



Amersfoort Gezond!

Nota lokaal gezondheidsbeleid 2008-2011 Gemeente Amersfoort

Gemeente Amersfoort
Welzijn Sociale Zekerheid &
Onderwijs

Postadres
Postbus 4000
3800 EA Amersfoort

Bezoekadres
Stadhuisplein 1
3811 LM Amersfoort

T 033 469 50 10
F 033 469 50 10
E info@amersfoort.nl
I www.amersfoort.nl

Stad met een hart



Inhoudsopgave

1	Inleiding	7
2	Waarom lokaal gezondheidsbeleid?	9
3	Gemeentelijke visie op gezondheid	13
4	Relatie Wmo - lokaal gezondheidsbeleid	19
5	Ontwikkelingen in de (gezondheids-)zorg	31
6	Gezondheidssituatie van de Amersfoortse bevolking	37
7	Wat gaan we doen?	47
8	Financiën	53

Bijlagen

1	Jaarprogramma 2008 Amersfoort Gezond!	56
2	Invulling taken Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid	62
3	Resultaten Weten waar de pijn zit, gezondheidsbeleid 2002-2006	66
4	Overzicht overgewicht bij kinderen per wijk	67
5	Lijst met gebruikte documenten	68

Colofon

Uitgave

Sector Welzijn, Sociale Zekerheid en Onderwijs
Hoofdafdeling Maatschappelijke Ontwikkeling

Vormgeving

Concreet geeft vorm

Drukwerk

Graffors

Gemeente Amersfoort

juli 2008

Samenvatting

Voor u ligt de tweede nota lokaal gezondheidsbeleid *Amersfoort Gezond!* voor de periode 2008-2011. Sinds de wijziging van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) in 2003 zijn gemeenten verplicht iedere 4 jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid te maken met daarin de ambities, keuzes en prioriteiten op het gebied van volksgezondheid en preventie.

Op basis van de Wcpv is de gemeente Amersfoort verantwoordelijk voor collectieve preventie. De Cv bepaalt dat een gemeentelijke of gewestelijke gezondheidsdienst in stand gehouden dient te worden. De Cv onderscheidt drie deelreinen: collectieve preventie, infectieziektenbestrijding en jeugdgezondheidszorg (JGZ).

In de visie van de gemeente Amersfoort staat eigen verantwoordelijkheid voorop. Waar nodig en budgettair mogelijk neemt de gemeente Amersfoort haar verantwoordelijkheid voor de lokale volksgezondheid. Eén van de hoofddoelstellingen van ons beleid is het stimuleren van gezond gedrag. Een andere hoofddoelstelling betreft het verkleinen van gezondheidsverschillen. Ons beleid is gericht op effectieve interventies en samenwerking met derden. Waar mogelijk leggen wij verbindingen met aanpalende beleidsterreinen.

Het lokaal gezondheidsbeleid heeft een duidelijke relatie met de Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo). De komst van de Wmo willen wij ten eerste aangrijpen om meer samenhang in ons beleid te creëren. Ons doel is een samenhangend aanbod van activiteiten en voorzieningen te bieden. De Cv begeeft zich met name op het gebied van primaire en secundaire preventie en heeft ten doel de gezondheid van (nog) gezonde burgers te bevorderen en te beschermen. In de Wmo gaat het om maatschappelijke participatie van mensen, ongeacht hun beperking, handicap of achtergrond.

Deze nota bevat een actueel overzicht van de belangrijkste (landelijke) ontwikkelingen. Veel speerpunten uit ons beleid vloeien hier uit voort. Wij sluiten ons aan bij landelijke speerpunten op het gebied van preventie: roken, diabetes, overgewicht, alcohol en depressie. Met name de drie laatste genoemde zullen op korte termijn veel aandacht in ons beleid krijgen.

Toenemende aandacht voor rampenbestrijding en infectieziektebestrijding leidt tot onderzoek naar schaalvergroting van de GGD. Verder hebben de Eemlandse gemeenten besloten gezamenlijk onderzoek te doen naar hoe de jeugdgezondheidszorg het beste kan worden ingericht en of dit bij één organisatie kan worden ondergebracht.

Uit gezondheidsonderzoek komt naar voren dat volwassenen in een achterstandspositie naar verhouding veel gezondheidsproblemen hebben. Mensen met een lage opleiding, met een uitkering of mensen van allochtone herkomst hebben vaker een ongunstiger lichamelijke en geestelijke gezondheid en eveneens vaker een ongunstiger leefpatroon. Ook chronisch zieken en mensen met een lichamelijke beperking vormen een kwetsbare groep. Bovendien hebben deze groepen vaker problemen op diverse terreinen tegelijk.

Het lokaal gezondheidsbeleid krijgt handen en voeten in de jaarprogramma's. Het jaarprogramma 2008 is bijgevoegd. De daaropvolgende jaren wordt er jaarlijks door het college een bijgesteld jaarprogramma vastgesteld, zodat er ruimte is om de inzet op bepaalde speerpunten te intensiveren of om prioriteiten te verschuiven.



Inleiding

In 2001 verscheen de eerste Amersfoortse nota lokaal gezondheidsbeleid 'Weten waar de pijn zit'. Aan de hand van vier beleidsprogramma's is de afgelopen vier jaar hard gewerkt om gezond gedrag te stimuleren en gezondheidsverschillen te verkleinen.²

Inmiddels is het tijd voor een tweede nota met daarin de hoofdlijnen voor de periode 2008-2011. We hoeven nu natuurlijk niet vanaf het nulpunt te starten. Onze visie op openbare gezondheidszorg is niet wezenlijk veranderd en hoeft alleen te worden geactualiseerd. Ervaringen die we hebben opgedaan bij de uitvoering van de vorige nota zijn meegenomen en het wettelijk kader is hetzelfde gebleven.

In deze nota sluiten we aan bij speerpunten uit de landelijke preventienota 'Kiezen voor gezond leven': voorkomen en tegengaan van roken, diabetes, schadelijk alcohol gebruik, overgewicht (bewegen en voeding) en depressie. Met name de drie laatstgenoemde zullen op korte termijn veel aandacht in ons beleid krijgen. Verder besteden wij in ons lokaal gezondheidsbeleid aandacht aan (landelijke) ontwikkelingen zoals het centrum voor jeugd en gezin, integrale jeugdgezondheidszorg en schaalvergroting van de GGD. In ons preventiebeleid besteden wij speciale aandacht aan ouderen, allochtonen en mensen met lage sociaal economische status.

Ten slotte wordt in deze nota de relatie tussen het lokale gezondheidsbeleid, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en andere beleidsterreinen verhelderd.

Deze nota is als volgt opgebouwd:

- waarom lokaal gezondheidsbeleid?
- gemeentelijke visie op lokaal gezondheidsbeleid
- relatie Wmo en lokaal gezondheidsbeleid
- ontwikkelingen in de (gezondheids-) zorg
- de gezondheidssituatie van de Amersfoortse bevolking
- wat gaan we doen?
- een overzicht van de financiën.

¹ De vier beleidsprogramma's zijn: verbetering uitvoering kerntaken, wijkgerichte gezondheidszorg, wonen en zorg-op-maat, en jongeren en preventie.

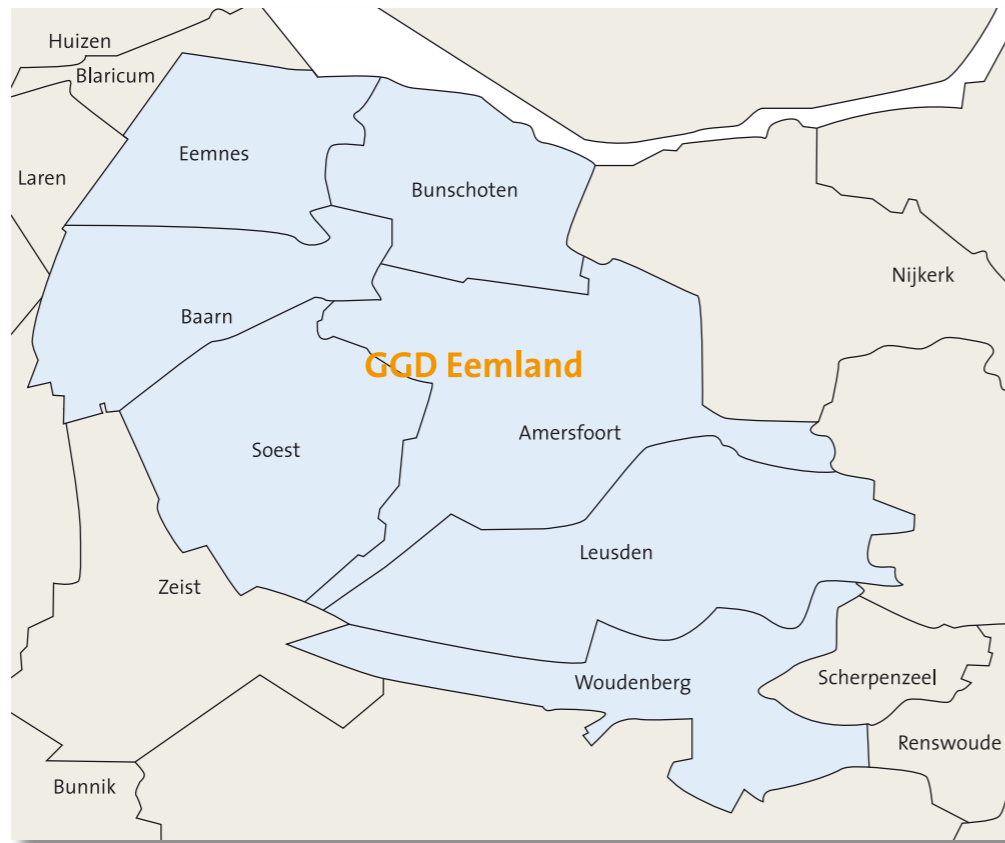
² Zie voor de resultaten van 'Weten waar de pijn zit' bijlage 3.



Waarom lokaal gezondheidsbeleid?

Sinds de wijziging van de Cv in 2003 zijn gemeenten verplicht iedere 4 jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid te maken met daarin de ambities, keuzes en prioriteiten op het gebied van volksgezondheid en preventie. Amersfoort is inmiddels toe aan de tweede nota lokaal gezondheidsbeleid voor de periode 2008-2011.

De Gewestelijke gezondheidsdienst (GGD) Eemland is de gezondheidsdienst van zeven gemeenten.



In de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Cv) is helder omschreven wat gemeenten moeten doen op het terrein van de openbare gezondheidszorg. Het beschermen en bevorderen van de gezondheid van inwoners van Amersfoort is een belangrijke gemeentelijke taak.

Op basis van de Cv is de Gemeente Amersfoort verantwoordelijk voor collectieve preventie. Het is de taak om de gezondheid van de inwoners te beschermen, te bewaken en te bevorderen. De Cv bepaalt dat een gemeentelijke of gewestelijke gezondheidsdienst in stand gehouden dient te worden.

De Cv onderscheidt drie deelterreinen: collectieve preventie, infectieziektenbestrijding en jeugdgezondheidszorg (JGZ). In de volgende tabel staan de taken per deelterrein beschreven.

Collectieve preventie	Infectieziektenbestrijding	Jeugdgezondheidszorg
Verwerven van inzicht in de lokale gezondheidssituatie van de bevolking	Algemene infectieziektebestrijding	Verwerven van inzicht in de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren
Bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen	Bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen Tuberculosebestrijding	Ramen van de behoefte aan zorg
Bijdragen aan preventieprogramma's	Bron en contactopsporing bij vermoeden van epidemieën van infectieziekten	Vroegtijdige opsporing en preventie van een aantal specifieke stoornissen en het aanbieden van vaccinaties
Bevorderen van medisch-milieukundige zorg	Beantwoorden van vragen uit de bevolking	Geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding
Bevorderen van technische hygiënezorg	Geven van voorlichting en begeleiding	Formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen
Bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg ³		

³ De OGGZ-taken (m.u.v. de rampenbestrijding) zijn met ingang van 2007 overgegaan van de Wcpv naar de Wmo.



Gemeentelijke visie op gezondheid

In dit hoofdstuk wordt de visie van de gemeente Amersfoort uitgewerkt.
Hiermee wordt de agenda bepaald voor de komende jaren.

Wij realiseren ons dat gezondheid en preventie een complex geheel is. Er zijn veel (wetenschappelijke) gegevens bekend over volksgezondheid mede in relatie tot gedrag en interventies. Er is veel beschikbaar in wetenschap en onderzoek over achtergronden van ziekte en beperkingen. Naast ongezondheid die iemand kan overkomen, weten we dat gezondheid voor een niet onbelangrijk deel door gedrag en leefstijl bepaald kan worden.

Tegelijkertijd weten we ook veel zaken niet en blijven vele factoren die van invloed zijn op de gezondheidssituatie onbekend. Toch weerhouden deze onzekere factoren er ons niet van een visie op lokaal gezondheidsbeleid te formuleren.

Uitgangspunt is dat burgers in de eerste instantie zelf verantwoordelijk zijn voor hun gedrag ten aanzien van volksgezondheid. Deze visie sluit aan op het principe binnen de Wmo: 'iedereen doet mee'. Ons beleid is voor een groot deel al gericht op verantwoordelijkheid, meedoen en participatie. Mensen zijn in de eerste plaats zelf verantwoordelijk voor hun gezondheid en voor het omgaan met verminderde gezondheid. Zij zijn over het algemeen bekend met gedrags- en risicofactoren. In veel gevallen kunnen mensen zelf beïnvloeden of gezondheidsproblemen ontstaan of bestaande problemen verergeren.

