



Doen wat helpt: Amersfoort Gezond en Vitaal

Beleidskader Lokaal gezondheidsbeleid Amersfoort 2013-2016

juni 2013

Stad met een hart





Colofon

Uitgave: gemeente Amersfoort
Vormgeving: Harry Prins grafisch ontwerp
Druk: Mailfors BV

© Gemeente Amersfoort, juli 2013



Doen wat helpt: Amersfoort Gezond en Vitaal

Beleidskader Lokaal gezondheidsbeleid Amersfoort
2013-2016

juni 2013



Voorwoord	3
Samenvatting en leeswijzer	4
1 Inleiding	6
2 Hoe staan we ervoor?	8
2.1 Epidemiologische informatie GGD	8
2.2 Gezondheid verschilt	8
2.3 Terugblik op de afgelopen jaren	9
2.4 Monitoring en evaluatie	9
3 Visie op publieke gezondheid	10
4 Wat gaan we doen in 2013-2016	12
4.1 Leefstijl en preventie	12
4.1.1 Gezond gewicht/actieve leefstijl	13
4.1.2 Verantwoord alcoholgebruik	14
4.1.3 Mentale weerbaarheid	16
4.1.4 Roken en diabetes krijgen op een andere manier aandacht	17
4.1.5 Leefstijlpreventie bij jongeren: de gezonde school	18
4.1.6 Preventieve ouderenzorg	19
4.2 Samenwerken aan een vitaal Amersfoort	20
4.2.1 Versterken van de ketensamenwerking tussen preventie en zorg	21
4.2.2 Stimuleren van publiek-private samenwerking	23
4.2.3 Convenant met Achmea	23
4.2.4 Een integrale benadering	23
4.2.5 De GGD: kernpartner bij de uitvoering van onze taken op het terrein van de publieke gezondheid	24
5 Financiën	27
Bijlagen	
1 Verkenning gezondheidssituatie door GGD	28
2 Beleidscyclus	41
3 Uitvoering wettelijke taken door de GGD	42
4 Landelijke preventienota "Gezondheid dichtbij"	43
5 Inspraaknotitie	44
Geraadpleegde literatuur	48
Projectleider: Nynke Dijkstra	
Afdeling: Zorg, Cultuur en Sport (sector Maatschappelijke Ontwikkeling)	
Datum: juni 2013	

Voorwoord

Voor u ligt de derde Nota Lokaal Gezondheidsbeleid met de titel 'Doen wat helpt: Amersfoort Gezond en Vitaal' 2013-2016. De wet publieke gezondheid verplicht de gemeente elke vier jaar een gezondheidsnota uit te brengen. Dit geeft ons de gelegenheid om duidelijk aan te geven hoe we omgaan met volksgezondheid in Amersfoort en wat daarin de rol van de gemeente is.

Gezondheid raakt ons allemaal. Het is een integraal onderdeel van ons welbevinden. Dat wordt bepaald door veel verschillende zaken: fysieke en mentale gezondheid, goed onderwijs of een leuke baan, dat het goed gaat met familie en vrienden, aangename vrijetijdsbesteding met sport en recreatie, een fijne woonomgeving. De overheid levert een bijdrage aan deze goede leefomstandigheden, zoals met jeugdzorg en de AWBZ.

Het spreekt voor zich dat de meeste mensen goed in staat zijn om zelf voor hun welbevinden te zorgen, met zo nu en dan de hulp van de overheid of een gezondheidsinstelling. Voor u ligt geen nota waarin de overheid voorschrijft hoe we moeten leven. Wat we wel doen, is eraan bijdragen dat mensen bewust zijn van risico's en hun eigen verantwoordelijkheid daarin nemen. Met preventie willen we ervoor zorgen dat mensen de mogelijkheden beter kennen om gezond te leven. Een goed voorbeeld daarvan is B.Slim; een project gericht op gezond gewicht, gezond eten en bewegen. Met lokale sporthelden als goed voorbeeld en projecten als De Gezonde Schoolkantine laten we niet alleen zien dat je met gezond eten en bewegen een goed gewicht houdt, maar we laten vooral aan kinderen en hun ouders zien waarom het belangrijk is. Wie gezond is, functioneert beter. Gezond eten en bewegen helpen je om het goed te doen op school, en in sport en ook in je werk. Zodra je begrijpt hoe dit werkt, begrijp je ook de waarde van gezond leven.

Deze derde Nota Lokaal Gezondheidsbeleid bevat daarnaast ook elementen uit de vorige nota. Op sommige terreinen blijven we hetzelfde doen. Waar de aanpak in Amersfoort goed werkt en we goede resultaten zien, gaan we geen grote veranderingen aanbrengen.

Voor de totstandkoming van deze Nota Lokaal Gezondheidsbeleid hebben we hulp gekregen van veel partijen, bijvoorbeeld via een discussiegroep op LinkedIn. Aan iedereen die zijn inbreng heeft geleverd, spreek ik bij deze graag mijn dank uit. In het bijzonder bedank ik mevrouw D. Mandema MBA (directeur De Friesland Zorgverzekeraar), mevrouw dr. M.T.W. Leurs (hoofd Centrum Gezond Leven RIVM) en prof. Dr. A.P.J. Schrijvers (hoogleraar Public Health Julius Centrum UMC Utrecht) voor de inbreng van hun kennis en kunde als referent.

Op een gezond en vitaal Amersfoort!

Bert Lubbinge

Wethouder Zorg en welzijn

Samenvatting en leeswijzer

Samenvatting

Voor u ligt de derde nota lokaal gezondheidsbeleid 'Doen wat helpt: Amersfoort Gezond en Vitaal' voor de periode 2013-2016. Volgens de Wet Publieke Gezondheid is iedere gemeente verplicht om iedere vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid te maken, met daarin de ambities, keuzes en prioriteiten op het gebied van volksgezondheid en preventie.

Op allerlei verschillende manieren leveren wij als gemeente een bijdrage aan de vitaliteit en gezondheid van inwoners. In deze nota maken we de samenhang inzichtelijk en schetsen wij een beeld van hoe wij als gemeente invulling willen geven aan de randvoorwaarden om burgers in staat te stellen gezond te leven.

Deze tijd vraagt om heldere keuzes. Wat vinden we belangrijk en waar zetten we onze schaarse middelen voor in? Wij hebben dit vertaald naar de volgende keuzes.

- Op welke gezondheidsproblemen zetten we extra in qua leefstijl en preventie?
- Hoe kunnen we samenwerken met andere partijen aan een vitaal Amersfoort?

Leefstijl en preventie

In het algemeen is de gezondheidssituatie van Amersfoorters niet beter of slechter dan die van andere inwoners van Midden-Nederland. Bepaalde groepen vragen echter extra aandacht. Dit hebben wij vertaald naar een aantal speerpunten. Wij sluiten ons aan bij de landelijke speerpunten gezond gewicht, schadelijk alcoholgebruik en mentale weerbaarheid. Roken en Diabetes krijgen op een andere manier aandacht.

We streven naar een omslag van 'ziekte en zorg' naar 'gezondheid en gedrag'. Bij deze omslag doen wij nadrukkelijk een beroep op de eigen kracht en verantwoordelijkheid. Wij vinden dat mensen zelf verantwoordelijk zijn om te zorgen dat ze gezond leven en anticiperen op het ouder worden. En als dit niet lukt, komen wij in beeld, zonder uit het oog te verliezen wat mensen dan toch zelf nog kunnen. Ons doel is ook om de gezonde keuze gemakkelijker te maken en goede informatie te geven, zodat inwoners en in het bijzonder jeugd en jongeren beter in staat zijn om zelf afgewogen keuzes te maken voor de eigen leefstijl.

Samenwerken aan een vitaal Amersfoort

Naast de wat-vraag stellen we ook steeds nadrukkelijker de hoe-vraag. Binnen de gezondheidszorg gaan wij als gemeente alleen over de publieke gezondheidszorg. Samenwerking met andere partijen is dus het sleutelwoord.

Wij zoeken naar verbinding en samenhang om de gezondheid en vitaliteit van Amersfoorters te vergroten. Hierbij gaat het om:

- het versterken van de ketensamenwerking tussen preventie en zorg;
- samenwerking met Achmea (zorgkantoor voor onze regio en grote zorgverzekeraar);



- te kiezen voor een integrale benadering waarbij we niet alleen aandacht hebben voor partijen in de zorg, maar onze blik verbreden naar bijvoorbeeld: sport en bewegen, werk en opleiding en leefomgeving;
- de GGD als kernpartner bij de uitvoering van onze taken op het terrein van de publieke gezondheid.

Leeswijzer

Na de inleiding in hoofdstuk 1 laten we in hoofdstuk 2 zien hoe we ervoor staan en besteden we aandacht aan monitoring en evaluatie. In hoofdstuk 3 en 4 geven we onze visie en leest u wat we gaan doen in de komende vier jaar. Tenslotte besteden we in hoofdstuk 5 aandacht aan de financiën.

De bijlagen bij deze nota zijn bedoeld voor lezers die behoefte hebben aan meer achtergrondinformatie over:

- de gezondheidssituatie van Amersfoorters;
- de samenhang met het landelijke beleid;
- de taken en bevoegdheden op het gebied van gezondheidszorg die zijn vastgelegd in de Wet Publieke Gezondheid en uitgevoerd worden door de GGD;
- de landelijke preventienota 'Gezondheid dichtbij'.

1 Inleiding

Een goede gezondheid is voor alle inwoners van Amersfoort belangrijk. Als je gezond bent voel je je goed en dat maakt het makkelijker om mee te doen in de samenleving. Door het vergroten van de vitaliteit van inwoners vergroten we ook de vitaliteit van de stad.

De Wet Publieke Gezondheidszorg (Wpg) verplicht ons om de gezondheid van onze inwoners te bewaken, te beschermen en te bevorderen. In dit licht actualiseren wij een keer in de vier jaar ons lokale gezondheidsbeleid. Deze nota hangt nauw samen met de actualisaties van de beleidskaders Wmo en Sport. Raakvlak met de actualisatie van het Wmo-beleidskader is de zorg voor kwetsbare doelgroepen. Vanuit het lokale gezondheidsbeleid is de insteek het bevorderen van de gezondheid, terwijl het hoofddoel van de Wmo is het bevorderen van de participatie. Hoofddoel van de sportnota is het stimuleren van sport en bewegen. Al deze beleidsterreinen leveren een belangrijke bijdrage aan de vitaliteit en gezondheid van inwoners. In deze nota maken we de samenhang inzichtelijk en schetsen we een beeld van hoe wij als gemeente invulling geven aan de randvoorwaarden om burgers in staat te stellen om gezond te leven.

Ook al wordt de nota vierjaarlijks opgesteld, dit betekent niet dat er iedere vier jaar nieuw beleid geformuleerd moet worden. Het verbeteren van de volksgezondheid vergt continue aandacht waarvoor een lange adem nodig is. Met deze nota zetten wij een koers in die verder gaat dan de komende vier jaar en waarvan we ook ruim na de looptijd van dit document opbrengsten mogen verwachten, doordat inwoners langer leven en meer jaren in goede gezondheid doorbrengen. De Wpg vraagt niet om een uitgebreide beschrijving van de reguliere taken die onder andere door de GGD Midden-Nederland worden uitgevoerd om de gezondheid van de Amersfoorters te verbeteren. Toch vinden wij het belangrijk om te benadrukken dat de reguliere activiteiten een basis vormen voor het gezondheidsbeleid. Wij bouwen verder op het fundament dat gelegd is op het gebied van gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming. Voorbeelden van regulier beleid zijn:

- het opsporen en behandelen van infectieziekten;
- het bevorderen van een gezonde ontwikkeling van kinderen door de jeugdgezondheidszorg;
- het bewaken en bevorderen van een gezonde leefomgeving.



Aan de totstandkoming van deze nota heeft een groot aantal partijen een bijdrage geleverd. Wij zijn gestart met een bijeenkomst met organisaties op het gebied van zorg, welzijn en gezondheid. Hierbij stond de vraag centraal hoe we de komende jaren kwalitatief hoogwaardig zorg en preventie kunnen blijven bieden aan de mensen die dit echt nodig hebben. De vier workshops hadden als thema:

- Amersfoort vitale stad
- Van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag
- Integrale aanpak van gezondheid werkt!
- Ouderengezondheidszorg de aandacht

Aan de orde kwamen vragen als: wat betekent dit voor u? Heeft u een advies? Wat kunt u bijdragen? Wat heeft u nodig van ons als gemeente?

De opbrengst in het kort: gemeente neem je regierol (in een verbetering van de samenwerking is een slag te slaan en er zijn al heel veel initiatieven in de stad), de civil society ontstaat niet vanzelf (juist voor kwetsbare mensen), sluit aan bij het dagelijks leven en houdt het simpel als het leefstijlverandering betreft.

Vervolgens zijn op 6 december 2011 de kaders aan de raad voorgelegd in een peiling. De raad sprak haar bezorgdheid uit over de voorgenomen bezuinigingen bij de GGD. Als aandachtspunten zijn meegegeven drugsgebruik, alcohol en roken. Deze onderdelen komen terug in hoofdstuk 4 van deze nota.

De conceptnota is ook voorgelegd aan een drietal onafhankelijke deskundigen: mevrouw D. Mandema MBA (directeur De Friesland Zorgverzekeraar), mevrouw dr. M.T.W. Leurs (hoofd Centrum Gezond Leven RIVM) en prof. dr. A.P.J. Schrijvers (hoogleraar Public Health Julius Centrum UMC Utrecht) met het verzoek om een reactie te geven. Hoe beoordelen zij als onafhankelijke partijen de Amersfoortse plannen op het terrein van de publieke gezondheid? Samenvattend was hun reactie: een groter accent op de eigen verantwoordelijkheid past bij deze tijd. Ook voor de keuze voor drie van de vijf landelijke prioriteiten (gezond gewicht/actieve leefstijl, verantwoord alcoholgebruik en mentale weerbaarheid) bestaat draagvlak. De referenten gaven het advies om in de nota meer aandacht te besteden aan preventie bij de jeugd en de SMART-formulering van de doelstellingen en activiteiten. Wij hebben de nota hierop aangepast.

Daarnaast is de conceptnota voor inspraak vrijgegeven. De inspraakreacties en de reactie van het college staan in de inspraaknotitie (bijlage 5).



2 Hoe staan we ervoor?

2.1 Epidemiologische informatie GGD

De GGD heeft in 2011 een lokale verkenning opgesteld met in het kort de belangrijkste cijfers op het gebied van de gezondheid van Amersfoorters. Daarnaast zijn in 2013 de nieuwe senioren- en volwassenenmonitor verschenen.

De belangrijkste kernboodschappen zijn:

- De bevolking van Amersfoort vergrijsst. Nu is 12% ouder dan 65 jaar, in 2040 is dat 24%.
- Gezond gewicht blijft aandacht vragen. Overgewicht neemt toe met de leeftijd: van 15% bij 5-6-jarigen tot 55% onder ouderen.
- Een kwart van de scholieren jonger dan 16 jaar drinkt regelmatig alcohol. 7% van de volwassenen drinkt overmatig veel alcohol.
- Preventie van psychosociale problemen op jonge leeftijd is van belang, omdat emotionele en gedragsproblemen in de jeugd een verhoogd risico geven op psychische problemen in de volwassenheid. 49% van de volwassenen en 41% van de senioren heeft (een verhoogd risico op) depressieve klachten of angststoornissen. Eenzaamheid komt veel voor: 42% bij volwassenen en 51% bij senioren.
- Bewegen kan een centrale rol spelen bij gezondheidsbevordering (o.a. overgewicht, ongezonde leefgewoonten, depressie). Op dit moment beweegt 34% van de volwassenen, 39% van de senioren en bijna 3 op de 10 jongeren te weinig.
- Uit de cijfers komt naar voren dat een wijkgerichte aanpak vooral voor de aandachtswijken gewenst is.

