Gezond Zeewolde.

(Nota lokaal gezondheidsbeleid 2010 - 2014)

Vastgesteld in de Raad van 29 oktober 2009.

Inhoudsopgave:

Voorwoord pag. 4
Samenvatting 5

Deel A:

1. Inleiding: 7
2. Gezondheid op de agenda. 7
3. Visie en definitie gezondheid. 8
4. Algemene doelstelling gezondheidsbeleid Zeewolde. 10
5. Facet- en integraal beleid. 10
6. Het coalitieprogramma 2006 – 2010. 11
7. Verantwoordelijkheid en rol gemeente. 11

Deel B: (Wettelijk) kader:

1 Inleiding. 13
2 Grondwet en gemeentewet. 13
3 Wet Publieke Gezondheid. 13

Deel C: (landelijke) Ontwikkelingen rond gezondheid en beleid:

1 Inleiding. 15
2 Demografische ontwikkelingen. 15
3 Individualisering. 16
4 Economische ontwikkelingen. 17
5 Levensverwachting. 18
6 Landelijk beleid: 19
6.1 Doelstellingen. 19
6.2 Rijkspreventienota´s. 19
6.3 Openbare gezondheidszorg (OGZ). 21
6.4 Openbare geestelijk gezondheidszorg (OGGZ). 21
7 Regionaal beleid ihkv OGGZ. 23
8 " " ihkv Verslavingszorg. 26
9 " " ihkv Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). 28
10. " " ihkv Huiselijk geweld. 31

Deel D: Lokale gezondheidssituatie:

1 Inleiding. 32
2 Openbare (geestelijke) gezondheidszorg. 32
3 Verslavingszorg. 34
4 Geestelijke gezondheidszorg. 34
5 Huiselijk geweld 36
6 Roken en drugsgebruik. 37
7 Alcoholgebruik. 38
8 Overgewicht : 39
- Voeding.
- Bewegen.

9 Chronische ziekten: 41
- Diabetes.
- Dementie

10 Diversiteit 42
11 Andere lokale en regionale aandachtspunten 42

Deel E: Conclusies en aanbevelingen. pag.
1. Algemeen gezondheidbeeld van Zeewolde 45
2. Conclusies en aanbevelingen naar thema. 45
2.1 Leefstijl 46
2.2 Geestelijke gezondheidzorg 48
2.3 Sociaal economische gezondheidsverschillen 49
2.4 (Toekomstige) zorgvraag en – voorzieningen 49
2.5 Huiselijk geweld 51
2.6 Maatschappelijke opvang 51

Bijlagen:
1. Evaluatie eerste nota lokaal gezondheidsbeleid 52
2. Kenmerken van Wmo en WCPV en onderlinge relatie 58
3. Visierapport huisartsengroep 65
4. Verslag interactieve bijeenkomst 27 mei 2008. 70
5. Afkortingenlijst 88
6. Literatuurlijst 89

Voorwoord:

Zeewolde is een prettige gemeente om in te wonen, te werken en te recreëren. Bij welzijn hoort ook een goede gezondheid. Dit is een *gedeelde verantwoordelijkheid*. Hiervoor zijn de inwoners voor een groot deel zelf verantwoordelijk: denk aan gebruik van alcohol, roken, gezonde voeding en al dan niet voldoende beweging.
Maar ook de overheid (zowel landelijk als lokaal) heeft hierin zijn verantwoordelijkheden. Door de komst van de Wmo (wet maatschappelijke ondersteuning) wordt dit nogmaals benadrukt: alle inwoners moeten (kunnen) meedoen aan deze samenleving. Daar waar zij dat niet zelf kunnen regelen moeten ze erin ondersteund worden.

Samenwerking is nodig met allerlei partijen (zorgverzekeraars, zorgaanbieders, hulpverleners) maar ook organisaties die kunnen voorkómen dat personen een mindere gezondheid krijgen c.q. een zorgvraag krijgen.
Het is een complexe materie, waarbij samenwerking, afstemming en een vrije keuze voor de patiënt/cliënt belangrijk zijn.

Met deze nieuwe nota over het *lokale* gezondheidsbeleid worden de contouren voor de komende periode aangegeven. De gemeente Zeewolde zet de komende jaren in op specifieke zorgvragen die blijken uit lokale en regionale onderzoeken. Daarbij wordt onze aandacht vooral gericht op de preventie kant: voorkómen is tenslotte nog altijd beter dan...

Eind 2008 heeft GGD Flevoland de Eerste Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning gepubliceerd. De GGD vraagt hierin aandacht voor de 7 D thema's: dik, dronken, diabeet, depressief, divers, dement en dakloos.
De statistische gegevens tonen aan dat Zeewolde er op deze thema's niet slecht voor staat: integendeel, op diverse (deel)terreinen scoort Zeewolde zelfs beter (lees minder ongezond) dan het landelijke gemiddelde.
Maar desondanks geldt dat ook voor Zeewolde nog veel winst te behalen valt. Bovenstaande thema's komen voor een groot deel overeen met de speerpunten van het landelijke gezondheidsbeleid.
Gemeente en GGD willen daarvoor met *integrale* programma's aan de slag gaan, waarbij wij onze ketenpartners niet kunnen missen.

In de samenvatting ziet u een schematisch weergave van thema's, doelgroepen en activiteiten die hiervoor zijn en worden opgezet. Belangrijk hierbij is de inzet van de inwoners van deze gemeente zelf, want het gaat om hun gezondheid.

In samenwerking met diverse gemeentelijke beleidsterreinen (integrale aanpak) en allerlei partners in het veld kiezen wij (samen) voor een gezond leven in Zeewolde.

Wethouder H. de Vries.

Samenvatting:

Onderstaand een korte samenvatting van de conclusies en aanbevelingen zoals verder beschreven in deel E van deze nota:

(verbeteren) Leefstijl:

- Dit thema omvat knelpunten op het gebied van roken, alcoholgebruik, over- en ondergewicht, (meer) bewegen en aanpassing voedingsgewoonten. In samenwerking met GGD Flevoland kiezen wij voor een integrale aanpak, waarbij allerlei instellingen en partijen betrokkenen zijn, ieder met zijn eigen rol en verantwoordelijkheid hierin. Een voorzet is al gegeven bij de interactieve bijeenkomst van 27 mei 2008 (zie bijlage 4).

Eerste stap: In het najaar van 2009, samen met GGD Flevoland, een startbijeenkomst organiseren met de eerstlijnszorgaanbieders en andere hulpverleners om dezelfde uitgangspositie te bepalen. Aan de hand van deelplan(nen) worden gezamenlijk de doelstellingen (SMART) geformuleerd.

- De aanpak van het roken (incl. drugs) en alcoholgebruik sluit aan bij het regionale verslavingszorgbeleid en is concreet vastgelegd in onze lokale deelnotitie verslavingszorg. Hierbij wordt met name bewustwording (bij volwassenen en ouderen) en de rol van ouders benadrukt.
- Daarnaast wordt opgemerkt dat de activiteiten en maatregelen die nu al een goed resultaat teweeg brengen uiteraard worden voortgezet (zoals bijvoorbeeld de Week van de alcohol, de Gezonde School en Genotmiddelen, op Tijd Voorbereid, polsbandjes bij evenementen etc.).

Geestelijke gezondheidszorg:

- Aan GGZ Meerkanten en/of GGD opdracht geven preventie activiteiten in het kader van psychsociale problematiek (cursussen, themabijeenkomsten etc.) te verzorgen, gericht op de risicogroepen, leeftijdsgroepen, intermediairs etc.
- GGZ Meerkanten en GGD verrichten allereerst nader onderzoek naar omvang, oorzaak etc. van de cliëntengroep met psychosomatische klachten en suïcidale gedachten, om daarna te komen met een passend preventieaanbod.
- In overleg met de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en het Zorgkantoor de mogelijkheden tot uitbreiding van behandelings-mogelijkheden in Zeewolde bespreken.

Sociaal economische gezondheidsverschillen:

- Met behulp van (lokale) instellingen en organisaties de inwoners met een lage sociaal economische status beter in beeld krijgen om vervolgens concrete maatregelen te kunnen nemen om aan hun situatie verandering te brengen.

Toekomstige zorgvraag c.q. zorgvoorzieningen:

- Met de verder groei en doorontwikkeling van de Polderwijk zal de behoefte aan een derde gezondheidscentrum ontstaan. De gemeente zal te zijner tijd, binnen haar mogelijkheden, haar medewerking verlenen aan een gezondheidscentrum nieuwe stijl, van waaruit meerdere (eerstelijns)

zorgaanbieders gezamenlijke zorg kunnen aanbieden.
- De mogelijkheid van zorgvoorziening op lokaal niveau uitbreiden (derde vleugel Sfinxgebouw).
- Daar waar mogelijk onze netwerken en invloed inzetten om meer zorgvoorzieningen in Flevoland gerealiseerd te krijgen.
- Samenwerking stimuleren met partnerinstellingen in Flevoland en/of Noordwest Veluwe.
- De ambulancepost van de regionale ambulancedienst (nu op de Adelaarsweg gestationeerd) dichterbij de woonkern van Zeewolde plaatsen.
- De inzet van voorliggende voorzieningen stimuleren (Wmo).

Huiselijk geweld:
- Verdere invoering geven aan de maatregelen zoals opgenomen in de lokale nota huiselijk geweld (looptijd tot en met 2010).
- Implementatie van de nieuwe wet Tijdelijk Huisverbod vormgeven in nauwe samenwerking met afdeling veiligheid. Hierbij behoort de regionale afstemming met betrekking tot protocollen.

Maatschappelijk opvang:
- Dit beleidsterrein wordt met name regionaal aangestuurd door centrumgemeente Almere wat betreft opvang en behandeling.
Lokaal steken we met name in op het voorkómen van uithuiszettingen.
Via de werkteams van Vangnet & Advies en de integrale schuldhulpverlening wordt met meerdere partijen bewerkstelligd dat er eerder gesignaleerd wordt en sneller ingegrepen kan worden.
- Omdat bij deze doelgroep vaak sprake is van dubbele diagnostiek is zorg op maat belangrijk. Korte lijnen met de betrokken instanties zijn daarbij van groot belang, zeker bij crisissituaties.

Deel A: Algemeen

1.Inleiding:

Gezondheid staat sinds jaar en dag op nummer één op de wensenlijst van burgers. Een goede gezondheid wordt vrijwel in elk onderzoek benoemd als het belangrijkste in het leven. Als we kijken naar alle aandacht van de media het afgelopen jaar is gezondheid toenemend een ´hot´ onderwerp.
De individuele persoon vindt gezondheid belangrijk om vitaal en actief te kunnen leven, kansen te benutten en verantwoordelijkheden na te komen. De overheid hecht veel waarde aan gezondheid omdat de samenleving voor haar welvaart en voorspoed aangewezen is op gezonde, productieve en participerende burgers.

Gemeenten hebben in het kader van de Wet Publieke Gezondheid (Wpg is de opvolging van de WCPV: Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) een duidelijke taak binnen de openbare gezondheidzorg. De Wpg (WCPV) regelt de verantwoordelijkheden van gemeentebesturen met betrekking tot de collectieve preventie op het gebied van de volksgezondheid. De effecten van collectieve preventie en gezondheidsbeleid zijn niet altijd op korte termijn meetbaar en treden vaak pas op langere termijn op.
Meten kan langs twee wegen: door te bewaken en te stimuleren dat de uitvoerende organisaties in de openbare gezondheidszorg kwaliteit leveren en door de eigen prestaties als regisseur en opdrachtgever tegen het licht te houden en waar mogelijk te verbeteren.

Voor u ligt de nieuwe nota Lokaal gezondheidsbeleid Zeewolde voor de periode 2010 - 2014. Het betreft een actualisatie van de eerste beleidsnota op dit terrein: 'Op uw gezondheid' die in 2003 is vastgesteld.
Zeewolde heeft ervoor gekozen om de actualisatie van de eerste beleidsnota op te schuiven, om betere afstemming en aansluiting te maken met onze visienota Wmo en de kaders die in de Wmo zijn meegegeven.
In bijlage 2 is daar inhoudelijk verder op ingegaan.

2. Gezondheid op de agenda:

In de praktijk blijken verschillende partijen (gemeentebestuurders, gemeenteambtenaren, professionals bij instellingen en burgers) verschillende definities van gezondheid te hanteren. Deze verschillen worden niet altijd als zodanig verwoord of onderkend, waardoor er uiteenlopende verwachtingen of zelfs misverstanden ontstaan. Vaak ook vindt er een vernauwing plaats van volksgezondheid naar gezondheidszorg.

Reden te meer om het kader nog eens duidelijk te verwoorden:

> *Vanuit gemeentelijk oogpunt is juist het traject dat vooraf gaat aan het ziek worden én het bevorderen en behóuden van de gezondheid, het meest interessant.*

Gezond leven wil iedereen, maar soms lijkt het wel alsof iedereen zo ongezond mogelijk wil leven en tegelijkertijd zo gezond mogelijk wil zijn. Uiteraard heeft iedereen een eigen verantwoordelijkheid.
Het is niet verboden om te roken, overmatig te drinken, weinig te bewegen en veel (vette) snacks te eten. Iedereen is daarin vrij. Maar dat ongezond leven levert wel veel schade op, niet alleen voor de persoon zelf maar ook voor de samenleving. Ziekte als gevolg van ongezond leven zorgt voor minder maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid. Ziekte zorgt ook voor veel gemiste arbeidsjaren en daarmee voor druk op het sociale verzekeringsstelsel. Ziekte als gevolg van ongezond leven doet een extra beroep op de toch al dure en overbelaste zorg. De individuele keus voor ongezond leven is verantwoordelijk voor een deel van grote maatschappelijk problemen.
Daarom hebben overheden, rijk en gemeenten, een belangrijk rol om burgers te stimuleren om gezonder te leven.
Dat ontslaat de burger niet van zijn eigen verantwoordelijkheid. Iedereen moet zich inzetten voor zijn eigen gezondheid. Het is aan de gemeentelijke en rijksoverheid om de samenleving zo in te richten dat dit mogelijk is en om beleid te voeren dat bijdraagt aan de keuze voor gezondheid.

Gezondheid(-sbeleid) staat anno 2009 meer dan ooit op de politieke en maatschappelijke agenda: denk hierbij bijvoorbeeld aan de discussies over een rookvrije horeca, programma's op televisie en de 'gezonde' keurmerken binnen de supermarkten.

3. Visie en definitie gezondheid:

Een belangrijke voorwaarde voor het formuleren van gemeentelijk gezondheidsbeleid is het hebben van een visie op gezondheid.
Zoals ook in de eerste beleidsnota verwoord is onderschrijft de gemeente Zeewolde de brede visie van gezondheid, zoals door de World Health Organisation (WHO) gedefinieerd:

> *Gezondheid is een toestand van algeheel lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden*

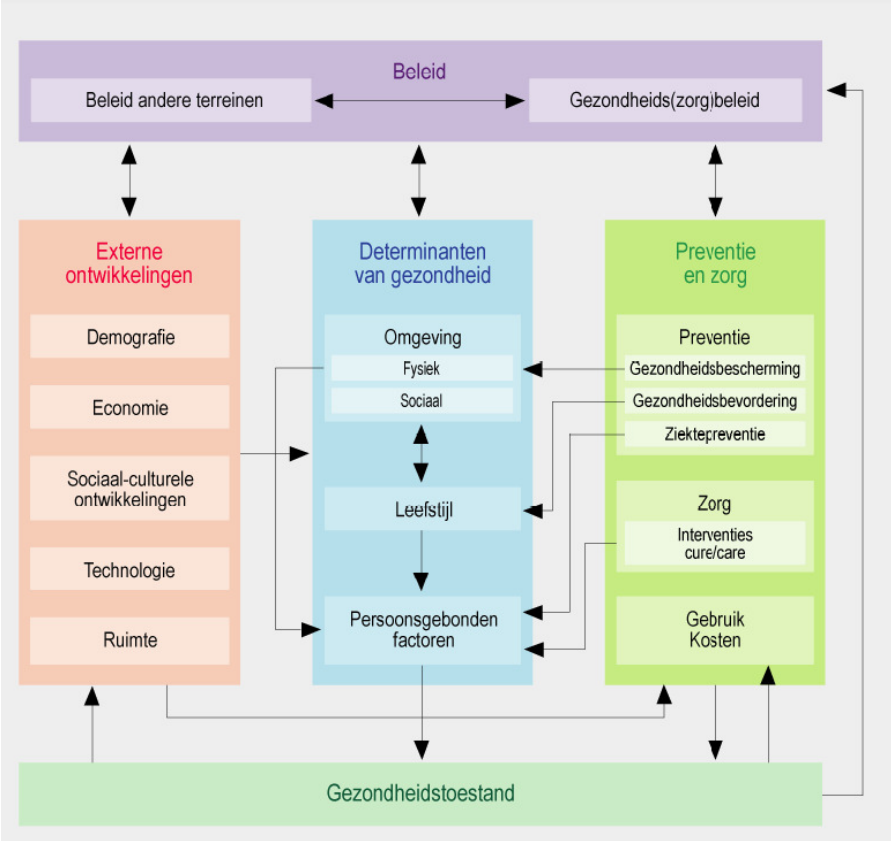
(waarbij het dus om méér gaat dan alleen de afwezigheid van een ziekte of gebrek).

Een visie op het gezondheidsbeleid geeft antwoord op vragen als:
Wat stel ik me voor bij een gezonde gemeente, hoe breed of hoe smal definieer ik gezondheid, waar begint de verantwoordelijkheid van de burgers zelf en wat is de rol en verantwoordelijkheid van de gemeente, wat is het belang van gezondheidsbevordering en preventie?
Een visie geeft richting aan beleid.

Gezondheid is geen vaststaand gegeven, ook al worden de meeste mensen in Nederland gezond geboren. Het is een mooi startkapitaal, maar in de loop van het leven komen mensen risico's tegen die een bedreiging kunnen vormen voor hun gezondheid, maar er doen zich ook kansen voor waarmee de gezondheid gehandhaafd kan blijven of verbeterd kan worden.

De gezondheidstoestand wordt bepaald door factoren van binnenuit en van buitenaf, zowel in positieve als in negatieve zin. Gezondheid wordt dus niet alleen bepaald door de gezondheids*zorg*, maar juist voor een groot deel door factoren die buiten dat domein liggen.

Bij een brede definitie van gezondheid zijn een aantal determinanten te onderscheiden die de gezondheid beïnvloeden.
Een veel gebruikt (ook door de WHO - World Health Organisation) gehanteerd analysemodel om de gezondheid te verklaren met behulp van een aantal factoren, die erop van invloed zijn, is het model van *Lalonde*.



Het gaat hierbij om:

- *biologische en erfelijke* factoren: de aanwezigheid of aanleg voor gezondheid of ziekte.
- *fysieke omgevingsfactoren:* woonklimaat, milieu, veiligheid, werkplek, groen- en speelvoorzieningen etc.
- *sociale omgevingsfactoren:* voorbeeldgedrag van familie en vrienden, maar ook de mogelijkheid die iemand heeft qua opleiding, arbeidspositie en inkomen.
- *leefstijlfactoren:* het gedrag van mensen is van invloed op hun gezondheid of het ontstaan van ziekten.
- *gezondheidszorg:* beschikbaarheid, bereikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van gezondheidszorgvoorzieningen.

Ruimte voor eigen verantwoordelijkheid en solidariteit zijn en blijven overigens kernbegrippen.

Voor de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) wordt gebruik gemaakt van een uitwerking van het model van Lalonde.

Bij *gezondheidstoestand* is aangegeven dat ziekten en aandoeningen gevolgen kunnen hebben in termen van verminderd functioneren, vermindering van kwaliteit van leven en soms van sterfte.
Samen kunnen deze effecten uitgedrukt worden als *gezonde levensverwachting*.
In het blok *determinanten* van gezondheid staan drie groepen buiten de zorg centraal: omgeving, leefstijl en persoonsgebonden factoren.
De drie elementen van *preventie* (gezondheidsbescherming, -bevordering en ziektepreventie) hebben hun specifieke relatie met deze drie determinantengroepen.
Het blok *zorg* omvat aspecten als kwaliteit en toegankelijkheid, die van invloed zijn op de gezondheid, maar ook zaken die vooral ook het gevolg zijn van de gezondheidstoestand, zoals het gebruik van voorzieningen en de kosten.
Bij de *externe ontwikkelingen* gaat het om zaken die zich buiten het gezondheidsdomein afspelen maar wel, via determinanten, invloed hebben op de gezondheidstoestand.
Bij het blok *beleid*, denken we aan het gezondheids(zorg)beleid, dat gericht is op de determinanten van gezondheid, vooral via preventie en zorg, maar ook integraal gezondheidsbeleid, dat zich bemoeit met andere sectoren (in het blok *externe ontwikkelingen*) die op de gezondheid van invloed zijn.

4. Algemene doelstelling gezondheidsbeleid:

De algemene doelstelling van het gezondheidsbeleid in Zeewolde is:

- een bijdrage leveren aan het beschermen en verbeteren van de gezondheid van de inwoners van Zeewolde,
- prioriteit voor doeltreffende preventie en maatschappelijke participatie
- een goed bereikbaar, toegankelijk en kwalitatief goed zorgaanbod.

Gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het realiseren van de doelstellingen staat hierbij voorop. Zorggebruiker, gemeente, (keten)partners, zorgverzekeraar-/kantoor hebben daarin elk een eigen verantwoordelijkheid.

5. Facet- en integraal beleid:

Zoals uit bovenstaande blijkt kunnen maatregelen en genomen besluiten op andere beleidsterreinen dan het gezondheidsbeleid van (grote) invloed zijn op de gezondheidstoestand van onze inwoners.

Als wij als gemeente gezondheid breed opvatten en vinden dat ook diverse andere sectoren een bijdrage zouden moeten leveren aan de bevordering van gezond gedrag, ligt het voor de hand dat ook ingezet wordt op interne regie om van gezondheidsbeleid een collegebreed speerpunt te maken, waar verschillende afdelingen/beleidsterreinen bij betrokken zijn.

(In de eerste gezondheidsnota is dit ook aan de orde gesteld en er zijn ook al diverse voorbeelden te noemen (zie evaluatie: bijlage 1) waarin een goed samenspel heeft plaatsgevonden tussen de verschillende beleidsterreinen, waardoor synergie bereikt kan/kon worden).

Binnen het gemeentelijk apparaat zal deze instelling ten opzichte van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen steeds weer gestimuleerd moeten worden. Als de inspanningen op verschillende beleidsterreinen elkaar versterken en aanvullen om gezamenlijke (overstijgende) doelen te bereiken op het gebied van gezondheidsbeleid spreken we van integraal beleid.

6. Het coalitieprogramma 2006 – 2010:

Het coalitieprogramma 2006 – 2010 met de titel 'te plaveien wegen, samen op pad naar 2010' beschrijft de belangrijkste politieke punten voor deze bestuursperiode. De agendapunten geven eveneens een concrete invulling aan het door de gemeenteraad vastgesteld profiel: *Wonen, water en welzijn*. Zowel in de missie, als in de taakvelden wonen, zorg en welzijn is een aantal uitspraken gedaan die een directe relatie heeft met gezondheidsbeleid. Enkele voorbeelden:

- kwaliteit en leefbaarheid zijn belangrijke kernwaarden…
- werken aan een gezond leefklimaat (voorkomen van geluidshinder, vervuiling, etc.).
- (verder) uitvoering geven aan de Wmo….
- Een kwaliteitsimpuls geven aan de eerstelijnszorg in Zeewolde (concreet: uitbreiding AED's - Automatische Externe Defibrillator), verbreding van huisartsenzorg en constructieve samenwerking met ziekenhuis St Jansdal).

Het toenmalige college heeft een zevental speerpunten geformuleerd, waarvan het tweede speerpunt luidt:
Rechtvaardig, ruimhartig en toegankelijk sociaal beleid: een kwalitatief hoogwaardig en leefbaar dorp biedt zonder omwegen maatschappelijke ondersteuning aan degenen die dat nodig hebben (citaat).
En in het vijfde speerpunt wordt aangehaald dat de groei van Zeewolde in relatie staat met het voorzieningenniveau en de woon- en leefkwaliteiten.
Ook het huidige college, dat begin juni 2008 geïnstalleerd is, heeft het bovenstaande coalitieprogramma als uitgangspunt genomen en geeft daarmee aan de bovenstaande genoemde speerpunten te onderschrijven.

Zoals beschreven in het model van Lalonde: al die facetten hebben een directe invloed op de gezondheidstoestand van inwoners.

7. Verantwoordelijkheid en rol(len) gemeente:

De gemeente voert de regie op het lokale gezondheidsbeleid.
Deze taak omvat verschillende rollen/activiteiten:

- *stimuleren*: de gemeente heeft een stimulerende of verbindende rol om partijen aan te zetten tot actie of tot samenwerken (bijvoorbeeld overleg met meerdere partners en disciplines van de eerste lijnsvoorzieningen ten behoeve van preventieprojecten).
- *sturen en coördineren*: daar waar de gemeente de eigen verantwoordelijkheid heeft (bv. in de openbare gezondheidszorg, OGGZ en rampenbestrijding);
- *bevorderen afstemming en samenwerking* tussen verschillende instellingen en organisaties op het gebied van (gezondheids)zorg, de zgn ketenzorg.

- *afstemming met andere beleidsterreinen*: (zie facet- en integraal beleid): bv. Sport, welzijn, ruimtelijke ordening, ouderen-, jeugd- en veiligheidsbeleid.
- *monitoren*: informatiesysteem ter signalering van gezondheidsproblemen en -ontwikkelingen (dit gebeurt o.a. via GGD enquêtes);
- *zorgdragen voor het faciliteren* (in ruimtelijk opzicht) van gewenste/noodzakelijke zorginitiatieven. Daarnaast heeft de gemeente een voortrekkersrol in het faciliteren van voldoende voorzieningen, bijvoorbeeld ten behoeve van een nieuw gezondheidscentrum in de Polderwijk, Centrum voor Jeugd en Gezin, Pitstophuis, CheckZeewolde, Basisz etc.

Deel B: Wettelijk kader:

1. Inleiding.

De ruimte die de gemeente heeft om eigen gezondheidsbeleid te maken wordt bepaald door wettelijke en financiële kaders. Daarnaast speelt een aantal beleidskaders een rol, zoals de Landelijke Preventienota en Rijksambities (bv. op het terrein van het Centrum voor Jeugd en Gezin). Deze kaders bepalen wat een gemeente *moet, mag en kan*.

Vier wetten vormen de basis voor de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de gezondheid van haar burgers: de Grondwet, de Gemeentewet, de Wet publieke gezondheid en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Daarnaast zijn er nog tal van andere wetten die een deel van de algemene gezondheid gedetailleerder behandelen of een relatie hebben met een deel van de algemene gezondheid. Deze wetten laten we voor deze nota buiten beschouwing.

2. Grondwet en Gemeentewet:

In de Grondwet en Gemeentewet staat dat de gemeente een algemene verantwoordelijkheid draagt voor de gezondheid van burgers en voor een samenhangend en toegankelijk gezondheidsstelsel in de regio.

3. Wet publieke gezondheid (Wpg):

Deze nieuwe wet is ingegaan op 01 december 2008. De Wpg integreert drie wetten op het terrein van de publieke gezondheid: de WCPV (wet collectieve preventie volksgezondheid), de Infectieziektewet en de Quarantainewet.

- De WCPV regelt de organisatie van de openbare gezondheidszorg en de instandhouding van de GGD.
- De infectieziektewet is gericht op de concrete bestrijding van infectieziektecrises.
- De Quarantainewet regelt dat personen en vervoersmiddelen in het internationale verkeer vanwege gezondheidsgevaar in isolatie kunnen worden gezet.

