

| Prioritaire thema's | Wat willen we bereiken? | Wat doen we al? | Wat zijn mogelijke nieuw in te zetten oplossingen? | Wat hebben we daar voor nodig en wie draagt wat (financieel) bij? | Bij welke van de 4 O's wordt aangesloten:<br>- ontplooiing<br>- ontmoeting<br>- ontspanning<br>- opvang | Is er al sprake van een gebiedsgerichte vertaling en zo ja, in welke gebieden? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Psychosociale problemen en depressie** | Meer Eindhovenaren kiezen voor een gezonde leefstijl | | | | | |
| | Het verschil in ongezonde leefstijl tussen SES-groepen neemt niet toe | | | | | |
| | Een groter percentage Eindhovenaren voelt zich psychisch gezond | | | | | |
| | Het risico op psychosociale problematiek bij jongeren vermindert | | | | | |

| Prioritaire thema's | Wat willen we bereiken? | Wat doen we al? | Wat zijn mogelijke nieuw in te zetten oplossingen? | Wat hebben we daar voor nodig en wie draagt wat (financieel) bij? | Bij welke van de 4 O's wordt aangesloten:<br>- ontplooiing<br>- ontmoeting<br>- ontspanning<br>- opvang | Is er al sprake van een gebiedsgerichte vertaling en zo ja, in welke gebieden? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Overmatig alcoholgebruik** | Meer Eindhovenaren kiezen voor een gezonde leefstijl | | | | | |
| | Het verschil in ongezonde leefstijl tussen SES-groepen neemt niet toe | | | | | |
| | Een groter percentage Eindhovenaren beoordeelt zijn fysieke gezondheid als goed, zeer goed of uitstekend | | | | | |
| | Het overmatig alcoholgebruik onder jongeren neemt af | | | | | |

| Prioritaire thema's | Wat willen we bereiken? | Wat doen we al? | Wat zijn mogelijke nieuw in te zetten oplossingen? | Wat hebben we daar voor nodig en wie draagt wat (financieel) bij? | Bij welke van de 4 O's wordt aangesloten:<br>- ontplooiing<br>- ontmoeting<br>- ontspanning<br>- opvang | Is er al sprake van een gebiedsgerichte vertaling en zo ja, in welke gebieden? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Het overmatig alcoholgebruik onder volwassen Eindhovenaren stabiliseert | | | | | |
| **Overige leefstijlelementen (zoals seksueel risicogedrag (SOA), drugsgebruik, mondgezondheid)** | Meer Eindhovenaren kiezen voor een gezonde leefstijl | | | | | |
| | Het verschil in ongezonde leefstijl tussen SES-groepen neemt niet toe | | | | | |
| | Een groter percentage Eindhovenaren beoordeelt zijn fysieke gezondheid als goed, zeer goed of uitstekend | | | | | |

| Programma Eén in Samenhang | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *Eén in GezondeBuurten* | | | | | | |
| **Prioritaire thema's** | **Wat willen we bereiken?** | **Wat doen we al?** | **Wat zijn mogelijke nieuw in te zetten oplossingen?** | **Wat hebben we daar voor nodig en wie draagt wat (financieel) bij?** | **Bij welke van de 4 O's wordt aangesloten:**<br>- **ontplooiing**<br>- **ontmoeting**<br>- **ontspanning**<br>- **opvang** | **Is er al sprake van een gebiedsgerichte vertaling en zo ja, in welke gebieden?** |
| **Stimuleren van participatie van mensen die vanwege langdurige gezondheidsproblemen niet deelnemen aan de samenleving.** | Minder Eindhovenaren voelen zich door lichamelijke en psychische problemen beperkt | | | | | |
| **Preventie eenzaamheid en depressie o.m. middels sociale cohesie** | Minder Eindhovenaren voelen zich door lichamelijke en psychische problemen beperkt. | | | | | |
| | Er is meer samenhang ontstaan tussen wonen, werken, zorg en leefomgeving waardoor mensen zo lang als ze dat willen en mogelijk is zelfstandig in de eigen woonomgeving kunnen blijven wonen. | | | | | |