In bijlage 1 zijn de verkenning en de uitkomsten van de gezondheidsmonitors opgenomen. Nog meer informatie en cijfers over de gezondheidssituatie van Amersfoorters in vergelijking met eerdere jaren en andere gemeenten uit het werkgebied van de GGD Midden-Nederland is te vinden op www.ggdatlas.nl.

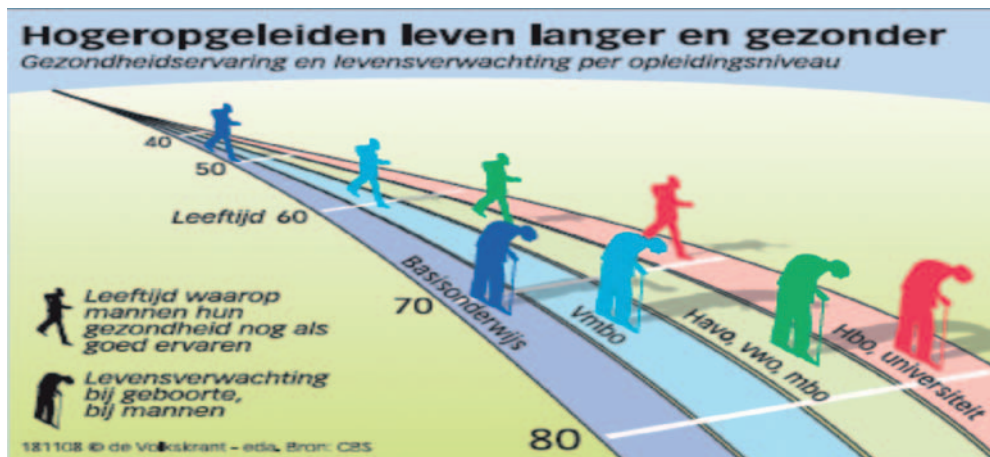
2.2 Gezondheid verschilt

In het algemeen is de gezondheidssituatie van Amersfoorters niet beter of slechter dan die van andere inwoners van Midden-Nederland. Maar als we een vergelijking maken tussen wijken zien we wel duidelijke verschillen in de GGD-monitors. Belangrijke indicator is de opleiding. Mensen met een lage opleiding hebben vaker en langer te maken met ziektes en leven gemiddeld zeven jaar korter dan hoger opgeleiden. We weten dat dit niet één enkele oorzaak heeft, maar dat gezondheid en leefsituatie op allerlei manieren vervlochten zijn.

Bewoners in aandachtswijken scoren minder goed op leefstijlindicatoren als overgewicht, voeding en beweging. Maar ook psychische problemen komen vaker voor. Verder zien we niet alleen een ongezondere leefstijl en gezondheidsproblemen in deze wijken, maar ook andere sociale problemen zoals schulden, werkloosheid en voortijdige schooluitval.

Gezondheidsverschillen zullen altijd in meer of mindere mate blijven bestaan: dat moeten we accepteren. Maar wij zien wel een taak voor de overheid om dit onder de aandacht te brengen en mensen te verleiden en op te roepen om hier zelf mee aan de slag te gaan.





2.3 Terugblik op de afgelopen jaren

Sinds 2004 hebben wij een nota lokaal gezondheidsbeleid. In de eerste nota lag het accent sterk op de aansturing van organisaties. De Wmo bestond nog niet, dus de nota ging ook over zorg met relatief veel aandacht voor indicatiestelling en uitvoering van de toenmalige Wet voorzieningen gehandicapten.

In de tweede nota (2008-2011) hebben we een duidelijke link gelegd met de landelijke prioriteiten alcoholgebruik, psychosociale problematiek en overgewicht. Rond overgewicht (B.Slim) en Alcoholgebruik door jongeren (Amersfoort Fris) zijn we integrale projecten gestart. Jaarlijks hebben wij u via raadsinformatiebrieven op de hoogte gebracht van de voortgang van de verschillende onderdelen van het lokale gezondheidsbeleid en nieuwe ontwikkelingen. Thema's waren o.a. gehoorschade bij jongeren, een inventarisatie van automatische elektrische defibrillatoren en de integratie van de jeugdgezondheidszorg.

Voor B.Slim wordt jaarlijks een verslag opgesteld en Amersfoort Fris is separaat geëvalueerd.¹

Er zijn de afgelopen jaren goede resultaten geboekt en de algemene conclusie is dat het ingezette beleid een goede basis biedt om op voort te bouwen. De belangrijkste conclusies uit de evaluaties zijn:

- zorg voor een goede basis aan inzet en interventies;
- breng een eigen focus aan binnen de landelijke prioriteiten;
- kies niet jaarlijks nieuwe speerpunten;
- sluit samenwerkingsverbanden voor meerdere jaren en bouw hierop door.

2.4 Monitoring en evaluatie

In 2012 heeft de GGD een gezondheidsmonitor uitgevoerd onder volwassenen en senioren. Ook is voor het eerst een monitor opgesteld voor kinderen in de leeftijdscategorie 0-4 jaar. De monitor voor de leeftijdscategorie 4-19 jaar is al in 2011 uitgevoerd. De gezondheidsmonitors verschijnen één keer in de vier jaar. Door een ophoging van de steekproef is het mogelijk om cijfers op wijkniveau te genereren. Daarnaast is cijfermateriaal beschikbaar van CBS, RIVM, CIZ² en zorgverzekeraars. Om op de langere termijn de effecten van het gevoerde beleid te meten en

¹ Uitgebreide informatie is terug te vinden in de raadsinformatiebrieven 'Jaarprogramma 2009/2010 Amersfoort Gezond!' (docsnr. 372166), de raadsinformatiebrieven 'Jaarprogramma 2011 Amersfoort Gezond!' en de evaluatie van Amersfoort Fris (docsnr. 3726707). De jaarverslagen van B.Slim zijn te vinden op www.bslim.nu

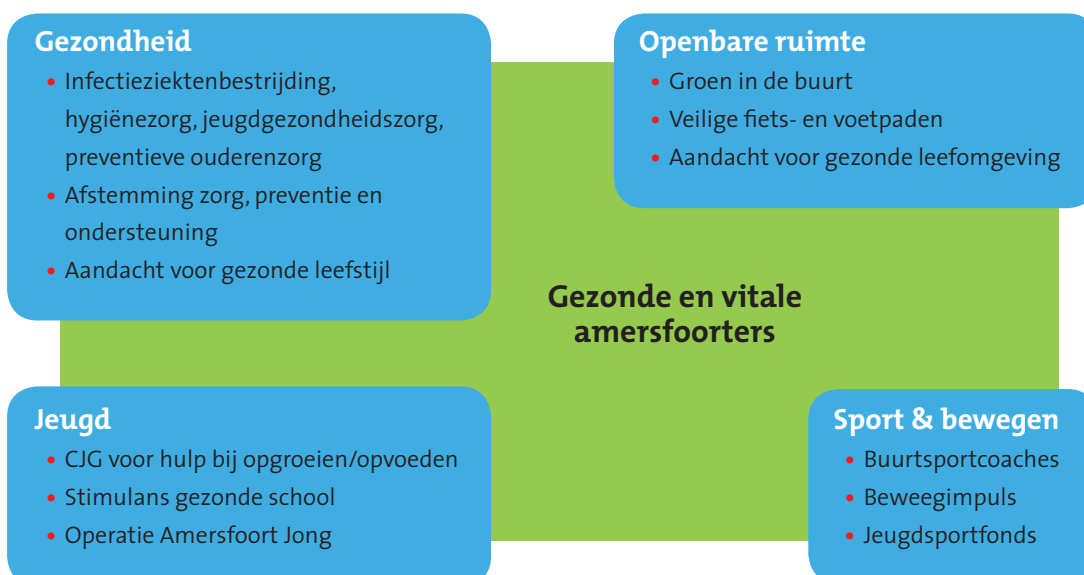
² Centraal Bureau voor de Statistiek, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Centrum indicatiestelling Zorg3. Visie op gezondheid

in verband met de continuïteit van de acties, nemen we voor deze nieuwe nota voor een groot deel dezelfde onderwerpen. Bovendien zijn veel gezondheidsproblemen hardnekkig en vragen nog steeds om extra aandacht.

Begin 2015 stellen we een tussenrapportage op over de voortgang van deze nota. We monitoren hiermee of we op de goede weg zijn met de uitvoering van ons gezondheidsbeleid en rapporteren naar de gemeenteraad en de partners in de uitvoering. Hierbij betrekken we ook doelen die binnen andere beleidsvelden zijn gesteld en die bijdragen aan de gezondheidsdoelstellingen.

3 Visie op gezondheid

Wij wensen elkaar vaak een goede gezondheid toe. Dit kunnen we onder meer bereiken door de mensen te stimuleren en waar nodig te ondersteunen bij het werken aan hun vitaliteit. Investeren in gezondheid draagt bij aan het vinden van werk, het volgen van een opleiding, actief oud worden, kortom het participeren in de maatschappij. Dit doen wij niet alleen, maar samen met inwoners, maatschappelijke organisaties, bedrijven, de gezondheidszorg, de sportsector en de onderwijsinstellingen. Inmiddels is bewezen dat gezondheidsbeleid de meeste kans van slagen heeft als het integraal en intersectoraal wordt opgepakt. Dit betekent dat wij ook zelf binnen de gemeente dwarsverbanden leggen. Denk bijvoorbeeld aan openbare orde en veiligheid, de inrichting van de openbare ruimte, jeugdbeleid, maatschappelijke ondersteuning, sport- en beweegbeleid en beleid voor mensen met een laag inkomen.



Gezondheidsbeleid is voor ons niet het voeren van grootschalige publiekscampagnes of het opgeheven vingertje waarbij wij als gemeente wel weten wat goed voor u is. Een omslag is nodig van 'zorg en ziekte' naar 'gezondheid en gedrag'. Inwoners en in het



“Zorg voor elkaar met een duidelijk resultaat”.

*Dieneke Mandema
Directeur zorgverzekeraar De Friesland*

bijzonder chronisch zieken hebben ideeën over de zorg en ondersteuning die aansluit bij de manier waarop zij willen leven en deelnemen aan de samenleving. Deze ideeën vormen voor ons het vertrekpunt. Wij denken niet vanuit belemmeringen, maar kijken wat mensen nog wel kunnen en leggen een verbinding tussen gezondheid, welzijn en participatie. We stimuleren de interventies die de eigen kracht van mensen en hun sociale netwerk versterken.

Bij deze omslag naar ‘gezondheid en gedrag’ doen we nadrukkelijk een appèl op eigen kracht en verantwoordelijkheid. Wij vinden dat mensen zelf verantwoordelijk zijn om te zorgen dat ze gezond leven en anticiperen op het ouder worden. En als dit niet lukt, komen wij in beeld, zonder uit het oog te verliezen wat mensen dan toch zelf nog kunnen. Ons doel is om de gezonde keuze makkelijker te maken en goede informatie te geven, zodat inwoners en in het bijzonder jeugd en jongeren beter in staat zijn om zelf afgewogen keuzes te maken voor de eigen leefstijl. Een voorbeeld van het makkelijker maken van de gezonde keuze is het wegwerken van de wachtlijsten bij sportverenigingen door het vergroten van de capaciteit door de aanleg van kunstgrasvelden en het verstevigen van het sporttechnisch kader.

Dit is voor ons preventie 2.0 waarbij we mensen keuzes voorhouden. Zorgen voor jezelf begint met zorgen voor een goede gezondheid. Als het gaat om de vorm leggen we het accent op de samenwerking en verbindingen.

Visie samengevat

- Het bevorderen van de vitaliteit en de gezondheid van inwoners staat centraal.
- Gezondheid levert een positieve bijdrage aan de participatiemogelijkheden van inwoners. We stimuleren en waar nodig ondersteunen we mensen bij het werken aan hun vitaliteit.
- Gezondheidsbeleid is integraal en intersectoraal.
- Het accent verschuift van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag.
- Preventie 2.0 inzetten om intensievere zorg te voorkomen.

4 Wat gaan we doen in 2013-2016?

Deze tijd vraagt om heldere keuzes. Wat vinden we belangrijk en waar zetten we onze middelen in? In het gezondheidsbeleid gaat het dan om de volgende keuzes.

- Op welke gezondheidsproblemen zetten we extra in qua leefstijl en preventie?
- Hoe kunnen we de samenwerking met andere partijen verbeteren voor een vitaal Amersfoort?
- Hoe geven we invulling aan de reguliere taken in de publieke gezondheid?

4.1 Leefstijl en preventie

In de landelijke preventienota zijn de speerpunten voor deze beleidsperiode vastgesteld. Het rijk heeft ervoor gekozen om de speerpunten uit de vorige preventienota te handhaven (overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik). Daarbij wordt het accent op het belang van bewegen gelegd. Deze prioriteiten vormen de basis voor de gemeentelijke keuzes rond preventiespeerpunten. Op basis van de landelijke preventienota en de epidemiologische informatie van de GGD kiezen wij voor drie speerpunten.

- Gezond gewicht/actieve leefstijl
- Verantwoord alcoholgebruik
- Mentale weerbaarheid (bij depressie, dementie en eenzaamheid)

Per speerpunt geven wij aan wat we de afgelopen jaren hebben gedaan, wat we willen bereiken en wat we daarvoor gaan doen. Wij gaan inwoners niet dwingend voorschrijven wat ze wel of niet mogen als het gaat om een gezonde leefstijl. Mensen maken zelf keuzes. Wij zien een taak voor onszelf bij het makkelijker maken van de gezonde keuze en het beschikbaar stellen van toegankelijke en doelgerichte informatie.

Extra aandacht blijft uitgaan naar jeugd. Investerings in de eerste levensjaren kunnen later veel leed besparen. Daarmee dragen we niet alleen zorg voor de gezondheid van de kinderen nu, maar investeren we ook in hun gezondheid op latere leeftijd.

“Laten wij gezondheidsbeleid vormgeven op basis van informatie van het veld en wetenschappelijke kennis.”

Guus Schrijvers

Hoogleraar public health Julius Centrum/UMC Utrecht

4.1.1 Gezond gewicht/actieve leefstijl

Wat hebben we tot nu toe gedaan?

In 2005 zijn we gestart met B.Slim, dat als doel heeft om kinderen en hun ouders te stimuleren gezonder te eten en meer te bewegen en daarmee overgewicht tegen te gaan. Daarvoor is een geïntegreerde leefstijlaanpak (vergelijkbaar met de succesvolle Franse Epode-aanpak) gekozen met een breed samenhangend pakket aan interventies. Er zijn vijf pijlers: draagvlak, voorlichting en bewustwording, maatregelen gericht op de omgeving, signaleren en adviseren en ondersteuning.

Steeds meer partijen hebben zich de afgelopen jaren aangesloten bij B.Slim en dragen er aan bij dat kinderen en hun ouders op allerlei manieren met de B.Slimboodschap in aanraking komen. Bijvoorbeeld via het consultatiebureau, de peuterspeelzaal, kinderopvang, basis- en voortgezet onderwijs, BSO en bij sport- en welzijnsactiviteiten in de wijk. De wijkactiviteiten worden uitgevoerd in Kruiskamp-Koppel, Liendert-Rustenburg, Randenbroek-Schuilenburg en Soesterkwartier.

Steeds meer scholen besteden structureel aandacht aan het belang van gezonde voeding en voldoende beweging. Dit kan bijvoorbeeld door het invoeren van één of meerdere fruit/groentedagen op scholen. Vanuit B.Slim worden fruitbakjes uitgedeeld aan de scholen om zo het gezonde tienuurtje te stimuleren. Daarnaast stimuleren we scholen om een gezonde school te worden.