De Wpg vervangt dus de WCPV, maar er zitten ook drie nieuwe elementen in:

1.Infectieziektebestrijding:

De verantwoordelijkheden op dit terrein tussen Rijk en gemeenten zijn aangepast. Het gaat hierbij om het creëren van centrale aansturing in de organisatie van de infectieziektebestrijding, vooral van ziekten van hoge besmettelijkheid. O.a. meldings*plicht* van infectieziekten. Op lokaal niveau krijgt de burgemeester meer mogelijkheden om besmetting van goederen, gebouwen en vervoermiddelen aan te pakken. Bij bovenlokale rampen en/of crises krijgt de voorzitter van de Veiligheidsregio de bevoegdheden om bij uitsluiting van anderen op te treden ter zake de handhaving van de openbare orde. Zo ook in geval van een infectieziektecrisis.

2. Gebruik digitale dossier jeugdgezondheidszorg (EKD) verplicht.

Gemeenten zijn per 1 januari 2009 verplicht de JGZ instellingen gebruik te doen maken van een digitaal dossier (een elektronisch kinddossier).
Dit wordt als een kwaliteitsbevorderende maatregel gezien binnen de jeugdgezondheidszorg. Het Rijk stelt daarbij verplichte standaarden vast om

onderlinge uitwisseling van de dossiers mogelijk te maken. Via het gemeentefonds zijn hiervoor middelen beschikbaar gesteld.

3.*Uitvoering Jeugdgezondheidszorg*: Gemeenten blijven verplicht om een GGD in stand te houden. Hiermee wordt echter niet uitgesloten dat taken buiten de GGD om worden belegd, zoals de Jeugdgezondheidszorg bij de (thuis)zorginstellingen.

De Wpg is zo opgesteld dat deze ook gebruikt kan worden als aanbouwwet voor andere onderwerpen op het terrein van de publieke gezondheid, als daar aanleiding toe is.

NB:
De kenmerken van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning en de Wet Collectieve preventie Volksgezondheid (WCPV) zijn in bijlage 2 uitgewerkt. Ook de onderlinge relatie van deze wetten op het gebied van de algemene gezondheidszorg is daarin meegenomen.

Deel C: (Landelijke) ontwikkelingen rond gezondheid (-sbeleid):

1. Inleiding:

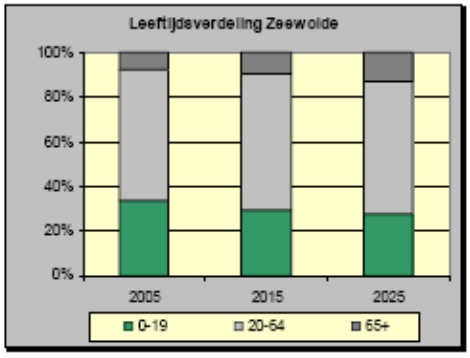
In dit hoofdstuk worden de belangrijkste ontwikkelingen geschetst die van invloed zijn op de (toekomstige) gezondheidszorg. Hierbij wordt een globaal, landelijk beeld geschetst, maar deze landelijke ontwikkelingen vormen vaak ook de kaders voor het lokale beleid.

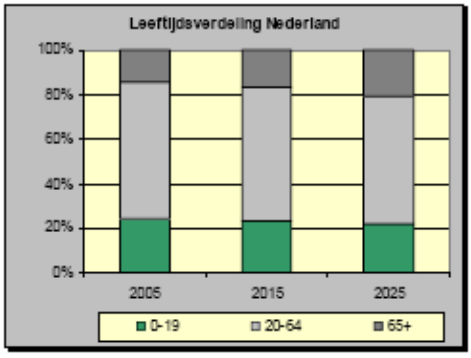
2. Demografische ontwikkelingen.

Landelijk is al jaren sprake van een dubbele vergrijzing. Dat wil zeggen: er komen meer ouderen en deze ouderen zullen ook een hogere leeftijd bereiken. Daardoor zal de behoefte aan specifieke voorzieningen op het gebied van wonen, welzijn en zorg toenemen.
Ook is er landelijk sprake van ontgroening (afname van jongeren).
In Zeewolde neemt, net als landelijk en in Flevoland als geheel, de vergrijzing toe en het aandeel jongeren in de bevolking af in de komende jaren. De groene druk is in onze gemeente hoger dan in Nederland en Flevoland en de grijze druk komt net boven het Flevolandse gemiddelde uit, maar blijft achter bij het Nederlandse gemiddelde.
De prognoses voor Zeewolde sluiten aan bij het landelijke beeld.
De cijfers van ontgroening en vergrijzing vinden ook plaats in onze gemeente, maar ze komen niet zo sterk naar voren als in geheel Nederland. Het aandeel 65 plussers is in geheel Nederland veel groter dan in Zeewolde. (Zie grafiek uit lokale kernboodschap GGD 2007).

	Verwachte demografisch druk[1] * in 2015.		
	Groene druk	Grijze druk	Totale druk
Zeewolde	49,1 %	19,5 %	68,6 %
Flevoland	43,3 %	19,0 %	62,3 %
Nederland	38,0 %	29,7 %	65,7 %

Groene druk: de verhouding tussen het aantal personen van 0 - 20 jaar en het aantal personen van 20 - 65 jaar. *Grijze druk*: de verhouding tussen het aantal personen van 65 jaar en ouder en het aantal personen van 20 - 65 jaar.





[1] Verhouding tussen het aantal 65-plussers en 0 t/m 19-jarigen ten opzichte van de 20 t/m 64-jarigen. Deze verhouding geeft een indruk van de druk van het niet-werkende deel van de bevolking op het deel van de bevolking dat in potentie werkzaam is. De demografische druk geeft met andere woorden aan welk deel van de bevolking afhankelijk is van de productiviteit van de rest.

Jongeren gedragen zich vaak óngezonder dan oudere mensen maar hebben wel een betere gezondheid. De vraag naar zorg is echter bij oudere mensen vaak groter dan bij jongere mensen (Lindert, 2004).
Jongeren en mensen van middelbare leeftijd doen vooral een beroep op herstel gerichte zorg, terwijl het bij ouderen veel meer draait om verpleging en verzorging.

Ondanks het tragere tempo van vergrijzing is het toch van belang om er rekening mee te houden voor de toekomstige zorgvraag.
De zorgvraag verandert daardoor, deze wordt complexer en zwaarder. Ziekte bestaat steeds minder vaak uit een incidentele kwaal of klacht die via een korte behandeling te verhelpen is, terwijl chronische aandoeningen meer en meer het ziektebeeld gaan bepalen.

Landelijk wordt een toename verwacht van het aantal chronisch ziektes, met als belangrijkste gezondheidsproblemen hart- en vaatziekten, kanker, overgewicht, diabetes, astma/COPD, depressie en angststoornissen, reuma en verslaving. Daarnaast zal het met de toename van het aantal ouderen, ook het aantal mensen met dementie toenemen. Zie ook het overzicht op pag.17.

3. Individualisering:

Dat gezondheid een kwestie is van geluk, behoort voor een groot deel tot het verleden. De eigen verantwoordelijkheid komt steeds meer in beeld.
Hierdoor neemt de druk toe om dingen te doen of te laten vanwege de consequenties voor de gezondheid. De rol van de overheid in de gezondheidszorg verandert. Voorheen lag de nadruk op het bieden van bescherming, tegenwoordig ligt de nadruk meer op activering van burgers, het bevorderen van zelfredzaamheid en op preventie.
Mensen met een zorgbehoefte blijven steeds langer in hun eigen huis wonen en de zorg- en welzijnsdiensten moeten aan huis geleverd worden.
Onder invloed van een toenemende extramuralisering en deconcentratie van zorg, wonen steeds meer mensen met een zorgbehoefte in de wijk en/of buurt. Zorg wordt niet langer aangeboden in grootschalige instellingen, maar meer en meer op maat en aan huis.
Zorgaanbieders ontwikkelen zich van aanbodgerichte naar vraaggerichte organisaties.
In het kader van ouderen/zorgvragersbeleid is over de lokale situatie hiervan in 2004 een lokaal onderzoek gedaan. Daaruit volgt de aanbeveling om bij de actualisering van het ouderen/zorgvragersbeleid opnieuw een dergelijk onderzoek uit te voeren. Omdat zowel het zorgaanbod alsook de diverse woonvormen voor senioren gewijzigd en uitgebreid zijn, zou dit zichtbaar kunnen worden in de uitkomsten.

De zorgvrager wordt beschouwd als een volwaardige burger, die in staat is zijn eigen wensen en behoeften kenbaar te maken en optimaal deel weet te nemen aan de samenleving. Zorgvragers zijn ook kritischer geworden en willen zelf kúnnen kiezen.
De zorgvrager wordt ook steeds deskundiger en mondiger. Internet geeft veel informatie over gezondheidsklachten. Patiënten krijgen steeds meer zicht op

variaties in wachttijden, kwaliteit en resultaat bij verschillende behandelaars en instellingen. Ook buitenlandse zorginstellingen prijzen steeds enthousiaster hun ´producten´aan. De eigen keuzemogelijkheid in behandelaars neemt daarmee toe.

Ruimte voor eigen verantwoordelijkheid en solidariteit zijn en blijven dan kernbegrippen in de moderne gezondheidszorg:

- *Eigen verantwoordelijkheid*: vanuit een beter inzicht in de kwaliteit en prijs van de zorg, zelfstandigheid, mogelijkheden om mee te doen in de samenleving en zorg voor elkaar.
- *Solidariteit* in die zin dat we ook in de toekomst zorg willen blijven bieden aan mensen die in de toekomst zorg nodig hebben. Zie ook demografische ontwikkelingen in een eerdere paragraaf.

4. Economische ontwikkelingen:

Er bestaat een sterke relatie tussen de mate van gezondheid en de sociaal economische status van een bevolkingsgroep. De twee belangrijkste indicatoren om de sociaal economische status van een bevolking te typeren zijn opleidingsniveau en inkomensniveau. Vooral opleidingsniveau blijkt een goede 'voorspeller' van (on)gezondheid.
Naast deze twee variabelen wordt bij studies naar SEGV (sociaal economische gezondheidsverschillen) vaak ook gekeken naar andere indicatoren, zoals indeling naar beroep en woningsituatie (huur, koop, WOZ waarde van koopwoningen).

	Opleidingsniveau 15 – 65 jarigen in %		
	Lager onderwijs	Middelbaar onderwijs *	Hoger onderwijs *
Zeewolde	27	45	28
Flevoland	34	44	22
Nederland	34	41	25

bron CBS 2006

* Het percentage middelbaar en hoger opgeleiden in Zeewolde ligt bóven het landelijke gemiddelde.

	Gemiddeld besteedbaar inkomen* per inwoner (€)			
	Totaal gemiddeld	autochtonen	Westerse allochtonen	Niet-westerse allochtonen
Zeewolde	18.400**	18.400	19.300	13.700! **
Flevoland	17.200	17.400	17.800	15.500
Nederland	17.700	17.900	18.300	14.800

Bron: lokale kernboodschap GGD / (www.cbs.nl)

* Besteedbaar inkomen is het bruto-inkomen verminderd met:
  - betaalde inkomensoverdrachten,
  - premies inkomensverzekeringen,
  - premies ziektekostenverzekeringen, en
  - belastingen op inkomen en vermogen.

** Zeewolde ligt met het besteedbaar inkomen hoger dan gemiddeld in Nederland. Alleen het besteedbaar inkomen van de niet-westerse allochtonen in Zeewolde ligt ónder het Flevolands – en Nederlands gemiddelde.

Groepen met lagere inkomens wonen vaak in minder gezonde woningen, de minst aantrekkelijke buurten, werken in de gevaarlijkste beroepen en hebben minder beschikking over gezonde producten (veilige auto's, gezonde voeding).
Bovendien verkeren deze groepen vaak in moeilijkere leefomstandigheden dan de welgestelden: minder controle over hun eigen leven of werk, meer dagelijkse beslommeringen, ongunstigere verhoudingen tussen inspanningen en (materiële) beloning, een zekere sociale uitsluiting, en meer ingrijpende levensgebeurtenissen (scheiding, verlies van dierbaren).
Ook is het onder deze groepen vaak slechter gesteld met de bekende determinanten van gezondheid, zoals een ziektebevorderende leefstijl: roken, alcoholgebruik, slechte voeding en gebrek aan beweging.

Mensen met een lage Sociaal Economische Status (SES) leven gemiddeld 2,6 tot 4,9 jaren kórter en zij brengen bovendien maar liefst 15 jaren minder door in goede gezondheid dan mensen met een hoger inkomen.
Oorzaken hiervan zijn o.a.:

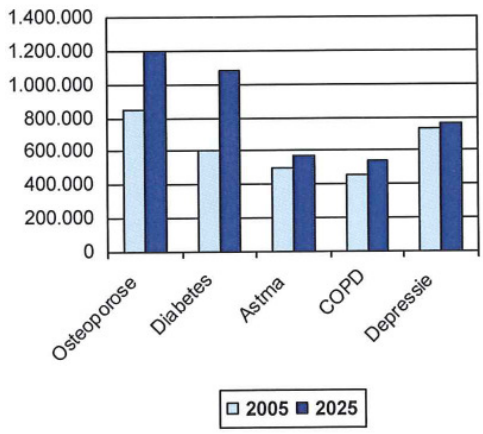
- armer en ongezonder
- de woon – en werkomstandigheden
- de leefstijl: roken, drinken, voeding en bewegen

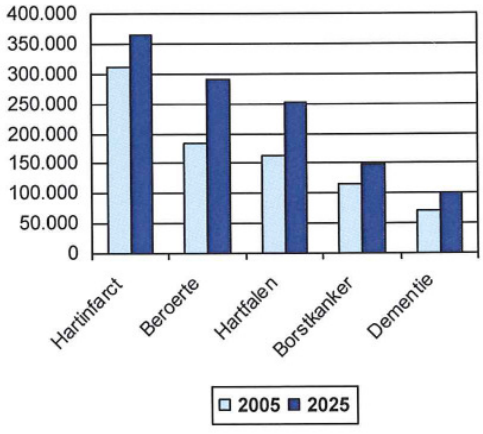
5. Levensverwachting:

Voor de levensverwachting zijn de gemiddelde cijfers over 2003 – 2006 genomen: De gemiddelde levensverwachting in Flevoland is bij de geboorte voor mannen 79,6 jaar en 84 jaar voor vrouwen. Dit is niet significant hoger dan de Nederlandse cijfers hiervan.
De levensverwachting bij 65 jaar is voor mannen 19,5 jaar (dit is significant hoger dan de Nederlandse cijfers). Voor vrouwen is dat 23 jaar, dit is ongeveer gelijk aan de Nederlandse cijfers.

- Chronische ziekten:

Het aantal chronische zieken zal de komende jaren flink stijgen. In onderstaande figuur staat de verwachte toename tussen 2005 en 2025 van een aantal chronische aandoeningen. (Bron : RIVM 2008).





Deze toename is het gevolg van drie factoren.

- Allereerst speelt de vergrijzing een grote rol. De stijgende levensverwachting leidt er ook toe dat steeds meer mensen meerdere chronische ziekten tegelijk hebben.
- De tweede factor is de medische vooruitgang, die ervoor gezorgd heeft dat voorheen ongeneeslijke ziekten zoals kanker- en hartfalen steeds beter behandelbaar en beheersbaar worden.
- De derde oorzaak is de negatieve trend in leefstijl zoals te weinig bewegen en te veel en ongezonde voeding, met als gevolg een toename van overgewicht en obesitas.

Meer chronische aandoeningen (in absolute en relatieve zin) maakt dat de zorgvraag groter en anders wordt. Nu al is ca. 70% van de zorguitgaven in Nederland besteed aan mensen met chronische aandoeningen. Daarnaast zijn chronische ziekten een belangrijke oorzaak van arbeidsverzuim en arbeidsongeschiktheid. Chronische ziekten verlagen de kwaliteit en de lengte van het leven en veroorzaken maatschappelijke kosten doordat een beroep moet worden gedaan op zorg en mantelzorg. Veel mensen met een chronische ziekte komen ook in de problemen voor wat betreft maatschappelijke participatie (Wmo).

Van de hierboven genoemde chronische ziekten heeft het Rijk *diabetes* en *depressie* als speerpunten opgenomen in de Rijkspreventienota, zie 6.2.

6. Landelijk beleid:

In dit hoofdstuk worden de landelijke prioriteiten en doelstellingen op het terrein van de collectieve preventie aangegeven en wordt aangeven welke keuze de minister van VWS in de Rijkspreventienota´s heeft gemaakt.

6.1 Doelstellingen van het landelijk beleid:

Gezond leven is een keuze. Ondanks de kennis over gezond gedrag nemen ongezonde gedragingen onvoldoende af of nemen soms zelfs toe. Ongezonde leefgewoontes leiden tot verhoogde risico´s op verlies van gezondheid. Volwassenen moeten dat beseffen en overbrengen op hun kinderen. Ook de scholen spelen hierin een grote rol.
Hoewel de gemiddelde levensverwachting de afgelopen decennia absoluut gezien is toegenomen, is Nederland in Europa op de ladder van gezondheid en levensverwachting afgezakt naar de middenmoot. Dit is voor een groot deel te verklaren uit ongezond gedrag (vooral door roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht). Zo roken in Nederland meer vrouwen dan in landen om ons heen en drinken Nederlandse jongeren váker en vooral méér alcohol dan in andere Europese landen.
Om Nederland weer in de top van de Europese ranglijst op het gebied van gezondheid te krijgen is een sterke inzet op gezond leven nodig!

6.2 Rijkspreventienota´s:

De eerste Rijkspreventienota '*Langer gezond leven (2003*) bevatte drie speerpunten: roken, diabetes en overgewicht. Er zijn de afgelopen jaren veel activiteiten ontplooid, maar er is nog veel winst te behalen.

Daarom gaat de tweede Rijkspreventienota *(2006)* met de titel: *Kiezen voor gezond leven* voort op de ingeslagen weg. Deze nota gaat vooral uit van een betere afstemming tussen rijksbeleid en lokaal beleid.
Omdat het nastreven van een betere gezondheid via preventie het best werkt langs korte lijnen, is het van belang dat de zorg voor de gezondheid van kwetsbare groepen op gemeentelijk niveau wordt georganiseerd.

Het kabinet geeft hierbij de zes belangrijkste volksgezondheidsproblemen aan: psychische stoornissen, hart- en vaatziekten, kanker, ziekten aan en van het bewegingsapparaat, chronische luchtwegaandoeningen en diabetes.

Deze hoofdproblemen zijn gekozen, omdat het omvangrijke gezondheidsproblemen zijn, met grote (toekomstige) maatschappelijke gevolgen voor gebruik van medische voorzieningen en arbeidsdeelname. Gezond gedrag kan dit (voor een deel) beïnvloeden. Hiervoor zijn geschikte (kosten)effectieve interventies beschikbaar die deze gezondheidsproblemen kunnen voorkomen of verkleinen. Die interventies worden nog niet op grote schaal uitgevoerd en de overheid kan en wil een rol vervullen in de aanpak van deze gezondheidsproblemen.

In de 2e Rijkspreventienota geeft het kabinet de volgende vijf speerpunten aan:

- Roken
- Schadelijk alcoholgebruik.
- Overgewicht (bewegen en voeding).
- Diabetes.
- Depressie

Deze speerpunten zijn tevens richtinggevend voor de prioriteiten van lokaal gezondheidsbeleid. Dat impliceert dat ook de gemeenten hun nota´s bij voorkeur baseren op deze vijf landelijke speerpunten.

Als vervolg op de tweede landelijke preventienota is in 2007 de *kabinetsvisie 2007 verschenen: Gezond zijn, gezond blijven.*
In deze visie benadrukt het kabinet dat samenhang en verbinding tussen sectoren en beleidsterreinen en tussen partijen op elk niveau, cruciaal zijn om resultaat te boeken op het gebied van gezondheidsbevordering en collectieve preventie.
Bovendien benadrukt het kabinet dat actie vooral moet plaatsvinden in de directe leefomgeving. Gemeenten spelen daarbij een centrale rol.

(Landelijke) meetbare indicatoren op komst:
In de loop van 2008 is vanuit het ministerie van VWS (stuurgroep zichtbare zorg publieke gezondheid) een projectgroep gestart waarin de Inspectie voor de volksgezondheid (IGZ), het Rijksinstituut voor volksgezondheid (RIVM), De VNG en enkele gemeenten participeren.
De opdracht is een kwaliteitskader te ontwikkelen op het gebied van gemeentelijk gezondheidsbeleid als onderdeel van de maatschappelijke verantwoording.

Het doel is om met behulp van indicatoren de kwaliteit van de zorg transparant te maken.
De indicatoren die worden ontwikkeld leveren informatie die verschillende partijen kunnen gebruiken:

- VWS kan de informatie gebruiken voor beleidsevaluatie
- De IGZ kan de informatie gebruiken voor gefaseerd toezicht
- Het RIVM kan de informatie o.a. gebruiken voor de volksgezondheidstoekomstverkenningen.
- Gemeenten kunnen met behulp van de informatie hun interne kwaliteit verbeteren en hun regierol uitvoeren.
- Burgers krijgen inzicht in de kwaliteit van het gemeentelijk beleid.

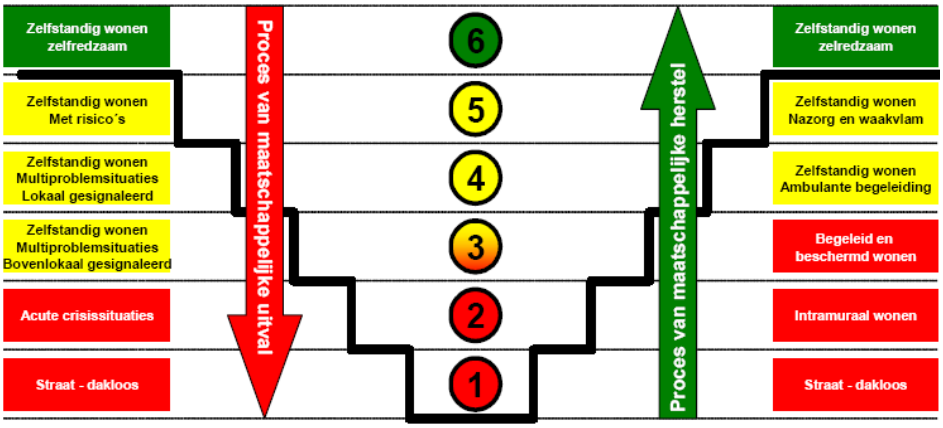
Het streven is om nog in 2009 een indicatorenset voor gemeentelijk gezondheidsbeleid gereed te hebben.

6.3 Openbare gezondheidszorg (OGZ):

De openbare gezondheidszorg behartigt zaken die van groot belang zijn voor een gezonde samenleving. Het gaat daarbij om onderdelen van de gezondheidszorg en het openbaar bestuur die zich richten op ziektepreventie en de bescherming en bevordering van de gezondheid van de gehele bevolking of groepen van de bevolking. Het meest karakteristieke aan openbare gezondheidszorg is dat er vooral sprake is van een *maatschappelijke* hulpvraag. Het is de overheid die openbare gezondheidszorg aan de burgers als *collectiviteit* aanbiedt. Openbare gezondheidszorg vult daarmee de reguliere, individuele zorg aan. Aan de activiteiten op het gebied van de OGZ ligt in principe *geen individuele* hulpvraag ten grondslag, althans geen expliciete, door iemand zelf geformuleerde hulpvraag.
De openbare gezondheidszorg kan gaan over alle terreinen van het leven: van de schoolarts tot voorlichting over dementie, van verslavingspreventie tot reizigersvaccinatie en van toegang tot de zorg tot het opknappen van vochtige woningen en het saneren van vervuilde grond.
Vanwege die samenhang van gezondheidsbeleid met allerlei beleidsterreinen heeft de gemeente de centrale rol in de openbare gezondheidszorg.

6.4 Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ):

De OGGZ omvat preventieve zorg voor de gehele bevolking, preventieve zorg voor risicogroepen en zorg voor kwetsbare mensen die zelf geen hulp zoeken (zoals daklozen en zorgmijders) en probeert deze toe te leiden naar de reguliere hulpverlening. De OGGZ is een beleidsterrein dat als onderdeel van de brede gemeentelijke verantwoordelijkheid op het gebied van de openbare gezondheidszorg, de laatste jaren steeds meer aandacht krijgt.
Het beleidskader van de OGGZ, met uitzondering van de psychosociale hulp, is met ingang van 1 januari 2007 opgenomen in de Wmo. Impliciet komen OGGZ taken aan de orde in de WMO prestatievelden 7, 8 en 9 (en zelfs in 5 en 6).
Het gaat in deze prestatievelden om ondersteuning en faciliteiten voor dak- en thuislozen, slachtoffers van huiselijk geweld, kwetsbare personen en risicogroepen en maatschappelijke zorg voor verslaafden.



De **OGGZ ladder** geeft de verschillende treden aan van zelfstandigheid c.q. uitval en hulpvraag.bron: MOVISIE 2006.

De OGGZ en de maatschappelijke opvang, maar ook de verslavingszorg, vertonen veel inhoudelijke raakvlakken. Kwetsbare mensen kunnen afglijden in de maatschappij en zo in de maatschappelijke opvang en/of verslavingszorg terechtkomen.

Diverse zaken kunnen de oorzaak zijn van hun situatie: werkeloosheid, slechte beheersing van de Nederlandse taal, een slechte woning, schulden, psychische problemen, verslaving etc.
Kwetsbare personen hebben vaak een combinatie van problemen (sociaal isolement, verwaarlozing), ook maken gezondheidsklachten hier vaak onderdeel van uit.
De overheid en andere instellingen benaderen deze problemen dikwijls afzonderlijk, terwijl de diverse problemen (vaak) met elkaar te maken hebben. Het vergt daarom bijzondere inspanning om met een effectieve oplossing voor de problemen te komen.
Voor de gemeente is het de uitdaging om beleid te ontwikkelen dat een samenhangend antwoord geeft op sociaal-maatschappelijke - én gezondheidsproblemen alsook het voorkómen daarvan.

Doelen van de OGGZ:

- vroegtijdig signaleren
- het beïnvloeden van risicofactoren en beschermende factoren met het oog op het voorkomen en verminderen van uitsluiting en dakloosheid
- het realiseren van een aanvaardbare kwaliteit van leven voor kwetsbare mensen

Ook wij hebben kwetsbare groepen in onze samenleving.
In deel D van deze nota wordt aangegeven wat de stand van zaken is in Zeewolde.

7. Regionaal beleid in het kader van de OGGZ:

In het kader van de OGGZ betreft dit meerdere partijen met diverse verantwoordelijkheden. Hieronder een overzicht daarvan.

- De centrumgemeente Almere:

Het Rijk heeft 43 gemeenten aangewezen (centrumgemeenten) die voor hun regio regievoerder zijn c.q. verantwoordelijk zijn. Voor onze regio (provincie Flevoland) is dat Almere. De centrumgemeente is o.a. verantwoordelijk voor voldoende aanbod voor de maatschappelijke opvang in de regio en krijgt daarvoor een doeluitkering van het rijk. De regierol van de centrumgemeente is gericht op bovenlokale voorzieningen. Hiervoor vindt afstemming plaats met de regiogemeenten.
In november 2005 is de *Regiovisie maatschappelijke opvang en huiselijk geweld (vrouwenopvang) Flevoland*, *voor de periode 2006-2010,* vastgesteld door het college van B&W van Almere.
Hoofddoelstelling van deze regiovisie is een adequaat functionerend basissysteem voor maatschappelijke opvang en huiselijk geweld, waarmee de groei van Flevoland kan worden bijgehouden.
In het beleid worden de functies preventie, opvang, handhaving en herstel onderscheiden, met elk daarin opgenomen doelgroepen en doelstellingen.

Samengevat kan worden gezegd dat het beleid erop gericht is om de huisuitzettingen en instroom van (crisis)opvang terug te dringen, steunstructuren te ontwikkelen voor 'waakvlam' begeleiding (alertheid op risicogroepen), het instroombeleid in de (crisis)opvangcentra te optimaliseren en de door- en uitstroom hiervan te verhogen door voldoende en een op maat aangepast woningaanbod.
Deze regiovisie geeft een beleidskader aan voor een adequate uitoefening van de taak van de centrumgemeente Almere en de verdeling van de specifieke rijksdoeluitkeringen over de voorzieningen in Flevoland. In overleg met de vijf andere Flevolandse gemeenten zijn hierin prioriteiten vastgelegd over de besteding van de Rijksmiddelen. Daaruit vloeit tevens voort welke taken en/of maatregelen ten laste van eigen gemeentelijke middelen dienen te worden opgepakt, indien gewenst.