Iedereen dient te beseffen dat de manier waarop zij met hun (on)gezondheid omgaan, directe invloed kan hebben op anderen en daarmee een beroep doet op hun solidariteit. Daar waar nodig en budgettair mogelijk neemt de gemeente Amersfoort haar verantwoordelijkheid, bijvoorbeeld op het gebied van preventieve interventies ten aanzien van alcohol en jongeren.

Eén van de doelstellingen van ons lokaal gezondheidsbeleid is het stimuleren van gezond gedrag. Dit doen we onder andere door het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding. In het bijzonder willen wij ons de komende periode richten op prioritaire thema's als roken, overgewicht, alcoholgebruik, diabetes en depressie. Een andere doelstelling van ons lokaal gezondheidsbeleid is het verkleinen van gezondheidsverschillen. Een goede gezondheid is voor iedereen van groot belang. De kans op een goede gezondheid blijkt echter niet voor iedereen gelijk. Mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) hebben een minder goede gezondheid dan mensen met een hogere SES. In ons preventiebeleid besteden wij speciale aandacht aan deze doelgroep.

Een voorbeeld van aandacht voor mensen met een lage SES betreft subsidiering van het project PIEP zei de muis. Dit samenwerkingsproject van Riagg Amersfoort e.o., GGD Eemland, SWA en Trimbos-instituut richt zich op kinderen van ouders met (langdurige) psychische en/of verslavingsproblemen en een lage sociaal economische status in achterstandswijken. Het project beoogt in de buurt beschermende factoren voor deze kinderen en hun ouders te versterken of tot stand te brengen. Preventieve aandacht vanuit eerste lijn in de wijk voor de doelgroep leidt tot een passend activiteiten aanbod op wijkniveau.

Om de gezondheidsverschillen te verkleinen wordt ook aparte aandacht besteed aan allochtonen. Etniciteit is deels verweven met de sociaal-economische status. Een lage sociaal- economische status komt bij allochtonen vaker voor dan bij autochtonen. Daarnaast spelen bij gezondheid echter ook factoren als taalvaardigheden, cultuur en migratieverleden een rol. Door de verwevenheid van etniciteit met sociaal economische status kan verondersteld worden dat inspanningen om gezondheidsverschillen tussen allochtonen en autochtonen te verkleinen ook een bijdrage zullen leveren aan het verkleinen van de verschillen in gezondheid.

Wij hebben de ambitie om op het gebied van volksgezondheid bestaande beleidslijnen steviger met elkaar te verbinden. De gemeente is zelfs wettelijk verplicht om integraal gezondheidsbeleid te voeren. Wij zijn bekend met lokale situatie in de wijken, in staat om maatwerk te bieden en hebben de mogelijkheid om verbindingen te leggen tussen de verschillende beleidsterreinen. In de volgende tabel worden de verbindingen weergegeven.

Fysiek	Sociaal
Verkeer en vervoer Duurzaam veilig Fiets- en mobiliteitsbeleid Parkeerbeleid Stimuleren openbaar vervoer	Welzijn en zorg Maatschappelijke ondersteuning Maatschappelijke opvang en verslavingszorg
Openbare ruimte Toegankelijkheid voor gehandicapten Groenvoorzieningen	Sport en recreatie Sportstimulering Fiets- en wandelroutes
Ruimtelijke ordening In structuurvisie, bestemmingsplannen en herstructureringsplannen aandacht voor zorg-, welzijns-, sport- en speelvoorzieningen	Veiligheid Integraal veiligheidsbeleid Rampenbestrijding
Huisvesting Flexibel en aanpasbaar bouwen Duurzaam bouwen/allergeenarme woningen	Werk en inkomen Inkomensondersteuning Collectieve aanvullende ziektenkostenverzekering minima Activering en toeleiding naar werk
Milieu Milieubeleidsplan Geluidshinder, en luchtkwaliteit en binnenmilieu UMTS-straling en hoogspanningslijnen	Onderwijs Schoolgezondheidsbeleid Onderwijshuisvesting Voortijdig schoolverlaten
Economische ontwikkeling Horecabeleid Beleid risicovolle bedrijven	

Een voorbeeld van integraal beleid betreft de afstemming van beleid op het gebied van sport en gezondheid. Het is algemeen bekend dat slechts een beperkt deel van de bevolking voldoende beweegt om er vanuit gezondheidsoogpunt profijt van te hebben. Er bestaat bewegingsarmoede onder groepen, zoals ouderen, kansarme jongeren, mensen met een handicap of chronische ziekte en mensen zonder een betaalde baan. Ook krijgt sport in het kader van het terugdringen van vetzucht onder de jeugd een steeds belangrijkere rol.

Wij vinden het belangrijk dat onze inspanningen aantoonbaar tot gezondheidswinst leiden. Voor wat betreft jeugdinterventies kan dit door gebruik te maken van de databank Nederlands Jeugdinstituut waarin beschrijvingen zijn opgenomen van ondersteunings-, preventie-, behandel- en sanctieprogramma's. Ook het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) stelt veel onderzoeksresultaten beschikbaar.

Bij de uitvoering van het gezondheidsbeleid zien wij veel in de samenwerking met derden om mensen in hun directe leef- en werkomgeving te prikkelen en te verleiden tot gezond gedrag. Partners in preventie zijn voor ons de eerstelijnsgezondheidszorg (m.n. huisartsen) scholen, maatschappelijke instellingen, sportverenigingen, werkgevers en de detailhandel.

Als laatste vinden wij het belangrijk in onze visie om verbindingen te leggen tussen preventieve en curatieve zorg. Landelijk speelt deze ontwikkeling eveneens: in 2008 wordt bekeken of 'bewegen op recept' en 'stoppen met roken' met ingang van 2009 opgenomen kan worden in het basispakket van de zorgverzekeraars.

Onze visie samengevat:

- 1 Eigen verantwoordelijkheid staat voorop.
- 2 Waar nodig en budgettair mogelijk neemt de gemeente Amersfoort haar verantwoordelijkheid.
- 3 We voeren integraal gezondheidsbeleid.
- 4 We stimuleren gezond gedrag.
- 5 We verkleinen gezondheidsverschillen.
- 6 We zetten in op effectieve interventies.
- 7 We werken zo veel mogelijk samen met derden.
- 8 We leggen verbindingen tussen preventieve en curatieve zorg.



Relatie tussen Wmo en lokaal gezondheidsbeleid

De Wet maatschappelijke ondersteuning biedt kansen om meer samenhang in ons beleid te creëren. In dit hoofdstuk gaan we in op de onderwerpen die gezamenlijk vanuit de Wmo en het lokale gezondheidsbeleid worden opgepakt.

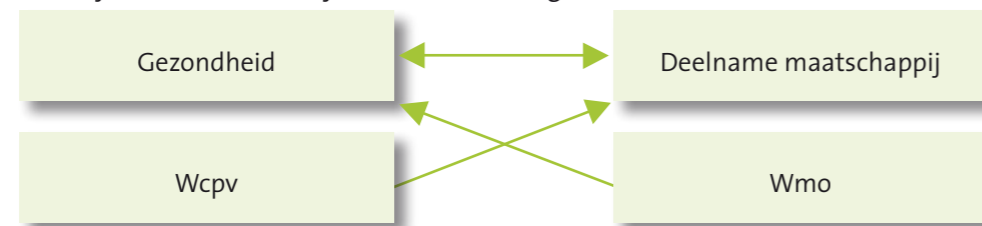
Amersfoort kent verschillende kwetsbare inwoners. Dit komt doordat zij niet zelfredzaam zijn. Diverse zaken kunnen hier de oorzaak van zijn: werkloosheid, slechte beheersing van het Nederlands, slechte woning, schulden, psychische problemen, verslaving, gebrek aan plekken om anderen te ontmoeten, beperkte sociale competenties etc. Kwetsbare personen hebben vaak een combinatie van deze problemen. Gezondheidsklachten zijn hier meestal een onderdeel van. Tot voor kort werden deze problemen vaak afzonderlijk benaderd. De komst van de Wmo willen wij aangrijpen om meer samenhang in ons beleid te creëren. De verschillende problemen hebben namelijk veelal met elkaar te maken. Mensen kunnen geholpen worden met problemen rond overgewicht, maar als dit het gevolg is van eenzaamheid, komt het probleem vanzelf weer terug.

De Cv begeeft zich met name op het gebied van primaire⁴ en secundaire⁵ preventie en heeft ten doel de gezondheid van (nog) gezonde burgers te bevorderen en te beschermen. In de Wmo gaat het om maatschappelijke participatie, ongeacht hun beperking, handicap of achtergrond. De kern van het Wmo-beleid wordt gevormd door de volgende vier opgaven:

- mensen meer uitdagen zelf initiatief te nemen;
- samenhang in de wijk te vergroten;
- mensen langer in hun omgeving laten wonen;
- een vangnet bieden aan specifieke doelgroepen.

Het is daarom een uitdaging deze nota in samenhang op te stellen met het beleidskader Wmo.

Deze nota loopt parallel aan de looptijd van het beleidskader Wmo, dat wil zeggen dat er vier jaren beschikbaar zijn voor de uitvoering van de nota.



De Cv en Wmo: onmisbare peilers voor kwaliteit van leven⁶

De volgende onderwerpen worden gezamenlijk vanuit de Wmo en het lokale gezondheidsbeleid opgepakt:

- preventie;
- jeugdbeleid;
- gezondheidszorg;
- netwerkvorming/woonzorgzones;
- informatie en advies;
- Openbare Geestelijke gezondheidszorg (oggz);
- Preventie Geestelijke gezondheidszorg (Ggz).

Preventie

Door de Wmo is het mogelijk om een samenhangend aanbod van activiteiten en voorzieningen te bieden, van het voorkomen dat mensen minder kunnen participeren (preventie) tot het verlenen van individuele voorzieningen. Dit heeft een inhoudelijke relatie met het lokaal gezondheidsbeleid. De reikwijdte van de Wmo-preventie is vrij breed: van preventie gericht op alle inwoners tot aan zorgpreventie gericht op het individu. In tegenstelling tot de Wmo is het lokaal gezondheidsbeleid niet gericht op mensen die een gediagnosticeerde aandoening hebben.

Inzicht in de behoefte van burgers aan preventie is belangrijk voor het maken van beleidskeuzen in de openbare gezondheidszorg. Activiteiten en maatregelen die aansluiten bij deze behoeften zijn namelijk effectiever: ze leveren meer gezondheidswinst op. Het epidemiologisch onderzoek van de GGD kan de behoefte aan informatie en hulp in kaart brengen. Zie hiervoor hoofdstuk 6.

Vrijwilligerswerk is een voorbeeld waarbij de preventieve activiteiten vanuit de Wcpv en de Wmo samen komen. Ten eerste is er ondersteuning door vrijwilligers voor mensen die (langdurig) ziek zijn. Voorkomen wordt dat zij in een geïsoleerde positie terecht raken. Daarnaast kan het een preventieve werking hebben bij het risico van verslechtering van de gezondheid. Vrijwilligerswerk zorgt uiteraard ook voor maatschappelijke participatie, men voelt zich deel van de samenleving. In het (concept) beleidsplan Wmo is het voornemen geuit om het vrijwilligerssteunpunt daar waar nodig (professioneel) te ondersteunen.

In het kader van Amersfoort Vernieuwt worden activerende huisbezoeken afgelegd. Gezondheid en zorg is één van de gespreksonderwerpen. Op deze manier worden inwoners met gezondheidsproblemen gestimuleerd om hulp te zoeken bij de goede hulpverleningsorganisatie.

Jeugd

Zowel vanuit de Wmo als de Cv heeft de gemeente taken en verantwoordelijkheden rond de jeugd. In de Wmo zijn dat de volgende:

- informatie en advies;
- signaleren van problemen;
- toegang tot het hulpaanbod;
- lichte pedagogische hulp;
- coördinatie van zorg.

Er is een duidelijke samenhang te ontdekken met de basistaken die de gemeente heeft op basis van de Cv:

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

Jong Centraal is een loket, dat naast de al bestaande wegen naar hulp, een mogelijkheid biedt om antwoord te krijgen op vragen rondom jeugd.

Jong Centraal zorgt ervoor dat taken op het gebied van opvoeden, preventieve gezondheidszorg en bescherming gebundeld worden. Daarnaast heeft het onderwijsveld aansluiting gezocht bij Jong Centraal. Jong Centraal levert hiermee een belangrijke bijdrage aan een sluitende ketenaanpak jeugd. De Jeugdgezondheidszorg is de ruggengraat van de integrale jeugdzorg!

Het lokale gezondheidsbeleid kent een link met het jeugdbeleid. In het ketenoverleg jeugdzorg is de aanpak kindermishandeling in relatie tot opvoedondersteuning en aanpak loverboys als speerpunt voorgesteld. Om psychosociale problematiek bij de jeugd én kindermishandeling zoveel mogelijk te voorkomen adviseert de GGD om de weerbaarheid van kinderen te vergroten, bijvoorbeeld met het *Marietje Kessels project* (een bewezen effectieve interventie). Dit project bestaat uit een reeks lessen waarin wordt gewerkt aan de vergroting van weerbaarheid bij kinderen in situaties van machtsmisbruik. Het programma is er allereerst op gericht slachtofferschap te voorkomen en in tweede instantie ook daderschap.