| Prioritaire thema's | Wat willen we bereiken? | Wat doen we al? | Wat zijn mogelijke nieuw in te zetten oplossingen? | Wat hebben we daar voor nodig en wie draagt wat (financieel) bij? | Bij welke van de 4 O's wordt aangesloten:<br>- ontplooiing<br>- ontmoeting<br>- ontspanning<br>- opvang | Is er al sprake van een gebiedsgerichte vertaling en zo ja, in welke gebieden? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Versterken samenhang wonen, werken, zorg, leefomgeving** | Er is meer samenhang ontstaan tussen wonen, werken, zorg en leefomgeving, waardoor mensen zo lang als ze dat willen en mogelijk is zelfstandig in de eigen woonomgeving kunnen blijven wonen. | | | | | |
| **Versterken aandacht milieu- en woon- en leefomgeving op leefstijl en gezondheid** | Binnenmilieu is een aandachtspunt binnen bouwprojecten geworden. | | | | | |
| | Er is meer aandacht voor binnenmilieu in scholen, kindercentra en woningen, waardoor onder meer gedrag mbt ventileren wordt verbeterd. | | | | | |

| Prioritaire thema's | Wat willen we bereiken? | Wat doen we al? | Wat zijn mogelijke nieuw in te zetten oplossingen? | Wat hebben we daar voor nodig en wie draagt wat (financieel) bij? | Bij welke van de 4 O's wordt aangesloten:<br>- ontplooiing<br>- ontmoeting<br>- ontspanning<br>- opvang | Is er al sprake van een gebiedsgerichte vertaling en zo ja, in welke gebieden? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Bij grote ruimtelijke beslissingen wordt gezondheid als aandachtspunt betrokken | | | | | |

| Programma Eén in Samenhang<br>*Eén in Gezonde Zorg* | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Prioritaire thema's** | **Wat willen we bereiken?** | **Wat doen we al?** | **Wat zijn mogelijke nieuw in te zetten oplossingen?** | **Wat hebben we daar voor nodig en wie draagt wat (financieel) bij?** | **Bij welke van de 4 O's wordt aangesloten:**<br>- **ontplooling**<br>- **ontmoeting**<br>- **ontspanning**<br>- **opvang** | **Is er al sprake van een gebiedsgerichte vertaling en zo ja, in welke gebieden?** |
| **Versterking zelfmanagement** | (allochtone) burgers weten beter de weg naar zorg te vinden en tonen zich meer tevreden over de beschikbaarheid en toegankelijkheid | | | | | |
| | Innovatieve technologische hulpmiddelen worden ingezet om burgers langer verantwoord in hun eigen woonomgeving te laten wonen en hun zorgvraag te beantwoorden. | | | | | |
| | Kwetsbare burgers worden adequaat ondersteund bij zelfmanagement | | | | | |

| Prioritaire thema's | Wat willen we bereiken? | Wat doen we al? | Wat zijn mogelijke nieuw in te zetten oplossingen? | Wat hebben we daar voor nodig en wie draagt wat (financieel) bij? | Bij welke van de 4 O's wordt aangesloten:<br>- ontplooiing<br>- ontmoeting<br>- ontspanning<br>- opvang | Is er al sprake van een gebiedsgerichte vertaling en zo ja, in welke gebieden? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Versterking en ondersteuning mantelzorg** | Mantelzorg is voldoende beschikbaar en mantelzorgers worden adequaat ondersteund | | | | | |

