Kadernota Lokaal Gezondheidsbeleid 2010-2014

Samen op weg naar een gezond Roermond II



17 december 2009

Voorwoord

De (geestelijke) gezondheidstoestand van mensen bepaalt in belangrijke mate de kwaliteit van leven. Hoe gelukkig men is, is vaak afhankelijk van hoe gezond men is. Daarnaast is gezondheid niet alleen van bijzondere waarde voor het individu, maar ook voor de maatschappij. De volksgezondheid bepaalt de vitaliteit en veerkracht van onze samenleving.

Het rapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006 (VTV) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu laat gelukkig zien dat de Nederlander weer wat gezonder is geworden. Dit kan uiteraard beter. Zo zijn ongezond gedrag en overgewicht, vooral bij de jeugd, een bron van zorg voor de gezondheid in de toekomst. Ook worden binnen Nederland grote verschillen in gezondheid en gezondheidsrisico's aangetroffen tussen regio's of buurten. Gezondheidsachterstanden hangen vaak samen met sociaal economische achterstanden en andere ongunstige kenmerken van de leefomgeving.

In de landelijke preventienota van VWS "Kiezen voor gezond leven 2007-2010", is vastgesteld dat door middel van het bevorderen van een gezond leven veel winst is te behalen. Sinds 1 december 2008 is de Wet publieke gezondheid (Wpg) in werking getreden. In deze wet zijn de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV), de infectieziektewet en Quarantainewet samengevoegd. De voormalige WCPV verplichtte de gemeenteraad sinds 2003 om iedere vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast te stellen. In de nieuwe wet is deze verplichting ongewijzigd overgenomen. De voormalige gemeenten Swalmen en Roermond hebben in het verleden ieder een nota vastgesteld: resp. "Gezondheid: ons aller zorg! 2005-2007" en "Samen op weg naar een gezond Roermond 2003-2007". Vanwege de gemeentelijke herindeling is de looptijd van beide nota's verlengd.

Inmiddels zijn beide "oude" nota's geëvalueerd. Op basis van nieuwe inzichten en ontwikkelingen is de nieuwe nota voor de gemeente Roermond 2010-2014 opgesteld. Deze nieuwe nota is geen eindproduct maar moet gezien worden als een raamwerk voor verder overleg met zorgaanbieders en andere relevante organisaties in onze gemeente.

De nieuwe kadernota lokaal gezondheidsbeleid "Samen op weg naar een gezond Roermond II" ligt nu voor u. Ik wens u veel leesplezier en hoop dat de voornemens uit deze nota, in goede samenwerking met andere partijen, gerealiseerd kunnen worden en dat we op deze wijze een bijdrage kunnen leveren aan de gezondheid van de inwoners van onze gemeente. Daartoe zal in het voorjaar van 2010 een uitvoeringsnota worden opgesteld.

Uw opmerkingen en vragen met betrekking tot dit document zie ik graag tegemoet. U kunt uw reactie mailen naar summeren.v.e@roermond.nl.

Wim Kemp
Wethouder Welzijn, Maatschappelijke Zorg, Onderwijs en Cultuur

Inhoud

Deel I Gezondheid 4

1. Inleiding 5
   1.1 Totstandkoming nota 5
   1.2 Doelstelling Lokaal Gezondheidsbeleid 5
   1.3 Leeswijzer 6

2. Wat is gezondheid? 7
   2.1 Definitie van gezondheid 7
   2.2 Determinanten van gezondheid 7
   2.3 Maatschappelijke ontwikkelingen 8
   2.4 Beleidsontwikkelingen 8

3. Lokaal Gezondheidsbeleid: het kader 10
   3.1 Landelijke kaders 10
      3.1.1 Gemeentewet. 10
      3.1.2 Wet maatschappelijke ondersteuning 10
      3.1.3 Wet publieke gezondheid 11
      3.1.4 Preventienota kiezen voor gezond leven 2007-2010 13
   3.2 Regionale kaders 14
   3.3 Gemeentelijke kaders 15

Deel II Gezondheidsanalyse 17

4. Gezondheidssituatie gemeente Roermond 18
   4.1 Demografische gegevens Roermond 18
   4.2 Belangrijkste gezondheidsproblemen 19
   4.3 Risicogedrag 22
   4.4 Milieuhinder 25
   4.5 Zorgvoorzieningen 25
   4.6 Aandachtspunten voor beleid 26
      4.6.1 De vergrijzing en de gevolgen daarvan. 26
      4.6.2 Leefstijlbenadering 26
      4.6.3 Sociaaleconomische gezondheidsverschillen 26
      4.6.4 Psychische gezondheid en psychosociale problematiek 26
      4.6.5 Milieu 27

5. Interactieve beleidsvorming 28
   5.1 Startbijeenkomst maart 2009 28
   5.2 Vragenlijst lokaal gezondheidsbeleid 28
      5.2.1 Ouderen 29
      5.2.2 Algemene bevolking 29
      5.2.3 Jeugd 29
   5.3 Beleidsinformatie Openbare Geestelijke Gezondheidszorg 29

Deel III Beleidskeuzes 30

6. Doelstellingen gezondheidsbeleid 2010-2014 31
6.1 Doelstellingen per doelgroep 31
6.1.1 Ouderen 31
6.1.2 Algemene bevolking 31
6.1.3 Jeugd 32
6.1.4 OGGz 32
6.2 Overige doelstellingen 33
6.2.1 Integraal beleid 33

7. Financiën 34

8. Vooruitblik op de uitvoering 35

Literatuurlijst en lijst van afkortingen 36

Bijlage 1 Evaluatie bestaand beleid 38

Bijlage 2 Risicogedrag 40

Bijlage 3 Verslag startbijeenkomst lokaal gezondheidsbeleid 4 maart 2009 46

Bijlage 4 Vragenlijst nota lokaal gezondheidsbeleid 2010-2014 48

Bijlage 5 Geclusterde resultaten vragenlijst LGB Roermond 52

Deel I Gezondheid

1. Inleiding

Sinds 1 december 2008 is de Wet publieke gezondheid (hierna Wpg) in werking getreden. In deze wet zijn de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV), de infectieziektewet en Quarantainewet samengevoegd. De voormalige WCPV verplichtte de gemeenteraad sinds 2003 om iedere vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast te stellen. In de nieuwe wet is deze verplichting ongewijzigd overgenomen.
De voormalige gemeenten Swalmen en Roermond hebben in het verleden ieder een nota vastgesteld: resp. “Gezondheid: ons aller zorg! 2005-2007” en “Samen op weg naar een gezond Roermond 2003-2007”. Beide nota’s hebben de contouren geschetst van het beleidskader waarbinnen het lokaal gezondheidsbeleid in de voormalige gemeenten zich de afgelopen jaren zou begeven. Aan de hand van dit beleid zijn er in zowel de voormalige gemeente Roermond als de voormalige gemeente Swalmen de afgelopen periode op het terrein van lokaal gezondheidsbeleid een aantal dingen gebeurd. Echter in een aantal jaren verandert er natuurlijk ook het één en ander: inzichten wijzigen, wettelijke taken worden aangepast of aangescherpt, lokale prioriteiten wisselen en de aandacht van de bevolking voor bepaalde onderwerpen neemt af of neemt juist toe. De activiteiten in het kader van Lokaal Gezondheidsbeleid hebben er tevens toe geleid dat een aantal onderwerpen nu op een goede en structurele wijze aandacht krijgen. De nota’s hadden een looptijd van 4 jaar, deze is vanwege de samenvoeging van de gemeente Swalmen bij de gemeente Roermond met 2 jaar verlengd. Inmiddels is het tijd om de balans weer eens op te maken en in een vervolgnota Lokaal Gezondheidsbeleid de beleidskaders en prioriteiten voor de komende jaren (met ingang van 2010) voor de gemeente Roermond vast te stellen. Deze nota heeft een looptijd van 4 jaar.

1.1 Totstandkoming nota

Deze nota is tot stand gekomen in vier fasen. In de eerste fase is op basis van de eerste nota’s lokaal gezondheidsbeleid, de Rijkspreventienota, epidemiologische cijfers, gemeentelijke documentatie en diverse literatuur informatie verzameld om deze kadernota op te kunnen stellen. In de tweede fase is tijdens een startbijeenkomst met allerlei organisaties op het gebied van zorg en welzijn bekeken welke beleidsvoornemens voor deze nieuwe nota van belang c.q. nog steeds actueel zijn. In de derde fase is er een startnotitie geformuleerd welke is vastgesteld door het College van Burgermeester en Wethouders en de Commissie Welzijn. Omdat de opkomst bij de interactieve bijeenkomst in fase twee relatief laag was zijn in de laatste fase professionele organisaties, het maatschappelijke middenveld en burgers middels een schriftelijke vragenlijst bevraagd over hun mening ten aanzien van het lokaal gezondheidsbeleid voor Roermond in de komende jaren. Na vaststelling van de concept kadernota door het college van B&W is de conceptkadernota ter advisering voorgelegd aan de bij de interactieve beleidsvorming betrokken organisaties, het overleg Gehandicapten Platform, het cliëntenplatform Wmo, de seniorenraad, de sportraad en is het concept eveneens ter inzage gelegd conform de gemeentelijke inspraakverordening.

1.2 Doelstelling Lokaal Gezondheidsbeleid

Het doel van lokaal gezondheidsbeleid is het bevorderen en beschermen van de gezondheid van burgers. Daarin is de gemeente regisseur en dient zij de gezondheid van de inwoners te bewaken, ziekten te bestrijden en gezondheidsverschillen tussen burgers te verkleinen. Hierbij kan het lokaal gezondheidsbeleid grofweg onderscheiden worden in drie deelterreinen:

- *Zorgbeleid (gezonde zorg);* gericht op het bevorderen en handhaven van een kwalitatief hoog niveau van zorgvoorzieningen en het zo goed mogelijk afstemmen van zorgvoorzieningen op de zorgvraag;
- *Preventiebeleid (gezonde leefstijl);* gericht op het bevorderen en beschermen van gezondheid, het voorkomen van ziekten en het scheppen van voorwaarden voor een gezond bestaan. Het doel is het bevorderen van een zo lang mogelijk gezond leven van zoveel mogelijk mensen;
- *Integraal gezondheidsbeleid/ facetbeleid (gezonde omgeving);* het monitoren van de raakvlakken dat gezondheidsbeleid heeft met andere gemeentelijke beleidsterreinen zoals wonen, werken, sport, verkeer, jeugd etc. Concreet behelst dit het betrekken van andere gemeentelijke afdelingen bij het maken van keuzen.

Om tot een consistent en breed gedragen lokaal gezondheidsbeleid te komen gelden de volgende voorwaarden:

- ontwikkelen en implementeren van lokaal gezondheidsbeleid;
- bewerkstelligen van constante aandacht voor gezondheid als belangrijke beleidsprioriteit van de gemeente;
- door middel van politieke besluitvorming en actie de gezondheid van de inwoners van de gemeente Roermond beschermen en bevorderen;
- uitvoering geven aan het lokaal gezondheidsbeleid middels het ontwikkelen en uitvoeren van concrete actieplannen;
- resultaatgerichte afspraken maken.

1.3 Leeswijzer

Deze kadernota is opgebouwd in drie delen. Deel I: gezondheid bestaat uit 3 hoofdstukken. Na de inleiding in hoofdstuk 1 wordt in hoofdstuk 2 ingegaan op de definitie van gezondheid. Hoofdstuk 3 beschrijft het beleidskader. Met hoofdstuk 4 start deel II van deze nota waarin de gezondheidsanalyse centraal staat. In hoofdstuk 4 wordt de gezondheidssituatie in Roermond belicht, waarna in hoofdstuk 5 het proces van interactieve beleidsvorming wordt beschreven. Het laatste deel van deze nota beschrijft de beleidskeuzes voor de komende jaren. In hoofdstuk 6 worden per doelgroep de nieuwe doelstellingen geformuleerd. Hoofdstuk 7 beschrijft de financiële kant van het lokaal gezondheidsbeleid. Tot slot beschrijft hoofdstuk 8 een vooruitblik op de uitvoeringsnota.

2. Wat is gezondheid?

In dit hoofdstuk wordt allereerst ingegaan op de vraag wat gezondheid is en welke factoren hierop van invloed zijn. Hierna worden maatschappelijke– en beleidsontwikkelingen beschreven.

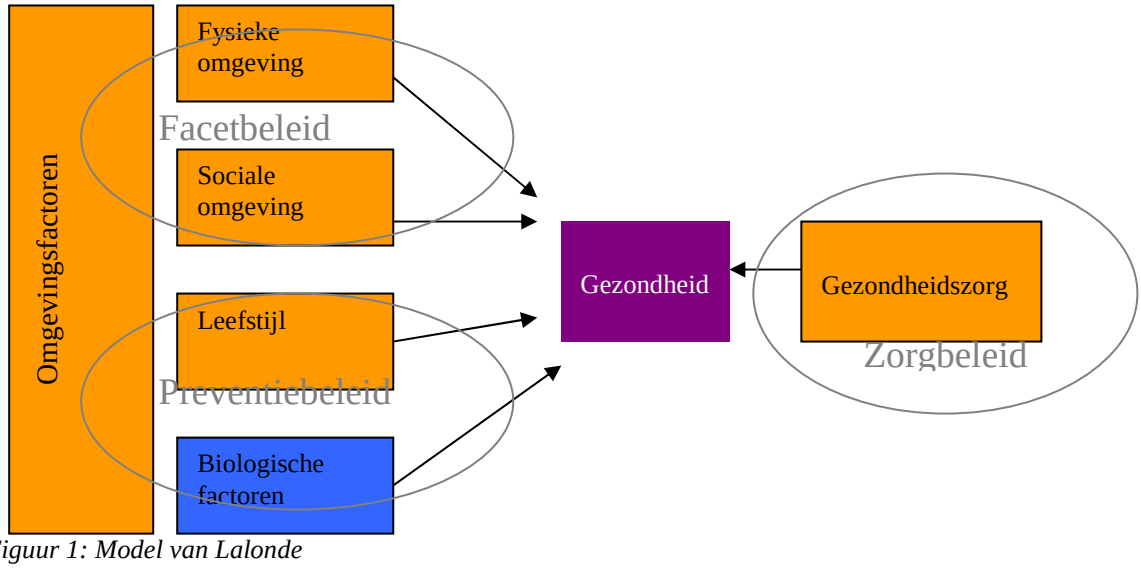
2.1 Definitie van gezondheid

Vroeger werd gezondheid vooral opgevat als de afwezigheid van ziekte of gebrek. Tegenwoordig wordt de bredere definitie van de World Health Organization (WHO) gebruikt. Bij deze brede definitie wordt gezondheid opgevat als een toestand van lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden en niet als de afwezigheid van ziekten en gebreken. Bij een optimale geestelijke gezondheid is er sprake van succesvol functioneren wat resulteert in productieve activiteiten, bevredigende relaties met anderen en de mogelijkheid tot aanpassen en omgaan met tegenslagen. In deze kadernota wordt de definitie van gezondheid onderschreven en nader ingevuld, passend bij de visie van de gemeente Roermond. Deze visie luidt als volgt; "Het bewaken, bevorderen en beschermen van de gezondheid en van gelijke kansen op gezondheid voor de gehele bevolking in Roermond". Het beleid richt zich dus niet op het bevorderen van de gezondheidssituatie van het individu, maar op de kansen op gezondheid voor een populatie als geheel.

2.2 Determinanten van gezondheid

Gezondheid bepaalt in belangrijke mate de kwaliteit van leven. Gezonde mensen voelen zich beter, zijn minder vaak ziek en werken meer en langer. Gezondheid is een situatie van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden, die wordt beïnvloed door verschillende factoren. De voormalige minister van Gezondheid in Canada, Lalonde, heeft een analysemodel (zie figuur 1) ontwikkeld om gezondheid te 'verklaren' met behulp van factoren die hier op van invloed zijn. Het gaat dan om:

1. **omgevingsfactoren, de fysieke en sociale omgeving**: wonen, milieu, veiligheid, inkomen, sociale samenhang, werkgelegenheid, arbeidsparticipatie;
2. **leefstijlfactoren**: het gedrag van mensen dat van invloed is op hun gezondheid;
3. **biologische en erfelijke factoren**: de aanwezige (aanleg voor) gezondheid of ziekte;
4. **gezondheidszorg**: de beschikbaarheid, bereikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van gezondheidszorgvoorzieningen.



Figuur 1: Model van Lalonde

2.3 Maatschappelijke ontwikkelingen

Algemene maatschappelijke ontwikkelingen die van invloed kunnen zijn op gezondheid zijn onder te verdelen in drie tendensen, namelijk: demografische, sociaal-culturele en sociaaleconomische tendensen.

Demografische tendensen zijn vooral de afname van de bevolking, de toenemende vergrijzing en ontgroening, de toename van allochtone bevolkingsgroepen, het toenemend aantal éénouder- en éénpersoonshuishoudens en het toenemend aantal alleenstaanden.

Als belangrijkste sociaal-culturele tendensen kunnen genoemd worden:

- verhoging van het gemiddelde opleidingsniveau van de beroepsbevolking;
- emancipatie van vrouwen (opleidingsniveau, arbeidsparticipatie, maatschappelijke participatie);
- toegenomen individualisering en individuele keuzevrijheid;
- verkleining van huishoudens en verzelfstandiging van leden van die huishoudens;
- toename van de sociale zekerheid en arbeidsvoorwaarden;
- meer ruimtebeslag door o.a. de toename van het aantal woningen en lagere 'woondichtheid' (aantal mensen per woonoppervlakte);
- grotere mobiliteit en autobezit.