Kinderen die getuige zijn geweest van huiselijk geweld lopen een verhoogd risico zelf dader of slachtoffer te worden en/of gedragsproblematiek of psychosociale problematiek te ontwikkelen. Mede vanwege de geschonden basisveiligheid is het vanuit preventief opzicht noodzakelijk zo vroeg mogelijk te interveniëren. Ouders hebben een sterke behoefte aan aanwijzingen hoe ze met kinderen om moeten gaan. Het RIAGG Amersfoort e.o. en maatschappelijke opvangorganisatie stichting IKS, bieden hiervoor een ouder-kind cursus aan. De doelstellingen van de cursus zijn: het herstel van vertrouwen tussen ouder en kind, het opdoen van positieve ervaringen tussen ouder en kind, het vergroten van inzicht bij ouders in gedrag en behoeften, het vergroten van vaardigheden om te leren omgaan met de meegemaakte huiselijke geweldsituaties. Het project sluit aan op het project huiselijk geweld van de regio Eemland Zuid. Het project maakt gebruik van de expertise van het RIAGG Amersfoort e.o. op het gebied van preventie en van de expertise van de stichting IKS op het gebied van vrouwenhulpverlening.

Gezondheidszorg

De eerste lijnsgezondheidszorg kan een belangrijke rol spelen bij het verkrijgen en in stand houden van sociale samenhang en leefbaarheid in de buurt. Huisartsen weten goed wat er in een wijk speelt, maar ook wat er achter de voordeur gebeurt. Daarom kunnen ze een belangrijke rol spelen in het netwerk aan voorzieningen in een buurt. Maar in ieder geval is een basisvoorwaarde dat er in buurten voldoende eerstelijnsgezondheidszorg aanwezig is.

Als gemeente hebben wij geen verantwoordelijkheid voor de realisatie van curatieve gezondheidszorgvoorzieningen. Wel is er een algemeen gemeentelijk belang van voldoende eerste lijnsvoorzieningen zodat alle inwoners voldoende zorg kunnen krijgen in hun eigen wijk. Hiermee wordt een relatie gelegd naar de ontwikkeling van woonservicegebieden in het kader van de Wmo.

De beleidspraktijk laat zien dat het vaak lastig is om zorgverleners uit de eerste lijn bij de voorbereiding van beleid en inspraaktrajecten te betrekken. Van hun kant begrijpelijk omdat – anders dan grote eerstelijnszorginstellingen (thuiszorg; maatschappelijk werk) – zelfstandige zorgverleners niet beschikken over vrijgestelde beleidsmedewerkers. Zij zijn eerder vergelijkbaar met zelfstandigen. Het betrekken van eerstelijnszorgverleners vormt hierdoor een aparte opgave.

Een (landelijke) ontwikkeling is het consultatiebureau voor ouderen. Ouderen lopen namelijk meer risico's op gezondheidsklachten. Het idee is dat de gezondheidssituatie van ouderen hier periodiek en ter preventie wordt onderzocht. Hiervoor moet een oudere zich persoonlijk melden. Als er vragen zijn over de ondersteuning kan men naar het Wmo-loket worden verwezen, bij gezondheidsklachten naar de eerste lijnsgezondheidszorg.

Op 8 november 2005 is door de gemeenteraad een amendement aangenomen, waarin de raad het college opdraagt € 5000,- beschikbaar te stellen aan de GGD als bijdrage aan de ontwikkeling van een periodiek gezondheidsonderzoek (PGO) voor senioren in het Soesterkwartier. Het betreft een pilot die wordt gevolgd door een evaluatieonderzoek. Deze pilot loopt momenteel.

Om meer preventieve activiteiten voor ouderen te realiseren voert zorginstelling Amant momenteel een pilotproject Consultatiebureau voor Ouderen uit. Amant doet dit in samenwerking met de Stichting Welzijn Amersfoort (SWA). Ook dit project wordt afgesloten met een evaluatie.

Tot nu toe heeft de gemeente Amersfoort zich terughoudend opgesteld ten opzichte van de ontwikkeling van een consultatiebureau voor senioren. Belangrijkste argument daarvoor is dat het primaat voor gezondheidspreventie ligt bij de eerstelijns gezondheidszorg, met name huisartsen. Voor wat betreft de informatiefunctie levert de gemeente al een bijdrage via de seniorenwegwijzers, die breed toegankelijk zijn voor senioren. De ontwikkeling van consultatiebureaus voor ouderen krijgt echter veel belangstelling. Op veel plaatsen in Nederland worden ze- in veel verschillende vormen – opgezet. Wij volgen de (landelijke) ontwikkelingen op dit gebied goed en zullen op basis van de resultaten een oordeel vormen over onze betrokkenheid bij een eventueel, meer structureel, vervolg.

Netwerkvorming/woonservicecentra

Het beleid van de gemeente Amersfoort is erop gericht om mensen met een ziekte of beperking langer zelfstandig te laten wonen. Dit sluit aan bij de ontwikkeling naar extramuralisering: mensen die eerst gezondheidszorg in een instelling kregen, zullen die nu in hun buurt (blijven) ontvangen. Tweedelijnspatiënten komen de wijk in. Rond deze patiënten wordt een netwerk aan zorg gecreëerd. Voor zover ze dat al niet deden, zullen intramurale zorgaanbieders zich daarbij op de extramuraal markt bewegen.

In het beleidsplan Wmo is opgenomen dat in een aantal wijken woonservicegebieden ontwikkeld worden. In zo'n gebied is, meer dan in andere buurten, een afgestemd aanbod van voorzieningen die het mogelijk maken dat mensen met fysieke, verstandelijke of psychische beperkingen zelfstandig in hun eigen vertrouwde omgeving kunnen (blijven) wonen. Het gaat over verschillende groepen mensen met verschillende vraagstelling. Maar voor ieder van hen geldt dat zij – om zelfstandig te kunnen blijven wonen – aangewezen zijn op een combinatie van voorzieningen op het terrein van wonen, zorg en welzijn. Dit stelt eisen aan de woningvoorraad, de woonomgeving en voorzieningen op het gebied van zorg en welzijn.

Informatie en advies

Zowel vanuit de Wmo als de Cv heeft de gemeente taken op deze terreinen. De gemeente Amersfoort heeft vanuit de Wmo één zorgloket ingericht waar cliënten terecht kunnen met al hun vragen rondom de Wmo en de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten). In de praktijk is het loket voornamelijk gericht op het verstrekken van rolstoel-, vervoer-, woonvoorzieningen en hulp bij de huishouding. Idealiter zou het zorgloket een (gemeentelijke) voorziening moeten zijn die zorgt voor informatie, vraagverheldering, advies, bemiddeling, ondersteuning en toegang tot voorzieningen op de terreinen van wonen, zorg en welzijn. Enkele van deze functies worden momenteel vervuld door de Informatiewinkel, Stadsring 51, ouderensteunpunten, wijkcentra, seniorenwegwijzers en websites.

In het (concept) beleidsplan Wmo is beschreven dat aan informatieverstrekkers geen gebrek bestaat. Wel is de informatie onoverzichtelijk vormgegeven. Organisaties hebben zelf weinig zicht op wie, welke informatie verstrekt. Laat staan dat burgers weten waar ze deze informatie kunnen halen. Dit vraagt dus om meer bundeling, samenwerking en netwerkvorming tussen de verschillende organisaties.

In feite komt het erop neer dat er behoefte bestaat aan een breder zorgloket dan nu het geval is. De werkwijze achter een breed functionerend loket sluit aan bij de insteek van de Wmo. De Wmo geeft de gemeente verantwoordelijkheid voor een breder kader aan voorzieningen en geeft daarmee de gemeente een uitgelezen mogelijkheid om lokale voorzieningen op het terrein van wonen, welzijn en zorg integraal vorm te geven en op elkaar af te stemmen. Juist die integraliteit komt terug in een lokaal en breed zorgloket, waarbij cliënten zich slechts één keer tot de gemeente hoeven te wenden om over het gehele scala aan voorzieningen informatie en advies te krijgen.

Het zorgloket in Amersfoort zal de komende periode een trekkersrol vervullen bij de vorming en versteviging van het netwerk tussen andere organisaties (zowel professioneel als vrijwillig, waaronder belangenverenigingen) die informatie en advies bieden over zorg, welzijn en andere vormen van ondersteuning.

Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)

Hoewel met het overgaan naar de Wmo geen taken meer zijn opgenomen in de Cv op het terrein van OGGZ, Maatschappelijke Opvang (MO) en verslavingszorg, zijn er wel duidelijke raakvlakken zichtbaar. Ten eerste gaat het in de relatie tussen Cv en Wmo (en dus ook OGGZ) om het belang van een adequate preventie. Om problemen bij de doelgroepen van de Wmo (dus ook kwetsbare personen en risicogroepen) te voorkomen, moeten problemen vroegtijdig in beeld worden gebracht en worden aangepakt. Dus om te voorkomen dat te veel inwoners een beroep doen op Wmo- (en dus ook OGGZ-) voorzieningen, is het van belang dat gemeenten blijven investeren in preventietaken die ook vooral vanuit de Cv worden georganiseerd.

Daarnaast zijn er met name binnen de Wcpv-taak van collectieve preventie verschillende taken die het brede OGGZ-beleid kunnen ondersteunen en/of versterken. Verwerven van inzicht in de lokale gezondheidssituatie van de bevolking (GGD) kan een bijdrage leveren aan het inzichtelijk krijgen van de omvang en aard van de problemen van kwetsbare groepen en risicogroepen. Voorbeelden hiervan zijn gegevens die vanuit de gezondheidsmonitor worden verzameld over het aantal inwoners met psychische stoornissen, de aard van deze stoornissen, het aantal inwoners met een verslaving, het aantal contacten met zorgaanbieders, epidemiologische gegevens over gedragsproblemen bij jongeren enz.

Voorkomen is beter, is één van de speerpunten is de nota 'Zorg onder dak': het verminderen van het aantal huishuizingen beperkt de instroom van nieuwe daklozen. Om dit te bereiken moet het samenwerkingsverband ter voorkoming van huishuizingen ViA (bestaande uit woningcorporaties, gemeente en hulpverlening) worden verbreed met integrale schuldhulpverlening en meer gaan inzetten op preventie, zodat problematische schulden eerder worden opgemerkt of voorkomen.

Collectieve GGZ-preventie

Doel van de GGZ-preventie is om begrip en herkenning van (ernstige) psychische klachten te bevorderen, de bevolking bewust te maken van wat zij zelf aan deze klachten kan doen en haar wegwijs te maken naar instanties die haar zonedig verder kunnen helpen. De GGZ-preventie hoort formeel tot het domein van de Wmo, maar omdat het veel meer raakvlakken heeft met het lokaal gezondheidsbeleid, wordt het meegenomen in deze nota. Enkele belangrijke thema's waar GGZ-preventie zich op richt, zijn:

- Preventie van depressie;
- Preventie van psychische problemen bij kinderen en andere familieleden van psychiatrische patiënten;
- Preventie van werkstress;
- Preventieve activiteiten op het brede terrein van de sociale psychiatrie.

RIAGG Amersfoort e.o voert de collectieve GGZ-preventie taken uit. Het RIAGG biedt een zestal preventieve programma's aan die duidelijke raakvlakken vertonen met onze beleidsterreinen Jeugd, lokaal gezondheidsbeleid, vrijwilligersbeleid/mantelzorg en Amersfoort Vernieuwt.

Het aanbod van de RIAGG Amersfoort e.o op het gebied van GGZ-preventie bestaat uit:

Somberheid en depressie: preventie van ontwikkeling van een depressie bij mensen met lichte tot matige depressieve klachten en/of voorkomen van verergering van de klachten.

Angst en paniek: preventie van ontwikkeling van angststoornissen bij mensen met lichte tot matige angstklachten en/of voorkomen van verergering van de klachten.

Arbeidsgerelateerde psychische problematiek: voorkomen van arbeidsuitval en burnout als gevolg van werkstress.

Mantelzorgers van ouderen met dementie: wijkgerichte benadering gericht op het voorkomen van overbelasting van mantelzorgers, in samenwerking met ouderen welzijnswerk.

Familieleden van mensen met psychiatrische problematiek: voorkomen dat familieleden of direct betrokkenen zelf psychische klachten gaan ontwikkelen.

Kinderen die opgroeien bij een ouder met psychiatrische en of verslavingsproblematiek: activiteiten gericht op kinderen van ouders met psychiatrische problematiek en/of verslavingsproblematiek (KOPP/KVO) met als doel het ontwikkelen van psychische problematiek bij deze kinderen te voorkomen.

Huiselijk geweld: activiteiten gericht op kinderen die getuige zijn geweest van huiselijk geweld met als doel het ontwikkelen van psychische problematiek bij deze kinderen te voorkomen.

Ook instelling voor verslavingszorg, Centrum Maliebaan biedt informatie en advies aan particulieren en instellingen die vragen hebben over alcohol, drugs, verslaving en aanverwante thema's.