Er doen inmiddels vijf scholen voor voortgezet onderwijs mee aan De Gezonde Schoolkantine. En vanuit de ROC ASA Fitacademie Bokkeduinen is een programma opgezet waarbij de leerlingen van de opleiding Sport en Beweging gedurende 16 weken een beweegprogramma aanbieden aan VMBO-leerlingen.

B.Slim is beoordeeld door ZonMW (de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie) als veelbelovend project en voorbeeld voor andere gemeenten. Om het programma verder door te ontwikkelen hebben we in het kader van het programma Gezonde Slagkracht een subsidie van € 250.000,- ontvangen voor de periode 2010-2014. Het Centrum Gezond Leven van het RIVM heeft B.Slim inmiddels erkend als theoretisch goed onderbouwd programma.

Voor een gedetailleerd overzicht van alle activiteiten die in het kader van B.Slim de afgelopen jaren zijn gerealiseerd en de gedetailleerde plannen per jaar verwijzen wij u graag naar de B.Slimwebsite: www.bslim.nu.

Wat willen we bereiken?

Aandacht voor overgewicht blijft nodig. Zonder extra aandacht neemt het aantal inwoners met overgewicht steeds verder toe. Bij kinderen in de kleuterleeftijd lijkt zich een lichte kentering voor te doen, bij de oudere jeugd neemt het nog steeds toe en bij volwassenen is het overgewicht de afgelopen vier jaar stabiel gebleven. Overgewicht is één van de belangrijkste gezondheidsbedreigingen.

In het actieplan B.Slim hebben we opgenomen dat we streven naar een afname van overgewicht bij kinderen en jongeren met 5%. We meten dit aan de hand van gezondheidsgegevens uit

periodieke gezondheidsonderzoeken in de leeftijdscategorieën 5/6 jaar, 9/11 jaar en 13/14 jaar. Het percentage kinderen met overgewicht bedroeg in 2011 respectievelijk 15, 18 en 13%.

De “local hero” van B.Slim

Brahim Darri, profvoetballer bij Vitesse en opgegroeid in Amersfoort, stimuleert kinderen meer te bewegen en gezonder te eten. Kijk voor zijn introductiefilmpje op: www.amersfoort.nl/bslim.



Wat gaan we doen?

De succesvolle onderdelen van B.Slim zetten we voort, zoals het ontbijt en de voorlichting op de peuterspeelzalen en aandacht voor overgewicht binnen de jeugdgezondheidszorg. Daarnaast breiden we het programma uit naar nieuwe doelgroepen en samenwerkingspartners, zoals:

- een pilot leefstijlbegeleiding voor zwangere vrouwen met overgewicht;
- aandacht voor gezonde voeding die niet veel hoeft te kosten in de budgetteringscursussen van Stadsring 51;
- het starten van publiek-private samenwerking met het bedrijfsleven in de stad, een eerst stap hierin is de samenwerking met Friesland Campina die inmiddels tot 2015 een bijdrage heeft toegezegd;
- het verstevigen van de link tussen gezondheid en sport/bewegen.

De link tussen B.Slim en sport

Sport en beweging is een belangrijk onderdeel van B.Slim. Kinderen die voldoende sporten en bewegen lopen minder risico op overgewicht. Ze leren dat sporten en bewegen leuk is en leggen een goede basis voor later. Concrete voorbeelden van de link tussen B.Slim en sport zijn:

- deelname vanuit SRO aan de B.Slim-aanpak met o.a. sport- en speltoernooien;
- aansluiting van de Stichting Marathon bij de stuurgroep B.Slim, waardoor kinderen en hun ouders op verschillende manieren met de B.Slimboodschap in aanraking komen.

4.1.2 Verantwoord alcoholgebruik

Wat hebben we tot nu toe gedaan?

Tot een paar jaar geleden dronken jeugdigen op steeds jongere leeftijd steeds meer. Om dat te bestrijden zijn we in 2008 gestart het project ‘Amersfoort Fris’. Een integrale aanpak waarbij aandacht is voor alle settings waarin jongeren met alcohol in aanraking kunnen komen: binnen het gezin, op school, bij het uitgaan, in de supermarkt en in de sportkantine. Per setting zijn activiteiten georganiseerd. Een oudercomité heeft voorlichting gegeven aan ouders op schoolavonden en in winkelcentra. De Voedsel- en Warenautoriteit heeft extra intensief gecontroleerd op de naleving van de Drank- en Horecawet. We hebben mystery-shoppingonderzoeken gehouden om aan te tonen dat het voor jongeren te makkelijk is om aan alcohol te komen.

Ouders en jongeren zijn op verschillende manieren geïnformeerd over de schadelijke gevolgen van (overmatig) alcoholgebruik door brieven, folders en het programma De Alcoholvrije School.



Wat willen we bereiken?

De trend dat jongeren op steeds jongere leeftijd steeds vaker gaan drinken is tot stilstand gebracht. De omgeving van jongeren (vooral de ouders) is zich steeds meer bewust geworden van de risico's van alcoholgebruik op jonge leeftijd. Tegelijkertijd blijft het zogenaamde binge-drinken (de inname van grote hoeveelheden alcohol in korte tijd) ook bij jongeren ouder dan 16 jaar een groot probleem. Ons doel blijft daarom het verder ophogen van de startleeftijd en een afname van het binge-drinken.

Wat gaan we doen?

Het project Amersfoort Fris is inmiddels afgerond, maar de succesvolle onderdelen zijn ingebed in de reguliere activiteiten, zoals 'De alcoholvrije school'. De GGD helpt scholen hun beleid aan te passen en de omgeving van jongeren alcoholvrij te maken.

Wij starten met het regionale project 'Boete of kanskaart'. Jongeren tussen de 12 en 18 jaar die zich schuldig maken aan vandalisme of overlast onder invloed van alcohol krijgen een proces-verbaal van de politie met een verwijzing naar bureau Halt. Dit bureau roept de jongere en zijn ouders op voor een eerste gesprek, waarna een cursus volgt uitgevoerd door Centrum Maliebaan.

Nieuw is dat het kabinet de minimumleeftijd voor de verstrekking van alcohol gaat ophogen naar 18 jaar. Met ingang van 2013 is de handhaving van de Drank- en horecawet gedecentraliseerd van de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit naar gemeenten. Dit biedt nieuwe kansen om de invulling van toezicht en handhaving in te richten en aan te scherpen in de keten die start met preventie.

Het gemeentelijk beleid voor verslavingszorg voor volwassenen is opgenomen in de Wmo-nota.

4.1.3 Mentale weerbaarheid (bij depressie, dementie en eenzaamheid)

De ziektelast van psychische problemen is voor de betrokkenen en hun leefomgeving groot. Zij voelen zich minder goed waardoor ze vaker problemen ervaren op emotioneel terrein en bij het omgaan met anderen. Daarnaast komen lichamelijke klachten vaker voor.

Een van de oorzaken van psychische problemen is een ingrijpende negatieve gebeurtenis.

Een andere factor die meespeelt is de manier waarop mensen deze tegenslag weten op te vangen. Dit laatste hangt sterk af van iemands persoonlijkheidskenmerken. Ook verminderde zelfredzaamheid leidt tot verminderde mentale weerbaarheid.

Preventie en vroegtijdig ingrijpen bij psychosociale problemen bij de jeugd is belangrijk, omdat emotionele en gedragsproblemen in de jeugd een verhoogd risico geven op psychische problemen in de volwassenheid.

Door de dubbele vergrijzing (steeds meer mensen worden steeds ouder) leiden in de toekomst meer mensen aan dementie. Door de ontwikkeling van het scheiden van wonen en zorg zullen ook mensen met beginnende dementie langer thuis blijven wonen. Hierdoor ontstaat een grotere druk op Wmo-voorzieningen, zeker wanneer het rijk definitief besluit om ook de begeleiding over te hevelen vanuit de AWBZ naar de Wmo.

Wat is er gebeurd?

De aandacht voor psychosociale problemen bij volwassenen krijgt vooral vorm in het Wmo-beleid. Zo is ingezet op een betere vraagverheldering door medewerkers van het zorgloket, het steunpunt mantelzorg en het beleid voor de openbare geestelijke gezondheidszorg.

Als het gaat om de jeugd speelt het CJG (Centrum voor Jeugd en Gezin) een centrale rol. De verbonden organisaties bieden met elkaar ondersteuning aan ouders en jeugd. Dit kan door kortdurende interventies bijvoorbeeld vanuit de jeugdgezondheidszorg, maar ook via de Piep-zei de muis/Billy Boemcursussen die door SWA, RIAGG en GGD gezamenlijk worden uitgevoerd of de KOPP-cursussen van het RIAGG voor de oudere jeugd. Bij de keuze voor de interventies voor de jeugd speelt naast de mate van effectiviteit ook de mate waarin ze ingezet kunnen worden ten behoeve van kwetsbare kinderen met meerdere risicofactoren een belangrijke rol.

Piep zei de muis

Piep zei de muis is bedoeld voor kinderen van 4-8 jaar van ouders met langdurige psychosociale, psychische of verslavingsproblemen met een lage sociaal economische status. Deze kinderen hebben zelf ook een verhoogd risico om stoornissen te ontwikkelen. Het programma is ontwikkeld door SWA, Riagg Amersfoort e.o. en GGD Midden-Nederland. Bijna 70% van deze kinderen groeit op in een éénoudergezin, er is vaak sprake (geweest) van huiselijk geweld en steeds meer kinderen groeien bij opa en oma op omdat beide ouders niet capabel zijn om op te voeden.

Het programma bestaat uit de volgende onderdelen: een kinderclub (met aandacht voor lotgenotencontact, ontspanning en zelfbeeld), ouderbijeenkomsten, gezinsbegeleiding en verbetering van de signalering en doorverwijzing.

Doordat het project in de wijken wordt uitgevoerd is het laagdrempelig. Er wordt zo een doelgroep bereikt die anders vaak niet mee kon doen aan activiteiten. Vanuit verschillende kanalen worden kinderen aangemeld. De cursussen zitten snel vol.

Wat willen we bereiken?

- Verbetering van de tijdige signalering van depressie, angsten en eenzaamheid.
- Verbetering van de doorverwijzing naar preventieprogramma's.
- Continuering van de huidige jeugdinterventies.

Wat gaan we doen?

We blijven inzetten op preventie ter voorkoming van psychosociale problemen bij kinderen door binnen de interventies voor deze doelgroep focus aan te brengen op kwetsbare kinderen. De Jeugdgezondheidszorg vervult hierin een belangrijke functie. In Amersfoort is de Jeugdgezondheidszorg, uitgevoerd door de GGD een belangrijke partner in het Centrum voor Jeugd en Gezin.

De komende jaren staat de decentralisatie van de Jeugdzorg en de afstemming met het preventieve beleid nadrukkelijk op de agenda. Vanaf 2016 zijn gemeenten volledig verantwoordelijk voor de financiering en uitvoering van de jeugdzorg. Vanaf 2014 zullen we al verantwoordelijk zijn voor de ambulante jeugdzorg. De decentralisatie gaat niet alleen om het overnemen van nieuwe taken, maar biedt ons ook een kans om te komen tot een stelselwijziging.

Rond dit thema bestaat een link tussen het lokaal gezondheidsbeleid en Amersfoort Jong. Via verschillende invalshoeken wordt gewerkt aan het veilig en gezond opgroeien van kinderen en jongeren.

In Amersfoort loopt het project DementieD al. Doel van het project is om te komen tot een structurele ketenaanpak van gerichte diagnostiek tot hulpverlening. Mensen met dementie worden geconfronteerd met toenemende afhankelijkheid en afnemende mogelijkheden om deel te nemen aan sociale activiteiten. Zorg moet in onderlinge samenhang en in overeenstemming met de wensen en behoeften van de cliënten en hun omgeving worden aangeboden. Huisartsen spelen een belangrijke signalerende rol. Dementie doet ook een groter beroep op mantelzorgers, daarom geven wij in het Wmo-beleid ook nadrukkelijk aandacht aan de ondersteuning van mantelzorgers. Daarnaast zijn er veel meer linken met het Wmo-beleid. Denk bijvoorbeeld aan de verstrekking van individuele hulpmiddelen, maatschappelijke opvang voor kwetsbare groepen en welzijnsactiviteiten.

4.1.4 Roken en diabetes krijgen op een andere manier aandacht

De landelijke nota 'Gezondheid dichtbij' kent vijf speerpunten. Voor roken en diabetes benoemen we ook nu geen concrete actiepunten. Wij zijn van mening dat een gemeentelijke inzet rond het thema roken geen substantiële meerwaarde heeft nu in de praktijk blijkt dat het rookverbod in de horeca en enkele jaren daarvoor ook op het werk goede resultaten oplevert. Cursussen en medicatie kunnen volwassenen zelf betalen of worden (deels) vergoed door ziektekostenverzekeringen. Daarnaast werkt het kabinet aan een voorstel om de minimumleeftijd voor het kopen van alcohol te verhogen van 16 naar 18 jaar. Net als het rijk zetten wij in op bestrijding van diabetes door het stimuleren van voldoende beweging.

Lichaamsbeweging heeft een gunstige invloed op risicofactoren

Veel ziekten hebben deels dezelfde risicofactoren. Ter illustratie lichten wij de gunstige invloed van bewegen op de risicofactoren voor hart- en vaatziekten toe³.

- De kans op het krijgen van overgewicht vermindert door een betere balans tussen de energie-inname van voedsel en het gebruik van energie.
- Door het verbranden van vetten bij het bewegen verbetert de vetsamenstelling van het bloed, met gunstiger cholesterolwaarden als gevolg.
- Bij mensen met diabetes die zich regelmatig lichamelijk inspannen daalt het glucosegehalte sneller naar normale waarden, waardoor ze minder insuline nodig hebben.
- Beweging leidt tot een betere doorbloeding van het hart en minder kans op vernauwing in de kransslagaders.
- Regelmatig bewegen heeft een gunstig effect op de bloeddruk.

4.1.5 Leefstijlpreventie bij jongeren: de gezonde school

Uit onderzoek blijkt dat gezonde kinderen beter presteren op school, bovendien is jong geleerd, oud gedaan als het gaat om het aanleren van een gezonde leefwijze. Gezonde kinderen lopen ook minder kans om later chronisch ziek te worden.

Wat is er gebeurd?

Wij vinden het belangrijk dat jongeren worden gewezen op het belang van een gezonde leefstijl en de gevaren van verslaving. Dit geldt niet alleen voor roken, maar ook voor drugs, alcohol en internet. De GGD heeft scholen in het basis- en voortgezet onderwijs ondersteund bij de ontwikkeling en uitvoering van schoolgezondheidsbeleid⁴. Eén van de middelen waarmee dat gebeurde betreft leskisten die zijn ontwikkeld in samenwerking met landelijke kennisinstututen als het Trimbos-instituut. De leskisten bevatten lesmateriaal dat de leerkrachten kunnen gebruiken. Thema's die hierbij aan de orde komen zijn onder andere drugs, roken, alcohol, gokken, pesten, mondgezondheid en relationele en seksuele vorming.

Wat willen we bereiken?

- Structurele aandacht voor leefstijlpreventie op scholen
- Verbetering van de gezondheid en bewustwording van gezondheidsrisico's bij jeugd en jongeren (te volgen via de jeugdmonitor)

Wat gaan we doen?