Sommige van deze sociaal-culturele tendensen zijn gezondheidsbevorderend, zoals een hogere opleiding en een betere sociale zekerheid. Anderen veroorzaken juist meer gevoelens van stress, eenzaamheid en gebrek aan sociale steun. Deze gevoelens leiden vervolgens eerder tot een slechte(re) gezondheid en een groter beroep op de zorg.

Sociaaleconomische tendensen

De gemiddelde welvaart, en daarmee ook de gemiddelde gezondheid is in de afgelopen jaren in Nederland fors toegenomen. Steeds duidelijker zichtbaar wordt echter dat dat niet voor iedereen geldt. De groepen mensen met een lagere sociaaleconomische status (SES) hebben een lagere levensverwachting en brengen over het algemeen minder jaren van hun leven in goede gezondheid door. Zij leven gemiddeld drie tot vier jaar korter en zij brengen maar liefst vijftien jaren minder in goede gezondheid door dan mensen met een hoger inkomen.

2.4 Beleidsontwikkelingen

De rijksoverheid decentraliseert in toenemende mate, ook op het gebied van gezondheid, haar taken naar lagere overheden en in het bijzonder naar de gemeenten. De reden is dat gesteld wordt dat de gemeente het dichtst bij de burger staat en het beste weet waaraan deze behoefte heeft. Overigens worden niet alle taken gedecentraliseerd en sommige taken worden zelfs gecentraliseerd. Op het gebied van gezondheid gaat het dan bijvoorbeeld om bestrijding van infectieziekten en indicatiestelling.

Een aantal inhoudelijke verschuivingen ondersteunt deze decentralisatieontwikkeling. Het gaat dan voornamelijk om de 'vermaatschappelijking van de zorg'. Daarbij wordt gestimuleerd dat mensen met een lichamelijke, verstandelijke of psychische beperking steeds meer een volwaardige plaats in de samenleving innemen. Dit kan door zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen of opnieuw zelfstandig te gaan wonen. Dit hangt nauw samen met de tendens tot extramuralisering. Daarmee wordt de afbouw en ombouw bedoeld van de grootschalige voorzieningen (ofwel de intramurale zorg) naar hulp- en zorgverlening aan huishoudens en personen in de thuissituatie (dit is extramurale zorg). Als dat laatste niet lukt,

dan wordt ernaar gestreefd dat mensen terechtkunnen in allerlei kleinschalige woonvoorzieningen in de wijk. In dit verband wordt in Roermond op regionaal en lokaal niveau het wonen-welzijn-zorg beleid uitgevoerd, dat erop gericht is om deze extramuralisering en vermaatschappelijking van zorg te realiseren. Ook binnen de keten Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz) Roermond wordt uitvoering aan dit beleid gegeven.

Een andere ontwikkeling die van invloed is op het Lokaal Gezondheidsbeleid is ‘de modernisering van de AWBZ’. Vanuit de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) wordt de intra- en extramurale zorg bekostigd. Om de (stijgende) kosten te beheersen en te komen tot een houdbare collectieve verzekering voor noodzakelijke zorg wordt de AWBZ aangepast. De AWBZ resteert alleen nog voor de langdurige zorg en zwaardere zorg (onverzekerbare zorg). De lichtere zorg is uit de AWBZ verdwenen en in de Wmo en de nieuwe Zorgverzekeringswet ondergebracht.

Tot slot is er op landelijk niveau wetgeving (ondergebracht in de Wet op de Jeugdzorg) in voorbereiding om de regierol van de gemeenten binnen de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) vast te leggen. Het basismodel CJG combineert taken en verantwoordelijkheden uit de Wpg en de Wmo voor jeugdigen en ouders.

3. Lokaal Gezondheidsbeleid: het kader

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de landelijke kaders, de regionale kaders en de gemeentelijke kaders, die betrekking hebben op het gezondheidsbeleid beschreven.

3.1 Landelijke kaders

Er zijn diverse wetten die legitimeren dat gemeenten zich bezighouden met lokaal gezondheidsbeleid. De drie belangrijkste zijn de Gemeentewet, Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet publieke gezondheid (Wpg). Daarnaast heeft de landelijke overheid een preventienota opgesteld.

3.1.1 Gemeentewet.

In de oude gemeentewet werd gezondheid expliciet genoemd als één van de taken van de gemeenteraad. Letterlijk luidde de tekst als volgt: “aan hem (de gemeenteraad) behoort het maken van verordeningen, die in het belang van de openbare orde, de zedelijkheid en gezondheid worden vereist en van andere betreffende de huishouding van de gemeente”. In de nieuwe gemeentewet is alleen sprake van “huishouding van de gemeente” en wordt het aan de gemeenten zelf overgelaten daar invulling aan te geven.

3.1.2 Wet maatschappelijke ondersteuning

De relatie tussen de Wet publieke gezondheid en de Wet maatschappelijke ondersteuning kan het best omschreven worden als die van twee naast elkaar fungerende pijlers, met als overstijgend doel het bevorderen van de kwaliteit van leven van burgers. De Wpg richt zich op het bevorderen en het beschermen van de gezondheid van groepen uit de bevolking: de (nog) gezonde burgers. De Wmo richt zich zowel op groepen uit de bevolking als op individuele burgers. De Wmo is ervoor om burgers te laten deelnemen aan de maatschappij. Gezondheid in brede zin speelt dus ook een belangrijke rol bij de Wmo. Mensen die deelnemen aan de maatschappij voelen zich gezonder, zo blijkt uit verschillende onderzoeken. Andersom maakt een goede gezondheid deelname aan de maatschappij weer mogelijk. Beide wetten hebben uiteindelijk een overstijgend doel in zich, namelijk het bevorderen van de kwaliteit van leven.

De relatie tussen de Wpg en de Wmo geeft inzicht in het belang van preventie. Om problemen met betrekking tot de uitvoering van de Wmo te voorkomen, moeten problemen vroegtijdig in beeld worden gebracht en preventief worden aangepakt. Veel gezondheidswinst is te behalen wanneer men vroeg in het (ziekte)proces ingrijpt en de gezondheid bevordert.

<u>OGGz</u>

De Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz) is een beleidsterrein dat de laatste jaren steeds meer aandacht krijgt. Alle gemeenten dragen verantwoordelijkheid voor de geestelijke gezondheidszorg en het voorkomen van het ontstaan, voortduren dan wel verergeren van geestelijke volksgezondheidsproblemen. Per 1 januari 2007 is de OGGz, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen, van de oude WCPV naar de Wmo overgeheveld. Reden voor deze overheveling is de sterke samenhang tussen de OGGz, Maatschappelijke Opvang en ambulante verslavingszorg, die ook deel uitmaken van de Wmo. De OGGz heeft daarnaast nog steeds een duidelijke relatie met het beleid op het gebied van de publieke gezondheidszorg en de partijen die hierin opereren. Dit is de reden waarom ervoor gekozen is dit onderdeel in de kadernota lokaal gezondheidsbeleid op te nemen.

In de Wmo wordt OGGz als volgt omschreven: het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de OGGz, het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de OGGz. Onder de OGGz wordt ook de collectieve preventie van (ernstige) psychosociale problemen begrepen.

De doelgroep van de OGGz is zeer gevarieerd. De doelgroep kan grofweg onderverdeeld worden in drie subgroepen:

- **Sociaal kwetsbaren:**
  - (zorgwekkende) zorgmijders: mensen waar anderen zich zorgen om maken, maar die niet uit zichzelf om zorg vragen, bijvoorbeeld omdat ze zich generen, omdat ze geen ziekte-inzicht hebben of omdat ze in het verleden negatieve ervaringen hebben opgedaan met hulpverleners en daardoor zijn afgehaakt;
  - zorgmissers: mensen met complexe, meervoudige problematiek die binnen het huidige hulpaanbod niet afdoende geholpen kunnen worden en tussen wal en schip vallen. Vaak betreft het multiprobleemgezinnen;
  - overlastgevers: mensen die in hun doen en laten te weinig rekening houden met hun directe omgeving.
- **Risicogroepen:** hieronder vallen mensen die een verhoogd risico lopen om sociaal kwetsbaar te worden en af te glijden. Te denken valt aan mensen met psychische problemen en daders en slachtoffers van huiselijk geweld.
- **Samenleving als geheel:** hierbij gaat het bij de OGGz met name om publieksadvisering over bijvoorbeeld de achtergronden van psychische problematiek of over gedrag en omstandigheden die bevorderlijk zijn voor de psychische gezondheid.

3.1.3 Wet publieke gezondheid

Sinds 1 december 2008 is de Wet publieke gezondheid in werking getreden. In de eerste tranche zijn in deze wet de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, de infectieziektewet en Quarantainewet samengevoegd. De belangrijkste wijzigingen in de wet in de eerste tranche hadden betrekking op de bestrijding van infectieziekten. In de Wpg worden ook andere onderwerpen van de publieke gezondheidszorg behandeld zoals de jeugdgezondheidszorg en openbare gezondheidszorg. Deze zijn doorgaans ongewijzigd overgenomen uit de oude WCPV. Uitzondering hierop zijn de digitalisering van de jeugdgezondheidszorg (artikel 5.3) en de ouderengezondheidszorg (artikel 5a). De wijziging van de Wet publieke gezondheid in de tweede tranche (treedt naar verwachting eind 2010 in werking) bestaat uit vier aspecten. Het eerste aspect en tevens de belangrijkste aanleiding voor de voorgestelde wetswijziging, gaat over de voorbereiding op grootschalige publieke gezondheidscrises en dan met name over grootschalige infectieziekte-uitbraken. Het tweede aspect betreft het verder wettelijk in elkaar weven van de Wpg en de Wet Veiligheidsregio (Wvr). Het derde aspect betreft het versterken van de zogenaamde preventiecyclus en het bevorderen van de uitvoering van de gemeentelijke nota gezondheidsbeleid. Het vierde aspect is het opnemen van een gemeentelijke taak voor het bieden van prenatale voorlichting aan aanstaande ouders.

In de Wpg zijn de volgende taken vastgelegd:

1. publieke gezondheidszorg;
2. jeugdgezondheidszorg;
3. ouderengezondheidszorg (nog niet in werking);
4. infectieziektenbestrijding.

Ter uitvoering van de wet draagt de gemeente zorg voor de instelling en instandhouding van de gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD).
Tenslotte geeft deze wet aan dat gemeenten elke vier jaar verplicht zijn om een nota lokaal gezondheidsbeleid op te stellen.

Publieke gezondheidszorg
Onder publieke gezondheidszorg wordt verstaan: de gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkomen en het vroegtijdig opsporen van ziekten. Hiertoe bevordert het college van burgemeester en wethouders de totstandkoming en de continuïteit van collectieve preventie, evenals de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming ervan met de (curatieve) gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen.

Jeugdgezondheidszorg
Hieronder wordt de publieke (preventieve) gezondheidszorg ten behoeve van personen tot 19 jaar verstaan waarvoor een landelijk wettelijk basistakenpakket is vastgelegd. Dit pakket beschrijft de volgende taken:

- monitoring en signalering;
- vaststellen van de zorgbehoefte;
- screening en vaccinaties;
- voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen;
- zorgsysteem, netwerken, overleg en samenwerking.

Met ingang van 2009 is hier de verplichting bijgekomen om met een digitaal kinddossier te werken. Voornoemde taken worden in onze regio vormgegeven door Groene Kruis Thuiszorg (jgz 0-4) en de GGD Limburg-Noord (jgz 4-19) binnen het traject “integrale jgz” dat vanaf 2003 is ingezet. De kernopdrachten voor de komende jaren binnen dit traject zijn het vormgeven van integrale teams JGZ 0-19 op basis van een gedeelde visie en een voorstel inzake de organisatorische eenwording.
De gemeente Roermond is vrij om aanvullend op het basispakket bijvoorbeeld preventieactiviteiten en pedagogische hulp op maat in te kopen.

Ouderengezondheidszorg
Nieuw in de wet is een artikel over ouderengezondheidszorg (artikel 5a). Voor de gemeenten is dit een nieuwe wettelijke taak, die nog niet in werking is getreden maar wel al is opgenomen in de Wpg. Dit artikel is opgenomen naar aanleiding van het amendement Kant over ouderengezondheidszorg, waarin de gemeenten de opdracht krijgen zorg te dragen voor de uitvoering van preventieve zorg voor ouderen. Hieronder wordt verstaan de publieke gezondheidszorg ten behoeve van personen boven de vijfenzestig jaar. Voor de uitvoering hiervan moet het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorgdragen voor:

- het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
- het ramen van de behoeften aan zorg;
- de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen als comorbiditeit;
- het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

Infectieziektenbestrijding
In de Wpg wordt onder andere geregeld dat de gemeente zorg draagt voor de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding waaronder in elk geval behoort:

- het nemen van algemene preventieve maatregelen op dit gebied;
- het bestrijden van tuberculose en seksueel overdraagbare aandoeningen;
- bron en contactopsporing van infectieziekten.

In onderstaand schema worden de Wpg-taken en rollen van de gemeente als regisseur schematisch weergegeven.

Taken en rollen gemeente		
Bevorderen van afstemming	**Uit (laten) voeren van preventietaken**	**Bevorderen van facetbeleid[1]**
1e lijnszorg ziekenhuis cure en care cliënten/consumentenverenigingen GHOR mantelzorg geestelijke gezondheidszorg algemeen maatschappelijk werk	1. medische milieukunde; 2. technische hygiënezorg; 3. infectieziektebestrijding; 4. jeugdgezondheidszorg; 5. bevorderingstaken: a. zicht op lokale gezondheidstoestand; b. bewaken gezondheidsaspecten; c. preventieprogramma's en voorlichting. 6. ouderengezondheidszorg.	onderwijs sociale zaken welzijn ouderen gehandicapten jeugd ruimtelijke ordening openbare orde verkeer milieu sport Wmo
Δ **Zorgbeleid**	Δ **Preventiebeleid**	Δ **Integraal/ Facetbeleid**

Figuur 2: taken en rollen gemeente op basis van de Wpg

Veel van deze preventieve taken worden al structureel uitgevoerd door hetzij de GGD Limburg- Noord, hetzij door andere instellingen zoals thuiszorg, verslavingszorg- en welzijnsinstellingen.

3.1.4 Preventienota kiezen voor gezond leven 2007-2010

Op grond van artikel 13 van de Wpg stelt de minister van VWS vanaf 2002 elke vier jaar in de Rijkspreventienota de landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie vast. Eind 2006 is de tweede nota vastgesteld, met de titel 'Kiezen voor gezond leven'. Deze nota beoogt richting te geven aan de vierjaarlijkse gemeentelijke nota lokaal gezondheidsbeleid.

Ondanks de kennis over gezond gedrag nemen ongezonde gedragingen onvoldoende af of nemen soms zelfs toe. Ongezonde leefgewoonten leiden tot verhoogde risico's op verlies van gezondheid. De minister stelt in zijn preventienota, dat een sterke inzet op gezond leven zeer noodzakelijk is, omdat de gezondheid van Nederlanders de laatste jaren verslechtert, vooral door roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht. Hoewel de gemiddelde

[1] Facetbeleid is beleid dat onder andere beleidsterreinen dan volksgezondheid valt, maar waarbij toch sprake is van het vóórkomen van gezondheidsschade.

levensverwachting de afgelopen decennia absoluut gezien is toegenomen, is Nederland in Europa op de ladder van gezondheid en levensverwachting afgezakt naar de middenmoot.

Het kabinet en de gemeenten streven ernaar dat mensen langer in goede gezondheid leven. Het bevorderen van de volksgezondheid wordt afgemeten aan:

- het terugdringen van vermijdbare gezondheidsachterstanden, waaronder het verminderen van de sociaal economische gezondheidsverschillen;
- de toename van het aantal gezonde levensjaren op de totale levensverwachting.

De vorige Rijkspreventienota (Langer gezond leven, 2003) bevatte drie speerpunten: roken, diabetes en overgewicht. Landelijk en lokaal zijn in de afgelopen jaren veel activiteiten ontplooid, maar er is nog veel winst te behalen. De preventienota 'Kiezen voor gezond leven' gaat daarom voort op de ingeslagen weg.
Het voorkomen en tegengaan van roken, van schadelijk alcoholgebruik en van overgewicht, (voeding en beweging) kan een grote bijdrage leveren aan het beperken van de belangrijkste volksgezondheidsproblemen in Nederland. De jongste Rijkspreventienota benoemt naast deze drie leefstijlfactoren nog twee ziekten als speerpunt, namelijk diabetes en depressie.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) toetst de uitvoering van de doelstellingen uit de preventienota. Hierbij kijkt de IGZ ook naar de lokale nota's, met name het toetsen op navolging van landelijke speerpunten in de lokale nota's gezondheidsbeleid, en op effectiviteit en integraliteit van de uitgevoerde preventieprogramma's.

3.2 Regionale kaders

Voor de periode 2008-2011 wordt gewerkt met het Productenaanbod Publieke Gezondheid (PPG) van de GGD Limburg-Noord voor de gezondheidszorg voor ouderen, de algemene bevolking en de jeugdgezondheidszorg 4-19 jarigen en Groene Kruis Jeugdgezondheidszorg voor het deel jeugdgezondheidszorg 0-4 jarigen. De producten in het PPG worden resultaatgericht en flexibel aan de gemeenten in de regio aangeboden middels een basispakket, aanvullend pakket en marktpakket. Bovendien worden deze producten in een drietal doelgroepen onderverdeeld, namelijk ouderen, algemene bevolking en jeugd. Het onderscheid tussen deze doelgroepen wordt ook in voorliggende nota gehanteerd.