De relatie tussen lokaal gezondheidsbeleid en de Wmo samengevat:

- 1 De komst van de Wmo willen wij aangrijpen om meer samenhang in ons beleid te creëren.
- 2 Ons doel is een samenhangend aanbod van activiteiten en voorzieningen te bieden.
- 3 De Wcpv begeeft zich met name op het gebied van primaire en secundaire preventie en heeft ten doel de gezondheid van (nog) gezonde burgers te bevorderen en te beschermen.
- 4 In de Wmo gaat het om maatschappelijke participatie, ongeacht hun beperking, handicap of achtergrond.
- 5 De jeugdgezondheidszorg is onlosmakelijk verbonden met de integrale jeugdzorg.
- 6 Een algemeen gemeentelijk belang is ervoor te zorgen dat er voldoende eerste lijnsvoorzieningen in de wijken aanwezig zijn.
- 7 De ontwikkeling van woonservicegebieden sluit hierbij aan.
- 8 Zowel vanuit de Wmo als de Wcpv heeft de gemeente taken op het gebied van voorlichting en advies.
- 9 In de relatie tussen Wcpv en Wmo (incl. OGGZ) gaat het om het belang van een adequate preventie.
- 10 Binnen de Wcpv-taak van collectieve preventie zijn er taken die het brede OGGZ-beleid kunnen ondersteunen en/of versterken.
- 11 De Ggz-preventie hoort formeel tot het domein van de Wmo, maar heeft veel raakvlakken met het lokaal gezondheidsbeleid.



Ontwikkelingen in de (gezondheids-) zorg

Lokaal gezondheidsbeleid staat niet op zichzelf. In dit hoofdstuk geven wij een opsomming van de belangrijkste ontwikkelingen van de afgelopen tijd:

Alcoholbeleid

Op 19 november hebben de ministers Klink (VWS), Rouvoet (Jeugd en Gezin) en Ter Horst (BZK) de Tweede Kamer geïnformeerd over de hoofdlijnen van het beleid waarmee ze schadelijk alcoholgebruik willen voorkomen.

Het doel voor de komende jaren is om de onderwerpen alcohol, drugs en tabak beter in samenhang te behandelen en in de toekomst de voorlichting rond deze riskante middelen meer te integreren. Vanaf 1 januari 2008 zullen alle alcoholvoorlichtingscampagnes worden uitgevoerd door het Trimbos-instituut. Het uitgangspunt van het alcoholvoorlichtingsbeleid ligt voornamelijk bij het creëren van bewustwording bij jongeren en hun directe omgeving, zoals ouders en docenten.

Het kabinet heeft verder het voornemen om het Wetsvoorstel Drank -en Horecawet (instemming Ministerraad 2006) uit te breiden. Dit betekent dat de gemeente enkele nieuwe verordenende bevoegdheden krijgt: het optrekken van de leeftijdsgrens naar 18 jaar (in bijzondere omstandigheden), jongeren die alcohol bezitten strafbaar stellen, jongeren vroeger op stap laten gaan en het reguleren van prijsacties.

In het huidige Wetsvoorstel Drank-en Horecawet is ook opgenomen dat de toezichthoudende taken van de Voedsel en Waren Autoriteit naar de gemeenten worden overgeheveld.

Rookverbod in horeca

Het kabinet heeft op 8 juni 2007 besloten dat de hele horeca per 1 juli 2008 rookvrij wordt. Horecawerknemers krijgen dan dezelfde bescherming als andere werknemers.

De maatregel geldt voor alle horecagelegenheden. De horeca kan wel afgesloten rookruimtes creëren. Hier mag het personeel niet bedienen. Overigens geldt de maatregel ook voor overdekte winkelcomplexen, congres- en tuincentra.

Depressie

Eind september 2007 is het Partnership Depressiepreventie gelanceerd. Gecoördineerd door het Trimbos-Instituut gaan tien landelijke organisaties zich inspannen om het aantal mensen dat een depressie krijgt terug te dringen. Deelnemers zijn onder meer brancheorganisatie Actiz, GGD Nederland, GGZ Nederland, RIVM en VNG. Zij willen burgers en instanties bewuster maken van de ernst van de depressieproblematiek. Jaarlijks lijden 738.000 mensen aan een depressie. Doel van het Partnership is om meer mensen met een hoog risico op depressie met preventieve interventies te bereiken. Voor jeugd, volwassenen en ouderen wordt onderzocht hoe de depressiepreventie is te verbeteren.

Elektronisch kinddossier

Op 6 november 2007 heeft Minister Rouvoet de Tweede Kamer geïnformeerd over de stand van zaken rond het Elektronisch Kinddossier (EKD). Het EKD heeft in de eerste instantie tot doel de papieren dossiers van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) te digitaliseren.

Daarmee kan overdracht van gegevens beter plaatsvinden, zijn risico's eerder te signaleren en kunnen kinderen beter gevolgd worden. Daarnaast moet automatisering van de JGZ mogelijk maken dat door aggregatie van gegevens op lokaal en landelijk niveau inzicht verkregen kan worden in de ontwikkeling van het kind.

Op 21 september 2007 heeft de rechter geoordeeld dat de gevolgde aanbestedingsprocedure voor het EKD JGZ zoals uitgevoerd door de stichting EKD.NL niet voortgezet mag worden.

De minister heeft hierop besloten dat JGZ-instellingen zelf overgaan tot aanschaf van bestaande EKD-pakketten voor hun eigen automatisering. Wel zullen de systemen moeten voldoen aan landelijke standaarden en eisen. GGD Eemland en Amant hebben gezamenlijk in november 2007 een projectvoorstel ingediend.

Apart van de EKD JGZ loopt het traject van de Verwijsindex Risicjongeren. De Verwijsindex maakt uitwisseling van risicosignalen binnen de jeugdsector op korte termijn mogelijk. Het gaat daarbij om de instanties zorg (jeugdgezondheidszorg, jeugdzorg, (school)maatschappelijk werk, onderwijs, werk en inkomen en politie en justitie. Hulpverleners kunnen in de Verwijsindex signaleren dat ze bij een bepaald kind risico's zien. Landelijke invoering wordt in 2009 voorzien.

Toenemende aandacht voor preventie

Eind 2006 heeft het kabinet de landelijke preventienota 'Kiezen voor gezond leven' aan de Tweede Kamer aangeboden. Speerpunten zijn: roken, overgewicht, alcohol, depressie en diabetes. Preventie is een zaak van de lange adem. Waar Nederlanders lang de op één na hoogste levensverwachting van alle Europeanen hadden, zijn we inmiddels afgezaakt naar de middenmoot. Wie langer gezond leeft heeft minder maatschappelijke ondersteuning en intensieve zorg nodig. Investeren in een goede preventieve gezondheidszorg is daarom van groot maatschappelijk belang.

Medisch milieukundige zorg

De gezondheid van Amersfoorters wordt mede bepaald door de leefomgeving. Milieu is daarbij een belangrijke factor, denk bijvoorbeeld aan luchtkwaliteit en geluidbelasting. Zo speelden de afgelopen periode het mogelijke stralingsgevaar van UMTS-masten en de aanwezigheid van asbest in museum Flehite. Medisch milieukundigen maken een inschatting van de gevolgen van milieufactoren op de gezondheid. Waar nodig wordt op grond daarvan advies gegeven over het nemen van maatregelen om gezondheidsrisico's te beperken en wordt er voorlichting gegeven aan (vaak ongeruste) inwoners. Om in de toekomst de Wcpv-taak op dit terrein volwaardig te kunnen uitvoeren is versterking van het deskundigheidsniveau van de GGD nodig.

Schaalgrootte GGD

Momenteel staat de schaal waarop GGD-en moeten functioneren ter discussie. In de eerste plaats worden er steeds hogere eisen aan de organisatie en de uitvoering gesteld. Systemen voor kwaliteitszorg en certificering vragen steeds meer inzet van de organisatie. Nieuw is ook dat het Rijk zich verantwoordelijk stelt voor een aantal taken. Voor de uitvoering zoekt zij partners op regionale schaal. Zij stelt daarbij wel de eis dat GGD-en samenwerken op regionale schaal. Verder heeft het Rijk de uitspraak gedaan dat de GGD functioneert op de schaal van de veiligheidsregio. Tegelijkertijd zijn er ook bewegingen die vragen dat de GGD veel meer aansluiting zoekt op lokaal of wijk-en buurtniveau.

De verplichting van gemeenten om elke vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid op te stellen, brengt mee dat de GGD haar adviesfunctie moet differentiëren. Verder heeft de GGD over het algemeen een coördinerende rol bij de openbare geestelijke gezondheidszorg. Deze taak vraagt aansluiting op lokaal en soms zelfs op wijk-of buurtniveau. Dit zijn ontwikkelingen die momenteel de schaal van GGD Eemland ter discussie stellen.

Integrale JGZ

Sinds 1 januari 2003 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de organisatie en uitvoering van de 0 tot 19-jarigen jeugdgezondheidszorg (JGZ). Met het verantwoordelijk stellen van gemeenten wordt beoogd een integrale aanpak in de jeugdgezondheidszorg tot stand te brengen.

In Eemland besloten de zeven gemeenten in 2004 om geen ingrijpende organisatorische beslissingen te nemen en de uitvoering bij de bestaande organisaties te laten.

De thuiszorgaanbieder Amant voert de 0- tot 4-jarigenzorg uit; de GGD de 4- tot 19-jarigenzorg. Voor de ontwikkeling en realisatie van de inhoudelijke integratie werd een project voor 3 jaar ingericht. Nu het einde van de projecttermijn genaderd is, stellen de Eemlandse gemeenten de vraag of het mogelijk is om de 0- tot 19-jarigenzorg bij één organisatie onder te brengen. Indien dat niet mogelijk blijkt, dan willen zij weten op welke andere manier de integrale JGZ vorm kan krijgen. Voor de beantwoording van deze vraag is een extern adviesbureau ingeschakeld.

Jong Centraal

Jeugdgezondheidszorg maakt deel uit van de openbare gezondheidszorg die erop gericht is om gezondheid te bevorderen en ziekten te voorkomen. Daarnaast heeft de jeugdgezondheidszorg een sterke relatie met het gemeentelijk jeugdbeleid en de door de provincie gefinancierde jeugdzorg. Rijk, provincie en gemeenten streven naar een sluitende aanpak.

Landelijk speelt de ontwikkeling van de Centra voor Jeugd en Gezin. De basistaken voor de centra voor jeugd en gezin zijn:

- De vijf gemeentelijke functies van het preventieve jeugdbeleid (informatie en advies, signalering, toeleiding naar hulp, (licht) pedagogische hulp en coördinatie van zorg);
- Uitvoering van het basistakenpakket van de jeugdgezondheidszorg;
- Verbinding met de jeugdzorg;
- Verbinding met de zorgadviesteams in het onderwijs.

Vanaf januari 2007 kan iedereen in Amersfoort met vragen over opgroeien, opvoeden en onderwijs terecht bij Jong Centraal. Jong Centraal is een loket, dat naast de al bestaande wegen naar hulp, een mogelijkheid biedt om antwoord te krijgen op vragen rondom jeugd. Het informatiepunt is goed bereikbaar, laagdrempelig, draagt bij aan een adequate afhandeling van vragen en zorgt dat het aanbod van instanties beter op elkaar aansluit.

De landelijke en lokale ontwikkelingen samengevat:

- 1 Het kabinet heeft de hoofdlijnen van het beleid geschetst waarmee ze schadelijk alcoholgebruik willen voorkomen.
- 2 De horeca wordt per 1 juli 2008 rookvrij.
- 3 Het Trimbos-instituut gaat onderzoek verrichten naar depressiepreventie.
- 4 JGZ-instellingen mogen zelf overgaan tot aanschaf van EKD-pakketten voor hun eigen automatisering. GGD Eemland en Amant pakken dit gezamenlijk op.
- 5 De toenemende aandacht voor rampenbestrijding en infectieziektebestrijding leidt tot onderzoek naar schaalvergroting van de GGD.
- 6 Landelijke speerpunten op het gebied van preventie zijn: roken, overgewicht, alcohol, depressie en diabetes.
- 7 Momenteel staat de schaalgrootte van de GGD ter discussie.
- 8 Er is versterking van het deskundigheidsniveau op het gebied van de medische milieukunde nodig.
- 9 De Eemlandse gemeenten hebben besloten gezamenlijk onderzoek te doen naar hoe de jeugdgezondheidszorg het beste kan worden ingericht en of dit bij één organisatie kan worden ondergebracht.



Gezondheidssituatie in Amersfoort

Hoe is het eigenlijk gesteld met de gezondheid van Amersfoorters? De afgelopen jaren is er flink geïnvesteerd in het verzamelen en toegankelijk maken van gezondheidsgegevens. In dit hoofdstuk een overzicht hiervan.

Zo is er de afgelopen jaren door o.a. de GGD Eemland onderzoek gedaan naar de gezondheid van volwassenen, senioren en jongeren⁷. Al deze gegevens worden gebundeld in de digitale gezondheidsatlas (te raadplegen via www.ggdatlas.nl)⁸. Hieronder volgt een samenvatting van de meest recente onderzoeksresultaten met het accent op gezondheidsrisico's.

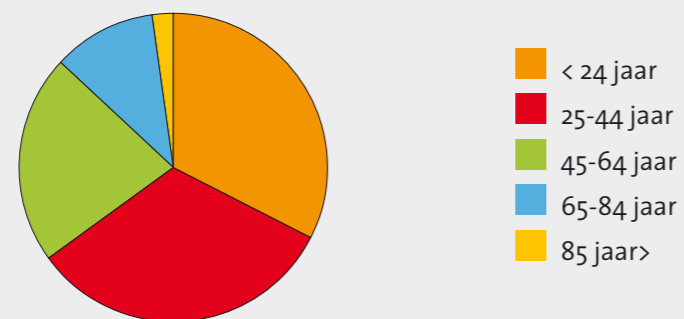
Wanneer gesproken wordt over volwassenen worden zelfstandig wonende volwassenen in de leeftijd van 20-65 jaar bedoeld. De gegevens over senioren zijn het resultaat van een gezondheidsenquête onder zelfstandig wonende senioren van 65 jaar en ouder.