Alle centrumgemeenten maatschappelijk opvang hebben, in navolging van de vier grootste steden in Nederland (G4), een opdracht van het ministerie van VWS ontvangen tot het vertalen van het ´Landelijk plan van aanpak maatschappelijk opvang´naar hun situatie. Dit programma heet het Stedelijk Kompas.
In december 2007 is het *Stedelijk Kompas Flevoland 2008-2014* vastgesteld in de Raad van Almere.
Het is een intensivering van de bestaande gezamenlijke aanpak in Flevoland van de bovengenoemde regiovisie. In het Stedelijk Kompas zijn meer gedetailleerde voorwaarden en doelstellingen vastgelegd, gekoppeld aan uitvoeringsbudgetten.

De essentie van het Stedelijk Kompas bestaat uit:

- Een persoonsgerichte benadering met behulp van individuele trajectplannen en cliëntmanagers.
- Een 100% sluitende samenwerking tussen alle betrokken partijen en instellingen op bestuurlijk en uitvoerend niveau.

Met betrekking tot de verdeelsystematiek van de rijksgelden is jarenlang op landelijk niveau nog een stevige discussie gevoerd. In de oude verdeelsystematiek zijn de rijksmiddelen voor maatschappelijk opvang en verslavingsbeleid tussen de 43 centrumgemeenten verdeeld op basis van een in 2001 bepaald historisch bedrag en een toen ingevoerd verdeelmodel van de Raad voor de financiële verhoudingen (RFv).
Hierdoor kampt Flevoland al jaren met een structureel tekort aan rijksinkomsten : gemeenten met een van oudsher landelijk voorzieningenniveau ontvangen meer middelen dan groeigemeenten zoals Almere. Jaarlijks is in Flevoland ca. 1- 1,5 miljoen meer nodig om aan de feitelijke vraag tegemoet te komen.

Het Ministerie van VWS heeft in het kader van de afspraken in het Grote Stedenbeleid (GSB III) en op dringend verzoek van de G4 onderzoek laten uitvoeren naar een nieuw landelijk verdeelmodel om tot een evenwichtiger verdeling van rijksmiddelen voor de 43 centrumgemeenten te komen.

In maart 2009 is in het overleg tussen VWS en VNG overeenstemming bereikt over een nieuw verdeelmodel van de Rijksgelden voor MO-VB-OGGZ.
Dit model gaat in per 1 juli 2010.
Er zijn nadere afspraken gemaakt over een overgangsregeling voor de G4, (die er extra gelden bij krijgen) en de centrumgemeenten die grote negatieve herverdeeleffecten ondervinden (afbouwregeling).
Ten gevolge van het nieuwe model is het verschil met het huidige niveau van de specifieke uitkering voor Almere € 7 ton.
Over een aantal jaren genomen is het effect als volgt: 2010 - €4 ton, 2011- €7 ton, 2012 - € 9 ton en 2013 - €1,1 miljoen. (Bron Cebeon rapport 23 maart 2009). Flevoland gaat dus wel meer Rijksgelden krijgen, maar per saldo betekent dit dat er wel knelpunten blijven bestaan.

Vanwege het tekort aan rijksmiddelen is er regionaal een keuze gemaakt. Het rijksbudget wordt m.n. ingezet voor voorzieningen t.b.v. de crisis-, dag- en nachtopvang, gezinsopvang, zwerfjongerenopvang en gebruikersruimten voor drugsverslaafden. Deze voor de regio bestemde voorzieningen zijn gelegen in Almere, Lelystad en Emmeloord.

Het tekort aan rijksmiddelen houdt tevens in dat de Flevolandse gemeenten zelf extra inzet dienen te plegen voor de geformuleerde doelstellingen op het gebied van preventie en handhaving. Dit door middel van inzet van eigen gemeentelijke middelen. De schaalgrootte van de individuele gemeente bepaalt ook de aansluiting bij en afstemming en samenwerking met de regionale aanpak.

- Gemeente Zeewolde:

Wij zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de OGGZ. Dit betreft de taak om enerzijds met *preventie* te voorkomen dat personen afglijden in de samenleving en anderzijds het *herstel* van die mensen te bevorderen.
Met de Wmo heeft elke individuele gemeente nu de mogelijkheid om eigen beleid te voeren op deze gebieden. Hierbij kan de keuze gemaakt worden om naast de preventiekant ook verantwoordelijkheid te nemen in de vangnetfunctie (*tijdelijk opvang*) of juist bij de trampolinefunctie (*helpen aan maatschappelijk herstel*).
In Zeewolde wordt vanuit diverse beleidsterreinen (inhoudelijk en financieel) inzet gepleegd: algemeen gezondheidsbeleid, veiligheidsbeleid, integraal jeugdbeleid, huisvestingsbeleid, integrale schuldhulpverlening enz.

- (Keten)partners:

In Flevoland wordt door verschillende instellingen hulp/zorg geboden aan sociaal kwetsbare mensen die vallen onder de OGGZ doelgroep (daklozen, chronisch verslaafden, zwerfjongeren en ex-gedetineerden). Deze werken daarbij meestal onderling samen in netwerken en ketens (lokaal en/of regionaal). Partners hierin zijn bijvoorbeeld huisartsen, het algemeen maatschappelijk werk, de politie, GGD, woningcorporaties, schuldhulpverlening- en maatschappelijke opvanginstellingen.
Hun rollen en taken zijn verschillend.
Om een paar voorbeelden van Zeewolde te noemen:

- De GGD voert de algemene OGGZ taken uit in het kader van de Wpg.
- Het (outreachend) algemeen maatschappelijk werk, de schuldhulpverlening (uitgevoerd door MDF) en de verslavingszorg (uitgevoerd door Tactus) zorgen ervoor dat vroegtijdig ingegrepen wordt bij schulden en verslavingsproblematiek.
- De woningcorporaties (o.a. Woonpalet) signaleren een huurschuld of vervuiling van de woning en bespreken dit met de schuldhulpverlening en zorginstanties. In de praktijk blijkt er vaak sprake te zijn van één of meer achterliggende problemen.
- De politie wordt vaak als eerste benaderd als de woonomgeving overlast ondervindt van vervuiling of andere vormen van overlast.
- De GGZ (Meerkanten) wordt ingezet bij een cliënt met een psychische problematiek of wanneer zo'n cliënt zich niet wil laten helpen (bemoeizorg voor zorgwekkende zorgmijders).

Meer gedetailleerde informatie over onze lokale situatie in deel D.

Speciaal voor de OGGZ groep (o.a. de zorgwekkende zorgmijders) is het *Meldpunt Vangnet & Advies* opgericht. Dit maakt onderdeel uit van GGD Flevoland. De belangrijkste taken zijn: signaleren, adviseren, coördineren en het uitvoeren van zorg voor cliënten van de OGGZ doelgroep. Het meldpunt biedt zelf geen directe hulpverlening, maar zorgt voor het opstarten van hulpverlening dan wel het opnieuw starten van de hulpverlening. Het meldpunt werkt, verspreid over de provincie Flevoland, met zes lokale werkteams. Bij de OGGZ doelgroep is vaak sprake van psychiatrische en/of verslavingsproblemen en/of gedragsproblemen *in combinatie* met problemen op andere leefgebieden (zoals huisvestingsproblemen en tekortschietende zelfverzorging).

Almere heeft als centrumgemeente de regie op de hulp aan genoemde groepen. Vanuit die functie heeft Almere aan de GGD de taak gegeven om de *Centrale toegang Flevoland* (CT) te organiseren.
De belangrijkste doelstelling hiervan is om de hulp aan de genoemde doelgroep beter te stroomlijnen, mensen sneller de juiste hulp te kunnen bieden en de doorstroom en maatschappelijke participatie te bevorderen. Belangrijk is ook dat door de komst van de CT er beter zicht ontstaat op de uitkomsten van de hulp/zorg, zowel op groepsniveau (eenduidige registratie) als op cliëntniveau. Persoonsgerichte benadering, traject op maat: doel is dat per cliënt een plan van aanpak komt en dat hij/zij de best passende zorg krijgt. In 2009 zal de CT vooral ontwikkeld worden om per 1 januari 2010 de werkwijze van de CT te implementeren.

8. Regionaal beleid in het kader van verslavingszorg :

In december 2008 is de *Regiovisie Verslavingszorg Flevoland 2008-2012* door de Raad van Almere (centrumgemeente) vastgesteld. De trekker hiervan is Almere, maar de regiovisie is in samenwerking met de overige Flevolandse gemeenten tot stand gekomen. Hierin worden regionale doelstellingen vastgesteld, waarin diverse instellingen en partners een rol vervullen, en een verdeling gemaakt van de beschikbare Rijksdoeluitkering.
Deze middelen worden ingezet op:
- preventie algemeen (6%),
- preventie lokaal (6 gemeenten) 12%,
- zorg (64%)
- en herstel (18%).

Doelgroepen en pijlers (doelgebieden) van het regionale beleid:*

Preventie	Jongeren verslavingszorg tot 24 jaar	Volwassenen en ouderen verslavingszorg	Sociale verslavingszorg
Onderwijs	Ambulante zorg	Ambulante zorg	Methadonverstrekking
Uitgaan	*Ouders*	(poli)klinische zorg en **nazorg**	(poli)klinische zorg en **nazorg**
Ouders	*Jongerencentra*	zelfhulpgroepen	Ambulant begeleid wonen
Coffeeshops	*Outreachend werk*	*gezondheidscentra*	*Nacht- en dagopvang*
Specifieke allochtone groepen	*Nazorg detentie*	*ziekenhuizen*	*Nazorg detentie*
Sportkantines	**VO en speciaal onderwijs**	*Kinderen van verslaafde ouders*	**Gebruiksruimte**
Welzijnswerk	**ziekenhuizen**	**Zwangere vrouwen**	**Woon(zorg)voorzieningen**
	Centra Jeugd en gezin / Oképunten	**Huiselijk geweld**	**Dubbele diagnose woonvoorzieningen**
	(poli)klinische zorg en nazorg	**welzijnswerk**	**Soiale activering**
	zelfhulpgroepen		

*Normaal gedrukt = onderdeel van staand beleid
Schuin gedrukt = gedeeltelijk onderdeel van staand beleid
Vet gedrukt = (nog) geen onderdeel van staand beleid

Doelstellingen regionale verslavingsbeleid:
Hoofddoel *preventie jongeren*:

1. Meer tegengaan van het alcoholgebruik door jongeren onder de 16 jaar.
2. Meer voorkomen van schadelijk gebruik door uitgaanders (16 – 25 jaar) en het voorkomen van openbare problematiek.
3. Ter voorkoming dat softdruggebruikers gemakkelijker in aanraking komen met het criminele milieu van harddrugs dienen afhankelijk van de lokale gemeentelijke noodzaak, voldoende coffeeshops gerealiseerd te worden. Voorts: intensivering van preventie in bestaande coffeeshops (Almere).

Hoofddoel *jongeren verslavingszorg:*

4. Meer jongeren die door het alcohol en/of drugsgebruik een risico lopen op verslaving of verslaafd zijn, kunnen op een laagdrempelige en toegankelijke wijze gebruik maken van eerstelijnszorg of ambulant verslavingszorg of van andere vormen van laagdrempelig hulpaanbod. Bijvoorbeeld inloop, huiskamer, spreekuur op school, zelfhulpgroep, outreachend werken, straathoekwerk, ambulant jongerenwerk.

Hoofddoel *volwassenen en ouderen verslavingszorg*:

5. Meer voorkomen en vroegtijdiger signaleren van schadelijk alcoholgebruik bij volwassenen en ouderen en meer voorkomen van maatschappelijke en privéproblematiek.

Hoofddoel *sociale verslavingszorg*.

6. Meer chronisch verslaafden worden van de juiste zorg voorzien en huisvesting geboden in gespecialiseerde woon(zorg)voorzieningen.
7. Verwacht wordt dat een betere kwaliteit van leven van chronisch verslaafden leidt tot meer voorkomen en verminderen van overlastgevend gedrag.

Aansluitend op de regionale visie verslavingszorg schrijft elke Flevolandse gemeente haar eigen *lokale plan verslavingszorg* dat deel uitmaakt van de totale regiovisie. Hiermee worden de regionale afspraken vertaald naar de lokale behoeften en prioriteiten. Zie ook deel D paragraaf 3.

Onderzoek chronisch problematisch verslaafden in Flevoland:
Almere is als centrumgemeente verantwoordelijk voor het voorzieningenaanbod voor chronisch (overlastgevende) harddrugs- en alcoholverslaafden in Flevoland. Gelet op de groei van de bevolking in de regio, de behoefte aan een goed inzicht in omvang en behoeften (welk *soort* voorzieningen) is eind 2008 een onderzoek gedaan.

Het onderzoek bevatte *drie basisvragen*:

1 Wat is de omvang van de doelgroep chronisch problematische verslaafden in de 6 Flevolandse gemeenten en in de provincie als geheel?
2 Wat zijn de kenmerken, leefsituatie en psychische gezondheid van deze doelgroep?
3 Wat zijn de behoeften ten aanzien van wonen, laagdrempelige voorzieningen en dagbesteding van de doelgroep?

De resultaten van dit onderzoek zijn maart 2009 gepubliceerd in het zogenaamde IVO rapport. Na combinaties van bestanden, interviews, etc. blijken er 223 personen tot de doelgroep van het onderzoek te behoren, waarvan 7 personen uit Zeewolde.
Qua voorzieningen is geconstateerd dat het niveau zowel in *omvang* als in *diversiteit* in Flevoland onvoldoende is. Dit geldt voor zowel dagopvang, nachtopvang, woonvoorziening voor dakloze verslaafden, voorziening voor semipermanent wonen en een steviger aanbod voor woonbegeleiding.
Voor het volledig onderzoek wordt verwezen naar het IVO rapport zelf.

9. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ):

De ggz kenmerkt zich door een grote diversiteit. Iedereen kan ermee te maken krijgen, van jong tot oud, voor een korte of en langere periode. Denk bijvoorbeeld aan kinderen met een autismestoornis, iemand met een drankprobleem of schizofrenie of mensen met een depressie.

GGZ richt zich op vier zaken:

- Het voorkomen van psychische aandoeningen
- Het behandelen en genezen van psychische aandoeningen
- Het zo goed mogelijk laten deelnemen, met een chronische psychische aandoening, aan de samenleving
- Het bieden van (ongevraagd) hulp aan mensen die ernstig verward en/of verslaafd zijn en die uit zichzelf geen hulp zoeken.

De GGZ instellingen voor Flevoland zijn: GGZ Meerkanten , Kwintes RIBW en Tactus. Zij werken op regionaal niveau en worden (deels) uit de rijksmiddelen via de centrumgemeente gecontracteerd, gebaseerd op de afspraken uit de regiovisie en het stedelijk kompas.
GGZ Meerkanten is een instelling voor geestelijke gezondheidszorg met locaties op de Veluwe en in Flevoland. Zij biedt behandeling en begeleiding aan kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen met psychische en psychiatrische problemen en verslavingsproblematiek. Meerkanten doet dit in de vorm van preventieprogramma's, diagnostiek, ambulante en klinische behandeling, psychiatrische (thuis)begeleiding, dagactiviteiten en er is een 24 uurs crisisdienst. Ook doen zij onderzoek om psychische problemen te voorkomen.
Kwintes RIBW biedt informatie, advies, begeleiding, beschermd wonen, dagbesteding en bemoeizorg aan mensen met psychische problemen die moeite hebben om zelfstandig te leven.
Tactus is een verslavingszorginstelling en richt zich in de eerste plaats op mensen die verslaafd zijn of dreigen te raken aan alcohol, drugs, medicijnen,

gokken, eten of een combinatie daarvan. De tweede doelgroep is het netwerk van de cliënt: partner, familie, school of werkgever, maar ook hulpverlener(s).
Uit de praktijk blijkt dat bij Meerkanten en Tactus overlap in de problematiek zit; de doelgroep van de instellingen heeft vooral met verslavings- en psychiatrische problemen te maken. Psychiatrische problemen worden ook door medewerkers van GGD (Vangnet &Advies) gezien. Bij het (outreachend) algemeen maatschappelijk werk komen vooral cliënten voor met psychosociale problemen, die in sommige gevallen wel neigen naar een stoornis. Bij de doelgroep van de OGGZ is vaak sprake van dubbele diagnostiek.

Psychische stoornissen zijn een volksziekte met epidemische omvang: in totaal heeft 15 – 23% enige vorm van een psychische stoornis.
Depressie en angststoornissen zijn het meest bekend.
Omdat een verdere toename van dit percentage verwacht wordt en dit grote individuele, sociale en economische gevolgen heeft wordt landelijk hoog ingestoken op preventie (zie rijksbeleid).

Gevolgen van psychische stoornissen:

- Arbeidsongeschiktheid (35% vanwege ernstige psychische stoornissen)
- Meer lichamelijke ziekten.
- School dropout en slechter onderwijsrendement.
- Contacten met justitie en politie.
- Maatschappelijke ongelijkheid.
- Kosten: de totale kosten van psychische stoornissen en andere hersenstoornissen in de EU zijn hoger dan die van hart- en vaatziekten, kanker en diabetes.

- *Depressie*

Depressie hoort tot de zogenaamde stemmingsstoornissen. De symptomen kunnen bij andere psychische en lichamelijke aandoeningen optreden. Soms kan het daardoor moeilijk zijn depressie te onderscheiden van die andere aandoening (bv. bij dementie).
Depressie is niet hetzelfde als burnout: deze persoon is opgebrand, uitgeblust en emotioneel uitgeput. Slechts een deel van de mensen met een burnout lijdt ook aan depressie.
Depressie komt ook vaak voor in combinatie met angststoornissen.
Oorzaken voor depressie liggen op het gebied van individuele kwetsbaarheid (erfelijke component), sociale- en omgevingsfactoren (bv. laagopgeleiden, mensen in bijstand, mensen met weinig sociale steun van familie of omgeving) en levensgebeurtenissen (traumatische jeugdervaringen, bijvoorbeeld mishandeling en verwaarlozing). Ook geslacht en leeftijd spelen een rol: zo komt depressie bij vrouwen 2x vaker voor dan bij mannen.
Depressie kan optreden op elk punt in de levensloop.

Risicogroepen voor depressie zijn:

- oudere weduwen/weduwnaars,
- mantelzorgers,
- chronisch zieken,
- kinderen van ouders met een psychische stoornis,
- mensen met een lage sociaal economische status/werkeloosheid,
- slachtoffers van kindermishandeling c.q. geweld
- alleenstaande moeders.
- Kwetsbare mensen die te maken krijgen met ingrijpende levensgebeurtenissen.

Gevolgen van depressie:

- Hoog risico op terugval, chroniciteit.
- Hoog risico op comorbide stoornissen (verslaving, angst, agressie).
- Vergroot sterftekans en oorzaak van suïcide.
- Ernstige individuele en sociale gevolgen (gezin, school, werk).
- Hoge economische kosten.

- *Crisis:*

Soms loopt psychische nood tengevolge van spanning, stress of een psychische ziekte zo hoog op dat er sprake is van een crisis. Iemand heeft dan directe, en vaak ter plekke, deskundige hulp nodig. De *crisisdienst* van Meerkanten biedt deze acute hulp. Deze dienst kan worden ingeschakeld door erkende verwijzers, zoals huisartsen en politie, zeven dagen per week, 24 uur per dag. In 2005 is een convenant afgesloten tussen GGZ en politie ten behoeve van spoedeisende psychiatrie in de regio Flevoland.
In 2006 hebben 25 inwoners van Zeewolde gebruik gemaakt van de crisisdienst (van de totaal 216 nieuwe aanmeldingen in dat jaar), in 2007 waren dat 20 personen (van de 210 nieuwe aanmeldingen) en in 2008 waren dat 33 personen (van de 249 nieuwe aanmeldingen).
Voor de duidelijkheid : het aantal nieuwe aanmeldingen betreft alle nieuwe aanmeldingen (uit Zeewolde) die verdeeld bij de verschillende afdelingen van Meerkanten binnenkomen. Dus niet allemaal in crisis, maar ook reguliere aanmeldingen; minder acuut, via de reguliere aanmeldingsprocedure.
Contact met de crisisdienst is soms afdoende, soms leidt het tot opname, soms tot terugkeer naar een eigen behandelaar buiten Meerkanten, soms kan iemand weer geholpen zijn met een contact bij het maatschappelijk werk en soms wordt iemand intern doorverwezen voor een reguliere behandeling als vervolg.

Met ingang van januari 2007 is een deel van de AWBZ ten behoeve van de collectieve preventie overgeheveld naar de gemeenten. Hiermee is de gemeentelijke regierol versterkt. Gemeenten kunnen nu ook zelf producten inkopen van GGZ instellingen. Zeewolde heeft hiermee aparte projecten in samenwerking met GGZ Meerkanten opgestart. (bv. het coachen en begeleiden van vrijwilligers bij GGZ cliënten - maatjesproject).

10. Huiselijk Geweld:

Het regionale beleid hiervan is vastgelegd in de *Regiovisie maatschappelijke opvang en huiselijk geweld (vrouwenopvang) Flevoland, voor de periode 2006-2010,* vastgesteld door het college van B&W van Almere (november 2005) en later in het Stedelijk Kompas.
Bekend is dat (landelijk gezien) slechts ongeveer 12% van alle huiselijk geweldzaken bij de politie wordt gemeld.
De registratie van het aantal gevallen van huiselijk geweld in Flevoland ligt substantieel hoger dan in de rest van Nederland en neemt nog toe.
Het onderwerp lijkt in Flevoland minder een taboe te zijn dan elders; dit zou het hoge aantal meldingen deels kunnen verklaren (bron: VTV GGD).
In 2005 stonden in alle instellingen in de regio1520 personen geregistreerd als slachtoffer van huiselijk geweld, in 2006 waren dat er 1818 (bron: Flevomonitor 2006) en registreerde de politie 2473 incidenten.
In de Flevomonitor 2007 zijn 1927 personen gemeld.
In 2005 zijn 23 aanmeldingen huiselijk geweld gedaan in onze gemeente, in 2006 36 aanmeldingen, in 2007 38 meldingen en in 2008 40 meldingen. (bron: Politie)
Algemeen wordt aangenomen dat de stijgende lijn deels te wijten is aan verbeterde herkenning (bijvoorbeeld door intermediairs) en registratie van huiselijk geweld, alsook een grotere bereidheid van meldingen en aangiften door slachtoffers.

Het Steunpunt Huiselijk Geweld speelt een steeds actievere rol met betrekking tot meldingen, gesprekken en huisbezoeken en krijgt in de uitvoering van de *nieuwe Wet Tijdelijk Huisverbod* ook een coördinerende rol toebedeeld .
Vanwege de komst van de nieuwe Wet Tijdelijk Huisverbod is ook een regionaal project gestart met als doel om de processen en afspraken tussen diverse (netwerk)partners *regionaal* af te stemmen, omdat zij niet alleen lokaal, maar ook vaak regionaal werken.
Het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) registreert meldingen van kindermishandeling, onderzoekt deze en geeft adviezen bij verdenking van kindermishandeling. Flevoland gaat de komende jaren de RAAK methode implementeren: dit houdt o.a. in dat er een regionaal handelingsprotocol is/wordt opgesteld (afspraken tussen instellingen wie, wat doet na een signaal van kindermishandeling) en scholing wordt aangeboden voor mensen die met kinderen werken.

Deel D: Gegevens van de lokale gezondheidssituatie:

1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt eerst inzicht gegeven in de lokale situatie op het gebied van de OGGZ, de Verslavingszorg, de GGZ en Huiselijk Geweld. Daarna worden de zogenaamde *D- thema's* lokaal toegelicht: volgens de Flevolandse VTV (Volksgezondheid toekomstverkenningen) zijn dit de grootste bedreigingen voor de inwoners van Flevoland.
De 7 D- thema 's zijn:

- Dik
- Diabeet
- Dement
- Dronken
- Depressief
- Dakloos
- Diversiteit

Het zal u niet verbazen dat deze een grote overeenkomst vertonen met de speerpunten uit het rijksbeleid.

2. OGGZ:

In het lokale werkteam van het Meldpunt Vangnet & Advies voor Zeewolde participeren enkele *vaste* partijen: politie, woningcorporatie Woonpalet, GGZ Meerkanten, Maatschappelijke Dienstverlening Flevoland (algemeen maatschappelijk werk en schuldhulpverlening). Zij houden 1x per zes weken casuïstiek overleg en stemmen onderling af welke hulp noodzakelijk is en welke instantie deze hulp aanbiedt.
Naast deze vaste partners zijn er directe contacten met partners die niet altijd bij het overleg aanwezig (hoeven te) zijn, zoals bijvoorbeeld het Leger des Heils, Tactus, Kwintes etc.

De belangrijkste *melders* voor het Meldpunt Vangnet & Advies zijn (vooralsnog) de politie en de woningcorporaties. Zij worden in hun dagelijkse werkzaamheden ook direct geconfronteerd met signalen. Beide partijen hebben vaak 'ingang' tot degene die zij aanmelden en zijn ook vaak op de hoogte van de complexe situatie waarin die persoon/het gezin zich bevindt.

Aantal nieuwe aanmeldingen in Flevoland:

In 2005	In 2006	In 2007	In 2008
401	464	687	906

(bron: Jaarverslag OGGZ – GGD 2008)

Aantal meldingen bij Vangnet & Advies, vanuit Zeewolde:

2005	2006	2007	2008
14	20	23 (= 3% van Flevoland)	38 (=4% van Flevoland)

Leeftijdscategorie van de cliënten van afgesloten zaken (uit jaarverslag over 2008)

leeftijd	Zeewolde	Flevoland
18-30 jaar	13%	22%
31-50 jaar	61%	44%
51-70 jaar	13%	23%
71-100 jaar	11%	10%
onbekend	2%	1%

Woonsituatie (uit jaarverslag over 2008):

	Zeewolde	Flevoland algemeen
Huurwoning via woningcorporatie	84%	68%
Particuliere verhuur	0%	2%
koopwoning	5%	9%
Zonder vaste woon - of verblijfplaats	0%	9%
anders	0%	3%
onbekend	11%	10%

Hoofdproblematiek (uit jaarverslag 2008):

	Zeewolde
Financiële problemen *	33 %
Psychosociaal**	26%
Gedragsproblematiek***	10 %
Psychiatrie (gediagnosticeerd en vermoeden)****	23 %
Andere problemen	34%

Bij financiële problematiek is er vaak sprake van een tweede probleem, b.v. psychosociaal en/of gedragsproblematiek.
**Bij psychosociale problematiek is een klant meer richting het algemene maatschappelijk werk toe te leiden.
***Bij gedragsproblematiek is er in 86% sprake van een tweede probleem: psychiatrie (gediagnosticeerd en vermoeden - 39%) en psychosociale problematiek -13%.
**** Bij psychiatrie is er in 87% sprake van een tweede probleem: gedrags-problematiek (40%) en verslaving (19%).

- *Uithuisplaatsingen / dak – en thuislozen:*

Ten gevolge van huurachterstanden en vervuiling (overlast en veiligheid voor omgeving) kan uithuisplaatsing noodzakelijk zijn. De cliënt/het gezin wordt daarmee dak/thuisloos, maar het probleem voor de cliënt / het gezin is daarmee niet opgelost!
Om uithuisplaatsingen zoveel mogelijk te voorkomen is vroegsignalering uiterst belangrijk.

Zeewolde kent daarvoor het 'integrale schuldhulpverleningsbeleid' en het 'tweede kansbeleid'. De partners van deze samenwerkingsverbanden, o.a. Woonpalet, Maatschappelijke dienstverlening Flevoland en de Politie, hebben in juli 2008 'Het convenant voorkomen huisuitzettingen bij schulden en overlast' ondertekend, dat o.a. een protocol bevat hoe te handelen bij de eerste signalen die duiden op deze problematiek.

