RAADSVOORSTEL

Onderwerp:

Vaststellen lokale gezondheidsnota ‘Gezond meedoen in Wijk’ met daarin opgenomen de beleidskaders (speerpunten) voor de jaren 2014-2018.

Onderdeel raadsprogramma:

Portefeuillehouder: Jan Burger

Voorgesteld besluit

De lokale gezondheidsnota ‘Gezond Meedoen in Wijk’ voor de periode 2014-2018 met de daarin opgenomen beleidskaders (speerpunten) vast te stellen.

Korte samenvatting

Gelet op de Wet Publieke Gezondheid (WPG) is de gemeente verplicht, aansluitend op de preventiecyclus vanuit het Rijk, een nieuwe gezondheidsnota voor de komende vier jaar vast te laten stellen. Om tot een nieuwe gezondheidsnota te komen is het van belang om goed in beeld te hebben welke gezondheidsproblemen er zijn in de gemeente Wijk bij Duurstede. Ook van belang is om te kijken naar (toekomstige) ontwikkelingen die het gezondheidsbeleid raken. Daarom zijn diverse bijeenkomsten georganiseerd met het veld bestaande uit organisaties en personen vanuit de gezondheidszorg waaronder de eerste- en tweedelijnszorg, en vanuit welzijn. Ook intern zijn bijeenkomsten georganiseerd gelet op de raakvlakken en om dwarsverbanden tussen bijvoorbeeld preventie en handhaving te leggen.

De landelijke gezondheidsnota en de lokale gezondheidscijfers van de GGD Midden Nederland waren aanleiding voor de gesprekken. Ook zijn enquêtes uitgezet en is er een aparte bijeenkomst geweest met de huisartsen.

Alle input heeft geleid tot een gezondheidsnota die zich met name richt op de risicogroepen met daarbij drie speerpunten voor de komende jaren, namelijk: de psychische pijler (mental distress) (1), overgewicht (2) en alcohol- en drugs (3).

Speerpunt 1, de psychische pijler, heeft veel raakvlakken met ons Wmo-beleid, Jeugdbeleid en de transitie van de jeugdzorg. Ook met het sportbeleid aangezien sport een middel kan zijn om deze pijler positief te beïnvloeden. Het bevorderen van de openbare geestelijke gezondheidszorg en het (waar nodig) verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking/chronisch psychisch of psychosociaal probleem zijn doelstellingen binnen de huidige

Wmo. Eenzaamheid, het risico op angst en depressie en sociale weerbaarheid zijn gemene delers. Wanneer we kijken naar risicogroepen, dan zijn dit bijvoorbeeld mantelzorgers en kwetsbare senioren die ook in het Wmo beleid zijn opgenomen.

Ook kinderen in kwetsbare, vooral multi-problem gezinnen zijn een belangrijke doelgroep en vormen daarmee een link met ons jeugdbeleid. Gezinnen die door de crisis in de financiële problemen terecht komen, en dat aantal neemt toe, vormen ook een risicogroep, waarmee een verbinding is gelegd met het minimabeleid en de Participatiewet

Speerpunt 2: overgewicht heeft al een integrale werkgroep. Deze werkgroep dient een andere vorm te krijgen en dient versterkt te worden waar publieke en private organisaties aansluiting vinden.

Speerpunt 3: alcohol- en drugsgebruik, kent nog geen integrale werkgroep. Deze dient opgezet te worden gerelateerd aan de *nieuwe Drank- en horecawet* en hangt samen met beleidsveld Openbare Orde en Veiligheid. De belangrijkste wijziging is de verhoging van de alcoholleeftijd naar 18 jaar voor alle alcoholische dranken. Dit gaat in per 1 januari 2014. Daarnaast heeft de gemeente de verplichting om vóór 1 juli 2014 een preventie- en handhavingsplan vast te stellen (voor meer informatie zie bijlage 4). Daarbij staat, net als bij de andere pijlers, eigen verantwoordelijkheid, samenwerking met diverse beleidsterreinen en integrale samenwerking met de nulde-, eerste- en tweedelijnszorg centraal, alsmede de samenwerking met en tussen publieke en private partijen. In het jeugdbeleid is het voorkomen van alcohol en drugsmisbruik als speerpunt aangemerkt voor de jongerenwerkers.

De gezondheidsnota is een integrale nota geworden. Er wordt al veel samengewerkt maar dit zal geïntensiveerd worden gelet op de raakvlakken op andere beleidsterreinen (waaronder het jeugd- en jongerenbeleid, ouderenbeleid, sportbeleid, beleid op het gebied van Ruimtelijke Ordening, Horecabeleid, Minimabeleid). Ook zijn er veel raakvlakken met de drie transities; de AWBZ transitie, de Jeugdwet en de Participatiewet. Wil men actief mee kunnen doen in de samenleving dan is een goede gezondheid van belang. De gemeente krijgt binnen de nieuwe Wmo kwetsbare doelgroepen over, deze doelgroepen vormen risicogroepen vanuit het gezondheidsbeleid (waaronder mensen met een lichamelijke, verstandelijke en/of psychische beperking). Tevens kan deze gezondheidsnota gezien worden als doel op zich of als middel om doelstellingen op andere beleidsterreinen te behalen. Maar ook visa versa; een aantal andere beleidsvelden helpen om doelstellingen binnen deze gezondheidsnota te behalen.

Om tot concrete doelstelling te komen worden in de gezondheidsnota per speerpunt richtlijnen uiteengezet. Duidelijk wordt gemaakt wat het probleem is, wat we willen bereiken, wat mogelijke oplossingen zijn, wat we al doen, wanneer we tevreden zijn en met welke partners er kan worden samengewerkt. De percentages die daarin zijn opgenomen zijn gebaseerd op ervaringscijfers en zijn afgestemd met de GGD Midden Nederland.

De gezondheidsnota heeft genoeg draagvlak, men heeft enthousiast op de nota gereageerd en met de inspraakperiode zijn slechts enkele aanvullende suggesties meegegeven. Deze zijn verwerkt in de gezondheidsnota. Het is aan de gemeenteraad om de lokale gezondheidsnota met de daarin opgenomen beleidskaders (speerpunten) vast te stellen.

Aanleiding
Vanuit de WPG zijn wij als gemeente verplicht om vierjaarlijks een gezondheidsnota door de gemeenteraad te laten vaststellen. Dit passend binnen de preventiecyclus van het Rijk. Aangezien in 2011 de landelijke nota twee jaar vertraging had opgelopen, is de vorige gezondheidsnota daarom ook met twee jaar verlengd. Nu is het tijd voor een nieuwe gezondheidsnota.

Specifiek (beoogd doel)
Het vaststellen van de lokale gezondheidsnota met daarin opgenomen de beleidskaders (speerpunten) zodat duidelijk wordt welke gezondheidsproblemen de komende vier jaar in de gemeente Wijk bij Duurstede worden aangepakt. Wanneer de nota is vastgesteld wordt er per speerpunt integraal samengewerkt aan het opstellen van een integraal actieplan om duidelijk te maken hoe we de speerpunten gaan uitvoeren; met welk doel, met welke meetbare resultaten en met welke specifieke uitvoerende partners.

Meetbaar
Er ligt een vastgestelde gezondheidsnota ‘Gezond meedoen in Wijk’ voor de jaren 2014- 2018. Per speerpunt zal er een uitgewerkt integraal actieplan komen. Er wordt uitvoering gegeven aan het integraal actieplan met de samenwerkende partners waarbij ieders rol duidelijk is. Na vier jaar wordt de gezondheidsnota geëvalueerd en wordt bekeken of de doelstellingen daadwerkelijk zijn behaald.

Acceptabel
Het vaststellen van de gezondheidsnota is een wettelijke verplichting vanuit de WPG. In deze wet is vastgelegd dat gemeenten specifieke taken hebben op het gebied van gezondheidsbescherming, ziektepreventie en gezondheidsbevordering. De ambities moeten in een gemeentelijke nota beschreven worden. Dit is verwerkt in de nieuwe gezondheidsnota en daarin nemen wij als gemeente onze verantwoordelijkheid hiervoor. Gelet op de gezondheidscijfers van de gemeente Wijk bij Duurstede en de input vanuit het veld is het acceptabel om de gekozen speerpunten uit te voeren. Van belang is om de risicogroepen in beeld te krijgen, dit zijn de mensen waarbij het niet zo vanzelfsprekend is om op eigen kracht een gezonde leefstijl uit te oefenen of om de juiste gezonde keuzes te maken. Zij zijn kwetsbaar en hebben vaak extra ondersteuning nodig. De gemeente heeft vooral een regierol bij de uitvoering van de nota.

Overwegingen die leiden tot het besluit
Wanneer we kijken naar de gezondheidscijfers van onze inwoners uit de gemeente Wijk bij Duurstede en de bevestiging en verhalen vanuit het veld, dan is duidelijk dat de speerpunten: psychische pijler (1), overgewicht (2) en alcohol- en drugs (3) aandacht behoeven. Er dient een nieuwe gezondheidsnota vastgesteld te worden vanuit de WPG, in de nieuwe gezondheidsnota zijn deze drie speerpunten dan ook opgenomen.

Milieu
nvt

Draagvlak

Er is voldoende draagvlak. Er zijn veel bijeenkomsten gehouden, enquêtes uitgevoerd, er is een breed overleg met de huisartsen geweest, overleg met het Wmo loket en met het WIEL (Wijkse Integrale Eerste Lijnszorg) en er zijn verdiepende gesprekken gevoerd zowel intern als extern. De gezondheidsnota is ook aan GGD Midden Nederland voorgelegd met als uitkomst dat ze de gezondheidsnota volgend jaar willen aanmelden voor de competitie gezonde gemeente aangezien zij deze nota als voorbeeldnota zien.

De inspraakperiode heeft niet geleid tot inhoudelijke wijzigingen of verandering in speerpunten. De reacties waren positief en men vond het een goed integraal uitgewerkte nota. Wel is een aanvulling gegeven om nieuwe Wmo doelgroepen die met name vanuit de AWBZ transitie overkomen naar de gemeente (onder voorbehoud per 1 januari 2015) op te nemen gelet op de raakvlakken met het gezondheidsbeleid en de voorgestelde speerpunten. Dit is verwerkt in de gezondheidsnota. Enkele organisaties hebben aangegeven graag samenwerkingspartner te willen zijn bij een van de speerpunten.

Realistisch
De gekozen speerpunten uit de gezondheidsnota zijn realistisch gelet op de gezondheidscijfers en verdere input vanuit het veld, en daarmee relevant als gemeente om ons daar de komende vier jaar op te richten. Zeker gelet op de drie transities waarmee deze gezondheidsnota in relaties staat; als uitvoering gegeven wordt aan de drie speerpunten uit de gezondheidsnota, dan dragen wij bij aan het behalen van de doelstellingen daar.

Er zal een integraal actieplan per speerpunt komen voorzien van doelstellingen, gewenste resultaten en welke acties daarvoor worden genomen. Dit met de wens om de doelstellingen te behalen. Daarbij dienen de doelstellingen realistisch geformuleerd te worden.

Kanttekeningen bij het voorgestelde besluit

nvt

Alternatieven

Het is mogelijk om de kaders van de gezondheidsnota niet vast te stellen. Er ontbreekt dan een gezondheidsnota waardoor wij niet voldoen aan de wettelijke verplichting vanuit de WPG. Het is ook een optie om andere kaders (en daarmee speerpunten) te kiezen voor de komende vier jaar. Dit zou niet passend zijn omdat de voorgestelde speerpunten in lijn zijn met de landelijke gezondheidsnota, de gemeentelijke gezondheidscijfers en de input vanuit het veld. De voorliggende gezondheidsnota is daarmee een gedragen nota. Bovendien zal dit een behoorlijke vertraging opleveren.

Tijdgebonden

Er dient voor het jaar 2014 een nieuwe gezondheidsnota voor de komende vier jaar vastgesteld te worden.

Aanpak/uitvoering

Zodra de gezondheidsnota wordt vastgesteld wordt gestart met de uitvoering van de gezondheidsnota. De nota wordt integraal opgepakt en in samenwerking uitgevoerd. Er zal per speerpunt een integraal actieplan worden opgesteld voorzien van relevante meetbare en realistische doelstellingen en activiteiten om deze doelstellingen te behalen. Er wordt geïnvesteerd in samenwerkingen met relevante partijen waaronder de huisartsen die een belangrijke rol hierin hebben en steeds meer krijgen.

Maatschappelijke agenda

Op dit moment zijn er, mede gezien de drie grote transities (transitie jeugdzorg, overheveling Awbz- begeleiding en invoering Participatiewet), veel ontwikkelingen gaande in het sociale domein. Om deze reden wordt er op dit moment binnen de gemeente onderzocht of en hoe er een maatschappelijke

agenda wordt opgesteld. Hierin wordt een algemene visie geformuleerd voor alle beleidsvelden binnen het sociale domein. De lokale gezondheidsnota is een beleidsveld dat valt binnen het sociale domein en zal dus t.z.t. vallen onder de maatschappelijke agenda.

Communicatie

Nadat de gezondheidsnota is vastgesteld worden organisaties en personen die hierbij betrokken zijn op de hoogte gesteld. Er wordt een artikel opgenomen in de Wijkse Courant en de gemeentelijke website waarbij duidelijk wordt gemaakt welke gezondheidsproblemen de komende vier jaar worden opgepakt.

Financiën

De gezondheidsnota zal uitgevoerd worden binnen de bestaande financiële ruimte.

Er zal dus geen nieuw geld gevraagd worden aan uw gemeenteraad.

In het volgende overzicht is opgenomen welke bedragen ingezet worden voor het lokaal gezondheidsbeleid. Opgemerkt wordt dat de besteding van inwonersbijdrage aan de GR GGD MN vaststaat. Dit betreft een groot deel van de wettelijk verplichte taken die door hen worden uitgevoerd.

Gemeenschappelijke taken GGD*	€ 171.880 *€ 7,46 per inwoner*
Regionale taken* GGD	€ 94.234

	€ 4,09 per inwoner	
Lokale taken* GGD	€ 8.511	
Budget uitvoering lokaal gezondheidsbeleid 2014-2018	€ 32.500	Vanaf 2015 € 40.500**

* Dit bedrag wordt ieder jaar vastgesteld op basis van de inwonersbijdrage en besluitvorming over de af te nemen keuzetaken.

** € 8.000 beschikbaar vanuit post alcohol- en drugs aangezien het contract met de GGD afloopt voor het lespakket 'gezonde school en genotsmiddelen'.

Bijlagen

Gezondheidsnota 'Meedoen in Wijk' 2014-2018.

Burgemeester en wethouders van Wijk bij Duurstede,

Janneke Louisa-Muller Tjapko Poppens

secretaris burgemeester

Raadsbesluit

De raad van de gemeente Wijk bij Duurstede;

gelezen het voorstel van burgemeester en wethouders

d.d. 7 januari 2014, nr.

gelet op de Wet Publieke Gezondheid (WPG)

besluit:

De lokale gezondheidsnota ‘Gezond Meedoen in Wijk’ voor de periode 2014-2018 met de daarin opgenomen beleidskaders (speerpunten) vast te stellen.

Aldus vastgesteld in de openbare vergadering van dinsdag 25 februari 2013

De raad voornoemd,

griffier, voorzitter,

GEZONDHEIDSNOTA 2014- 2018

‘ Gezond meedoen in Wijk ’



College van B&W gemeente Wijk bij Duurstede

Inhoud

Inleiding **3**
leeswijzer

1.Waarom een gezonde samenleving en nota **4**
1.2 Sociaal economische status en gezondheid 5
1.3 Wet Publieke Gezondheid (WPG) 6

2. Nota lokaal gezondheidsbeleid 2008- 2013 **7**
2.1 Uitvoering voorgaande gezondheidsnota 8

3. De landelijke nota gezondheidsbeleid **14**
3.1 Nationaal Preventie Programma (NPP) 15

4. Huidige ontwikkelingen 16
4.1 Bezuinigingen en transities 16

5. Gezondheid in Wijk bij Duurstede **21**
5.1 Hoe gezond zijn onze inwoners? 21
5.2 Ervaringen vanuit het veld 25

6. Gezondheidsthema's Wijk bij Duurstede 2014- 2018 **26**
6.1 Prioritering speerpunten gezondheidsnota 26
6.2 Speerpunten gezondheidsnota 2014- 2018 27
6.3 Tijdsplanning 36
6.4 Financiën 38

Bijlage 1Gezondheidscijfers GGD Midden Nederland
Bijlage 2 Samenvatting resultaten interactieve bijeenkomst met het veld
Bijlage 3 Model van draaglast en draagkracht
Bijlage 4 De nieuwe drank en horecawet

Inleiding

Voor u ligt de nieuwe lokale Gezondheidsnota voor de jaren 2014 tot en met 2018. Dit is de opvolger van de vorige Gezondheidsnota die liep van 2008 tot en met 2013. Wij zijn wettelijk verplicht een lokale gezondheidsnota te laten vaststellen vanuit de Wet Publieke Gezondheid (WPG) waarover in paragraaf 1.3 straks meer. Deze nota is tot stand gekomen via een interactief proces waarbij mensen vanuit het veld, naast de gezondheidscijfers van onze inwoners, input hebben geleverd om tot nieuwe speerpunten te komen voor de komende jaren.

In deze nota bekijken we welke gezondheidsproblemen er zijn, welke we daarvan willen aanpakken, met welk doel en met welke mogelijke partners. De daadwerkelijke uitwerking daarvan wordt per gezondheidspijler opgenomen in een actieplan voorzien een jaarplan die samen met de partners wordt opgesteld.