Amersfoort groeistad

Amersfoort is de laatste 20 jaar flink gegroeid tot bijna 140.000 inwoners in 2006, met name door nieuwbouw in Amersfoort Noord. Dit leidde niet alleen tot een vestigingsoverschot maar op termijn ook tot een geboorteoverschot omdat veel jonge gezinnen hier naar toe kwamen. In vergelijking met andere grote steden is Amersfoort dan ook een echte gezinsstad en ook een jonge stad, meer dan de helft is jonger dan 40 jaar.

Toch begint de veroudering hier ook zichtbaar te worden. Vooral de leeftijdsgroep 55-64 jaar is flink gegroeid. En het aantal alleenstaanden groeit sterk. Het aantal niet-westerse allochtonen is gestegen tot bijna 14%. In Amersfoort zijn er nu nog weinig allochtone ouderen, allochtonen zijn dus relatief jong. De komende jaren zal het aantal oudere allochtonen echter redelijk snel gaan toenemen.

Leeftijdopbouw gemeente amersfoort



¹ De gegevens voor volwassenen zijn op het niveau van het Gewest Eemland verzameld en de gegevens over senioren en jongeren zijn op stadsniveau. De onderzoeken worden om de vier jaar herhaald. Naar verwachting is halverwege 2008 nieuwe epidemiologische informatie beschikbaar. Deze nieuwe informatie zal ook weer in de gezondheidsatlas worden opgenomen.

² Meer landelijke gegevens over gezondheid zijn te vinden op www.nationaalkompas.nl en www.zorgatlas.nl

Groei tot 2016, daarna pas echte vergrijzing

Amersfoort zal de komende tien jaar nog doorgroeien naar bijna 160.000 inwoners. Daarna neemt de bevolking af als er, zoals gepland, niet meer gebouwd wordt. De relatief jonge stad zal in de toekomst verouderen en op langere termijn vergrijzen, waarbij niet de gezinnen van 25 tot 44 jaar met relatief veel kinderen de dominante groep zijn maar juist mensen van boven de 45.

De groep 65-plussers en met name mensen van 75 jaar en ouder groeien naar verwachting pas na 2020. Aangezien de vraag naar voorzieningen voor welzijn en ondersteuning vooral groot is onder 75-plussers, zal de groei van de ondersteuningsbehoefte tot 2020 beperkt zijn. Wel dient er natuurlijk oog te zijn voor gezondheidsproblemen die bij ouderen vaker voorkomen, zoals bijvoorbeeld depressie en eenzaamheid.

Lichamelijke gezondheid

Maar liefst 89% van de volwassenen ervaart de eigen gezondheid als uitstekend/ (zeer) goed. Bij senioren neemt dit af tot 55%. Mensen met een lagere sociaaleconomische status, allochtonen en alleenstaanden ervaren hun gezondheid als minder goed.

Chronische ziekten en aandoeningen

56% van de volwassenen en 77% van de senioren heeft meer dan één chronische ziekte of aandoening. De meest voorkomende zijn: migraine/ ernstige hoofdpijn, aandoeningen aan het bewegingsapparaat (bv. nek, schouder of rug), gewrichtsslijtage en een hoge bloeddruk.

Huisartsenbezoek

Bijna eenderde van de volwassenen in Amersfoort heeft de twee maanden voorafgaand aan de gezondheidsenquête de huisarts bezocht en 73% deed dat het afgelopen jaar. Bij de senioren had 87% van de respondenten de laatste drie maanden contact met de huisarts. Over het algemeen is men tevreden over de dienstverlening door de huisarts.

Roken

29% van de volwassen Amersfoorters rookt, dit percentage ligt iets lager dan het landelijk gemiddelde. Roken is een belangrijke risicofactor voor de gezondheid. Een groot deel van de sterfte aan longkanker, astma en COPD, coronaire hartziekten en beroertes kan aan roken worden toegeschreven. Ongeveer 25% van de 14-16 jarigen heeft de afgelopen maand gerookt. Landelijk is er na jaren van stagnatie nu een afname van het aantal rokers onder volwassenen te zien.

Alcoholgebruik

Van de volwassenen overschrijdt 28% de norm voor verantwoord alcoholgebruik⁹. 9% valt in de categorie zware drinker¹⁰. Voor wat betreft de jongeren ziet het beeld er als volgt uit:

Indicato ¹¹	Percentage
Ooit alcohol gedronken	81%
Afgelopen maand gedronken	58%
Ooit dronken geweest	47%
Afgelopen maand dronken geweest	20%

Het percentage overmatige drinkers neemt toe, vooral onder meisjes. Tieners die een aantal jaren overmatig alcohol gebruiken kunnen leer- en geheugenproblemen krijgen.

Andere risico's van overmatig alcoholgebruik zijn (verkeers-)ongelukken, agressie, ongeplande zwangerschappen, schade aan lever, maag en darmen, hartinfarcten, aantasting van het zenuwstelsel en bepaalde vormen van kanker.

Ouders zijn steeds gemakkelijker geworden over het drankgebruik van hun kinderen. Zij weten vaak niet hoe ze in de opvoeding met het alcoholgebruik van hun kinderen om moeten gaan. Ook blijkt dat ondanks wettelijke bepalingen een groot deel van de jongeren onder de 16 zelf wel eens alcohol koopt, met name in de supermarkt.

Wij streven ernaar om het percentage jongeren dat de afgelopen maand gedronken heeft te verlagen van 58% naar 48%.

⁹ Het NIGZ houdt als norm voor verantwoord alcoholgebruik aan voor mannen niet meer dan 2 tot 3 en voor vrouwen niet meer dan 1 tot 2 standaard glazen alcohol per dag én tenminste 2 dagen per week geen alcohol drinken om gewoontevorming te voorkomen. Als deze grens wordt overschreden is er sprake van "onverantwoord drinken".

¹⁰ Volgens het CBS is er sprake van "zwaar drinken" zodra op 1 of meer dagen per week minstens 6 glazen alcohol worden gedronken.

¹¹ Gegevens zijn afkomstig uit "Jeugd en riskant gedrag, kerngegevens uit het peilstationonderzoek 2003 in de regio Eemland". Leerlingen uit klas 2 en klas 4 van het voortgezet onderwijs hebben meegewerkt aan het onderzoek.

Overgewicht

Overgewicht is wereldwijd een explosief groeiend probleem. Overgewicht en met name ernstig overgewicht (obesitas) hangt samen met tal van chronische aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten en diabetes mellitus type 2. Overgewicht kan bovendien leiden tot lichamelijke beperkingen en een slechtere kwaliteit van leven.

Indicator ¹²	Percentage
Overgewicht groep 2 ¹³ basisonderwijs	9
Overgewicht groep 7 basisonderwijs	13
Overgewicht klas 2 voortgezet onderwijs	11
Overgewicht volwassenen	42
Overgewicht senioren	56

Wij streven ernaar om het aantal kinderen met overgewicht per wijk niet verder te laten stijgen. Voor de wijk Kruiskamp-Koppel was dat in het schooljaar 2003/2004 27% van de 5/6-jarigen en 16% van de 13/14-jarigen.

Psychische gezondheid

Lichamelijke klachten en chronische ziekten verhogen de kans op het ontstaan van psychische klachten. Andersom hebben psychische problemen ook invloed op de lichamelijke gezondheid. Psychische aandoeningen zorgen voor veel ziektelast en een hoog ziekteverzuim. Van de volwassenen in Amersfoort ervaart 16% de eigen psychische gezondheid als slecht. Verschillende factoren kunnen van invloed zijn op de psychische gezondheid, zoals persoonsgebonden factoren, omgevingsfactoren en gebeurtenissen in iemands leven en de manier van reageren hierop.

Ook bij ruim 20% van de kinderen/jongeren wordt psychosociale problematiek gesignaleerd tijdens de schoolonderzoeken. Over het algemeen zijn de gesignaleerde problemen licht van aard en is er, naast advisering, niet echt verdere hulp nodig. Bij ongeveer 2% van alle kinderen/jongeren is vanwege psychosociale problematiek een verwijzing naar een hulpverlener nodig. Vooral risicofactoren binnen het gezin, zoals opvoedingsonmacht van ouders en het disfunctioneren van gezinsleden blijken veel impact te hebben. Maar ook facetten als armoede en buurtkenmerken hebben invloed. Eén van de belangrijkste beschermende factoren is een liefdevolle ondersteunende relatie met ten minste één volwassene.

¹² Gegevens zijn afkomstig uit de Gezondheidspeiling volwassenen 2004 en de JIS 2005-2006.

¹³ Zie voor een overzicht van overgewicht bij kinderen per wijk bijlage 4.

Eén van de meest voorkomende psychische ziekten vormt depressie. De belangrijkste risicofactoren zijn lichamelijke ziekte of invaliditeit, een kwetsbare persoonlijkheid, het onvermogen om intieme relaties aan te gaan, een psychiatrische voorgeschiedenis en ingrijpende levensgebeurtenissen zoals een ernstig verlies. Depressie heeft grote gevolgen voor het welbevinden van de betrokkene. Depressie gaat vaak samen met angststoornissen en alcoholmisbruik. Het leidt tot belangrijke beperkingen in sociaal, emotioneel en lichamelijk functioneren en veroorzaakt daarmee een omvangrijke ziektelast.

Eenzaamheid kan worden ervaren als een gebrek aan sociale steun. Dit is van grote invloed op iemands psychisch welbevinden. Eenzaamheid hangt samen met depressieve klachten en psychische gezondheid. Daarnaast komen bij eenzame personen meer chronische aandoeningen voor en hebben ze vaker te kampen met lichamelijke beperkingen.

In Amersfoort is het beeld als volgt:

Indicator ¹⁴	Percentage
Volwassenen met depressieve klachten	18%
Senioren met depressieve klachten	25%
Gebruik medicatie bij depressie door volwassenen	8%
Eenzame volwassenen	32%
Eenzame ouderen	39%

Wij streven ernaar om het percentage volwassenen met depressieve klachten in vier jaar tijd te verlagen van 18% naar 13%.

Wij streven ernaar om het percentage senioren met depressieve klachten in vier jaar tijd te verlagen van 25% naar 20%.

Wij streven ernaar om het percentage kinderen waarbij psychosociale problematiek wordt geconstateerd in vier jaar tijd te verlagen van 20% naar 15%.

¹⁴ Gegevens zijn afkomstig uit de Gezondheidspeiling volwassenen 2004 van de GGD en de Agis Health Database 2003.

Toelichting bij streefwaarden: Wij hebben ervoor gekozen om aan onze doelstellingen streefwaarden te koppelen. De 'smart' formulering van doelstellingen draagt bij aan onze ambitie, maar draagt ook een bepaald risico met zich mee: op veel zaken hebben wij geen invloed, deze gebeuren buiten ons om; we zijn niet verantwoordelijk voor de uiteindelijke gedragsverandering. Wél voor de hoeveelheid en het soort interventies dat wordt aangeboden om het gedrag zoveel mogelijk te beïnvloeden. Landelijk zijn er geen vergelijkbare doelstellingen bekend voor wat betreft de verlaging van depressies en psychosociale problemen. De doelstelling in de landelijke preventienota gaat er vanuit dat meer mensen preventieve hulp krijgen tegen depressie (nu worden landelijk ongeveer 4.000 personen bereikt).

Allochtonen

Turkse en Marokkaanse ouderen ervaren hun gezondheid aanzienlijk minder positief dan Nederlanders.¹⁵ Ze zeggen al op jongere leeftijd last te hebben van chronische aandoeningen en rapporteren ook vaak meer chronische aandoeningen. Bij het uitvoeren van diverse dagelijkse handelingen ervaren ze aanzienlijk meer moeite dan autochtonen.

Deze verschillen kunnen voor een groot deel verklaard worden door de slechte sociaal economische positie van beide groepen. Maar ook wanneer hiervoor gecorrigeerd wordt blijven er verschillen bestaan in zowel de mate waarin chronische aandoeningen worden gerapporteerd als in de mate van beperking die wordt ervaren. De slechtere gezondheid zou dus kunnen liggen aan het subjectieve karakter van de term gezondheid maar zou ook het gevolg kunnen zijn van verschillen in levensstijl.

Als gevolg van de slechtere gezondheid bezoeken Turken en Marokkanen de huisarts veel vaker dan Nederlanders. Het percentage dat een specialist bezoekt of in het ziekenhuis wordt opgenomen ligt echter ongeveer op hetzelfde niveau als onder Nederlanders. Er van uitgaande dat een slechtere gezondheid betekent dat je meer zorg nodig hebt, wijst dit erop dat de toegankelijkheid van deze zorgvoorzieningen voor Turken en Marokkanen slechter is dan voor autochtonen. Het percentage Turkse en Marokkaanse patiënten dat door de huisarts wordt doorverwezen naar een specialist wijkt echter amper af van het percentage Nederlanders dat wordt doorverwezen. Autochtonen vinden echter ook op andere manieren dan via de huisarts de weg naar een specialist. Voor allochtonen geldt dit nauwelijks.

¹⁵ Gegevens in deze paragraaf zijn afkomstig uit het onderzoeksrapport allochtone ouderen in Amersfoort: wonen zorg en welzijn (bron: SCP 2004) Onderzoek en Statistiek, Gemeente Amersfoort, november 2006.