Wij gaan scholen meer stimuleren om het vignet 'Gezonde School' te behalen. Veel scholen werken al op hun eigen manieren aan gezondheid. Bijvoorbeeld door het stimuleren van gezonde voeding of het uitvoeren van een pestprotocol, maar nog beter is het om dit op een structurele, geïntegreerde manier aan te pakken. De GGD gaat scholen hierbij ondersteunen. Een eerste stap is de presentatie van de epidemiologische informatie uit de jeugdmonitor (schoolkracht) door de GGD aan de scholen. Vervolgens kan de GGD scholen helpen om prioriteiten te kiezen, een plan van aanpak te maken en ondersteuning bieden bij het kiezen van de juiste interventies.

3) Informatie afkomstig van de website van de hartstichting.

4) Zie voor een uitgebreide beschrijving www.schoolkracht.nl

Concreet willen we een samenwerkingsovereenkomst opstellen met het Longfonds (voorheen Astma Fonds) en de scholen zodat zoveel mogelijk scholen in Amersfoort mee gaan doen. Dit draagt bij aan een gezond schoolklimaat in Amersfoort.

Wat moet een school doen om een gezonde school te worden?

De Gezonde School is een planmatige en structurele aanpak om de gezondheid van de leerlingen te verbeteren. Om voor het vignet in aanmerking te komen moeten scholen:

- inzicht hebben in de gezondheidssituatie van leerlingen en leerkrachten;
- inzicht hebben in de gezondheidsactiviteiten op school en de mogelijkheden voor verbetering of vernieuwing;
- inzicht hebben in de gestelde prioriteiten van de verschillende gezondheidsthema's;
- zich onderscheiden in één of meerdere thema's zoals sport en bewegen, voeding of sociaal-emotionele ontwikkeling;
- gezondheidsbeleid vastleggen in schoolgids of schoolplan;
- draagvlak hebben bij directie, bestuur, ouderraad en/of medezeggenschapsraad.

Naast het basiscertificaat kunnen scholen ook nog themacertificaten halen op de thema's: voeding en mondgezondheid, sport en bewegen, persoonlijke verzorging, sociaal-emotionele ontwikkeling, roken en alcohol, relaties en seksualiteit, fysieke veiligheid en milieu.

4.1.6 Preventieve ouderenzorg

De preventieve ouderengezondheidszorg is een nieuw taakveld binnen de Wet publieke gezondheid. Analoog aan de Jeugdgezondheidszorg is aan gemeenten opgedragen om te zorgen 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 verschijnsel dat iemand aan meerdere chronische ziekten tegelijk lijdt);
- het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

Anders dan voor de jeugdgezondheidszorg zijn er vanuit het rijk geen aanvullende budgetten beschikbaar gesteld voor periodieke individuele gezondheidsonderzoeken. Het is dus niet mogelijk om vergelijkbaar met de jeugdgezondheidszorg een consultatiebureau voor ouderen op te zetten. Wij zien een belangrijke rol voor de huisarts in het mensen helpen om met een zo goed mogelijke gezondheid oud te worden. Fysieke, psychische en sociale aspecten kunnen hierbij een rol spelen.

De huisarts heeft mede door de inzet van de praktijkassistente deze doelgroep goed in beeld. In Amersfoort is vooralsnog geen sprake van een sterke vergrijzing, maar in 2040 is 24% van de Amersfoorters ouder dan 65 jaar. Hierdoor stijgt het zorggebruik in de komende periode. Het aantal huisartscontacten, geneesmiddelengebruik, fysiotherapie stijgt evenals de behoefte aan verzorging en verpleging. Tegelijkertijd neemt het aantal vitale volwassenen dat mantelzorg kan geven af, doordat steeds meer mensen langer doorwerken. Hierdoor neemt de druk op de zorg toe.

Wat willen we bereiken?

- Tijdige signalering van kwetsbaarheid bij ouderen.
- Bevordering van het duurzaam zelfstandig blijven wonen van ouderen.
- Verbinden en faciliteren van lokale initiatieven om een passend aanbod tot stand te brengen. Hierbij denken wij niet alleen aan het gezondheidsbeleid, maar ook bijvoorbeeld aan maatschappelijke ondersteuning en sport.

Wat gaan we doen?

In 2012 heeft de GGD onderzoek gedaan naar de gezondheidssituatie en zorgbehoefte van zelfstandig wonende senioren via een seniorenmonitor. Het beeld is dat relatief veel lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen ook bij deze doelgroep voorkomen kunnen worden. Wij hebben een regierol in het verbinden en faciliteren van lokale initiatieven om een passend aanbod tot stand te brengen, gebaseerd op de lokale behoeften en rekening houdend met de voorzieningen die al beschikbaar zijn (eerstelijnsgezondheidszorg, thuiszorg, welzijnsvoorzieningen). Belangrijk hierbij is het verbinden van ouderengezondheidszorgbeleid met het Wmo-beleid en het sportbeleid. Zo helpt het steunpunt Mantelzorg mantelzorgers verder met informatie, advies en emotionele steun. Daarnaast worden er bijeenkomsten, trainingen en ontmoetingen voor mantelzorgers georganiseerd. En het stimuleren van sport en bewegen draagt bij aan het bevorderen van de fitheid, behouden van mobiliteit en het tegengaan van sociaal isolement. De focus bij het sport- en beweegaanbod ligt op de senioren van 65 jaar en ouder (in de aandachtswijken 50 jaar en ouder).

In een aantal wijkagenda's is sociaal isolement nadrukkelijk als thema opgenomen.

4.2 Samenwerken aan een vitaal Amersfoort

Naast de 'wat-vraag' stellen we ook steeds nadrukkelijker de 'hoe-vraag'. De komende jaren staat een aantal ingrijpende stelstelwijzigingen in de zorg op het programma. Daarnaast ontstaat ook steeds meer discussie over de betaalbaarheid van het zorgsysteem. Een vraagstuk waar wij als lokale overheid niet aan voorbij willen en kunnen gaan.

Binnen de gezondheidszorg gaan wij als overheid alleen over de publieke gezondheidszorg. Samenwerking met andere partijen is dus het sleutelwoord.

Wat hebben we gedaan?

Wat willen we bereiken?

- Versterking van de ketensamenwerking tussen preventie en zorg
- Stimuleren van publiek-private samenwerking
- Gezondheidsbeleid integraal benaderen
- Een kwalitatief goede GGD die onze taken op het terrein van de publieke gezondheid op een adequaat niveau uitvoert

Wat gaan we doen?

In de volgende paragrafen lichten we de volgende actiepunten verder toe:

- versterken van de ketensamenwerking tussen preventie en zorg;
- stimuleren van publiek-private samenwerking;
- convenant met Achmea;
- een integrale benadering;
- GGD: kernpartner bij de uitvoering van onze taken op het terrein van de publieke gezondheid.

4.2.1 Versterken van de ketensamenwerking tussen preventie en zorg

Al eerder hebben we geconstateerd dat we op zoek moeten naar verbindingen en samenhang om de vitaliteit van Amersfoorters te vergroten. Daarom zoeken we naar verbinding tussen de eerstelijns, preventie en ondersteuning. Hierbij nemen we het Prevent-model als uitgangspunt. In dit model is goed te zien hoe de verbinding tussen publieke gezondheidszorg (de groene vlakken) en de curatie (domein van de zorgverzekeraars) idealiter op elkaar aansluit. Het individu staat centraal met aandacht voor risico's, bewustmaking en ondersteuning bij het maken van keuzes en een advies op maat.

De aanknopingspunten voor integraal gemeentelijk beleid liggen dan vooral bij de gemeenschap, gezonde leefomgeving en het stimuleren van participatie. Bij de keuze voor concrete interventies willen we vooral doen wat werkt. Landelijk is steeds meer onderzoek beschikbaar naar de effectiviteit van interventies. Hier maken wij zoveel mogelijk gebruik van.





Een goed voorbeeld is BeweegKuur (in Amersfoort uitgevoerd onder de naam Keivitaal), een gecombineerde leefstijlinterventie voor mensen met obesitas en mensen met overgewicht in combinatie met een (andere) risicofactor, bijvoorbeeld diabetes type 2. Mensen die in aanmerking komen voor de BeweegKuur krijgen maximaal een jaar begeleiding om hun eet- en beweeggedrag aan te passen en daarmee te werken aan een gezonde actievere leefstijl. De huisarts schrijft het 'recept' uit, maar daarnaast hebben de leefstijladviseur, de diëtist en indien nodig de fysio-/oefentherapeut een belangrijke rol. Het doel is dat deelnemers zelfstandig het 'gezonde' gedrag volhouden. Inmiddels zijn er al vijf eerstelijnsamenwerkingsverbanden in de stad die dit programma aanbieden.

Een essentieel onderdeel van de BeweegKuur is de verbinding tussen zorg en sport. In dat kader ontvingen wij in 2012 subsidie van het Nederlands Instituut voor Sport & Bewegen (NISB) om een laagdrempelig en passend sportaanbod te realiseren. Hierdoor kunnen de deelnemers in de buurt en op eigen kracht hun gezonde leefstijl voortzetten nadat zij het BeweegKuurprogramma hebben afgerond. BeweegKuur is hiermee een goed voorbeeld van een betere afstemming met de gezondheidszorg in de wijk.

Het rijk heeft besloten om structureel middelen beschikbaar te stellen voor wijkverpleegkundigen in aandachtswijken. Ook in Amersfoort liep al een project Zichtbare schakels. In de wijken Kruiskamp-Koppel, Liendert-Rustenburg en Randenbroek-Schuilenburg zijn wijkverpleegkundigen van de thuiszorg van Beweging 3.0 actief in de wijk. Bewoners kunnen met vragen of problemen op het gebied van (thuis)zorg, gezondheid, wonen of welzijn gratis bij hen terecht. Doel is verdere afstemming met gemeentelijke beleidsdoelstellingen.

4.2.2 Stimuleren van publiek-private samenwerking

Publiek-private samenwerking met het bedrijfsleven biedt kansen, juist als het gaat om het bevorderen van een gezonde leefstijl. Op kleine schaal gebeurt dit al door sponsoring van activiteiten door lokale middenstand, bijvoorbeeld het uitdelen van appels of het beschikbaar stellen van flesjes water bij evenementen.

Bij grote bedrijven neemt de aandacht toe in het kader van het maatschappelijk verantwoord ondernemen. Voor ons kan samenwerking interessant zijn om de communicatiekracht en de marketingexpertise te benutten, naast extra financiële middelen.

Op 17 april 2012 sloten we de eerste publiek-private overeenkomst in het kader van B.Slim met Friesland Campina. In overleg zijn vier activiteiten benoemd waarbij de B.Slimboodschap extra aandacht krijgt.

Aan de hand van deze eerste ervaringen willen wij de publiek-private samenwerking verder gaan uitbreiden en nieuwe bedrijven interesseren om een dergelijke samenwerking te starten.

4.2.3 Convenant met Achmea

Samenwerking tussen zorgkantoor/zorgverzekeraar en gemeente wordt mede in het licht van de toenemende druk op het zorgstelsel steeds belangrijker. Hoe kunnen we hierin samen oplossingen creëren?

Op 26 oktober 2011 hebben we een convenant afgesloten met Achmea (uitvoerder van de Zorgkantoorfunctie in deze regio en tevens de grootste ziektekostenverzekeraar in de stad). Het convenant is opgebouwd rond de volgende drie thema's:

- wijkgerichte en integrale zorg;
- maatschappelijke opvang, verslavingszorg en OGGZ;
- afstemming WMO/AWBZ/Zorgverzekeringswet en Wet op de Jeugdzorg.

Door samen op te trekken bij de regievoering en financiering denken we uitvoerende partijen efficiënter te kunnen laten werken. Uitgangspunt hierbij is $1+1 = 3$, waarbij de meeropbrengst zit in herschikking en niet in een toevoeging van extra middelen door gemeente of Achmea. Daarnaast wordt de epidemiologische informatie van de GGD verrijkt met gegevens over curatief zorggebruik.

Onlangs heeft het rijk besloten om extra middelen voor dieetadvisering, stoppen met roken en obesitas beschikbaar te stellen. Dit geeft ons de mogelijkheid om samen met zorgverzekeraars lokale leefstijlprogramma's op te zetten, vergelijkbaar met Bewegingkuur. Wij gaan met Achmea in overleg om de mogelijkheden te verkennen.

4.2.4 Een integrale benadering

Gezondheidsproblemen zijn niet goed op te lossen als er geen oog is voor de context. Daarom besteden we hier de komende periode ook aandacht aan. Daarbij richten we ons onder andere op:

- het sport- en beweegaanbod;
- zorg- en welzijnsvoorzieningen in de wijk;
- werk en opleiding;
- leefomgeving.

Deze integrale kijk op gezondheid laten wij ook terugkomen binnen het college door gezondheidsbeleid te zien als een collegebrede verantwoordelijkheid. Het college zet zich in om op het gebied van gezondheidsbescherming, ziektepreventie en gezondheidsbevordering integraal beleid te formuleren en tot uitvoering te brengen. En andersom ook daar waar aan de orde gezondheid een rol te geven binnen andere beleidsterreinen. Denk bijvoorbeeld aan toegankelijkheid van gebouwen, geluidsbelasting snelwegen en de balansventilatie in Vathorst. Zo dient de openbare ruimte uit te nodigen tot bewegen en willen wij in de ruimtelijke ordening schadelijke invloeden en risico's op gezondheid meenemen in de afweging.

4.2.5 De GGD: kernpartner bij de uitvoering van onze taken op het terrein van publieke gezondheid

De afgelopen jaren is de efficiency sterk verbeterd door de fusie van de GGD Eemland met de GGD Midden-Nederland. Nu is het zaak om te bewaken dat bij mogelijke verdere bezuinigingen het niveau van uitvoering van taken door de GGD tenminste blijft voldoen aan het wettelijk minimumniveau. Onlangs is in het Algemeen Bestuur van de GGD een discussie gevoerd over de toekomst van de publieke gezondheid en de rol van de GGD. Besloten is om de GGD anders in te richten.

Eenzijds zijn er publieke gezondheidstaken die op steeds grotere schaal (veiligheidsregio) worden georganiseerd, zoals de infectieziektebestrijding. Aan de andere kant hebben gemeenten behoefte aan meer sturingsmogelijkheden rond het lokale gezondheidsbeleid met multidisciplinaire samenwerking met lokale partijen. Daartussen zitten nog de taken die op sub-regionaalniveau uitgevoerd worden.



Territoriale congruentie

In de wet op de Veiligheidsregio's is opgenomen dat de GGD-regio's territoriaal congruent moeten worden met de Veiligheidsregio's. Voor ons betekent dit een GGD op de schaal van de provincie Utrecht. Streven is om per 1 januari 2014 de wettelijke verplichte territoriaal congruente GGD te implementeren.

Jeugdgezondheidszorg

Sinds 2010 is de jeugdgezondheidszorg integraal, d.w.z. één jeugdgezondheidszorgorganisatie voor alle kinderen van 0-19 jaar. De knip tussen consultatiebureau (0-4 jaar) en de afdeling jeugdgezondheidszorg van de GGD (4-19 jaar) is daardoor verdwenen. Teams zijn wijkgericht georganiseerd en er zijn contactmomenten samengevoegd. Bij de preventieve gezondheidsonderzoeken op de basisscholen wordt triage toegepast. Hierbij wordt een vragenlijst afgenomen en aan de hand hiervan wordt beoordeeld of kinderen door een arts of verpleegkundige worden gezien. Deze aanpassingen maken het mogelijk om binnen het huidige bestaande budgettaire kader meer aandacht te besteden aan risicokinderen.

Onlangs heeft het rijk besloten om een impuls te geven aan het individueel contactmoment voor adolescenten. Het contactmoment is gericht op een gezond gewicht (tegengaan van over- en ondergewicht), het bevorderen van seksueel gezond gedrag, de aanpak van sociaal-emotionele problematiek/het bevorderen van weerbaarheid en preventie van middelengebruik (waaronder alcohol). Wij zullen in overleg met de GGD nader vorm geven aan de invulling van het contactmoment.