Deze Gezondheidsnota richt zich vooral op *preventie* met als doel het voorkómen van ziekte en het beschermen en bevorderen van de gezondheid van onze inwoners. Dit kan vooral door gezond gedrag te stimuleren en meer aandacht te hebben voor de fysieke en sociale omgeving.

Visie en missie

Net als in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) staat in deze nota participatie centraal. Iedereen moet kunnen meedoen in de samenleving, ongeacht aanwezige beperkingen. Om mee te kunnen doen in de maatschappij is een goede gezondheid van groot belang. Gezonde mensen voelen zich namelijk beter, zijn minder vaak ziek en werken vaker en langer. Gezondheid heeft een positieve invloed op de kwaliteit van leven en draagt bij aan een grotere mate van zelfredzaamheid.

De gemeente Wijk bij Duurstede heeft hierin de taak om de gezondheid en het welzijn van haar inwoners te bevorderen. Daarbij is het de uitdaging om een goede balans te vinden tussen eigen verantwoordelijkheid van de inwoner en de verantwoordelijkheid van de gemeente. We willen inwoners op weg helpen naar een maatschappelijke gezonde leefstijl. Deze uitdaging wordt dan ook meegenomen in de uitvoering van deze nota en richt zich met name op mensen in een kwetsbare positie. Te denken valt aan mensen met een lage SES (Sociaal Economische Status) aangezien deze mensen vaak een ongezonde leefstijl hebben met gezondheidsproblemen tot gevolg.

Ook het bevorderen van het voorkomen en bestrijden van ziekten staan centraal. Het bevorderen van een goede gezondheid draagt daar indirect aan bij. Door het afnemen van taken bij de GGD, zoals bijvoorbeeld TBC- en infectieziektebestrijding maar ook met hygiënische maatregelen gericht op de horeca en het binnenmilieu van scholen en gebouwen, wordt een directe bijdrage geleverd aan het voorkomen en bestrijden van ziekten.

Gezonde en participerende inwoners zijn ook van belang voor andere beleidsterreinen. Daarom sluit deze nota naast de Wmo, ook aan op de Jeugdwet (vanaf 2015) en de Participatiewet (vanaf 2015) en zijn er verbindingen met het sportbeleid, ouderenbeleid, ruimtelijke ordening en veiligheid. Er zal dan ook integraal samengewerkt moeten worden, zodat onze doelstellingen en ingezette middelen elkaar kunnen versterken.

Leeswijzer

Hoofdstuk 1 maakt duidelijk waarom investeren in preventie op het gebied van gezondheid nodig is en wat de risico's zijn van een ongezonde samenleving. Daarbij wordt ook een toelichting gegeven waarom deze nota wettelijk verplicht is, gekoppeld aan een bijbehorende preventiecyclus. Hoofdstuk 2 gaat in op de vorige lokale gezondheidsnota; wat hebben we de afgelopen periode gedaan en wat hebben we bereikt. Hoofdstuk 3 richt zich op de landelijke speerpunten gezondheidsbeleid, zodat duidelijk wordt waar landelijk de prioriteiten liggen op het gebied van preventie. Hoofdstuk 4 schetst de huidige maatschappelijke en politieke ontwikkelingen die van invloed zijn op de gezondheidsnota en de uitwerking daarvan. In hoofdstuk 5 gaan wij in op de gezondheidscijfers van de gemeente Wijk bij Duurstede. We sluiten af met hoofdstuk 6 waarin we de speerpunten kenbaar maken waar wij ons de komende jaren op zullen richten om de gezondheidstoestand in de gemeente Wijk bij Duurstede te bevorderen en te stimuleren.



1. Waarom een gezonde samenleving en nota

Wat zijn nut en noodzaak van een gezonde samenleving? En wat is dan mogelijk om de gezondheid van iemand te beïnvloeden? Het is dan goed te weten wanneer je gezond bent en welke factoren je gezondheid beïnvloeden. En wat zijn daarbij de ontwikkelingen op dit gebied en waar liggen de raakvlakken met ander gemeentelijk beleid?

1.1 Gezondheid beïnvloed

Allereerst is het goed om duidelijk te maken welk begrip wij hanteren van gezondheid. Wij verstaan hieronder:

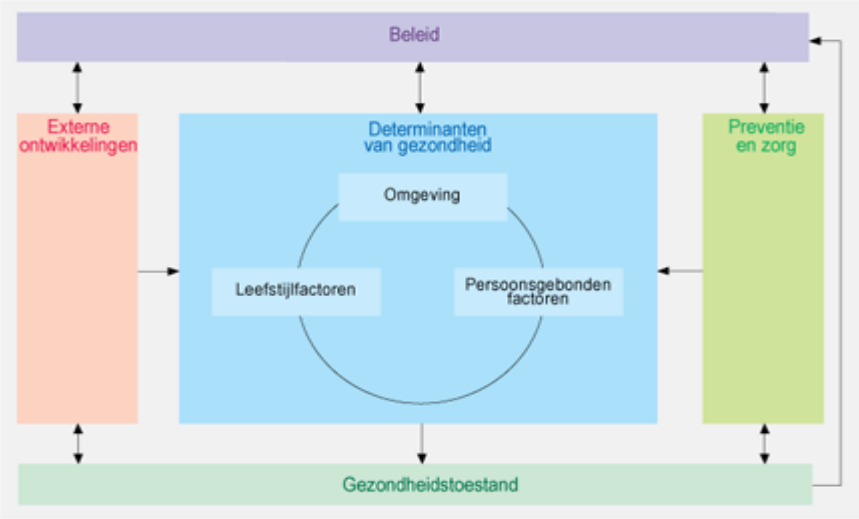
'Het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.'

Gezonde inwoners dragen bij aan een gezonde maatschappij. Wie gezond is participeert makkelijker in de samenleving. Mensen doen mee in de samenleving op het gebied van arbeid, vrijwilligerswerk of volgen een opleiding. Dit draagt bij aan zowel geestelijke ontplooiing als sociale ontplooiing en versterkt het sociaal kapitaal, doordat er sociale binding ontstaat. Sociale binding betekent dat men een netwerk heeft van kennissen en vrienden. Dit is ook een hulpbron voor informatie en advies, maar ook voor ontspanning en ondersteuning. De gezondheidstoestand van iemand wordt bepaald door 'persoonsgebonden factoren', 'de omgeving' en iemands 'leefstijl'. *Persoonsgebonden factoren* kunnen genetisch zijn zoals persoonlijkheid, bloeddruk en je cholesterolgehalte. *Omgevingsfactoren* bestaan uit fysieke factoren zoals geluid, straling en

voeding en uit sociale factoren zoals sociale cohesie en eenzaamheid. Bij *leefstijlfactoren* gaat het om gedrag zoals lichaamsbeweging en genotsmiddelengebruik.

Deze gedragsdeterminanten hangen allen nauw met elkaar samen. Zij kunnen elkaar direct of indirect beïnvloeden en zo dus ook de gezondheidstoestand. Wanneer iemand zijn leefstijl verbetert door meer te bewegen (leefstijlfactoren) zal de conditie van het hart (persoonsgebonden toestand) worden bevorderd. Als er veel sociale steun wordt gegeven door vrienden of kennissen die misschien mee gaan sporten (omgeving) zal dit de gezondheidstoestand ten goede kunnen komen.

Figuur 1: determinanten van gezondheid



Bron: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

Het lokale gezondheidsbeleid zal zich dan ook op die determinanten van gezondheid moeten richten om de gezondheidstoestand direct danwel indirect te beïnvloeden. Daarbij is het ook van belang dat aandacht besteed wordt aan goede *zorg* (medicatie en zorgverlening) en *preventie.* Vaak is dit (ook) gericht op de zelfredzaamheid en de verbetering van iemands gezondheidstoestand.

De uitvoering van deze Gezondheidsnota zal zich vooral richten op *preventie* om een gezonde leefstijl te stimuleren en een goede gezondheid te bevorderen.

Er wordt zelfs gesteld dat wanneer preventiebeleid al vroeg in de levensloop wordt ingezet, senioren wel acht tot tien jaar langer leven. En dit ook nog eens zonder lichamelijke en cognitieve beperkingen (Wouterse: juni 2013).

1.2 Sociaal economische status en gezondheid

Mensen met een lage sociaal economische status (SES) zijn minder gezond en leven daardoor korter. Zij staan lager op de maatschappelijke ladder want ze hebben minder kennis, arbeid en bezit. De SES van mensen wordt beïnvloed door het opleidingsniveau, de beroepsstatus en de hoogte van het inkomen.
Ook hier maakt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) melding van:

> ‘Gemiddeld leven lager opgeleiden 6 tot 7 jaar korter dan hoger opgeleiden. Daarvan brengen zij 16 tot 19 jaar door met ernstige gezondheidsproblemen, veelal veroorzaakt door een ongezonde leefstijl’ (De staat van de Gezondheidszorg, 2012, blz. 11.)

Mensen met een lage SES maken relatief gezien meer gebruik van de gezondheidszorg en minder gebruik van preventieve voorzieningen en maatregelen. Om mensen met een lage SES te bereiken is een integrale samenwerking gewenst met bijvoorbeeld de Regionale Sociale Dienst (RSD) waar mensen voor een uitkering of re-integratietraject komen. Belangrijke vindplaatsen zijn ook de Voedselbank en het Wmo-loket.

Leefstijlbegeleiding laat zien dat er gezondheidswinst behaald kan worden. Het kan gevallen van diabetes en hart- en vaatziekten voorkomen. Dit zijn ook onze Wmo-cliënten, dus preventie kan ook terug te zien zijn in het aantal klanten, aanvragen en daarmee de kosten voor de Wmo. Wanneer je leefstijlbegeleiding grootschalig inzet, zo meldt IGZ dan '… kan dit per 1.000 inwoners 8 tot 17 gevallen van diabetes en 5 tot 13 gevallen van hart- en vaatziekten voorkomen'. (De Staat van de Gezondheidszorg, 2012, blz. 17.)

Deze informatie is belangrijk voor de uitvoering van ons gezondheidsbeleid. We weten dat mensen met een lage SES een kwetsbare doelgroep zijn die het meeste baat heeft bij het versterken van een gezonde leefstijl en daarmee een betere gezondheidstoestand.

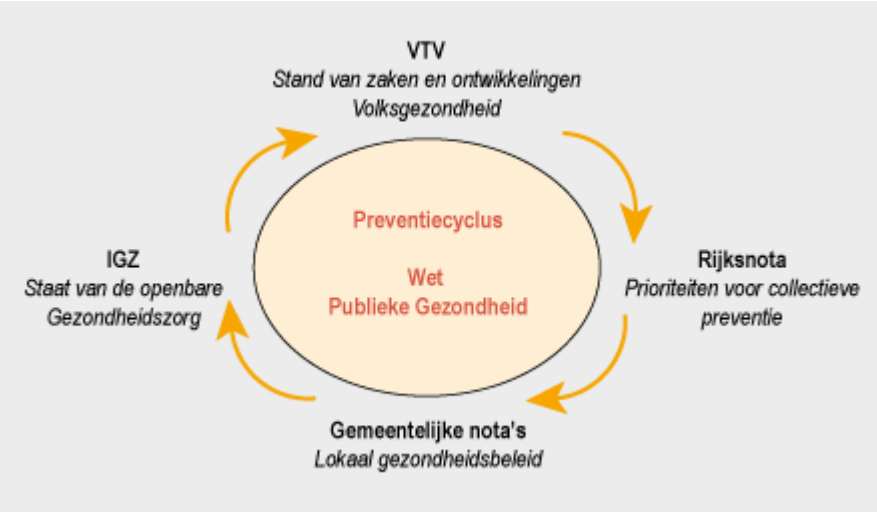


1.3 Wet Publieke Gezondheid (WPG)

Gemeenten zijn wettelijk verplicht om vierjaarlijks een lokale gezondheidsnota vast te laten stellen en uit te voeren. Deze verplichting vloeit voort uit de Wet Publieke Gezondheid (WPG). In deze wet is vastgelegd dat gemeenten specifieke taken hebben op het gebied van gezondheidsbescherming, ziektepreventie en gezondheidsbevordering. De ambities moeten in een gemeentelijke nota beschreven worden.

Dat dit iedere vier jaar terugkomt is niet geheel toevallig, maar is afhankelijk van de Preventiecyclus. Deze nota maakt daar ook onderdeel van uit. Met de komst van een landelijke gezondheidsnota wordt een start gemaakt met de wettelijke termijn van twee jaar waarbinnen gemeenten de eigen nota beschikbaar moeten hebben.

Wanneer de Stand van zaken en ontwikkelingen Volksgezondheid (VTV) bekend zijn wordt een Rijksnota ontwikkeld waarin de prioriteiten voor collectieve preventie duidelijk worden. Deze landelijke nota vanuit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) geeft belangrijke input voor de lokale gezondheidsnota's van gemeenten. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ziet toe op de kwaliteit. Zij richt zich niet alleen op de kwaliteit van zorg en medische producten maar ook op preventie. Dit alles ter bevordering van de volksgezondheid.



Preventiecyclus voor Nederlands gezondheidsbeleid (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu).

De speerpunten van een lokale gezondheidsnota hangen dus nauw samen met de landelijke ontwikkelingen op het gebied van gezondheid. De landelijke tendensen vertalen zich meestal ook op lokaal niveau. Het is immers een afspiegeling van alle gemeenten, maar de nadruk kan per gemeente verschillen. Ook kan er sprake zijn van een specifiek lokaal of regionaal gezondheidsprobleem.

De voorgaande lokale gezondheidsnota was afhankelijk van de preventiecyclus uit het jaar 2006. Wat toen de speerpunten waren en wat hiermee is gedaan wordt in het volgende hoofdstuk omschreven.

2. Nota lokaal gezondheidsbeleid 2008- 2013

Om tot speerpunten voor de nieuwe nota te komen is het van belang stil te staan bij de voorgaande Gezondheidsnota. Wat hebben we tot nu toe gedaan en wat heeft dit opgeleverd? Dit is mede van belang om te bekijken welke activiteiten wel of niet worden voortgezet gedurende de periode van de nieuwe gezondheidsnota.

Hieronder gaan we kort in op de pijlers van de voorgaande Gezondheidsnota.

De voorgaande Gezondheidsnota liep van 2008 tot en met 2013. De beleidskaders waren:

1) Het uitvoeren van de taken gesteld in de wet collectieve preventie Volksgezondheid (WPG) op het gebied van collectieve gezondheidsbevordering, jeugdgezondheidszorg, infectieziekten en medische milieukunde. Met onder andere specifiek aandacht voor:

- het stimuleren van een gezonde leefstijl bij de diverse doelgroepen (kinderen/jongeren, volwassenen en ouderen) op het gebied van roken, overgewicht, alcohol en drugsgebruik, diabetes en depressies.

- het voorkomen en verminderen van psychische problematiek waaronder eenzaamheid.

- versterking van de medische milieukunde met als eerste prioriteit het verbeteren van het binnenmilieu op scholen.

2) Het stimuleren van de samenwerking preventieve en curatieve gezondheidszorg en het stimuleren van de samenwerking in de eerste lijn. Prioriteit kreeg het ontwikkelen van zorgprogramma's afgestemd op zorgbehoefte van inwoners van de gemeente Wijk bij Duurstede. De eerste twee zorgprogramma's hebben zich gericht op:

- multidisciplinaire aanpak van multi-problem gezinnen (waarbij zo mogelijk aansluiting gezocht wordt bij de ontwikkeling van een Centrum voor Jeugd en Gezin) .

- aanpak van toenemend overgewicht bij kinderen, volwassenen, ouderen door o.a. het stimuleren van gezond eten en meer bewegen .

3) Het verminderen van de belasting van mantelzorgers.



2.1 Uitvoering vorige gezondheidsnota

In deze paragraaf wordt in beeld gebracht wat er de afgelopen periode is uitgevoerd binnen de kaders van de vorige Gezondheidsnota. Dit beeld is van belang aangezien dit input levert voor deze gezondheidsnota. Aangezien de beleidskaders van de vorige nota breed omschreven waren en aandachtsgebieden bij meerdere beleidskaders werden benoemd zullen wij hieronder de beleidskaders beknopter verwoorden en vatten wij de uitwerking samen bij het meest passende beleidskader.

Uitvoering beleidskader 1: Uitvoering wetgeving, stimuleren gezonde leefstijl en voorkomen psychische problematiek (met name eenzaamheid).

Wet collectieve preventie Volksgezondheid

Inmiddels is deze wetgeving ondergebracht in de zogenaamde WPG (Wet publieke gezondheid). De wettelijk verplichte taken zijn hierin opgenomen. De uitvoering hiervan is ondergebracht bij de gemeenschappelijke regeling GGD Midden Nederland. Dit door middel van basistaken waar iedere gemeente een inwonersbijdrage voor betaalt.

De wettelijk verplichte taken zijn als volgt onderverdeeld:

Epidemiologie
Gezondheidsbevordering
Medische Milieukunde
Technische hygiënezorg

Infectieziektebestrijding
Jeugdgezondheidszorg uniform deel gemeenten/ maatwerk collectief/ rijksvaccinaties
Forensische zorg

In de voorgaande Gezondheidsnota werd de uitvoering hiervan als speerpunt opgenomen. Hierbij worden enkele taken expliciet genoemd, namelijk: collectieve gezondheidsbevordering, jeugdgezondheidszorg, infectieziekten en medische milieukunde.