Voor hulp met de dagelijkse verzorging en de huishoudelijke verzorging maken Turkse en Marokkaanse ouderen maar zeer weinig gebruik van diensten uit de professionele zorg. Voor zorg zijn ze bijna volledig afhankelijk van mantelzorg. Mantelzorg die veelal door de eigen (schoon)kinderen gegeven wordt. Mantelzorg is niet alleen de manier waarop de meeste Turken en Marokkanen zorg ontvangen het is eveneens de vorm waar de grote meerderheid de voorkeur aangeeft. Van de Thuiszorg wordt bijna geen gebruik gemaakt. Deels komt dit door de voorkeur voor mantelzorg maar deels doordat veel Turken en Marokkanen niet bekend zijn met de Thuiszorg.

Gebruik van andere welzijnsvoorzieningen ligt over het algemeen ook lager dan onder autochtonen. Er wordt minder gebruik gemaakt van maaltijdvoorzieningen en van alternatief vervoer, terwijl er wel vaak beperkingen zijn op dit gebied. In de meeste gevallen wordt dit echter opgevangen door gebruik te maken van mantelzorg. Op het gebied van maatschappelijk werk en rechtshulp maken allochtone ouderen wel meer gebruik gemaakt van voorzieningen dan autochtone ouderen. Dit hangt samen met de taalproblemen die veel allochtonen ondervinden bij de omgang met formele instanties waardoor er veel behoefte is aan ondersteuning. In het algemeen is de kennis van specifieke zorgvoorzieningen voor ouderen onder allochtonen vrij laag. Dit hangt voor een deel samen met de relatief jonge leeftijdsopbouw; er zijn veel jonge senioren die zich nog niet op zorg hebben hoeven oriënteren. Daarnaast heeft de ruime voorradigheid van mantelzorg invloed, hierdoor is een oriëntatie op alternatieven namelijk niet noodzakelijk.

Gebrek aan kennis over de beschikbare zorg- en welzijnsvoorzieningen vormt het hoofdthema van deze paragraaf. Allochtone ouderen hebben een sterke voorkeur voor mantelzorg en oriënteren zich daardoor niet of nauwelijks op de mogelijkheden die de professionele zorg biedt. Alhoewel veel ouderen niet per definitie negatief staan tegenover het gebruik van dergelijke voorzieningen wordt er nog nauwelijks gebruik van gemaakt. Hoe informatie over allerlei voorzieningen het best onder de aandacht gebracht kan worden is dan ook een belangrijke stap in het verbeteren van de toegankelijkheid van zorgvoorzieningen voor allochtone ouderen.

Een van de manieren om de informatievoorziening te verbeteren is door middel van het project allochtone zorgconsulenten. Sinds september 2006 zijn er opnieuw allochtone zorgconsulenten werkzaam in een beperkt aantal prioriteitswijken in Amersfoort. De allochtone zorgconsulenten functioneren binnen de eerste lijn en worden ingezet via de huisartsen en/of worden door andere hulpverleners en door cliënten zelf gevraagd voor ondersteuning. De zorgconsulenten zijn zowel inzetbaar voor gezondheidsgerelateerde problemen als problemen op het snijvlak van zorg en welzijn.

Wij willen de advies en informatiefunctie en de toegankelijkheid van voorzieningen voor allochtonen verbeteren.

Conclusie

Inwoners van Amersfoort zijn ongeveer net zo gezond als de gemiddelde Nederlander. De gezondheidsproblemen in de stad lijken daardoor op het eerste gezicht wel mee te vallen. Maar als we een relatie leggen naar sociaal-economische status blijken er grote verschillen te bestaan. Mensen met een lage opleiding, met een uitkering of mensen van allochtone herkomst hebben vaker een ongunstiger lichamelijke en geestelijke gezondheid en eveneens vaker een ongunstiger leefpatroon. Ook chronisch zieken en mensen met een lichamelijke beperking vormen een kwetsbare groep. Bovendien hebben deze groepen vaker problemen op diverse terreinen tegelijk.

Landelijk onderzoek bevestigt dit beeld: mensen die laag scoren qua opleiding, inkomen en beroepsstatus leven gemiddeld 3,5 jaar korter. Bij mensen met een lage sociaaleconomische status is vaker sprake van een ongezonde leefstijl: meer roken, meer overmatig alcoholgebruik, minder beweging, ongezonde voeding. Hiermee samenhangend komen overgewicht, een hoge bloeddruk en een te hoog cholesterolgehalte vaker voor. Daarnaast is er sprake van meer psychosociale stress. Daarnaast zijn de woon- en werkomstandigheden ongunstiger en is voor sommige mensen de toegang tot de zorg (te) hoogdrempelig. Veel mensen beoordelen hun eigen leefstijl als (zeer) gezond terwijl uit onderzoek blijkt dat die vaak helemaal nog niet zo gezond is. Er valt dus nog veel gezondheidswinst te behalen door bewustwording van leefgewoonten en preventie.

Turkse en Marokkaanse ouderen ervaren hun gezondheid aanzienlijk minder positief dan Nederlanders. Als gevolg van de slechtere gezondheid bezoeken Turken en Marokkanen de huisarts veel vaker dan Nederlanders. De toegankelijkheid van deze zorgvoorzieningen voor Turken en Marokkanen is echter slechter dan voor autochtonen. Voor hulp met de dagelijkse verzorging en de huishoudelijke verzorging maken allochtone ouderen maar zeer weinig gebruik van diensten uit de professionele zorg. Voor zorg zijn ze bijna volledig afhankelijk van mantelzorg. Deels komt dit door onbekendheid met de voorzieningen.

Om tot een efficiënt lokaal gezondheidsbeleid te komen is het nodig om keuzes te maken en prioriteiten te benoemen. We vatten hieronder samen op welke onderdelen wij ons de komende vier jaar met name op willen gaan richten.

- 1 Wij willen alcoholgebruik door jongeren voorkomen/terugdringen. Wij streven ernaar om het percentage jongeren dat de afgelopen maand gedronken heeft te verlagen van 58% naar 48%.
- 2 Wij gaan overgewicht bij kinderen bestijden. Wij streven ernaar om het aantal kinderen met overgewicht niet verder te laten stijgen. Voor de wijk Kruiskamp-Koppel was dat in het schooljaar 2003/2004 27% van de 5/6-jarigen en 16% van de 13/14-jarigen.
- 3 We gaan ons richten op het voorkomen/terugdringen van psychische en/of psychosociale problemen bij volwassenen en senioren. Wij streven ernaar om het percentage depressieve volwassenen in vier jaar tijd te verlagen van 18% naar 13% en het aantal depressieve senioren van 25% naar 20%.
- 4 We gaan ons richten op het voorkomen/terugdringen van psychische en/of psychosociale problemen bij kinderen. Wij streven ernaar om het percentage kinderen waarbij psychosociale problematiek wordt geconstateerd in vier jaar tijd te verlagen van 20% naar 15%.
- 5 Wij willen de advies- en informatiefunctie en de toegankelijkheid van (zorg-)voorzieningen voor allochtonen verbeteren.



Wat gaan we doen?

Amersfoort Gezond geeft op hoofdlijnen richting aan het lokaal gezondheidsbeleid voor de komende jaren. Ook de overige gemeenten in het Gewest Eemland ontwikkelen in 2008 een nieuwe nota lokaal gezondheidsbeleid. Met behulp van deze nota worden de prioriteiten voor de GGD gesteld. De GGD Eemland is de belangrijkste partner voor de gemeente bij zowel de totstandkoming als de uitvoering van het gezondheidsbeleid. Maar daarnaast zal op tal van andere organisaties een beroep worden gedaan om bij te dragen aan de realisatie van de doelstellingen uit Amersfoort Gezond!

Huidig beleid en lopende activiteiten

Het lokaal gezondheidsbeleid krijgt handen en voeten in de jaarprogramma's. Het jaarprogramma 2008 is bijgevoegd (zie bijlage 1). De daaropvolgende jaren wordt er jaarlijks door het college een bijgesteld jaarprogramma vastgesteld, zodat er ruimte is om de inzet op bepaalde speerpunten te intensiveren of om prioriteiten te verschuiven.

Halverwege de looptijd zal de nota worden geëvalueerd.

De eerste vijf speerpunten voor 2008 komen voort uit landelijke ontwikkelingen of veranderende wettelijke taken en zijn voornamelijk gericht op de verbetering van de (openbare) gezondheidszorg in Amersfoort.

De laatste drie speerpunten zijn gekozen op basis van epidemiologische informatie van de GGD en richten zich op een aantal urgente gezondheidsproblemen in Amersfoort.

Bij deze drie laatste speerpunten zijn ook streefcijfers opgenomen, zodat aan het einde van de looptijd van de nota aan de hand van concrete percentages kan worden gemeten of de doelstellingen zijn gehaald.

Thema's

De thema's in ons lokale gezondheidsbeleid voor de korte termijn zijn:

- 1 Versterking van de medische milieukunde
- 2 Invoering van het elektronisch kinddossier in de jeugdgezondheidszorg
- 3 Onderzoek naar schaalvergroting GGD
- 4 Verkennen mogelijkheden integrale jeugdgezondheidszorg
- 5 Inventarisatie huisartsenhuisvesting Amersfoort
- 6 Alcoholgebruik jongeren
- 7 Psychische problematiek (depressie en eenzaamheid)
- 8 Overgewicht
- 9 Verbetering advies- en informatiefunctie en toegankelijkheid van (zorg-) voorzieningen voor allochtonen

Voor een actuele beschrijving verwijzen wij u naar het jaarprogramma.

Vanuit onze visie op gezondheid, de landelijke en lokale kaders die gezondheidsbeleid beïnvloeden en de actuele gezondheidsgegevens zijn naast de genoemde thema's ook een aantal overige beleidsrichtingen te benoemen. Het is niet de bedoeling van deze paragraaf een volledige opsomming van de activiteiten tot en met 2011 te geven omdat de uitvoeringsagenda hierdoor te veel dichtgetimmerd zou worden.

Veel van het bestaande beleid en de activiteiten die in de Gemeente Amersfoort worden uitgevoerd zijn direct afkomstig of houden verband met de wettelijke taken in het kader van de Wcpv: collectieve preventie, infectieziektenbestrijding en jeugdgezondheidszorg (JGZ). Het gaat hierbij onder andere om het verwerven van inzicht in de lokale gezondheidssituatie van de bevolking, het bijdragen aan preventieprogramma's, het bevorderen van medisch-milieukundige zorg en het bevorderen van technische hygiënezorg.

Het bestaande beleid houdt zich verder bezig met algemene infectieziektebestrijding, bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, het verwerven van inzicht in de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren, vroegtijdige opsporing en preventie van een aantal specifieke stoornissen, het aanbieden van vaccinaties. Veel van deze activiteiten worden uitgevoerd door de GGD.

GGD Eemland voert taken uit op het gebied van epidemiologisch onderzoek, beleidsadvisering, gezondheidsbevordering, jeugdgezondheidszorg en de algemene gezondheidszorg (o.a. infectieziektenbestrijding, medische milieukunde en de openbare geestelijke gezondheidszorg). Een greep uit het brede aanbod van de GGD is:

Gezondheidsmonitor: onderzoek naar de gezondheid van de jeugd, volwassenen en senioren (bijvoorbeeld de Monitor Schoolkracht), en op basis hiervan gemeenten adviseren.

Gezondheidsbevordering: ontwikkelen, coördineren en uitvoeren van preventieprogramma's op het terrein van overgewicht, genotmiddelen, veilig vrijen, mondgezondheid en psychosociale problematiek (bijvoorbeeld campagne 'Alcohol en Opvoeding' en project 'B.Slim').

Jeugdgezondheidszorg: uitvoeren van preventief gezondheidsonderzoek op scholen, geven van trainingen en cursussen op het terrein van opvoedingsondersteuning (bijvoorbeeld training bedplassen).

Infectieziektenbestrijding: voorkomen, opsporen en bestrijden van infectieziekten (bijvoorbeeld het soa-sprekkuur).

Medische Milieukunde: risicobeoordeling en voorlichting over gezondheid en milieu (bijvoorbeeld project 'Binnenmilieu op school').

Openbare Geestelijke Gezondheidszorg: vangnetfunctie en zorgen voor afstemming binnen betrokken instanties (bijvoorbeeld project 'Huiselijk Geweld')

Aandachtspunten voor ons beleid op de langere termijn

In de landelijke nota zijn eind 2006 de volgende speerpunten op het gebied van preventie benoemd: roken, overgewicht (in relatie tot beweging/voeding), alcohol, depressie en diabetes. Waar mogelijk zullen wij aansluiting zoeken bij landelijke speerpunten en bijvoorbeeld gebruik maken van campagnemateriaal etc. Ook vanuit het Grote Stedenbeleid bestaat er al geruime tijd aandacht voor gezondheidsthema's. In het GSB III-programma wordt aandacht besteed aan de bestrijding van overgewicht bij jongeren en het versterken van de eerstelijnsgezondheidszorg.

De volgende aandachtspunten vinden wij verder bij de uitvoering van ons beleid belangrijk:

- Aandacht voor kwetsbare groepen (lage sociaal economische status, armoede, gezinnen met meervoudige problematiek). Daarbij is een actieve outreachende benadering van belang;
- Aandacht voor allochtone groepen (bevorderen informatievoorziening en de toegankelijkheid)
- het vergroten van weerbaarheid van kinderen (ter voorkoming psychosociale problematiek);
- het creëren van bewustwording bij jongeren en hun directe omgeving, zoals ouders en docenten; hierbij kan gedacht worden aan het bevorderen van gezond gedrag;
- het verminderen van gezondheidsklachten bij ouderen (met name het voorkomen van psychische klachten en eenzaamheid);
- vroegsignalering met betrekking tot gezondheidsbedreigingen;
- wijkgerichte aanpak (samenwerking met derden; gebruikmakend van het netwerk in de wijk);
- goede, begrijpelijke informatie laagdrempelig aanbieden; ontwikkeling van een breed Wmo-loket.