Inspecties kinderopvang

Sinds 2006 inspecteert de GGD, in opdracht van de gemeente, alle kinderopvanglocaties en gastouders. Wanneer een locatie niet voldoet aan de eisen handhaaft de gemeente. Onlangs zijn wij beoordeeld door de Onderwijsinspectie en wij verwachten dat wij binnenkort de A-status ontvangen. Dit betekent dat we aan alle wettelijke eisen voldoen.

Doordat er in Amersfoort relatief veel kinderopvang is en sinds 2010 ook de gastouders geïnspecteerd moeten worden, is het aantal inspecties en daarmee ook de kosten de afgelopen jaren sterk gegroeid. Het is een open einde regeling.

Op dit moment wordt onderzocht of door middel van het herpositioneren van registratie, handhaving en toezicht meer efficiency kan worden bereikt. Het streven is om meer taken bij de GGD te beleggen. Daarnaast wordt nieuw handhavingsbeleid vastgesteld met zoveel mogelijk één hersteltermijn, waardoor de GGD minder inspecties hoeft uit te voeren en het invoeren van leges voor nieuwe gastouders.

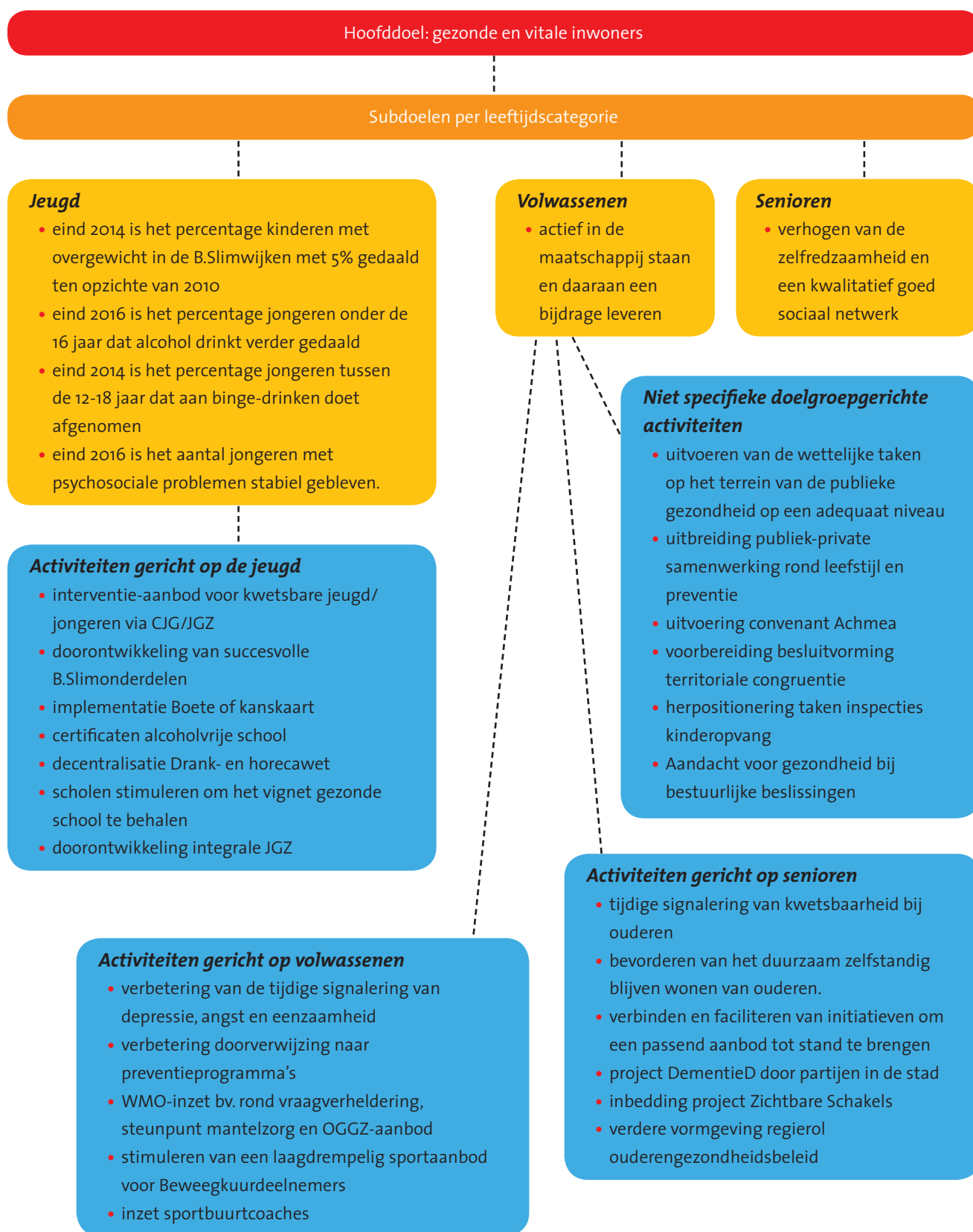
Milieu en gezondheid

De fysieke omgeving heeft directe effecten op de gezondheid, bijvoorbeeld bij blootstelling aan chemische, fysische en biologische factoren via de bodem, het water en de lucht. Ook de kwaliteit van de fysieke omgeving in gebouwen (binnenmilieu) kan tot gezondheidseffecten leiden. Inwoners kunnen de gezondheidsrisico's in de omgeving niet of moeilijk zelf beïnvloeden. Om mensen zoveel mogelijk tegen deze risico's te beschermen, zijn door de rijksoverheid wettelijke normen geformuleerd.

Bij bestuurlijke beslissingen letten wij goed op het aspect gezondheid. Het speelplekken- en fietsbeleid is doordrongen van het belang van voldoende bewegen.

Als inwoners vragen hebben over de relatie tussen omgeving en gezondheidsklachten kunnen ze terecht bij de GGD voor informatie en advies. Bij een clustering van klachten of vragen organiseren wij in samenwerking met de GGD actieve voorlichting.

Samengevat in schema zien de doelen en activiteiten er als volgt uit:



5 Financiën

In de begroting 2013 zijn de volgende middelen opgenomen bij volksgezondheid:

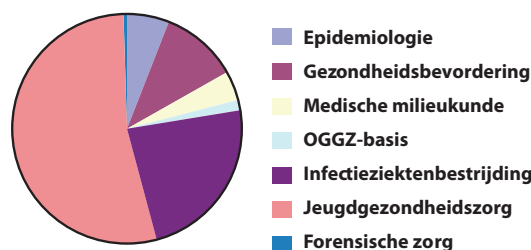
Structureel:

GGD Algemene gezondheidszorg ⁴	€	1.224.500
GGD Jeugdgezondheidszorg (0-4 en 4-19 jaar)	€	3.478.000
Preventiemiddelen	€	32.500
Overig (kleine subsidies en huur accommodaties JGZ)	€	22.800
Subsidiepost algemeen (gezondheidsvoorlichting)	€	10.000
Subsidiepost lokaal gezondheidsbeleid	€	17.600
<i>Totaal</i>	€	<u>4.785.400</u>

Incidenteel:

Decentralisatie-uitkering Gezond in de stad (2010-2014)	€	72.300
Subsidie gezonde slagkracht (2010-2014)	€	50.000
<i>Totaal</i>	€	<u>122.300</u>

Dit levert echter geen compleet beeld op, omdat veel van onze activiteiten die de gezondheid van burgers ten goede komen onderdeel uitmaken van andere begrotingsposten. Het grootste deel van de wettelijk verplichte taken op het terrein van de publieke gezondheid worden via een gemeenschappelijke regeling voor Amersfoort uitgevoerd door de GGD Midden-Nederland. Uitvoering vindt plaats aan de hand van een door de afzonderlijke gemeenteraden goedgekeurde begroting. De kosten worden verdeeld naar rato van het aantal inwoners.



Daarnaast kopen wij nog regionaal en lokaal maatwerk bij de GGD in voor taken op het terrein van o.a. Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ), jeugdgezondheidszorg, inspecties kinderopvang, netwerken jeugd en B.Slim.

Verreweg het grootste deel van de middelen ligt vast in de uitvoering van wettelijk verplichte taken. De incidentele middelen worden ingezet ten behoeve van B.Slim.

Ter aanvulling op de hier genoemde middelen gaan wij de komende periode opnieuw op zoek naar aanvullende subsidiemogelijkheden via bijvoorbeeld ZonMW. Ook zijn er soms subsidiemogelijkheden op het snijvlak van een aantal beleidsterreinen zoals sport en gezondheid of sport en jeugd. Door dit soort mogelijkheden te benutten kunnen we ondanks de bezuinigingen toch aandacht blijven besteden aan het bevorderen van vitaliteit en gezondheid bij vooral kwetsbare groepen.

4) Inclusief maatwerktaken als de inspecties kinderopvang.

Bijlagen

Lokale Verkenning

Gemeente Amersfoort

2011



Met deze Lokale Verkenning biedt de GGD Midden-Nederland u inzicht in uw lokale gezondheidssituatie. U treft cijfers aan over gezondheidsspeerpunten en risicogroepen. Hierbij is gebruik gemaakt van de verzamelde onderzoeksgegevens van de afgelopen vier jaar. U kunt deze analyses benutten bij het ontwikkelen van uw nieuwe Gezondheids-, Jeugd- of WMO-beleid of bij de implementatie van bestaande beleidsvoornemens.

Demografische ontwikkelingen

Toenemende vergrijzing

In de gemeente Amersfoort is 12% van de bevolking 65 jaar of ouder (Landelijk & regionaal 15%). Zoals bekend is vergrijst de bevolking en ook in Amersfoort zal het aandeel senioren naar verwachting stijgen naar 24% in 2040. Ook onder de niet-westerse allochtone bevolking zal het aantal 65-plussers in de komende decennia sterk toenemen; van 4% in 2010 naar 15% in 2040. 11% van alle 65-plussers in Amersfoort is dan van niet-westerse allochtone afkomst (5% in 2010).

Stijgende zorgvraag

Aangezien met het toenemen van de leeftijd ook gezondheidsproblemen toenemen, zal de stijging van het aantal ouderen ook de zorgvraag doen stijgen. Het aantal huisartscontacten, maar ook geneesmiddelengebruik, fysiotherapie en oefentherapie zullen stijgen, evenals de behoefte aan huishoudelijke hulp en verzorging/verpleging. Op al deze zorgterreinen is er in Amersfoort over de periode 2008-2013 een toename van meer dan 7% te verwachten (zie Vraag Aanbodanalyse Monitor (VAAM), www.nivel.nl/vaam voor een volledig overzicht van alle zorgprognoses).

De toenemende groep niet-westerse allochtonen vraagt bijzondere aandacht. Hun financiële positie is vaak slecht en er wordt vaak een groter beroep gedaan op mantelzorg. Deze groep is extra kwetsbaar doordat hun gezondheid vaker slecht is (Turkse, Marokkaanse en Surinaamse ouderen) en ze de Nederlandse taal niet altijd goed beheersen (Turkse en Marokkaanse oudere vrouwen).

Mantelzorg wordt steeds belangrijker

Ook mantelzorg¹ zal steeds belangrijker worden wanneer de zorgbehoefte toeneemt. Nu geeft 12% van de volwassenen en 9% van de senioren in Amersfoort mantelzorg. Daarnaast geeft 5% van de middelbare scholieren mantelzorg. Mantelzorg staat onder druk, omdat er steeds meer tweeverdieners zijn die weinig tijd hebben. De sociale cohesie in de buurt is van invloed op de beschikbaarheid van mantelzorg. Uit de monitors van de GGD blijkt dat het zorgen voor naasten vaak een zware belasting vormt voor de mantelzorger. Het steunpunt mantelzorg kan hen ondersteunen.

Roken

Roken is één van de belangrijkste vermijdbare oorzaken van ziekte en vroegtijdige sterfte

Rokers lopen meer kans op longkanker, harten vaatziekten en chronische luchtwegaandoeningen. Daarnaast gaat roken gepaard met een slechtere kwaliteit van leven, meer ziekteverzuim en een hoger zorggebruik. Succesvolle preventieve activiteiten gericht op roken kunnen dan ook veel gezondheidswinst opleveren!

Relatief veel rokers onder lagere sociaal economische klassen

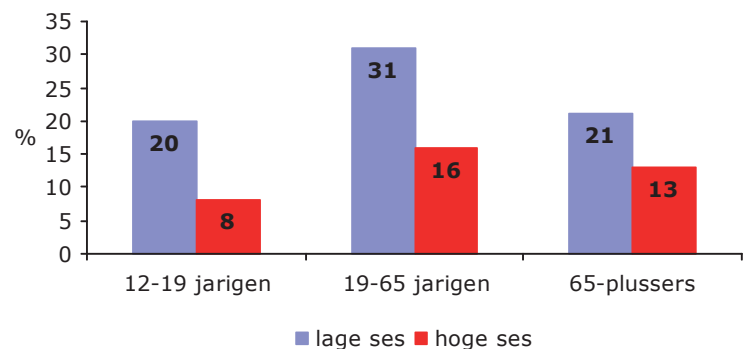
Na een daling van het aantal rokers in de jaren tachtig en een stabilisatie in de jaren negentig, neemt het aantal rokers de laatste jaren weer verder af. Met het rookverbod in de horeca is al een belangrijke stap gezet om het roken uit het openbare leven te verbannen. Toch rookt nog steeds 27% van alle Nederlanders van 15 jaar en ouder.

¹Mantelzorg is zorg die mensen vrijwillig en onbetaald verlenen aan mensen met fysieke, verstandelijke of psychische beperkingen in hun familie, huishouden of sociale netwerk.



Figuur 1. Roken naar sociaal economische achtergrond, Amersfoort

In Amersfoort rookt 16% van de 12-19 jarigen, 23% van de 19-65 jarigen en 15% van de 65-plussers. Deze cijfers wijken niet af van de regio. Roken komt veel vaker voor bij mensen uit de lagere sociaal economische klassen², zoals weergegeven in figuur 1.



Alcoholgebruik

Alcoholgebruik onder jeugd hoog

De afgelopen jaren is het aantal ziekenhuisopnames ten gevolge van alcoholintoxicaties onder de jeugd sterk toegenomen.

Dit duidt op een toenemend onverantwoord alcoholgebruik van de jeugd. Het drinken van alcohol op jonge leeftijd vergroot de kans op hersenschade en verslaving op latere leeftijd. Daarom wordt landelijk aanbevolen niet voor 16-jarige leeftijd alcohol te drinken.

In Amersfoort gaf 40% van de middelbare scholieren aan alcohol te drinken (regio 42%, landelijk 51%). Bijna een derde van de scholieren van jonger dan 16 jaar gaf aan alcohol te drinken. Opvallend is dat bijna de helft van hen zegt zelf wel eens alcohol te kopen.

Ook binge-drinken (grote hoeveelheden alcohol in korte tijd drinken) komt bij de Amersfoortse jeugd voor.

Ruim een kwart van de middelbare scholieren had in de maand voorafgaand aan het GGD-onderzoek tenminste eenmaal vijf glazen alcohol in een korte tijd gedronken (regio 30%, landelijk 36%).

Vroegtijdige signalering en preventie overmatig alcoholgebruik van belang

Gezien de schadelijke effecten van overmatig alcohol op de gezondheid en functioneren is vroegtijdige signalering (bijvoorbeeld via huisartsen) en preventie (bijvoorbeeld voorlichting maar ook regelgeving) van groot belang. Niet alleen bij jeugdigen, maar ook bij volwassenen en senioren. Van de volwassenen en senioren drinkt bijna 1 op de 10 onverantwoord veel alcohol. Het alcoholgebruik van de mannen is duidelijk ongunstiger dan van vrouwen (zie tabel). Daarnaast blijkt uit regionale cijfers dat overmatig alcoholgebruik vaker voorkomt bij oudere volwassenen (50 jaar en ouder).