Genotsmiddelen
Met de voorgaande Gezondheidsnota is veel aandacht besteed aan preventie en voorlichting op het gebied van alcohol en met name drugsgebruik. De aandacht is vervolgens meer verschoven naar het thema alcohol. Diverse activiteiten rondom dit thema zijn de afgelopen periode uitgevoerd. Zo is aan 121 personen (barpersoneel) van 10 verschillende sportverenigingen (kantinepersoneel) de IVA-training aangeboden. IVA staat voor Instructie Verantwoord Alcoholgebruik. We zullen bekijken wat de resultaten zijn en of het van belang is deze activiteit voort te zetten.

Recentelijk doet de gemeente Wijk bij Duurstede mee aan de aanpak Boete- of Kanskaart. Jongeren in de leeftijd van 12 tot 18 jaar die overtredingen begaan onder invloed van alcohol worden door de politie doorverwezen naar Halt en vervolgens op cursus gestuurd. Ook hun ouders worden in een aparte bijeenkomst voorgelicht. In ruil daarvoor krijgen ze geen boete of in het geval van een misdrijf geen aantekening op hun strafblad. Het gaat bijvoorbeeld om dronkenschap in het openbaar of vernielingen van eigendommen. De cursus wordt verzorgd door verslavingsinstelling Victas (voorheen onder de naam Centrum Maliebaan).

Momenteel wordt bekeken wat de resultaten zijn en of het zinvol is om hiermee door te gaan.

Voorlichting wordt gegeven aan basisschoolleerlingen via het project Gezonde School en Genotsmiddelen. Dit project, ingekocht bij de GGD Midden Nederland, bestaat uit lessen voor groep 8 over roken en alcohol en er worden ouderavonden georganiseerd. In de gemeente Wijk bij Duurstede is deze cursus in het schooljaar 2011-2012 op 12 basisscholen uitgevoerd. Dit project loopt in ieder geval door in 2013-2014.

Project gezond gewicht
In 2008 is dit project opgezet. Vertegenwoordigers van verschillende organisaties, die direct of indirect te maken hebben met gezond gewicht, nemen deel aan de werkgroep gezond gewicht. Om een gezond gewicht te stimuleren is de deelnota Gezond Gewicht ontwikkeld. De deelnota is de leidraad voor de werkgroep om preventie van overgewicht vorm te geven. In het onderliggende werkplan worden nieuwe activiteiten ontwikkeld om het uiteindelijke doel te behalen. Het hoofddoel is het voorkomen van overgewicht bij inwoners van de gemeente Wijk bij Duurstede.

Naast deze lange termijn doelstelling, zijn er ook kortere termijn doelstellingen geformuleerd, te weten:

1. Binnen de gemeente Wijk bij Duurstede blijft het aantal kinderen en jongeren dat kampt met overgewicht in 2012 stabiel.

Resultaat: Doelstelling behaald. Uit de Gezondheidsmonitor van de GGD van 2012 blijkt dat dit percentage is afgenomen. Het percentage overgewicht daalde van 17% naar 12% en het percentage obesitas van 1,9% naar 0,6%.

2. Het percentage volwassenen (18 jaar en ouder) uit de gemeente Wijk bij Duurstede dat de beweegnorm haalt ligt in 2012 5% hoger in vergelijking met 2008.

Resultaat: Doelstelling niet behaald. Het aantal volwassenen dat niet aan de beweegnorm voldoet is met 4% gestegen (35% versus 39%). Dit ondanks maatregelen om beweging te stimuleren. In het actieplan heeft doelstelling 1 wel meer aandacht gekregen en dat is terug te zien in de cijfers.

3. In 2012 zal het aantal 55 plussers dat gebruik maakt van het beweegaanbod dat is afgestemd op hun leeftijd, met 10 % gestegen zijn ten opzichte van 2007.

Resultaat*: De resultaten zijn nog niet bekend en worden opgenomen(als evaluatie) in de Sportnota en ingebracht in de werkgroep gezond gewicht.*

Uiteraard is het niet mogelijk om het causale verband aan te tonen tussen het behalen van de doelstellingen en de acties/ activiteiten die door de werkgroep zijn ingezet. Wel is duidelijk dat de activiteiten mensen tot nadenken hebben aangezet. Vooral het lespakket voor de basisscholen, Lekker Fit, is door een deelname van 9 van de 13 scholen een groot succes. Dit heeft zelfs landelijke bekendheid gekregen aangezien de eerste basisschool van Nederland die een Lekker Fit keurmerk kreeg uitgereikt werd in Wijk bij Duurstede (basisschool De Werkschuit). Daarnaast doen ook dit jaar weer rond de 700 leerlingen mee aan de hardloopwedstrijd de Tiende van Wijk. Een initiatief dat verder is uitgewerkt naar aanleiding van de werkgroep gezond gewicht. Naast deze initiatieven zijn er tal van andere activiteiten/ acties succesvol of minder succesvol ingezet.

De werkgroep brengt professionals minstens twee keer per jaar bij elkaar. Deze verbinding loont om in stand te worden gehouden. En dient zelfs te worden versterkt waarbij meer samenwerkingspartners gezocht worden, zodat de werkgroep zelf meer verantwoordelijkheid krijgt en de gemeente meer regiehouder is. Ook de verbinding tussen publieke en private organisaties kan worden versterkt door bijvoorbeeld de sportverenigingen hierbij te betrekken en een duidelijke rol te geven.

Het Signaleringsnetwerk

In 2006 is begonnen met het 'Project Activering' ter voorkoming en vermindering van eenzaamheid in de gemeente Wijk bij Duurstede. Er werd een netwerk opgezet waardoor organisaties beter zijn gaan samenwerken en de problematiek sneller en adequater wordt aangepakt. Later is hier de OGGZ- doelgroep (Openbare Geestelijke Gezondheidszorg) aan toegevoegd. De doelstelling is hierdoor breder geworden. Problematiek als overlast, verwaarlozing, bemoeizorg e.d. is toegevoegd.

In 2007 is er een coördinator aangesteld voor dit 'Signaleringsnetwerk'. Hoofddoel van het Signaleringnetwerk is:

> 'Problemen als gevolg van eenzaamheid en sociaal isolement (stille/zorgwekkende/zorgmijdende problematiek) van inwoners te verminderen door een vroegtijdige signalering en optimaal afgestemde ondersteuning en/of hulpverlening te bieden.'

De netwerkpartners die zich inzetten om eenzaamheid en sociaal maatschappelijk verval te bestrijden bestaan uit de volgende organisaties: Altrecht, Kwintes, Victas, MEE, Vitras/CMD: algemeen maatschappelijk werk en wijkverpleging, politie Wijk bij Duurstede, Woningstichting Volksbelang, Stichting BED en Buurtzorg. Deze organisaties signaleren problematiek, bespreken dit onderling en schakelen de juiste hulp in door de coördinator hierop te zetten.

Het aantal casussen in 2012 bedroeg totaal 84, bestaande uit 174 mensen. Het ging hier totaal over 357 problematieken. Het gaat hier vaak om multi-problem situaties. Een voorbeeld hiervan is dat er naast eenzaamheid een alcohol- en/of drugsprobleem is, in combinatie met hoge schulden.

In 2009 is het Signaleringsnetwerk uitgebreid geëvalueerd. Geconcludeerd werd dat het netwerk goed functioneert en wordt gezien als coördinatiepunt. Er wordt goed samengewerkt met de partners en met het Wmo-loket, waar veel wordt gesignaleerd. Het aantal meldingen bleek boven verwachting en ligt veel hoger dan het aantal meldingen bij andere gemeenten die gebruik maken van het Meldpunt Zorg en Overlast, dat is ondergebracht bij de GGD. Het Signalerings-netwerk is dan ook gecontinueerd en duidelijk is dat de druk op dit netwerk toeneemt. Daar moeten we rekening mee houden, zeker vanuit het Wmo-beleid. De bezuinigingen in de zorg zullen voor nog meer probleemgevallen zorgen, waardoor deze druk nog extra wordt opgevoerd. Het signaleren hiervan, opvangen en doorverwijzen naar de juiste instanties zal dan een belangrijkere rol krijgen.

Project KWIEK

Eenzaamheid en kwetsbaarheid komen veelal voor onder de doelgroep senioren. De gemeente heeft subsidie beschikbaar gesteld voor het lokale activiteitenprogramma KWIEK. Gelet op de dimensies die eenzaamheid beïnvloeden: lichamelijke activiteit, ongezonde voeding, een lage sociaal-economische status (SES) en gebrek aan cognitieve vaardigheden is er een multi-dimensionaal interventieprogramma opgezet rond bewegen, medicatie, voeding en het bevorderen van sociale vaardigheden. Doel hierbij is kwetsbaarheid te verminderen, zelfredzaamheid te verhogen en kwaliteit van leven te behouden. Dit programma is aangeboden aan 75 senioren boven de 64 jaar die zelfstandig thuis wonen in de gemeente Wijk bij Duurstede. Aan het programma is ook een wetenschappelijk onderzoek gekoppeld waar NUZO (Netwerk Utrecht Zorg Ouderen) subsidie voor heeft verleend. Het Julius Centrum van het UMC verricht dit onderzoek. Dit om de effecten te meten op de mate van kwetsbaarheid onder deze doelgroep. Op dit moment loopt het programma KWIEK nog. Er volgt een evaluatie van de uitvoering; zijn de doelen behaald en is het nuttig om dit project voortgang te bieden? Dit onderdeel wordt meegenomen in de ouderennota die momenteel in ontwikkeling is.

Uitvoering beleidskader 2) Stimuleren samenwerking preventieve en curatieve gezondheidszorg en samenwerking eerste lijn.

Zorg dicht bij huis en het voorkomen van zorgvraag door vroegtijdig in te spelen op specifieke gezondheidsrisico's vraagt om meer samenwerking tussen de klassieke domeinen van preventie, zorg en welzijn. Dit vraagt om een integrale aanpak.

Er is samen met de gemeente een netwerk opgezet bestaande uit partners uit de eerstelijnszorg en de gemeente. WIEL is de naam en staat voor Wijke Integrale Eerstelijn. Integrale afstemming en samenwerking waar nodig. In 2011 is het WIEL geëvalueerd en is gekeken in welke vorm het WIEL verder kan. Bureau Radaelijn heeft hieraan een bijdrage geleverd. Dit is een organisatie die werkt aan het versterken van de eerstelijnsgezondheidszorg in Midden-Nederland. Zij ondersteunen het WIEL al enkele jaren.

Doelstellingen die zijn geformuleerd om verder te gaan:

1. Komen tot een goed werkbare eenheid om samenwerking in de eerste lijn in Wijk bij Duurstede verder te ontwikkelen.

2 Te komen tot een plan met doelen en activiteiten van de kerngroep en verbinding met disciplines en organisaties in Wijk bij Duurstede.

3. Landelijke en regionale ontwikkelingen te toetsen op bruikbaarheid en haalbaarheid voor Wijk bij Duurstede.

4. Indien gewenst, te komen tot een aanspreekbare eenheid voor externe partijen.

De doelstellingen zijn momenteel deels behaald. Er is een kerngroep opgezet; deze is relatief klein, maar wel werkbaar en nog groeiende. Het WIEL wordt gezien als aanspreekpunt voor de eerste lijn. Vanwege beperkte omvang in de kerngroep is gekozen voor 2 netwerk-bijeenkomsten per jaar. Deze worden goed bezocht door gemiddeld 35 personen. Dit zijn onder andere de huisartsen, fysiotherapeuten, ergotherapeut, Stichting MEE, Indigo,Vitras/CMD, Buurtzorg, GGD Midden Nederland, Dagcentrum Uitwijk, diëtisten, Stichting Binding en het Wmo-loket.

De bijeenkomsten worden geëvalueerd door de deelnemers en krijgen gemiddeld het cijfer 8. Plan voor de toekomst met het WIEL:

1. Jaarlijks 2 netwerkbijeenkomsten organiseren. Indien gewenst kan het WIEL hierbij de ervaring en inbreng van Bureau Raedelijn inroepen.
2. De rol van platform verder vormgeven door professionals in de eerste lijn uit te dagen een bijdragen te gaan leveren aan de netwerkbijeenkomsten van het WIEL.
3. Landelijke en regionale ontwikkelingen blijven toetsen op bruikbaarheid en haalbaarheid voor Wijk bij Duurstede.

Ook is het een uitdaging om te kijken of het mogelijk is het WIEL als platform te laten fungeren waar preventie en curatie in samenhang worden doorontwikkeld. Samenwerking met de gemeente en ons Wmo-loket kan zorgen dat zorg en welzijn elkaar versterken waarbij de nulde-, de eerste- en tweedelijnszorg elkaar weten te vinden.

Uitvoering beleidskader 3) Mantelzorg.

Om mantelzorgers te ondersteunen zijn er zes beleidsuitgangspunten geformuleerd namelijk: meer bekendheid, meer aandacht voor de positie van mantelzorgers, behoeften van mantelzorgers in beeld brengen, hiaten in ondersteuning opsporen, voldoende ondersteuning aanbieden en respijtzorg professioneler opzetten en ondersteunen. De uitvoering van de mantelzorgondersteuning is ondergebracht bij Stichting Binding in de vorm van een Steunpunt Mantelzorg. Daarnaast ontvangen organisaties

die actief zijn op het gebied van informele zorg subsidie en subsidieert de gemeente diverse vrijwilligersorganisaties.

Met het steunpunt Mantelzorg, ondergebracht bij Stichting Binding, worden drie hoofdtaken onderscheiden namelijk: informeren, adviseren/begeleiden en ontlasten. Alle onder-steuningsvormen van de zeven basisfuncties (informatie, advies/ begeleiding, emotionele steun, educatie, praktische hulp, respijtzorg, financiële tegemoetkoming en materiële hulp) worden hier aangeboden.

Het aantal geregistreerde mantelzorgers in 2012 bedroeg 235. Ten opzichte van het jaar 2011 zijn er 67 nieuwe mantelzorgers in beeld gekomen.
De aandacht zal voor de toekomst vooral liggen op het contact met andere partijen om zodoende nog meer mantelzorgers in beeld te krijgen. Het blijft een uitdaging om mantelzorgers te bereiken. Dit begint al bij het feit, dat nog niet eens de helft van de mantelzorgers zichzelf ook daadwerkelijk als mantelzorger beschouwt.

Het steunpunt zal zich daarbij vooral inzetten op het contact met de eerstelijnszorg voor betere doorverwijzing naar het steunpunt. Steunpunt Mantelzorg heeft een gezamenlijk plan (met het vrijwilligerswerk) om de hiaten in de respijtzorg op te sporen, om de mantelzorgers te ontlasten, hier een sociale kaart van te maken en meer vrijwilligers te activeren en toe te leiden naar de functie van zorgvrijwilliger.

De komende periode blijft het van belang mantelzorgers in beeld te krijgen en hen de juiste vorm en mate van hulp en ondersteuning te blijven bieden. Er zijn nog teveel mantelzorgers die zich overbelast voelen (15% van de volwassenen en 17% van de senioren). Dit onderwerp is van belang, het aantal mantelzorgers zal door de bezuinigingen in de zorg toenemen en daarmee ook het aantal overbelaste mantelzorgers. Dit thema is dan ook een belangrijke pijler binnen de Wmo en is daarom opgenomen in het Wmo beleidsplan.



3. De Landelijke nota gezondheidsbeleid

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in 2011 de nieuwe landelijke Nota Gezondheidsbeleid gepresenteerd. Deze nota is een reactie op de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2010 vanuit het RIVM en de rapportage Staat van de Gezondheidszorg 2010 (SGZ) van de Inspectie Volksgezondheid.

Zoals in de preventiecyclus is aangegeven vormen de landelijke speerpunten ook input voor de lokale gezondheidsnota. Welke gezondheidsthema's krijgen de komende jaren landelijk de aandacht?

Opvallend is dat de speerpunten uit de voorgaande landelijke nota (2006) overeind zijn gebleven in de nieuwe landelijke nota. De speerpunten waren en blijven gericht op:

Dit betekent:

- Inzetten op spelen, bewegen en sporten;
- Jeugd benoemen als belangrijke doelgroep voor het lokaal gezondheidsbeleid;
- Stimuleren van publiek private samenwerking op lokaal niveau;
- Verbindingen leggen tussen verschillende beleidsterreinen en gezondheid: verknopen van gezondheid met andere belangrijke beleidsdoelstellingen, bijvoorbeeld op het terrein van jeugd-beleid, ruimtelijke ordening, welzijn en veiligheid;
- Een bijdrage leveren aan het realiseren van 'gezondheid in de buurt'.
    - Overgewicht
    - Diabetes
    - Depressie
    - Roken
    - Schadelijk alcoholgebruik

Aanvullend is, dat de nieuwe nota zich meer focust op bewegen. De jeugd krijgt extra aandacht in de landelijke gezondheidsnota, zij zijn immers de toekomst. Naast bevordering van (het aanleren van) een gezonde leefstijl, vroege signalering van risico's en inzet op weerbaarheid om dagelijkse verleidingen te weerstaan, vindt het kabinet dat het stellen van grenzen en het stimuleren van een gezonde basis bij de jeugd gerechtvaardigd zijn.

In het regeerakkoord 'bruggen slaan' wordt ook duidelijk gemaakt dat ingezet wordt op preventie. Met name sport en bewegen vormen een belangrijke pijler om in te investeren.

De kabinetsvisie op het gebied van gezondheid is uitgewerkt in drie thema's. Hier volgt een korte samenvatting.