**BIJLAGE V**

**Uitgenodigde personen en organisaties 7 juni 2007**

| Instelling | Naam | afdeling | Adres | Postcode | Woonplaats |
|---|---|---|---|---|---|
| | hr. H.M. Don | portefeuillehouder lokaal gezondheidsbeleid | | | |
| | mw N. Veldkamp | beleidsontwikkelaar lokaal gezondheidsbeleid | | | |
| MO | mw L. Brabers | programmamanager WMO | | | |
| MO | mw I. Vermeeren | projectmedewerker WMO | | | |
| MO | mw A. Totté | projectmedewerker seniorenbeleid | | | |
| MO | mw V. Beurskens | beleidsmedewerker verslavingszorg/maatschappelijke opvang | | | |
| GGD | mw M. van Niekerk | beleidsmedewerker gezondheidsbevordering | | | |
| GGD | hr. P. van Nierop | epidemioloog | | | |
| MO | mw C. van Keulen | beleidsmedewerker jeugd | | | |
| MO | mw A. Groenen | beleidsmedewerker jeugd | | | |
| GGD | hr. J. van Corven | | | | |
| Zorgbelang | Mw. Ch. Kooijmans | | Kronehoefstraat 21-29 | 5612 HK | Eindhoven |
| OVD | M. van de Wielen | | Kronehoefstraat 21-29 | 5612 HK | Eindhoven |
| PGE | J. Koken | | Eeuwig Licht 61 | 5629 KN | Eindhoven |
| OVAA | | | Willemstraat 59 | 5611 HC | Eindhoven |
| Zuidzorg | mw D. Brouwers | | Postbus 2160 | 5500 BD | Veldhoven |
| Zuidzorg | mw M. van der Put | sectorhoofd Jeugdgezondheidszorg | Postbus 2160 | 5500 BD | Veldhoven |
| MEE Zuidoost-Brabant | t.a.v. A. Cornelissen | | Laan van Diepenvoorde 37-43 | 5528 LA | Waalre |
| MEE Zuidoost-Brabant | Mw M. Loonen | | Laan van Diepenvoorde 37-43 | 5528 LA | Waalre |
| MEE Zuidoost-Brabant | t.a.v. L. Schraven | | Laan van Diepenvoorde 37-43 | 5528 LA | Waalre |
| GGD | Mw A. Stevens-Ruiters | | Postbus 810 | 5700 AV | Helmond |
| GGD | Mw M. van Niekerk | gezondheidsbevordering | | | |
| GGD | P. van Nierop | gezondheidsbevordering | | | |
| GGD | hr. P. Lamers | algemene gezondheidszorg | | | |
| GGD | mw E. van den Dobbelsteen | gezondheidsbevordering | Postbus 810 | 5700 AV | Helmond |
| GGD | mw M.J. Theunissen | jeugdgezondheidszorg | | | |
| Fast | Mw Y. van Oosterhout | | Le Sage ten Broeklaan 11 | 5615 CP | Eindhoven |
| Huisartsenkring Zuidoost-Brabant | mw N. Gruijters | | Postbus 2155 | 5600 CD | Eindhoven |
| Stichting Gezondheidscentra Eindhoven | R. Vening | | Kloosterdreef 90 | 5622 AB | Eindhoven |
| Lumensgroep | K. van Hoek | Algemeen maatschappelijk werk | Don Boscostraat 4 | 5611 KW | Eindhoven |
| GGD | mw G. Graumans | Ambulancezorg | | | |
| Catharina Ziekenhuis | hr. R. Jonkers | | Postbus 1350 | 5602 ZA | Eindhoven |
| Maxima Medisch Centrum | Dhr R. van 't Hullenaar | | Postbus 90052 | 5600 PD | Eindhoven |
| Maxima Medisch Centrum | Mw. Schuybroek | | Postbus 90052 | 5600 PD | Eindhoven |
| Zorgkantoor | F. van Unen | | Postbus 4280 | 5004 JG | Tilburg |
| Zorgkantoor | mw A. Bras | | Postbus 4280 | 5004 JG | Tilburg |