In deze nota worden een aantal doelstellingen met betrekking tot het gemeentelijk gezondheidsbeleid benoemd. Deze doelstellingen kunnen voor de gemeente Roermond als basis gebruikt worden voor de keuze binnen het Productenaanbod Publieke Gezondheid van de GGD Noord- en Midden-Limburg. In jaarlijkse werkplannen met de GGD worden vervolgens deze doelstellingen verder uitgewerkt.

Er is momenteel geen regionale visie op gezondheidsbeleid beschikbaar omdat de gemeenten in Noord- en Midden-Limburg hebben aangegeven lokaal te willen blijven werken. De gemeente Roermond is echter voorstander van het formuleren van een regionale visie op gezondheidsbeleid. Reden hiervoor is dat de gezondheidssituatie in de diverse gemeenten in de regio nagenoeg hetzelfde is. Gezien de beperkte budgetten zou het doelmatiger zijn om in gezamenlijkheid knelpunten m.b.t. publieke gezondheid op te lossen of te beperken.

Voor wat betreft de OGGz hebben de gemeenten in de regio Noord- en Midden-Limburg zich wel geconformeerd aan een regionaal beleid te weten het Regionaal Kompas. In het Regionaal Kompas wordt aangegeven op welke wijze de regio uitvoering wil geven aan de volgende

missie: ‘Voorkomen moet worden dat mensen afglijden uit de samenleving en als gevolg daarvan niet meer voor zichzelf kunnen zorgen en het dak boven hun hoofd verliezen. Daar waar dit niet voldoende blijkt te zijn, zal een passende vorm van maatschappelijke opvang worden ingezet. Maatschappelijke opvang moet een sluitend traject worden en fungeren als springplank naar de samenleving en maximaal haalbare zelfredzaamheid’.

3.3 Gemeentelijke kaders

Roermond wil een ‘levende en sociale stad’ zijn. Dit is één van de ambities die is opgenomen in de gemeentelijke stadsvisie “Strategische Visie Roermond 2020”. Deze ambitie wordt als volgt toegelicht: *Roermond is in 2020 een stad voor mensen van alle leeftijden, voor alle bevolkingsgroepen, waar het goed wonen, werken, vertoeven en recreëren is.* Binnen de strategische gebieden *‘Roermond: Sociale stad’* en *‘Roermond: Levende stad’* komt het gezondheidsbeleid het meest expliciet tot uiting. Meer concreet worden binnen deze strategische gebieden de volgende doelstellingen genoemd die volgens het model van Lalonde (figuur 1) het meest aansluiten op de visie op gezondheid:

- het binden van de middengroepen en gezinnen met kinderen door woningen en voorzieningen specifiek voor deze groepen te realiseren, naast woningen voor senioren en zorgbehoeftigen;
- de ontwikkeling van nieuwe sport- en cultuurvoorzieningen specifiek gericht op de behoefte van jongeren;
- maatwerk bij de aanpak van de ‘harde’ kern van de sociale probleemgevallen;
- een breed en gedifferentieerd aanbod van voorzieningen in de wijken en kernen, waarbij nadrukkelijk wijk- en buurtinitiatieven gestimuleerd zullen worden;
- meer samenhang tussen samenwerkende partners en een nadrukkelijke focus op de eigen verantwoordelijkheid van de burger;
- ruimte voor jongeren en kinderen;
- hoogwaardige (ouderen)zorg.

De relevantie van het gezondheidsbeleid strekt zich uit tot een grote hoeveelheid aan deelterreinen van het gemeentelijk beleid, zoals jeugd- en jongerenbeleid, sportbeleid, armoedebeleid en integratiebeleid.

In het College Uitvoeringsprogramma 2007-2010 “Bruggen Bouwen” van 28 juni 2007 heeft het college het volgende opgenomen met betrekking tot gezondheidsbeleid:

- De zorg dient toegankelijk en bereikbaar te zijn vanuit elke wijk. Ouderen moeten zolang mogelijk in hun vertrouwde omgeving kunnen blijven wonen. Zorg op maat is daarbij het uitgangspunt. Een consultatievoorziening in de omgeving van ouderen kan daarbij van belang zijn.
- De jeugd heeft de toekomst. Er wordt verder geïnvesteerd in de jeugd en onze jongeren. Het jeugd- en jongerenbeleid wordt van onderop (dus samen met deze doelgroep) doorontwikkeld. Er worden centra voor kind en gezin ontwikkeld op basis van behoefte aan zorg- en informatievoorzieningen. De realisatie van brede scholen biedt daarbij nieuwe kansen en mogelijkheden.

Daarnaast zijn in de nota van de voormalige gemeente Swalmen “Gezondheid ons alles zorg” en de nota van de gemeente Roermond “Samen op weg naar een gezond Roermond” een aantal doelstellingen geformuleerd. De doelstellingen voor de periode 2003 tot en met 2009 zijn gedeeltelijk uitgevoerd. Omdat sommige voornemens blijvend aandacht vragen en de resultaten pas op de langere termijn worden bereikt, zijn de volgende thema’s nog steeds actueel:

- integraal beleid;
- het bevorderen van een gezonde leefstijl;
- voortzetting ontmoedigingsbeleid roken, alcohol en drugs.

In bijlage 1 is de evaluatie van beide nota’s terug te vinden.

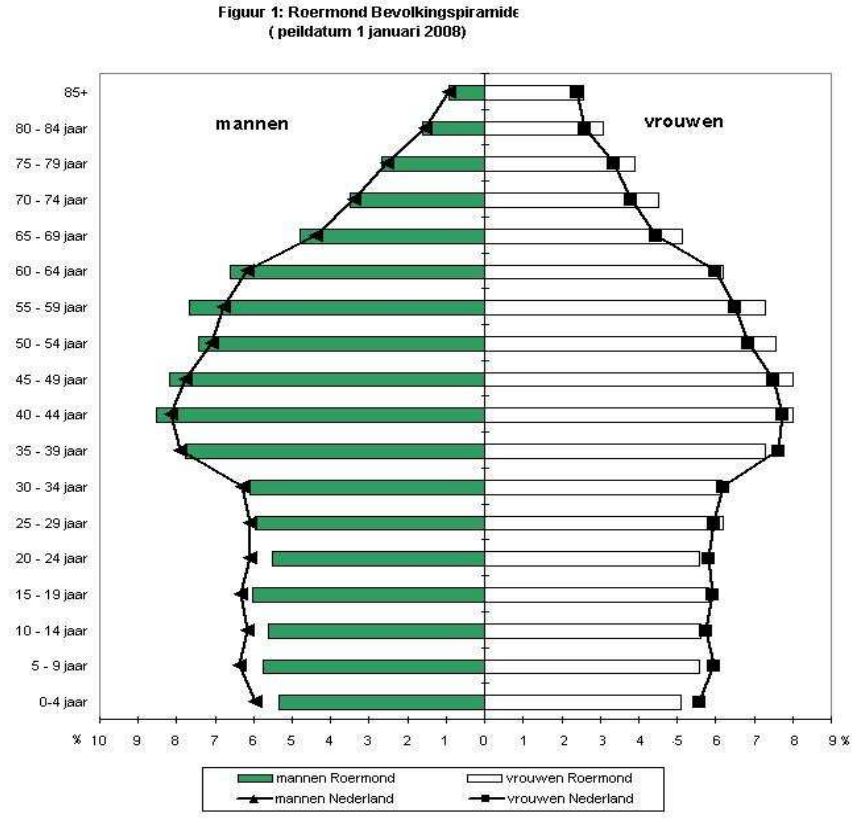
Deel II Gezondheidsanalyse

4. Gezondheidssituatie gemeente Roermond

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de gezondheidssituatie van de inwoners van de gemeente Roermond. Door de gegevens van de gemeente Roermond, voor zover deze beschikbaar zijn, daar waar mogelijk af te zetten tegen die uit de totale regio Noord- en Midden-Limburg, de Provincie Limburg en de rest van Nederland ontstaat een totaalbeeld van de plaatselijke gezondheidstoestand. Hierbij is het echter niet altijd mogelijk de lokale en regionale cijfers te vergelijken met de Nederlandse omdat er sprake is van andere methoden van onderzoek en diverse indicatoren op een andere wijze zijn bepaald. Er is gebruik gemaakt van de meest recente beschikbare gegevens die afkomstig zijn van de GGD Limburg-Noord, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) en het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS). Hierbij moet worden opgemerkt dat een aantal gegevens van de GGD iets gedateerd zijn en dat in 2008-2010 zowel een seniorenmonitor, als een volwassenenmonitor als een jeugdmonitor worden uitgevoerd.

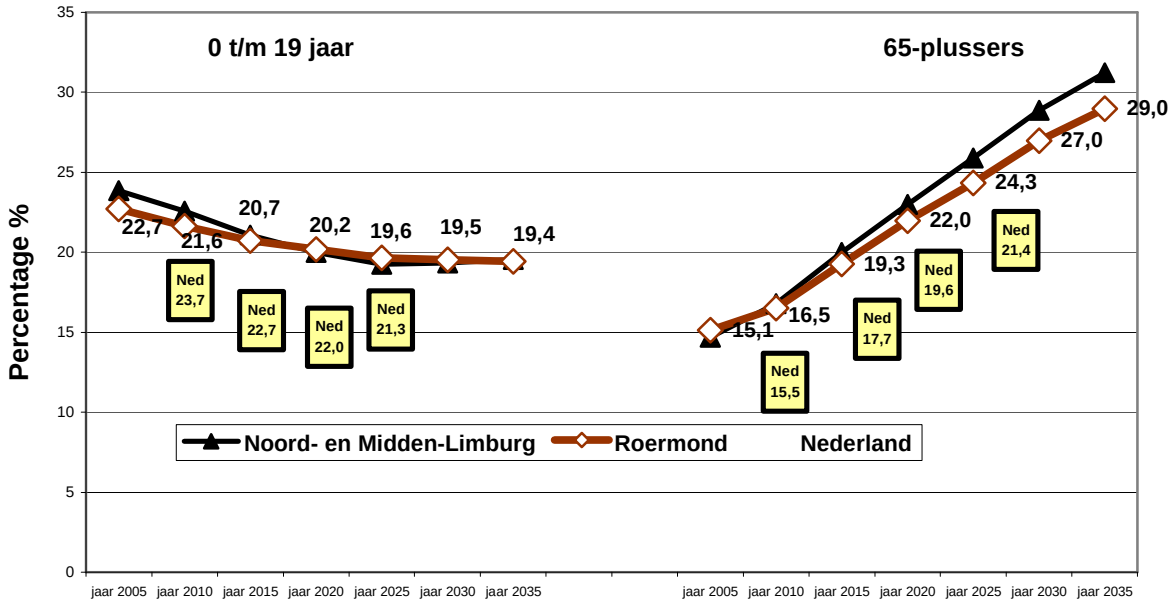
4.1 Demografische gegevens Roermond

De bevolking van Roermond bestaat per peildatum 1 januari 2008 uit 54.446 inwoners: 26.741 (49,1%) mannen en 27.705 (50,9%) vrouwen. In figuur 3 is de leeftijdsopbouw van de bevolking in Roermond, uitgesplitst naar geslacht, weergegeven.
De bevolkingsopbouw in Roermond verschilt met die van Nederland: zo zijn er naar verhouding minder inwoners tot 39 jaar en meer inwoners vanaf 40 jaar.



Figuur 3: Bevolkingspiramide Roermond (peildatum=1 januari 2008, Bron: CBS)

In Roermond is 22% van de bevolking jonger dan 19 jaar en 16% is 65 jaar of ouder. Het aantal ouderen zal net als in de rest van het land de komende jaren fors toenemen. Dit is in figuur 4 voor de gemeente Roermond zichtbaar gemaakt tot en met het jaar 2035.



Figuur 4: bevolkingsprognose Roermond

Bijna 27% van de bevolking in Roermond is niet van Nederlandse afkomst. Dit zijn de westerse en de niet-westerse nationaliteiten bij elkaar. 12% Van deze allochtonen is van niet-westerse afkomst. 7% Van deze allochtonen behoort tot de 1e generatie en 5,5% tot de 2e generatie niet-westerse allochtonen. In figuur 5 wordt het totale overzicht van de allochtone bevolking in Roermond weergegeven.

	TOTAAL INWONERS	*totaal allochtonen*	*niet-westers*	*niet-westers 1e generatie*	*niet - westers 2e generatie*	*westers*	*westers 1e generatie*	*westers 2e generatie*
Totaal alle leeftijden	54446	26,7%	12,4%	6,9%	5,5%	14,3%	5,8%	8,5%
0 t/m 14 jaar	8827	33,5%	22,5%	1,6%	20,9%	11,0%	1,7%	9,2%
15 t/m 29 jaar	9386	31,1%	18,7%	8,1%	10,6%	12,4%	4,9%	7,5%
30 t/m 44 jaar	11727	29,4%	14,4%	13,1%	1,3%	14,9%	7,3%	7,6%
45 t/m 64 jaar	15769	22,0%	7,0%	6,9%	0,1%	15,0%	7,1%	7,9%
65 jaar en ouder	8737	19,9%	2,5%	2,4%	0,1%	17,5%	6,5%	10,9%

Figuur 5: percentage allochtonen in de gemeente Roermond (peildatum 1-1-2008 CBS)

4.2 Belangrijkste gezondheidsproblemen

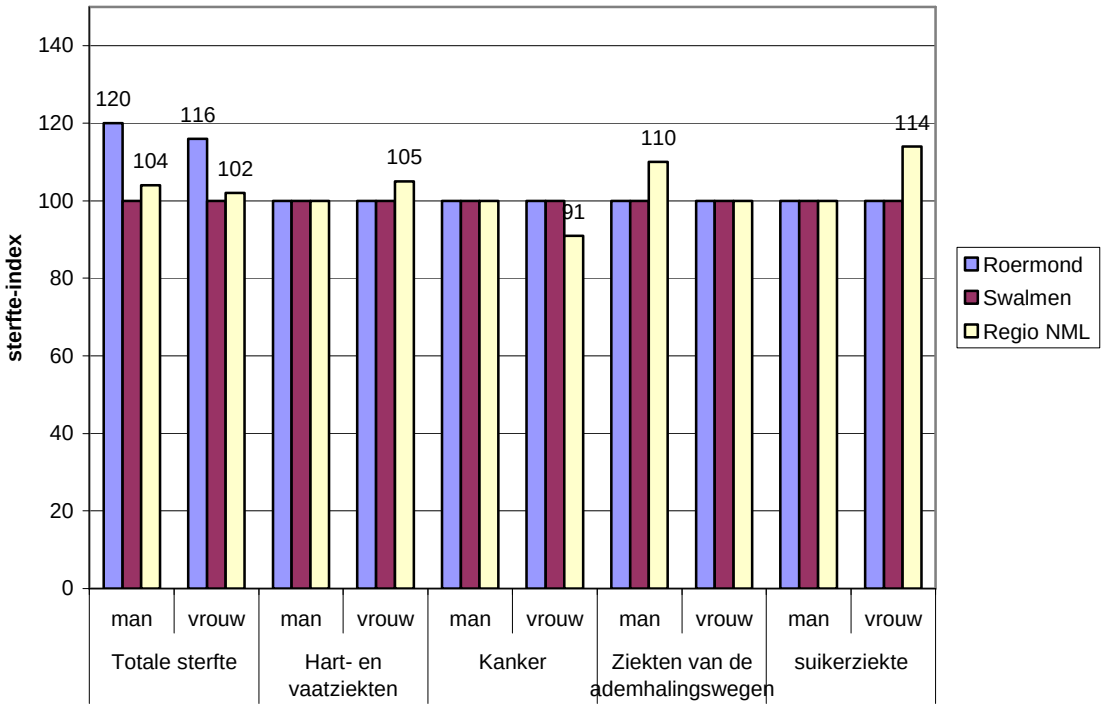
Uit de Gezondheidsenquête 2003 van de GGD Limburg-Noord blijkt dat de gezondheid van de inwoners van Roermond op bepaalde gebieden positief en op andere gebieden negatief afsteekt ten opzichte van de rest van Limburg en van Nederland. Ongeveer 1 op de 5 inwoners ervaart zijn/haar gezondheid als matig tot slecht net als in de rest van Limburg en Nederland. Uit provinciale cijfers blijkt dat mensen met een lagere sociaaleconomische status (SES) en ouderen, hun gezondheid vaker als matig tot slecht beoordelen. Uit landelijke cijfers blijkt dat mensen met een lagere SES ook vaker een mindere gezondheid hebben dan degenen met een hogere SES. Uit navolgende informatie blijkt dat dit ook grotendeels voor Roermond geldt. Dat men de eigen gezondheid ‘goed’ noemt, wil nog niet zeggen dat er geen gezondheidsproblemen zijn. In Roermond blijkt dat in de maanden voorafgaand aan het moment van de Gezondheidsenquête de helft van de volwassen bevolking contact heeft gehad

met de huisarts. Eén op de zes inwoners heeft contact gehad met een medisch specialist. Deze resultaten komen overeen met provinciale gegevens. Ook is hierin ten opzichte van de vorige Gezondheidsenquête 1998 geen verandering te zien.