1. Vertrouwen in gezondheidsbescherming

Op de risicofactoren voor de gezondheid waar men zelf moeilijk tot geen invloed op kan uitoefenen, kan men rekenen op de overheid. Dit door heldere wet- en regelgeving en toezicht op de naleving hiervan.

2. Zorg en sport dichtbij in de buurt

Het bevorderen van de gezondheid in de gezondheidszorg is een speerpunt naast het bestrijden van ongezondheid. Dit door laag-drempelige zorgvoorzieningen in de buurt of via digitale bereikbaarheid zoals eHealth. Evenals het tijdig signalering van gezondheidsrisico's en effectieve interventies en innovatieve behandelwijzen toepassen.

Zorg en preventie moeten beter op elkaar worden afgestemd. Van belang hierbij is een goede verbinding tussen de publieke gezondheid, de basiszorg vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), de AWBZ en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Iedereen dient veilig te kunnen sporten, bewegen en spelen in de buurt.

3. Zelf beslissen over leefstijl

Mensen zijn zelf verantwoordelijk en maken eigen keuzes over hun leefstijl. De omgeving moet daarbij zo worden ingericht zijn dat het makkelijk wordt gemaakt om een gezonde keuze te maken. Hier dienen diverse maatschappelijke sectoren bij betrokken te worden. Publiek private samenwerking (PPS) stimuleert het maken van gezonde keuzes door deze aantrekkelijk en toegankelijk te maken. Betrouwbare, toegankelijke en doelgerichte informatie is hierbij ook van essentieel belang.

3.1. Nationaal Preventie Programma

Voortbordurend op de landelijke gezondheidsnota wordt er momenteel gewerkt aan het ontwikkelen van een Nationaal Programma Preventie (NPP) vanuit het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Centraal staat de ambitie dat iedereen een goede kwaliteit van leven heeft, optimaal participeert en er op kan vertrouwen dat risico's van buiten minimaal zijn. Doelstellingen hierbij zijn:

1) Preventie een prominente plek in de zorg geven.
2) Gezondheid bevorderen door een integrale aanpak.
3) Gezondheidsbescherming op peil houden.

De gezonde levensverwachting van laagopgeleiden wil het NPP substantieel verbeteren. Verder wordt er werk gemaakt van de reductie van chronische ziekten en de risicofactoren daarvoor: diabetes, depressie, overgewicht, roken, alcohol en onvoldoende bewegen. Dit zijn al langer de speerpunten van het landelijke gezondheidsbeleid. Duidelijk is geworden dat effect alleen behaald kan worden met langdurig volgehouden, en op veel terreinen gelijktijdige ingezette maatregelen. Deze maatregelen moeten dan wel dicht bij de leef- en belevingswereld staan van mensen en vraagt om een integrale aanpak. Belangrijke constatering is ook dat de landelijke speerpunten de ziekten en risicofactoren zijn waar de meeste zorgen om gemaakt worden, en waar de meeste gezondheidswinst valt te behalen. Beïnvloeding voor het maken van individuele keuzes en gedrag als op de omgeving spelen een belangrijke rol om gezond te kunnen en willen leven.

De speerpunten en thema's uit de landelijke nota zullen naast de lokale speerpunten worden gelegd, mede om te bekijken of deze speerpunten en thematische aanpak op elkaar aansluiten en welke prioritering gewenst is.

4 . Huidige ontwikkelingen

We leven in een andere tijd dan de periode waarin de vorige gezondheidsnota werd ontwikkeld. We zitten in een economische crisis die vanaf 2008 zijn intrede had in Nederland. Naast bezuinigingen worden we geconfronteerd met diverse decentralisaties en transities. De rol van preventie in de gezondheidsnota kan gezien worden als doel op zich maar ook als middel dat van belang is om doelen elders te behalen. Hierna zullen we kort ingaan op deze ontwikkeling, door te bekijken welke maatregelen er zijn genomen die de zorg raken. De rol van de gezondheidsnota wordt daardoor begrijpelijk.

4.1 Bezuinigingen en transities

Bezuinigingen in de zorg

Vooral op de zorg wordt flink bezuinigd, maar liefst 5 miljard. De overheid geeft minder geld uit aan de zorg door o.a. het financieringsstelsel te veranderen. Minder collectieve middelen betekent dat burgers zelf meer moeten betalen. Dit met als doel om burgers meer kostenbewust te maken waarbij de kosten meer komen te liggen bij de 'zorgconsument'. Zo wordt de zorgtoeslag afgeschaft en wordt het eigen risico inkomensafhankelijk gemaakt. Men moet meer gaan betalen voor langdurige zorg. Er komen eigen bijdragen voor alle GGZ- (Geestelijke Gezondheidszorg) cliënten en er wordt een eigen bijdrage verwacht van mensen die zich zonder verwijzing van een huisarts melden bij de SEH (Spoedeisende Hulp).

Doordat cliënten steeds meer zelf moeten betalen bestaat het risico dat men steeds minder zorg vraagt, omdat dit te duur wordt. Vooral mensen met een psychiatrische achtergrond kunnen daar de dupe van worden.

Zij betalen een hogere eigen bijdrage voor de tweedelijns GGZ-zorg met als doel dat minder gebruik gemaakt zal worden van gespecialiseerde en duurdere zorg.

Het risico bestaat hierdoor dat deze mensen verder verslechteren doordat zij geen hulp ontvangen omdat zij dit weigeren vanwege de hoge kosten. Deze doelgroep heeft het namelijk in de meeste gevallen financieel niet zo breed; ze kunnen vaak niet volledig werken of een studie volgen, gelet op hun psychische gezondheid. Hierdoor hebben zij een groter risico op terugval, vereenzaming of verwaarlozing, waardoor preventie, signalering en doorverwijzing van belang zijn.

Scheiding van wonen en zorg

Vanaf 2014 wordt er onderscheid gemaakt tussen wonen en zorg. Het Rijk heeft maatregelen genomen om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Mensen met een lichte zorgvraag zullen dan meer benodigde zorg in eigen huis moeten ontvangen. Dit door het wegvallen van de ZZP's (Zorg Zwaarte Pakketten) [1] 1 t/m 4, waardoor mensen geen indicatie meer krijgen voor een verzorgingshuisopname. Deze groep komt over naar de gemeenten en zal vooral meer gebruik maken van de Wmo *(*Wet maatschappelijke ondersteuning*).* De druk op ons Wmo-loket, waar de vragen van inwoners voor hulp en ondersteuning op het gebied van zorg

[1] Een zorgzwaartepakket (ZZP) beschrijft welke ondersteuning of zorg iemand nodig heeft die niet zelfstandig kan wonen. Er zijn lichte pakketten voor mensen die alleen hulp nodig hebben bij de dagelijkse verzorging. En zware pakketten voor mensen met bijvoorbeeld een ernstige beperking of een zware vorm van dementie.

en welzijn centraal binnenkomen, zal hiermee ook toenemen. Mogelijk dat ZZP 3 en 4 deels wel kunnen worden opgenomen in een instelling.

Een goede gezondheid is van groot belang om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen en om mee te kunnen draaien in de maatschappij. Ook hier is preventie, signalering en op tijd doorverwijzen naar de juiste hulp van groot belang.

Zelf beslissen en eigen verantwoordelijkheid

De Wmo is van kracht sinds 2007. Het doel is om zo volwaardig mogelijk deel te nemen aan de maatschappij. Ook mensen met belemmeringen in de zelfredzaamheid en participatie. Hiervoor stelt de gemeente beleid op, passend binnen deze wetgeving. Bij het Wmo-loket kunnen inwoners terecht voor vragen over wonen, welzijn en zorg. Dit loket is gevestigd in het oude postkantoor waar ook ons Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) en de brede welzijnstichting Binding gevestigd zijn. Dit is een laag-drempelige en herkenbare plek waar de lijntjes kort zijn en goed integraal wordt samengewerkt.

De doelstelling van de Wmo gericht op actieve deelname van inwoners heeft invloed op de gezondheidstoestand, doordat dit bijvoorbeeld een bijdrage levert aan het voorkomen van depressie- of eenzaamheids-klachten van inwoners. Ook activiteiten van welzijnsorganisaties zijn preventief van aard en gericht op activering en ontmoeting.

Vanuit de Wmo wordt nu gewerkt vanuit het principe van de Kanteling en het 'Eigen kracht' principe. Als iemand met een hulpvraag bij ons Wmo-loket komt, dan wordt de vraag achter de vraag goed achterhaald en wordt bekeken wat het probleem is, wat men hier zelf aan kan doen of wie er vanuit zijn/haar sociale netwerk een bijdrage aan kan leveren. Levert dit niets op, dan wordt gekeken naar algemene voorzieningen en als laatst naar de duurdere individuele voorzieningen.

Deze Kanteling is ook van toepassing op het gezondheidsbeleid door de eigen kracht van iemand te stimuleren om eerst te kijken naar wat men zelf of samen met de omgeving kan doen om de gezondheid te bevorderen een gezonde levensstijl na te leven.

Het kabinet staat ook duidelijk voor eigen verantwoordelijkheid en eigen kracht van mensen op het gebied van gezondheid. De overheid is dan niet in eerste instantie aan zet, maar de mensen zelf. Dit vraagt om betrokkenheid van het bedrijfsleven en het maatschappelijk middenveld zoals maatschappelijke organisaties, het onderwijs en zorgverleners. Eigen kracht en eigen verantwoordelijkheid van burgers is dan ook een belangrijk thema in de landelijke preventienota 'Gezondheid dichtbij'. Dit vanuit het uitgangspunt dat gezond leven een keuze is en dat de verantwoordelijkheid hiervoor allereerst bij de burger zelf ligt.

Duidelijk moet wel zijn dat kiezen voor gezond leven niet voor iedereen heel eenvoudig is. Er zijn diverse verleidingen in de samenleving die je op het slechte pad kunnen brengen. Daarom is het inrichten van een gezonde samenleving om een gezonde keuze te maken van groot belang.

Transitie AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)

Wanneer je door ziekte of een handicap afhankelijk wordt van langdurige zorg (thuis of in een instelling) dan deed je een beroep op de AWBZ. Iedere Nederlander is hiervoor automatisch verzekerd. Nu wordt de AWBZ sterk versoberd. Alleen noodzakelijke en (kosten) effectieve zorg

wordt nog vergoed. De AWBZ wordt daarmee alleen beschikbaar voor de zwaarste zorg voor ouderen en gehandicapten.

Vanaf 2015 komen de onderdelen begeleiding en persoonlijke verzorging vanuit de AWBZ over naar de gemeente en kan in verschillende vormen worden afgegeven, zoals individuele begeleiding (bijvoorbeeld gezins-ondersteuning of woonbegeleiding) of groepsbegeleiding (bijvoorbeeld op dagactiviteitencentra of zorgboerderijen). Onder begeleiding valt ook het kortdurend verblijf. Het gaat hier om logeervoorzieningen voor kinderen en volwassenen die thuis verzorgd worden en permanent toezicht nodig hebben. Kort verblijf heeft tot doel de mantelzorger te ontlasten. De doelgroepen die gebruik maken van begeleiding zijn mensen met een verstandelijke beperking, psychiatrische beperking, zintuiglijke beperking, somatische beperking en mensen vanuit de psychogeriatrie (dementie).

Door de korting op de AWBZ en overheveling naar de Wmo is het van belang dat deze inwoners (cliënten) niet tussen wal en schip raken. Een goede gezondheid is van belang om te kunnen participeren. Een dag-besteding kan als een zinvolle invulling worden beschouwd waarbij men zich prettig en nuttig voelt, maar waar men ook sociale contacten aan overhoudt. Dit kan invloed hebben op de gezondheidstoestand (zie H 2; determinanten van gezondheid).

Transitie Jeugdzorg

In 2011 is ons *Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG)* geopend. Hier kan iedereen terecht met vragen en problemen over opvoeden en opgroeien. In het CJG worden taken op het gebied van jeugd en opvoeden gebundeld. Achter dit loket kunnen de taken van in ieder geval de jeugdgezondheidszorg, delen van het algemeen maatschappelijk werk die voor jeugdigen en/of ouders relevante ondersteuning aanbieden en andere organisaties op het gebied van de opvoed- en gezinsondersteuning, gebundeld worden. Het is de verwachting dat per 1 januari 2015, voorzien van een bezuiniging, alle zorg voor jeugd over-gaat naar gemeenten. Het gaat hier om de volgende te decentraliseren taken: provinciale jeugdzorg, jeugdbescherming, jeugdreclassering, jeugd geestelijke gezondheidszorg (jeugd-ggz), zorg aan licht verstandelijk beperkte jeugdigen (jeugd-lvb), JeugdzorgPlus (gesloten jeugdzorg). Doelgroep is alle jeugd tot 18 jaar (en gezinnen) die te maken heeft/hebben met (ernstige) problemen op het gebied van opvoeden en opgroeien. Lichtere vormen van opvoedingsondersteuning (zoals gebundeld in het Centrum voor Jeugd en Gezin) vallen reeds onder de verantwoordelijkheid van de gemeente. Voordeel van deze transitie is dat de verantwoordelijkheid voor alle zorg voor jeugd in één hand ligt, zodat er geen schotten meer zijn tussen de verschillende vormen van zorg en de lijnen korter zijn. Verwachting is verder dat door vroegtijdig in te grijpen in het preventieve veld, het beroep op de zwaardere jeugdzorg zal afnemen.

Ook zal vanaf augustus 2014 de Wet Passend Onderwijs ingaan waarbij kinderen met een handicap of gedragsproblemen recht hebben op een passende onderwijsplek. Scholen moeten een passende onderwijsplek bieden aan leerlingen die extra ondersteuning nodig hebben.

Participatiewet

Het is de bedoeling dat deze wet ook per in januari 2015 wordt ingevoerd. Doel van het kabinet hierbij is om mensen met een bijstandsuitkering en gedeeltelijk arbeidsongeschikten te helpen om weer mee te doen in de samenleving. Deze wet is een samenvoeging van de Wet werk en bijstand, de Wet sociale werkvoorziening en een deel van de Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten (Wet Wajong) waardoor één regeling ontstaat. Het gaat hier om voorgenomen beleid.

De Participatiewet moet nog verder worden uitgewerkt. De Tweede Kamer zal het voorstel nog moeten behandelen alvorens goedkeuring te kunnen geven. Na goedkeuring door de Tweede Kamer moet de Eerste Kamer het wetsvoorstel behandelen en goedkeuren.

Wat er zal veranderingen is dat de Wajong er vanaf 1 januari 2015 alleen nog maar is voor mensen die volledig en duurzaam niet kunnen werken. Wanneer men hier niet het recht toe heeft, dan gaat men naar het werkbedrijf van de gemeente waar wordt gekeken naar mogelijkheden om wel weer aan het werk te komen. Op dit moment is de Wajong er voor alle mensen die op jonge leeftijd een ziekte of handicap hebben gekregen. Arbeidsgehandicapten konden een beroep doen op de Wet Sociale Werkvoorziening. Per 1 januari 2015 dienen nieuwe medewerkers ook een beroep te doen op het gemeentelijke werkbedrijf.

Mensen die helemaal niet kunnen werken, kunnen een beroep blijven doen op een sociaal vangnet in de vorm van een bijstandsuitkering. De Participatiewet zal wel moeten voorkomen dat mensen in dit vangnet blijven.

Hoe deze wet er in zijn totaliteit uit komt te zien is nu dus nog onduidelijk. Wel is duidelijk dat het doel is mensen te laten participeren in de samenleving. Mensen die een afstand tot de arbeidsmarkt hebben dienen geactiveerd te worden. Sommige mensen hebben een kleinere afstand hiertoe, maar sommigen ook behoorlijk groot. Voor deze mensen is het bijvoorbeeld van belang dat zij in de vorm van arbeidsgerelateerde dagbesteding weer onder de mensen komen en weer structuur in hun leven krijgen. Of is vrijwilligerswerk het hoogst haalbare. Anderen kunnen weer groeien door vanuit vrijwilligerswerk te komen tot (weer) een betaalde baan.

Ook hierbij geldt dat een goede gezondheid een positief effect heeft op het participeren in de maatschappij en daarmee ook op (deels) onbetaalde en (deels) betaalde arbeid. Gezondheidsbeleid is hierin een middel om de zelfredzaamheid en participatie te bevorderen. Daarbij moet ook worden opgemerkt dat een deel van mensen die behoren tot deze doelgroep een lage SES hebben. Hun leefstijl is niet optimaal en daarmee ook hun gezondheidstoestand. Het is een groep waar gerichte preventie mogelijkheid biedt om de gezondheidstoestand te beïnvloeden.

Ketenbenadering

Ketenzorg is geen nieuw begrip, maar wordt wel meer bepalend voor efficiëntere en cliëntgerichte zorg Het gaat hierbij om het organiseren en verlenen van vraaggestuurde zorg. De vraag die centraal staat is: wat heeft de persoon nodig en waar wordt die zorg door wie in de keten geleverd? Hiervoor dient een keten opgezet te worden, bijvoorbeeld gericht op een specifiek ziektebeeld (dementie of diabetes). De keten start al met de preventie en sluit met het onderdeel (extramurale) opname. Door de ketenbenadering wordt de dienstverlening beter

afgestemd op de wensen en behoeften van de cliënt maar ook op die van de mantelzorger[2]. De dienstverlening wordt efficiënter in het behalen van gezondheidsdoelen, omdat zorgaanbieders samenwerken. Afzonderlijk hebben zij vaak onvoldoende overzicht in de complexe vormen van zorgverlening. Het is voor de gemeente dan een belangrijke taak om de ketenkwaliteit te bevorderen door meer afstemming van preventie op zorg (curatie) en verzorging (care) en het versterken van samenhang in de niet-preventieve zorg.