Tabel 1. Alcoholgebruik volwassenen (19-65 jr.) naar geslacht

	Amersfoort Vrouwen	Amersfoort Mannen	Amersfoort Totaal	Regio Totaal
Drinkt onverantwoord*	8%	12%	10%	11%
Binge-drinken**				
minstens 1 keer per week	4%	12%	8%	9%
1 tot 3 keer per maand	5%	12%	8%	8%
1 tot 5 keer per half jaar	19%	31%	25%	23%

* mannen minimaal 21 glazen/week, vrouwen minimaal 14 glazen/week

** mannen binnen een paar uur 6 of meer glazen alcohol drinken, vrouwen 4 of meer glazen alcohol

Bron: GGD monitor volwassenen, 2008

² Lage ses volwassenen en senioren (geen opleiding, alleen lagere school, lager beroepsonderwijs of MAVO) hoge ses (HBO en universiteit). Lage ses jeugd (VMBO) hoge ses (HAVO/VWO)



Overgewicht, beweging en diabetes

Overgewicht en obesitas: verkeerde balans tussen eten en bewegen.

Het aantal mensen met overgewicht is na een aanvankelijk forse stijging, de afgelopen 10 jaar niet of nauwelijks meer toegenomen, maar op een ongunstig hoog niveau blijven steken. Overgewicht en met name ernstig overgewicht (obesitas) hangen samen met tal van chronische aandoeningen, vooral diabetes mellitus type 2, maar ook hart- en vaatziekten, een aantal soorten kanker en aan-

doeningen aan galblaas, bewegingsapparaat en ademhalingsorganen.

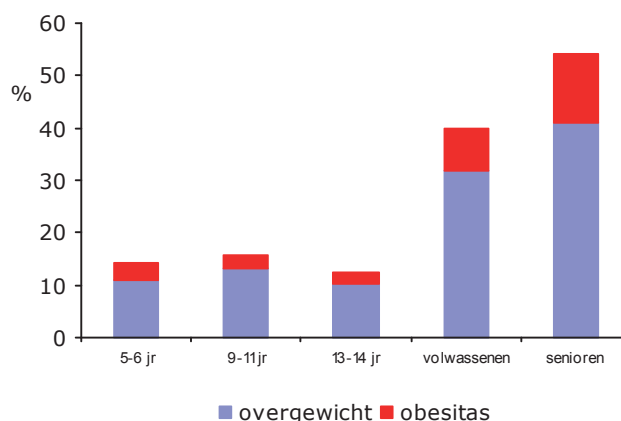
De belangrijkste oorzaak voor het ontstaan van overgewicht is een verkeerde balans tussen eten en bewegen. Overgewicht, met name tijdens de adolescentie, is een belangrijke voorspeller van overgewicht op volwassen leeftijd.

Ongeveer 14% van de jeugd, 40% van de volwassenen en 54% van de senioren in Amersfoort heeft overgewicht. Landelijk is dit voor volwassenen 47% en voor senioren 56%.

Figuur 2. Overgewicht en obesitas bij de jeugd, volwassenen en senioren Amersfoort

Mensen met een laag opleidingsniveau en mensen van allochtone afkomst hebben vaker overgewicht. Kinderen van obese ouders hebben een verhoogd risico op obesitas wanneer zij volwassen zijn.

Bij jeugd scoren de wijken De Kruiskamp/De Koppel, Liendert/Rustenburg en Randenbroek/Schuilenburg relatief ongunstig. Bij volwassenen De Kruiskamp/De Koppel en bij senioren het Soesterkwartier.



Vier op de tien volwassenen en senioren in Amersfoort voldoet niet aan de bewegingnorm

Voldoende beweging is van belang ter preventie van overgewicht. Bijna 40% van de volwassenen en senioren voldoet niet aan de norm voor gezond bewegen (dagelijks minimaal een half uur per dag matig intensief bewegen). Deze cijfers komen overeen met het regiogemiddelde.

Ook bij de jeugd beweegt een substantiële groep te weinig. Van de 9-12 jarigen in Amersfoort voldoet 8% niet aan de bewegingnorm (minimaal een uur per dag matig intensief bewegen), wat overeenkomt met het regiogemiddelde.

Bij de middelbare schooljeugd voldoet bijna 1 op de 5 jongeren (18%) niet aan de bewegingnorm, wat ongunstiger is dan het regiogemiddelde (14%).

Overgewicht en te weinig beweging belangrijke oorzaak van diabetes

De laatste jaren is het aantal mensen met diabetes fors gestegen. Verwacht wordt dat het aantal diabetespatiënten nog verder toe zal nemen. De voornaamste redenen voor deze stijging zijn de vergrijzing van de bevolking, lagere sterfte, overgewicht en te weinig beweging. Daarnaast wordt diabetes nu eerder en beter herkend.

Uit de laatste GGD monitor onder volwassenen kwam naar voren dat 3% van de volwassenen in Amersfoort diabetes heeft. Bij senioren is dit bij 15% het geval. Deze cijfers wijken niet af van het regiogemiddelde.



Seksuele gezondheid

Onveilig vrijen onder jongeren hoog

Onveilig vrijen vergroot de kans op seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) en kan leiden tot een ongewenste zwangerschap. In de gemeente Amersfoort heeft één op de zes middelbare scholieren in de leeftijd van 12 tot 19 jaar aangegeven geslachtsgemeenschap te hebben gehad. Van deze groep gebruikte bijna een derde geen condoom. 4% van de scholieren gaf aan weleens een seksueel overdraagbare aandoening (soa) gehad te hebben.

Wisselende contacten verhogen risico op SOA

Mensen lopen met name een risico op seksueel overdraagbare aandoeningen bij wisselende seksuele contacten. Van de volwassenen in de gemeente Amersfoort heeft 6% aangegeven dat ze, in de 6 maanden voor het onderzoek, geslachtsgemeenschap gehad hebben met iemand waarmee ze geen vaste relatie hadden, of waarbij de relatie binnen 3 maanden weer over was. De helft van deze mensen gaf aan niet altijd een condoom te hebben gebruikt. Eén op de vier volwassenen in de gemeente Amersfoort heeft zich weleens laten testen op een geslachtsziekte.

29% van de volwassenen weet niet waar ze terecht kunnen voor vragen en advies over geslachtsziekten.

Seksueel misbruik vaak gerapporteerd op ROC's

In een pilot studie bij ROC's in de regio Mid-den-Nederland rapporteerde 9% van de eer-

stejaars deelnemers seksueel misbruik te hebben meegemaakt. 18% gaf aan wel eens een seksuele ervaring tegen de zin in te hebben gehad. 4% van de middelbare scholieren en 1,3% van de volwassenen in Amersfoort heeft aangegeven slachtoffer te zijn (geweest) van seksueel misbruik. Seksueel misbruik komt met name voor bij meisjes en vrouwen en bij mensen met een lager opleidingsniveau.

Psychische gezondheid

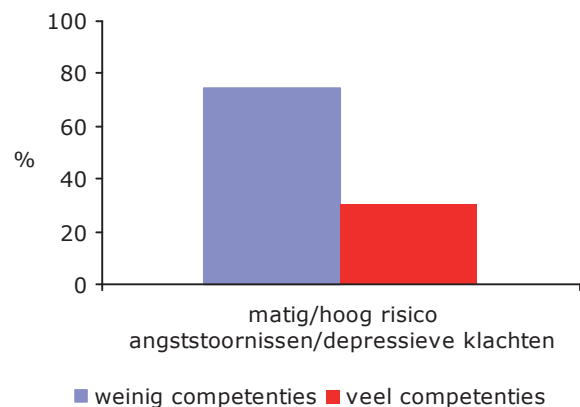
Psychosociale problemen hebben een grote invloed op de kwaliteit van leven

De ziektelast van depressiviteit en angststoornissen voor de betrokkenen en zijn/haar omgeving is groot. Zij voelen zich minder goed, waardoor ze vaker problemen ervaren op emotioneel terrein en bij het omgaan met anderen. Daarnaast hebben ze meer lichamelijke klachten. Eén van de oorzaken van psychische problemen zijn ingrijpende negatieve gebeurtenissen. Een andere factor die meespeelt is de manier waarop mensen deze tegenslag weten op te vangen. Dit laatste hangt sterk af van iemands persoonskenmerken. Preventie van psychosociale problemen op jonge leeftijd is van belang, omdat emotionele en gedragsproblemen in de jeugd een verhoogd risico geeft op psychische problemen in de volwassenheid.

Uit de gegevens van de JGZ blijkt dat bij 13% van de 5-6 jarigen en 5% van de 9-11 jarigen in Amersfoort mogelijk sprake is van psychosociale problemen. De wijken Soesterkwartier, De Kruiskamp/De Koppel en Liendert/Rustenburg scoren relatief ongunstig.

Figuur 3. Percentage volwassenen met een matig/hoog risico op angststoornissen en depressieve klachten naar competentieniveau, Amersfoort

Van de volwassenen in Amersfoort heeft 36% een verhoogd risico op angststoornissen en depressieve klachten. Mensen met (te) weinig persoonlijke vaardigheden om problemen op te lossen (competenties, 14% in Amersfoort) hebben vaker een verhoogd risico op angststoornissen en depressieve klachten (fig. 3). Van de senioren in Amersfoort heeft één op de tien angstklachten en 22% heeft depressieve klachten. Deze cijfers wijken niet af van het regionaal gemiddelde.





Eenzaamheid komt veel voor, met name bij senioren

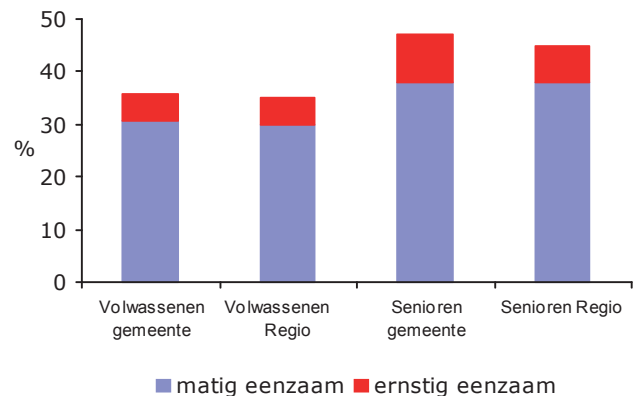
Ook eenzaamheid, een factor die van grote invloed is op iemands psychisch welbevinden, komt bij volwassenen (36% matig - zeer ernstig) en vooral senioren (47%) vaak voor (fig. 4).

Er zijn geen landelijke cijfers apart voor volwassenen of senioren beschikbaar. Wel is bekend dat één op de drie 18 tot 90 jarigen eenzaam is.

Risicogroepen psychische klachten

Eenzaamheid komt over het algemeen vaker voor bij mannen, laag opgeleiden, allochtonen en alleenstaanden. Angst- en depressieve klachten komen relatief vaak voor bij vrouwen, laagopgeleiden en allochtonen.

Figuur 4. Percentage volwassenen en senioren dat eenzaam is in de gemeente Amersfoort en regio Midden-Nederland



Risicogroepen algemeen

Laagopgeleiden sterven eerder, hebben meer gezondheidsproblemen en leven ongezonder

Uit landelijk onderzoek blijkt dat de levensverwachting van laag opgeleide Nederlanders gemiddeld zes tot zeven jaar lager is dan hoog opgeleide Nederlanders. Uit de GGD monitor blijkt dat terwijl onder laagopgeleiden 58% van de volwassenen een chronische ziekte heeft, dit bij 48% van de hoogopgeleiden het geval is. Daarnaast komen ook psychische problemen meer voor bij laagopgeleiden en hebben ze een ongezondere leefstijl (zie ook figuur 1). Dit patroon zien we ook bij de jeugd.

Soms wijkgerichte aanpak nodig

In verschillende wijken binnen de gemeente kunnen verschillen in bevolkings-samenstelling (bijvoorbeeld naar opleiding of inkomen) zijn, met als gevolg gezondheidsverschillen en verschillen in leefstijl tussen wijken. Bijvoorbeeld uit de GGD monitor kwam naar voren dat in o.a. De Koppel/ De Kruiskamp relatief meer gezondheidsproblemen voorkomen. Een wijkgerichte aanpak kan hierbij dan gewenst zijn.

Laag inkomen zowel oorzaak als gevolg van slechte gezondheid

Ook het inkomen van mensen is gerelateerd aan gezondheid.

Mensen met een lager inkomen hebben een slechtere gezondheid dan mensen met een hoger inkomen. Door slechtere leefgewoonten minder goede zorg en minder geld voor gezonde producten. Echter, een slechte gezondheid kan er ook voor zorgen dat men minder inkomen heeft door arbeids-ongeschiktheid. Tot slot is uit onderzoek gebleken dat mensen met risicovolle schulden vaker een minder goede (psychosociale) gezondheid hebben dan mensen zonder risicovolle schulden. Ook houden zij er een minder gezonde leefstijl op na.

Taalproblemen bij allochtonen vaak extra negatieve factor

De ongunstigere gezondheid van allochtonen heeft voor een belangrijk deel met bovengenoemde factoren te maken. Een aanvullende belemmerende factor vormt de beperktere maatschappelijke participatie en toegang tot de zorg van allochtonen o.a. vanwege taalproblemen en cultuurverschillen.



Actieve en gezonde burgers? De gemeente aan zet!

Actieve, participerende en gelukkige burgers. Burgers die meetellen en volop meedoen in de (lokale) maatschappij. Dat is waar menig gemeente naar streeft. Daarom is investeren in gezondheid goed voor de burger én voor de gemeente. Want gezondheid heeft een directe relatie met arbeidsparticipatie, schoolprestaties, openbare orde, sociaal welbevinden en maatschappelijke participatie als vrijwilligerswerk en mantelzorg.

Daarom is het belangrijk dat er wordt samengewerkt tussen verschillende beleidsterreinen binnen de gemeente. Veel determinanten van gezondheid zijn namelijk niet direct vanuit de gezondheidszorg te beïnvloeden, maar vereisen maatregelen op andere terreinen zoals onderwijs, volkshuisvesting, inrichting van de openbare ruimte, veiligheid, verkeer, economische zaken en milieu.

De aanpak van gezondheidsproblemen heeft het meeste kans op een succesvol resultaat als deze is gestoeld op 5 pijlers:

- inrichting van de omgeving;

Contactpersonen van uw gemeente:

Stefanie Bloemendal (adviseur gezondheidsbeleid)
Nelleke de Vos (epidemioloog)
Eva Rom en Josien Felix (gezondheidsbevordering)
Annemiek Schooten (rayonmanager JGZ)
Mirjam Polak (adviseur OGGZ)
Madelon de Jongh (Adviseur Milieu en Gezondheid)
Ans Brendel (Gezondheidsbevordering Seksuele Gezondheid)

Bronnen:

- Gezondheidsatlas GGD Midden-Nederland, www.ggdatlas.nl, september 2010.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl>, september 2010.
- Van gezond naar beter. Kernrapport Volksgezondheidstoekomstverkenning 2010, RIVM, NIVEL.
- Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM), <http://www.nivel.nl/vaam>, september 2010.
- Monshouwer et al. Jeugd en riskant gedrag 2007. Kerngegevens uit het peilstationonderzoek scholieren. Trimbosinstituut.
- Schoolkracht Basisonderwijs 2008-2010. Gemeente Amersfoort. In: Jeugdgezondheidsmonitor 2008-2010 Amersfoort.
- Schoolkracht Voortgezet onderwijs 2007-2008. Gemeente Amersfoort. In: Jeugdgezondheidsmonitor 2006-2008 Amersfoort.
- Bevindingen Jeugdgezondheidszorg 2008-2009. In: Jeugdgezondheidsmonitor 2008-2010 Amersfoort.
- Schütz F. en Glazema H. Rapportage Gezondheidsonderzoek volwassenen 2008, 'Iedereen Gezond & Wel' regionaal rapport.
- Lokale resultaten Amersfoort 'Iedereen Gezond & Wel' 2008.
- Gezondheidsmonitor Senioren 2007. Gemeenterapport Amersfoort.