Relatie gezondheidsbeleid - Wmo

In een eerder hoofdstuk is de relatie gelegd tussen het lokale gezondheidsbeleid en het Wmo-beleid. In de eerste nota lokaal gezondheidsbeleid werd ruimschoots aandacht besteed aan zaken als de afstemming tussen wonen, welzijn en zorg en de verstrekking van individuele verstrekkingen. Deze onderwerpen maken nu deel uit van het Wmo-beleid.

Samenhang tussen beide beleidsterreinen is van groot belang. Het zorgen dat iedereen actief kan deelnemen aan de samenleving is bij beide een belangrijk thema. Sommige mensen weten zich prima te redden en anderen hebben een steuntje in de rug nodig. Het vergroten van de kansen op een goede gezondheid is hierbij heel belangrijk. Ook ligt er een relatie tussen de ontwikkeling van woonservicegebieden en woonzorgzones op wijkniveau en gezondheidszorg. Veel senioren blijven tegenwoordig langer zelfstandig. Dit is heel goed mogelijk maar dan moeten o.a. de welzijns- en (gezondheids)zorgvoorzieningen hierop wel zijn afgestemd.

De seniorengezondheidsmonitor van de GGD biedt een schat aan informatie om speciaal voor ouderen gemeentelijk beleid te ontwikkelen. Of dit nu is in het kader van het Wmo-beleid, het gezondheidsbeleid of het seniorenbeleid.

Relatie gezondheidsbeleid- overige beleidsterreinen

Naast de Wmo spelen een aantal beleidsterreinen in meer of mindere mate een belangrijke rol in het voorkomen en bestrijden van een ongezonde leefstijl:

- Sport: wordt steeds meer ingezet als instrument om gezondheid te verbeteren, integratie te bevorderen of eenzaamheid te voorkomen;
- Ouderenbeleid/wonen: toegankelijke en levensbestendige woningen, senioren onderzoek naar lichamelijke en geestelijke gezondheid, zelfredzaamheid, leefgewoonten, tijdsbesteding en huiselijk geweld;
- Ruimtelijke ontwikkeling: gezondheidszorgvoorzieningen, voldoende ruimte, groenvoorzieningen, bewegingsmogelijkheden, fietsroutes, Cruyff-courts, natuurspeelplekken, woonservicegebieden, toegankelijkheid openbare gebouwen, opknappen achterstandsbuurten;
- Welzijn: diverse activiteiten voor met name kwetsbare groepen, waardoor ze meer bewegen, zich prettiger voelen, betrokken zijn;
- Onderwijs: Amersfoortse Brede Combinatie (ABC)-school, voorlichtingsactiviteiten en lesprogramma's die ingaan op allerlei aspecten van gezondheidsbevordering.
- Jeugd: Jong Centraal, Verwijsindex risicojongeren.

Het is een opdracht voor de komende jaren om de belangrijkste gezondheidsthema's vanuit deze terreinen integraal vorm te geven. Daarnaast moeten de betreffende beleidsterreinen in hun beleidsvoornemens in ieder geval actief rekening houden met gezondheidsaspecten.

Keuzes en prioriteiten

Om tot een efficiënt lokaal gezondheidsbeleid te komen is het nodig om keuzes te maken en prioriteiten te benoemen. Hierbij stellen wij voor om in ieder geval uit te gaan van de volgende principes:

- Eigen verantwoordelijkheid staat voorop;
- Waar nodig en budgettair mogelijk neemt de gemeente Amersfoort haar verantwoordelijkheid;
- We pakken niet alles aan, alleen wat beïnvloedbaar is door ons als gemeente en waarvan we resultaat verwachten. Bijvoorbeeld als er elders goede resultaten mee zijn behaald;
- Per wijk kunnen de interventies verschillen;
- We leveren maatwerk voor verschillende doelgroepen;
- We hebben nadrukkelijk aandacht voor monitoring en het meten van effecten van ons beleid. Dit kan ertoe leiden dat ineffectieve interventies worden beëindigd;
- Niet alles hoeft via nieuwe projecten. Soms gaat het ook om het zichtbaarder maken van regulier werk.



Financiën

In het schema van dit hoofdstuk is opgenomen welke begrotingsbedragen ingezet kunnen worden voor het lokaal gezondheidsbeleid.



Bijlagen

Structurele middelen:

GGD (incl. JGZ 4-19 jaar)	1.965.400
JGZ (0-4 jaar)	2.032.600
Preventiemiddelen	51.400
GGZ-preventiemiddelen ¹⁶	79.500
Overig ¹⁷	42.100
Stelpost gezondheidsvoorlichting (uitvoering speerpunten jaarprogramma preventie)	20.600
Stelpost lokaal gezondheidsbeleid (uitvoering speerpunten jaarprogramma preventie)	38.000
<hr/>	
Totaal	4.229.600

Incidentele middelen:

GSB (B.Slim bestrijding overgewicht bij kinderen)	70.000
<hr/>	
Totaal	70.000

¹⁶ Met ingang van 2007 is er in het kader van de Wmo een budget GGZ-preventie naar gemeenten overgegaan. Gezien de nauwe raakvlakken met gezondheidsbeleid zijn de middelen hier opgenomen.

¹⁷ Kleine subsidies en huur wijkruimten.

Jaarprogramma 2008 Amersfoort Gezond!

In de nota lokaal gezondheidsbeleid *Amersfoort Gezond!* is gekozen voor het werken met jaarprogramma's. Het jaarprogramma voor 2008 bestaat uit 2 delen. Het eerste deel omvat een aantal speerpunten die voortkomen uit landelijke ontwikkelingen en die voornamelijk gericht zijn op de verbetering van de organisatie van de (openbare) gezondheidszorg in Amersfoort. Rond de invoering van het Elektronisch Kinddossier, de schaalvergroting van de GGD en de integrale JGZ zullen nadere voorstellen aan de gemeenteraad volgen. De speerpunten uit het tweede deel zijn gekozen op basis van de epidemiologische informatie van de GGD en richten zich op een aantal urgente gezondheidsproblemen. Deze thema's zijn benoemd op hoofdlijnen. De uitwerking vindt plaats met partijen uit het veld en binnen de reguliere begroting. Bij de speerpunten worden de meest actuele gezondheidsgegevens vermeld en worden streefpercentages genoemd. Deze streefpercentages hebben betrekking op de totale looptijd van de nota. Hierbij merken wij echter wel op dat het in de meeste gevallen moeilijk is om een directe koppeling te leggen tussen een verbetering van de gezondheidssituatie en de gekozen interventies. Jaarlijks stelt het college een bijgesteld jaarprogramma op met actiepunten, zodat er ruimte is om bijvoorbeeld de inzet op bepaalde speerpunten te intensiveren of om prioriteiten te verschuiven.

Deel A: Speerpunten die voortkomen uit landelijke ontwikkelingen

1. Versterking van de medische milieukunde

De gezondheid van Amersfoorters wordt mede bepaald door de leefomgeving. Milieu is daarbij een belangrijke factor, denk bijvoorbeeld aan luchtkwaliteit en geluidbelasting. Medisch milieukundigen maken een inschatting van de gevolgen van milieufactoren op de gezondheid. Waar nodig wordt op grond daarvan advies gegeven over het nemen van maatregelen om gezondheidsrisico's te beperken en wordt er voorlichting gegeven aan (vaak ongeruste) inwoners. De relatie tussen milieu en gezondheid krijgt ook in Amersfoort steeds meer aandacht.

Zo speelden de afgelopen periode het mogelijke stralingsgevaar van UMTS-masten en de aanwezigheid van asbest in museum Flehite. Wij willen dat de GGD voldoende deskundigheid in huis heeft om de Wcpv-taak op dit terrein volwaardig te kunnen uitvoeren. Monitoring vindt plaats aan de hand van het aantal klachten en meldingen, beleidsadviezen en voorlichtings- en preventieactiviteiten.

Actie: de formatie voor medische milieukunde bij de GGD wordt uitgebreid zodat de advisering kwalitatief kan worden verbeterd.

2. Invoering van het elektronisch kinddossier (EKD) in de jeugdgezondheidszorg

Op 6 november 2007 heeft Minister Rouvoet de Tweede Kamer geïnformeerd over de stand van zaken rond het Elektronisch Kinddossier. Het EKD heeft in de eerste instantie tot doel de digitalisering van de papieren dossiers van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ). Daarmee kan overdracht van gegevens beter plaatsvinden, zijn risico's eerder te signaleren en kunnen kinderen beter gevolgd worden. Daarnaast moet automatisering van de JGZ mogelijk maken dat door aggregatie van gegevens op lokaal en landelijk niveau inzicht verkregen kan worden in de ontwikkeling van het kind.

Op 21 september 2007 heeft de rechter geoordeeld dat de gevolgde aanbestedingsprocedure voor het EKD JGZ zoals uitgevoerd door de stichting EKD.NL niet voortgezet mag worden. De minister heeft hierop besloten dat JGZ-instellingen zelf overgaan tot aanschaf van bestaande EKD-pakketten voor hun eigen automatisering. Wel zullen de systemen moeten voldoen aan landelijke standaarden en eisen. GGD Eemland en Amant hebben gezamenlijk in november 2007 een projectvoorstel ingediend. Met ingang van 1-1-2009 wordt het wettelijk verplicht om met een digitale JGZ-dossier te werken. Het jaar 2008 moet worden benut om het digitale JGZ-dossier in te voeren.

Actie: invoering van het EKD bij de GGD en Amant in 2008.¹⁸

¹⁸ De invoeringsdatum is afhankelijk van de landelijke aanbestedingsprocedure die vertraging heeft opgelopen. Wij streven naar een zo spoedig mogelijke invoering. De GGD en Amant treffen nu al de voorbereidingen voor een snelle implementatie.

3. Onderzoek schaalvergroting GGD

In 2002 zijn de fusiebesprekingen tussen GGD Eemland en GGD Midden-Nederland afgeketst. Belangrijkste reden was dat de GGD Midden-Nederland net een fusietraject achter de rug had en eerst de nieuwe organisatie wilde opbouwen. Inmiddels zijn er 5 jaar verstreken en is de druk op GGD-en om op grotere schaal te opereren verder toegenomen. Dit blijkt o.a. uit de hogere kwaliteitseisen (HKZ-certificering en het voornemen van het rijk om GGD'en congruent te laten zijn met veiligheidsregio's. De GGD Eemland¹⁹ is een relatief kleine GGD. De organisatie is hierdoor in personeel opzicht kwetsbaar en de door gemeenten gewenste lokale differentiatie betekent al gauw een verlies aan doelmatigheid en kwaliteit.

Actie: een onderzoek naar de haalbaarheid van een aantal toekomstscenario's gezamenlijk met de GGD Midden-Nederland. Medio 2008 een besluit nemen over een mogelijke fusie met GGD Midden-Nederland. Doel is te komen tot kwaliteitsverbetering en een grotere efficiency van de Wcpv-taken die de GGD voor de gemeente uitvoert.

4. Integrale JGZ

Sinds 2003 zijn gemeenten verantwoordelijk geworden voor de gehele jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. De afgelopen jaren is in Eemland het project *Integrale uitvoering van de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar* uitgevoerd door de GGD en Amant. Doelstellingen waren o.a. zoveel mogelijk gezamenlijke huisvesting, ontwikkeling van een integraal aanbod voor risicokinderen, invoering van één gezamenlijk dossier. In september 2007 loopt het project af. De gewestelijke gemeenten hebben besloten te onderzoeken of het onderbrengen van de zorg voor 0-4-jarigen en 4-19 jarigen bij één organisatie voordelen oplevert.

Actie: in gewestelijk verband onderzoeken of het onderbrengen van de gehele jeugdgezondheidszorg bij één organisatie haalbaar is. Medio 2008 zal hierover een besluit genomen worden.

¹⁹ Het werkgebied van de GGD Eemland omvat de volgende gemeenten: Amersfoort, Baarn, Bunschoten, Eemnes, Leusden, Soest en Woudenberg. Het verzorgingsgebied heeft 276.000 inwoners.

5. Inventarisatie huisartsenhuisvesting

In Amersfoort lopen op dit moment verschillende initiatieven voor gezamenlijke huisvesting van eerstelijnsvoorzieningen (m.n. huisartsen). Als gemeente hebben wij geen verantwoordelijkheid voor de realisatie van curatieve gezondheidszorgvoorzieningen. Wel is er een algemeen gemeentelijk belang van voldoende eerstelijnsvoorzieningen zodat alle inwoners voldoende zorg kunnen krijgen in hun eigen wijk en kan er een relatie worden gelegd naar de ontwikkeling van woonservicegebieden in het kader van de Wmo. Op het gebied van de ruimtelijke ordening heeft de gemeente wel nadrukkelijk een rol als het gaat om bestemming van panden, parkeernormen e.d.

Actie: Een inventarisatie van de huisvestingsplannen van de huisartsen in Amersfoort (in samenwerking met de Huisartsenvereniging Amersfoort) om zo een impuls te kunnen geven aan kansrijke plannen.