Integrale benadering

De Wmo en de Zorgverzekeringswet (Zvw) raken de publieke gezondheidszorg nauw. Vanuit beide wettelijke kaders worden preventieve of gezondheid bevorderende activiteiten uitgevoerd. De Zvw wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars en is gericht op curatieve zorg (zorg gericht op herstel). Het is dan ook relevant om samenwerking met elkaar te vinden hierin. Dit zal vooral in regionaal verband plaatsvinden en vindt al plaats op het gebied van de AWBZ transitie.

Om de samenleving zo gezond mogelijk in te richten heb je samenwerking nodig met de landelijke overheid en lokale dan wel regionale organisaties. De aandacht van de overheid gaat specifiek uit naar gezondheidsvaardigheden, naar leefstijl van de jeugd en de rol van ouders en professionals hierbij, en naar betrouwbare en toegankelijke informatie voor de inwoners. Deze benadering past binnen deze lokale gezondheidsnota, om zo de eigen verantwoording te stimuleren in het maken van gezonde keuzes en een gezonde leefstijl.

[2] Onbetaalde, intensieve en langdurige zorg voor iemand waarmee je een persoonlijke relatie hebt.

Gelet op de bezuinigingen, de transities en de eigen verantwoordelijkheid is investeren in preventie, waarbij inwoners zo lang mogelijk gezond en zelfstandig thuis kunnen (blijven) wonen, een steeds belangrijkere en noodzakelijke taak van de gemeente. Dit vraagt om meer samenwerking met de Wmo, de welzijnsorganisaties, de eerstelijnsgezondheidszorg (huisartsen) en de tweedelijnsgezondheidszorg (psychologen). Maar ook met het maatschappelijk middenveld, bedrijven en het onderwijs. De verantwoording delen, gezamenlijke doelen nastreven en ieders expertise inzetten om op een laagdrempelige manier informatie advies en begeleiding te bieden. Vanuit het lokale gezondheidsbeleid wordt al veel (integraal) samengewerkt met de Wmo, de sociale beleidssectoren zoals de jeugd (gezondheidszorg), onderwijs en sport, maar ook met de fysieke beleidssectoren waaronder ruimte, wonen en milieu. Dit zal moeten worden versterkt. Het is aan de gemeente de taak om gelet op de huidige ontwikkelingen een lokale beleidsnota te ontwikkelen die hierop aansluit. Samenwerken is daarbij nog belangrijker geworden en zelfs noodzakelijk.

Doel en middel

Het gezondheidsbeleid kan gezien worden als doel op zich: de gezondheidstoestand van onze inwoners te beschermen en te bevorderen; maar kan ook gezien worden als middel. Het kan een middel zijn om de zelfredzaamheid en participatie te bevorderen wat weer doelstellingen zijn binnen de Wmo, de Participatiewet en het ouderenbeleid.

Een gunstig leefklimaat is niet alleen vanuit het gezondheidsbeleid te beïnvloeden, daarvoor zijn ook maatregelen nodig vanuit andere beleidsterreinen zoals onderwijs, sport, ruimtelijke ordening en sociale zaken. Zo is een groene woonomgeving met genoeg speelruimte en wandelpaden bijvoorbeeld gunstig voor de gezondheidstoestand. Zorgen sport-

activiteiten voor meer fysieke beweging en meer sociale contacten, wat ook een positieve invloed heeft op de gezondheid. Of kunnen vrijwilligers bijvoorbeeld als maatjes worden ingezet voor mensen die eenzaam zijn (vanuit het vrijwilligersbeleid).

Uitvoering gezondheidsnota

De uitvoering van deze nota zal dan ook integraal opgepakt worden gelet op de diverse raakvlakken met andere beleidsterreinen. De uitvoering van de gezondheidsnota zal aansluiten bij de transitietrajecten. Met name gericht op de Wmo (Kanteling en eigen kracht) en de extra aandacht voor nieuwe cliënten uit de AWBZ (nieuwe doelgroepen voor preventief gezondheidsbeleid). Er zal integraal gewerkt worden met het jeugdbeleid en bijbehorende transitie jeugdzorg en de participatiewet. Ook vraagt dit om een investering in samenwerking en samenhang tussen preventie – curatie. Het WIEL kan hier mogelijk een rol in hebben, gekoppeld aan het Wmo-loket. Samenwerking tussen de gemeente en de huisarts en de zorgverzekeraar is ook van belang. Deze constateringen zijn belangrijke input om daadwerkelijk de nota met bijbehorende pijlers tot uitvoering te brengen en resultaten te boeken. Evenals het betrekken van het maatschappelijk middenveld en publieke en private partijen. Met elkaar samenwerken om gezamenlijke doelen te behalen.



5. Gezondheid in Wijk bij Duurstede

Om tot een nieuwe gezondheidsnota te komen is het uiteraard van belang om te weten hoe het met de gezondheid van de inwoners van onze gemeente is gesteld. Dit naast evaluatie van de voorgaande gezondheidsnota en de input vanuit de landelijke gezondheidsnota. De gezondheidscijfers van de GGD Midden Nederland zijn daarbij van belang, aangezien deze een statistisch beeld geven van de gezondheidsproblemen die zich in onze gemeente voordoen, in vergelijking met de regio en voorgaande jaren. Deze cijfers zeggen niets over de oorzaak en de causaliteit tussen de aanwezige gezondheidsproblemen. Mede daarom is input vanuit het veld bestaande uit zorg- en welzijnsorganisaties (de tweedelijnszorg en de nuldelijn) en mensen uit de eerstelijnsgezondheidszorg (huisartsen) van belang. De cijfers van 2012 waren toen nog niet bekend, daarom zijn de toen meest recente cijfers (2008) gepresenteerd. Herkennen zij zich in de gezondheidscijfers van Wijk bij Duurstede, welke gezondheidsproblemen ontbreken? Waar liggen de prioriteiten? Hoe kan men zelf de problemen aanpakken en wat is de rol van de gemeente hierbij? Wat kunnen andere organisaties hierin betekenen en hoe kan zo optimaal mogelijk samengewerkt worden? Deze vragen stonden dan ook centraal tijdens de bijeenkomsten met het veld. Daarover in paragraaf 5.3 straks meer.

5.1 Hoe gezond zijn onze inwoners?

Hoe is het nu gesteld met de gezondheid van onze inwoners? De Gezondheidscijfers van de GGD Midden Nederland laten ons zien wat nadrukkelijk gezondheidsproblemen zijn in de gemeente Wijk bij Duurstede. De tabellen zijn opgenomen als bijlage (bijlage 1). De cijfers

zijn gebaseerd op de doelgroepen jeugd, volwassenen en senioren. De gezondheidscijfers van de senioren noemen wij wel hier in de gezondheidsnota, maar deze vormen vooral input voor de ouderennota die momenteel in ontwikkeling is. We zetten de opmerkelijke conclusies per doelgroep uiteen.

Lokale gezondheidsresultaten doelgroep Jeugd

Lichamelijke gezondheid

Van de kinderen tussen de 9 en 12 jaar ervaart 8% psychosomatische klachten (zoals hoofdpijn, buikpijn, moe, slecht slapen). Ongeveer gelijk aan de regio (9%).

Psychische gezondheid

Wanneer we kijken naar de SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire bestaande uit stellingen over: hyperactiviteit, emotionele problemen, problemen met leeftijdsgenoten, gedragsproblemen en prosociaal gedrag) dan kunnen we stellen dat het percentage 13 tot 14 jarigen een iets hogere score heeft in vergelijking met de regio: 14% versus 11%. In 2008 was dit percentage 9%, het percentage is dus ook toegenomen in de afgelopen jaren.

Het is opvallend dat veel kinderen worden gepest op school. Maar liefst 44% werd (weleens) gepest op school (versus 39% in de regio). Ook opvallend is de ongunstige score op het welbevinden van de school (43% versus 33% regio). Ook is een ongunstige score zichtbaar op het zelfvertrouwen, 33% versus 22% in de regio.

Onder de jongeren op het voortgezet onderwijs kwam naar voren dat 7% van de schoolgaande 12 tot 18 jarigen uit de gemeente Wijk bij Duurstede soms tot vaak thuis mantelzorg verleent. Naar voren is gekomen dat deze jongeren vaker emotionele- of gedragsproblemen hebben, vaker van school verzuimen en vaker alcohol of drugs gebruiken dan andere jongeren.

Leefgewoonten

Het percentage 9 tot 12 jarigen dat wel eens alcohol heeft gedronken is hoger ten opzichte van de regio (56% versus 41%). Het percentage kinderen onder de 16 jaar dat de afgelopen 4 weken alcohol heeft genuttigd bedraagt 36% (versus 32% regio). En het binge-drinken (minimaal 5 of meer glazen alcohol per maand op een dag) scoort ook ongunstig, namelijk 33% versus 28% in de regio.

Positief is dat onder de 9 tot 12 jarigen het percentage dat wel eens alcohol heeft gedronken flink is gedaald. Van 58% in 2006-2007 naar 39% in 2009-2010. En het percentage kinderen dat thuis alcohol mag drinken is eveneens gedaald met 6% (van 13% naar 7%).

18% van de 12 tot 18 jarigen rookt en 6% gebruikt wel eens hasj of wiet. Kijken we naar het seksueel gedrag van deze jongeren dan constateren wij dat 20% onder de 12 tot 18 jarigen die al geslachtsgemeenschap heeft, 32% geen condoom gebruikt. Dit is ongeveer gelijk aan de regio.

Het percentage jongeren met overgewicht is onder de 13 en 14 jarigen iets toegenomen, van 11% naar 17% en is daarmee hoger ten opzichte van de regio (13%). Het percentage jongeren met overgewicht tussen de 9 en 11 jaar is significant gedaald. Van 17% in 2008 (start lokaal project Gezond

Gewicht) naar 13% in 2009. In de leeftijdscategorie van 12 tot 14 jaar is het aantal gestegen van 10% naar 17%.

Sociale omgeving

De sociale omgeving en dan vooral de thuissituatie is medebepalend voor de gezondheidstoestand van de jongeren. Op basis van de percentages kan berekend worden dat in gemeente Wijk bij Duurstede naar schatting 108 kinderen in een uitkeringsgezin leven en 153 kinderen laagopgeleide ouders hebben. Het aantal echtscheidingen in klas 2 (13 jaar) en klas 4 (17 jaar) is toegenomen met 5% (19% in 2008 en 24% in 2012).

Naar schatting zijn er 370 kinderen in onze gemeente met ouder(s) die kampen met risicovolle of problematische schulden.

Het is te verwachten dat deze aantallen zullen toegenomen, gelet op de financiële crisis.

Concluderend

Overgewicht onder de jeugd is nog steeds een aandachtspunt. Pesten komt te vaak voor en de psychische gezondheid (wat daarmee kan samenhangen) vraagt de nodige aandacht. Ook veilig vrijen is een punt van aandacht.

Het alcoholgebruik onder jongeren is weliswaar gedaald, maar het aantal jongeren dat drinkt , drinkt daadwerkelijk veel (binge-drinken).

Lokale resultaten doelgroep volwassenen

Lichamelijke gezondheid

Opvallend is dat het aantal volwassenen (44%) met ten minste één chronische aandoening significant hoger is ten opzichte van de regio (40%) en Midden Nederland (38%).

Psychische gezondheid

Bijna de helft van de volwassenen heeft het risico op angst/depressie (45%) en 40% heeft het risico op eenzaamheid. Deze cijfers zijn ongeveer gelijk aan de regio en Midden Nederland. Met name sociale weerbaarheid is een aandachtspunt (60%). 18% ervaart financiële problemen, 20% heeft moeite met financieel rondkomen en 17% ervaart problemen met zijn of haar baan in het jaar 2012.

Naar voren komt dat 13% mantelzorg verleent en 15% voelt zich daarvan overbelast.

Leefgewoonten

Wanneer we naar het gebruik van genotsmiddelen kijken dan zien we dat het aantal rokers stabiel is gebleven en dat het overmatig alcoholgebruik significant is afgenomen. Een daling van 10% (18% versus 8%).

Bijna de helft van de volwassenen kampt met overgewicht en is met 10% gestegen ten opzichte van 2008 (39% versus 49%).

Concluderend

De psychische pijler vraagt om aandacht. Veel volwassenen uit de gemeente Wijk bij Duurstede hebben een verhoogd risico op angst/depressie en eenzaamheid (mogelijk ook samenhangend) De sociale weerbaarheid is iets om aan te werken. Overgewicht is een duidelijk probleem, ongeveer de helft van de inwoners heeft hiermee te kampen, met alle gevolgen van dien.

Lokale resultaten gezondheidsmonitor senioren 2012

Lichamelijke gezondheid

In tegenstelling tot de volwassenen (17%) ervaren senioren hun gezondheid vaker minder goed (34%) en dit is logisch gezien het ouder worden. 78% heeft te kampen met een of meerdere chronische aandoening(en). Met het ouder worden komt multi-morbiditeit dus steeds vaker voor en dat is in de statistieken terug te zien. We zien dat 43% last heeft van hoge bloeddruk, 14% heeft diabetes en 12% lijdt aan COPD.

Psychische gezondheid

Van de senioren heeft 37% (gelijk aan de regio, Midden Nederland) kans op een angst/depressie. Maar liefst 47% loopt het risico op eenzaamheid, dat is bijna de helft van de senioren. Dit is significant hoger ten opzichte van het jaar 2008 (36%) maar gelijk aan de regio en Midden Nederland. Men heeft voornamelijk een lagere sociale weerbaarheid (52%) en voelt zich daadwerkelijk eenzaam (37%).

Van de senioren geeft 12% mantelzorg en 17% daarvan voelt zich overbelast.

Leefgewoonten

Wanneer we kijken naar het gebruik van genotsmiddelen, dan is het percentage senioren dat rookt gelijk gebleven (15%) en is het overmatig alcoholgebruik met 2% gedaald (van 10% naar 8%).

Meer dan de helft van de senioren kampt met overgewicht (58%). Het aantal is maar 1% gedaald en is hoger ten opzichte van de regio (53%) en Midden Nederland (56%). Dit met alle gevolgen van dien, waaronder diabetes (Type 2).

Concluderend

Overgewicht onder senioren is aanzienlijk met 58% en vraagt de nodige aandacht. Evenals het thema eenzaamheid en het risico op angst en depressie.

Samengevat

Samengevat kunnen we stellen dat de landelijke preventieprioriteiten ook voor de gemeente Wijk bij Duurstede gelden. Dit zijn ‘overgewicht’, ‘genotmiddelen (met name onder de jeugd)’, en ‘psychische gezondheid’ (weerbaarheid, depressie en eenzaamheid). Ook zien we dat 1 op de 7 volwassenen en senioren mantelzorg geeft en dat daar kans op overbelasting ontstaat. Per speerpunt dient een prioritering gegeven te worden aangezien het onhaalbaar is alle gezondheidsproblemen efficiënt aan te pakken. Per prioriteit kunnen doel- of risicogroepen aangegeven worden die extra aandacht vragen. Daarvoor is de input vanuit het veld

ook van groot belang. Daar zal in de volgende paragraaf op worden ingegaan. In hoofdstuk zes nemen wij alle input mee om te komen tot en gewogen prioritering en nieuwe speerpunten voor deze gezondheidsnota.

5.2. Ervaringen vanuit het veld

Door een interactief proces is vernomen wat men vanuit het veld ervaart aan gezondheidsproblemen. Worden de gezondheidscijfers uit de GGD monitor herkend, of ontbreken er gezondheidsproblemen? En wat behoeft volgens hen prioriteit om deze problemen aan te pakken?

Er is een brede bijeenkomst geweest met diverse mensen vanuit de eerste- en tweedelijns zorg. Ook het basisonderwijs en het voortgezet onderwijs waren vertegenwoordigd. Evenals Stichting Binding (brede welzijnsstichting) met bijbehorende partners en het Wmo loket. Tijdens deze bijeenkomst hebben wij stil gestaan bij de gezondheidscijfers van de GGD (presentatie) en is in werkgroepen gediscussieerd of men zich hierin herkende, wat eventueel ontbrak en of er een prioritering aangegeven kon worden.

Ook is er een enquête verzonden naar de eerstelijnszorg in de gemeente Wijk bij Duurstede waarin dezelfde vragen centraal stonden als tijdens de bijeenkomst. Ook is deze vragenlijst ingevuld door de projectgroep ‘Gezond Gewicht’. Deze enquête is uitgezet om zoveel mogelijk ervaringsdeskundigen te horen en om een betrouwbaar beeld te krijgen over de ervaren gezondheidsproblemen in onze gemeente.

Apart is een bijeenkomst met huisartsen geweest. Dit om vanuit de praktijk te vernemen welke gezondheidsproblemen prioriteit behoeven, maar ook om te vernemen waar men in de praktijk tegenaan loopt en hoe samenwerking geoptimaliseerd kan worden. Ook deze input is mee-genomen bij de totstandkoming van nieuwe speerpunten voor de komende jaren en zal worden gebruik voor de uitwerking van deze speerpunten.

In bijlage 2 vindt u een samenvatting van de resultaten van de bijeenkomsten en enquêtes. Overgewicht, financiële problematiek, het aantal tienerzwangerschappen, eenzaamheid en depressie werden veelal genoemd. We kunnen uit deze input in ieder geval concluderen dat een ieder zich herkent in de gezondheidscijfers van de GGD.