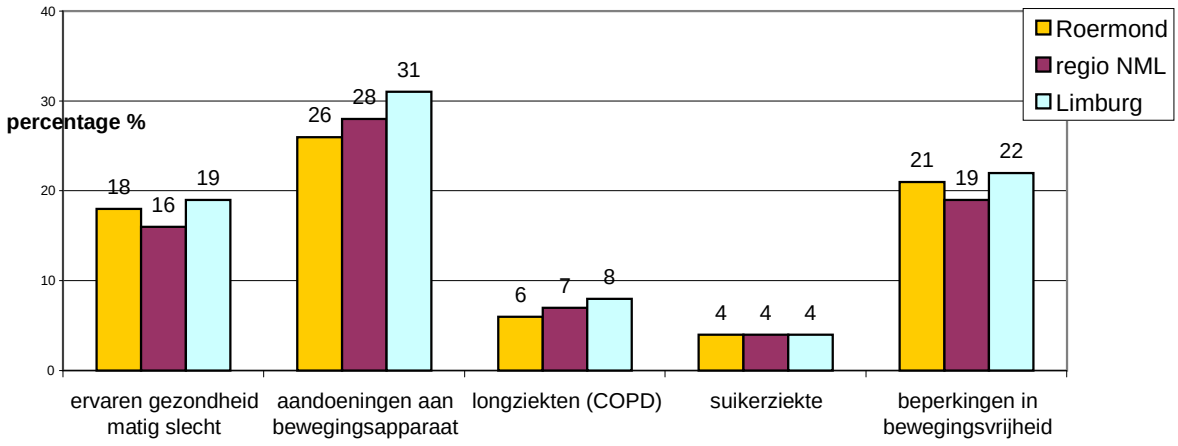
De belangrijkste gezondheidsproblemen zijn:

- hart- en vaatziekten;
- kanker;
- ziekten met ademhalingsproblemen;
- diabetes;
- aandoeningen aan het bewegingsapparaat;
- psychische problematiek.

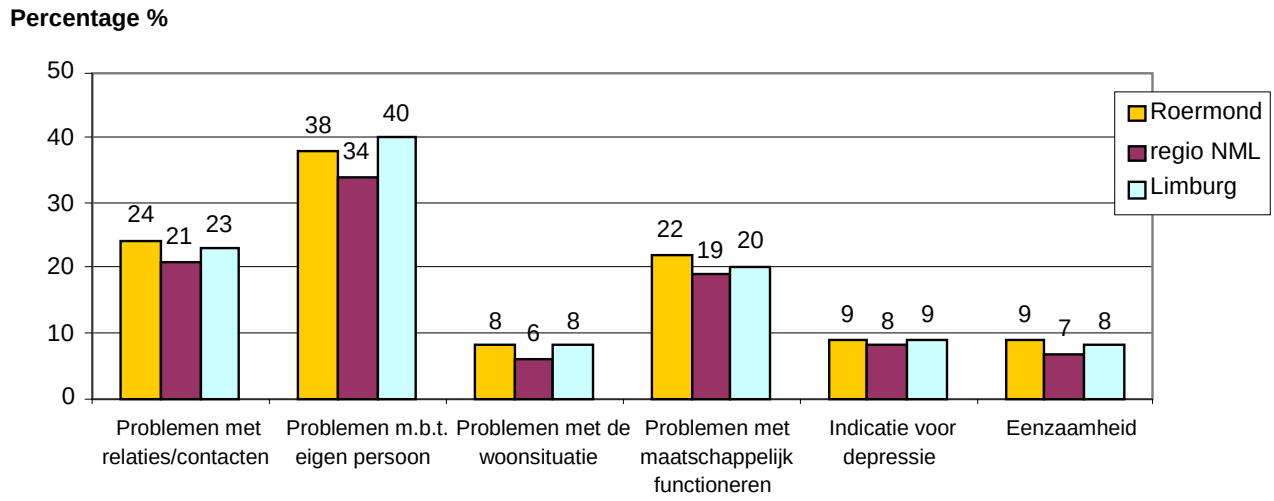
In onderstaande grafieken wordt aangeduid in hoeverre de inwoners uit de voormalige gemeenten Roermond en Swalmen deze aandoeningen hebben of eraan zijn overleden. Door middel van het bepalen van een sterfte-index kan de lokale/regionale sterfte vergeleken worden met de landelijke sterftecijfers. Deze index corrigeert daarbij voor het verschil in leeftijdsopbouw tussen de (gemeente) regio en Nederland. Een sterfte-index van 100 betekent dat de sterfte voor de regio overeenkomt met de sterfte in Nederland. Indien deze index groter is dan 100 spreekt men van ‘oversterfte’.



Figuur 6: Sterftecijfers 1999-2003



Figuur 7: algemene gezondheid (Gezondheidsenquête 2003)



Figuur 8: geestelijke gezondheid (Gezondheidsenquête 2003)

<u>Conclusies belangrijkste gezondheidsproblemen:</u>

- over het algemeen zijn de inwoners van de huidige gemeente Roermond tevreden over hun gezondheid;
- de totale sterfte is zowel voor mannen als vrouwen in de voormalige gemeente Roermond verhoogd ten opzichte van de landelijke en regionale sterfte. Uit de sterftespecifieke cijfers is niet direct aan te tonen welke aandoeningen oorzaak zijn van deze oversterfte. Reden hiervoor is dat het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) ten tijde van dit onderzoek heeft geconstateerd dat het ziekenhuis in Roermond jarenlang geen officiële doodsverklaring heeft ingevuld bij een sterftegeval. Vandaar dat dit cijfer niet te verklaren is door sterfte aan een bepaalde ziekte of aandoening. Inmiddels houdt het Laurentius Ziekenhuis Roermond deze gegevens wel bij. In een volgend gezondheidsonderzoek is dan ook aan te geven welke oorzaken ten grondslag liggen aan het verhoogde sterftecijfer. Het gezondheidsonderzoek wordt elke 4 jaar door de GGD Limburg-Noord uitgevoerd onder de doelgroepen ouderen, algemene

bevolking en jeugd. De seniorenmonitor en de monitor algemene bevolking worden in 2009 uitgevoerd. De jeugdmonitor in 2010;

- de sterfte aan hart- en vaatziekten is voor mannen en vrouwen in de voormalige gemeenten Roermond en Swalmen gelijk aan de rest van Nederland. Door een verouderde bevolking en 'slechtere' leefwijzen van burgers zal het aantal patiënten met hart- en vaatziekten in Nederland en ook in Roermond echter toenemen;
- ook de sterfte aan de andere aandoeningen zoals opgenomen in figuur 6 is voor Roermond en Swalmen gelijk aan de sterfte in Nederland. Op regionaal niveau zien we wel dat naar verhouding meer vrouwen aan suikerziekte overlijden dan in de rest van Nederland. Aangezien deze trend in Nederland steeds ongunstiger zal worden, zal het aantal mensen met suikerziekte ook in Roermond toenemen;
- de inwoners van de huidige gemeente Roermond hebben verder over het algemeen even vaak problemen met de psychische gezondheid dan de rest van de Limburgers. Wel is er bij de lager opgeleiden vaker sprake van depressie en eenzaamheid dan bij personen die een hoge opleiding hebben genoten. Het aantal mensen waarvan bekend is dat ze lijden aan depressie is de laatste 10 jaar sterk toegenomen. Conform de landelijke trend zal ook in Roermond het aantal mensen met een depressie stijgen. We zien echter op korte termijn een daling in het totale aantal, maar er is hierbij wel een verschuiving binnen bepaalde leeftijdsgroepen. Met name een stijging bij de 45-plussers;
- daarnaast heeft bijna éénvierde van de inwoners van Roermond last van aandoeningen aan spieren en gewrichten (het bewegingsapparaat), hetgeen een groot deel van de ziektelast veroorzaakt.

4.3 Risicogedrag

Zoals ongezond gedrag in het verleden sterk van invloed is op de ziektelast van nu, zo zal het huidige gedrag voor een deel de volksgezondheid van de toekomst bepalen. Naast geslacht en leeftijd speelt ook de sociaaleconomische status (gebaseerd op opleidingsniveau, beroep en inkomen) een rol bij het voorkomen van deze risicofactoren. De belangrijkste risicofactoren zijn:

- roken;
- alcohol en drugs;
- lichamelijke inactiviteit;
- onvoldoende groente- en fruitconsumptie;
- overgewicht en hoge bloeddruk.

In het figuur op de volgende pagina's wordt, waar mogelijk, samengevat weergegeven hoe de inwoners van de gemeente Roermond zich op deze punten in vergelijking met de regio Noord- en Midden-Limburg en de provincie Limburg verhouden. Een uitgebreide beschrijving van het risicogedrag van de inwoners van Roermond en hoe zij zich in vergelijking met de rest van de provincie Limburg verhouden is te vinden in bijlage 2.

	Roken	**Alcohol en drugs**	**Lichamelijke inactiviteit**	**Groente en fruitconsumptie**	**Overgewicht en hoge bloeddruk**
Aanleiding	Roken levert de meeste gezondheidsschade op van alle risicogedragingen en is medeverantwoordelijk voor hoge sterfte aan kanker en hart- en vaatziekten.	Overmatig alcohol- en drugsgebruik zijn schadelijk voor de gezondheid	Na roken is lichamelijke inactiviteit de belangrijkste risicofactor voor hart en vaatziekten. De Nederlandse Norm Gezond Bewegen stelt dat volwassenen gedurende minimaal vijf dagen per week tenminste een half uur per dag matig intensief moeten bewegen. De beweegnorm voor jongeren is minimaal 5 dagen per week een uur sporten/ bewegen.	Het eten van voldoende groente en fruit (2 ons groente en 2 stuks fruit per dag) kan het ontstaan van diverse vormen van kanker reduceren.	Overgewicht en hoge bloeddruk zijn belangrijke risicofactoren voor de gezondheid.
Ouderen	Van de inwoners van de regio Limburg-Noord van 55 jaar en ouder rookt 16%. Meer mannen (19%) dan vrouwen (13%) roken. Stoppen met roken is, ook op oudere leeftijd, zeer zinvol. Een jaar nadat iemand is gestopt met roken is de kans op hart- en vaatziekten al enorm gedaald. Ook stijgt de kwaliteit van leven.	Bijna 10% van de inwoners in Limburg-Noord van 55 jaar en ouder drinkt overmatig (bij mannen meer dan 21 glazen per week en bij vrouwen meer dan 14 glazen per week). Bij mannen (13%) komt overmatig drinken meer voor dan bij vrouwen (6%).	Van de ouderen (55-plussers) beweegt ruim éénderde niet volgens de aanbevolen landelijke norm.	In de voeding van ouderen ontbreken vaak belangrijke voedingsmiddelen. 68% Van de inwoners van 55 jaar en ouder voldoet niet aan de norm van 200 gram groenten per dag. 57% voldoet niet aan de norm om per dag minimaal 2 stuks fruit te eten.	69% van de mannen en 51% van de vrouwen heeft overgewicht. Er is sprake van een toenemende trend.

	Roken	Alcohol en drugs	Lichamelijke inactiviteit	Groente en fruitconsumptie	Overgewicht en hoge bloeddruk
Algemene bevolking	Percentage rokers in Roermond is 28 %. Dit is gelijk aan het provinciale percentage en iets hoger dan het percentage rokers in Noord- en Midden-Limburg (25%).	Bijna 85% van de volwassenen drinkt wel eens alcohol. 11 % Drinkt wekelijks zwaar (minstens eenmaal per week op 1 dag zes of meer glazen). Overmatig alcoholgebruik komt meer voor bij mannen.	In Roermond haalt 67% de beweegnorm niet. Dit percentage is in 2003 t.o.v. 1998 met 3-5% gestegen.	In Roermond en de overige Limburgse gemeenten haalt ruim 9 van de 10 volwassen de groente- en fruitnorm niet. Landelijk en regionaal is sprake van een lichte stijging van het aantal mensen dat niet aan de norm voldoet.	In Roermond is bij 43% van de volwassen sprake van overgewicht. Dit percentage ligt iets lager dan in de rest van Limburg en Nederland. Er is echter sprake van een stijgende trend. 15% Van de inwoners van Roermond heeft een te hoge bloeddruk. Dit is vergelijkbaar met de rest van de Provincie. Ook hier is sprake van een stijgende trend.
Jeugd	Van de jongeren in het VO rookt van de tweede klassers 7% en van de vierde klassers rookt 23%. Percentages wijken niet af van de provinciale percentages. Naar verhouding roken meer meisjes dan jongens. Er is in 2005 sprake van een daling t.o.v. 2001 en 1996. Op Limburgs niveau betekent dit voor de tweede klassen een verloop van 22% - 17% - 10% en voor de vierde klassen een verloop van 38% - 32% - 23%.	In de tweede klas VO geeft 10% van de leerlingen aan dronken of aangeschoten te zijn geweest in de 4 weken voorafgaand aan de monitor. In de vierde klas is dit 45%. Drugsgebruik klas 2 VO: 1,8 % cannabis, 0,9 % XTC, 1,2% overige harddrugs Drugsgebruik klas 4 VO: 7% cannabis, 1% XTC, 2% overige harddrugs In 2005 is sprake van een daling van alcohol en druggebruik t.o.v. 2001 en 1996.	Van de tweede klas VO voldoet 65% niet aan de beweegnorm. Van de vierde klas VO voldoet 61% niet aan deze norm.	60% Van de leerlingen uit de klassen 2 en 4 eten niet dagelijks fruit.	Op 5/ 6 jarige leeftijd heeft 9,3% van de meisjes en 6,1% van de jongens in Roermond last van overgewicht. Op 11/12 jarige leeftijd is dit voor meisjes 12,2% en voor jongens 12,0%. Bij 13/14/15 jarige meisjes is het percentage overgewicht 12.6%. Voor jongens in dezelfde leeftijd is dit 11,1%.

Figuur 9: risicogedrag

Conclusies risicogedrag

- over het algemeen scoren de inwoners uit Roermond in vergelijking met Limburg en het land wisselend wat betreft de diverse risicofactoren;
- net als in de rest van Limburg is sprake van een dalende trend in het aandeel rokers in Roermond;
- in Roermond is het alcoholgebruik onder de inwoners gelijk aan het alcoholgebruik elders in de provincie. Vooral bij mannen komt overmatig alcoholgebruik meer voor dan bij vrouwen. Onder inwoners met een laag en gemiddeld opleidingsniveau en jongeren bevinden zich de meeste zware drinkers;
- in vergelijking met de overige Limburgers voldoet ook in Roermond tweederde van de inwoners niet aan de "beweegnorm". Aangezien de trend ongunstig is en steeds meer mensen minder gaan bewegen, is ook dit een aandachtspunt;
- de inwoners van Roermond eten naar verhouding wekelijks even vaak groente en fruit als de bevolking in de hele provincie, maar ze eten dit wel onder de aanbevolen norm;
- in Roermond kampen naar verhouding evenveel mensen met overgewicht als elders in de provincie en het land. De landelijke trend is echter ongunstig en steeds meer mensen, ook de inwoners van Roermond, zullen overgewicht ontwikkelen.

Bovenstaande conclusies leiden tot een aantal beleidsdoelstellingen voor de periode vanaf 2010 tot 2014. Deze worden in hoofdstuk 6 beschreven.

4.4 Milieuhinder

Hinder of overlast door geluid, stof, rook, roet en stank in de directe woonomgeving worden steeds vaker ervaren als aantasting van de kwaliteit van leven. Het ondervinden van hinder kan leiden tot stress en hierdoor een negatieve invloed op de gezondheid hebben. Wegverkeer is in Limburg de belangrijkste bron van zowel geluidshinder als geurhinder. Ruim de helft van de Limburgers geeft aan matige tot zeer ernstige geluidshinder te ervaren van het wegverkeer en bijna éénderde van de inwoners ervaart stankhinder van het wegverkeer. Eénderde van de inwoners ervaart geluidshinder van kinderen/jongeren of buren. Eén op de 5 inwoners ervaart stankhinder door landbouw- en veeteeltactiviteiten of van de open haard/allesbranders van de buren.
In geheel Limburg worden alle vormen van milieuhinder (geluid, stank, stof/roet, wegverkeer, vliegverkeer en industrie) in 2003 aanzienlijk vaker gerapporteerd dan in 1998. De mate waarin inwoners van Roermond milieuhinder ervaren zal in grote lijnen overeenkomen met de ervaren hinder in de rest van de Provincie. Afhankelijk van het gebied (stad of dorp) zijn er verschillen, voornamelijk in de bronnen die de milieuhinder veroorzaken.

4.5 Zorgvoorzieningen

Uit resultaten van de Gezondheidsenquête blijkt dat 80% van de inwoners van Roermond in de 3 maanden voorafgaand aan het onderzoek gebruik heeft gemaakt van één of meerdere gezondheidsvoorzieningen. Van de volwassenen is meer dan de helft bij een huisarts geweest. Tweevijfde van alle ondervraagde volwassenen was voor behandeling bij de tandarts en één op de 6 inwoners is bij een medisch specialist geweest. Drie procent van de inwoners is bij het RIAGG of de GGZ geweest. Daarnaast maakt bijna 4% gebruik van de Thuiszorg. Over het geheel genomen is er (in vergelijking met 1998) een afname in het gebruik van gezondheidsvoorzieningen. Vrouwen maken meer gebruik van gezondheidsvoorzieningen dan mannen.