Desondanks zijn huisuitzettingen niet altijd te voorkomen, zie onderstaande tabel. Dit zijn aantallen uit ons gemeentelijke woningbeleid, waarvan de oorzaak niet op het terrein van vervuiling ligt.

	Aanschrijvingen	Gerealiseerde huisuitzettingen
2005	28	11
2006	21	3
2007	29	6
2008	22	8
1e helft 2009	15	1

3. Verslavingszorg:

Aansluitend op de regionale visie verslavingszorg schrijft elke Flevolandse gemeente haar eigen *lokale plan*, dat deel uitmaakt van de totale regiovisie. Hiermee worden de regionale afspraken vertaald naar de lokale behoeften en prioriteiten.
In ons lokale deelplan wordt vooral ingestoken op *preventie* activiteiten omdat hierin ook de lokale partners (verkooppunten alcohol, scholen, welzijnspartners) een belangrijke rol spelen. Ook het betrekken hierbij van de ouders (vanwege voorbeeldfunctie en eigen verantwoordelijkheid) kan beter op lokaal niveau plaatsvinden. Enkele voorbeelden:

- De gemeente zet haar inzet op het onderwijs voort ('de gezonde school' en 'op tijd voorbereid')
- De ouders worden op diverse manieren benaderd oa. in week van de alcohol.
- Sportverenigingen: inzet op sportkantines, breedtesportimpuls.

Het bereiken van de (hoofd)doelen is mogelijk vanuit meerdere gemeentelijke kaders:
Het (jeugd) gezondheidsbeleid, de wet maatschappelijke ondersteuning (waaronder verslavingsbeleid, maatschappelijke opvang, openbare geestelijke gezondheidszorg), de wet Werk en Bijstand (re-integratie en sociale activering), de nieuwe wet op het participatiebudget (ontschotting van de middelen van volwasseneneducatie, inburgeringvoorzieningen en re-integratie), het integrale veiligheidsbeleid (overlastbestrijding), welzijnswerk (voor jongeren en ouderen) en onderwijs. Dit geeft ook al aan dat er heel veel partijen een rol kunnen vervullen in het bereiken van de doelstellingen.
Het deelplan wordt separaat ter vaststelling aan het gemeentebestuur aangeboden.

4. Geestelijke gezondheidszorg:

Binnen de geestelijke gezondheidszorg kan een cliënt geholpen worden door een GGZ instelling of een vrijgevestigde psychiater of psychotherapeut. Deze

laatstgenoemde eerstelijnsvoorzieningen zijn ook in Zeewolde voorhanden. Van GGZ Meerkanten (2e lijnsaanbod) is op bepaalde dagen een poliklinische voorziening voorhanden.
De regionale instellingen GGZ Meerkanten en Tactus participeren in diverse lokale netwerken. Kwintes had in Zeewolde een woning beschikbaar voor beschermd wonen, maar deze is medio 2008 opgeheven. Cliënten vanuit Zeewolde moeten nu voor deze vorm van begeleiding naar Lelystad.

Feiten en cijfers:
- Het landelijk beeld toont dat 6 % van de volwassen Nederlandse bevolking tot 65 jaar aan depressie lijdt in engere zin of heeft daar pas geleden mee te kampen gehad. Bij jongeren is dat 2 – 3 % en bij ouderen ca. 2%.
In totaal betreft het ca. 750.000 personen. (Bron: Trimbos).

- Lokale gegevens:
Onderstaand overzicht geeft het aantal aanmeldingen aan *bij GGZ Meerkanten*, onderverdeeld naar leeftijdsgroep c.q. problematiek.
Diagnose van de grootste groep is stemmingsstoornis (bv. depressie).

	2006	2007	2008
Total aantal nieuwe aanmeldingen, waarvan	216	210	249
Kinderen en jongeren	76	69	97
volwassenen	103	103	101
ouderen	8	12	10
Mensen met verslavings-problemen	7	6	8
Mensen in crisis	25	20	33

De volgende lokale gegevens zijn afkomstig uit *diverse GGD enquêtes*:
Hierbij moet opgemerkt worden dat de seniorenenquête van 2004 de leeftijdsgroep 55+ betrof en de seniorenenquête van 2008 is gehouden in de leeftijdsgroep 65+.
Hierdoor zijn die twee kolommen niet direct met elkaar vergelijkbaar!!

Depressie (% zelf gerapporteerd)

Jongeren 2006/2007	Volwass. 2005	Sen. 2004 (55+)	Sen. 2008 (65+)
16 (afgelopen week erg verdrietig gevoeld)	4%	6%	38%*

*risico op depressie of angststoornis.

Gevoelens van eenzaamheid (% regelmatig tot vaak)

Jongeren 2002	Jongeren 2006/2007	Volwass 2001	Volwass. 20005	Sen. 2004 (55+)	Sen. 2008 (65+)
7%	9% (in de afgelopen week.	6%	5%	6%	48% eenzaam en 9% zeer eenzaam

Percentage dat suïcidegedachten heeft gehad in het afgelopen jaar c.q. dit wel eens serieus overwogen heeft:

Jongeren 2002	Jongeren 2006/2007	Volwassenen 2005	Sen. 2004 (55+)	Sen. 2008 (65+)
11,9%	21%	4%	1%	*

*= te klein aantal: niet gerapporteerd.

Signalen vanuit de huisartsengroep:

- De huisartsen ervaren veel problemen vanuit gescheiden relaties. Zij zijn van mening dat dit percentage scheidingen hoog/hoger is in Zeewolde. Dit beeld klopt echter niet met de onderzoeksgegevens: Het percentage eenouder gezinnen t.o.v. alle huishoudens in Zeewolde is precies gelijk aan het landelijk percentage (6%). Verdere Flevolandse cijfers: Urk en Dronten 5%, Amere 9% en Lelystad en NOP 8%.
- In Zeewolde is de sociale context van groot belang. Er zijn weinig mogelijkheden om familie of ouders te raadplegen: gevolg is isolement.
- Bij de senioren heerst wel angst en zorgen om alleen te komen staan. Isolement: sociale- en omgevingsfactoren van groot belang.
- De huisartsen komen veel geestelijke gezondheidszorg tegen in hun praktijk: vooral angst en stemmingswisselingen worden gesignaleerd. Deze patiënten hebben veel steun en begeleiding nodig.
- Er is (te) weinig 1e lijnsaanbod in Zeewolde voor de geestelijke gezondheidszorg. Er zijn slechts twee praktijken: voor psychologische en psychotherapeutische hulp. Er is op dit moment geen psychiatrie in Zeewolde, terwijl er wel dringend behoefte is aan de 1e lijnspsychiatrie, welk vergoed wordt door de zorgverzekeraar. GGZ Meerkanten is 2e lijnsaanbod.

5. Huiselijk Geweld:

Zeewolde heeft in 2005 een lokale beleidsnota Huiselijk Geweld vastgesteld, waarvan de looptijd tot en met 2010 is. Dit lokaal beleid is vooral gericht op (h)erkenning van de problematiek, vroegsignalering en versterking van de samenwerking tussen de ketenpartners (zoals peuterspeelwerk, de scholen, diverse hulpverleners, welzijnswerk en kerken).
Elk jaar wordt een lokale conferentie georganiseerd om deze contacten en netwerken te verstevigen. De praktijk wijst uit dat dit zeer gewaardeerd wordt: In de praktijk vinden er vaak functiewisselingen plaats binnen organisaties: overdracht is belangrijk, maar elkaar kénnen en snel weten te bereiken (netwerkenpartners) is van groot belang; zeker in crisistijden.
Een tweede doel van deze lokale conferentie is ook deskundigheidsbevordering.
Zo is er naast kindermishandeling ook extra aandacht besteed aan het (h)erkennen van oudermishandeling en in de conferentie van najaar 2009 worden de consequenties van de nieuwe Wet Tijdelijk Huisverbod onder de aandacht gebracht.

In 2005 zijn 23 aanmeldingen huiselijk geweld gedaan in onze gemeente, in 2006 36 aanmeldingen, in 2007 38 meldingen en in 2008 40 meldingen. (bron: Politie).

Lokale gegevens kindermishandeling

	2006	2007	2008	1e kwart 2009
meldingen	14	16	14	2
adviezen	29	22	17	3
consulten	7	10	16	1

Bron: Advies en Meldpunt Kindermishandeling

Hierna zijn met name de overige thema's van de 7 D's belicht.
Onderstaande gegevens zijn voor een groot deel gebaseerd op de resultaten van de enquêtes die GGD Flevoland uitvoert.

- Jeugdenquête (doelgroep 12 t/m 23 jaar). De laatste enquête is medio 2008 gepubliceerd (cijfers zijn van 2006/2007), vorige enquête was van 2002.
- Volwassenen (doelgroep 24 t/m 54 jaar): laatste enquête van 2005, daarvoor in 2001.
- Senioren (doelgroep 55 plussers): gegevens zijn afkomstig van de enquête 2004 (betreft 55+ groep) en 2008 (betreft de 65+ groep).

Verder zijn er nog gegevens gebruikt uit:

- het peilscholenonderzoek van 2003/2004, uitgevoerd door de GGD.
- de jaarrapportages van instellingen (bijvoorbeeld GGZ Meerkanten).
- het preventief huisbezoek 70 plussers, uitgevoerd in 2007 door St.Wolderwelzijn en gegevens gepubliceerd in september 2008.
- de lokale jeugdmonitor (een verzameling van gegevens van diverse jeugdhulporganisaties) en
- de sociale atlas Flevoland 2007 van de provincie Flevoland.

Waar mogelijk wordt een vergelijking weergegeven met de Flevolandse en/of Nederlandse cijfers.

6. Roken en drugsgebruik:

Percentage rokers in Zeewolde:

Jongeren-2002	Jongeren-2006	Volwass. 2001	Volwass. 2005	Sen. 2004 (55+)	Sen.2008 (65+)
23,4%	20%	28%	20%	16%	11%

Bron: enquêtes GGD

Roken: (uit lokale kernboodschap van GGD Flevoland 2008)

	rokers	Zware rokers (= 20 of meer sigaretten per dag)	Recent drugsgebruik
Zeewolde	20%	5%	-
Flevoland	27%	8%	2%
Nederland	35%	10%	

Het % rokers in Zeewolde is het laagst voor Flevoland, maar nog altijd 1 op de vijf personen rookt.

Onder jongeren van 12 tot 18 jaar was het percentage dagelijkse rokers 9% in 2007. Daarnaast had 4% van de jongeren recent cannabis gebruikt. Het gebruik van hasj en wiet onder jongeren van 12 - 18 jaar in Flevoland lijkt nog regelmatig voor te komen: 8%. (Bron jongerenenquête GGD Flevoland 2007).

Ooit gerookt in hele leven? Uitgedrukt in % - jongeren van 12- 18 jaar.

	Zeewolde	Flevoland	Nederland
Ja	40%	37%	42%
nee	60%	63%	58%

Bron: Sociale atlas Flevoland, 2007 (GGD enquête 2006-2007
én Landelijke cijfers uit rapport van STIVORO: 'Roken de harde feiten'.

Drugsgebruik in Zeewolde in %.

	Jongeren 2002	Jongeren 2006-2007	Volwassenen 2001	Volwassenen 2005
Softdrugs ooit gebruikt	21,4%	17%	12%	12%
Softdrugs recent gebruikt		2%		0%
Harddrugs ooit gebruikt		3%		4%

Bron: uit enquêtes GGD

Ooit hasj of wiet gebruikt? Uitgedrukt in % door jongeren 12 - 18 jaar:

ooit	Zeewolde	Flevoland	Nederland
Nee, nooit	83%	83%	81,3%
ja	17%	18%	18,7%
Recent nog?			
ja	2%	8%	8,6%

Bron: Sociale atlas Flevoland, 2007 (GGD enquête 2006-2007 én CBS landelijke monitor).

7. Alcoholgebruik:

Percentage alcoholgebruik in Zeewolde(uit enquêtes GGD)

Jongerenenquête 2006-2007	Volwassenen enquête 2005	Senioren 2004 (55+)	Senioren 2008 (65+)
79%	89%	82%	85%

Alcoholgebruik jongeren Zeewolde:

Recent alcoholgebruik	62%
Bingedrinking: *er worden 5 glazen of meer tijdens 1 gelegenheid gedronken.*	38%
Recent *(is in de afgelopen 4 weken)* dronken geweest	18%

Landelijk alcoholgebruik: 42% (2006)

NB: Iemand die minimaal eens per week vier (voor vrouwen) of zes (voor mannen) of meer glazen alcohol op één dag drinkt wordt gezien als *zware drinker.*

Recent alcohol gebruikt (in %) door jongeren 12 – 18 jaar	Zeewolde	Flevoland	Nederland
niet	38%	48%	58%
1 - 4 keer	45%	34%	
5 - 10 keer	12%	13%	
11 keer of vaker	5%	6%	
Overmatig gebruikt:			
Bingedrinking	38%	3%	36,9%

Bron: Sociale atlas Flevoland, 2007 (GGD enquête 2006-2007), Trimbos, De nationale drugsmonitor 2006, CBS Landelijke jeugdmonitor.

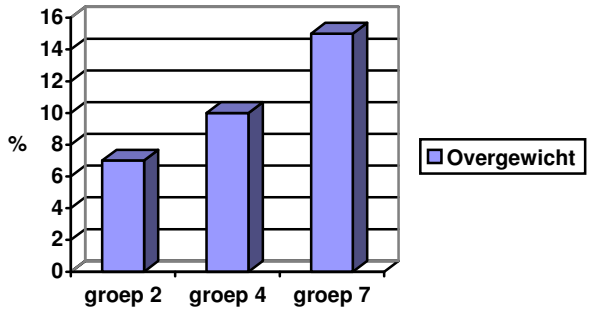
8. Overgewicht.

Percentage overgewicht in Zeewolde. (uit GGD enquêtes)

	Jongeren (12-18 jaar) 2003-2004	Jongeren (12- 18 jaar) 2006-2007	Volwassenen 2005	(Sen. 2004 55+)	Sen.2008 (65+)
Overgewicht	10%	9%	34%	44%	43%
Obesitas	-	0%	10%	14%	18%
Ondergewicht	-	15%	x	x	x

x: dit betekent dat het wel voorkomt, maar de getallen te klein zijn om statistisch te kunnen verwerken.

Percentage overgewicht basisscholen Zeewolde 2003-2004



Percentage overgewicht:

	Overgewicht (volwassenen - enquête 2005).	*Extreem* overgewicht (volwassenen - enquête 2005).	Overgewicht basisschoolleerlingen: uit peilscholenonderzoek Flevolandse gemeenten 2003/2004.
Zeewolde	34%	10%	10%
Flevoland	34%	14%	10%
Nederland	32%	10%	12%

Bron: lokale kernboodschap van GGD Flevoland 2008)

Gewicht in %

Op basis van BMI *	Zeewolde	Flevoland	Nederland
Ondergewicht	**	2%	2%
Gezond gewicht	55%	51%	57%
Overgewicht	34%	34%	32%
Ernstig overgewicht	10%	14%	10%

Bron: Sociale atlas Flevoland, 2007

* Bij een gezond gewicht ligt de BMI tussen de 18.5 en 25, van overgewicht spreek je bij een BMI tussen 25 en 30, als de BMI meer dan 30 is spreek je van ernstig overgewicht (obesitas).

** Te weinig waarnemingen voor statistische bewerking.

Overgewicht is vaak gerelateerd aan

1: voeding (te veel/te vet /verkeerde keuze etc.)
2: bewegen (niet voldoende)

1) Voeding:

Gezonde voeding: in percentages (uit GGD enquêtes)

	Jongeren 2003-2004	Jongeren 2006/2007	Volwass. 2005	Sen.2004 (55+)	Sen.2008 (65+)
Gebruikt 5 dgn. p/wk of meer een ontbijt	93%	84%	87%	92%	95%
Eet dagelijks groenten	59%	46%	26%	63%	37%
Gebruikt dagelijks fruit(sap)	75 %*	32% *	27%	66%	53%

*: alleen fruit.

In Zeewolde voldoet slechts een kwart van de volwassenen aan de groentenorm van 200 gram per dag.
Wel wordt er door 87% minimaal 5 x per week ontbeten.

2) Bewegen:

Percentage dat sport bij een vereniging (uit GGD enquêtes)

Jongeren enquête 2002	Jongeren 2006-2007	Volwassenen 2005
59	71	62

Percentage dat 1x keer per week of meer sport: (uit GGD enquêtes)

Jongeren 2006-2007	Volwassenen 2005	Senioren 2004 (55+)	Senioren 2008 (65+)
88%	66%	45%	39%

19% van de inwoners Zeewolde wandelt of fietst minder dan 30 minuten per week en 34% sport zelden of nooit.
Slechts de helft van de Flevolandse bevolking van 12 jaar of ouder voldoet aan de minimumnorm voor gezond bewegen tegen 52,5% van de gehele Nederlandse bevolking (www.rivm.nl).

9. Chronische ziekten: diabetes:

Zo´n 40 tot 55 % van de mensen met diabetes heeft last van een of meerdere chronische complicaties van diabetes, zoals hart- en vaatziekten, oogafwijkingen en nieraandoeningen. De kans op deze complicaties stijgt naarmate mensen de ziekte langer hebben en als gevolg van hoge bloedsuikerwaarden, een te hoge bloeddruk en een te hoog cholesterolgehalte.
Preventie- en zorgactiviteiten kunnen het risico op diabetes en op complicaties ervan verminderen. Dit kan door een gezonde leefstijl te bevorderen bij mensen met een verhoogd risico op diabetes; door vroege opsporing en behandeling te stimuleren van mensen met een verhoogd risico en door goede (keten)zorg te bevorderen voor mensen met diabetes.
Diabetes is een speerpunt bij de huisartsen in Zeewolde.
Bij de huisartsengroep zijn momenteel ca. 500 Diabetes Mellitus patiënten bekend. Dit is ca. 2,5% van de totale bevolking (500/20.286 inwoners).
Het betreft mensen die het zogenaamde type 2 hebben. Type 2 was vroeger bekend als ouderdomssuiker, maar komt tegenwoordig ook in de lagere leeftijdsgroepen steeds meer voor. Het aantal is groeiende. De praktijkondersteuner doet 4x per jaar een controle (schematisch).
De preventie is vooral gericht op mannen tussen 20 en 50 jaar: Bij deze is nog veel winst te behalen, zij hebben dan nog geen/weinig klachten. Opgemerkt is dat de motivatie van de desbetreffende persoon van groot belang is om resultaat te boeken.
Aan de GGD Flevoland is gevraagd een vergelijking te maken met Flevolandse en landelijke cijfers/percentages: Uit de GGD enquêtes blijkt geen afwijking op het gebied van diabetes in Zeewolde: seniorenenquête 11% Zeewolde , 12% Nederland; volwassenen enquête 2% Zeewolde tegen 2% Nederland.
Van de totale bevolking in Nederland heeft 3,9 % diabetes (0,8% type 1 en 3,1% type 2).
Conclusie GGD: Het percentage in Zeewolde ligt dus een stuk lager dan de landelijke cijfers. Dit kan betekenen dat het percentage echt lager is in Zeewolde (demografische opbouw), maar het kan ook zijn dat nog niet iedereen met diabetes in Zeewolde gediagnosticeerd is of dat er een groep diabetici buiten Zeewolde onder behandeling is.

Dementie:

Met het oog op de snelle vergrijzing en het grote aantal mensen in de toekomst met dementie biedt het MCC (Medisch Coördinatie centrum Flevoland) in samenwerking met de zorgaanbieders en Zorgkantoor Achmea in de regio Noordoost Flevoland een landelijk programma ketenzorg dementie aan. De looptijd van dit programma is van 2008 tot 2011. Hierbij staat de cliënt centraal en de zorg wordt als een samenhangend geheel van

zorginspanningen, door verschillende zorgaanbieders, geleverd onder regiefunctie van een zorgcoördinator. Eén van de gerealiseerde producten hiervan is 'het geheugensteuntje': een lokale sociale kaart op het gebied van dementie die ook in Zeewolde is ingevoerd. De samenwerking kan nog verder geïntensiveerd worden: gestreefd wordt naar aansluiting bij het programma van zorgverzekeraars in het kader van de Zorgverzekeringswet en met gemeenten in het kader van de Wmo.

Gegevens/**prognose** dementie (bron GGD):

	70-74 jaar	75-79 jaar	80-84 jaar	85+	totaal
2009	10	24	40	32	106
2014	13	26	56	86	181
2019	18	35	52	118	223
2024	21	50	80	134	285

Het aantal dementerende in Zeewolde stijgt van 2009 tot 2024 met 169%. Er van uitgaande dat dementie in de toekomst net zo vaak voorkomt (per 1000 inwoners) als nu en de bevolking inderdaad in de mate toeneemt die door het CBS is berekend.
Het onderwerp 'dementie' wordt breder aan de orde gesteld in de nota ouderen/zorgvragersbeleid, die ook dit jaar geactualiseerd wordt.

10. Diversiteit:

Het begrip diversiteit wordt hier gebruikt om de diversiteit van de bevolkingssamenstelling onder de aandacht te brengen in relatie tot gezondheid. Hoewel uit de GGD enquête van 2006 blijkt dat in Zeewolde (slechts) sprake is van 3,4 % van onze bevolking die tot de niet – westerse allochtonen behoort (ten opzichte van het landelijk percentage van 10,5%) blijkt uit de prognoses tot 2015 dat dit lokaal percentage zal oplopen tot 7,2 % in 2015. Dit is dan een verdubbeling van het aantal niet-westerse allochtonen. Dit is ook de groep inwoners die vaak:

- ongezonder leeft (leefstijl verschilt per cultuur),
- minder inkomen heeft (lagere sociaal economische status)
- in minder goede werk- en woonomstandigheden verkeert.

Hoewel deze groep inwoners dus nu nog niet zo groot is zal er toch al meer aandacht voor deze diversiteit moeten gaan ontstaan, om de meer specifieke problemen/aandachtspunten bij deze doelgroepen aan te pakken.
Dit geldt voor de zorgaanbieders, hulpverleners en beleidsmakers.

11. Andere lokale en regionale speerpunten.

- **Zorgaanbod.**

- De capaciteit van de huisartsenzorg in Flevoland is momenteel voldoende en vergelijkbaar met de rest van Nederland. De inzet van een praktijkondersteuner is inmiddels gemeengoed geworden en de meeste huisartsen werken in teamverband samen aan geïntegreerde 1e lijnszorg.

De acute huisartsenhulp, na kantooruren, voor de inwoners van Zeewolde wordt geleverd door de huisartsenpost (HAP) in Harderwijk, waar nu ook de apotheek gevestigd is (voorheen in Nijkerk).

- In de tweedelijnszorg spelen de twee regionale ziekenhuizen een grote rol, hoewel 65 - 70% van onze inwoners gebruik maakt van het ziekenhuis St Jansdal in Harderwijk.

- Ambulancezorg wordt gezien als prehospitale zorg. De regionale ambulance voorziening (RAV) wordt beheerd door de GGD Flevoland. De ambulancepost voor Zeewolde is momenteel (nog) op de Adelaarsweg. Er zijn vergevorderde plannen om deze ambulancepost meer naar de woonkern van Zeewolde te verplaatsen.

- De in vergelijking met Nederland onevenredige grote bevolkingsaanwas in Flevoland heeft ertoe geleid dat het voorzieningenniveau is achtergebleven. Dit geldt bijvoorbeeld voor de intramurale voorzieningen, hoewel dit aanbod sterk aan het inlopen is. Het voorzieningenniveau is daarbij in Zuidelijk Flevoland nog 54% lager dan in de Noordvleugel. (Bron: Rapport Voorzieningen Flevoland 'Actualisatie en verkenningen tot 2020', maart 2006, opdrachtgever Provincie Flevoland).
Maar nog steeds kan gesteld worden dat de Flevolandse capaciteit in 'verpleging & verzorging' beperkt is. (mede door achterblijvende financiering). Dit leidt tot extra druk op de extramurale zorg.

- de OGGZ kent een ijsbergproblematiek. Vanaf 2008 is er een grote toename van het aantal meldingen. Dit heeft meerdere oorzaken;
1) Inzet door de inwerkingtreding van de protocollen 'preventie huisuitzettingen'
2) De PR campagne en een steeds betere bekendheid bij professionals.

Met de werking van de protocollen, de groei van inwonersaantallen (vooral Almere en Lelystad) en de komst van de Centrale Toegang is de verwachting dat deze groei de komende jaren gestaag zal doorgaan.

- De gemeente heeft geen zeggenschap over partijen in de gezondheidszorg. Het omgekeerde geldt ook. Andere partijen kunnen de gemeentelijke inspanning in deze ook niet aansturen. Dit spanningsveld tussen enerzijds de taak die de gemeente heeft op het gebied van volksgezondheid en anderzijds het ontbreken van bevoegdheden is algemeen erkent en bekend.
Het is dus zaak om door overleg en onderhandeling te zoeken naar mogelijkheden om problemen in gezamenlijkheid aan te pakken c.q. te voorkomen.

Onderstaand twee gerealiseerde voorbeelden uit de lokale praktijk:
1) In de loop van 2007 is vanuit de huisartsengroep (Hagro) herhaaldelijk aangegeven dat de huisartsenpraktijken qua omvang de normale norm overstegen. Door overleg met meerdere partijen heeft dit geresulteerd in een extra huisartsenpraktijk, die per 1 juli 2008 is gestart in de Polderwijk, op een tijdelijke locatie. Gecombineerd met deze nieuwe huisartsenpraktijk is ook een nieuw uitgiftepunt gekomen voor medicijnen (dependance van een

bestaande lokale apotheek). Voor de korte/middellange termijn is hiermee dit probleem opgelost.
Als we de groei van de Polderwijk/Zeewolde in ogenschouw nemen, zal er over enige tijd een nieuwe vraag ontstaan. Daarom is In het tweede cluster van de Polderwijk ruimte gereserveerd voor een gezondheidscentrum nieuwe stijl voor meerdere (1e lijns)disciplines.

2) De organisatie van de monsterafname ten behoeve van laboratoriumonderzoek is sinds juli 2008 een verantwoordelijkheid van ziekenhuis St Jansdal te Harderwijk. De 'bloedprikdienst' wordt uitgevoerd in het gezondheidscentrum Krachtenveld, gedurende 5 dagen per week (ochtenduren). Ook wordt bij patiënten aan huis 'geprikt'.
Voordeel is dat uitslagen snel en éénduidig worden gepresenteerd aan de diverse huisartsen van Zeewolde.

- **Visierapport huisartsengroep:**

In het visierapport dat de huisartsengroep eind 2007 (in samenwerking met bureau KC/1) heeft neergelegd is vanuit hun visie het volgende ideaal beeld geschetst qua gezondheidszorgvoorzieningen (doorkijk naar 2017).

- Een derde gezondheidscentrum erbij (in de Polderwijk).
- Een buitenpoli van St Jansdal
- Een centraal steunpunt
- Avondspreekuren voor huisartsen
- Een ambulant medisch team voor in het hoogseizoen (bij ca. 6000 recreanten dagelijks)
- Preventief huisbezoek ouderen
- Regionaal afgestemde intramurale zorg.

Zie voor het volledige visierapport van de huisartsengroep bijlage 3.

Anno 2009 dient deze visie op enkele punten geactualiseerd te worden:
De huisartsengroep ziet een eventuele buitenpoli van St Jansdal wel mogelijk in een beperkte opzet, gericht op de specifieke behoeften van Zeewolde: kindergeneeskunde, KNO en dermatologie zijn afdelingen die hiervoor eventueel in aanmerking zouden kunnen komen.
De avondspreekuren behoren wat de huisartsen betreft niet (meer) tot de mogelijkheden.

Voor de realisatie van bovenstaande voorzieningen en maatregelen moet opgemerkt worden dat dit van meerdere ontwikkelingen afhankelijk is:

- van de groei en omvang van onze gemeente,
- financiering door bijvoorbeeld zorgkantoor/zorgverzekeraars en
- medewerking/samenwerking van meerdere partijen die verschillende belangen en mogelijkheden hebben.

De gemeente is hierin slechts één van de partners.