6. Gezondheidsthema's Wijk bij Duurstede 2014- 2018

In het vorige hoofdstuk hebben we uiteengezet welke gezondheids-problemen zich voordoen in de gemeente Wijk bij Duurstede. Er zal een keuze gemaakt moeten worden welke gezondheidsproblemen prioriteit krijgen en de komende jaren daadwerkelijk worden aangepakt. Het is namelijk onrealistisch en niet haalbaar om ieder probleem aan te pakken, mede gelet op de beperkte financiële middelen en de beschikbare capaciteit. Om tot een prioritering te komen is het van belang de input vanuit het veld en de evaluatie van de vorige gezondheidsnota mee te nemen, naast de input vanuit de landelijke gezondheidsnota en landelijke beleidsontwikkelingen. Dit hoofdstuk zet dan ook de nieuwe speerpunten van deze gezondheidsnota uiteen voor de jaren 2014 tot en met 2018. In de daaropvolgende paragraaf gaan we nader in op de uitwerking van de speerpunten.

6.1 Prioritering speerpunten gezondheidsnota

Om tot een gewogen prioritering te komen is een scoringsschema op-gesteld met daarin vier gezondheidsthema's die naar voren kwamen vanuit de GGD monitor. Deze thema's zijn:

A: overgewicht

B: mantelzorg

C: psychische pijler

D: alcohol en drugsgebruik

Per thema worden diverse aspecten beoordeeld namelijk: technisch inhoudelijk, maatschappelijk politiek en methode interventiegericht. Op een schaal van 1 (weinig) tot 3 (veel) wordt er per thema, per onderdeel gescoord. Aan het einde komt er een totaalscore naar voren. Het thema met de meeste punten wordt het belangrijkste speerpunt, gevolgd door speerpunten die qua score dicht in de buurt zitten.

Schema 2: Scoringsschema gezondheidsproblemen/pijlers

Aspecten	**Thema A, B,C,D**	**A**	**B**	**C**	**D**
Technisch inhoudelijke	Landelijke prioriteit	3	3	3	3
	Omvang	3	2	3	2
	Trend	3	3	3	2
	Ernst	3	2	3	3
Maatschappelijk politiek	Politiek maatschappelijke interesse	2	2	3	3
	Bouwt voort op bestaand beleid	3	2	3	3
	Beleid op andere beleidsterreinen	2	3	3	2

Methode-interventie gericht	Is effectieve interventie beschikbaar	3	1	3	3
	Voldoende mankracht en kennis	2	2	2	2
	Voldoende middelen	2	2	2	2
Totaalscore		26	22	28	25
Uitslag	Geprioriteerd	2	4	1	3

A: overgewicht, B: mantelzorg, C: psychische pijler (depressie en eenzaamheid), D: alcohol en drugsgebruik.



6.2. Speerpunten Gezondheidsnota 2014- 2018

Vanuit het scoringsschema, waarbij we per speerpunt een afweging hebben gemaakt om te komen tot geprioriteerde speerpunten, komen duidelijk drie speerpunten naar voren namelijk:

Speerpunt 1: Psychische pijler
Speerpunt 2: Overgewicht
Speerpunt 3: Alcohol- en drugsgebruik

Het thema mantelzorg vraagt ook om de nodige aandacht en komt eigenlijk als vierde speerpunt naar voren. Zoals al is aangegeven is de verwachting dat het aantal mantelzorgers en daarmee het aantal overbelaste mantelzorgers zal toenemen door de bezuinigingen in de zorg en de grotere verantwoordelijkheid die wij moeten nemen om meer voor onze familie, vrienden en kennissen te zorgen. Aangezien mantelzorg een thema is dat past binnen de Wmo, kiezen wij ervoor dit onderdeel nadrukkelijk daar op de agenda te zetten en uit te werken in het daarbij behorende Wmo beleidsplan. Uiteraard zijn er raakvlakken tussen beide beleidsterreinen en deze worden ook gewaarborgd.

Verderop in deze nota maken wij duidelijk waarom het belangrijk is deze gezondheidsproblemen aan te pakken. Schematisch zetten we per speerpunt uiteen hoe, wanneer en met welke organisaties wij deze speerpunten wensen op te pakken.

Van belang is dat er per speerpunt een probleemeigenaar wordt aangesteld. Dit kan iemand van de gemeente zijn, maar ook iemand vanuit het werkveld zelf(personen en organisaties die te maken hebben met het gezondheidsprobleem). Daarover dienen duidelijke afspraken gemaakt te worden. Wij bepalen niet alleen de actiepunten om doelstellingen te behalen. Deze stellen wij in gezamenlijkheid op met het veld. Een gedragen en integraal actieplan voorzien van meetbare doelen, zodat het uitvoeringsplan niet van bovenaf wordt opgelegd. Bovendien heeft het veld ook de kennis en kunde om te weten hoe en wat er precies ondernomen kan worden. De uitvoerders zijn immers de mensen vanuit het veld zelf. Een gedragen plan met gedragen verantwoordelijkheid is hierbij van belang.

Van belang is om de risicogroepen in beeld te krijgen, dit zijn de mensen waarbij het niet zo vanzelfsprekend is om op eigen kracht een gezonde leefstijl uit te oefenen of om de juiste gezonde keuzes te maken. Zij zijn kwetsbaar en hebben vaak extra ondersteuning nodig.

Speerpunt 1, de psychische pijler, heeft veel raakvlakken met ons Wmo-beleid, Jeugdbeleid en de transitie van de jeugdzorg. Ook met het sportbeleid aangezien sport een middel kan zijn om deze pijler positief te beïnvloeden. Het bevorderen van de openbare geestelijke gezondheidszorg en het (waar nodig) verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking/chronisch psychisch of psychosociaal probleem zijn doelstellingen binnen de huidige Wmo. Eenzaamheid, het risico op angst en depressie en sociale weerbaarheid zijn gemene delers. Wanneer we kijken naar risicogroepen, dan zijn dit bijvoorbeeld mantelzorgers die ook in het Wmo beleid zijn opgenomen. Maar ook de kwetsbare senioren die weinig draagkracht hebben. Deze doelgroep is opgenomen in de nieuwe ouderennota die mo menteel nog in ontwikkeling is. Ook kinderen in kwetsbare, vooral multi-problem gezinnen zijn een belangrijke doelgroep en vormen daarmee een link met ons jeugdbeleid. Gezinnen die door de crisis in de financiële problemen terecht komen, en dat aantal neemt toe, vormen ook een risicogroep, waarmee een verbinding is gelegd met ons minimabeleid en de Participatiewet. Van belang hierbij is dat de draagkracht in verhouding staat tot de draaglast. Als je meer aankan, doordat je minder stress hebt (draagkracht) en je situatie op diverse leefgebieden, zoals wonen en werk stabiel is (draaglast) ben je eerder in evenwicht (zie bijlage 3 model).

Om bovenstaande problematiek aan te pakken vinden wij het van belang om te kijken wat er al wordt gedaan, waar op aangehaakt kan worden en wat mogelijk versterkt of verbreed moet worden.

De andere twee pijlers zijn uitvoerbaar vanuit het gezondheidsbeleid en uiteraard is er samenwerking met andere beleidsterreinen (waaronder het jeugd- en jongerenbeleid, ouderenbeleid, sportbeleid, en beleid op het gebied van Ruimtelijke Ordening, Horecabeleid, Minimabeleid) en de drie transities.

Speerpunt 2: overgewicht heeft al een integrale werkgroep. Deze werkgroep dient versterkt te worden waar publieke en private organisaties aansluiting vinden. Samen met de GGD wordt gewerkt aan een voorstel voor een versterkte werkgroep in een mogelijk wat gewijzigde setting. Wanneer deze werkgroep is versterkt en een probleemeigenaar is aangewezen, kan de rol van de gemeente worden ingeperkt tot regiehouder. In gezamenlijkheid dient wel een (aangepast) actieplan opgezet te worden, voorzien van meetbare doelen en passende activiteiten om deze doelen te behalen.

Speerpunt 3: alcohol- en drugsgebruik, kent nog geen integrale werkgroep. Deze dient opgezet te worden gerelateerd aan de *nieuwe Drank- en horecawet* en hangt samen met beleidsveld Openbare Orde en Veiligheid. De belangrijkste wijziging is de verhoging van de alcoholleeftijd naar 18 jaar voor alle alcoholische dranken. Dit gaat in per 1 januari 2014. Daarnaast heeft de gemeente de verplichting om vóór 1 juli 2014 een preventie- en handhavingsplan vast te stellen (voor meer informatie zie bijlage 4). Daarbij staat, net als bij de andere pijlers, eigen verantwoordelijkheid, samenwerking met diverse beleidsterreinen en integrale samenwerking met de nulde-, eerste- en tweedelijnszorg centraal, alsmede de samenwerking met en tussen publieke en private partijen. In het jeugdbeleid is dit aangemerkt als speerpunt voor de jongerenwerkers.

Op de volgende pagina zetten wij de uitwerking uiteen per speerpunt om een beeld te geven hoe dit aangepakt kan worden.



Speerpunt 1. Psychische pijler

Wat is het probleem?	**Wat willen we bereiken?**	**Wat zijn mogelijke oplossingen?**
Mental Distress. Wanneer mensen niet goed in hun vel zitten, er situaties voordoen waar zij niet goed mee om kunnen gaan en zij niet voor zichzelf durven opkomen neemt het risico op angst en depressie toe. Dit kan leiden tot psychosociale problemen, het niet meer deelnemen aan de maatschappij, en tot lichamelijke ziekten. Eenzaamheid kan een oorzaak zijn van Mental Distress, maar ook het gevolg. Risicogroepen: gezinnen met financiële problemen, mantelzorgers, volwassenen en senioren met een lage draagkracht, kinderen, met name uit multi-problem gezinnen.	Aanpakken van de thema's: eenzaamheid (emotionele en sociale eenzaamheid[3]) en sociale weerbaarheid. Gericht op de doelgroepen: *Jeugd:* - Sociale weerbaarheid versterken, zodat zij voor zichzelf durven opkomen en nee kunnen en durven zeggen. Nee tegen genotsmiddelen, nee tegen pesten en nee tegen situaties waar zij niet aan willen deelnemen. - Hulp en informatie durven vragen als zij daar behoefte aan hebben.	*Jeugd:* - Sociale weerbaarheidstrainingen die succesvol zijn gebleken inzetten op basisscholen en het voortgezet onderwijs. - Lesprogramma pesten aanbieden op het basisonderwijs en voortgezet onderwijs. - Wijkteam Jeugd[4] meer bewust maken van het signaleren van psychische problemen waaronder angst en depressie, waarbij zij kunnen doorverwijzen indien nodig.

[3] Emotionele eenzaamheid: gemis van een intieme relatie/emotionele hechte band met een partner of vriend(in). Sociale eenzaamheid: gemis van betekenisvolle relatie met een bredere groep mensen zoals kennissen, collega's, buurtgenoten of mensen met dezelfde belangstelling.

[4] Bestaande uitsignaleringsnetwerk, CJG coördinator, leerplichtambtenaar, ambulante hulpverlener, schoolmaatschappelijk werk, JGZ 0-19 jaar

	Wat willen we bereiken? V*olwassenen en senioren:* voorkomen van eenzaamheid door ontmoeting te stimuleren (preventie). Zij die al eenzaam zijn signaleren (aandacht voor risicogroepen) en een passend aanbod bieden.	**Wat zijn mogelijke oplossingen?** *Volwassenen en senioren:* -Het bestaande Signaleringsnetwerk versterken en meer samenwerken met de nuldelijnszorg (welzijnswerk o.a. vrijwilligerswerk en mantelzorgonder-steuning), eerstelijnszorg (o.a. huisarts) en tweedelijnszorg (o.a. psycholoog) om als keten hierin op te trekken. Van preventie tot en met aanbod gericht op eenzaamheid en het risico op angst en een depressie. Met als focus de risicogroepen. -Voorzetting Project KWIEK (opgenomen in Ouderennota). -2 jaarlijkse workshops geven aan het Signaleringsnetwerk, i.c.m. vrijwilligers en Wmo-consulenten (mede gelet op afleggen huisbezoeken) om eenzaamheid te signaleren en door te verwijzen naar een 'coördinator' (nader te bepalen waar en wie) om passend aanbod te bieden. -Maatjes inzetten vanuit Steunpunt Vrijwilligerswerk van Stichting Binding en samenwerkende partners. -Mantelzorgondersteuning bieden om overbelasting te voorkomen. -Ondersteuning vanuit het minimabeleid bij financiële problemen. -Schuldhulpverlening en bijzondere bijstand van de RSD. -Dienstenboek Stichting Binding hierop aanpassen

Wat doen we al?	Wanneer zijn we tevreden?	Met welke partners?
Stichting Binding met het Signaleringsnetwerk, ouderenwerk, jongerenwerk, mantelzorgondersteuning, vrijwilligerswerk. CJG met Team Jeugd Regelingen minimabeleid Project KWIEK Uitvoering Wmo-loket Sociale weerbaarheidstrainingen	*Jeugd* -Afname van 5% binnen 4 jaar op het aantal kinderen met kans op een angststoornis en/ of depressie. -Het percentage jongeren dat wordt gepest neemt gedurende de eerste 4 jaar af met 5%. -Afname van 5% binnen 4 jaar op het percentage jongeren dat een risico heeft op een angststoornis en/of depressie -Indirect effect: behalen doelstelling speerpunt 3. *Volwassenen en senioren* - afname van 5% binnen 4 jaar van het aantal volwassenen en senioren dat zich eenzaam voelt en het risico heeft op een angststoornis en/of depressie. - de disciplines uit het Signaleringsnetwerk (en huisartsen en vrijwilligers) weten wat ze moeten doen als ze eenzaamheid tegen komen.	Gemeente (sportbeleid, jeugdbeleid, Wmo beleid, minimabeleid, sociale zaken, vrijwilligersbeleid), kerken, Signaleringsnetwerk, jongerenwerk, huisartsen, psychologen, maatschappelijk werk, Wmo-loket, schoolmaatschappelijk werk, Jeugdverpleegkundige, Stichting Binding, GGD Midden Nederland, onderwijsinstellingen, zorgverzekeraar, CJG met sociaal team. Probleemeigenaar aanstellen. Gemeente houdt de regie.

Speerpunt 2. Overgewicht

Wat is het probleem?	**Wat willen we bereiken?**	**Wat zijn mogelijke oplossingen?**
-Overgewicht heeft zorgwekkende gevolgen. Het leidt tot grote gezondheidsrisico's zoals hart- en vaatziekten, diabetes type 2, gewrichtsklachten en psychosociale problemen. Het probleem dat door overgewicht ontstaat is bewegingsarmoede. Risicogroep: mensen met een lage SES (Sociaal Economische Status)	-Kinderen en volwassenen (ouders) bewust maken van de gevolgen van overgewicht. -Een gezonde leefstijl bevorderen door structureel meer te bewegen en gezonder te eten, met name gericht op mensen met een lage SES.	Succesvolle activiteiten uit het actieplan gezond gewicht voortzetten. Op vindplaatsen van mensen met een lage SES de nodige informatie, advies en praktische tools geven. Te denken valt aan leefstijlbegeleiding, beweegactiviteiten al dan niet in combinatie met kooklessen of gezond boodschappen doen voor weinig geld.
Wat doen we al?	**Wanneer zijn we tevreden?**	**Met welke partners?**
Er is een werkgroep Gezond Gewicht, waarmee een gezamenlijk actieplan is opgesteld om activiteiten op zetten, zodat gestelde doelen behaald kunnen worden. Samen met de GGD wordt gewerkt aan een voorstel voor een versterkte werkgroep in een mogelijk wat gewijzigde setting.	-Het percentage kinderen met overgewicht is gelijk gebleven na 4 jaar. -Het percentage volwassenen en senioren met overgewicht is na 4 jaar met 5% afgenomen. -Kinderen, volwassenen en senioren weten wat de negatieve gevolgen van overgewicht zijn.	Gemeente (ruimtelijke ordening, sportbeleid, ouderenbeleid, jeugdbeleid, Wmo beleid, minimabeleid), GGD Midden Nederland, Stichting Binding, Wmo-loket, Vitras/CMD, fysiotherapeut, diëtiste, onderwijsinstellingen, horeca, sportverenigingen, huisartsen, zorgverzekeraar. Probleemeigenaar aanstellen. Gemeente houdt de regie