| SVVE de Archipel | Mw Beks | | Parklaan 97 | 5613 BC | Eindhoven |
| Vitalis | Mw N. Hermans | | Herman Gorterlaan 300 | 5644 SR | Eindhoven |
| GGZe | H. Henkens | afd. preventie | Boschdijk 771 | 5626 AB | Eindhoven |
| GGZe | M. van Engelenburg | | Boschdijk 771 | 5626 AB | Eindhoven |
| GGZe | Ch. Wezenbeek | afd. preventie | Boschdijk 771 | 5626 AB | Eindhoven |
| Novadic-Kentron | M. van der Knaap | | Postbus 2130 | 5600 CC | Eindhoven |
| Novadic-Kentron | t.a.v. Y. Hendriks | | Postbus 2130 | 5600 CC | Eindhoven |
| Neos | Mw R. Scherpenisse | | Hoogstraat 222a-b | 5615 TX | Eindhoven |
| Leger des Heils | t.a.v. directie | | Visserstraat 11 | 5612 BS | Eindhoven |
| Lumensgroep | N. Geurts en K. Bevers | Jongerenwerk | Don Boscostraat 4 | 5611 KW | Eindhoven |
| Lumensgroep | | Seniorenwerk | Don Boscostraat 4 | 5611 KW | Eindhoven |
| Zuidzorg | t.a.v. hr. H. v.d. Reyden | | Postbus 2160 | 5500 BD | Veldhoven |
| Dynamo | jongerenwerkers | | Catharinaplein 2 | 5611 DE | Eindhoven |
| MO | hr. Van Poppel | Sportpark De Karpen | | | |
| DAPZ | Mw M. Schlüssel | | | | |
| DSOB | hr. W. Krzeszewski | | | | |
| DWZI | mw T. van Haarst | | | | |
| PvdA | R.C.E. van Helmond | | p/a Postbus 90150 | 5600 RB | Eindhoven |
| VVD | mw H.M.E. Jacobs-van Nisselrooij | | Hondsruglaan 22 | 5629 GA | Eindhoven |
| SP | B. van Kent | | Amalia van Anhaltstraat 24 | 5616 BH | Eindhoven |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Groen Links | mw ir. J. Kuppens | Toorslaan 35 | 5627 KW | Eindhoven |
| CDA | C.H.B. Wells | Dauphinelaan 12 | 5627 CP | Eindhoven |
| OuderenAppèl | F.W. van den Berg | Amundsenlaan 113 | 5623 PP | Eindhoven |
| D66 | mw L.M.P. van Dootingh-Heijungs | Personhof 6 | 5631 NN | Eindhoven |
| De Stadspartij | L.W.M. ten Hagen | Coriolanuspad 1-d | 5631 GJ | Eindhoven |
| ChristenUnie | A. Kerkhof | St. Severusstraat 4 | 5616 NZ | Eindhoven |
| Participatiecommissie | J. Dankers | Nic. Clopperstraat 27 | 5611 WC | Eindhoven |
| Woonbedrijf | t.a.v. de directie | Postbus 280 | 5600 AG | Eindhoven |
| Domein | t.a.v. de directie | Postbus 787 | 5600 AT | Eindhoven |
| Trudo | t.a.v. de directie | Paradijslaan 38 | 5611 KN | Eindhoven |
| Wooninc | t.a.v. de directie | O.L. Vrouwestraat 8 | 5623 PE | Eindhoven |
| Steunpunt Mantelzorg verlicht | t.a.v. mw L. Hendriks | Stadhuisplein 2 | 5611 EM | Eindhoven |
| Humanitas | t.a.v. de directie | Hertog H. van Brabantplein 16b | 5611 PE | Eindhoven |
| ROC Eindhoven | C. van den Nieuwenhuizen | Karel Martelweg 2 | 5616 JJ | Eindhoven |
| Fontys Sociale Studies | J. Steyaert | Ds. Th. Fliednerstraat 2 | 5611 BN | Eindhoven |
| Adviescommissie seniorenbeleid | Dhr H. Grootveld | Luxemburglaan 91 | 5125 NC | Eindhoven |
| Adviescommissie seniorenbeleid | Dhr T. Zweekhorst | Twickel 29 | 5755 JK | Eindhoven |