Deel B: Speerpunten preventie

6. Alcoholgebruik jongeren

Bij de begrotingsbehandeling 2007 heeft de gemeenteraad een amendement aangenomen om tenminste 33% van het totale bedrag dat gereserveerd is voor alcoholpreventie te besteden aan preventie en een quick-scan uit te laten voeren naar het alcoholgebruik onder jongeren en de handhaving van de regels met betrekking tot alcoholgebruik van jongeren. Deze quick-scan vormt de eerste aanzet om te komen tot een integraal alcoholbeleid met aandacht voor preventie, regelgeving en handhaving.

Afdeling Openbare orde en veiligheid is momenteel bezig met het updaten van het Convenant Veilig Uitgaan. Dit is een convenant tussen gemeente, politie, openbaar ministerie en horeca. In de nieuwe concept-tekst van het convenant zijn de volgende intenties, inspanningen en activiteiten op het gebied van alcohol opgenomen: instructies door horecaondernemer aan het personeel om bezoekers te wijzen op verantwoord alcoholgebruik, het signaleren van incidenten rond alcohol/drugs door horecaondernemers, onderzoek naar gerichte trainingen om jongeren de 'tips en trics' van het uitgaansleven te leren. In het conceptconvenant is afgesproken dat partners gezamenlijke inzet plegen om het overmatig alcoholgebruik door 16+ jeugd terug te dringen. De horeca zal zich inspannen om te realiseren dat jeugd onder de 16 jaar geen alcohol drinkt in horecagelegenheden. Naar aanleiding van de resultaten voortkomend uit de quick-scan (onderzoek Stichting Alcohol Preventie – STAP) wordt een plan van aanpak uitgewerkt waarin een actieve bijdrage van de partners verwacht zal worden.

Actie: een kwalitatief onderzoek naar alcoholgebruik en handhaving van de regels door STAP en het inzetten van een effectieve collectieve interventie alcoholpreventie met als doelstelling na vier jaar het percentage jongeren dat de afgelopen maand gedronken heeft te verlagen van 58% naar 48%.

7. Psychische problematiek (depressie en eenzaamheid)

Uit de epidemiologische gegevens blijkt dat psychosociale problematiek een omvangrijke ziektelast veroorzaken. Vanaf 1 januari 2007 ontvangen wij een deel van het AWBZ-budget voor collectieve preventie van psychische stoornissen. Wij willen eerder en doeltreffender hulp kunnen bieden aan de diverse leeftijds- en doelgroepen (zoals bijvoorbeeld gehandicapten en chronisch zieken).

Actie: het ontwikkelen van lokaal integraal preventief beleid dat leidt tot meer en betere samenwerking en afstemming tussen de verschillende uitvoeringsorganisaties, zoals RIAGG en maatschappelijk werk. Hiertoe willen wij afstemmings- en samenwerkingsafspraken gaan vastleggen en komen tot een herallocatie van de beschikbare collectieve GGZ-preventiemiddelen. Afstemming met Wmo-beleid is hierbij van essentieel belang. Doel is het percentage volwassenen met depressieve klachten te verlagen van 18% naar 13%, het aantal senioren met depressieve klachten van 25% naar 20% en het percentage kinderen waarbij psychosociale problematiek wordt geconstateerd in vier jaar tijd te verlagen van 20% naar 15%.

8. Overgewicht

Overgewicht is een van de belangrijkste maatschappelijke gezondheidsproblemen geworden. Gemeentelijk beleid kan ertoe bijdragen dat de gezonde keuze ook de makkelijke keuze wordt. Voor de basisschooljeugd hebben we in Amersfoort sinds 2 jaar het project *B.slim*. Middelbare scholen worden middels het project *Schoolkracht* actief door de GGD gestimuleerd om aan de slag te gaan om de gezondheid van hun leerlingen te verbeteren. Aandacht voor overgewicht kan hiervan deel uit maken.

Actiepunt: voortzetting en uitbreiding van het project B.Slim naar andere wijken, continuering van Schoolkracht. Wij streven ernaar om het aantal kinderen met overgewicht niet verder te laten stijgen. Voor de wijk Kruiskamp-Koppel was dat in het schooljaar 2003/2004 27% van de 5/6-jarigen en 16% van de 13/14-jarigen.

9. Advies en informatie voor allochtonen

Turkse en Marokkaanse ouderen ervaren hun gezondheid aanzienlijk minder positief dan Nederlanders. Als gevolg van de slechtere gezondheid bezoeken Turken en Marokkanen de huisarts veel vaker dan Nederlanders. De toegankelijkheid van deze zorgvoorzieningen voor Turken en Marokkanen is echter slechter dan voor autochtonen. Wij willen de advies- en informatiefunctie en toegankelijkheid van (zorg-) voorzieningen voor allochtonen verbeteren.

Actiepunt: voortzetting project allochtone zorgconsulenten en extra aandacht voor deze doelgroep bij het Zorgloket.

Invulling taken Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid

In de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Cv) zijn de taken en verantwoordelijkheden van de gemeente ten aanzien van collectieve preventie op het gebied van volksgezondheid vastgelegd. De Cv onderscheidt drie deelterreinen: collectieve preventie, infectieziektenbestrijding en jeugdgezondheidszorg.

Collectieve preventie

De gemeente heeft tot taak de totstandkoming en continuïteit van collectieve preventie te bevorderen. Daarnaast bevordert de gemeente de samenhang binnen de collectieve preventie en de afstemming tussen collectieve preventie en curatieve zorg. De taken van de gemeente op dit terrein zijn in ieder geval:

Gemeentelijke taak	Invulling	Concrete uitwerking
Verwerven van inzicht in de lokale gezondheidssituatie van de bevolking	Epidemiologisch onderzoek	Senioren- en volwassenen gezondheidsmonitor
Bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen	Gevraagde en ongevraagde adviezen aan gemeenten	
Bijdragen aan preventieprogramma's	Het vergroten van kennis en inzicht en het aanleren van vaardigheden op het gebied van niet-roken, verantwoord gebruik van genotmiddelen, overgewicht, mond- en tandhygiëne	Roken: training Pak je kans, actie Tegengif, project Rookvrije school Genotmiddelen: leskisten en voorlichting op scholen, actie Tegengif. Maatwerk: Actie Alcohol? Drugs? Wat weet je ervan? en onderzoek naar alcoholbeleid. Overgewicht: leskisten, publieksvoorlichting en maatwerkproject B.slim Mond- en tandhygiëne: project Een gezond gebit start bij de basis

Bevorderen van medisch-milieukundige zorg	Preventie van gezondheidsproblemen in relatie tot het milieu in brede zin	Signalering, meldpunt, voorlichting en advisering bij milieu-incidenten
Bevorderen van technische hygiënezorg	Het bevorderen van hygiëne en veiligheid	Controles van o.a. peuterspeelzalen en kinderdagverblijven
Bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg ²⁰	Signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de OGGZ	Maatwerk: project VIA

²⁰De OGGZ-taken (m.u.v. de rampenbestrijding) zijn met ingang van 2007 overgegaan van de Cv naar de Wmo.

Algemene gezondheidszorg en Infectieziektenbestrijding

Naast de taken op dit terrein die voortvloeien uit de Infectieziektenwet, zijn de taken van de gemeente op dit terrein in ieder geval:

Gemeentelijke taak	Invulling	Concrete uitwerking
Algemene infectieziektebestrijding	Primaire en secundaire preventie van infectieziekten.	O.a. onderzoek, bron- en contactopsporing en outbreakmanagement, voorlichting en begeleiding
Bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen	Primaire en secundaire preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen incl. aids	Voorlichting geven om de kennis over SOA's en veilig vrijen te vergroten en gedragsverandering te bevorderen. (Anonieme) SOA-testplek Maatwerk: project Take Care
Tuberculosebestrijding	Opsporing, diagnostiek en behandeling van zoveel mogelijk tuberculosepatiënten	
Forensische gezondheidszorg	Medische diensten aan gemeente, politie en justitie	o.a. Lijkschouwingen en letselbeschrijvingen
Sociaal medische advisering	Medisch advies over cliënten die in aanmerking willen komen voor bepaalde voorzieningen	o.a. huisvestingsurgenties, bijzondere bijstand of niet kunnen voldoen aan de sollicitatieplicht
Geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen (GHOR)	Preventieve en repressieve geneeskundige rampenbestrijding	

Jeugdgezondheidszorg

Gemeentelijke taak	Invulling	Concrete uitwerking
Verwerven van inzicht in de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren	Uitvoering van het wettelijk verplichte basistakenpakket jeugdgezondheidszorg	Periodieke gezondheidsonderzoeken en aanbieden van vaccinaties. Monitoring met behulp van Schoolkracht
Inschatten van de behoefte aan zorg		o.a. het initiëren en verbeteren van gestructureerd overleg tussen instellingen
Vroegtijdige opsporing en preventie van een aantal specifieke stoornissen		
Geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding		o.a. huisbezoeken, inloopsprekuren op scholen, en telefonische consulten
Formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen	o.a. door het aanbieden van maatwerkactiviteiten in gemeenten	o.a. maatwerkproject Piep zei de muis

Resultaten Weten waar de pijn zit

Weten waar de pijn zit, de vorige nota lokaal gezondheidsbeleid 2002-2006 had een brede insteek. De vier beleidsprogramma's waren: verbetering uitvoering kerntaken (aansturing instellingen), wijkgerichte gezondheidszorg, wonen en zorg-op-maat en jongeren en preventie. Voor uitgebreide informatie over de resultaten verwijzen wij u naar de tussenrapportage lokaal gezondheidsbeleid die eind 2004 is vastgesteld. In 2005-2006 zijn o.a. de volgende zaken gerealiseerd (met een focus op de preventietaken):

Informatie beschikbaar over de gezondheidstoestand van Amersfoorters

Er is in de afgelopen periode veel meer informatie over de gezondheidstoestand van de Amersfoortse bevolking beschikbaar gekomen. De GGD heeft een gezondheids-enquête gehouden onder volwassenen en senioren. Daarnaast ontvangen wij ieder schooljaar een rapportage over de resultaten van de periodieke gezondheids-onderzoeken jeugd.

Wijkgerichte projecten

Door de ervaring die we hebben opgedaan met projecten als *Samen Buurten*, *Piep zei de muis* en *Wijk en psychiatrie* zijn we steeds beter in staat om voor effectieve interventies op wijkniveau te kiezen.

Soa/Aids-preventie

Begin 2005 is de GGD gestart met het project *Take Care*, een veilig vrijen project voor jongeren van 13 tot 25 jaar. Een vernieuwend element in het project is dat er bij de voorlichting jongeren worden ingeschakeld die hun leeftijdsgenoten op straat of tijdens evenementen informeren over soa, aids en veilig vrijen.

Bestrijding overgewicht bij kinderen 0-12 jaar

In 2005 is het project *B.slim* gestart in de wijk Kruiskamp-Koppel. De komende jaren zal het project ook worden uitgebreid naar andere wijken. Een groot aantal instellingen bestrijdt gezamenlijk overgewicht bij kinderen.

Percentages overgewicht

in Amersfoort naar wijk²¹

Wijk	Groep 2 basisonderwijs N=1873	Groep 5 ²² basisonderwijs N=175	Klas 2 voortgezet onderwijs N=1007
Stadskern/ Zonnehof	-		- 11%
Soesterkwartier	13%	27%	16%
Kruiskamp/Koppel	27%	44%	8%
Schothorst	10%		13%
Liendert/ Rustenburg	25%	37%	18% 12%
Schuilenburg/ Randenbroek	20%	18%	13% 12%
Dorrestein/Berg- en Leusderkwartier	18%		16% 16%
Hoogland	7%		-
Zielhorst	10%		13%
Kattenbroek	11%		12%
Nieuwland	11%		
Hooglanderveen	-		
Amersfoort	14%	33%	
Eemland	13%	31%	

* Wanneer minder dan 30 Kinderen per wijk zijn onderzocht, wordt het cijfer niet weergegeven.

²¹ De gegevens zijn afkomstig uit de periodieke schoolonderzoeken 2003-2004. Er is voor dit jaar gekozen, omdat deze cijfers ook gebruikt zijn bij de start van B.slim.

²² Alleen uitgewerkt voor de prioriteitswijken.

Lijst met gebruikte documenten

- Gezondheidspeiling volwassenen 2004, resultaten van een gezondheidspeiling onder volwassenen van 20 tot 65 jaar in de regio Eemland, GGD Eemland
- Gezondheidsprofiel voor de gemeenten in de regio Eemland 2007, bouwstenen voor gezondheidsbeleid, GGD Eemland.
- Gezondheid van de jeugd in Amersfoort, prestatiegegevens en bevindingen van de jeugdgezondheidszorg in het schooljaar 2005-2006, GGD Eemland.
- Groningen gaat steeds gezonder zorgen II, nota lokaal gezondheidsbeleid gemeente Groningen.
- Senioren signalen 2004, resultaten van een gezondheidsenquête onder zelfstandig wonende senioren van 65 jaar en ouder in de gemeente Amersfoort, GGD Eemland.
- Verder samenwerken aan een gezonde stad, tweede beleidsplan lokaal gezondheidsbeleid 2006-2008, gemeente Alkmaar.
- Relatie tussen de Cv en de Wmo: notitie in opdracht van 15 gemeenten binnen de GGD regio Gelre-IJssel, drs. C.B. Walg, januari 2006.
- Allochtone ouderen in Amersfoort: wonen zorg en welzijn. Onderzoek en Statistiek, Gemeente Amersfoort, november 2006.