4.6 Aandachtspunten voor beleid

Lokaal gezondheidsbeleid kan worden ingekleurd op basis van gezondheidsgegevens van de inwoners van Roermond. Deze wijken niet of nauwelijks af van de regionale gegevens. Daarnaast zijn landelijke beleidsontwikkelingen en reeds lopend en/of bestaand beleid richtinggevend. Landelijk zijn vooral de onderwerpen leefstijl en ongezond gedrag en de ongelijkheid in gezondheid prioriteiten in beleid. Hierbij is bewezen dat mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) korter en minder jaren in goede gezondheid leven. Daarbij vertonen mensen met een lage SES meer ongezond gedrag. Naar aanleiding van de resultaten van het gezondheidsprofiel en op basis van landelijke beleidsontwikkelingen kunnen de volgende aandachtspunten voor beleid geformuleerd worden:

4.6.1 De vergrijzing en de gevolgen daarvan.

Aandacht voor de doelgroep ouderen op velerlei gebied is gewenst, zowel vanuit preventie oogpunt als vanuit wonen, welzijn en zorg. Met de vergrijzing zal de zorgvraag toenemen. Ook een aantal maatschappelijke ontwikkelingen zoals vermaatschappelijking van de zorg en langer zelfstandig wonen vragen om lokale aanpassingen en actiepunten.
De GGD Limburg-Noord heeft onlangs de Limburgse seniorenmonitor uitgevoerd, de resultaten van deze monitor zullen inzicht geven in de huidige problematiek en benodigde aandachtspunten.

4.6.2 Leefstijlbenadering

Alle beschreven risicofactoren vormen aandachtspunten in het lokale gezondheidsbeleid, omdat ze op zichzelf en vaak ook in combinatie met elkaar een bedreiging vormen voor de gezondheid. Omwille van de samenhang tussen de genoemde gedragingen is het zinvol om te kiezen voor een ‘leefstijlbenadering’. Dat wil zeggen: beleid dat gericht is op het geheel van gedragingen die de leefstijl van het individu bepalen. Gezien bovenstaande conclusie dient het accent gelegd te worden op roken, overgewicht, inactiviteit, groente- en fruitconsumptie en alcohol- en drugsgebruik.

4.6.3 Sociaaleconomische gezondheidsverschillen

Mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) leven korter, minder jaren in goede gezondheid en vertonen ook nog eens meer ongezond gedrag. In navolging van het rijksbeleid dient lokaal gezondheidsbeleid in te zetten op de doelgroep met een lage SES. Gepleit wordt voor het inzetten van community-based-projecten: gezondheidsbevorderende activiteiten voor, met en door de doelgroep zelf. Dit wil zeggen dat de gemeente samen met de GGD, gezondheidszorginstellingen, welzijnsinstellingen, scholen, bedrijven en verenigingen de inwoners zelf een actieve rol wil geven in het bevorderen van de gezondheid. Hierbij spelen continuïteit, het koppelen van voorlichtingsactiviteiten aan een intensieve netwerkbenadering en het verankeren van het thema gezondheid in het gemeentelijke beleid een belangrijke rol.

4.6.4 Psychische gezondheid en psychosociale problematiek

Bij psychische problematiek gaat het vaak om een ingewikkeld samenspel van allerlei factoren, zoals erfelijke belasting, (traumatische) levenservaringen en de steun die iemand daarbij krijgt vanuit het sociale netwerk van familie en vrienden.
Dit samenspel maakt het moeilijk te voorspellen waarom de ene persoon wel en de andere geen psychische problemen heeft. “Draaglast “ en “draagkracht” zijn voor iedereen verschillend. Hierdoor zijn er nauwelijks specifieke aanknopingspunten voor maatregelen die psychische problemen kunnen voorkomen. Preventie heeft dan ook vooral het karakter van vroegsignalering en opvang van bijzondere groepen zoals (O)GGz cliënten. Alleen door

psychische problemen in een zo vroeg mogelijk stadium te onderkennen en adequaat te begeleiden, kan voorkomen worden dat psychisch leed de kwaliteit van leven onnodig aantast.

4.6.5 Milieu

Er wordt steeds meer duidelijk over de relatie tussen milieu en volksgezondheid. Milieu dient daarom meer aandacht te krijgen in het gemeentelijk beleid. Daarnaast is het van belang om meer aandacht te besteden aan binnenmilieu. Recente onderzoeken tonen aan dat het vooral in scholen slecht gesteld is met het binnenmilieu (ventilatie) en dat daardoor onnodig veel gezondheidsklachten optreden.

5. Interactieve beleidsvorming

Deze nota is tot stand gekomen in vier fasen. In de eerste fase is op basis van de eerste nota's lokaal gezondheidsbeleid, de Rijkspreventienota, epidemiologische cijfers, gemeentelijke documentatie en diverse literatuur informatie verzameld om deze kadernota op te kunnen stellen. In de tweede fase is tijdens een startbijeenkomst met allerlei organisaties op het gebied van zorg en welzijn gekeken welke beleidsvoornemens voor deze nieuwe nota van belang c.q. nog steeds actueel zijn. In de derde fase is er een startnotitie geformuleerd welke is vastgesteld door het college van Burgermeester en Wethouders en de commissie Welzijn. Omdat de opkomst bij de interactieve bijeenkomst in fase twee relatief laag was, zijn in de laatste fase professionele organisaties, het maatschappelijke middenveld en burgers middels een schriftelijke vragenlijst bevraagd over hun mening ten aanzien van het lokaal gezondheidsbeleid voor Roermond in de komende jaren. In dit hoofdstuk worden de uitkomsten van de interactieve beleidsvorming beschreven. In hoofdstuk 6 worden deze vertaald in concrete beleidsdoelstellingen.

5.1 Startbijeenkomst maart 2009

Om het lokaal gezondheidsbeleid vorm te geven is het van belang om professionele organisaties, het maatschappelijk middenveld en burgers te betrekken bij de beleidsvorming. Met dit doel heeft de gemeente Roermond op woensdag 4 maart 2009 in samenwerking met de GGD Limburg-Noord een startbijeenkomst georganiseerd. Het doel van deze bijeenkomst was om een inventarisatie te maken van de knelpunten en oplossingen op het gebied van gezondheid in Roermond. Een groot aantal organisaties, stichtingen en verenigingen actief op het gebied van gezondheidszorg was uitgenodigd om mee te denken over de knelpunten die spelen in Roermond. Belangrijkste prioriteiten die tijdens de bijeenkomst naar voren zijn gekomen zijn:

- bevorderen gezonde leefstijl: voeding en bewegen;
- terugdringen ongezond gedrag: roken, alcohol en drugs;
- verminderen depressie bij ouderen;
- integrale aanpak;
- geestelijke zorg: bewaken en bevorderen van de kwaliteit van leven gedurende alle levensfasen van de mens;
- zorg dragen voor een dekkend netwerk van vrijwilligers en AED's

Het verslag van deze bijeenkomst is terug te vinden in bijlage 3.

5.2 Vragenlijst lokaal gezondheidsbeleid

Omdat de opkomst tijdens de bijeenkomst in maart relatief laag was, zijn professionele organisaties, het maatschappelijke middenveld en burgers middels een schriftelijke vragenlijst (nogmaals) bevraagd over hun mening ten aanzien van het lokaal gezondheidsbeleid voor Roermond in de komende jaren. Middels deze vragenlijst is inzicht verkregen in de wensen en behoeften ten aanzien van het lokaal gezondheidsbeleid van de gemeente Roermond. Onderstaand worden per doelgroep de prioriteiten beschreven die uit de analyse van de vragenlijsten naar voren zijn gekomen.

5.2.1 Ouderen

Voor de doelgroep ouderen zijn de volgende prioriteiten benoemd:

1. depressie, angsten en eenzaamheid: 23%
2. toegankelijkheid en bereikbaarheid voor specifieke groepen ouderen: 21%
3. bewegen: 15%
4. gezonde voeding en medicijngebruik 8%
5. valpreventie: 6%

5.2.2 Algemene bevolking

Voor de doelgroep algemene bevolking zijn de volgende prioriteiten benoemd:

1. preventie/voorlichting: 21%
2. roken, alcohol en drugs: 13%
3. bewegen: 13%
4. gezonde leefstijl: 13%
5. voeding: 10%

5.2.3 Jeugd

Voor de doelgroep jeugd zijn de volgende prioriteiten benoemd:

1. bewegen: 26%
2. roken, alcohol en drugs: 15%
3. toegankelijkheid en bereikbaarheid voor specifieke groepen jongeren en hun ouders: 15%
4. gezondheidsbevordering: 7%
5. preventie gezondheidszorg/voorlichting: 5%
   gezonde voeding: 5%
   weerbaarheid/zelfredzaamheid: 5%
   opvoedingsondersteuning voor ouders: 5%

Verder is aan de professionele organisaties, het maatschappelijke middenveld en burgers gevraagd om aan te geven welke doelgroep prioriteit zou moeten krijgen binnen het gezondheidsbeleid. Vrijwel alle respondenten hebben aangegeven de doelgroep jeugd het belangrijkst te vinden.
De vragenlijst interactieve beleidsvorming is te vinden in bijlage 4. In bijlage 5 is de volledige analyse van de vragenlijsten terug te vinden.

5.3 Beleidsinformatie Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

Tot op heden is cijfermatig nog weinig bekend over de OGGz-doelgroep. Dit is uiteraard ook inherent aan de aard van de doelgroep. Naar verwachting kan het inzicht in de doelgroep verbeterd worden door de komst van het Centraal Meld- en Actiepunt (CMA). De kernfunctie van het CMA is regie: coördinatie van de samenwerking in de keten. Het belangrijkste hierin is de preventie, opvang en zorg op cliëntniveau. Gaandeweg levert dat ook de gewenste beleidsinformatie op, waarmee het hele systeem van preventie, opvang en herstel kan worden bestuurd.
De ontwikkelingen op het gebied van de OGGz worden in de gemeente Roermond besproken in het bestuurlijk overleg OGGz. Vanaf het najaar van 2009 wordt het bestuurlijk overleg OGGz voorafgegaan door het beleidsoverleg OGGz, dat het bestuurlijk overleg van advies voorziet. In de overleggen wordt onder andere bekeken of de keten nog sluitend is, hoe nieuwe (beleids)ontwikkelingen in de keten kunnen worden ingepast en hoe knelpunten kunnen worden opgelost. De beleidsinformatie van het CMA kan hierbij ondersteunend zijn.

Deel III Beleidskeuzes

6. Doelstellingen gezondheidsbeleid 2010-2014

De gemeente Roermond zoekt in het nieuwe gezondheidsbeleid aansluiting bij het landelijk beleid zoals beschreven in de preventienota “Kiezen voor Gezond Leven 2007-2010”. Roermond wil de landelijke speerpunten en ambities volgen. Deze speerpunten komen overeen met de prioriteiten zoals maatschappelijke organisaties, instellingen en burgers dit tijdens de startbijeenkomst en in de vragenlijsten hebben aangegeven. Dit alles in overweging nemende leidt tot een aantal beleidsvoornemens voor de komende jaren. In onderstaande paragraaf worden per doelgroep de beleidsdoelstellingen beschreven. In het kader van het traject rondom het Productenaanbod Publieke Gezondheid (PPG) worden jaarlijks op clusterniveau (gemeenten Echt-Susteren, Maasgouw, Roerdalen en Roermond) samen met de GGD werkplannen voor de gemeente Roermond opgesteld. Deze werkplannen worden op basis van een basispakket, aanvullend pakket en marktpakket uitgewerkt. Hierin zullen onderstaande doelstellingen worden meegenomen.

6.1 Doelstellingen per doelgroep

Uit de gegevens in voorgaande hoofdstukken en de gegevens die door middel van interactieve beleidsvorming verkregen zijn, komen aandachtsvelden en prioriteiten naar voren, die voor het lokale gezondheidsbeleid 2010-2014 van Roermond van belang zijn. Dat zijn aspecten die in het lokaal gezondheidsbeleid voor de komende jaren aandacht dienen te krijgen.

6.1.1 Ouderen

De prioriteiten voor de doelgroep ouderen worden in onderstaande doelstellingen weergegeven:

1. Het voorkomen en vroegtijdig signaleren van eenzaamheid en depressie bij de doelgroep ouderen door middel van gericht onderzoek en monitoring middels de Seniorenmonitor van de GGD Limburg-Noord;
2. Het bevorderen van een gezonde leefstijl, waarbij vooral gericht wordt op het meer bewegen, gezonder eten en stoppen met roken door middel van het activeren van senioren om deel te nemen aan laagdrempelige en goed toegankelijke beweegactiviteiten;
3. Stimuleren van juist medicijngebruik, ofwel therapietrouw, door middel van voorlichting bij de doelgroep ouderen zodat verkeerd medicijngebruik wordt teruggedrongen.

6.1.2 Algemene bevolking

Voor de algemene bevolking kunnen de volgende beleidsdoelstellingen worden geformuleerd:

1. Het bevorderen van een gezonde leefstijl, waarbij vooral gericht wordt op het meer bewegen, gezonder eten en stoppen met roken voor specifieke doelgroepen zoals mensen met een lage SES door middel van het activeren en informeren van de algemene bevolking;
2. Het terugdringen van (overmatig) alcohol- en drugsgebruik door doelgerichte voorlichting over de gevaren van alcohol- en drugsgebruik;
3. Het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van leven gedurende alle levensfasen van de Roermondse burger, o.a. door het bieden van geestelijke zorg in de laatste levensfase;
4. Het zorg dragen voor een netwerk van personen die in staat zijn de basale reanimatie (BLS) toe te passen, personen die een Automatische Externe Defibrillator (AED) kunnen gebruiken en een netwerk van AED’s gekoppeld aan de Meldkamer Ambulancezorg (1-1-2 meldkamer) binnen de gemeente Roermond.

6.1.3 Jeugd

Voor de doelgroep jeugd zijn onderstaande doelstellingen van belang:

1. Het bevorderen van een gezonde leefstijl, waarbij vooral gericht wordt op het meer bewegen en gezonder eten door inzet van concrete, laagdrempelige en goed bereikbare acties gericht op meer bewegen, gezonder eten, het stimuleren van sport en het stoppen met roken via belangrijke intermediairs;
2. Het terugdringen van (overmatig) alcohol- en drugsgebruik door doelgerichte voorlichting over de gevaren van alcohol- en drugsgebruik;
3. Het verbeteren van de weerbaarheid en zelfredzaamheid van jongeren door middel van doelgerichte informatieoverdracht en training;
4. Het bieden van opvoedingsondersteuning voor ouders door middel van gerichte advisering en begeleiding bij de opvoeding.

6.1.4 OGGz

Bij de OGGz gaat het om het bestrijden van risicofactoren op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg. Het gaat kortweg over het toeleiden naar zorg van kwetsbare mensen, die niet of onvoldoende in staat zijn om in de eigen bestaansvoorwaarde te voorzien (onderdak, voedsel, inkomen, sociale contacten). Het doel van OGGz-beleid is om de kwetsbare doelgroep op een volwaardige wijze deel te kunnen laten nemen aan het maatschappelijk verkeer.

Om te bewerkstelligen dat dit doel wordt bereikt is het van belang dat de gemeente Roermond hierin haar verantwoordelijkheid neemt als regievoerder op het gebied van de OGGz, als onderdeel van het lokale gezondheidsbeleid. Deze regierol houdt in dat de gemeente zorg draagt voor de totstandkoming van het OGGz-beleid en de randvoorwaarden creëert voor uitvoering van het beleid door de samenwerkingspartners in de zorgketen.

Voor de doelgroep OGGZ zijn de volgende doelstellingen te benoemen:

1. Het bevorderen van een lokaal sluitende ketenaanpak op het gebied van de OGGz door het blijvend initiëren, faciliteren en regisseren van de afstemming tussen betrokken samenwerkingspartners;
2. Het, in overleg met betrokken samenwerkingspartners, opstellen van een permanent OGGz-convenant met als doel vast te leggen op welke gebieden en met welke acties wordt samengewerkt op het gebied van de OGGz.

<u>Conclusie doelstellingen</u>

Geconcludeerd kan worden dat de meeste van de bovengenoemde doelstellingen voor de doelgroepen ouderen, algemene bevolking en jeugd gericht zijn op het bevorderen van een gezonde leefstijl. Ook uit de epidemiologische gegevens en uit de landelijke preventienota blijkt dat door middel van doelstellingen gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl nog veel gezondheidswinst te behalen is. Voor alle doelgroepen wordt daarom ingestoken op preventie, oftewel gezondheidsbevordering en voorlichting. Hierbij wordt specifiek ingezet op het stimuleren van deelname aan beweegactiviteiten, gezond eten en stoppen met roken. Tevens wordt rekening gehouden met specifieke groepen zoals allochtonen, mensen met een lage SES en mensen met een beperking binnen de doelgroepen ouderen, algemene bevolking en jeugd, zodat de diverse activiteiten die in dit kader uitgevoerd worden ook voor hen bereikbaar en toegankelijk zijn.
Bij het behalen van deze doelstellingen zal de gemeente samen met de GGD, gezondheidszorginstellingen, welzijnsinstellingen, scholen, bedrijven en verenigingen en de inwoners samenwerken.