- regelgeving en handhaving;
- voorlichting en educatie;
- signalering en advies;
- ondersteuning.

In overleg met de GGD kan de gemeente bekijken hoe deze pijlers het beste kunnen worden ingezet. Ook heeft de GGD een toolkit ontwikkeld ter ondersteuning bij het schrijven en evalueren van de nota volksgezondheidsbeleid.

Kernboodschappen gemeente Amersfoort:

- * De bevolking in Amersfoort vergrijsd: 24% in 2040;
- * Gezond gewicht blijft aandacht vergen. Overgewicht neemt toe met de leeftijd: van 14% bij 5-6 jarigen tot 56% onder ouderen;
- * Bijna een derde van de scholieren jonger dan 16 jaar drinkt alcohol. 1 op de 10 volwassenen drinkt onverantwoord veel alcohol;
- * Preventie van psychosociale problemen op jonge leeftijd is van belang, omdat emotionele en gedragsproblemen in de jeugd een verhoogd risico geeft op psychische problemen in de volwassenheid. Ruim 1 op de 3 volwassenen en senioren heeft (een verhoogd risico op) depressieve klachten of angststoornissen. Eenzaamheid komt veel voor, 36% bij volwassenen en 47% bij senioren;
- * Bewegen kan een centrale rol spelen bij gezondheidsbevordering (o.a. overgewicht, ongezonde leefgewoonten, depressie), aangezien 4 op de 10 volwassenen en senioren en bijna 1 op de 5 jongeren te weinig bewegen;
- * Uit de cijfers komt naar voren dat een wijkgerichte aanpak met name voor de prioriteitswijken gewenst is.

Lokale resultaten gezondheidsmonitor 0 tot 4 jarigen 2012

Voor u ligt een overzicht van de resultaten van de gezondheidsmonitor 0 tot 4 jarigen. De gegevens zijn verzameld in het voorjaar van 2012 middels een vragenlijst onder ouders. Behalve het overgewichtcijfer; dit komt uit het DDJGZ. In 2013 en wellicht ook daarna zullen een aantal onderwerpen verder worden uitgediept. Heeft u zelf (aanvullende) vragen, dan kunt u zich richten tot uw epidemioloog (030-6086022 of epidemiologie@ggdmn.nl). Op www.GGDAtlas.nl is extra informatie te vinden over de onderwerpen zelf, bijvoorbeeld hoe de vraag gesteld is (klik op de naam van het onderwerp i.p.v. het vakje en u krijgt achtergrondinformatie).

Cijfers die significant afwijken van het gemiddelde van GGD Midden-Nederland zijn voorzien van een *.

Leeftijdsgroep	Amersfoort	Eemland	GGD Midden-Nederland
----------------	------------	---------	----------------------

Aantal inwoners doelgroep	0-4 jarigen	8308	14480	42670
---------------------------	-------------	------	-------	-------

Genotmiddelen ouders				
% roken tijdens de zwangerschap	0-4 jarigen	9	10	9
% alcoholgebruik tijdens de zwangerschap	0-4 jarigen	16	16	16
% kinderen blootgesteld aan sigarettenrook thuis	0-4 jarigen	0 *	1 *	2

Nog te veel vrouwen roken en drinken alcohol tijdens de zwangerschap. Dit bevestigt het belang van vroege, goede prenatale voorlichting.

Groei en taalontwikkeling				
% overgewicht (incl. obesitas)	2 jarigen	7	6 *	7
% niet dagelijks voorlezen	1-4 jarigen	35	37	36

Overgewicht begint al vroeg. Dit pleit voor een vroege start van de aanpak, zoals het B.Slim programma.

Voorlezen is belangrijk voor de taalontwikkeling.

Voeding				
% minder dan 5 dagen/week ontbijt	1-4 jarigen	2	2 *	1
% eet niet dagelijks fruit	1-4 jarigen	30	31	29
% eet niet dagelijks groente	1-4 jarigen	53	53	52
% meer dan 2x /dag zoete drankjes	1-4 jarigen	31	32	32
% < 6 maanden/ geen volledige borstvoeding	0-4 jarigen	70	71	70
% helemaal geen borstvoeding	0-4 jarigen	22	24	24

De cijfers over voedingsgewoonten zijn zorgelijk. Ook 6 maanden volledig borstvoeding wordt meestal niet gehaald. Op het gebied van voeding is dus veel gezondheidswinst te behalen, onder andere ter preventie van overgewicht!

Beweging				
% meer dan 2 uur/ dag TV/ DVD, computer	2-4 jarigen	4	5	6
% minder dan ½ uur/ dag buitenspelen	2-4 jarigen	8	9	8

Gelukkig bewegen de meeste peuters genoeg.

	Leeftijdsgroep	Amersfoort	Eemland	GGD Midden-Nederland
Mondgezondheid				
% onvoldoende tandenpoetsen ¹	0-4 jarigen	35 *	33 *	29
% niet jaarlijks voor controle naar tandarts	2-4 jarigen	52 *	48	46
% onvoldoende mondverzorging ¹	1-4 jarigen	71 *	69 *	65
Veiligheid				
% onveilig/ geen gebruik traphekjes	8 mnd – 2 jarigen	65	66	68
% niet buiten bereik bewaren van medicijnen en schoonmaakmiddelen	1-4 jarigen	51 *	48 *	46
% hete dranken met kind op schoot	0-4 jarigen	51 *	50 *	46
Opvoeden				
% ouders weten niet waar ze heen kunnen bij vragen over opvoeding	0-4 jarigen	20 *	19 *	15
% kent het CJG niet	0-4 jarigen	30 *	25 *	21
% onvoldoende hulp van familie en vrienden	0-4 jarigen	12 *	10 *	8
% zorgen over opvoeding zodanig dat er behoefte is aan hulp	0-4 jarigen	19 *	18 *	15
% behoefte aan hulp bij opvoeden maar nog niet gevonden	0-4 jarigen	4	4 *	3
Kinderopvang				
% gaat naar kinderdagverblijf	0-4 jarigen	59 *	54	53
% gaat naar peuterspeelzaal	2-4 jarigen	20 *	27	28
Kwetsbare kinderen				
% ziekte/ handicap van het kind zelf	0-4 jarigen	3	4	4
% psychische problemen ouders	0-4 jarigen	7	7	7
% conflicten/ ruzies binnen gezin	0-4 jarigen	14	14	13
% echtscheiding/ langere tijd weggaan gezinslid	0-4 jarigen	2	3	3

Het melkgebit verdient meer aandacht! Slechte verzorging van het melkgebit en schadelijke voedingsgewoonten worden vaak voortgezet bij het blijvende gebit.

Per jaar worden landelijk 45.000 kleine kinderen behandeld op de Spoedeisende Hulp aan de gevolgen van een privé-ongeval (zoals een val, vergiftiging of verbranding).
Hoe kan de veiligheid in huis gestimuleerd worden?

Om problemen te voorkomen, moet laagdrempelige opvoedondersteuning meer bekendheid krijgen.

De meerderheid van de kinderen gaat naar het kinderdagverblijf en/ of de peuterspeelzaal. De kinderopvang is daarom een belangrijke ketenpartner.

Het aantal echtscheidingen in deze leeftijdsgroep is nog laag. Dit neemt toe naarmate kinderen ouder worden: 20% van de 13-17 jarigen maakte een scheiding mee.
Conflicten binnen het gezin is een aandachtspunt.

¹ Normen voor een goede mondverzorging: voldoende poetsen (=dagelijks bij tandje, 2x/dag vanaf 2 jaar) + jaarlijks controle tandarts vanaf 2 jaar + geen zoete drankjes in tuitbeker/ zuigflles

Lokale resultaten gezondheidsmonitor senioren 2012

Voor u ligt een overzicht van de resultaten van de gezondheidsmonitor onder 65 plussers, van de vragen die ook door de andere GGD'en in Nederland gesteld zijn. De gegevens zijn verzameld in het najaar van 2012 middels een vragenlijst. Over enkele weken ontvangt u de resultaten van de lokale vragen en de vergelijkingen met voorgaande jaren. In 2013 en wellicht ook daarna zullen een aantal onderwerpen verder worden uitgediept. Heeft u zelf (aanvullende) vragen, dan kunt u zich richten tot uw epidemioloog (030-6086086 of epidemiologie@ggdmn.nl). Op www.GGDAtlas.nl is extra informatie te vinden over de onderwerpen zelf, bijvoorbeeld hoe de vraag gesteld is (klik op de naam van het onderwerp i.p.v. het vakje en u krijgt achtergrondinformatie).

	Gemeente Amersfoort	Subregio Eemland	Midden-Nederland	Nederland
Lichamelijke gezondheid				
Matige tot (zeer) slecht ervaren gezondheid	39	35	35	39
Bepeking van zicht, gehoor en/of mobiliteit	31	29	29	30
Tenminste één chronische aandoening	81	79	80	79
Contact met huisarts of specialist n.a.v. chronische aandoening:				
- Hoge bloeddruk	42	40	41	43
- Astma of COPD	13	12	12	14
- Onvrijwillig urineverlies	17	16	15	16
- Diabetes	15	13	13	16
- Duizeligheid met vallen	8	7	7	8
Zorg				
Geeft mantelzorg	14	14	15	13
Mantelzorger voelt zich (over)belast	14	13	14	14
Psychische gezondheid				
Risico op angststoornissen en depressieve klachten	41	39	38	-
Eenzaam	51	47	47	-

	Gemeente Amersfoort	Subregio Eemland	Midden-Nederland	Nederland
Leefgewoonten				
Roken	13	12	11	13
Alcoholgebruik				
- Binge drinkers	6	6	6	6
- Overmatig alcoholgebruik	8	9	9	8
Bewegen				
- Voldoet niet aan de Beweegnorm	34	33	33	31
- Voldoet niet aan de Fitnorm	56	54	56	57
Gewicht				
- Overgewicht	55	55	56	59
- Ernstig overgewicht	13	12	14	16
Financiën				
Moeite met rondkomen	11	9	9	-
Huiselijk geweld				
Slachtoffer huiselijk geweld				
- Ooit slachtoffer geweest	4	4	3	-
- 1 jaar geleden of korter	0	0	0	-

Lokale resultaten gezondheidsmonitor volwassenen 2012

Voor u ligt een overzicht van de resultaten van de gezondheidsmonitor 19-64 jarigen, van de vragen die ook door de andere GGDen in Nederland gesteld zijn. De gegevens zijn verzameld in het najaar van 2012 middels een vragenlijst. Over enkele weken ontvangt u de resultaten van de lokale vragen en de vergelijkingen met voorgaande jaren. In 2013 en wellicht ook daarna zullen een aantal onderwerpen verder worden uitgediept. Heeft u zelf (aanvullende) vragen, dan kunt u zich richten tot uw epidemioloog (030-6086086 of epidemiologie@ggdmn.nl). Op www.GGDAtlas.nl is extra informatie te vinden over de onderwerpen zelf, bijvoorbeeld hoe de vraag gesteld is (klik op de naam van het onderwerp i.p.v. het vakje en u krijgt achtergrondinformatie).

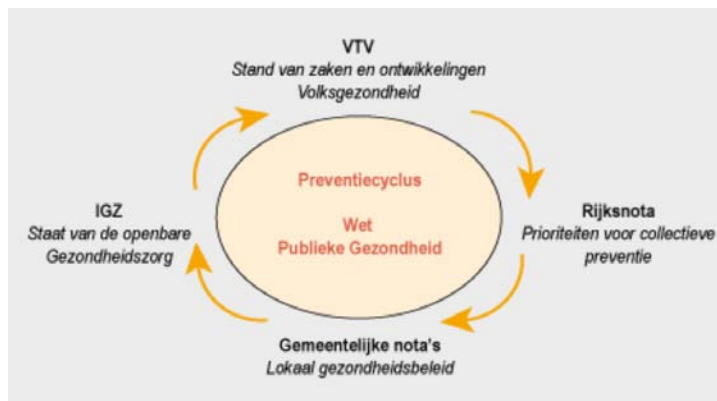
	Gemeente Amersfoort	Subregio Eemland	Midden-Nederland	Nederland
Lichamelijke gezondheid				
Matige tot (zeer) slecht ervaren gezondheid	18	17	18	19
Tenminste één chronische aandoening	36	37	38	39
Contact met huisarts of specialist n.a.v. chronische aandoening:				
- Hoge bloeddruk	12	12	14	13
- Astma of COPD	7	7	7	8
- Diabetes	3	3	3	4
Zorg				
Mantelzorg				
- Geeft mantelzorg	11	13	14	12
- Mantelzorger voelt zich (over)belast	12	13	13	14
Psychische gezondheid				
Risico op angststoornissen en depressieve klachten	49	46	45	-
Eenzaam	42	39	40	-

	Gemeente Amersfoort	Subregio Eemland	Midden-Nederland	Nederland
Leefgewoonten				
Roken	24	24	23	25
Alcoholgebruik				
- Binge drinkers	9	9	10	12
- Overmatig alcoholgebruik	7	8	8	8
Bewegen				
- Voldoet niet aan de Beweegnorm	39	38	38	35
- Voldoet niet aan de Fitnorm	81	80	79	80
Gewicht				
- Overgewicht	42	43	45	45
- Ernstig overgewicht	10	10	11	12
Financiën				
Moeite met rondkomen	23	21	21	-
Huiselijk geweld				
Slachtoffer huiselijk geweld				
- Ooit slachtoffer geweest	10	9	8	-
- 1 jaar geleden of korter	1	1	1	-

Bijlage 2: Beleidscyclus

Het lokale gezondheidsbeleid staat niet op zichzelf. Het is een onderdeel van de landelijke beleidscyclus (zie figuur 1). In 2002 is de verhouding tussen de landelijke en lokale overheid vastgelegd in de vierjarige preventiecyclus die in deze bijlage wordt toegelicht. Om het lokale gezondheidsbeleid te kunnen plaatsen is kennis van de context waarin dit lokale beleid zich afspeelt van belang.

Kort samengevat: het RIVM presenteert om de vier jaar een rapport waarin de gezondheidssituatie van de Nederlandse bevolking wordt geschetst. Deze ‘Volksgezondheid Toekomst Verkenning’ (VTV) bevat tevens epidemiologische analyses met kernboodschappen gericht aan het ministerie van VWS en vormt zo de basis voor het landelijke volksgezondheidsbeleid. Op basis daarvan stelt VWS in haar landelijke preventienota de speerpunten voor de volgende beleidsperiode vast (2011 – 2016). Deze vormen de kaders waarbinnen gemeenten verantwoordelijk zijn voor de ontwikkeling en uitvoering van lokaal beleid. Het beleid van gemeenten staat dus niet op zichzelf. Veel gemeenten nemen één of meerdere landelijke beleidsprioriteiten over in hun eigen beleid, maar dit is niet verplicht. Met het overnemen van de thema's dragen gemeenten bij aan het behalen van de landelijk gestelde beleidsdoelstellingen. De inspectie tenslotte, controleert de uitvoering van het gezondheidsbeleid en beschrijft dit onder andere in ‘de Staat van de gezondheidszorg’ (2010). Vervolgens is het resultaat van het beleid weer te lezen in de volgende VTV van het RIVM.