Speerpunt 3. Alcohol- en drugsgebruik

Wat is het probleem?	**Wat willen we bereiken?**	**Wat zijn mogelijke oplossingen?**
- Overmatig alcoholgebruik bij met name scholieren leidt op korte en lange termijn tot gezondheidsproblemen, zoals achterblijvende ontwikkelingen van het fysiek, hart- en vaatziekten, leverziekten, hersenbeschadiging en depressie. - Langdurig drugsgebruik verandert de werking van de hersenen. Als gevolg is de verslaafde bijna niet meer in staat tot het ervaren van plezier. Om de euforische roes weer te voelen, moet een drugsverslaafde bovendien steeds méér drugs gebruiken. - Bovendien leiden zowel alcohol- als drugsgebruik tot (uitgaans-) overlast. Risicogroep: mensen met een lage SES. Multi- problem gezinnen.	- Bewustwording gevolgen alcohol- en drugsgebruik bij kinderen en hun ouders. - Afname van vroegtijdig en overmatig alcohol- en drugsgebruik. - Beheersbaar houden van uitgaansoverlast door overmatig alcohol- en drugsgebruik.	- Een integrale werkgroep opzetten, waar ook aansluiting wordt gevonden met de uitvoering van de nieuwe drank- en horecawetgeving en de daarbij behorende handhaving. Een integraal actieplan gezamenlijk ontwikkelen, waarin meetbare doelen en activiteiten worden omschreven. - Aanbod voorlichtingsmateriaal basisscholen en voortgezet onderwijs. - Handhaven n.a.v. een op te stellen handhavingsplan o.g.v. de gewijzigde Drank- en Horecawet. - Voorlichting over vroeg signalering aan intermediairs (mede gelet op risicogroep). -Ouders (meer) voorlichting geven, betrekken bij verslavingspreventie, ook na overtreding door jongeren. - Voorlichting bij sportverenigingen. -Voorlichting geven, leefstijl begeleiding aanbieden op vindplaatsen van mensen met een lage SES, zoals de voedselbank, via het minimabeleid etc. -stimuleren alcoholvrije school. -stimuleren alcohol beperking sportkantines (op bepaalde tijden). -Beperken alcohol reclame

Wat doen we al?	Wanneer zijn we tevreden?	Met welke partners?
- Preventieprojecten gericht op met name het basisonderwijs (Gezonde School en Genotsmiddelen 2013- 2014). -Halt- en boete kaarten. - Training Instructie Verantwoord Alcoholgebruik (IVA)	- Het percentage jongeren dat in een aansluitende periode van 4 weken één keer of vaker 5 of meer glazen alcohol heeft gedronken neemt af met 5% in de komende 4 jaar voor jongeren op het voortgezet onderwijs.	Gemeente (openbare orde en veiligheid, jeugdbeleid, Wmo beleid, minimabeleid, ouderenbeleid, horecabeleid), politie, BOA, Victas, horeca, sportverenigingen, Vitras/CMD, CJG, jeugd- en jongerenwerk van Stichting Binding.
	Wanneer zijn we tevreden?	**Met welke partners?**
	- Het percentage jongeren dat drinkt op het voorgezet onderwijs stijgt niet de komende 4 jaar. - Kinderen en volwassenen (ouders) weten wat de negatieve gevolgen van alcohol- en drugsgebruik zijn. - Uitgaansoverlast is met 5% afgenomen over 4 jaar. - Het percentage softdrugs- en harddrugsgebruik onder jongeren is over 4 jaar stabiel.	Onderwijsinstellingen, Stichting Binding met o.a. het jongerenwerk, CJG, onderwijs (basis en voortgezet) Signaleringsnetwerk, GGD Midden Nederland, huisartsen, maatschappelijk werk, zorgverzekeraar. Probleem eigenaar aanstellen. Gemeente houdt de regie.

Hoe zetten we het proces uiteen om tot een integraal actieplan per speerpunt te komen, zodat uitvoering wordt gegeven aan de speerpunten zoals opgenomen in deze gezondheidsnota? In paragraaf 6.3 is dit in een tijdsschema in beeld gebracht.

6.3. Tijdsplanning

Periode	Nov-dec 2013	Jan-dec 2014	Jan-dec 2015	Jan-dec 2016	Jan-dec 2017
Speerpunt 1 psychische pijler **Werkbudget vanaf 2014** **€ 15.000**	Voorbereidingen treffen om te bekijken hoe de psychische pijler goed weggezet kan worden. Dit in eerste instantie in samenspraak met Stichting Binding, gelet op hun Dienstenboek 2014. In samenwerking met de GGD Midden Nederland een workshop organiseren voor het Signaleringsnetwerk, vrijwilligers en Wmo-consulenten om eenzaamheid beter te signaleren.	Samen met Stichting Binding (het Signaleringsnetwerk, ouderenwerk, jongerenwerk, mantelzorgondersteuning, vrijwilligerswerk), het CJG en Wmo- consulenten een integraal actieplan en jaarplan 2014 ontwikkelen van preventie, signalering tot en met aanbod gericht op eenzaamheid, sociale weerbaarheid en pesten onder de jeugd. Aan het eind van het jaar ligt er een jaarplan 2015. Probleemeigenaar aanwijzen. Gemeente regierol. Huidige frequentie bijeenkomsten Signaleringsnetwerk aanhouden.	Voortzetting uitvoering integraal jaarplan 2015. Eind van het jaar is een jaarplan 2016 gereed. Huidige frequentie bijeenkomsten Signaleringsnetwerk aanhouden. Functioneert zelfstandig.	Voortzetting uitvoering integraal jaarplan 2015. Eind van het jaar is een jaarplan 2017 gereed. Huidige frequentie bijeenkomsten Signaleringsnetwerk aanhouden. Functioneert zelfstandig.	Voortzetting uitvoering integraal jaarplan 2015. Eind van het jaar vindt een eind evaluatie plaats. Huidige frequentie bijeenkomsten Signaleringsnetwerk aanhouden. Functioneert zelfstandig.

Periode	Nov-dec 2013	Jan-dec 2014	Jan-dec 2015	Jan-dec 2016	Jan-dec 2017
Speerpunt 2 overgewicht **Werkbudget vanaf 2014** **€ 8.000**	De bestaande werkgroep Gezond Gewicht versterken met publieke en private partijen. Samen met de GGD wordt gewerkt aan een voorstel voor een versterkte werkgroep in een mogelijk wat gewijzigde setting.	Aangepast integraal actieplan en jaarplan 2014 welke door de werkgroep worden ontwikkeld en worden uitgevoerd. De gemeente is op afstand en trekt zich langzaam terug in de regierol. Er wordt een probleemeigenaar aangewezen uit de werkgroep zelf. Aan het eind van dit jaar ligt er een jaarplan voor 2015. Twee bijeenkomsten dit jaar.	Twee bijeenkomsten dit jaar. Werkgroep participeert zelfstandig, voert het jaarplan 2015 uit en ontwikkelt een jaarplan 2016.	Twee bijeenkomsten dit jaar Werkgroep participeert zelfstandig, voert het jaarplan 2016 uit en ontwikkelt een jaarplan 2017.	Twee bijeenkomsten dit jaar. Werkgroep participeert zelfstandig, voert het jaarplan 2017. We sluiten het jaar af met een eind evaluatie.
Speerpunt 3 alcohol- en drugsgebruik **Werkbudget vanaf 2014** **€ 9.500**		Opzetten werkgroep alcohol en drugs. Formuleren integraal actieplan en jaarplan 2014. Dit wordt samen met de GGD opgepakt. Er wordt uitvoering gegeven aan het jaarplan 2014 en aan het eind van het jaar is een jaarplan 2015 ontwikkeld.	Drie bijeenkomst dit jaar om de stand van zaken te vernemen en waar nodig bij te sturen. Werkgroep voert het integraal ontwikkelde jaarplan 2015 uit. Er wordt een jaarplan 2016 ontwikkeld.	De gemeente is langzaam meer op afstand en trekt zich halverwege terug in enkel de regierol. Er wordt een probleemeigenaar aangewezen uit de werkgroep zelf. Er wordt uitvoering gegeven aan het jaarplan 2016 en er wordt een jaarplan 2017 ontwikkeld. Drie bijeenkomsten dit jaar.	Twee bijeenkomsten dit jaar. Werkgroep participeert zelfstandig, voert het jaarplan 2017 uit. We sluiten het jaar af met een eindevaluatie.

6.4. Financiën

Om de lokale nota uit te kunnen voeren is structureel een totaalbedrag van € 32.500 beschikbaar.

Tevens is budget beschikbaar voor de GGD Midden Nederland, met onderstaande verdeling.

Gemeenschappelijke taken GGD*	€ 171.880 *€ 7,46 per inwoner*
Regionale taken* GGD	€ 94.234 *€ 4,09 per inwoner*
Lokale taken* GGD	€ 8.511

*Cijfers begroting 2014, dit bedrag kan ieder jaar bijgesteld worden, gelet op de wijzigingen van de inwonersbijdrage en de besluitvorming over de af te nemen keuzetaken.

De totale inwonersbijdrage komt neer op € 11,55,-. De opbouw is als volgt:

Bijdrage gemeenschappelijke taken € 7,46 per inwoner voor de taken:
Gezondheidsmonitor, Uitvoering gezondheidsbeleid, Rijksvaccinatieprogramma 4-19, Opvang psychotrauma jeugd, Infectieziektebestrijding, Tuberculosebestrijding, Advisering milieu incidenten, Seksuele gezondheid,Technische hygiëne zorg, Forensische zorg .

Bijdrage regionale taken € 4,09 per inwoner voor de taken:
Bevorderen publieke gezondheid
Jeugdgezondheidszorg (4-19)

Lokale taken € 8.511,- bestaande uit:
lokaal en verdiepend onderzoek, projectmanagement en implementatie, advisering publieksevenementen, advisering aspecten milieu en gezondheid.

Bijlage 1: Gezondheidscijfers GGD Midden Nederland

Resultaten van de jeugdgezondheidsmonitor voor leerlingen van het voortgezet onderwijs (Schoolkracht).

Omdat de opzet van het onderzoek gewijzigd is van een steekproef onder leerlingen van alle leerjaren (vier jaar geleden) naar alle leerlingen van klas 2 en 4, zijn voor een optimale vergelijkbaarheid de cijfers van 2007-2008 opnieuw berekend voor de gezondheidsatlas. Het kan dus zijn dat de cijfers over 2007-2008 iets afwijken van de cijfers die eerder gepubliceerd zijn. De gepresenteerde percentages zijn gewogen naar klas en onderwijsniveau, zodanig dat de jongeren in uw gemeente die mee hebben gedaan aan het Schoolkracht onderzoek representatief zijn voor alle schoolgaande jongeren van klas 2 en 4 in uw gemeente in de betreffende onderzoeksjaren.

Doelgroepen [%], 2008, 2012 - Gemeente: Wijk bij Duurstede

		2008	2012
Psychosociale problematiek, 13-17 jarigen (klas 2 en 4)	Gemeente Wijk bij Duurstede	11	13
	GGD Midden-Nederland	13	14
Suïcidepoging afgelopen 12 maanden, 13-17 jarigen (klas 2 en 4)	Gemeente Wijk bij Duurstede	2	3
	GGD Midden-Nederland	4	3
Suïcidegedachten afgelopen 12 maanden, 13-17 jarigen (klas 2 en 4)	Gemeente Wijk bij Duurstede	17	16
	GGD Midden-Nederland	19	18
Echtscheiding ouders meegemaakt, 13-17 jarigen (klas 2 en 4)	Gemeente Wijk bij Duurstede	19	24
	GGD Midden-Nederland	18	20
Huiselijk geweld meegemaakt, 13-17 jarigen (geweld tussen ouders)	Gemeente Wijk bij Duurstede	4	5
	GGD Midden-Nederland	4	5

		2008	2012
Gepest op school afgelopen 3 maanden, 13-17 jarigen (klas 2 en 4)	Gemeente Wijk bij Duurstede	17	15
	GGD Midden-Nederland	17	14
Pest zelf op school afgelopen 3 maanden, 13-17 jarigen (klas 2 en 4)	Gemeente Wijk bij Duurstede	32	20
	GGD Midden-Nederland	28	17
Spijbelen afgelopen 4 weken, 13-17 jarigen (klas 2 en 4)	Gemeente Wijk bij Duurstede	18	12
	GGD Midden-Nederland	16	13
Schoolverzuim door ziekte afgelopen 4 weken, 13-17 jarigen (klas 2 en 4)	Gemeente Wijk bij Duurstede	41	31
	GGD Midden-Nederland	36	37
Ontbijten, minder dan 5 dagen per week, 13-17 jarigen (klas 2 en 4)	Gemeente Wijk bij Duurstede	15	19
	GGD Midden-Nederland	16	15
Eet niet dagelijks fruit, 13-17 jarigen (klas 2 en 4)	Gemeente Wijk bij Duurstede	74	73
	GGD Midden-Nederland	67	70
Eet niet dagelijks groente, 13-17 jarigen (klas 2 en 4)	Gemeente Wijk bij Duurstede	68	71
	GGD Midden-Nederland	64	64
Voldoet niet aan beweegnorm, 13-	Gemeente Wijk bij Duurstede	-	34

17 jarigen (klas 2 en 4)		2008	2012
	GGD Midden-Nederland	-	28
Geen lid sportvereniging, 13-17 jarigen (klas 2 en 4)	Gemeente Wijk bij Duurstede	24	23
	GGD Midden-Nederland	29	24
TV kijken >= 2 u/dag, 13-17 jarigen (klas 2 en 4)	Gemeente Wijk bij Duurstede	34	26
	GGD Midden-Nederland	29	21
Computeren >= 2 u/dag, 13-17 jarigen (klas 2 en 4)	Gemeente Wijk bij Duurstede	33	30
	GGD Midden-Nederland	35	27
Rokers, 13-17 jarigen (klas 2 en 4)	Gemeente Wijk bij Duurstede	19	20
	GGD Midden-Nederland	17	16
Roken dagelijks, 13-17 jarigen (klas 2 en 4)	Gemeente Wijk bij Duurstede	9	9
	GGD Midden-Nederland	9	8
Hasj- of wietgebruik ooit, 13-17 jarigen (klas 2 en 4)	Gemeente Wijk bij Duurstede	17	17
	GGD Midden-Nederland	15	10
Hasj- of wietgebruik afgelopen 4 weken, 13-17 jarigen (klas 2 en 4)	Gemeente Wijk bij Duurstede	5	6
	GGD Midden-Nederland	7	5

		2008	2012
Harddrugs gebruik ooit, 13-17 jarigen (klas 2 en 4)	Gemeente Wijk bij Duurstede	3	5
	GGD Midden-Nederland	2	2
Alcoholgebruik ooit, 13-17 jarigen (klas 2 en 4)	Gemeente Wijk bij Duurstede	71	56
	GGD Midden-Nederland	61	49
Alcoholgebruik ooit, beneden 16 jaar	Gemeente Wijk bij Duurstede	68	44
	GGD Midden-Nederland	55	40
Alcoholgebruik afgelopen 4 weken, 13-17 jarigen (klas 2 en 4)	Gemeente Wijk bij Duurstede	55	45
	GGD Midden-Nederland	45	38
Alcoholgebruik afgelopen 4 weken, beneden 16 jaar	Gemeente Wijk bij Duurstede	47	30
	GGD Midden-Nederland	37	28
Bingedrinken (% totale populatie), 13-17 jarigen (klas 2 en 4)	Gemeente Wijk bij Duurstede	42	36
	GGD Midden-Nederland	30	27
Bingedrinken (% totale populatie), beneden 16 jaar	Gemeente Wijk bij Duurstede	36	21
	GGD Midden-Nederland	23	18
Bingedrinken (% van de drinkers),	Gemeente Wijk bij Duurstede	71	76

13-17 jarigen (klas 2 en 4)		2008	2012
Bingedrinken (% van de drinkers), beneden 16 jaar	GGD Midden-Nederland	64	67
	Gemeente Wijk bij Duurstede	69	63
Ouders keuren alcoholgebruik niet af (% van de drinkers), 13-17 jarigen (klas 2 en 4)	GGD Midden-Nederland	58	59
	Gemeente Wijk bij Duurstede	51	56
Ouders keuren alcoholgebruik niet af (% van de drinkers), beneden 16 jaar	GGD Midden-Nederland	56	48
	Gemeente Wijk bij Duurstede	42	40
Geslachtsgemeenschap gehad, 13-17 jarigen (klas 2 en 4)	GGD Midden-Nederland	51	36
	Gemeente Wijk bij Duurstede	21	20
Geen condoom laatste geslachtsgemeenschap (% met ervaring), 13-17 jarigen (klas 2 en 4)	GGD Midden-Nederland	20	17
	Gemeente Wijk bij Duurstede	x	55
Seksuele ervaring tegen de zin gehad, 13-17 jarigen (klas 2 en 4)	GGD Midden-Nederland	31	34
	Gemeente Wijk bij Duurstede	-	8
	GGD Midden-Nederland	-	8

Bron: Schoolkracht

Volwassenen

Voor u ligt een overzicht van de resultaten van de gezondheidsmonitor 19-64 jarigen. In Wijk bij Duurstede zijn 936 mensen aangeschreven om een vragenlijst in te vullen, uiteindelijk hebben 453 mensen meegedaan (respons 48%). In het overzicht zijn pijlen opgenomen. Als het gemeentecijfer significant lager ligt dan het cijfer van Midden-Nederland staat achter het cijfer ↓, indien het cijfer significant hoger is staat achter het cijfer ↑. De gemeentecijfers zijn steeds vergeleken met het regionaal gemiddelde van Midden-Nederland (kolom Midden-Nederland), de regionale cijfers zijn steeds vergeleken met het landelijk gemiddelde (kolom Nederland). Als het cijfer niet beschikbaar is, is dit aangegeven met -. De cijfers van 2012 zijn indien mogelijk ook vergeleken met de cijfers van 2008. Als het cijfer significant hoger ligt dan het vorige onderzoek is dit weergegeven met ↗, indien het cijfer lager ligt dan staat er achter het cijfer ↙.