6.2 Overige doelstellingen

6.2.1 Integraal beleid

Gezondheid wordt beïnvloed door determinanten van gezondheid, zoals beschreven in het model van Lalonde in paragraaf 2.2. Deels zijn dit factoren die door gezondheidsbeleid te beïnvloeden zijn. Maar ook andere factoren, die buiten de directe invloedssfeer van de sector volksgezondheid liggen, hebben grote invloed op de gezondheid, zoals de sociale en fysieke omgeving (sociale cohesie in de buurt, arbeidssituatie, sociaaleconomische status, kenmerken van de woning, de verkeersveiligheid en het milieu). Deze determinanten van gezondheid maken duidelijk dat voor het beïnvloeden van gezondheidsproblemen integraal beleid nodig is. Bij integraal gezondheidsbeleid ligt het accent op het in samenhang beïnvloeden van gezondheid of factoren hiervan. In de meest brede zin betekent dit dat de belangrijkste sectoren rondom het volksgezondheidsdomein samenwerken bij de aanpak van de gezondheid. Belangrijk is om gezondheidsaspecten actief te laten meewegen bij de bestuurlijke beslissingen op andere gebieden dan volksgezondheid.
Integraal beleid richt zich niet alleen op het individu maar ook op zijn of haar omgeving. Naast de activiteiten die in het kader van het gezondheidsbeleid worden uitgevoerd, is er dan ook op aanpalende beleidsterreinen sprake van mogelijkheden voor beleid die een positief effect hebben op de lokale volksgezondheid. Zo is de kern van het Wmo-beleid van de gemeente Roermond dat iedereen kan meedoen aan de samenleving. Er zijn echter verschillende mensen voor wie dat niet vanzelfsprekend is, omdat zij daar belemmeringen in tegenkomen. Deze belemmeringen kunnen van allerlei aard zijn, maar een goede geestelijke en fysieke gezondheid spelen hierin zeker een belangrijke rol. Daarnaast kan ook sport bijdragen aan de geestelijke en fysieke gezondheid. Het is tevens een belangrijk instrument om bewegingsarmoede tegen te gaan. Vanuit dat oogpunt is sportbeleid dat gericht is op het bevorderen van een gezonde leefstijl een grote invloedsfactor. De publieke gezondheidszorg richt zich in de eerste plaats niet op ziekte en zieken, maar op (in principe) nog gezonde mensen en daarmee op het voorkomen van ziekte en het bevorderen en beschermen van de gezondheid van de bevolking. Het OGGz-beleid richt zich op een specifieke doelgroep binnen deze publieke gezondheidszorg. Onderzoek heeft aangetoond dat armoede van invloed is op de gezondheid. Dit geeft aan dat ook binnen het armoedebeleid ingezet moet worden op het bevorderen van de gezondheid van de Roermondse burgers. Binnen publieke gezondheid is preventie één van de belangrijkste pijlers. Het onderwijs kan dan ook een belangrijke rol vervullen wanneer het gaat om het bevorderen van een gezonde leefstijl en gezond gedrag in een vroege levensfase. Uiteraard heeft jeugdgezondheidszorg belangrijke raakvlakken met jeugdbeleid. Dit geldt ook voor ouderengezondheidszorg en ouderenbeleid. Tot slot kan ook het beleid op ruimtelijke ordening en veiligheid van grote invloed zijn op de volksgezondheid. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het inrichten van speelruimte, het aanleggen van sportvelden en parken en het bouwen van sportaccommodaties.

In het kader van de regierol die de gemeente Roermond zichzelf als taak oplegt, zal er integraliteit tussen de verschillende beleidsterreinen tot stand worden gebracht.

7. Financiën

Zoals aangegeven in het voorgaande hoofdstuk is gezondheidsbeleid geen op zichzelf staand onderdeel. Het is belangrijk om gezondheidsaspecten actief te laten meewegen bij de bestuurlijke beslissingen op andere gebieden dan volksgezondheid.
Er zijn in de begroting structurele middelen opgenomen voor basisgezondheidszorg. Voor 2009 bedragen de begrootte lasten € 1.538.994,67 en de begrootte baten € 868.476,-. Dit geeft aan dat de middelen voor gezondheidsbeleid beperkt zijn. De diverse beleidsterreinen zoals beschreven in paragraaf 6.2.1 hebben een gezamenlijk belang bij gezonde burgers in Roermond. Daarom is integraal beleid op het gebied van publieke gezondheid nodig.

De rijksbijdragen voor preventief jeugdbeleid en jeugdgezondheidszorg, uniform deel 0-4 zijn doeluitkeringen. Hierin is dan ook sprake van beperkte beleidsvrijheid. De baten van € 868.476,- bestaan uit 2 onderdelen. Onderdeel 1 wordt door de gemeente Roermond voor 100% ingezet voor de uitvoering van het wettelijk basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-4 jarigen en omvat voor 2009 een bedrag van € 592.139,-. Het tweede onderdeel, een bedrag van € 276.337 is in principe beschikbaar voor de ontwikkeling van het Centrum voor Jeugd en Gezin, met inachtneming van enkele aanpalende ontwikkelingen (vb. invoering digitaal dossier jeugdgezondheidszorg, verwijsindex risicojongeren en de overgang van prenatale zorg naar gemeenten), die ook uit dit onderdeel gefinancierd kunnen of moeten worden. Het is momenteel niet duidelijk welke bedragen voor deze aanpalende ontwikkelingen ingezet zullen worden.

Verder wordt er voor de uitvoering van de overige wettelijke taken in het kader van de Wpg een uitkering gestort in het Gemeentefonds. Het gaat hier om niet-geoormerkte middelen. In het kader van het traject rondom het Productenaanbod Publieke Gezondheid (PPG) worden jaarlijks op clusterniveau (gemeenten Echt-Susteren, Maasgouw, Roerdalen en Roermond) samen met de GGD werkplannen voor de gemeente Roermond opgesteld. Deze werkplannen worden op basis van een basispakket, aanvullend pakket en marktpakket uitgewerkt. Hierin kunnen lokale keuzes worden gemaakt en prioriteiten worden gesteld. De inkoop van deze producten vormt de grootste kostenpost voor het lokaal gezondheidsbeleid.

Naast de structurele middelen zijn er vanaf 2008 extra incidentele middelen beschikbaar voor het bevorderen van een gezonde leefstijl. Het gaat hier om het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (NASB). Deze gelden zijn bedoeld om een extra impuls te geven aan de bijdrage die sport kan leveren aan het bevorderen van een actieve, gezonde leefstijl. De rijksbijdrage is echter een impuls van beperkte duur. Voor wat betreft de besteding van deze middelen zal een afzonderlijk projectplan worden geschreven.

8. Vooruitblik op de uitvoering

In de uitvoeringsnota zal binnen de gestelde kaders de vertaalslag gemaakt worden van beleidsdoelstellingen naar concrete acties per doelstelling. Ook in deze fase zal de beleidsvorming interactief worden vormgegeven. Op deze manier wordt samen met stakeholders op het gebied van zorg en welzijn in gezamenlijkheid gezocht naar oplossingen/acties die kunnen bijdragen aan de gewenste langetermijneffecten.

Duidelijk is dat bij de totstandkoming van de uitvoeringsnota, maar ook bij de uitvoering van het beleid de regierol van de gemeente van essentieel belang blijft.

De uitvoeringsnota zal in april 2010 aan het college van B&W worden voorgelegd en zal bestaan uit 3 onderdelen:

A. Concrete acties per thema
Op basis van de beleidsdoelstellingen per doelgroep worden meetbare acties en resultaten uitgewerkt. Tevens zal daarbij worden aangegeven welke afdeling verantwoordelijk is voor de uitvoering van deze actie en worden eventuele relaties met andere beleidsterreinen aangegeven.

B. Financiële paragraaf
Een overzicht van de financieringswijze van de diverse acties. Vooralsnog wordt daarbij uitgegaan van financiering binnen de bestaande reguliere budgetten en vanuit het principe ‘nieuw voor oud’. Ook de mogelijkheden van externe financieringsmogelijkheden zullen worden onderzocht. Mocht blijken dat voor noodzakelijk nieuw beleid extra financiële middelen nodig zijn, dan wordt de gemeenteraad hierover tijdig geïnformeerd.

C. Voorstel monitoring / evaluatie
In de uitvoeringsnota zal een voorstel worden gedaan over de wijze waarop de voortgang wordt gevolgd waarbij meetbaarheid cruciaal is.

Naast de uitvoeringsnota worden in het kader van het Productenaanbod Publieke Gezondheid traject (PPG-traject) jaarlijks samen met de GGD werkplannen voor de gemeente Roermond opgesteld. In deze werkplannen worden de geformuleerde doelstellingen voor het gezondheidsbeleid uitgewerkt. De werkplannen krijgen vorm op basis van het basispakket, het aanvullend pakket en het marktpakket.

Ook in het projectplan NASB gelden de geformuleerde beleidsdoelstellingen als uitgangspunt.

Literatuurlijst en lijst van afkortingen

Beleidsplan Wet Maatschappelijke Ondersteuning Gemeente Roermond 2009-2014; december 2008

CBS & Prismant, beschreven in Regionale Gezondheidsinformatie. Extra uitgevoerde analyse sterftecijfers 1999-2003. Venlo: GGD Noord- en Midden-Limburg; 2006.

College Uitvoeringsprogrammma 2007-2010 Bruggen Bouwen; 2007

De Limburgse Gezondheidsenquête 2003: een onderzoek door de Limburgse GGD'en naar de gezondheid van de volwassenen in Limburg. Brochure provinciale resultaten. Platform GGD-epidemiologie Limburg; mei 2004.

Derks, W.M., Hensgens, J.C.G., Nieuweboer, J.M.M.J. Bevolking Limburg 2004-2035. Maastricht; E,til; december 2008. Daarbij E'til prognosecijfers voor alle Limburgse gemeenten t/m het jaar 2040 (september 2008).

GGD Limburg-Noord, 55+ monitor 2008: Eerste beknopte resultaten gemeenten Limburg-Noord, juli 2009.

GGD Limburg-Noord: infokaarten op de website www.ggdlimburgnoord.nl

Jongerenonderzoek 2005. Onderzoek door GGD'en naar het middelengebruik en (riskant) gedrag bij Limburgse scholieren in het voortgezet onderwijs. Platform GGD-epidemiologie Limburg; maart 2006.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Zorg voor Gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2006.

Roermond investeert in haar toekomst: Strategische visie Roermond 2020; 2008

Roermond: op de groei in cijfers; 2008

Sterfte in Limburg trendrapportage 1985-1999. Een onderzoek van de Limburgse GGD'en naar de lokale en regionale verschillen in sterfte in Limburg. Platform GGD-epidemiologie Limburg. Mei 2005.

Lijst met afkortingen

AED	Automatische Externe Defibrillator
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BOS	Buurt, Onderwijs en Sport
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
GGD	Gemeenschappelijke Gezondheidszorgdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen.
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg

JGZ	Jeugdgezondheidszorg
MBvO	Meer Bewegen voor Ouderen
NASB	Nationaal Actieplan Sport en Bewegen
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
OGGz	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
OOGO	Op Overeenstemming Gericht Overleg
PPG	Productenaanbod Publieke Gezondheid
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
SES	Sociaal Economische Status
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WHO	World Health Organization
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wpg	Wet publieke gezondheidszorg
WWZ	Wonen-Welzijn-Zorg

Bijlage 1 Evaluatie bestaand beleid

In de nota van de voormalige gemeente Swalmen “Gezondheid ons alles zorg” en de nota van de gemeente Roermond “Samen op weg naar een gezond Roermond” zijn een aantal doelstellingen geformuleerd.

In de Nota Lokaal Gezondheidsbeleid van de voormalige gemeente Swalmen “Gezondheid ons aller zorg” worden onderstaande doelen gesteld:

1. voorkomen van onnodige gezondheidsproblemen, ziekte en sterfte;
2. bevorderen dat inwoners langer in gezondheid kunnen leven;
3. terugdringen van onaanvaardbare verschillen in gezondheid door verschillen in sociaaleconomische posities;
4. voorkomen dat kwetsbare groepen tussen de wal en het schip vallen.

In de Nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2003-2007 “Samen op weg naar een gezond Roermond” wordt de visie op gezondheidsbeleid omschreven als: “het bewaken, bevorderen en beschermen van de gezondheid en van gelijke kansen op gezondheid voor de gehele bevolking in Roermond”.

De instrumenten die ingezet zijn om bovengenoemde doelen te bereiken zijn samen te vatten in drie thema’s: het integraal en interactief gezondheidsbeleid ontwikkelen en uitvoeren, het subsidiëren van diverse voorzieningen op het gebied van welzijn en zorg en de samenwerking tussen diverse instellingen bevorderen.

In de voormalige gemeente Swalmen is de vrije ruimte in het budget voor de GGD Limburg-Noord benut voor producten die tot doel hebben de leefstijl van mensen te bevorderen. In samenwerking met de gemeente Beesel heeft Swalmen de GGD Limburg-Noord in het kader van leefstijlbevordering voor de algemene bevolking met een smalle beurs de cursus ‘goede voeding hoeft niet veel te kosten’ georganiseerd. Doelstelling van deze cursus is zowel bewustwording van eigen voedingspatroon als het samenstellen van een goede, gevarieerde en goedkope voeding.
In dit kader heeft de GGD Limburg-Noord voor mensen met een chronische aandoening en/of slechte conditie een beweegdag georganiseerd. De doelstelling van deze dag is dat deze doelgroep gestimuleerd wordt om te laten zien dat bewegen leuk is en dat deze doelgroep meer gaat bewegen.
Bovendien heeft de GGD Limburg-Noord in dit kader voor de kinderen uit het basisonderwijs de volgende activiteit uitgevoerd: Slim Kids. Dit project richt zich op voeding en bewegen. Voor leerlingen van middelbare scholen is de Meet, Weet en Beweegdag georganiseerd. Dit programma bestaat uit 3-wekelijkse bijeenkomsten. In de MEET bijeenkomst wordt o.a. het vetpercentage gemeten. In de MEET bijeenkomst staat voeding centraal. In de BEWEEG bijeenkomst wordt een fitheidstest afgenomen en krijgen kinderen een advies op maat.

Naast de activiteiten die in het kader van het gezondheidsbeleid zijn uitgevoerd, is er ook op aanpalende beleidsterreinen sprake van activiteiten die een positief effect hebben op de lokale volksgezondheid. Het gaat om de volgende activiteiten:

- Go4ward: de afkorting BOS staat voor Buurt, Onderwijs en Sport. Deze tijdelijke stimuleringsregeling van de overheid ondersteunt de gemeente Roermond bij de aanpak van achterstanden bij de jeugd in de leeftijd van 4 tot 19 jaar op wijkniveau. Er zijn projecten en activiteiten opgezet om op het gebied van gezondheid, welzijn, onderwijs, opvoeding, sport of bewegen in de wijken Veld, Donderberg en Kemp/Kitskensberg.
- Meer bewegen voor ouderen (MBvO): Wekelijks worden op diverse locaties binnen de gemeente, sportactiviteiten voor ouderen georganiseerd. Hierbij kan een keuze gemaakt worden uit: Gymnastiek, Bodyflow, Line-dance, Volksdans, Yoga, Zwemmen, Tai Chi, Nordic Walking.
- Deelname aan samenwerkingsverband “Iedereen kan sporten”: Sportstimulering voor mensen met een lichamelijke / verstandelijke handicap. Samenwerkingsverband tussen 7 Midden-Limburgse gemeenten, MEE, Gehandicaptensport Nederland en Huis voor de Sport Limburg.
- In samenwerking met de GGD en de GGZ NML is er vanuit het jeugdbeleid een plan van aanpak “alcohol- en drugspreventie jeugd Roermond 2007-2009”opgesteld. De uitvoering is ter hand genomen. De inzet van de outreachend preventiemedewerker verslaving is hier een voorbeeld van. In het najaar zal het plan geëvalueerd worden.
- Vanuit jeugdbeleid en onderwijsachterstandenbeleid is er ingezet op extra opvoedingsondersteuning.
- Peuterspeelzalen zijn aan de slag gegaan met “beweegkriebels”.
- Deelname jeugdgezondheidszorg aan Zorg Advies Teams (ZAT’s) op scholen.

Bijlage 2 Risicogedrag

Hierna wordt beschreven hoe de inwoners van Roermond zich wat betreft risicogedrag in vergelijking met de rest van de provincie Limburg verhouden. Gegevens van de jongeren zijn niet op het niveau van Roermond beschikbaar, omdat een groot aantal scholen in deze gemeente niet heeft meegewerkt aan het Jongerenonderzoek 2005. Daarom worden deze resultaten op clusterniveau van het OOGO Oost Midden-Limburg gepresenteerd. Dit cluster bestaat uit de gemeenten: Roermond, Roerdalen, Echt-Susteren en Maasgouw.
Gezien de vergrijzing in de komende jaren is het van belang om ook meer inzicht te krijgen in het risicogedrag en de leefstijl van zelfstandig wonende senioren (55+). De resultaten van de seniorenmonitor die in 2008-2009 is gehouden zijn nog niet volledig beschikbaar, maar uit de eerste beknopte resultaten die in juli 2009 beschikbaar zijn gesteld kunnen reeds een aantal cijfers worden gehaald.

Roken

Ouderen
Van de inwoners van Limburg-Noord van 55 jaar en ouder rookt 16%. Meer mannen (19%) dan vrouwen (13%) roken. Onder de 55-74 jarigen (18%) is het percentage rokers meer dan dubbel zo hoog dan onder de 75-plussers (8%). Stoppen met roken heeft ook op oudere leeftijd nog zin. Bv. één jaar nadat iemand gestopt is met roken, daalt de kans op hart- en vaatziekten al enorm. Ook betekent stoppen met roken een verbetering in kwaliteit van leven en voor de maatschappij een vermindering in zorg.

Algemene bevolking
Roken levert van alle risicogedragingen de meeste gezondheidsschade op en is medeverantwoordelijk voor de hoge sterfte aan hart- en vaatziekten en kanker. 15% Van de sterfte kan worden toegeschreven aan roken. Het percentage rokers is in Roermond (28%) gelijk aan het percentage rokers in de provincie (28%) en is daarmee hoger dan het aandeel rokers in de regio Noord- en Midden-Limburg (25%). Dankzij het uitvoeren van langdurige preventieactiviteiten laten provinciale en regionale resultaten uit 2003 een daling in het rookgedrag zien ten opzichte van 1998 (31%). Dit geldt ook voor Roermond.
Om de daling in het aantal rokers onder de Nederlandse bevolking door te laten zetten heeft de landelijke overheid in haar preventiebeleid dit tot speerpunt gemaakt.