———————

Deel E: Conclusies en aanbevelingen:

1. Algemene *gezondheidsbeeld* van Zeewolde:

Het algemeen gezondheidsbeeld van de inwoners van Zeewolde is redelijk positief te noemen. Dit blijkt als de cijfers van de onderzoeken afgezet worden tegen het Flevolandse c.q. landelijke gemiddelde. De inwoners ervaren dat ook zo. Voorbeeld: 84% van de jongeren in Zeewolde heeft aangegeven de eigen gezondheid als (heel) goed te ervaren tegenover 79% gemiddeld in Flevoland (jongerenenquête 2007).
In het algemeen blijkt de *fysieke omgeving* van Flevoland gunstig af te steken ten opzichte van de gemiddelde situatie in Nederland, dit geldt dus ook voor Zeewolde. Gezonde lucht, veel groen, voldoende ruimte en een hoog woongenot. Hier heeft de lokale overheid grote invloed op (denk aan ruimtelijke ordeningsplannen en het verlenen van vergunningen).
Voor wat betreft de sociale leefomgeving: Zeewolde heeft een laag werkloosheidscijfer in vergelijking met andere Flevolandse gemeenten en een groot deel van de bevolking heeft een hoog opleidingsniveau.
In Flevoland geldt wel dat het werkloosheidscijfer van jongeren hoger is dan gemiddeld in Nederland. In juli 2008 telde Zeewolde in de leeftijdscategorie 15 tot 27 jaar 19 niet-werkende werkzoekenden. Dit is 6,5% van het totaal aantal niet-werkende werkzoekenden. Voor Flevoland gemiddeld en Nederland gemiddeld zijn deze percentages respectievelijk 11,7% en 9,2% . Onder de Zeewolder niet-werkende werkzoekenden bevinden zich verhoudingsgewijs minder jongeren dan elders. In Flevoland ligt dit cijfer hoog ten opzichte van de rest van Nederland. Zo gezien, lijkt het cijfer voor Zeewolde gunstiger te liggen dan het landelijk cijfer!

Uit diverse tabellen blijkt dat Zeewolde vaak net beter/ gezonder scoort dan andere Flevolandse gemeenten. Er zijn vaak minder ernstige signalen, geen opvallende punten te benoemen en geen extreme uitschieters gesignaleerd!

Toch zijn er ook in Zeewolde nog wel problemen te benoemen en gaan we niet achterover leunen: er is nog voldoende winst te behalen op bepaalde aandachtpunten.
Met het oog op gezondheidsbeleid is het van belang om stevig in te zetten op preventie. Preventie niet alleen inzetten voor het verhogen van de gemiddelde levensverwachting, maar ook voor en verbetering van de kwaliteit van leven. Mensen moeten gezond oud kunnen worden, niet alleen omdat dat voor hen persoonlijk van belang is, maar ook uit een oogpunt van goed functionerende gezinnen, scholen, bedrijven en andere instellingen.

2. Conclusies en aanbevelingen naar thema:

Hieronder worden kort de conclusies weergegeven, gebaseerd op de diverse onderzoeken en geraadpleegde literatuur. Voor achterliggende informatie wordt tussen haakjes verwezen naar deel en paragraaf in de voorliggende notitie. Geen geprioriteerde volgorde!!

2.1 **Leefstijl:**

Conclusies:

- *Roken*: Roken is een belangrijke determinant van ziekte en sterfte bij mensen boven de 20 jaar. Het percentage rokers in Zeewolde is het laagst van Flevoland (20%) maar nog steeds rookt één op de vijf personen! (zie Deel D paragraaf 3 en 6).
- *Alcoholgebruik*: Het percentage zware drinkers onder volwassenen in Zeewolde is 8% (2005). Er wordt steeds meer, jonger en vaker gedronken op jonge leeftijd. Bingedrinken komt ook regelmatig voor. (zie deel D paragraaf 3 en 7)
- *Overgewicht:* In Flevoland heeft ongeveer de helft van de inwoners overgewicht; dit is meer dan gemiddeld in Nederland. In Zeewolde neemt het percentage overgewicht bij kinderen toe met de leeftijd, vooral tijdens de basisschoolleeftijd is er een grote toename. Daarnaast blijkt 15% van de jongeren tussen de 12 en 18 jaar óndergewicht te hebben! (zie deel D paragraaf 8)
- *Bewegen/sporten:* In Zeewolde wordt het meest bewogen/gesport van Flevoland: de sportdeelname van jongeren bij verenigingen is hoog en er wordt ook door de andere leeftijdsgroepen regelmatig in ongeorganiseerd verband bewogen. Maar met het vorderen van de leeftijd daalt het percentage mensen dat aan de fitnorm voldoet en stijgt het percentage dat geheel geen intensieve activiteiten doet. Meer bewegen blijft een aandachtspunt.(deel D paragraaf 8)
- *Voedingsgewoonten:* Voor Flevoland geldt dat het matig gesteld is met de kwaliteit van voedingsgewoonten. Uit de cijfers blijkt dat in Zeewolde een groot percentage dagelijks ontbijt en ook de gewenste norm van fruit en groenten eet. (Deel D paragraaf 8).

Bovenstaande aandachtsgebieden zijn al langer onderwerp van gezondheidsbeleid en komen in heel Nederland (West-Europa) voor.
De afgelopen jaren zijn tal van partijen aan de slag gegaan om hiervoor projecten op te zetten en maatregelen tegen te treffen. Er bestaan ook al veel interventies, die nu veelal nog los van elkaar staan.
Op landelijk niveau werken in opdracht van het ministerie van VWS sinds 2007 het RIVM en gezondheidsbevorderende instanties samen in het Centrum Gezond Leven (CGL). Doel van het centrum is het verbeteren van lokale gezondheidsbevordering door het creëren van inzicht en samenhang in interventies. In een aantal samenwerkingsverbanden, per thema, worden de onderwerpen uitgewerkt. Samenwerking is er met GGD-en, GGZ-instellingen, thuiszorgorganisaties, gemeenten en gezondheidsbevorderende organisaties als Consument en Veiligheid, Stivoro, Trimbosinstituut en nog vele anderen.

Doel is niet alleen gezondheidsbevordering, maar ook versnippering in het veld tegengaan en voorkomen dat iedereen het wiel opnieuw uitvindt.

Het antwoord ligt in meer overzicht en samenhang op het gebied van gezondheidsbevorderende interventies. Het CGL wil daarbij een centrale rol vervullen: de interventies zijn/worden geactualiseerd, beoordeeld en verzameld. Het moet voor uitvoerende partijen duidelijk zijn welke interventies wérken en die interventies moeten dan ook goed in beeld worden gebracht. Op dit moment zijn al veel interventies bekend, met name

op het gebied van *jeugd*interventies. Deze doelgroep is gemakkelijk te bereiken omdat ze allemaal dezelfde setting hebben (de school).
Nu wacht de complexiteit van interventies voor *volwassenen* en de check van de interventies in de praktijk. Op termijn willen zij ook de kosteneffectiviteit van interventies inzichtelijker maken waardoor het ook voor zorgverzekeraars interessant kan zijn.

Ook in Flevoland (Zeewolde) bestaan veel creatieve initiatieven, door zorgaanbieders, maar ook door scholen, verenigingen,de provincie etc.. Het aanbod is echter ook hier vaak adhoc en sterk versnipperd, waardoor de continuïteit niet gewaarborgd is en er onvoldoende zicht bestaat op de doelmatigheid en de doeltreffendheid van deze initiatieven. Wel zijn er al coherente programma's *in ontwikkeling*, met SMART doelstellingen, gericht op concrete resultaten, om overgewicht en obesitas te voorkomen en te bestrijden. De 'uitrol' van landelijke preventieprogramma's op het gebied van roken, alcohol, overgewicht, depressie en diabetes kan een belangrijke stimulans zijn voor een coherent beleid op het gebied van preventie. Op het gebied van roken, alcohol, overgewicht, depressie en diabetes zijn door de nationale overheid zogenaamd *'leeflijnen'* ontwikkeld, die beschrijven hoe de verschillende actoren – zoals bijvoorbeeld de scholen bij het omgaan met genotmiddelen – kunnen participeren. Samenwerking tussen de verschillende actoren is hierbij een belangrijke pijler. Rond belangrijke thema's voor preventie trekken in Flevoland verschillende instanties en zorgaanbieders gezamenlijk op. De afspraken die gemaakt zijn in het kader van de regionale visie verslavingsbeleid worden daaraan gekoppeld.

Op het terrein van leefstijl zijn dus brede, en helder geregisseerde programma's nodig, waarbij de huidige adhoc-aanpak met de vele versnipperde projecten wordt verlaten. Bij de uitwerking dienen alle actoren, inclusief de zorggebruikers, actief te worden berokken.
De GGD kan een grote rol spelen om de kennis over effectieve interventies en inzicht over de rol van verschillende actoren bij de uitvoering daarvan, zoals beschreven in de 'leeflijnen', te verspreiden onder zorgaanbieders.
Zodoende wordt de 'uitrol' van de landelijke speerpunten ook beter gewaarborgd.
GGD Flevoland is bovendien van mening dat overtuigende, 'evedance-based' preventieve programma's ook méér onder de aandacht moeten worden gebracht van potentiële financiers, zoals bijvoorbeeld de zorgverzekeraars, grotere zorginstellingen en gemeenten.

<u>Aanbeveling:</u>

-In samenwerking met GGD Flevoland een *Integrale aanpak* uitwerken voor 'gezonde leefstijl' elementen. Een integrale aanpak, waarbij voorlichting, omgevingsgerichte maatregelen, wet- en regelgeving en andere gezondheidsbeschermende maatregelen gelijktijdig worden ingezet, vergroot de effectiviteit van preventie. Daarnaast is interventie effectiever als deze niet alleen gericht is op het individu maar ook op zijn of haar sociale en fysieke omgeving.
Zeker bij volwassenen geldt dat bewustwording een essentieel onderdeel is van het proces van gedragsverandering. Soms wordt een

doelgroep niet bereikt omdat een betrokkene zich niet herkent als iemand die ongezond leeft. Een integrale aanpak richt zich vaak op verschillende problemen of risicogedragingen tegelijk.
-Deze integrale aanpak omvat meer (deel)onderwerpen, doelgroepen en leeftijdsgroepen. Daarom zal in een of meer aparte bijeenkomst(en) met (mogelijke) ketenpartners dit verder uitgewerkt worden in deelplannen.
Wie heeft welke bevoegdheid, neemt zijn verantwoordelijkheid / rol op om deze problematiek samen aan te pakken. (Voorbeeld van aanpak overgewicht in Almere). Zie ook al hiervoor de reacties van partners van de bijeenkomst in de Verbeelding in mei 2008.(bijl. 4). Afhankelijk van inhoud, mogelijke inzet etc. worden deze deelplannen vervolgens uitgevoerd in de looptijd van deze beleidsnota.
-De eerste stap zal zijn om samen met de GGD een 'startbijeenkomst te organiseren met eerstelijns zorgaanbieders en andere hulpverleners om dezelfde uitgangspositie te bepalen; aan allen de gezondheidssituatie en problematiek in Zeewolde onder de aandacht brengen).

2.2 **De geestelijke gezondheidszorg:**

Conclusie:

De signalen (van o.a. huisartsen, GGD en GGZ Meerkanten) wijzen erop dat deze problematiek méér aandacht verdient. (Deel C paragraaf 9 en deel D paragraaf 4).
-p*sychosociale gezondheid*: In Zeewolde voelt 29% van de inwoners zich (wel eens) eenzaam. Er is een redelijke sterke samenhang tussen eenzaamheid en de overweging een einde aan het leven te maken. Daarnaast is het opleidingsniveau van grote invloed op suïcidale gedachten. In Zeewolde heeft 4% van de bevolking tussen 24-54 jaar in de afgelopen 2 jaar overwogen een eind aan het leven te maken. (Flevoland 7%). Voor de jongeren uit Zeewolde geldt dat 21% van de 12- 18 jarigen (in 2006) wel eens aan zelfmoord heeft gedacht (tegen 24% in Flevoland als geheel).
-Drie op de tien jongeren in Flevoland hebben mogelijk *psychosomatische* klachten, gerelateerd aan problemen in de thuissituatie, relatie, school en vriendschappen. Psychosomatische klachten vormen een indicatie voor sociaal- emotionele of psychische problemen. Het gaat daarbij om 27% van de jongeren tussen 12 en 18 jaar en 35,8 % in de leeftijd van 19-23 jaar.
Deze percentages zijn lager dan het Nederlandse gemiddelde. Deze problemen uiten zich bij jongeren vaak in hoofdpijn, buikpijn, nervositeit en slaapproblemen. Deze klachten komen vaker voor bij meisjes dan bij jongens.
-Er is een tekort aan hulp en begeleiding van geestelijke gezondheidsproblemen in Zeewolde, waardoor een groot deel van de patiënten met deze klachten in behandeling van de huisartsen blijven.
De inzet van de gemeente richt zich hierbij met name op de preventiekant.

Aanbevelingen:

- In samenwerking met huisartsengroep, GGZ Meerkanten en GGD gerichte preventieactiviteiten uitzetten op bepaalde doelgroepen. Bijvoorbeeld het geven van cursussen voor risicogroepen (senioren,

mantelzorgers,chronisch zieken etc.). Om deze doelgroepen te bereiken zal de inzet van intermediairs nodig zijn, zoals bijvoorbeeld de ouderenbonden, het sociaal cultureel werk, kerken etc.

- Met betrekking tot het toenemende aantal jongeren met psychosomatische klachten en suïcidale gedachten zal aan GGZ en GGD opdracht gegeven worden nader onderzoek te doen over welke groep jongeren het gaat en welke acties ondernomen moeten worden. Onderzoek naar omvang, oorzaak etc. .
- Om aan het tekort aan hulp en begeleiding van geestelijke gezondheidsproblematiek tegemoet te komen zal in overleg met Meerkanten en Zorgkantoor bezien worden of de omvang van de (poliklinische) behandelingsmogelijkheden in Zeewolde kunnen worden uitgebreid, opdat de wachtlijsten verdwijnen/inkorten en de patiënten eerder bij passende hulpverlening terecht komen.

2.3 **De sociaal economische gezondheidverschillen:**

Conclusie:

Bij het bepalen van de *sociale economische status* (SES) is inkomen en opleiding van belang: Het gemiddeld besteedbaar inkomen in Zeewolde ligt hoger dan gemiddeld in Nederland. Het percentage hoger opgeleiden in Zeewolde ligt boven het landelijke gemiddelde. Alleen het gemiddelde besteedbaar inkomen van de niet–westerse allochtoon in Zeewolde ligt ónder het Flevolandse en Nederlandse gemiddelde.

De groep Zeewoldense inwoners met een lage SES is dan ook klein te noemen. (zie Deel C paragraaf 4). De groep inwoners van Zeewolde die met een (te) laag inkomen moeten zien rond te komen en daardoor grote(re) kans lopen op gezondheidsachterstand is qua omvang niet groot maar desalniettemin niet onbelangrijk. Om concrete maatregelen te kunnen treffen om aan hun situatie verandering te brengen is het noodzakelijk deze groep beter in beeld te krijgen.

Aanbeveling:

Onderzoek doen om de doelgroep *van SEGV* (beter) in beeld te krijgen, om daarmee meer gerichte interventies te kunnen inzetten. Het gaat dan om niet-westerse allochtonen, senioren met geen/klein pensioen, personen/gezinnen met klein inkomen en uitkeringsgerechtigden.

Bij het onderzoek lokale instellingen/organisaties betrekken zoals de AKZ, de Kostmand, huisartsen, ouderenbonden, IGSD, MDF, etc.

Deze problematiek raakt ook andere beleidsterreinen: Wmo beleid, schuldhulpverlening,etc.. Hiermee wordt heel direct aangegeven dat ook andere beleidsterreinen van invloed zijn op de gezondheid/welzijn van mensen.

2.4 **(Toekomstige) zorgvraag c.q. -voorzieningen:**

Conclusie*:*

Het aanbod huisartsen in Flevoland/Zeewolde is momenteel voldoende. Dit komt mede door de nieuwe huisartsenpraktijk met een dependance van een apotheek in de Polderwijk, die tijdelijk gehuisvest is in het Parkkwartier.

De capaciteit van andere basisdisciplines in de eerste lijn: fysiotherapie, apothekers, verloskundigen etc, voldoet in Zeewolde aan de nationale standaarden. In de tweede lijnszorg (ziekenhuizen) maken de inwoners van Zeewolde voor ca. 70% gebruik van het ziekenhuis St Jansdal in Harderwijk, het overige percentage verdeeld zich over de regionale Flevolandse ziekenhuizen en het Gooi.
De bevolkingsgroei tot 2025 wordt met name bepaald door het percentage ouderen dat toeneemt en het percentage jongeren dat afneemt. De leeftijdssamenstelling van de bevolking is mede bepalend voor de gezondheidstoestand en de *toekomstige zorgvraag.* Het voorkomen van ziekten is sterk afhankelijk van leeftijd. De vraag naar zorg is bij oude mensen vaak groter dan bij jongere mensen. De regionale capaciteit van verpleging en verzorging is beperkt, dus dit heeft consequenties voor de toekomstige zorgvraag in Zeewolde. (zie Deel C paragraaf 2). Gelet op de demografische ontwikkeling, en met name de toename van de groep senioren, zal de vraag naar een intramurale voorziening op *lokaal* niveau groeien.

De invloed van gemeente hierop is beperkt! De gemeente heeft geen zeggenschap heeft over partijen in de gezondheidszorg. Dit is een taak/ verantwoordelijkheid van het Zorgkantoor en Zorgverzekering. Daarnaast zijn er nog diverse private partijen. Omgekeerd geldt hetzelfde. De andere partijen kunnen de gemeentelijke inspanning in deze ook niet aansturen. Het spanningsveld tussen enerzijds de taak die de gemeente heeft op het gebied van volksgezondheid en anderzijds het ontbreken van bevoegdheden is algemeen erkend en bekend.
Het is dus zaak om door *overleg* en *onderhandeling* te zoeken naar mogelijkheden om problemen in gezamenlijkheid aan te pakken c.q. te voorkomen.
<u>Aanbevelingen</u>:

- Met de verdere groei en doorontwikkeling van onze gemeente zal de behoefte aan een nieuw gezondheidscentrum in de Polderwijk ontstaan. De gemeente zal te zijner tijd, binnen haar mogelijkheden, haar medewerking verlenen aan een gezondheidscentrum nieuwe stijl, van waaruit meerdere (eerstelijns) zorgaanbieders gezamenlijk kunnen optrekken.
- Onderzoeken of uitbreiding van zorgvoorzieningen op lokaal niveau mogelijk is. Er zijn momenteel plannen om een derde vleugel aan het Sfinxgebouw aan te bouwen, waarin deze zorg geleverd zou kunnen gaan worden. Deze plannen worden nu verder voorbereid.
- Waar mogelijk onze netwerken, invloed gebruiken voor uitbreiding van zorgvoorzieningen in Flevoland. Daarnaast de samenwerking stimuleren met partnerinstellingen in Flevoland en/of Noordwest Veluwe.
- Meer inzet van voorliggende voorzieningen mogelijk maken (Wmo-i beleid).
- De ambulancepost (van de regionale ambulancedienst) die nu op de Adelaarsweg is gepositioneerd dichterbij bij de woonkern van Zeewolde te plaatsen. Plannen zijn in voorbereiding.

2.5 **Huiselijk geweld:**

Conclusie:

Zeewolde heeft op dit gebied op regionaal niveau het voortouw genomen door daarvoor een aparte *lokale* beleidsnota vast te stellen met daarin een vijftal te nemen maatregelen c.q. activiteiten.

In deze lokale beleidsnota huiselijk geweld die een looptijd heeft tot en met 2010 is een apart activiteitenpakket opgenomen waar voortvarend invulling aan wordt gegeven. Een van de belangrijkste elementen daaruit (wordt ook zo ervaren door de ketenpartners) is de jaarlijkse lokale conferentie: naast het doel van elkaar kennen en weten te vinden zal de conferentie van 2009 geheel in het teken komen te staan van de nieuwe Wet tijdelijk Huisverbod. Naast de informatie wat deze wet betekent voor politie en openbaar ministerie, zal ook de rol, inzet en samenwerking van de diverse hulpverlenende instanties aan de orde komen. Waar nodig worden themabijeenkomsten en/of andere vormen van deskundigheidbevordering aangeboden (bv. voor de intermediairs).

Aanbeveling:

Verdere uitvoering geven aan de vigerende lokale nota huiselijk geweld.

Regionaal vindt afstemming plaats via de regionale overleggen MO/VZ/VO. Huiselijk geweld maakt hier onderdeel van uit. Zo vindt bijvoorbeeld in het kader van de nieuwe wet Tijdelijk Huisverbod en de daarbij horende protocollen regionale afstemming plaats.

2.6 **Maatschappelijke opvang:**

Conclusie:

Dit beleidsterrein wordt met name regionaal georganiseerd voor wat betreft opvang en behandeling. Actueel is de vraagstelling hoe om te gaan met de inzet van hulpverlenende instanties *vóórdat* er een indicatie heeft plaatsgevonden. Met name de daarvoor benodigde financiën zijn het probleem. Almere (als centrumgemeente) neemt hierin het voortouw om het regionaal aan de orde te stellen: samen met zorgkantoren, zorgverzekeraars, indicatiesteller (CIZ), hulpverleners en gemeenten wordt nagedacht over een mogelijke oplossing voor dit probleem.

Aanbeveling:

Op lokaal niveau wordt met name ingestoken op preventie: vroegsignalering van risicogroepen en het voorkómen van huisuitzettingen. Algemeen geldt dat deze doelgroep moeilijk in beeld te brengen is en ook niet altijd meewerkend om in een traject onder te brengen. Via de werkteams van Vangnet en Advies zijn er korte lijnen met de betrokken hulpverlenende instanties. De doelgroep van dit terrein komt ook in beeld in het kader van de Wmo-i beleid. (Deel C paragraaf 7 en deel D paragraaf 2).

BIJLAGEN:

Bijlage 1:

Evaluatie nota "Op uw gezondheid", eerste (kader)nota lokaal gezondheidsbeleid 2003 - 2006.

De doorlooptijd van deze eerste kadernota lokaal gezondheidsbeleid was bij de start gepland tot en met 2006,maar in afwachting van de invoering van de Wmo en de vaststelling van het lokale beleidsplan maatschappelijke ondersteuning is destijds afgesproken de vigerende nota lokaal gezondheidsbeleid langer aan te houden. Dit Wmo beleidsplan met de titel ´Betrokken op elkaar´is vastgesteld op 23 april 2009.

Hieronder volgt een korte omschrijving van de resultaten op de aanbevelingen zoals opgenomen in de nota "op uw gezondheid". Opgemerkt moet worden dat in de tussenliggende periode meerdere rapportages en verslagen zijn verschenen waarin gegevens en resultaten van de gezondheidsprojecten zijn meegenomen. Zo zijn er bijvoorbeeld allerlei projecten in samenwerking met bijvoorbeeld jeugd- en veiligheidsbeleid uitgevoerd.

Uit deze eerste gezondheidsnota zijn 15 aanbevelingen voortgekomen:
1.Om het facetbeleid verder vorm te geven zal voor de inbedding van gezondheidsaspecten bij andere beleidsterreinen voortdurende (politieke en ambtelijke) aandacht gevraagd worden. Binnen de gemeentelijke organisatie wordt bekeken bij welke ontwikkelingen c.q. projecten gezondheidsaspecten verder kunnen worden gecombineerd c.q. aangevuld. Voorgesteld wordt een ambtelijke werkgroep die 2 x per jaar hiernaar kijkt, vervolgens kunnen de mogelijkheden c.q. projecten separaat uitgewerkt worden:
Resultaat: De voorgestelde werkgroep is in het eerste jaar drie keer bijeen geweest waarbij een tiental disciplines/werkvelden vertegenwoordigd waren. Gezamenlijk is geconcludeerd dat het beter werkt als er bilateraal met elkaar contact wordt opgenomen op het moment dat er een passend onderwerp aan de orde is. Deze werkwijze is verder gevolgd en heeft geresulteerd in een regelmatig contact met bv. milieu, verkeer, ruimtelijke ordening, integrale veiligheid en diverse werkterreinen binnen welzijn.
Voorbeelden: inrichting speelvoorzieningen, fietsgebruik stimuleren en afname autogebruik in verkeersbeleid, recreatiemogelijkheden dichtbij huis stimuleren, beleid UMTS masten, sportstimulering, duurzaamheid en voldoende groen in woon/leefomgeving etc..

2.Opvang en begeleiding probleemjongeren:
De afstemming en samenwerking tussen jongerenwerk, integrale veiligheid, stuurgroep jeugdbeleid, jeugdhulpverlening verbeteren door nadere afspraken te maken over mogelijkheden en bevoegdheden. Ook bv. de bekendheid van de Telefonische Hulpdienst stimuleren.

Resultaat: In de samenwerking en afstemming tussen de (keten)partners die met jongeren werken is een structuurwijziging ingevoerd: de Stuurgroep jeugd, het 12 + en 12- overleg werden ingevoerd.
Daarnaast is er rond bepaalde aandachtgebieden (soms tijdelijk) een overleg opgezet. Voorbeelden een overleggroep rond de nazorg van de jongeren die t.g.v. de verkeersongelukken in 2006 extra aandacht nodig hadden. Een ander voorbeeld naar aanleiding van signalen van overmatig alcohol- en drugsgebruik is de VEDOMI werkgroep regelmatig bijeen geweest.
Een en ander is voortgezet in het Pitstophuis: opvang en begeleiding probleem- en risicojongeren; voor enkele ook vervolgtraject in Enkeltje Zelfstandig (heet nu Vast & Verder) van Leger des Heils. Het Pitstophuis is gestart op projectbasis vanuit gezondheidbeleid en donatie Alcoa, later structureel ingebed in jeugdbeleid.

3.Toenemend gebruik van (soft)drugs en alcohol bij jongeren. In samenwerking met CAD (nu Tactus) scholen (basis- en voortgezet), ouders en jongerenwerk preventieprojecten opzetten van genotmiddelengebruik.
Resultaat: Alle basisscholen en het voortgezet onderwijs doen mee aan een meerjaren project over alcohol- en drugsgebruik. Deze projecten lopen nog steeds door. In de nieuwe Regiovisie Verslavingszorg (verwacht eind 2007) wordt hier op voortgeborduurd. Deze problematiek vormt een blijvend aandachtspunt, zowel lokaal, als regionaal (Regiovisie Verslavingszorg).
Er wordt nauw samengewerkt met de afdeling integrale veiligheid:
Zo is er een Protocol Veilig uitgaan in Zeewolde opgezet, een convenant afgesloten met de horecaondernemers in Zeewolde, Huisregels voor de jongerenorganisaties (niet alleen over drankgebruik), er worden regelmatig acties gehouden rond de feestdagen om alcohol misbruik tegen te gaan en worden bij evenementen steeds vaker polsbandjes gebruikt om drankgebruik onder de 16 jaar tegen te gaan. Ook de jaarlijkse terugkerende 'Week van de alcohol' is een voorbeeld van de samenwerking tussen gezondheids- , veiligheids- en jeugdbeleid.

4.Toenemend ongezond gedrag (jongeren en volwassenen):
In samenwerking met GGD en CAD een project gericht op ongezonde leefwijzen (voeding, genotmiddelen, bewegingsarmoede), opstarten bv. ‘voeding en beweging’ via de scholen (basis- en voortgezet onderwijs).
Het stimuleren en ondersteunen van diverse(landelijke en regionale) preventiecampagnes ten aanzien van risicogroepen, bijvoorbeeld door het voorlichtingsmateriaal verder te leiden via het lokale zorgnetwerk. en aansluitend bij landelijke voorlichtingscampagnes waar mogelijk een lokale invulling aan geven.
Resultaat:
Hierin is deels een koppeling gemaakt met de vorige aanbeveling (projecten genotmiddelengebruik’, maar er zijn ook aparte projecten geweest, zoals: Campagne Gezond gewicht Flevoland, breedtesportimpuls, sport in de wijk, projecten BOS (helaas niet gehonoreerd. Zo heeft bv. de Levant zijn intern beleid aangepakt: voorbeeld gezondere snacks in kantine etc., roken op schoolplein verboden en regels omtrent alcoholgebruik bij schoolfeesten.
Dag van de ouderen (door de SWOZ) georganiseerd met het thema gezondheid, meer vormen van geheugentraining, huisregels in Sfinx m.b.t.