aanwezige personen en organisaties 7 juni 2007

| Naam | Organisatie |
|---|---|
| Mw. K. van der Knaap | **NOVADIC-KENTRON** |
| Mw. E. van den DobbeLsteen | **GGD-BRABANT-ZUIDOOST** |
| Dhr. N. Geurts | **DYNAMO** |
| Dhr. K. Bevers | **DYNAMO** |
| Dhr. J. Dankers | **PARTICIPATIECOMMISSIE** |
| Mw. A. Totté | **DIENST MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELING** |
| Mw. M. van Engelenburg | **GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG EINDHOVEN (GgZE)** |
| Dhr. R. Vening | **STICHTING GEZONDHEIDSCENTRA EINDHOVEN** |
| Mw. D. Aben | **GGD-BRABANT-ZUIDOOST** |
| Mw. A. Stevens | **GGD-BRABANT-ZUIDOOST** |
| Dhr. P. Lamers | **GGD-BRABANT-ZUIDOOST** |
| Mw. N. Veldkamp | **DIENST MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELING** |
| Mw. E. Dohmen | **GGD-BRABANT-ZUIDOOST** |
| Mw. L. Brabers | **DIENST MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELING** |
| Mw. V. Beurskens | **DIENST MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELING** |
| Mw. A. Groenen | **DIENST MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELING** |
| Mw. C. van Keulen | **DIENST MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELING** |
| Dhr. P. van Nierop | **GGD-BRABANT-ZUIDOOST** |
| Mw. M.J. Theunissen | **GGD-BRABANT-ZUIDOOST** |
| Mw. M. van Niekerk | **GGD-BRABANT-ZUIDOOST** |
| Dhr. H.M. Don | **PORTEFEUILLEHOUDER GEZONDHEIDSZORG GEMEENTE EINDHOVEN** |
| Mw. G. Graumans | **AMBULANCEDIENST** |
| Mw. M. Schüssel | **DIENST ALGEMENE EN PUBLIEKSZAKEN (DAPZ)** |
| Mw. D. Brouwers | **ZUIDZORG** |
| Dhr. H. Grootveld | **ADVIESCOMMISSIE SENIORENBELEID** |
| Dhr. T. Zweekhorst | **ADVIESCOMMISSIE SENIORENBELEID** |
| Dhr. F. van Unen | **ZORGKANTOOR EINDHOVEN** |
| Dhr. M. v.d. Wielen | **OVO (ORGANISATIE VOOR OUDEREN)** |
| Mw. A. Cornelissen | **MEE (LOKAAL GEHANDICAPTENBELEID)** |

| | |
|---|---|
| Mw. M. Loonen | **MEE(TEAMLEIDER EINDHOVEN)** |
| Mw. C. Klaasen | **GGD-BRABANT-ZUIDOOST** |
| Dhr. K. van Hoek | **LUMENSGROEP** |
| Mw. R. Scherpenisse | **NEOS** |
| Mw. Schuybroek | **MAXIMA MEDISCH CENTRUM** |
| Mw. Y. van Oosterhout | **FAST EERSTE LIJN** |
| Mw. Beks | **SVV DE ARCHIPEL** |
| Dhr. P. v.d. Barg | **OUDERENAPPEL EINDHOVEN** |
| Mw. N. Hermans | **VITALIS** |
| Mw. H. Jacobs | **RAADSLID** |