Jeugd
Uit de Jeugdmonitor 2005 blijkt dat van de jongeren in het voortgezet onderwijs in de 2e klas 7% rookt en in de 4e klas 23% rookt. Deze cijfers wijken niet veel af van het rookgedrag van hun leeftijdgenoten in Limburg. Verder blijkt dat meer meisjes dan jongens roken. In vergelijking met de cijfers van 1996 en 2001 is in 2005 een daling van het percentage rokers onder jongeren te zien. Op Limburgs niveau betekent dit in de 2e klas een verloop van 22% -> 17% -> 10%. Voor de 4e klassers is dit een daling van 38% -> 32% -> 23%. Naar verwachting is er in de gemeente Roermond ook sprake van een dalende trend.
Ondanks een afname in het percentage rokers in de afgelopen jaren, blijft roken onder jongeren toch nog een gezondheidsbedreiging. Als ze op jonge leeftijd hun eerste sigaret opsteken, wordt het risico groter dat zij daarna blijven roken. Het Rijksoverheidsbeleid is er dan ook op gericht om te voorkomen dat jongeren ermee beginnen.

Alcohol en drugs

Ouderen

In de regio Noord- en Midden-Limburg drinken in 2003 relatief meer 55-75 jarigen wel eens alcohol dan in Nederland (NML 86%; Nederland 82%). Uit de voorlopige resultaten van de seniorenmonitor van 2008 blijkt dat bijna 10% van de inwoners in Limburg-Noord van 55 jaar en ouder drinkt overmatig alcohol (bij mannen is dit 21 glazen of meer per week; bij vrouwen is dit 14 glazen of meer per week). Bij mannen (13%) komt overmatig drinken meer voor dan bij vrouwen (6%).
Alcoholproblemen bij ouderen wordt vaak slecht en laat herkend. Het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) constateert dat er bij ouderen een zorgelijke ontwikkeling gaande is in de alcoholproblematiek die - gezien de toenemende vergrijzing- veel aandacht verdient. Het aantal 55-plussers met een alcoholvraaghulp is ook landelijk toegenomen.

Algemene bevolking

Overmatig alcohol- en drugsgebruik is schadelijk voor de gezondheid. In Roermond en de overige Limburgse gemeenten drinken 9 op de 10 volwassenen wel eens alcohol. Het gemiddelde percentage inwoners in Roermond (11%) dat wekelijks zwaar drinkt - minstens eenmaal per week op één dag zes of meer glazen alcohol- is iets lager dan het percentage zware drinkers in de regio en provincie. Vooral bij mannen komt overmatig alcoholgebruik meer voor dan bij vrouwen. Onder inwoners met een laag en gemiddeld opleidingsniveau bevinden zich de meeste zware drinkers. Het percentage zware drinkers is ten opzichte van 1998 in een aantal regio's in Limburg licht toegenomen.
In de regio Noord- en Midden-Limburg is dit percentage stabiel gebleven. Ook landelijk gezien is er de laatste jaren weinig veranderd in het drinkgedrag van de volwassenen.
Uit de gezondheidsenquête 2003 zijn geen gegevens over volwassenen en drugsgebruik beschikbaar.

Jeugd

In de tweede klas van het voortgezet onderwijs geeft 10% van de leerlingen aan dronken of aangeschoten te zijn geweest in de 4 weken voorafgaand aan het onderzoek; circa 45% van de 4^{e} klassers geeft dit aan. Het percentage leerlingen van klas 2 dat cannabis(1,8%), XTC (0,9%) of overige harddrugs (1,2%) gebruikt is nagenoeg gelijk aan de rest van de regio en de provincie. Het drugsgebruik van 4^{e} klassers (respectievelijk cannabis: 7%; XTC: 1% en overige harddrugs: 2%) is nagenoeg gelijk in vergelijking met hun leeftijdgenoten in de regio en provincie.
Meer jongens dan meisjes gebruiken genotmiddelen. In vergelijking met 1996 en 2001 bestaat er op provinciaal niveau een daling in zowel het alcoholgebruik als het drugsgebruik. Deze daling is sterker dan in Nederland. Naar verwachting zal voor Roermond eenzelfde trend bestaan.

Lichamelijke inactiviteit

Ouderen

Van de ouderen (55+) beweegt éénderde niet volgens de aanbevolen landelijke norm. Naarmate de leeftijd stijgt, des te minder voldoet men aan deze norm. Sportieve activiteiten die ouderen vooral doen zijn zwemmen, fietsen en wandelen. Daarnaast klussen en tuinieren ze regelmatig. In combinatie met gezonde voeding heeft bewegen een belangrijk aandeel in het bestrijden van overgewicht.

Algemene bevolking
Na roken is lichamelijke inactiviteit de grootste risicofactor voor het krijgen van hart- en vaatziekten. De Nederlandse Norm Gezond Bewegen stelt dat volwassenen tenminste een half uur matig intensief gedurende 5 dagen per week bewegen. In Roermond haalt 67% van de volwassenen deze norm niet. Dit is gelijk aan de rest van Limburg waar gemiddeld 2 op de 3 volwassenen niet genoeg bewegen. Over het algemeen lijken vrouwen iets actiever te zijn dan mannen. Het percentage van de volwassenen in Limburg dat in 2003 niet aan de beweegnorm voldoet is ten opzichte van 1998 met ongeveer 4-5% gestegen. Deze trend geldt ook voor de totale regio en ook de trend van het beweeggedrag in Roermond is hiermee te vergelijken.

Jeugd
De beweegnorm voor jongeren is minimaal op 5 dagen per week een uur sporten, fietsen, lopen of schoonmaken. Van de 2e klassers in regio Roermond e.o. voldoet 65% niet en van de 4e klassers voldoet 61% niet aan deze norm. Voorts bewegen jongens meer dan meisjes.
Het aantal actievelingen in de regio en daarmee ook in Roermond wijkt niet af van het Limburgse percentage. Het is niet mogelijk de resultaten van de jongeren ten opzichte van 2001 weer te geven omdat het beweeggedrag destijds niet op een gelijke manier gemeten is. Echter het ligt in verwachting dat, gezien de trend bij de volwassenen, ook jongeren minder actief zijn geworden dan voorheen.

Onvoldoende groente- en fruitconsumptie

Ouderen
In de voeding van ouderen ontbreken vaak ook belangrijke voedingsmiddelen. 68% van de inwoners van 55 jaar en ouder voldoet niet aan de norm van 200 gram groenten per dag. 57% voldoet niet aan de norm om per dag minimaal 2 stuks fruit te eten.

Algemene bevolking
Voldoende groente en fruit (norm= dagelijks 200 gram groente en 2 stuks fruit) eten kan het ontstaan van diverse vormen van kanker sterk reduceren. In Roermond en de overige Limburgse gemeenten halen ruim 9 op de 10 volwassenen deze norm niet. Mannen en jong volwassenen eten gemiddeld ongezonder dan de rest van de volwassenen. De landelijke trend is ongunstig: tussen 1987 en 1998 is een lichte stijging te zien in het percentage volwassenen dat de norm niet haalde. Ook in de totale regio is een lichte ongunstige trend te zien (89% naar 92%) in de periode van 1998 tot 2003. Deze trend zal ook voor Roermond gelden.

Jeugd
Drievijfde van de leerlingen uit klas 2 eet niet dagelijks fruit en in de 4e klas geldt dit voor drie op de vijf leerlingen. Bij jongeren zien we over het algemeen een afname in de fruitconsumptie voornamelijk bij de 2e klassers. Echter het ligt in verwachting dat, gezien de trend bij de volwassenen, ook jongeren minder fruit en groente eten dan voorheen.
Bijna 1 op de 6 2e klassers en een kwart van de 4e klassers eet niet elke dag een ontbijt. Er wordt iets beter ontbeten dan in de rest van Limburg.

Overgewicht en hoge bloeddruk

Ouderen

De voeding van veel ouderen (55+) is niet optimaal omdat veel belangrijke voedingsmiddelen ontbreken, maar anderzijds kampen veel ouderen wel met overgewicht. 69% Van de mannen en 51% van de vrouwen heeft overgewicht.
De afgelopen jaren is ook het percentage ouderen met overgewicht toegenomen en als deze trend zich voortzet zal de komende jaren in de groep 55-plussers het percentage mensen met overgewicht toenemen met 0,3% per jaar. Voor Roermond zou dit betekenen dat in het jaar 2010 ongeveer 9.676 (van de 16.227) 55-plussers overgewicht zullen hebben.

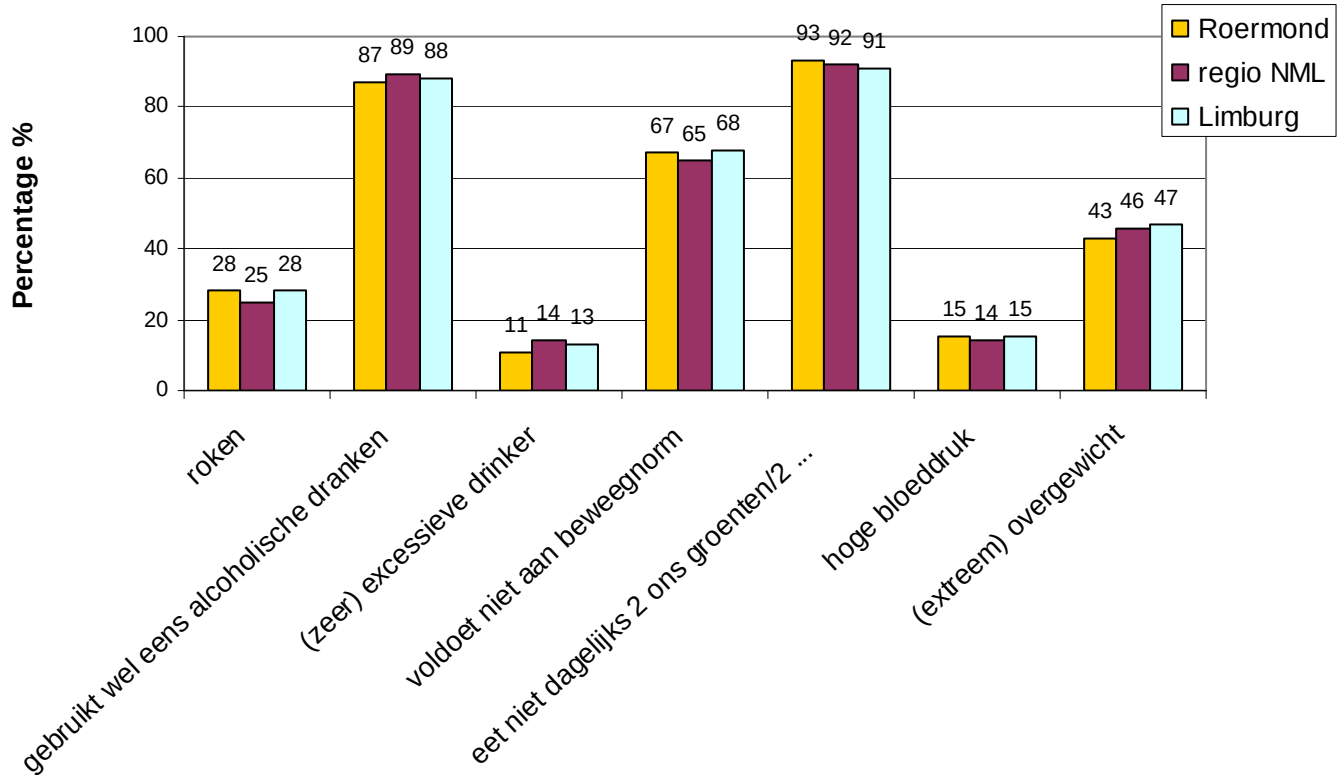
Algemene bevolking

De hiervoor genoemde risicofactoren, zoals ongezonde voeding en onvoldoende lichaamsbeweging, hebben een duidelijke invloed op de mate van overgewicht en het ontstaan van een te hoge bloeddruk. Deze zijn ook belangrijke risicofactoren voor de gezondheid. In Roermond kampt 43% van de volwassen inwoners met overgewicht. Dit percentage is iets lager dan in de rest van Limburg en Nederland. Het percentage mensen met overgewicht is landelijk gestegen van 33% in 1980 naar 47% in 2004. Deze stijging is in alle leeftijdsklassen en beide geslachten te zien, maar vooral bij vrouwen tussen de 20 en 40 jaar. Ten opzichte van 1998 is er ook in Roermond een lichte stijging in het percentage mensen met overgewicht in 2003 (41% -> 43%). Overgewicht neemt in alle sociale lagen van de bevolking toe en is daarmee niet meer uitsluitend een probleem van de lagere sociale klassen. Aangezien de trends nog steeds ongunstig zijn en steeds meer mensen, van wie ook kinderen en jongeren, een (extreem) overgewicht ontwikkelen, is overgewicht al tot speerpunt van landelijk beleid gemaakt.
In Roermond heeft ruim 1 op de 6 (15%) mensen een te hoge bloeddruk; dit is vergelijkbaar met de rest van de provincie. De trend op provinciaal niveau is stijgend van 13% naar 16% (1998 -> 2003). Eenzelfde trend geldt ook voor de inwoners van de gemeente Roermond (10% -> 15%).

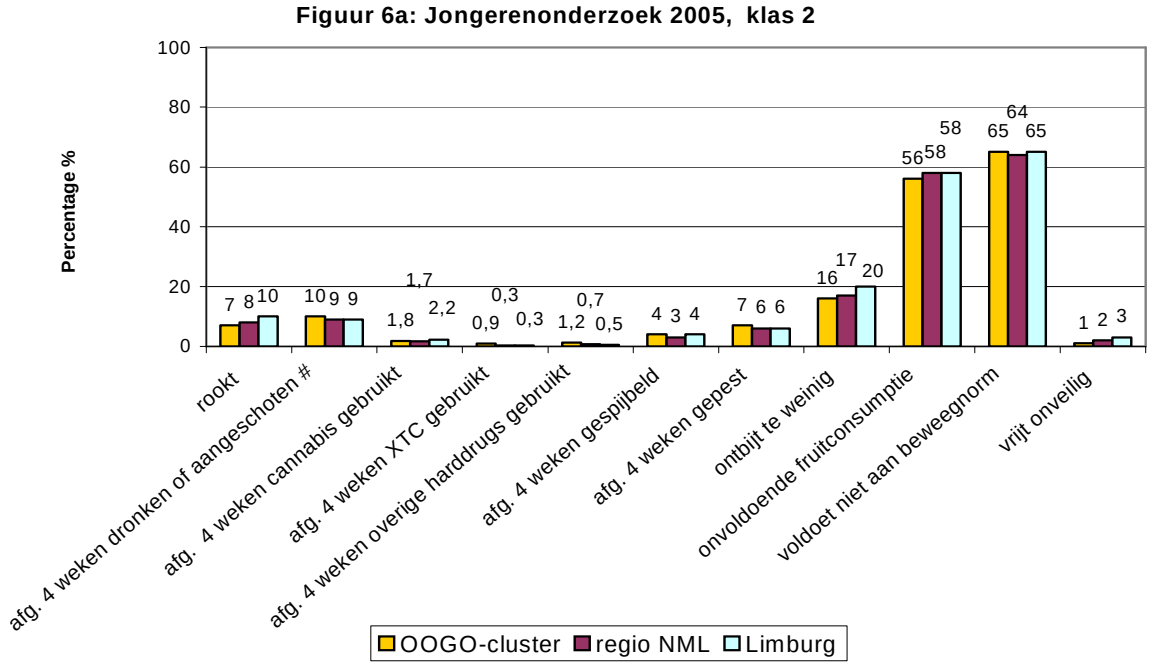
Jeugd

Uit het document ‘Op de groei in cijfers 2008’ blijkt dat 9,3% van de meisjes en 6,1% van de jongens in Roermond op 5/6 jarige leeftijd last heeft van overgewicht. Op 11/12 jarige leeftijd is dit voor meisjes 12,2% en voor jongens 12,0%. Bij 13/14/15 jarige meisjes is het percentage overgewicht 12,6%. Voor jongens in dezelfde leeftijd is dit 11,1%. De verwachting is dat in Roermond net zoals in de rest van Nederland sprake zal zijn van een toename van overgewicht bij de jeugd.