Alcoholgebruik. Ook dit onderwerp is een blijvend aandachtspunt.

5. Preventieprojecten – vroeghulp van jongeren:
Aansluitend aan het onderwijsbeleid, GOA en VVE beleid kan via deze bestaande netwerken nog extra aandacht worden besteed. (In samenwerking met o.a. de stuurgroep jeugdbeleid, de zorgteams, de coördinator Bureau Jeugdhulp, schoolmaatschappelijk werk de mogelijkheden verder uitwerken).
De mogelijkheden die via het maatwerkdeel van de jeugdgezondheidszorg worden opgepakt ondersteunen en indien nodig uitbreiden (peuterplus, peuterextra, STOP etc.).
Resultaat: Budgetten zijn soms samengevoegd om gestelde doelen en/of pilots te kunnen realiseren (voorbeeld zorgcoördinator).

6.Eerste lijnszorg- huisartsenproblematiek:
Het invoeren van een halfjaarlijks zorgoverleg tussen gemeente en eerstelijns gezondheidszorg (o.a. huisartsen, tandartsen, maatschappelijk werk, thuiszorg, GGD).
Resultaat: Huisartsentekort is middels een gezamenlijk inspanning aangepakt en opgelost. Een gewenst structureel overleg met de brede eerstelijnszorg is moeizaam proces gebleken. Wel enkele keren met bepaalde disciplines van zorgaanbieders overleggen gevoerd (bijvoorbeeld met de huisartsengroep, GGZ Meerkanten en apotheek), maar dit heeft niet geleid tot een vaste structurele overlegvorm die de volledige brede eerstelijnszorg omvat.

7.Toename geestelijke gezondheidszorg:
Door verbetering van de samenwerking en afstemming van gemeente en de betrokken instellingen behoeften inventariseren c.q. onderzoeken wat er voor lokale mogelijkheden zijn (bv. in voortraject via Algemeen Maatschappelijk Werk of via begeleid woonvormen van RIBW).
Resultaat: Er zijn enkele bijeenkomsten gehouden om een GGIZ -werkgroep op te richten (geestelijke gezondheidszorg in Zeewolde) maar dit heeft niet geleid tot een structureel overleg. Wel is hierdoor meer direct contact met de desbetreffende organisaties en instellingen ontstaan om lokale problematiek meer en eerder te signaleren. Dit heeft geleid heeft tot meer projecten op maat (bijvoorbeeld begeleid wonen van RIVM en Leger des Heils (fase 3 en 4) binnen onze gemeente mogelijk gemaakt, outreachend algemeen maatschappelijk werk ten behoeve van het vroegtijdiger signaleren en hulpverlening aan potentiële zorgvragers/zorgmijders, stimuleringsmaatregel van schuldhulpverlening ingezet om eerder en integraler deze doelgroep te bereiken (de zgn. TSS regeling) cursussen aan intermediairs, themabijeenkomsten aan risicogroepen, etc.
Op regionaal niveau is wél structureel overleg met de GGZ instellingen. Ook in de CAR is de GGZ vertegenwoordigd. (Klankbordgroep WMO).

8.Samenwerking, overleg en afstemming (instellingen onderling en met gemeente):
De bestaande overlegstructuren kritisch bezien en waar nodig aanpassen (inrichting, deelname en frequentie meer richten op doel en doelgroep).

Resultaat:
Het aantal deelnemers aan het Groot Team is flink uitgebreid waardoor instellingen en organisaties zich onderling beter leren kennen (informeren van elkaar) en elkaar weten te vinden (samenwerken).
Andere vormen van regionale overleg (Verslavingszorg, maatschappelijke opvang, huiselijk geweld, en vrouwenopvang).
Deels samengevoegd en meer integrale aanpak.
In het jaar van de gehandicapten is regelmatig overleg geweest met Philadelphia, Triade, Wolderwelzijn en gemeente voor samenwerkings-projecten voor verstandelijke gehandicapten. Nog steeds vindt er maandelijks een gezamenlijk activiteit plaats. Ook de werkgroep TIZ (Thuis in Zeewolde) is een nieuwe vorm van samenwerking, die destijds is ontstaan. Vanwege de komst van de Wmo is de gemeente geen directe partner meer in dit overleg.
Ook is in de afgelopen jaren de overlegstructuur van het jeugdbeleid gewijzigd, waarin de zorg – en hulpverlening aan jeugdigen is opgenomen. Zie ook aanbeveling 2.

9. Meer jongerenvoorzieningen, meer voor- , na- en tussenschoolse opvang o.a. voor sleutelkinderen: in het kader van integraal jeugdbeleid deze knelpunten inbrengen bij de nieuw gevormde stuurgroep jeugdbeleid, waar o.a. welzijn en kinderopvang in participeren.
Resultaten:
Deze aanbevelingen zijn geïntegreerd in het jeugdbeleid en daarin meegenomen. Zo is bijvoorbeeld het naschoolaanbod uitgebreid: kinderwerk, naschoolse opvang bij kinderopvangcentra en sportverenigingen, Kinderwerk- en sportprojecten in de wijk opgezet (Schatkamerproject, bakfiets, sport in de wijk) aanbod van sport en spel in vakantieperiode (structurele afspraken met welzijnsorganisatie).
Helaas zijn de 3 projecten in het kader van BOS (een stimuleringsmaatregel van het Rijk) niet gehonoreerd. Deze voldeden wel aan alle criteria maar de vraag overtrof de Rijksmiddelen.

10.Meer aandacht voor SEGV:
In samenwerking met de Cliëntenraad, Wijkbeheer, de Arme kant van Zeewolde en andere betrokken organisaties onderzoeken wat de exacte noden zijn en daarop aansluitende passende maatregelen treffen. Zoals in het collegeprogramma is aangeduid zal de gemeente zich ruimhartig opstellen naar de minima.
Resultaat: Deze overleggen hebben niet direct geleid tot algemene maatregelen. Wél is inmiddels in het kader van de Wmo en door de samenwerking in IGSDverband op meerdere terreinen het onderwerp aan de orde gesteld en is daardoor meer onder de aandacht gekomen. (o.a. door middel van het integrale schuldhulpverlening en armoedebeleid).

11.Verbetering van informatie omtrent gezondheidszorg:
Medewerking en ondersteuning verlenen aan het op te zetten Gemeentelijk Informatiepunt Gezondheidszorg (GIP) in de bibliotheek.
Bij de nadere invulling bezien hoe de publiekgerichte informatie van de GGD hierbij betrokken kan worden.

Resultaat: In 2004.is in de (oude) bibliotheek een Gezondheidsinformatiepunt (op kleine schaal) opgestart, zowel fysiek alsook digitaal. Door middel van allerlei linken met sites van GGD en landelijke gezondheidsorganisaties kunnen bezoekers informatie over gezondheidsgerelateerde onderwerpen opzoeken en navragen. Het bibliotheekpersoneel heeft een aparte instructie gevolgd om bezoekers daarbij te assisteren en te begeleiden.
Met de opening van de nieuwe bibliotheeklocatie is het GIP verder uitgebreid en er wordt nu nauw samengewerkt met de het steunpunt van vrijwilligers en mantelzorgers (relatie met informele zorg).

12.Inspecties diverse instellingen:
Met het oog op (toekomstige) seksinrichtingen in onze gemeente in de Algemene Plaatselijke Verordening het toezicht en controle op hygiëne en gezondheidsaspecten regelen middels toezichthouders van GGD (en Politie).
Resultaat:
Er zijn een paar regionale overleggen geweest onder leiding van de GGD. Dit heeft ertoe geleid dat de Algemene Plaatselijke Verordening hierop is aangepast. Uitvoering/toepassing is nog niet aan de orde geweest.
De inspecties van kinderopvang en peuterspeelzaalvoorzieningen waren al structureel geregeld via de GGD.

13.Gebrek aan zorgvoorzieningen:
Het gemeentebestuur zal waar mogelijk haar invloed uitoefenen t.b.v. meer regionale (zorg)voorzieningen in Flevoland. Waar nodig hier lokaal op aansluiten en daarvoor middelen beschikbaar stellen. Bijvoorbeeld beschikbaar stellen van woningen t.b.v. maatschappelijke opvang, crisisopvang van jongeren.
Resultaat: Waar mogelijk (in allerlei vormen van overleggen) erop aandringen dat er ook op lokaal niveau voorzieningen cq. dependances gerealiseerd worden zodat de inwoners van Zeewolde niet buiten de gemeentegrenzen hoeven voor zorg. Voorbeelden die tot stand gekomen zijn: Het wekelijks spreekuur van Tactus verslavingszorg (inloop en telefonisch mogelijk) in het Pitstophuis met informatie-, advies- en consultatiefunctie, fase 3 en 4 van begeleid wonen voor jongeren, van Leger des Heils (Enkeltje Zelfstandig heet nu Vast & Verder), de bloedprikdienst vanuit St Jansdal in het gezondheidscentrum Krachtenveld, samenwerking en afstemming met de lokale apotheken aansluitend bij de HAP (huisartsenpost) in Harderwijk. De crisisdienst van Triade die met ingang van 2009 zou starten in Horsterveld is helaas weer gestopt.

14.Zorgcluster bij woonwijk:
Bij de nadere vormgeving en invulling van de Polderwijk ruimte c.q. een locatie reserveren voor een zorgcluster in de nabijheid van de woonomgeving, in tegenstelling tot voorheen gekozen locaties op bedrijventerreinen.
Resultaat: Bij de planvorming van de Polderwijk is in het tweede cluster hiermee rekening gehouden. Deze wijk is qua omvang echter nog niet zover dat er nu al concrete plannen voor een nieuw gezondheidscentrum gestart zijn. Wel is er inmiddels een tijdelijke huisartsenpraktijk met een dependance van een apotheek gevestigd. Het is de bedoeling dat deze te

zijner tijd opgaan in het nieuwe gezondheidscentrum met een aantal andere eerste lijnszorgaanbieders. Streven is gezamenlijke huisvesting én samenwerking in een nieuw te starten gezondheidscentrum.

15.Hulp- en interventie bij kindermishandeling:
Met het oog op vroegtijdige hulpverlening de mogelijkheden onderzoeken in relatie tot GOA en VVE-beleid.
Resultaat:
Niet echt in relatie tot GOA en VVE opgepakt, maar door de algemene samenwerking met jeugdbeleid is hier wel (meer) aandacht voor gekomen. In de jaarlijkse lokale conferenties huiselijk geweld is kindermishandeling een vast onderwerp. Hierbij wordt uitgebreid aandacht geschonken aan een goede ketensamenwerking van de betrokken partijen (o.a. peuterspeelzalen, basisscholen, bureau jeugdzorg etc.). Ook het gericht opleiden van intermedairs en anderen die met kinderen omgaan behoort hierbij. (gericht op snellere herkenning van signalen van kindermishandeling en hoe dan verder te handelen).
In Flevoland wordt de komende jaren de RAAK methode geïmplementeerd.

———————

Bijlage 2:

Kenmerken van Wmo en WCPV en onderlinge relatie met betrekking tot de algemene gezondheidszorg.

Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo).
De per 1 januari 2007 ingevoerde Wmo biedt één kader voor maatschappelijke zorgverlening en vervangt daarmee delen van de Welzijnswet, de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG), delen van de WCPV, delen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en enkele daarmee samenhangende subsidieregelingen.
De kern van de Wmo is dat iedereen meedoet aan de samenleving. Maar dit is niet vanzelfsprekend voor alle mensen, omdat zij daar belemmeringen in kunnen tegenkomen. De gemeente heeft hierin de taak om de nodige ondersteuning te bieden, dat kan gezien worden als een bijdrage aan de bevordering van de gezondheid.

De Wmo kent 9 prestatievelden:

1. Het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten;
2. Op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met opvoeden;
3. Het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning (op het terrein van de maatschappelijke ondersteuning);
4. Het ondersteunen mantelzorgers en vrijwilligers;
5. Het bevorderen van deelname aan het maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem;
6. Het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en aan mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behouden van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer;
7. Het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang;
8. Het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen;
9. Het bevorderen van verslavingsbeleid.

Door de Wmo is herijking van bestaand beleid (soms) nodig en biedt aan afstemming met aanpalende beleidsterreinen een nieuwe kans. Gezondheidsbeleid is één van die beleidsterreinen.

De Wet Collectieve preventie Volksgezondheid (WCPV)
De WCPV bepaalt dat de gemeente verantwoordelijk is voor de openbare gezondheidszorg in medebewind. Deze wet bepaalt dat de gemeenteraad zorg draagt voor:

- collectieve preventie;
- uitvoering van de infectieziektebestrijding (bv. bestrijding seksueel overdraagbare aandoeningen, opsporing van bronnen ingeval van tbc);
- uitvoering van de jeugdgezondheidszorg (o.a. uitvoering van rijksvaccinatieprogramma en de screening van schoolkinderen).

De beide laatst genoemde taken zijn tamelijk precies omschreven in de WCPV en bieden daarmee weinig beleidsruimte.
De beleidsruimte van de gemeente is het grootst op het terrein van de collectieve preventie. Collectieve preventie wordt omschreven als: bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking of van specifieke bevolkingsgroepen daaruit, maar ook het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van zieken onder de bevolking.

Hieruit volgend heeft de gemeente de volgende wettelijke taken:

- het ontwikkelen en uitvoeren van lokaal gezondheidsbeleid;
- zorgen voor continuïteit en samenhang binnen de collectieve preventie en afstemming met de curatieve zorg;
- epidemiologie (gegevensverzameling gezondheid bevolking)
- bewaken na gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen (facetbeleid),
- uitvoeren van preventieprogramma's (bijvoorbeeld met betrekking tot leefstijl);
- medische milieukundige zorg (bijvoorbeeld onderzoek naar de kwaliteit van natuurlijk zwemwater in een warme zomer);
- technische hygiëne zorg (bijvoorbeeld hygiënezorg voor kindercentra en basisscholen, verordeningen voor technische hygiëne bij tatoeage- en piercingstudio's).

Om bovenstaande taken uit te voeren, draagt het college zorg voor de instelling en instandhouding van een gemeentelijke of gemeenschappelijke gezondheidsdienst. De GGD is dus het primaire instrument van de gemeentelijke overheid om gezondheidsdoelstellingen te verwezenlijken Uiteraard werkt de GGD daarin samen met zowel andere gemeentelijke instellingen en externe (regionale) partijen.

Relatie tussen WCPV en Wmo:
De WCPV en de Wmo hebben diverse *raakvlakken* met elkaar, vooral op het gebied van bevorderingstaken (zoals bv. samenhang en leefbaarheid in buurten). De WCPV en de Wmo kunnen elkaar hierin aanvullen en versterken.
Beide wetten streven naar een lokaal samenhangend beleid.
Maar er zijn ook *verschillen* tussen de WCPV en de Wmo.
Hieronder is schematisch weergegeven hoe beide wetten kort kunnen worden samengevat in een aantal termen. De grijs gemarkeerde onderdelen geven de verschillen aan die tussen de twee wetten bestaan.

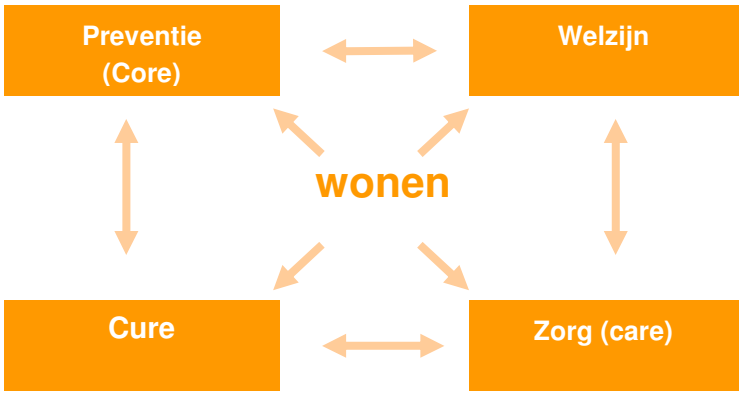
	WCPV	**Wmo**
Initiatief:	- bij de gemeente - maatschappelijke hulpvraag - collectief belang (publiek domein) - actief, ongevraagd, anticiperend	- bij de gemeente en het individu - naast maatschappelijke hulpvraag ook een individuele hulpvraag - consumentenbelang - actief, ongevraagd, anticiperend, passief, gevraagd en reactief
Doel:	De gezondheid van alle burgers bevorderen	Alle burgers maatschappelijk laten meedoen.

Doelgroep:	Alle burgers	Alle burgers
Kernfuncties:	Gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie	Het bieden van ondersteuning om maatschappelijk te kunnen participeren.
Soort taken:	Beleids, - bevorderings- en uitvoeringstaken	Beleids-, bevorderings- en uitvoeringstaken.
Beleidsterrein:	Raakt alle beleidsterreinen	Raakt alle beleidsterreinen
Verantwoording:	Nota LGB 4 jaarlijks	Nota Wmo 4 jaarlijks
Financiering:	Vooral gemeente(fonds)	Vooral gemeente(fonds)
Overheidssturing	Gematigd decentraal, regie *gedeeltelijk* bij gemeente	Sterk decentraal, regie *volledig* bij gemeente
Branche: (zie toelichting)	Preventie, cure	Preventie, care, welzijn en wonen
Soorten preventie:	Primaire en secundaire	Primaire, secundaire en tertiaire
Gezondheids-aspecten	Fysieke, sociale en psychische (nadruk op publieke gezondheid)	Sociale, psychische en fysiek (nadruk op welbevinden).

Branche : (toelichting)
Binnen de prestatievelden van de Wmo gaat het vooral om preventie, zorg (care), welzijn en wonen. De WCPV gaat vooral over preventie en tot op zekere hoogte curatie (cure). De raakvlakken tussen WCPV en Wmo liggen vooral op het preventieve vlak.
Preventie, cure en care zijn eigenlijk opeenvolgende stadia in het (ziekte)proces.
Wat in de ene branche gebeurt heeft consequenties voor de andere branches. De scheidslijn is in de praktijk niet altijd even duidelijk.

De term preventie wordt in de toekomst vervangen door *core* (basis, kern van gezondheidszorg). Bij *cure* gaat het om genezen en bij *care* om de kwaliteit van leven te verbeteren of te handhaven als men ziek of hulpbehoevend is.

Ook een aantal taken van welzijn hangt samen met preventie en zorg (core, cure en care): gericht op maatschappelijke participatie, sociale samenhang en het creëren van een vangnet voor sociaal zwakkeren in onze samenleving. Onder *welzijn* valt ook een aantal zaken dat heel kort tegen zorg aan zit, zoals de individuele voorzieningen Wmo, het algemeen maatschappelijk werk, de maatschappelijke opvang en verslavingszorg.



Ook de branche *wonen,* wordt steeds belangrijker: Mensen blijven steeds langer zelfstandig wonen, thuis of in kleine groepswoningen. Er zijn dan ook meer woningen, zorg en diensten nodig voor mensen die zo lang mogelijk zelfstandig willen wonen.

In 2004 is in het kader van ouderen/zorgvragersbeleid een eenmalig lokaal onderzoek gedaan: Hieronder daarvan de uitkomsten (april 2005).
Uitstroom van 75 plussers in dat jaar: totaal 32 personen (excl. overlijden), hiervan waren 8 echtparen, dus totaal 24 huishoudens uitgestroomd.
In samenwerking met de wijkverpleegkundige van Icare is in maart 2004 doorgenomen welke personen in zorg zijn geweest; gecombineerd met de nieuwe adresgegevens van de uitstromers (naar zorginstellingen of niet) was het beeld:

Aantal personen	Aantal huishoudens	Nieuwe woonvorm	Reden verhuizing
17 personen	13 (dus 4 echtparen)	Verpleeghuis, woonzorgcentrum Meerkanten	(partner met) restverschijnselen van cva, dementie, psychiatrisch beeld.
8 personen	6 (dus 2 echtparen)	(vermoedelijk) aanleunwoning of serviceflat	Niet in zorg geweest bij Icare. Misschien voorsorteren voor als er zorg nodig is ?
7 personen	5 (dus 2 echtparen)	Privé adres, géén zorginstelling	Niet in zorg geweest bij Icare. Misschien dichter bij mantelzorg.

Conclusies:

- Bijna alle mensen/huishoudens die naar een verpleeghuis zijn gegaan zijn bekend bij de zorgverleners. Reden van verhuizing is een ernstige vorm van dementie of restverschijnselen cva/hersenbloeding. De zorg die deze mensen nodig hadden kon niet in Zeewolde worden geleverd.
- Alle mensen/huishoudens die vermoedelijk naar een aanleunwoning of serviceflat zijn gegaan (geen instituut) waren niet bekend bij de zorgverleners. Reden van verhuizing kan dan zijn: voorsorteren voor het geval zorg nodig gaat worden.
- Alle mensen/huishoudens die naar een privéwoning zijn gegaan (geen instituut) waren niet bekend bij de zorgverleners. Reden van verhuizing *kan* dan bereikbaarheid mantelzorg zijn.

In 2007 is door Coloriet een (vervolg)onderzoek gedaan om meer zicht te krijgen op de behoefte naar (intramurale) zorg voor mensen met meer complexe zorgvragen.
Aanbeveling: Bij de actualisering van het ouderen- en zorgvragersbeleid de resultaten van dit onderzoek betrekken.

Preventie
Deze wordt ingedeeld in fasen:

- *Primaire* preventie heeft als doel het voorkomen van ziekten, maar ook het bevorderen van de gezondheid.

Doelgroep is hierbij de gezonde populatie. Voorbeeld: voorlichting over leefstijl: roken, drinken, bewegen en voeding.

- *Secundaire* preventie heeft als doel ziekten in een vroeg stadium op te sporen.

Doelgroep hierbij bestaat uit personen die ziek zijn, een verhoogd risico of een genetische aanleg hebben. De ziekte is bij deze personen nog niet vastgesteld. Voorbeeld de SOA poli waar personen zich kunnen laten testen op geslachtsziekten.

- *Tertiaire* preventie: is een vorm van zorg die erop gericht is beperkingen van mensen op te heffen, te reduceren of te compenseren.

Zelfredzaam maken van mensen om zo de kwaliteit van leven te verhogen (b.v. aanpassingen aan huis). Het voorkomen van complicaties en verergering van ziekten hoort ook tot de tertiaire preventie.

De taken van de WCPV richten zich vooral op de primaire en secundaire preventie. In onderstaand schema is weergegeven hoe dit in de Wmo zit.
De Wmo en WCPV overlappen elkaar dan ook vooral op het gebied van primaire en secundaire preventie.

Prestatievelden Wmo gerelateerd aan soorten preventie:		
1	Leefbaarheid en sociale samenhang in buurt en wijk	Primair
2	Preventieve voorzieningen voor jeugd	Primair/secundair
3	Informatie, advies en cliëntondersteuning	Secundair/tertiair
4	Ondersteuning mantelzorg en vrijwilligers	Secundair/tertiair
5	Participatie van mensen met beperkingen	Tertiair
6	Voorzieningen voor mensen met beperkingen	Tertiair
7, 8 en 9	Maatschappelijk opvang, vrouwenopvang, OGGZ, verslavingsbeleid.	Secundair/tertiair

Conclusie:
De brede definitie van gezondheid maakt dat de Wmo en gezondheid onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Een goede gezondheid is nodig om deel te nemen aan de maatschappij en bovendien draagt maatschappelijke ondersteuning bij aan de psychische, sociale en fysieke gezondheid. Binnen de Wmo lijkt vooralsnog veel aandacht uit te gaan naar de zichtbare individuele voorzieningen zoals huishoudelijke hulp, maar veel (gezondheids)winst is te behalen wanneer men vroeg ingrijpt in het (ziekte)proces. Het is dan ook van groot belang dat de gemeente investeert in de preventietaken binnen beide wetten: de collectieve preventietaken die voorafgaan aan de cure, care en welzijn!
De resultaten van preventie zijn echter vaak pas zichtbaar op lange termijn Dus er moet een goede balans zijn tussen *zichtbare zorg op korte termijn* versus *minder zichtbare preventie op de lange termijn.*
Want...voorkomen is nog altijd beter én goedkoper dan genezen en verzorgen!

Wmo visie Zeewolde ´Samen sterk´.
De Zeewoldense visie over de Wmo is vastgelegd in het visiedocument 'Samen sterk', dat is vastgesteld in februari 2006. Hierin is een aantal richtinggevende uitgangspunten geformuleerd:
- maatschappelijke ondersteuning is er voor iedereen in onze gemeente maar prioriteit wordt gegeven aan onze kwetsbare burgers (zij die in een achterstand verkeren of dreigen te komen).
- er wordt meer ingezet op het zelfoplossend vermogen van mensen. In een tijd van toegenomen mondigheid en zelfbewustzijn is het gewenst dat burgers voor hun eigen welbevinden niet alleen een beroep doen op de overheid, maar ook aangesproken worden op hun eigen verantwoordelijkheid (voor zich zelf en hun omgeving).
- bevordering van samenwerking, vraaggerichte sturing, maatwerk en ketenbenadering van de diverse beleidsterreinen onderling;
- het accent bij beleid is gelegd op preventie, een systeem van sluitende zorgverlening en de toegang tot zorg.
- Gekozen is voor *inclusief* beleid: de samenleving dient zo ingericht te zij dat ook mensen met beperkingen aan het maatschappelijk leven moeten kunnen deelnemen.

Deze uitgangspunten sluiten goed aan bij het lokale gezondheidsbeleid en andersom geredeneerd geeft de Wmo visie (mede)richting aan de lokale gezondheid. De regie ligt bij de gemeente (*citaat:* de gemeente moet samen met zorgaanbieders, welzijnsstichtingen, woningcorporaties, zorgverzekeraars, leveranciers en burgers de gemeentelijke doelstellingen verwezenlijken. Dit betekent dat de gemeente zorgt voor kanalisering van ontwikkelingen en het voeren van integraal beleid waarbij goed rekening wordt gehouden met de lokale omstandigheden en wensen van burgers. *Einde citaat*.

Het Wmo beleidsplan 2009 t/m 2012, met de titel "Betrokken op elkaar - de burger centraal" vastgesteld in de raad van 23 april 2009.

Hierin zijn de volgende drie hoofddoelstellingen geformuleerd:

1. het toerusten van de burgers om zelfredzaam te zijn en te participeren in de samenleving;
2. het in standhouden en vernieuwen (versterken) van de sociale infrastructuur, gericht op de maatschappelijke ondersteuning van de burgers;
3. het ondersteunen van die burger die niet in staat zijn invulling te geven aan de zelfredzaamheid of participatie.

Vervolgens zijn per prestatieveld doelstellingen en acties benoemd, aanvullend op het reguliere/bestaande beleid.
Ook hierin zijn afspraken en uitgangspunten geformuleerd waarop het lokale gezondheidsbeleid aansluit.
Kortheidshalve wordt voor nadere inhoudelijke informatie naar de genoemde documenten zelf verwezen.

Afbakening:
Zowel in de Wmo-visie alsook in het Wmo beleidsplan wordt aangedrongen op (nog meer) samenwerking en afstemming van de diverse beleidsterreinen, om integraal beleid te versterken.
Voor jeugd(zorg)beleid, lokaal beleid huiselijk geweld, ouderen- en zorgvragersbeleid, vrijwilligers- en mantelzorgbeleid zijn/ worden separate beleidnota's vastgesteld, zodat er meer gedetailleerd kan worden ingegaan op de inhoudelijke doelstellingen en afspraken.
Dit geeft meteen aan waarom bepaalde aspecten van gezondheidsbeleid c.q. bepaalde doelgroepen niet in deze nota lokaal gezondheidsbeleid verder worden uitgediept.

Bijlage 3:

Visierapport van de huisartsengroep

Zeewolde

Najaar 2007
Tot stand gekomen i.s.m.:
Kenniscentrum Eerstelijn KC/1.
R.v.'t Land en H.Hylkema.