**Overzicht ingekomen inspraakreacties conceptnota "Eindhoven: Eén in Gezondheid"**

| Organisatie | Datum brief | Bijzonderheden |
|---|---|---|
| Máxima Medisch Centrum | 23 juli 2007 | - positief dat algemene opmerkingen uit bijeenkomst 7 juni ter harte zijn genomen.<br>- Integrale benadering van gezondheidsbeleid wordt teruggezien in inhoud en uitvoeringsstructuur<br>- Aandacht voor helderder definiëren van projectdoelstellingen.<br>- Meer aandacht voor tweede lijn wordt gemist<br>- Belang van ketenaanpak en samenwerking in nota wel genoemd, maar niet als prioritair thema opgenomen. |
| Stichting overleg van ouderenorganisaties | 9 augustus 2007 | - De stichting hecht aan preventieve zaken om senioren zo lang mogelijk, bij voorkeur in de eigen omgeving, te laten participeren. Daarom wordt prioriteit gegeven aan:<br>- Bewegen<br>- Veilig zijn en voelen<br>- Veilig in huis en tuin opereren<br>- Consultatiebureau 55+ in Woensel (positieve ervaringen)<br>- De Stichting is bezorgd over de vanzelfsprekendheid waarmee de overheid er met de Wmo vanuit gaat dat iedere burger zich inzet als vrijwilliger. |
| Participatiecommissie Welzijn, Wonen en Zorg | 27 augustus 2007 | - Speerpunt 2 mag ambitieuzer geformuleerd worden<br>- T.a.v. speerpunt 3 moeten duidelijke criteria gesteld worden en moet ruimte gecreëerd worden voor mensen die wel zelf in staat zijn tot zelfmanagement maar fysiek beperkt zijn en daarvoor ondersteuning nodig hebben. Worden bij punt 3 geen vrijwilligers bedoeld ipv mantelzorg?<br>- T.a.v. hoofdstuk 3. "Verkeer en vervoer": zet vooral in op goed aangepast openbaar en regulier vervoer en niet minder op speciaal vervoer.<br>- Onderwijs tbv mensen met een beperking wordt niet genoemd. Aandacht moet hier zoveel mogelijk gericht zijn op geïntegreerd regulier onderwijs.<br>- Moeten de doelstellingen op pagina 27, 28 en 29 nog gerealiseerd worden? Tekst is niet helder.<br>- Binnen het gestelde kader op pag 33 zou de "a" van smart beter een afkorting kunnen zijn van "afgerond" waarmee ook concrete en meetbare doelen aangegeven kunnen worden.<br>- Lijst van deelnemers ontbreekt, net als de samenvatting. |

| Organisatie | Datum brief | Bijzonderheden |
|---|---|---|
| GGD | 30-08-07 | - nota compleet, helder, goede keuzes<br>- ook waardering vanuit het bureau Gezondheid, Milieu en Veiligheid<br>- voorstel om korte populaire versie te maken<br>- GGD wil graag meewerken aan realiseren van ambities en doelstellingen via uitvoering, advisering en onderzoek.<br>- Pag 4: bij stimuleren van voldoende en toegankelijke voorzieningen wordt doegroep van kwetsbare personen als verslaafden, (ex) psychiatrische patiënten, dak- en thuislozen gemist.<br>- Scheiding tussen twee programmagroepen in de uitvoering is gekunsteld. Beter zou het zijn te kiezen voor 3 groepen naar de 3 inhoudelijke speerpunten en daarbinnen ook facetbeleid te integreren.<br>- Budget van € 200.000 is te mager. Handhaven van het voorheen beschikbare budget van € 500.000 lijkt GGD noodzakelijk. Te gemakkelijke verwijzing naar cofinanciering en aanvullende subsidies. Goede analyse van de financiële (on)mogelijkheden is noodzakelijk.<br>- Goede projecten waarvoor nu incidentele financiering beschikbaar is moeten ook in de toekomst gecontinueerd worden; bemoeizorg, gezond in de buurt, allochtone zorgconsulenten en KIVPA.<br>- Bureau GMV: opnemen concrete acties biedt een meerwaarde voor het uitvoeringsprogramma.<br>- Enkele tekstuele opmerkingen. |
| Zuidzorg | 25-08-07 | - pag 3: de drie prioritaire thema's zijn van invloed op de ontwikkeling van kinderen. Met name psycho-sociale problemen en depressie en overmatig alcohol zijn problemen van volwassenen en worden ook aangepakt ten behoeve van volwassenen terwijl het risicofactoren voor kinderen zijn om gezond op te groeien.<br>- pag 8: huiselijk geweld is een vorm van kindermishandeling en kindermishandeling is een speerpunt van het ministerie van jeugd en gezin 2008.<br>- Pag 14: op strategische agenda kan ook centrum voor jeugd en gezin genoemd worden.<br>- Pag 26: bij voorbeelden van projecten ook graag "samen starten" noemen.<br>- Pag 31: bij JGZ graag toevoegen: vroegsignalering van gezondheidsbevorderende en bedreigende factoren.<br>- Voorts: voorstel aantal projecten zuidzorg op te nemen bij de uitwerking van het uitvoeringsprogramma. |