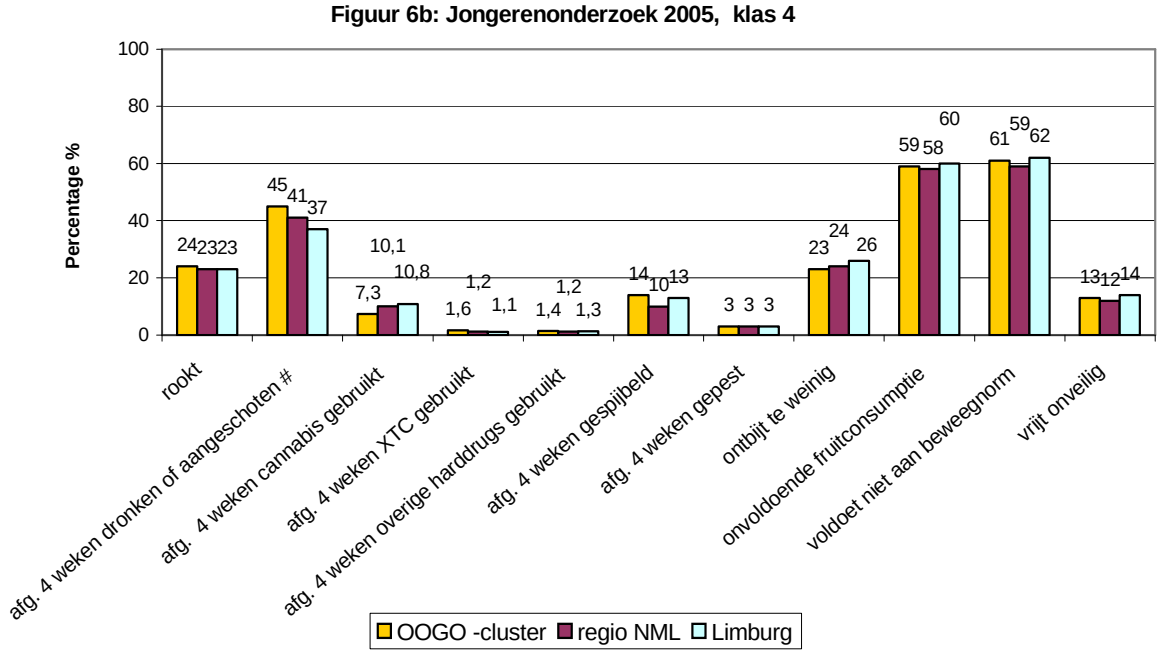
In onderstaande diagrammen worden bovenstaande resultaten schematisch weergegeven.



Figuur 1: risicofactoren volwassenen (Gezondheidsenquête 2003)



Figuur 2: Jongerenonderzoek 2005, klas 2



Figuur 3: Jongerenonderzoek 2005, klas 4

Bijlage 3 Verslag startbijeenkomst lokaal gezondheidsbeleid 4 maart 2009

Op 4 maart 2009 heeft er een startbijeenkomst lokaal gezondheidsbeleid plaatsgevonden waarvoor zorgvragers, zorgaanbieders, lokale en regionale samenwerkingspartners en belangengroepen zijn uitgenodigd. Tijdens deze bijeenkomst is in een tweetal groepen gediscussieerd over mogelijke prioriteiten en de daarbij behorende oplossingsrichtingen voor het gemeentelijke gezondheidsbeleid 2010-2014 van Roermond. Deze 2 groepen hebben tijdens deze bijeenkomst voor de volgende prioriteiten en oplossingsrichtingen voor het komende lokaal gezondheidsbeleid van de gemeente Roermond gekozen:

Groep 1
Deelnemers: EHBO-verenigingen, Wel.kom, Seniorenraad en Algemeen Maatschappelijk Werk.

Deze groep heeft voor de volgende prioriteiten en daarbij behorende oplossingsrichtingen gekozen:

1. Voeding en Bewegen
- Financiële tegemoetkoming /drempelverlaging voor bewegen; hierbij de voorbeelden uit het onderwijs meenemen;
- Binnen het onderwijs aandacht voor voeding en beweging;
- Een aanbod creëren van veilige beweeg- en ontbijtmogelijkheden;
- Zorg dragen dat iedereen KAN sporten; met name gehandicapten;
- Integrale aanpak tussen ouders-onderwijs-zorg;
- Meer Bewegen voor Ouderen (MbvO) moet opgenomen worden in het Lokaal Gezondheidsbeleid;
- Lokaal Gezondheidsbeleid moet aansluiten bij het Wmo-beleid van de gemeente Roermond;
- Het aanbod voor ouderen moet vooral wijkgericht en/of in samenwerking met het welzijnswerk zijn;
- Ook aandacht voor ruimtelijke ordening; hierbij denken aan woonservicezones;
- Schoolzwemmen stimuleren; hierbij doelgroepen differentiëren zoals lage SES-groepen, inburgeraars en ouders;
- Leren van voorbeelden uit andere regio's.

2. Roken, alcohol en drugs
- M.b.t. alcohol: het centrumbeleid, recreatiebeleid en evenementenbeleid afzetten tegen volksgezondheidskwaliteitscriteria;
- Voorkomen van alcohol- en drugsoverlast komt de volksgezondheid en de veiligheid ten goede;
- Het opstellen van een plan van aanpak m.b.t. alcohol en drugs.

3. Depressie
- Integrale aanpak;
- Sluit aan bij het Wmo-beleid;
- Steunpunten faciliteren binnen de gemeenten;
- Breng verschillende doelgroepen bij elkaar: nodig bijvoorbeeld de buurt uit bij schoolactiviteiten;

- Het bevorderen van het geestelijke welbevinden.

4. AED's

- Zorg dragen voor bereikbaarheid van AED's; AED's (eventueel met code) buiten gebouwen monteren;
- Zorg dragen voor voldoende bedieners AED's : opleiding bij de EHBO-verenigingen

Om uitvoering aan deze prioriteiten te geven dient het lokaal gezondheidsbeleid zoveel mogelijk wijkgericht en integraal uitgevoerd te worden. Dit beleidsterrein dient zoveel mogelijk aan te sluiten aan het Wmo- beleid van de gemeente, bestaande ingerichte structuren, het leefbaarheidsprincipe van de stad en de WWZ-overleggen. Binnen het lokaal gezondheidsbeleid dient aandacht besteed te worden aan het gebruikmaken van multifunctionele accommodaties en vrijwilligers/mantelzorgers.

Groep 2

Deelnemers: EHBO-verenigingen, Meditta, tandarts, Wel.Kom, Platform WWZ.

Deze groep heeft voor de volgende prioriteiten gekozen:

- Bewegen en voeding;
- Depressie;
- Roken, alcohol, drugs en seks met name voor jongeren;
- AED's;
- Stimuleren mondgezondheidszorg;
- Huisvesting tandartsen.

Om de bovengenoemde prioriteiten concreet uit te voeren, dient zoveel mogelijk gebruik gemaakt te worden van al bestaande activiteiten en initiatieven gericht voor specifieke doelgroepen zoals lage SES, allochtonen, ouderen en jeugd. Bij het ontwikkelen van concrete activiteiten voor de doelgroep jeugd dienen nadrukkelijk ook de ouders betrokken te worden. Bovendien dient dit in samenhang en afstemming met aanpalende beleidsterreinen te gebeuren. Het ontwikkelen van een sociale kaart speelt hierbij een belangrijke rol. Daarnaast kan de gemeente Roermond hierbij een faciliterende rol op zich nemen. Bij het opstellen van een uitvoeringsplan voor het lokaal gezondheidsbeleid dienen de volgende kernbegrippen gebruikt te worden: wijkgerichte aanpak, toegankelijkheid, bereikbaar, laagdrempelig, veiligheid en het optimaal gebruikmaken van al bestaande mogelijkheden.

Bijlage 4 Vragenlijst nota lokaal gezondheidsbeleid 2010-2014

Middels deze vragenlijst proberen wij een inzicht te krijgen in uw wensen en behoeften ten aanzien van het toekomstig lokaal gezondheidsbeleid van de gemeente Roermond. De gegevens die uit deze vragenlijst naar voren komen worden verwerkt in de nota lokaal gezondheidsbeleid 2010-2014 van de gemeente Roermond. Alvorens wij u een aantal vragen stellen over het toekomstig lokaal gezondheidsbeleid in Roermond, willen wij u graag eerst informeren over de deelterreinen van het lokaal gezondheidsbeleid en de gezondheidssituatie van de Roermondse inwoners

A. Deelterreinen lokaal gezondheidsbeleid

In het lokaal gezondheidsbeleid zijn de volgende 4 deelterreinen te onderscheiden.

1. Gezondheidsbescherming. Dit betreft alle maatregelen waarmee voorkomen wordt dat de mens in contact komt met voor zijn gezondheid schadelijke stoffen en omstandigheden. Dit is vooral gericht op de fysieke omgeving.
2. Gezondheidsbevordering. Dit gaat vooral om gedragsbeïnvloeding via communicatie, gericht op de bevordering van gezond gedrag.
3. Preventieve gezondheidszorg. Dit is gericht op het stimuleren van het gezonde gedrag en het versterken van wat mensen nodig hebben om gezondheidsrisico's te vermijden of te beperken.
4. Curatieve gezondheidszorg. Dit richt zich op het bevorderen en handhaven van voorzieningen en het bevorderen van zo goed mogelijk afstemmen van deze voorzieningen. Kernbegrippen hierbij zijn: bereikbaarheid, toegankelijkheid en spreiding van gezondheidsvoorzieningen.

B. Gezondheidssituatie inwoners Roermond

1. Belangrijkste gezondheidsproblemen:

- Over het algemeen zijn de inwoners van de huidige gemeente Roermond tevreden over hun gezondheid.
- De totale sterfte is zowel voor mannen als vrouwen in de voormalige gemeente Roermond verhoogd ten opzichte van de landelijke en regionale sterfte. Uit de sterftespecifieke cijfers is niet direct aan te tonen welke aandoeningen oorzaak zijn van deze oversterfte.
- De sterfte aan hart- en vaatziekten is voor mannen en vrouwen in de voormalige gemeenten Roermond en Swalmen gelijk aan de rest van Nederland. Door een verouderde bevolking en 'slechtere' leefwijzen van burgers zal het aantal patiënten met hart- en vaatziekten in Nederland en ook in Roermond toenemen.
- Ook de sterfte aan andere aandoeningen is voor Roermond en Swalmen gelijk aan de sterfte in Nederland. Op regionaal niveau zien we wel dat naar verhouding meer vrouwen aan suikerziekte overlijden dan in de rest van Nederland. Aangezien deze trend in Nederland steeds ongunstiger zal worden, zal het aantal mensen met suikerziekte ook in Roermond toenemen.
- De inwoners van de huidige gemeente Roermond hebben verder over het algemeen even vaak problemen met de psychische gezondheid dan de rest van de Limburgers. Wel is er bij de lager opgeleiden vaker sprake van depressie en eenzaamheid dan bij personen die een hoge opleiding hebben genoten. Het aantal mensen waarvan bekend is dat ze lijden aan depressie is de laatste 10 jaar sterk toegenomen. Conform de landelijke trend zal ook in Roermond het aantal mensen met een depressie stijgen.

- We zien echter op korte termijn een daling in het totale aantal, maar hierbij wel een verschuiving binnen bepaalde leeftijdsgroepen. Met name een stijging bij de 45-plussers.
- Daarnaast heeft bijna éénvierde van de inwoners van Roermond last van aandoeningen aan het bewegingsapparaat, wat een groot deel van de ziektelast veroorzaakt.

2. Belangrijkste conclusies risicogedrag:

- Over het algemeen scoren de inwoners uit Roermond in vergelijking met Limburg en het land wisselend wat betreft de diverse risicofactoren.
- Net als in de rest van Limburg is sprake van een dalende trend in het aandeel rokers in Roermond. Om deze daling onder de Nederlandse en dus ook de Roermondse bevolking door te laten zetten, dient dit tot een speerpunt in het nieuwe lokaal gezondheidsbeleid van de gemeente Roermond gemaakt te worden.
- In Roermond drinken niet meer inwoners alcohol dan elders in de provincie. Vooral bij mannen komt overmatig alcoholgebruik meer voor dan bij vrouwen. Onder inwoners met een laag en gemiddeld opleidingsniveau en jongeren bevinden zich de meeste zware drinkers.
- In vergelijking met de overige Limburgers voldoet ook in Roermond tweederde van de inwoners niet aan de “beweegnorm”. Aangezien de trend ongunstig is en steeds meer mensen minder gaan bewegen, is dit ook een aandachtspunt
- De inwoners van Roermond eten naar verhouding wekelijks even vaak groente en fruit als de bevolking in de hele provincie, maar ze eten dit wel onder de aanbevolen norm.
- In Roermond kampen naar verhouding evenveel mensen met overgewicht als elders in de provincie en het land. Aangezien de landelijke trend echter ongunstig is, en steeds meer mensen, ook de inwoners van Roermond overgewicht ontwikkelen, is dit ook een speerpunt voor het nieuwe lokaal gezondheidsbeleid. Bij ouderen is echter ook het voorkómen van ondervoeding een aandachtspunt voor preventie.

3. Gebruik van zorgvoorzieningen

- Over het geheel genomen is er (in vergelijking met 1998) een afname in het gebruik van gezondheidsvoorzieningen. Vrouwen maken meer gebruik van gezondheidsvoorzieningen dan mannen.

Vragen Lokaal Gezondheidsbeleid Roermond 2010-2014

1. Algemene gegevens:

Naam invuller:……
Organisatie:……

2. Op basis van de informatie over de deelterreinen van het lokaal gezondheidsbeleid, de gezondheidssituatie van de inwoners van Roermond en ervaringen uit uw eigen praktijk/omgeving s.v.p. aangeven een **top-5** van **prioriteiten** voor de doelgroep **jeugd**:
   1…….
   ……
   ……
   2……
   ……
   ……
   3……..……
   ……..……
   ……
   4……
   ……..……
   ……
   5……
   ……..……
   ……..……..

3. Op basis van de informatie over de deelterreinen van het lokaal gezondheidsbeleid, de gezondheidssituatie van de inwoners van Roermond en ervaringen uit uw eigen praktijk/omgeving s.v.p. aangeven een **top-5** van **prioriteiten** voor de doelgroep **ouderen**:
   1…….
   ……
   ……
   2……
   ……
   ……
   3……..……
   ……..……
   ……
   4……
   ……..……
   ……
   5……
   ……..……
   ……..……..…

4. Op basis van de informatie over de deelterreinen van het lokaal gezondheidsbeleid, de gezondheidssituatie van de inwoners van Roermond en ervaringen uit uw eigen praktijk/omgeving s.v.p. een **top-5** aangeven van **prioriteiten** voor de doelgroep **algemene bevolking:**

   1……
   ……
   ……
   2……
   ……
   ……
   3……
   ……
   ……
   4……
   ……
   ……
   5……
   ……
   ……

5. Bij welke doelgroep zou de gemeente Roermond binnen haar lokaal gezondheidsbeleid de meeste prioriteit leggen?
   (maximaal 1 antwoord)
   □ Jeugd (0-19 jaar)
   □ Ouderen (55+)
   □ Algemene Bevolking (20-54 jaar)

6. Welke van de bovenstaande prioriteiten voor het lokaal gezondheidsbeleid dient door de gemeente Roermond als eerste worden aangepakt?
   (maximaal 3 antwoorden en benoem de 3 belangrijkste)
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……

   Algemene opmerkingen:
   ……
   ……
   ……
   ……

Bedankt voor uw medewerking!

Bijlage 5 Geclusterde resultaten vragenlijst LGB Roermond

Prioriteiten doelgroep jeugd:

1. bewegen: 26% (19x)
2. roken, alcohol en drugs: 15% (11x)
3. toegankelijkheid en bereikbaarheid voor specifieke groepen jongeren en hun ouders:15% (11x)
4. gezondheidsbevordering: 7% (5x)
5. preventie gezondheidszorg/voorlichting: 5% (4x)
   gezonde voeding:5% (4x)
   weerbaarheid/zelfredzaamheid: 5% (4x)
   opvoedingsondersteuning voor ouders: 5%(4X)
9. monitoren specifieke groepen jongeren:3% (2x)
   voorkoming overgewicht 3% (2x)
   preventie van taalachterstanden bij specifieke doelgroepen: 2% (2x)
11. verbale en lichte agressie 1% (1x)
    internetmisbruik 1% (1x)
    seksuele voorlichting: 1% (1x)
    ketensamenwerking 1% (1x)
    psychische problemen 1% (1x)

Prioriteiten doelgroep ouderen:

1. depressie, angsten en eenzaamheid: 23% (12x)
2. toegankelijkheid en bereikbaarheid voor specifieke groepen ouderen 21% (11x)
3. bewegen: 15% (8x)
4. gezonde voeding: 8%(4x)
   medicijngebruik: 8% (4x)
6. valpreventie: 6% (3x)
7. roken en alcohol: 4% (2x)
   preventieve gezondheidszorg: 4% (2x)
9. overgewicht: 2% (1x)
   suikerziekte: 2% (1x)
   curatieve gezondheidszorg: 2% (1x)
   kwaliteit thuiszorg: 2% (1x)
   voorkoming ondergewicht: 2% (1x)
   ondersteuning mantelzorgers: 2% (1x)

Prioriteiten doelgroep algemene bevolking:

1. preventie/voorlichting: 21% (10x)
2. roken, alcohol en drugs: 13% (6x)
   bewegen: 13% (6x)
   gezonde leefstijl: 13% (6x)
5. voeding: 10% (5x)
6. eenzaamheid, angsten en depressie: 6% (3x)
7. bereikbaarheid en toegankelijkheid voor specifieke groepen algemene bevolking 4% (2x)
8. verhoogd risico op hart- en vaatziekten: 2% (1x)
   wijkgericht bezig zijn: 2% (1x)
   curatieve gezondheidszorg: 2% (1x)
   overgewicht: 2% (1x)

ondersteuning mantelzorgers: 2% (1x)
omgaan met stress en spanning: 2% (1x)
medicijngebruik: 2% (1x)
inkomensbesteding en inkomensverwerving: 2% (1x)
relatie ouder- kind: 2% (1x)
partner/relatieproblematiek: 2% (1x)

Prioriteit doelgroep

1. jeugd (0-19 jaar): 63% (12x)
2. ouderen (55+): 21% (4x)
   algemene bevolking (20-54 jaar): 16% (3x)