Figuur 1: De vierjarige preventiecyclus voor Nederlands gezondheidsbeleid

Bijlage 3: Uitvoering wettelijke taken door de GGD

Wet publieke gezondheid

De verantwoordelijkheid van de gemeente Amersfoort om de gezondheid van haar inwoners te beschermen, te bewaken en te bevorderen is vastgelegd in de Wet Publieke Gezondheid (Wpg). Een van de onderdelen is het uitbrengen van de vierjaarlijkse nota gezondheidsbeleid. Daarnaast heeft de gemeente de volgende publieke gezondheidstaken:

- infectieziektenbestrijding;
- technische hygiënezorg;
- psychosociale hulp bij ongevallen en rampen;
- gezondheidsbevordering;
- uitvoering van de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar;
- de regie over de gezondheidszorg voor ouderen;
- het afstemmen van preventieve en curatieve zorg;
- epidemiologie;
- medische milieukunde.

Binnen deze wettelijke taken valt een onderscheid te maken tussen de medisch georiënteerde taken met een grote centrale sturing en de meer maatschappelijke taken met een relatief grote beleidsvrijheid voor gemeenten.

De medisch georiënteerde zorg (zoals infectieziektenbestrijding) kent een sterke centrale sturing vanuit de rijksoverheid. Via uitvoeringsbesluiten is gedetailleerd vastgelegd hoe deze zorg moet worden ingevuld. In de maatschappelijke taken is de beleidsvrijheid voor gemeenten groter. Hoewel er wel landelijke kaders worden gesteld, kunnen we hier meer eigen keuzes maken.

Bijlage 4: Landelijke preventienota 'Gezondheid dichtbij'

De landelijke preventienota 'Gezondheid dichtbij' geeft prioriteit aan de eigen verantwoordelijkheid en eigen kracht van mensen. Voor de overheid is een voorwaarden-scheppende en informerende taak weggelegd. Het idee hierachter is dat het scheppen van gezonde voorwaarden vanzelf tot gezondere keuzes leidt. Betrokkenheid van het bedrijfsleven, maatschappelijke organisaties, het onderwijs en zorgverleners is belangrijk. De vijf speerpunten uit de vorige preventienota (overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik) blijven belangrijk, maar het kabinet legt hierbij het accent op bewegen. Bewegen is goed voor lichamelijke en geestelijke gezondheid en draagt preventief bij aan andere speerpunten.

De nota kent 6 thema's.

- *Vertrouwen in gezondheidsbescherming*
Mensen kunnen sommige risicofactoren voor de gezondheid niet of moeilijk zelf beïnvloeden. De landelijke overheid zorgt voor heldere wet- en regelgeving en draagt zorg voor het toezicht op en de naleving van wetten en regels.
- *Zorg en sport dicht in de buurt*
De gezondheidszorg moet zich nog meer richten op het bevorderen van gezondheid, naast het bestrijden van ongezond gedrag en ziekten. Herkenbare en toegankelijke zorgvoorzieningen in de buurt zijn belangrijk, maar ook de digitale bereikbaarheid (eHealth). Het kabinet wil dat iedereen veilig kan sporten, bewegen en spelen in de buurt. Hiervoor zijn voldoende en laagdrempelige voorzieningen nodig. Het kabinet wil hier samen met gemeenten, de sportsector en private partijen een positieve impuls aan geven.
- *Zelf beslissen over leefstijl*
Het kabinet wil zo min mogelijk de wet voorschrijven als het om leefstijl gaat. Mensen maken zelf keuzes. Die keuzes worden gemaakt in een omgeving waar de gezonde keuze de gemakkelijke keuze is.
- *Realiseren van verbindingen*
Het kabinet ziet mogelijkheden tot winst door zorg en preventie beter op elkaar af te stemmen. Hierbij vormen de behoeften van burgers het uitgangspunt en niet de bestaande organisatiestructuren. Er moet een sterke verbinding komen tussen publieke gezondheidszorg en basiszorg vanuit de AWBZ, de Zorgverzekeringswet en de Wmo. Publiek-private samenwerking ziet het kabinet als een geschikte methode om gezonde keuzes aantrekkelijk en gemakkelijker te maken.
- *Geen massamediale campagnes*
Er komen geen landelijke massamediale campagnes meer, maar meer activiteiten in de buurt. Sport neemt hierin een centrale plaats in.
- *Extra aandacht voor de jeugd*
De nota pleit ervoor om risicogedrag onder jongeren in een vroeg stadium te signaleren. Ook moet er meer in de weerbaarheid van jongeren worden geïnvesteerd.

Bijlage 5: Inspraaknotitie bij de nota lokaal gezondheidsbeleid 2013-2016 'Doen wat helpt: Amersfoort gezond en vitaal'

Inleiding

Op 22 januari 2013 heeft het vorige college het concept-beleidskader 'Doen wat helpt: Amersfoort gezond en vitaal' vastgesteld. Het concept-beleidskader is vervolgens toegestuurd aan de relevante adviesraden (Gehandicapten- en patiëntenplatform, Seniorenraad, Adviesraad Kleurrijk Amersfoort, Young Vision en de Amersfoortse Sportfederatie) en vrijgegeven voor inspraak.

We hebben vier inspraakreacties ontvangen: van het Gehandicapten & Patiëntenplatform (GPPA), de Seniorenraad en van twee inwoners met betrekking tot de overlast en risico's door houtrook.

Het gezondheidsbeleid heeft veel raakvlakken met andere beleidsterreinen binnen de gemeente. In de nota is geprobeerd om deze verbindingen duidelijk te benoemen zonder dat er al te uitgebreid wordt ingegaan op de activiteiten die hieruit voortvloeien. Uit de inspraakreacties van het GPPA en de Seniorenraad blijkt dat dit kan worden verhelderd, met name wat betreft de relatie met het Wmo- en het sportbeleid.

Openbare gezondheidszorg is gericht op de collectieve preventie: de bescherming, bevordering en bewaking van de volksgezondheid. Optimale kansen op een goede gezondheid voor iedereen is daarbij een belangrijk uitgangspunt. Hierbij vragen risicogroepen extra aandacht.

Amersfoort heeft een diversiteitsbeleid. Dat wil zeggen dat wij ernaar streven dat aanbod en voorzieningen voor alle groepen bereikbaar moeten zijn, dus ook voor mensen met een beperking en senioren. Dit komt nadrukkelijk aan de orde in ons Wmo-beleid, dus daar wordt in onze reactie een aantal keer naar verwezen.

	Inspraakreactie	Reactie/ voorstel afhandeling
	GPPA	
1	Het GPPA kan de omslag van 'ziekte en zorg' naar 'gezondheid en gedrag' en een groter beroep op eigen verantwoordelijkheid billijken, maar plaatst daarbij wel de kanttekening: daar waar mogelijk is.	Mee eens. Gezondheid is niet alleen het resultaat van een eigen keuze, zoals veel chronisch zieken en gehandicapten aan den lijve ondervinden. Maatwerk blijft daarom nodig.
2	In vergelijking met de doelgroepen jeugd, volwassenen en ouderen is er zeker geen sprake van een evenredige aandacht voor gehandicapten en chronisch zieken. Het GPPA vindt het jammer dat de doelgroep gehandicapten en chronisch zieken niet of nauwelijks wordt meegenomen in de concrete haalbare doelstellingen die de gemeente wil realiseren.	Het klopt dat gehandicapten en chronisch zieken niet specifiek worden meegenomen in de concrete doelstellingen. Amersfoort heeft een diversiteitsbeleid. Dit betekent dat aanbod en voorzieningen voor alle groepen bereikbaar moeten zijn binnen de diverse leeftijdscategorieën.

3	M.b.t. het lokaal gezondheidsbeleid is het noodzakelijk om herkenbare aandacht te hebben voor deze doelgroepen. Vanuit de Wmo is deze aandacht er wel.	Aanknopingspunten om specifiek iets te doen voor deze doelgroepen zitten dan ook vooral in de Wmo.
4	Ook voor onze doelgroepen is er sprake van kwetsbaarheid en eenzaamheid.	Ja, dat klopt.
5	Het GPPA stelt voor om de passage 'de ziektelast van psychische problemen... hangt af van iemands persoonlijkheidskenmerken' (paragraaf 4.1.3/blz. 13) aan te vullen met 'ook verminderde zelfredzaamheid leidt tot verminderde mentale weerbaarheid'.	Wij nemen deze aanvulling over.
6	Daar waar het gaat over leefstijl en preventie wijzen wij er op dat mensen met een (ernstige) functiebeperking, door hun verminderde mobiliteit en zelfredzaamheid vaak niet of nauwelijks kunnen sporten of bijvoorbeeld aan yoga kunnen doen.	Wij onderschrijven uw conclusie. Sporten en bewegen is altijd maatwerk en voor sommige doelgroepen bijna niet haalbaar.
	Onze aanbeveling is om de nota lokaal gezondheidsbeleid uit te breiden met het invullen van een gemeentelijke regierol met betrekking tot: a het tijdig signaleren van kwetsbaarheid en eenzaamheid bij gehandicapten en chronisch zieken; b het bieden van passende en concrete ondersteuningsprogramma's om de kwetsbaarheid en eenzaamheid te doen verminderen; c het bieden van passende en concrete ondersteuningsprogramma's op het gebied van sport en bewegen aan gehandicapten en chronisch zieken.	a/b. Het tijdig signaleren van kwetsbaarheid en eenzaamheid is onderdeel van ons Wmo-beleid. Zorgaanbieders en welzijnswerk zijn hierop getraind en voorzien in een aanbod. c Mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking sporten en bewegen minder dan andere inwoners. Wij vinden het belangrijk dat in ons sportbeleid aan deze doelgroep extra aandacht wordt geschonken. Dit doen wij door meer bekendheid te geven aan het sportaanbod voor G-sporters o.a. via het Wmo-loket, maar ook bijvoorbeeld door de inzet van buurtsportcoaches bij verenigingen die graag een aanbod voor G-sport willen ontwikkelen. Voor de regionale afstemming nemen wij deel aan het regionaal overleg aangepast sporten.

	Inspraakreactie	Reactie/ voorstel afhandeling
	Seniorenraad	
11	Richt de nota duidelijk op gezondheidsbevordering en schakel daarbij vooral ook functionarissen in die al contact hebben met senioren en daarvan het vertrouwen genieten.	Wij kunnen ons vinden in het advies. Gezondheidsbevordering bij ouderen loont, want voorkomen is beter dan genezen. Informele netwerken en het welzijnswerk voor senioren worden hierbij betrokken.
	Maak werk van de wijkcoaches en schakel hen in bij de begeleiding van senioren bij het gebruik van sport- en beweegvoorzieningen in de onrendabele uren.	Goed idee. In de actualisatie van het sportbeleid is extra aandacht voor ouderen die weinig bewegen. Wij kiezen voor ouderen boven de 70 jaar en starten een (pilot) 'maatjesproject' en zetten de buurtsportcoaches ook voor deze doelgroep in.
	Integreer het gezondheidsbeleid in het overige beleid van de gemeente en stem de regels daarvoor op elkaar af.	Gezondheid raakt inderdaad veel beleidsterreinen binnen de gemeente. Daarom benadrukken wij het belang van integraliteit.
	Voorkom onderbesteding van voorzieningen door mensen die zorg nodig hebben, maar waarvoor niemand (behalve een professional) klaarstaat.	Onderbesteding van voorzieningen door kwetsbare mensen is een aandachtspunt. Via de wijkteams en professionals in de buurt besteden wij hieraan in ons Wmo-beleid extra aandacht.

	Inspraakreactie	Reactie/ voorstel afhandeling
	<i>Inspraakreacties inwoners m.b.t. houtrook</i>	
12	Grote zorgen over een tekort aan adequaat beleid en maatregelen van de gemeente; wij zijn namelijk al geruime tijd met de gemeente aan het communiceren om een oplossing te creëren voor een groot risico, zijnde houtrookoverlast.	In de raadsinformatiebrief 2012-119 hebben wij een toelichting gegeven op de manier waarop wij als gemeente omgaan met klachten over houtrook, afkomstig van openhaarden en houtkachels. Wij zijn van mening dat wij hiermee op een zorgvuldige wijze invulling geven aan het beleid, passend binnen de mogelijkheden vanuit landelijke wet- en regelgeving.
13	Toename van het aantal houtgestookte kachels met een uitstoot van giftige bestanddelen en rookstank die mensen belemmert te ventileren.	De aanschaf van houtkachels staat mensen vrij. Uitgangspunt bij een klacht over het stoken van een open haard of houtkachel is dat klager en stoker hierover eerst met elkaar in overleg gaan. Daarnaast kunnen mensen een civiele procedure starten. Ook is het mogelijk om een klacht te melden bij de gemeente. Bij aanhoudende klachten stellen wij een onderzoek in naar de door de klager gemelde overlast. Dit betreft maatwerk.
14	Er komen veel longpatiënten bij. Het Longfonds en de GGD kunnen niets anders doen dan naar de gemeente verwijzen.	Het team Milieu en Gezondheid van de GGD Midden-Nederland houdt zich bezig met gezondheidsklachten in relatie tot milieufactoren. Op verzoek van verschillende GGD-en in Nederland is door het RIVM een literatuurstudie verricht naar de effecten van houtrook op de gezondheid. Het RIVM concludeert dat de resultaten van de bekeken onderzoeken niet eenduidig zijn. De GGD heeft advies gegeven bij de totstandkoming van het gemeentelijke beleid. Het longfonds kan een rol spelen bij de landelijke agendering. Wij hebben in 2011 de minister verzocht om een landelijke richtlijn, maar dit verzoek is afgewezen.
15	In België en Duitsland wordt hier veel meer aan gedaan. Laat Amersfoort een voorbeeld zijn voor Nederland.	De situatie is niet 1 op 1 te vergelijken met andere landen, omdat daar vaak sprake is van houtkachels als enige verwarmingsbron. Wij zijn van mening dat wij binnen wat mogelijk is binnen de Nederlandse wet- en regelgeving ons beleid zorgvuldige vormgeven.

Geraadpleegde literatuur

Achmea divisie Zorg & Gezondheid/gemeente Amersfoort. Convenant 'Een gezond en vitaal Amersfoort'. Amersfoort 2011.

Friesland Campina- gemeente Amersfoort. Samenwerkingsovereenkomst, Amersfoort, 2012.

Gemeente Amersfoort. B.Slim, plan van aanpak 2010-2014. Amersfoort 2009.

Gemeente Amersfoort. Coalitieakkoord 2010-2014: Verbonden, slagvaardig, duurzaam, Amersfoort, 2010.

Gemeente Amersfoort. Jaarprogramma's 2009, 2010 en 2011 Amersfoort Gezond!

GGD Midden-Nederland. Begroting 2012 GGD Midden-Nederland. Zeist 2011.

GGD Midden-Nederland. Lokale verkenning Gemeente Amersfoort 2011. Zeist 2011

GGD Midden-Nederland. Toolkit lokaal gezondheidsbeleid. Zeist 2011.

Inspectie voor de gezondheidszorg. Handreiking voor de bestuurlijke aanpak van sociaal-economische gezondheidsverschillen: instrument voor beleidsontwikkeling op lokaal niveau. Inspectie voor de volksgezondheidszorg, 2010.

Lucht F van der, Polder JJ. Van gezond naar beter: kernrapport van de Volksgezondheid Toekomstverkenning 2010. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2010.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Gezondheid dichtbij: landelijke nota gezondheidsbeleid. Den Haag: Ministerie van VWS, 2011

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Zorg die werkt: de beleidsdoelstellingen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag: Ministerie van VWS, 2011

Platform Persoonlijke Preventie, het Preventmodel, www.preventweb.nl

RIVM/ Loket Gezond Leven. Handreiking gezonde gemeente. Bilthoven: RIVM, 2011.