| Organisatie | Datum brief | Bijzonderheden |
|---|---|---|
| Leger des heils | Telefonische reactie 31-08-07 | Nota is helder en bruikbaar. Gemist wordt specifieke aandacht voor dak- en thuislozen, prostitutiezorg en opvang van vluchtelingen. Het opzoeken van verbindingen tussen lokaal gezondheidsbeleid en maatschappelijke opvang is van groot belang. |
| GGzE | 30-08-07 | Nota is herkenbaar en weerspiegeling van bijeenkomst 7 juni. GgzE onderschrijft de inhoud en ook de gelegde relatie met de WMO. Nota is informatief, visie goed uitgewerkt en raakvlakken met andere terreinen zijn genoemd. Voornemens zijn ambitieus.<br>- Op pag 9 wordt onder het kopje "zorgvoorzieningen/gezondheidszorg" de gehandicaptenzorg en de thuiszorg gemist.<br>- Op pag 10 bij gezamenlijke onderwerpen vanuit Wmo en gezondheidsbeleid wordt compensatiebeginsel WMO gemist. Het compensatiebeginsel kan ook worden toegevoegd aan de speerpunten op pagina 29.<br>- GgzE onderschrijft het belang van voldoende goede en toegankelijke zorg en wijst erop dat goede signalering en adequate verwijzing helpen om problematiek snel op te pakken. Effect van vermaatschappelijking van de zorg is dat tevredenheid van cliënten toeneemt nu ze een eigen (woon)plek hebben, maar dat hun functioneren niet of nauwelijks is verbeterd. Problemen zijn meer zichtbaar en blijvende ondersteuning is noodzakelijk.<br>- Psychische problematiek kan de oorzaak zijn van problemen op diverse leefgebieden.<br>- GgzE wil graag medewerking verlenen aan uitvoering van de nota en is bereid zitting te nemen in de programmagroep Eén in Gezondheid. |
| Fontys Hogescholen | Email d.d. 31-08-07 | - Tekst is mooi en evenwichtig.<br>- Voor uitvoering van de nota moet de gemeente meer aandacht vestigen op investeringen in een gezonde omgeving<br>- Geïnvesteerd kan worden in EHBO-voor burgers om zo de 0-de lijns zorg te versterken.<br>- Beleid moet zich vooral richten op sociaal-economisch zwakkeren met steeds groter wordende achterstanden<br>- Er zou meer aandacht moeten zijn voor roken<br>- Zie ook het essay van Peter van Nierop en Maurice Delil.<br>- Het moet gaan om het gemakkelijk maken van gezonde keuzes, maar ook het moeilijker maken van ongezonde keuzes en dat biedt veel aanknopingspunten voor de gemeente. |