Toekomstbeeld gezondheidszorg Zeewolde

Situatieschets

De gemeente Zeewolde bestaat sinds 1984 en heeft zich in korte spanne tijds ontwikkeld tot een zelfstandige gemeente van 20.000 inwoners en streeft daarbij naar het handhaven van een eigen identiteit en autonomiteit. In de komende tien jaar zal deze gemeente groeien met 10.000 inwoners en daarmee een respectabele entiteit zijn in Flevoland. Kenmerkend is de jonge populatie, veel gezinnen met jonge kinderen en heel weinig ouderen. Deze demografische opbouw veroorzaakt en aantal specifieke problemen, zoals naar verhouding veel gezinsproblemen en een lage graad van samenhorigheid. Een bijzonder fenomeen is de instroom van ouderen die er voor kiezen op hogere leeftijd dichter bij hun kinderen (potentiële mantelzorgers) te gaan wonen. Naar verwachting zal het aantal 50-plussers groeien van 4400 naar minimaal 7500 in 2017. Binnen de gemeentegrenzen zijn geen intramurale voorzieningen aanwezig en zijn de bewoners buiten de praktijkuren (maandag t/m vrijdag) van de huisartsen afhankelijk van de huisartsenpost in Harderwijk.

Zeewolde wordt geconfronteerd met een bovenproportioneel aantal probleemjongeren, die veelal een drugs- en alcoholprobleem hebben en een ongezond leefgedrag tonen. De gemeente onderkent de behoefte aan meer jongeren- en zorgvoorzieningen teneinde een aantrekkelijk leefklimaat voor en het welzijn van de inwoners te garanderen. Daarbij staat voorop dat de voorzieningen gericht zijn op zelfstandigheid en zelfredzaamheid, zover mogelijk, met een integrale benadering van zorg, welzijn en wonen. Een hechte samenhang en samenwerking tussen alle partijen die zich met volksgezondheid en zorg bezig houden, is een absolute randvoorwaarde om tot een gezondere samenleving te komen. Het is de verantwoordelijkheid van de gemeente en alle zorgaanbieders hierop te sturen en die samenhang te bevorderen.

De situatie over 10 jaar

De zelfstandige Gemeente Zeewolde zal in 2017 de volgende demografische ontwikkeling hebben doorgemaakt:

Leeftijdsopbouw	*2007*	*2010*	*2013*	*2017*
0 – 19	6543	6943	7696	8596
20 – 40	5116	5706	6735	7391
40 – 50	3802	4113	4436	4667
50 – 60	2030	2555	3553	4401
60 – 70	1236	1521	2112	2964
70 – 80	788	845	1037	1454
80+	253	320	431	527
totalen	*19768*	*22003*	*26000*	*30000*
0 – 50 in %	78%	76%	73%	69%
50+ in %	22%	24%	27%	31%
w.v. allochtonen%	*10,8%*	*11,5%*	*13%*	*15%*
in aantallen	2100	2530	3380	4500

Bij bovenstaande tabel moet aangetekend worden dat de situatie 2017 een extrapolatie is vanuit de voorafgaande jaren. Of er een feitelijke groei naar 30.000 optreedt is daarmee nog geenszins zeker.

Zeker is de gestaag vergrijzende bevolking in lijn met de landelijke trend met een lichte inhaaltendens. Hoewel harde indicaties ontbreken, wordt een gestage toename van het aantal allochtonen verwacht, geleidelijk groeiend naar het landelijke gemiddelde.
De gezondheidszorg bestaat in 2017 idealiter uit de volgende voorzieningen:

- Drie gezondheidscentra, w.v. één in de Polderwijk
    - Het betreft dan geïntegreerde eerstelijns centra waarin huisartsen, apotheek, thuiszorg, maatschappelijk werk en anderen gezamenlijk een vraaggericht aanbod leveren. Om welke zorg gevraagd wordt stellen zij vast samen met de patiënt/cliënt (en diens verzekeraar), de (lokale) overheid en op basis van maatschappelijke vraagstukken.
- Een buitenpoli van St. Jansdal
    - Deze buitenpoli dient te bewerkstelligen dat de inwoners van Zeewolde niet voor elk tweedelijns "wissewasje" naar Harderwijk of elders hoeven te gaan. De poli komt a.h.w. naar de mensen toe. Tevens zal hier vanuit diagnostiek t.b.v. de eerstelijn geleverd moeten worden. Hieronder valt natuurlijk (monsterafname t.b.v.) laboratoriumonderzoek. Maar ook functieonderzoek, radiologie (mits bouwkundig haalbaar) en ondersteuningsprogramma's voor diabeteszorg door de huisarts (bijvoorbeeld fundusfotografie).
- Een centraal steunpunt t.b.v:
    - 24 uurs (on)geplande zorg
    - Zorg op maat thuis
    - Mantelzorg
    - Vrijwillige intensieve zorg
    - Jeugdzorg
    - GGZ
    - Begeleid wonen
    - Zotelbedden
- Avondspreekuren huisartsen
    - Hierover is de discussie nog in volle gang, m.n. ook binnen de Landelijke Huisartsen Vereniging. De vraag hierom vanuit onze 24-uurs economie neemt onmiskenbaar toe. Vraagstukken zijn nog de werkbelasting en het capaciteitsvraagstuk van de huisartsen, de honorering, de feitelijke vormgeving en de afstemming met de huisartsenposten.
- Een ambulant medisch team voor de in het hoogseizoen dagelijks 6000 recreanten
    - In de huidige setting zijn de afstanden die de Zeewoldense huisartsen dienen af te leggen voor eventuele visites te groot. Zij zijn dan ook slechts in staat mensen naar hun praktijk te laten komen. Gezien het aantal en de concentratie (zeker in de zomer) lijkt één of andere decentrale voorziening gewenst. Thans zijn er gesprekken gaande met de GGD om te zien of dit deels door hen opgepakt kan worden.
- Preventief huisbezoek ouderen
    - Nu het beleid gericht is op het zo lang mogelijk leven in de eigen woonomgeving zal de mate van zorgbehoefendheid thuis toenemen. Door te anticiperen op problemen kan de leefkwaliteit van de oudere verbeterd worden

en ook uitgebreidere (meer arbeidsintensieve en duurdere) zorg uitgesteld of voorkomen worden. Preventie en vroegsignalering lagen vroeger meer op het pad van familie en andere naasten. Waar dit wegvalt of minder intensief wordt zal om structuren gevraagd worden om dit over te nemen. Het ligt voor de hand de eerstelijns centra hier een sleutelrol in te geven.

- Regionaal afgestemde intramurale zorg
  - Het aanbod aan verpleeg- en verzorgingshuisplaatsen zal op basis van de demografie moeten toenemen. Door dit in Zeewolde zelf in voldoende mate te realiseren zullen ouderen hun plek kunnen vinden zonder uit hun vertrouwde context gehaald te worden.

Behoefte aan huisartsen

	2007	*2010*	*2013*	*2017*
Bevolking	***19768***	***22003***	***26000***	***30000***
Gem. praktijkomvang	3000	3250	3500	3500
Huisartsen fte's	6,6	6,8	7,4	8,6
Gem. praktijkbezetting	0,7	0,65	0,6	0,6
Aantal huisartsen	***9,4***	***10,5***	***12,3***	***14,3***

Eerstelijns zorg kan dicht bij de mensen en met veel continuïteit op alle fronten geleverd worden. De huisarts zal hiermee nog centraler in de gemeenschap staan dan nu al het geval is. Hij/zij is het oog en oor van wat er in de gemeenschap gebeurd, zij staan het dichtst bij de burger in een bijzondere vertrouwenspositie, die tot een optimaal welzijn van alle bewoners moet leiden en tot een logische coördinatie van zorg. De gemeente heeft de verantwoordelijkheid voor de implementatie en uitvoering van uiteindelijk 9 Wmo functies, naast haar maatschappelijke taak zorg te dragen voor voldoende spreiding, bereikbaarheid en toegankelijkheid van voorzieningen voor haar burgers. Hierbij is van belang dat de rol van het zorgkantoor kleiner zal worden in het licht van de krimp van de AWBZ. Deze verantwoordelijkheid wil en kan de gemeente alleen met de huisartsen (en andere zorgaanbieders) waarmaken. De wijze waarop de huisartsenzorg in de toekomst georganiseerd wordt is bepalend voor het vermogen van de huisartsen om hun prominente rol waar te maken. Zowel vanwege het beschikbare aantal huisartsen als vanwege de kosteneffectiviteit zal vermoedelijk de omvang van een normpraktijk toenemen. Tegelijkertijd zal een steeds grotere inspanning op het gebied van chronisch ziektemanagement gevraagd worden. Dit leidt onherroepelijk tot de noodzaak anders te organiseren, zowel intern als in de samenwerking. Een gemeente welke de belangrijke rol van de huisarts herkent kan deze ontwikkeling steunen door resultaatgericht met de huisartsen samen te werken binnen door beiden erkende beleidskaders.

De korte termijn

Op korte termijn moet een huisartsenpraktijk in de Polderwijk actief zijn, die in de aanloopperiode slechts een beperkte bezetting zal hebben. Naar verwachting zal de instroom van bewoners van de Polderwijk ongeveer als volgt verlopen:

	2007	*2008*	*2009*	*2010*
Aantal bewoners Polderwijk		*1081*	*1945*	*2794*
Gem. praktijkomvang		3000	3125	3250
Huisartsen fte's		0,36	0,62	0,86
Onderbezetting		64%	38%	14%

Een praktijkruimte dient ter beschikking te komen voor de komende 2 jaar, waar een nieuw aan te trekken huisarts zitting neemt. Een combinatie van wonen en praktijk tegen geldende marktcondities staat hierbij voor ogen. Na twee jaar neemt het dan gerealiseerde gezondheidscentrum in de wijk de praktijktaak over en kan de locatie weer voor woonbestemming in aanmerking komen. Een overbrugging van de leegloop in deze periode kan worden bereikt door een combinatie van factoren:

- Nieuwe huisarts vangt groei buiten de Polderwijk voor de zittende huisartsen op
- De zorgverzekeraar financiert (afhankelijk van de gestelde voorwaarden) een deel van de leegloop
- De zittende huisartsen zijn bereid de nieuwkomer eventueel in dienst te nemen, in ieder geval tot economisch draagvlak voor een gelijkwaardige vestiging is bereikt.

Daarnaast spant de nieuwe huisarts zich – met medewerking van zijn/haar zittende collegae – in samenwerkingen met o.a. GGZ, Jeugdzorg etc., te bewerkstellingen zodat een volwaardig centraal gezondheidscentrum in de Polderwijk tot stand komt. Dit heeft wellicht consequenties voor het profiel van de aan te trekken huisarts(en). Het is voor de hand liggend dat de kosten van hiermee samenhangende tijdsinvestering door alle belanghebbende partijen samen gedragen worden.

Het adviesbureau KC/1 spant zich (in opdracht van gemeente, en in samenwerking met de zittende huisartsen) in om bovenstaande doelstellingen voor het einde van het jaar uit te werken tot een breed gedragen en uiterst concreet plan van aanpak.

Bijlage 4:

Verslag d.d. 27 mei 2008, locatie: De Verbeelding

Interactieve bijeenkomst in het kader van lokaal gezondheidsbeleid.

.

Aanwezigen: Zie presentielijst: zie bijlage.

Inleiding wethouder mw. H. Lodders, waarbij zij ingaat op:

- de vigerende beleidsnota lokaal gezondheidsbeleid *'Op uw gezondheid'*, die destijds ook interactief tot stand is gekomen en geleid heeft tot 15 aanbevelingen, waaruit duidelijk blijkt hoe ver het begrip 'gezondheid' reikt en hoe integraal je gezondheidsbeleid moet/kunt inzetten. Hierbij is het begrip *facetbeleid* geïntroduceerd, waarmee bij andere beleidsterreinen meer en voortdurende aandacht wordt gevraagd aan de gezondheidsconsequenties (bv. milieu, verkeer, inrichting openbare ruimte etc.).
- De evaluatie ervan is (deels) tussentijds meegenomen in rapportages van b.v. veiligheidsbeleid en jeugdbeleid. Bij de nieuwe nota zal er ook nog een eindevaluatie plaatsvinden. We kunnen stellen dat een deel van de aanbevelingen uit de oude gezondheidsnota *nog steeds* actueel is en dus ook nog een vervolg verdienen. Het gaat dan o.a. over:
  - aandacht voor het overmatig en toenemend alcohol- en drugsgebruik,
  - aandacht voor de geestelijke gezondheidszorg,
  - aandacht voor een gezonde(re) leefstijl,
  - aandacht voor (meer) samenwerking tussen partners en afstemming van activiteiten (ketenpartners).
- De titel van de Rijksbeleidsnota uit 2007 is "Kiezen voor gezond leven". Hierin worden **5** speerpunten aangegeven:
  - *Roken*: de belangrijkste *vermijdbare* oorzaak van ziekte en overlijden
  - *Schadelijk alcoholgebruik:*met name de Nederlandse jeugd drinkt vroeg, vaak en vooral veel.
  - *Overgewicht (hierbij worden twee sporen gevolgd: meer bewegen en goede voeding*): Feit is dat nu al 40% van de volwassenen overgewicht heeft en de verwachting is dat dit percentage alleen maar zal toenemen in de komende jaren.

Daarnaast heeft het Rijk ook voor 2 prioritaire ziekten gekozen als speerpunt: *Depressie (*het argument is o.a. dat deze ziekte hoge maatschappelijke- en zorgkosten veroorzaakt) en *Diabetisch*: deze veroorzaakt een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, blindheid en nierziekten. Bovendien wil het Rijk hiermee ook voortborduren op de eerder genoemde speerpunten.

Vooruitlopend op de presentaties van de GGD, van Meerkanten en van de huisartsengroep van Zeewolde, is mw. Lodders van mening dat deze Rijksspeerpunten goed passen in de gezondheidssituatie van de Zeewoldense jongeren, volwassenen én ouderen.

- Tot slotte benadrukt spreekster dat het de bedoeling is dat de gemeente naast de genoemde Rijksspeerpunten, van de aanwezige professionals en vertegenwoordigers van bepaalde doelgroepen, wil horen waar zij geconfronteerd mee worden in de Zeewoldense

samenleving en aan welke zaken/thema's zij de komende jaren aandacht willen schenken op het gebied van gezondheidsbeleid.

Presentatie van "de Kernboodschap van Zeewolde", door de GGD Flevoland (mevr. K.van de Laar). De handout van deze presentatie vindt u in bijlage 2. Nog enkele toevoegingen hierbij:

- Zeewolde heeft maar een kleine groep inwoners met een lage SES (Sociaal economische status) o.a. laag onderwijsniveau.
- Idem v.w.b. de groep niet westerse allochtonen. (met name deze groep heeft lagere verdiensten)
- De hoge levensverwachting in Zw. moet in relatie worden gezien met de zorgvraag voor senioren!
- Zw. kent een hoog alcoholgebruik.. In de groep 12 tot 18 jarigen geeft 95% aan alcohol te nuttigen drinken voor het 15e levensjaar.
- Obesitas treedt bij 58% van de senioren op.
- Ondergewicht komt bij 15% van de jongen voor.
- Anorexia komt vooral voor bij jonge meisjes (voortdurend lijnen). Grote sociale invloed op elkaar!
- Cijfers van overgewicht stijgen flink in de periode tussen groep 2 en groep 7 van de basisschool.
- Er wordt veel gesport in Zw.: door jongeren, volwassenen én senioren.
- Eenzaamheidsgevoelens: cijfers zijn lager dan de rest van Flevoland, maar er is een grote toename in de cijfers bij de jeugd over de suïcidegedachtes. Echte pógingen ca. 2% (hier is ook meer openheid over gekomen).
- 16% van de jongeren is depressief (?) De vraag luidde: ....verdrietig gevoeld!

Inleiding van de huisartsengroep Zeewolde , door mevr. Bongers (voorzitter van de HAGRO):

- Zw. heeft momenteel 7 (volle) huisartspraktijken: 5 aan het Krachtenveld en 2 in het Gildenhuis. Vanaf 1 juli komt er in de Polderwijk een (gedelegeerde) praktijk bij.
- Hagro ontvangt vaak signalen over moeilijke bereikbaarheid: de contacten met huisartsen zijn met 10% toegenomen én patiënten willen snéller genezen. Weinig geduld, willen nú hulp. De vraag is hoog en leidt tot frustraties. Er heerst een ander beeld bij de patiënten over gezondheid: zij vinden dat ze recht hebben op gezondheid.
- Zw. kent veel gescheiden relaties: geeft extra problemen.
- In Zw. is de sociale context van belang: weinig mogelijkheden om familie, ouders te raadplegen, gevolg isolement. Geldt ook voor mantelzorgers: eenzaamheid.
- Bewoners van de Wielseweg (bv. Flevonatuur) zijn geen Zw. inwoners, maar wel zorgvragers.
- Veel jonge kinderen met gedragsproblemen. Moderne trend om veel testen te doen. Wachtlijsten bij kinderpsychiater en bureau Jeugdzorg. Ouderondersteuning, opvang via de scholen.
- Weinig bezoek van basisschoolleerlingen bij de huisartsen.

- Bij de pubers komt zowel óver- als óndergewicht voor. Dit laatste vooral bij meisjes. Hier zowel de kinderen als de ouders bij betrekken. Dit item moet nog meer opgepakt worden!
- Senioren: er zijn met name veel jónge senioren in Zw, gaan veel op vakantie (buitenland). Hebben een redelijk gezondheidsbeeld. Zw. heeft een laag sterftecijfer.
- Heerst wel angst en zorgen om alleen te komen staan (isolement).
- Speerpunt diabeteszorg: goed geregeld in Zw.
    - praktijkondersteuner doet 4x per jaar een controle (schema)
    - preventie m.n. richten op mannen tussen 20 - 50 jaar (nog veel aan te doen, nog geen last).
    - Motivatie van patiënten is hierbij van zeer groot belang.
- Geestelijke gezondheidszorg: veel (landelijke)ontwikkelingen. Ook voor ha nog veel vragen over toekomst.
- Wel alle patiënten in kaart/ 3 behandelingen voor bepaald budget, hebben veel steun en begeleiding nodig. Slechts twee psych.praktijken (1e lijn) Meerkanten is 2e lijn.
- Huisartsen veel GGZ zelf in behandeling: veel angst/stemmingswisselingen.
- Door nieuwe praktijk erbij in Polderwijk is het tekort weer tijdelijk opgelost!

n.a.v. vragen van de toehoorders, geeft Mw. Bongers aan dat:

- er weinig alcoholproblematiek van jongeren ter sprake komt op het spreekuur. Wél vragen over pilgebruik en SOA's.
- er op de spreekuren we veel ouders/ouderen (vanaf 40 jaar) met een alcoholprobleem verschijnen. Dit geldt ook voor de huisartsenpost (maar niet extreem veel). Het aantal vragen van ouders over alcohol lijkt afnemend, maar er waren vroeger wel vel vragen over drugs.
- in Zw. zijn veel scheidingen, over de consequenties ervan voor de kinderen antwoordt mw. Bongers dat een huisarts vaak met name in het voortraject betrokken is.

Het begrip van 'supernanny' en 'adoptie oma/opa's' wordt geopperd als antwoord op de gedragsproblematiek en als vraagbaak bij gebrek aan familie en ouders in de buurt.

Presentatie van Meerkanten over geestelijke gezondheidszorg in Zeewolde, door mevrouw J. ten Haaf.
De handout van deze presentatie vindt u in bijlage 3.

Nog enkele toevoegingen hierbij:
Algemeen:

- Geestelijke gezondheidszorg reikt ver, en er gebeurt ook al heel veel op preventie. Het is een zaak voor ons allemaal, en we moeten er samen in optrekken.
- Weerbaarheid trainen/ stimuleren tegen stressgebeurtenissen.
- Angststoornissen komen het meest voor en zijn weinig zichtbaar omdat de persoon er zijn leven vaak op aan past!
- Ook veel depressieverschijnselen.
- Schizofrenie is invaliderend.
- De ziektelast is groot én stijgend!

- Hoop om samen met ander partijen een groter deel van de patiënten te bereiken (zie top van de ijsberg - dia) Veel pp. nog niet in beeld
- Risicofactoren (zie lijst op dia) bv. sociale isolatie. hulp b.v. door maatjesprojecten, adoptie-oma's en -opa's.
- Beschermende factoren: bv. pestprogramma's (weerbaarheid trainen) Deze acties meer sámen en gericht(er) inzetten.
- Risicogroepen: bv. niet westerse allochtonen (lage SES)

Zeewolde specifiek:

- Deze gegevens zijn alleen over de patiënten die via Meerkanten aangemeld zijn.
- De ligging en grootte van Zw. is niet optimaal voor Meerkanten
- Risico's? m.n. relatie met drank en depressie.
- GGZ specialistische behandeling: huisartsen, 1e lijns psycholoog, Meerkanten (opname en ambulante behandeling) , particuliere therapeuten, Eleos in Amersfoort.
- Welke preventie activiteiten? cursussen en empowerment voor
    - Mantelzorgers (van patiënten met specifiek ziekbeeld)
    - Voorlichting (op locatie in Zw.)
    - Trainen van intermediairs
    - KOPP projecten (kinderen van ouders met psych. problemen) Loopt nu een pilot van in Zw.

Na de pauze was het de beurt aan de aanwezigen. Met behulp van 'geeltjes' konden zij hun opmerkingen, aanbevelingen, suggesties etc. kwijt op de diverse flipovers, waarvan een aantal al gekoppeld aan een thema, maar anderen nog vrij in te vullen waren.
Vervolgens is de inbreng van de aanwezigen plenair besproken o.l.v. mw. Lodders en waarnodig toegelicht. Waar nodig zijn er aanvullingen toegevoegd.

Hierna volgt de (letterlijke) weergave van op de flipovers (inclusief aanvullingen) :

1. **Thema: Alcohol:**

- Methodiek ontwikkelen om ouders te betrekken bij de alcoholproblematiek van de jeugd. (bv. inzetten 'moedige moeders van Volendam').
- Verkoop van alcohol aan 16- minners controleren.
- Alcohol met mate lost soms problemen op -> ontspannend
  -> in de hand houden?
- Mensen kennis laten maken met alternatieven: bv. alcoholvrije cocktails en frisfeesten.
- Kroegentocht houden met de ouders
- Persoonlijk contact
- Groepscultuur positief beïnvloeden: bv. bij keetdrinkers interveniëren
- Aansluiten bij de lokale mogelijkheden; de zorg dichtbij de doelgroep brengen: bv. mantelzorggroep voor omgeving van .., kinderen van verslaafden, KOPP praat en doegroep (in Almere):

aparte aandacht voor aparte groepen. Tactus heeft die mogelijkheden; op locatie aanpakken, zorg op maat bieden, integrale aanpak = met Zeewoldense instellingen.
- Integrale aanpak: preventie op scholen, maar ook richten op volwassenen en ouders, ouderen: begeleiding en behandeling, handhaving!
- Samenwerking tussen Tactus, onderwijs, GGD, welzijnswerk en huisartsen.
- Beeldvorming: alcoholgebruik: overmatig én op jonge leeftijd = schadelijk!
- Meer jongeren(organisaties) betrekken bij de oplossingen
- Alternatieven bieden bv. frisdranken: prijs omlaag??
- Alcoholmatingsbeleid belonen?

2. Thema: Geestelijke GezondheidsZorg (algemeen):
- Zorgen voor een jongerenspreekuur bij de huisartsen.
- Psych.gezondheid jeugd (suïcidale gedachten en suïcide pogingen): vroegtijdig signaleren, preventie, actie.
- Politie moet het belang van slachtofferhulp vaker noemen (laagdrempelig en kortdurend)
- Adopteer een dochter (voor ouderen) visa/versa effect.
- Financiële problematiek heeft ook impact op de gezondheid: lichamelijk en geestelijk - psychosomatische belasting/ schuldhulpverlening/ grote impact.
- Meer aandacht voor kinderen van gescheiden ouders o.a. door alg. maatsch.werk en CheckZeewolde.
- Meer casemanagement bij gezinsaanpak/ diverse problemen/ niet iedere vanuit eigen instelling.
- Meer contact met huisarts over mogelijkheden van mantelzorg-ondersteuning/ vroegsignalering van overbelasting mantelzorger.

3. Thema: Drugs:
- Cijfers van peerproject wijzen uit dat er vanaf 14 jaar wel veel geëxperimenteerd wordt met (soft) drugs. Hier aandacht voor.
- Deze resultaten komen niet overeen met de cijfers van de GGD enquêtes!
- Handel in drugs controleren: dealers opsporen (signaleren) en aanpakken(justitiële taak) .
- Haal softdrugs uit de taboesfeer. (= discutabel, politieke keuze)
- Eerlijke voorlichting.

4. Thema: Meten.
- Idee: een GGD onderzoek naar personen met een beperking (i.s.m. MEE) en de hierbij horende gevolgen en problemen.
- Specifiek onderzoek in Zw. alcohol/drugs/depressie/suïcide: combinatie kwalitatief en kwantitatief.
- Blijven monitoren van volksgezondheid & welbevinden Zw. algemeen: trends opsporen en daarop acties formuleren.
- In beeld brengen/ meten problematieke van mantelzorgers (bv. is men depressief? Maar ook andere problemen).

- Stand van zaken: cijfers preventief huisbezoek van 70 - 75 jarigen zijn bijna afgerond.

5. Thema: Preventie. (zo vroeg mogelijk, zo snel mogelijk)

- Thuisbegeleiding (ICARE) kan signalerende functie hebben bij KOPP kinderen.
- Zw. heeft een hoog % hoogopgeleiden, maar hoe vinden personen met een beperking de juist weg? Contact met WMO loket wordt versterkt in 2008.
- Ouderenadviseur en preventief huisbezoek voortzetten.
- Meer de peermethode toepassen
- Maatjesproject onder jongeren
- Kinderen in risicosituaties: gescheiden ouders, ouders met verslavings - en/of psych. problematiek/ éénouder gezinnen/ onveilige situaties (mishandeling etc.) .
- Consultatiebureau's voor ouderen? mogelijk in Sfinx of Luxor? Icare afd. verpleging & verzorging én Icare afd. voorlichting en preventie willen hier graag in meedenken.
- Kinderen van ouders met psychische problemen zijn ook mantelzorger/ evenals kinderen van ouders met een verslaving.
- COPD: Icare afd. verpleging en verzorging wil graag meedenken en samenwerken.
- Voorlichtingscampagnes voor werkende mantelzorgers (voorkomen depressie/ arbeidsongeschiktheid en intramurale opnames van de zorgvragers).

6. Thema Opvoedingsondersteuning:

- Denk aan reeds bestaan aanbod bij de organisaties (BJZ etc.)
- MEE biedt ook (gratis) opvoedingsondersteuning voor ouders met een beperking of ouders van kinderen met een beperking.
- Opvoedingsondersteuning bij psychisch zieke ouders door Icare Thuisbegeleiding én bij ouders met een (licht) verstandelijke beperking.
- Zorg voor continuïteit d.m.v. betaalde coördinatie.
- Ouders hebben soms (te) hoge verwachting van hun kind.
- De huidige ouders willen graag onderhandelen met hun kind. Kunnen 'nee' zeggen! Voor kind is leiding en opvoeding hierdoor niet duidelijk.
- Frustraties op oudere leeftijd: geeft problemen. Moet jong geleerd worden.
- Centrum v. jeugd en gezin: alles onder 1 dak/ korte lijnen.
- Vroeghulp via JGZ en opvoedingsondersteuning bij geboorte baby, bij ouders met een beperking
- Samenwerking
- Schoolopa's en - oma's voor voorlezen, spelletjes, bijwerken, computergebruik (zie Kiekendiefproject).
- Supernanny's voor ondersteuning van ouders.
- Goede naschoolse *opvang,* geen oppas: begeleiding kids naar sport e.a. activiteiten.

- Homestart: vrijwilligersorganisaties voor steun aan ouders bij de opvoeding.
- Uitbouw VHD voor oppasoma's en - opa's, verder uitbouw maatjesproject.
- Veel kennis via internet en/of uit boeken betekent nog niet vaardigheid erin krijgen (m.a.w. de uitvoering ervan).
- Groepsbijeenkomsten: weinig belangstelling. één op één geeft veelal meer effect (is wel tijdrovend).
- Centrum voor jeugd en gezin: 1e ingang: digitaal/virtueel CJG - o.a. voorlichting en advies / koppeling/relatie.
  Digitaal versus fysiek CJG (gebouw, spreekuur, hulp etc.
  Belangrijk voor: checken van jeugd, ouders én intermediairs
  Vergelijk met andere gemeenten maken.

7. Thema Overgewicht en Ondergewicht.

- Houd rekening met niveau van mensen bv. licht verstandelijk gehandicapten (dit vraagt een andere benadering)
- Integrale aanpak: van over- en ondergewicht (gezond gewicht): preventie (m.n. jeugd), signalering, begeleiding en behandeling, monitoring. Door onderwijs, buurt, sport, JGZ, Icare, GGD, welzijnswerk, huisarts, kinderarts etc.
- Signalerende functie van thuisbegeleider áls die er al is in het gezin. Overleg/contact met scholen en JGZ.
- Ludieke acties bv. fruitboeren als gangmakers.
- Project opzetten i.s.m. sport, welzijn,onderwijs én psycholoog: gericht op gezonde voeding en beweging voor kinderen en jongeren.
- Aantrekkelijke combinaties bedenken voor ouderen bv. sport en gezond eten, aandacht voor gewicht
- Meer lichaamsbeweging op school.
- Motivatie is minder om gezond te eten wanneer men alleenstaand is.
- Aanleg/erfelijkheid: voorlichting én voeding belangrijk.
  Heel belangrijk is vooroordeel/oordeel. Vaak juist moeilijk door aanleg. Niet alleen voeding- ook stofwisseling.
- Kookcursus/eetclubjes.

8. Thema Depressie.

- Ontwikkelen van gezamenlijke programma's GGZ en Verslavingszorg.
- Meer aandacht voor mantelzorgers die zorgen voor naasten met dementie. Meerkanten: cursus op maat, locatie in Zeewolde.
- Aandacht voor chronisch ziekten.
- Samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten bevorderen.
- Preventie/ zorgprogramma's: depressie/ preventie/ signalering/ begeleiding en behandeling.
- Samenwerking AMW, onderwijs, GGZ, GGD, ziekenhuis, ouderenwerk, jongerenwerk, etc.
- Training voor docenten, jongerenwerkers e.d. voor signalering bij jeugd.
- Goedkoper en laagdrempelige(re) sport m.n. voor specifiek doelgroepen (bv. vrouwen)

- Vertrouwen van naasten en familie is heel belangrijk= aanvullend op professionele hulp.
- Gezamenlijk aanpak van problemen: angst en depressie, ouders én kinderen (bv. scheiding: psych.proces).
- Aandacht link: (sociaal)isolement - angststoornis - depressie.

9. Thema Algemeen:
- Meer zelf doen en minder verwijzen: eigen verantwoordelijkheid nemen.
- Relatie tussen internetten en echtscheidingen?
- Bereikbaarheid huisartsendienst voor ouderen en in weekend?
- Interviewen door peers i.p.v. enquête(levert bv. meer info op uit jongerengroep) .
- Sociale controle binnen kleine gemeenschap is groot: niet te koop lopen met problemen: therapie elders aanbieden. Ook vaak drempel- én kostenverhogend (wel/niet verzekerd?) .
- Response op enquêtes wordt groter indien men onder de inzenders iets verloot: bv. voor jongeren ipod,mp3, cd's
- Bij enquêtes onderscheid maken in geslacht: jongens/meisjes diverse resultaten!
- (meer) voorlichting over de mogelijkheden die er al zijn!
  Ook linken naar elkaar. Zie geheugensteuntje Zw, sociale kaart, verwijswijzer jeugd: Probleem hiervan is: hoe actueel te houden!.

Hoe verder?
Mevrouw Wesly geeft het vervolg van het proces aan. In de zomermaanden wordt met behulp van o.a. de input van vandaag een conceptnota gezondheidsbeleid geschreven. Indien het college instemt met deze conceptversie wordt deze vrijgegeven voor inspraak. Hierover volgt t.z.t. een persbericht, met verdere details. De inspraakresultaten worden verwerkt in een reactienota, die ook aangeboden wordt aan het gemeentebestuur.
Het is aan de Raad om het gezondheidsbeleid vast te stellen.

Tot slot:
Mw. Lodders geeft aan dat er van deze bijeenkomst een verslag wordt gemaakt waaraan ook de handouts van de inleidingen worden toegevoegd. Het verslag wordt aan alle aanwezigen toegezonden.
Vervolgens bedankt mw. Lodders alle aanwezigen voor hun inbreng tijdens deze bijeenkomst en speciaal ook de sprekers voor hun inleidingen.

Bijlagen:
1 Presentielijst.
2 Handout inleiding GGD.
3 Handout inleiding Meerkanten

Bijlage 1: Presentielijst bijeenkomst 27 mei 2008:

Naam:	**Organisatie/instelling**
M.de Jeu	MEE Ysseloevers
M.de Groot	Kwintes
N.Snijder	Coloriet
M.Pieters	Axion (mantelzorgconsulent)
A.Hoek	Cliëntenadviesraad CAR
R.Stuyer	idem (achterban GGZ)
A.Wolthuis	CAR (namens de AO)
J.Zwaan	idem
A.van der Linden	idem (namens KBO)
J.Dekker	idem (achterban gehandicapten)
B.van Gorcum	Maatsch.Dienstverl. Flevoland
A. Gieben	idem
B.Bouwhuis	Wolderwelzijn
A.Bosscha	idem
J. ten Haaf	Meerkanten
H.van Heijst	Slachtofferhulp
K.v.dLaar	GGD Flevoland
A.v.d.Beek	idem
D.de Groot	Tactus
M.Bongers	voorzitter huisartsengroep Zeewolde
A.de Vries	Vrijwillige Hulpdienst / VITTZ
I.Steenbergen	Icare
S.v.d.vegt	Icare thuiszorg
Y.Bakker	Icare Jeugdzorg
G.Mariman	Icare Jeugdzorg
H.Lodders	wethouder alg.gezondheidszorg
N.Wesly	beleidsambt. o.a. gezondheidszorg
C.Hermans	idem, o.a. ouderenbeleid
S.Raats	idem, o.a. jeugdbeleid
J.v.d. Berg	idem, o.a. onderzoek en statistiek
A.v.d.Hoek	idem, o.a. sociaal cultureel werk

Gezondheid in Zeewolde

Katja van de Laar
Anke van der Beek

GGD Flevoland
27-05-2008

Inhoud presentatie

- Demografie
- Resultaten bevolkingsenquêtes
- Conclusie

Demografie

Prognose bevolkingsomvang Zeewolde

2005	*2010*	*2015*	*2020*	*2025*
19.120	21.850	24.050	26.100	28.400

Prognose leeftijdsopbouw Zeewolde

	0-19		20-64		> 65	
	2005	*2015*	*2005*	*2015*	*2005*	*2015*
ZW	33.8	29.6	58,6	61,2	7.6	9,2
NL	24,7	22,7	61,5	59,6	14,0	17,7

Percentage allochtonen is laag (2006)

	Allochtonen totaal	Westerse allochtonen	Niet westerse allochtonen
Zeewolde	10,8	7,4	3,4
Flevoland	25,3	8,1	17,2
Nederland	19,3	8,7	10,5

Hoge Sociaal Economische Status (SES) in Zeewolde

Opleidingsniveau 15-65-jarigen

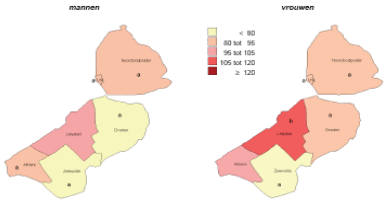
	Lager onderwijs	Middelbaar onderwijs	Hoger onderwijs
Zeewolde	27 %	45 %	28 %
Flevoland	34 %	44 %	22 %
Nederland	34 %	41 %	25 %

Gemiddeld besteedbaar inkomen

	Autochtonen	Westerse allochtonen	Niet-westerse allochtonen
Zeewolde	18.400	19.300	13.700
Flevoland	17.400	17.800	15.500
Nederland	17.900	18.300	14.800

Sterfte in Flevoland (1)

Gestandaardiseerde sterfte in SMR in vergelijking met Nederland (SMR = 100); periode 1996-2002.



- Ondersterfte mannen en vrouwen in Zeewolde
- Levensverwachting mannen 85,1 (NL: 75)
- Levensverwachting vrouwen 93 (NL: 81

Conclusie demografie

- Groeiende bevolking
- Dalend % jongeren, stijgend % ouderen
- Weinig niet westerse allochtonen
- Veel mensen met hoge SES
- Levensverwachting is hoog

Resultaten bevolkingsenquêtes

- Enquêtes
  - Senioren 2004
  - Volwassenen 2005
  - Jongeren 2006/2007
- Landelijke en lokale speerpunten
  - roken, alcohol en drugs
  - overgewicht, voeding en beweging
  - psychosociaal: eenzaamheid, depressie, suïcide

Percentage Rokers in Zeewolde

Jongeren 2002	Jongeren 2006/2007	Volwas-senen 2001	Volwas-senen 2005	Senioren 2004
23,4	20	28	20	16

NL 2006: rokers 28 %
(mannen 31%, vrouwen 25%)

Percentage alcoholgebruik in Zeewolde

Jongeren 2006/2007	Volwassenen 2005	Senioren 2004
79	89	82

NL vanaf 12 jaar: 81% (2006)
NL 12 jaar: 60 % (2007)

Alcoholgebruik jongeren in Zeewolde

Recent alcoholgebruik	62 %
Binge drinking	38 %
Recent dronken geweest	18 %

NL recent alcoholgebruik: 42 % (2006)
Binge drinking: 5 glazen of meer op 1 gelegenheid
Recent is de afgelopen 4 weken

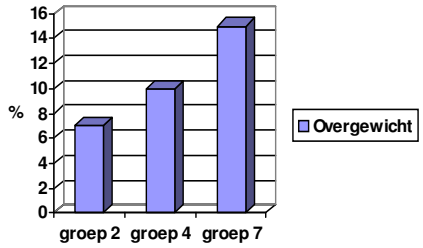
Drugsgebruik in Zeewolde (%)

	Jongeren 2002	Jongeren 2006/2007	Volwas-senen 2001	Volwas-senen 2005
Softdrugs gebruik ooit	21,4	17	12	12
Softdrugs gebruik recent		2		0
Harddrugs gebruik ooit		3		4

Percentage overgewicht in Zeewolde

	Jeugd 2003/2004	Jongeren 2006/2007	Volwas-senen 2005	Senioren 2004
Over-gewicht	10	9	34	44
Obesitas	-	0	10	14
Onder-gewicht	-	15	0	0

Percentage overgewicht basisscholen Zeewolde 2003/2004



% Sporten bij een vereniging

Jongeren 2002	Jongeren 2006/2007	Volwassenen 2005
59	71	62

% Sporten 1 keer per week of meer

Jongeren 2006/2007	Volwassenen 2005	Senioren 2004
88	66	45

Gezonde voeding

	Jeugd 2003/2004	Jongeren 2006/2007	Volwas-senen 2005	Senioren 2004
Ontbijt 5 dagen per week of meer	93	84	87	92
Dagelijks groente	59	46	26	63
Dagelijks fruit/sap	75*	32*	27	66

*** alleen fruit**

Psychosociale gezondheid

Gevoelens van eenzaamheid (% regelmatig tot vaak)

Jongeren 2002	Jongeren 2006/2007	Volwas-senen 2001	Volwas-senen 2005	Senioren 2000	Senioren 2004
7	9 *	6	5	4	6

*** Afgelopen week**

% Suïcidegedachten afgelopen jaar *

Jongeren 2002	Jongeren 2006/2007	Volwassenen 2005	Senioren 2004
11,9	21	4	1

*** Wel eens serieus overwogen**

Depressie (% zelf gerapporteerd)

Jongeren 2006/2007	Volwassenen 2005	Senioren 2004
16 *	4	6

*** Afgelopen week erg verdrietig gevoeld**

Conclusie en aanbevelingen

- Alcoholgebruik nog steeds hoog, bij jongeren zorgelijk
- Drugsgebruik lijkt verminderd ??
- Aandacht voor preventie overgewicht op alle leeftijden, maar ook voor ondergewicht bij jongeren
- Suïcidegedachten jongeren zorgelijk, nader onderzoek gewenst
- Verder valt Zeewolde vooral op in positieve zin

Meerkanten

geestelijke
gezondheidszorg
flevo-veluwe

Bevordering

van

Geestelijke Gezondheid

Integrale aanpak voor het beste resultaat

bijeenkomst **lokaal gezondheidsbeleid**
gemeente Zeewolde

27 mei 2008

Wat is geestelijke gezondheid?

Psychische gezondheid:

=> Psychosociale weerbaarheid

- **beschermt tegen psychische stoornissen**

Wat is geestelijke gezondheid?

Psychische gezondheid:

- **neurofysiologische, cognitieve, emotionele en sociale vermogens**
- **ter bevordering van:**
  - **welbevinden**
  - **bevredigende sociale relaties**
  - **ontwikkeling (lichamelijk en psychisch)**
  - **omgaan met tegenslagen, stress en veranderingen in het leven**

Effect geestelijke gezondheid?

Breed-spectrum effect:

- **levenssatisfactie**
- **betere sociale relaties**
- **betere lichamelijke gezondheid**
- **minder gebruik gezondheidszorg en sociale voorzieningen**
- **betere schoolprestaties**
- **hogere arbeidsproductiviteit**
- **sociale gelijkheid en cohesie**

Omvang Psychische Stoornissen

Volksziekte met epidemische omvang:
totaal: 15 – 23 %

	laatste 12 maanden	lifetime
Depressie	**6 – 7 %**	**19 %**
Angststoornissen	**13 %**	**25 %**
Schizofrenie	**0.2 %**	**1 %**

Bron:
Prevention Research Centre, 2004

Gevolgen

- **Arbeidsongeschiktheid**
  35 % vanwege ernstige psychische stoornissen
- **Kosten: totale kosten van psychische stoornissen en andere hersenstoornissen in EU hoger dan die van hart- en vaatziekten, kanker en diabetes**
- **Meer lichamelijke ziekten**
- **School drop-out en slechter onderwijs-rendement**
- **Contacten met justitie en politie**
- **Maatschappelijke ongelijkheid**
- **Ziektelast en gezondheidsverlies (DALY's)**
  In 2020 depressie 2e plaats op de wereldranglijst

Het ijsberg-fenomeen

Determinanten

Risicofactoren:
Verhogen kans op ontwikkeling psychische stoornissen

Generiek of ziekte-specifiek, zoals:

- **traumatische gebeurtenissen**
- **problematisch opvoedingsgedrag**
- **gepest worden**
- **psychische stoornissen bij ouders**
- **relationele spanningen**
- **gebrekkige sociale steun, sociale isolatie**
- **werkeloosheid of werkstress**

Determinanten

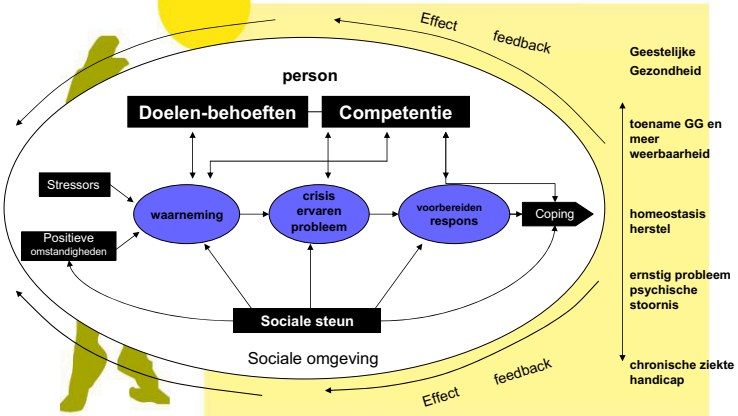
Beschermende factoren:

Psychosociale weerbaarheid

- **ondersteunend schoolklimaat**
- **zelfvertrouwen**
- **cognitieve probleemoplossende vaardigheden**
- **stress-management vaardigheden**
- **sociale vaardigheden**
- **'mastery'; controle over eigen omgeving**
- **vermogen liefdevolle relaties aan te gaan**
- **adequate sociale steun**

Stress model

Aanpassing van de cognitieve stresstheorie van Richard Lazarus



Risicogroepen

Risicogroepen algemene bevolking:

- **oudere weduwen/ weduwnaars**
- **mantelzorgers**
- **chronisch zieken**
- **kinderen van ouders met een psychiatrische stoornis**
- **lage sociaal economische status/ werkeloosheid**
- **slachtoffers van kindermishandeling/geweld**
- **alleenstaande moeders**
- **migranten**

Bron: C.M.H. Hosman, 2000

Gemeente Zeewolde

Gezondheidstoestand en welbevinden bevolking: (indicatoren Monitor Volksgezondheid, GGD 2005)

- **Hoogste percentage zware drinkers in Flevoland**
- **Meer bezoek fysiotherapeut**
- **Meer mensen met bovenmodaal inkomen**

Overige kenmerken:

- **Door ligging en grootte is het voorzieningenniveau (nog) niet optimaal (o.a. opvangvoorzieningen psychiatrische patiënten)**

Risicogroepen

Risico's bevolking Zeewolde:

- **algemene risico's**

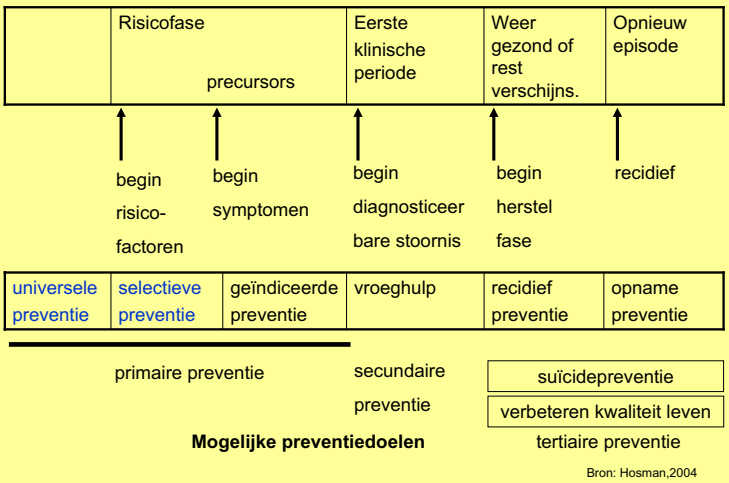
Meer specifiek rekening houden met:

- **overbelasting werk**
- **alcoholproblemen**

Alcoholproblematiek geassocieerd met depressie en angststoornissen

- **sociale isolatie kwetsbare groepen?**
- **te weinig aanbod lokaal?**

Proces van ontstaan en beloop psychische stoornissen



Bron: Hosman,2004

Preventie: diverse actoren

Versterking beschermende factoren

=> Bevordering sociaal-maatschappelijke omstandigheden, geestelijk welzijn, gezinsklimaat, schoolklimaat door

- **AMW, jeugdinstellingen, CAD, scholen, buurt- en welzijnswerk, thuiszorg, opvoedingsondersteuning, kerken, vluchtelingenwerk**

- **Gemeentelijke infrastructuur: stadsplanning, voorzieningen**

- **Specifieke beleidsmaatregelen, bijvoorbeeld alcoholgebruik door jongeren**

GGz-hulp: specifiek

GGZ-behandeling

- **Huisartsen**
- **1e lijnspsychologen**
- **Meerkanten GGz**
- **Particuliere therapeuten**
- **Eleos**

Inzet GGz Meerkanten

Waar vindt GGZ-hulp plaats?

- **ambulante en klinische behandeling volwassenen en ouderen locatie Meerzicht Lelystad**
- **ambulante behandeling Harderwijk**
- **poliklinische vervolghulp in Zeewolde** (arts + SPV in gezondheidscentrum, samen 12 uur per week)
- **resocialisatie-afdeling (Meander) en sociowoningen Lelystad**
- **afdeling Kinderen en Jeugd Lelystad**
- **verslavingskliniek in Almere**

Preventie GGz Meerkanten

Preventieve programma's voor diverse risicogroepen

- **Cursussen** (empowerment), soms samen met AMW
- **Voorlichtingsbijeenkomsten**

vaak locatie Lelystad en harderwijk

- **Training intermediairs**
- **Specifieke projecten, bv KOPP-project**

Is dat voldoende?

- **Selectieve groep wordt bereikt:** met voldoende motivatie om drempel over te stappen en mogelijkheden om te kunnen reizen
- **Door vermijding blijft veel onzichtbaar:** angstklachten en stoornissen in het gebruik van middelen
- **Niet onderkend door andere verschijningsvorm:** lichamelijke spanningsklachten/ voortdurend beroep op thuiszorg etc.
- **Afhaken:** door toegenomen productiedruk minder gelegenheid mensen actief te blijven benaderen als ze afhaken
- **Aanbod niet passend voor bepaalde doelgroepen** (te cognitief)
- **Mogelijkheden individuele behandeling beperkt** door financiers

Meer mogelijkheden

Bevorderende factoren

- **Sociale netwerkbenadering**, benadering via contactpersonen en vertegenwoordigers van de diverse doelgroepen
- **Intersectorale samenwerking**, gezamenlijke aanpak complex gezondheidsgedrag (multifactorieel): vergroten effect
- **Aanbod vraaggericht ontwikkelen:** van signaal naar aanbod
- **Aansluiten bij bestaande structuren en voorzieningen**, activiteiten aanbieden op een voor de doelgroep gangbare of neutrale locatie

Ideaal

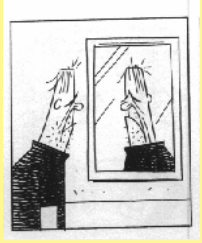
Bereik vergroten

- **Stepped care:** beginnen bij relatief 'lichte' interventies
- **community-benadering:** interventies op maat
- **integrale aanpak:** meerdere invalshoeken en benaderingswijzen, gezamenlijk optreden
- potentiële cliënten
- intermediairs (ouderenwerkers, huisartsen)
- directe omgeving
- gemeentelijk beleid

Depressie

Depressie

- **Speerpunt gezondheidsbeleid VWS**



Depressie

Prognose na de eerste episode:

- **Herstelperiode: 4-6 maanden**
- **Kans op terugval:**
  - 20 % binnen 2 maanden
  - 30 % binnen 6 maanden
  - 40 % binnen een jaar
  - 50 % binnen 2 jaar
  - 70 % binnen 5 jaar
- **Gemiddeld 5 tot 6 episodes per leven**
- **Aantal suïcides per jaar: 1500**

Depressie

Gevolgen van depressie:

- Hoog risico op terugval, chroniciteit
- Hoog risico op comorbide stoornissen (verslaving, angst, agressie)
- Vergroot sterftekans en oorzaak van suicide
- Ernstige individuele en sociale gevolgen
  Gezin, school,werk
- Hoge economische kosten
- Minder effect bij GVO (roken)

Depressie

Wat kunnen we doen?

- Mogelijkheden beter onder de aandacht brengen
- Signalering verbeteren door voorlichting intermediairs
- Gezamenlijk analyseren risicogroepen lokaal en welk aanbod passend zou kunnen zijn
- Gezamenlijk aanbod ontwikkelen op maat
- Eventueel specifieke enquete GGD

Depressie

Voorbeelden

- Programma “Liever bewegen dan moe”, GGZ, fysiotherapie, buurtcentrum
- Programma van themabijeenkomsten over gezondheid voor ouderen in ouderencentrum, waarin dan ook aandacht voor geheugenproblemen, depressie en afhankelijkheid van middelen
- Verkorte cursus “omgaan met depressie voor familieleden”, bijvoorbeeld bij steunpunt mantelzorg
- Cursus opvoeding voor ouders met psychische problemen, jeugdzorg + GGZ

En dan 4 jaar later..

En ze leefden nog lang en gelukkig in Zeewolde:

Afkortingenlijst:

AED	Automatische Externe Defibrillator
AKZ	Arme Kant Zeewolde
AMK	Advies en Meldpunt Kindermishandeling
BMI	Body Mass Index
CAR	Cliënten Adviesraad
CBS	Centraal bureau voor de Statistiek
CGL	Centrum Gezond Leven
CT	Centrale Toegang
EKD	Elektronisch Kinddossier
GIP	Gezondheidsinformatiepunt
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GOA	Gemeentelijk Onderwijs Achterstandenbeleid
Hagro	Huisartsengroep
IGSD	Intergemeentelijke Sociale Dienst
IGZ	Inspectie voor de Volksgezondheid
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KOPP	kinderen van ouders met psychische p[problematiek
LGB	Lokaal gezondheidsbeleid
MDF	Maatschappelijke dienstverlening Flevoland
MCC	Medisch Coördinatie Centrum Flevoland
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
OGZ	Openbare gezondheidszorg
RAAK	Reflectie- en actiegroep aanpak Kindermishandeling
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid
SEGV	Sociaal Economische gezondheidsverschillen
SES	Sociaal Economische Status
Stivoro	Expertisecentrum voor tabakspreventie in Nederland.
VEDOMI	Verdovendemiddelen (werkgroep)
VITTZ	Vrijwillige intensieve terminale thuiszorg
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VVE	voor- en vroegschoolse educatie
VWS	Ministerie van Volksgezondheid welzijn en sport
WCPV	Wet collectieve preventie volksgezondheid
WHO	World Health Organisation
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wpg	Wet Publieke Gezondheid

Bijlage 6

Geraadpleegde literatuur

- Rijksnota 2003: Langer gezond leven.
- Rijksnota 2006: Kiezen voor een gezond leven
- Rijksnota: Gezond zijn, gezond blijven
- Beleidagenda VWS 2009-06-05 Regionaal Plan Noord-Oost Toekomstvisie op publieke gezondheid VNG maart 2009
- Beter voorkomen (bestuurlijke benchmark VNG).
- Diverse nieuwsbrieven ministerie VWS.
- Zichtbare Zorg Publieke gezondheid (visie op verantwoording gemeentelijk gezondheidsbeleid Stuurgroep Inspectie volksgezondheid, februari 2009
- RIVM rapport 2007: Vergrijzing en toekomstige ziektelast (prognose chronische ziekteprevalentie 2005-2015.
- Serie Gezond leven (va VNG en GGD Nederland)
- Stivoro rapport `Roken de harde feiten´
- Handleiding preventie van depressie (Trimbos- instituut).
- CBS site en diverse rapportages.
- Regionale VTV Flevoland “samen werken aan en gezond Flevoland”, 2008.
- Voorzieningen in Flevoland: actualisering en verkenningen tot 2020. door ABF research in opdracht van provincie Flevoland, maart 2006
- Sociale Atlas Flevoland 2007.
- Flevomonitor 2006, 2007.
- GGD enquêtes (meerdere jaargangen jeugd, volwassenen en senioren).
- Flevoland ´koploper programma ketenzorg dementie´ van MCC maart 2009
- IVO rapport maart 2009 (chronische probleem verlaafden van Flevoland
- Diverse regionale nota´s in het kader van Maatschappelijk opvang/Verslavingszorg/Vrouwenopvang en Huiselijk geweld.
- Jaarverslagen GGD ‘Vangnet en Advies’ 2005-2008
- Jaarverslagen GGZ Meerkanten 2006, 2007 en 2008.
- Coalitieprogramma (2006-2010 'Te plaveien wegen' samen op weg naar 2010) en het addendum.
- Pronexus rapport
- Lokale kernboodschap Zeewolde 2008.
- Toekomstvisie Hagro i.s.m. bureau KC/1, augustus 2007.
- WMO kadernota ´Betrokken op elkaar`- de burger centraal Beleidsplan maatschappelijke ondersteuning Zeewolde 2009/2012.
- Diverse gemeentelijke nota´s lokaal gezondheidsbeleid
- Diverse gemeentelijke nota’s en rapportages van andere beleidsterreinen (bv. veiligheids-, jeugd-, en ouderenbeleid).
- Diverse websites.

_____