	Wijk bij Duurstede 2012	Wijk bij Duurstede 2008	ZuidOost	Midden-Nederland	Nederland
Aantal inwoners doelgroep	**14498**				
Lichamelijke gezondheid					
Matige tot (zeer) slecht ervaren gezondheid	17	-	16↓	18↓	19
Tenminste één chronische aandoening	44↑	-	40	38	38
Contact met huisarts of specialist n.a.v. chronische aandoening:					
- Hoge bloeddruk	18↑	-	15↑	14↑	13
- Astma of COPD	3↓	-	7	7↓	8
- Diabetes	3	-	3	3↓	4
Zorg					
Contact zorgverleners in afgelopen jaar					
- Huisarts	81	73	77	78	-
- Medisch specialist	35	28	37	37	-
- GGZ/maatschappelijk werk	10	7	12	11	-
- Diëtist	6	6	4	5	-
Mantelzorg					
- Geeft mantelzorg	13	11	13	14↑	12
- Mantelzorger voelt zich (over)belast	15	-	14	13	14
Opvoedingsondersteuning (bij kinderen van 0-19 jaar)					
- Krijgt al hulp	7	-	-	9	-
Manier van hulp krijgen:					
- Via persoonlijk contact met deskundige	56	-	-	45	-
- Via telefonisch contact met deskundige	13	-	-	10	-
- Via digitaal contact met deskundige	13	-	-	10	-
- Via informatieve website	27	-	-	26	-
- Via cursus/informatiebijeenkomst	4↓	-	-	11	-
- Via schriftelijke informatie	19	-	-	16	-
- Via andere ouders	23	-	-	20	-
- Geen behoefte aan hulp	30	-	-	35	-

	Wijk bij Duurstede 2012	Wijk bij Duurstede 2008	ZuidOost	Midden-Nederland	Nederland
Bekend met Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG)	44	-	-	42	-
Gebruik gemaakt van het CJG	7	-	-	16	-
Weet waarvoor men terecht kan bij CJG	79	-	-	67	-

Psychische gezondheid					
Risico op angststoornissen en depressieve klachten	45	37	44↑	45↑	40
Eenzaam	40	37	40↑	40↑	37
Type eenzaamheid:					
- Sociaal weerbaar	60	-	59	60	-
- Contactarm	0	-	0	0	-
- Eenzaam/ niet geïsoleerd	32	-	32	32	-
- Sociaal geïsoleerd	8	-	8	8	-
Levensgebeurtenissen in afgelopen jaar					
- Langdurige en/of ernstige lichamelijke ziekte van naaste familie	29	-	-	26	-
- Overlijden van naaste familie	17	-	-	15	-
- Langdurige en/of ernstige lichamelijke ziekte van uzelf	9	-	-	12	-
- Ernstige psychische problemen van naaste familie	13	-	-	12	-
- Ernstige psychische problemen van uzelf	5	-	-	6	-
- Scheiding partner	4	-	-	4	-
Ervaren problemen					
- Financiën	18	-	-	18	-
- Werk of baan	17	-	-	17	-
- Eigen ontwikkeling/ontplooiing	14	-	-	14	-
- Combinatie werk en zorg	10	-	-	11	-
- Seksuele problemen	5	-	-	7	-
- Relatieproblemen	7	-	-	7	-
Psychische problemen in afgelopen jaar:					
- Depressie	9	-	-	9	-
- Eenzaamheid	7	-	-	6	-
- Angststoornis	6	-	-	5	-
- Burnout	4	-	-	4	-
- Problemen rond ADHD, PDD-NOS/autisme	2	-	-	1	-
Psychische problemen totaal	16	-	-	16	-
- Heeft professionele hulp gekregen	66	-	-	64	-
- Heeft hulp uit omgeving gekregen	27	-	-	27	-
Hulp voor psychische problemen:					
- Persoonlijk contact deskundige	74	-	-	74	-
- Hulp via informatieve websites	41	-	-	46	-
- Hulp via schriftelijke informatie	31	-	-	34	-
- Hulp in groepsverband	30	-	-	29	-

	Wijk bij Duurstede 2012	Wijk bij Duurstede 2008	ZuidOost	Midden-Nederland	Nederland
Leefgewoonten					
Roken	25	26	23	23↓	25
Alcoholgebruik					
- Binge drinken	10	11	9↓	10↓	12
- Overmatig alcoholgebruik	8↙	16	8	8↓	8
Bewegen					
- Voldoet niet aan de Beweegnorm	39	35	36	38↑	35
- Voldoet niet aan de Fitnorm	78	-	77↓	79	80
Gewicht					
- Overgewicht	49	39	43	45	45
- Ernstig overgewicht	11	8	10	11↓	12
Financiën					
Rondkomen					
- Enige/grote moeite	20	18	22↓	21↓	25
Schulden					
- Problematische schulden	7	6	9	8	-
Heeft bezuinigd als gevolg van onvoldoende inkomen					
Bezuinigt op: (5 meest voorkomende)					
- Bezoek aan tandarts	6	-	5	8	-
- Andere medische voorzieningen	3	-	2	3	-
- Stookkosten	12	-	9	10	-
- Voeding	23	-	22	22	-
- Kleding	42	-	32	34	-
Huiselijk geweld					
Slachtoffer huiselijk geweld					
- Ooit slachtoffer geweest	10	7	8	8	8
- 1 jaar geleden of korter	1	1	1	1	1

Senioren, 65 plussers

Voor u ligt een overzicht van de resultaten van de gezondheidsmonitor 65-plussers. In Wijk bij Duurstede zijn 621 mensen aangeschreven om een vragenlijst in te vullen, uiteindelijk hebben 412 mensen meegedaan (respons 66%). Heeft u vragen, dan kunt u zich richten tot uw epidemioloog (030-6086086 of epidemiologie@ggdmn.nl). Op www.GGDAtlas.nl is extra informatie te vinden over de onderwerpen zelf, bijvoorbeeld hoe de vraag gesteld is (klik op de naam van het onderwerp i.p.v. het vakje en u krijgt achtergrondinformatie).

In het overzicht zijn pijlen opgenomen. Als het gemeentecijfer significant lager ligt dan het cijfer van Midden-Nederland staat achter het cijfer ↓, indien het cijfer significant hoger is staat achter het cijfer ↑. De gemeentecijfers zijn steeds vergeleken met het regionaal gemiddelde van Midden-Nederland (kolom Midden-Nederland), de regionale cijfers zijn steeds vergeleken met het landelijk gemiddelde (kolom Nederland). Als het cijfer niet beschikbaar is, is dit aangegeven met -. De cijfers van 2012 zijn indien mogelijk ook vergeleken met de cijfers van 2008. Als het cijfer significant hoger ligt dan het vorige onderzoek is dit weergegeven met ↗, indien het cijfer lager ligt dan staat er achter het cijfer ↙.

	Wijk bij Duurstede 2012	Wijk bij Duurstede 2006/2007	ZuidOost	Midden-Nederland	Nederland
Aantal inwoners doelgroep	**3067**				
Lichamelijke gezondheid					
Matige tot (zeer) slecht ervaren gezondheid	34	-	35↓	35↓	39
Beperking van zicht, gehoor en/of mobiliteit	28	28	29	29	30
Tenminste één chronische aandoening	78	-	75↓	76↓	78
Contact met huisarts of specialist n.a.v. chronische aandoening:					
- Hoge bloeddruk	44	-	42	41	42
- Astma of COPD	12	-	12	12↓	13
- Duizeligheid met vallen	6	-	7	7↓	8
- Onvrijwillig urineverlies	17	-	15	15	16
- Diabetes	14	-	12↓	13↓	16
Zorg					
Contact zorgverleners in afgelopen jaar					
- Huisarts	89	-	89	88	-
- Medisch specialist	60	55	63	62	-
- Thuiszorg	12	12	12	13	-
- GGZ/maatschappelijk werk	3	-	6	5	-
- Diëtist	5	10	6	8	-
Mantelzorg					
- Geeft mantelzorg	12	11	15↑	15↑	13
- Mantelzorger voelt zich (over)belast	17	-	15	14	14

	Wijk bij Duurstede 2012	Wijk bij Duurstede 2006/2007	ZuidOost	Midden-Nederland	Nederland
Psychische gezondheid					
Risico op angststoornissen en depressieve klachten	37	-	38	38	38
Eenzaam	47↗	36	47	47↑	45
Type eenzaamheid:					
- Sociaal weerbaar	52	-	52	52	-
- Contactarm	1	-	1	1	-
- Eenzaam/ niet geïsoleerd	37	-	37	37	-
- Sociaal geïsoleerd	10	-	10	10	-
Meegemaakte levensgebeurtenissen (afgelopen jaar)					
- Scheiding partner	1	-	2	2	-
- Langdurige en/of ernstige lichamelijke ziekte van uzelf	18	-	20	19	-
- Langdurige en/of ernstige lichamelijke ziekte van naaste familie	30	-	32	30	-
- Overlijden van naaste familie	26	-	26	26	-
- Ernstige psychische problemen van uzelf	3	-	4	3	-
- Ernstige psychische problemen van naaste familie	10	-	11	10	-
Ervaren problemen					
- Financiën	7	-	7	7	-
- Relatie met partner	3	-	3	3	-
- Seksuele problemen	5	-	4	4	-
- Te weinig gelegenheid om zelf te ontwikkelen/ontplooien	2	-	3	3	-
- Combinatie van werk en zorg	2	-	2	1	-
Psychische problemen in het afgelopen jaar					
- Depressie	5	-	5	4	-
- Angststoornis	3	-	3	3	-
- Eenzaamheid	4	-	4	4	-
- Burnout	1	-	0	0	-
Psychische problemen totaal	9	-	9	8	-
- Professionele hulp gekregen voor de problemen	49	-	58	58	-
- Hulp uit omgeving gekregen	27	-	22	25	-
Hulp die aanspreekt wanneer mensen heftige gebeurtenissen meemaken of zich voor langere tijd somber of angstig voelen					
- Persoonlijk contact deskundige	70	-	74	69	-
- Hulp in groepsverband	18	-	24	23	-
- Hulp via informatieve websites	23	-	23	22	-
- Hulp via schriftelijke informatie	24	-	24	24	-

	Wijk bij Duurstede 2012	Wijk bij Duurstede 2006/2007	ZuidOost	Midden-Nederland	Nederland
Leefgewoonten					
Roken	15	15	11↓	11↓	13
Alcoholgebruik					
- Binge drinken	5	9	5	6	6
- Overmatig alcoholgebruik	8	10	10	9↑	8
- Alcohol afhankelijk	6	-	-	6	-
Bewegen					
- Voldoet niet aan de Beweegnorm	30	38	30	33↑	31
- Voldoet niet aan de Fitnorm	58	-	56	56	57
- Ontevreden over het aanbod van sportaccommodaties in de woonplaats	9	-	-	23	-
- Onvoldoende tijd om te bewegen	25	-	-	24	-
- Onvoldoende geld om te sporten	28	-	-	66	-
- Sport binnen de gemeente	54	-	-	30	-
- Sport buiten de gemeente	40	-	-	35	-
- Intentie om meer te gaan bewegen	16	-	-	56	59
Verband waarin sporten beoefend werden in het afgelopen jaar:					
- als lid van sportvereniging	28	-	-	17	-
- als lid van fitnesscentrum of andere commerciële sportaanbieder	19	-	-	0	-
- In groepsverband, georganiseerd door jezelf, familie, vrienden en/of kennissen	6	-	-	6	-
- Alleen, ongeorganiseerd	31	-	-	0	-
Gewicht					
- Overgewicht (inclusief ernstig overgewicht)	58	59	53↓	56↓	59
- Ernstig overgewicht	13	13	13↓	14↓	16

Financiën					
Rondkomen					
- Enige/grote moeite	9	14	9↓	9↓	14
Schulden					
- Problematische schulden	2	-	3	3	-
Heeft bezuinigd als gevolg van onvoldoende inkomen					
Bezuinigt op: (5 meest voorkomende)					
- Bezoek aan tandarts	23	-	24	22	-
- Andere medische voorzieningen	7	-	12	12	-
- Stookkosten	30	-	41	38	-
- Voeding	18	-	24	21	-
- Kleding	62	-	65	63	-

	Wijk bij Duurstede 2012	Wijk bij Duurstede 2006/2007	ZuidOost	Midden-Nederland	Nederland
Huiselijk geweld					
Slachtoffer huiselijk geweld					
- Ooit slachtoffer geweest	3	-	3	3↓	4
- 1 jaar geleden of korter	1	-	0	0	0

Bijlage 2 Samenvatting resultaten interactieve bijeenkomst met het veld

Samenvatting prioritering speerpunten

Vragenlijst

Alcoholmisbruik	**Overgewicht**	**Depressie/eenzaamheid** **(psychische weerbaarheid)**
11	27	30

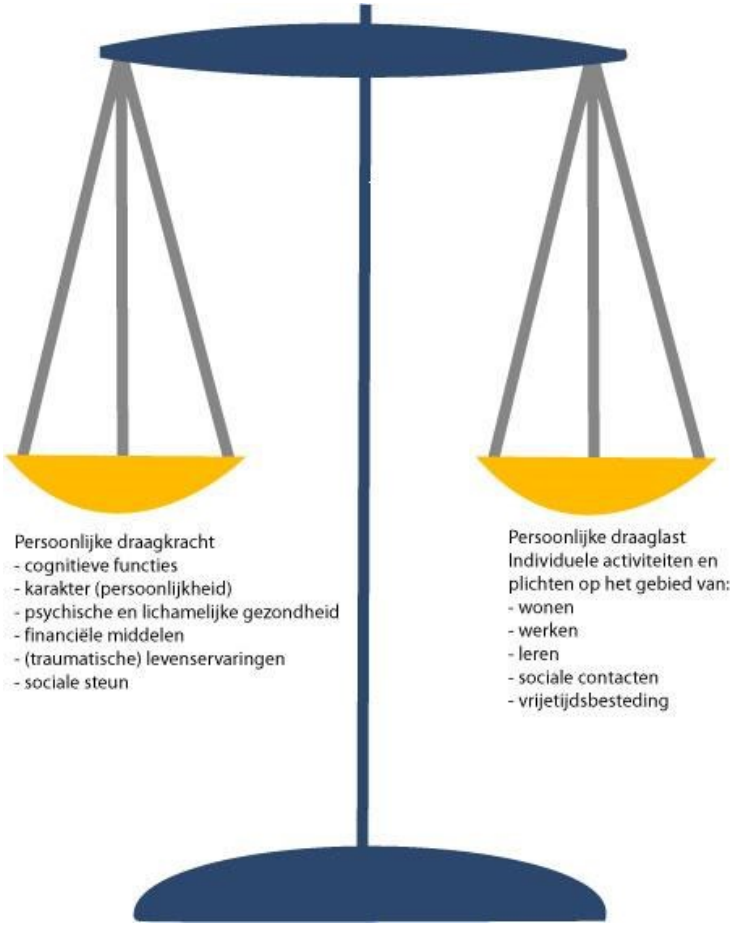
Aanvullingen	**Reactie**
Dementie	Komt in ouderennota
Sociale contacten en omgangsnormen	Middel dat ingezet kan worden bij de psychische pijler
Seksuele gezondheid (condoomgebruik)	Valt onder weerbaarheid met een link naar de psychische pijler
Opvoeding	Middel dat ingezet kan worden bij de psychische pijler
Pesten en laag zelfvertrouwen	Valt onder weerbaarheid daarmee link naar de psychische pijler
Onvoldoende bewegen	Meer middel dat ingezet kan worden bij de pijler overgewicht
Financiën	Wordt veel genoemd als belangrijk aandachtspunt. Nemen we mee door in samenwerking het minimabeleid hierop af te stemmen aangezien een slechte financiële positie zeker negatieve gevolgen heeft voor de gezondheidsituatie van inwoners
Mantelzorg	Is aparte doelgroep. Is opgenomen in ons Wmo beleidsplan met bijbehorend actieplan mantelzorg
Valpreventie	Is onderdeel van de ouderennota, momenteel is er een werkgroep valpreventie die werken aan uitvoering actieplan valpreventie
Mogelijkheden voor sport en ontspanning	Is een middel om in te zetten tegen overgewicht maar ook tegen depressie en eenzaamheid. Is denkbaar dat dit een belangrijk actiepunt gaat worden

Brainstormsessie

Alcoholmisbruik **→ genotsmiddelen**	**Overgewicht** **→ gezond gewicht**	**Depressie/eenzaamheid (psychische weerbaarheid)**
15	5	Volwassenen 10 Kinderen/jeugd 20

Aanvullingen	**Reactie**
Financiële preventie 8	Zie hierboven financiën
Participatie voor iedereen	Is de Wmo gedachte wordt link gemaakt met ons Wmo beleidsplan en er wordt integraal aan beiden beleidsstukken gewerkt. Ook de middelen die ingezet worden om de psychische weerbaarheid te vergroten hebben als doel participatie te stimuleren wat de gezondheid ten goede komt.

Bijlage 3: Model van draaglast en draagkracht



Bijlage 4: de nieuwe drank en horecawet



Belangrijkste wijzigingen van de Drank- en Horecawet die per 1 januari 2013 zijn ingegaan

Op 1 januari 2013 is de gewijzigde Drank- en Horecawet van kracht geworden. Hierna vindt u een overzicht van de 20 belangrijkste veranderingen.

1. Jongeren onder de 16 jaar zijn strafbaar als ze op voor publiek toegankelijke plaatsen (met uitzondering van winkels) alcohol aanwezig of voor consumptie gereed hebben (boete €45).
2. Detailhandelaren zonder vergunning (zoals supermarkten, snackbars, bierkoeriers) die in één jaar driemaal de leeftijdsgrens overtreden kunnen een tijdelijk verbod krijgen om alcoholhoudende drank te verkopen (zgn. 3-strikes-out).
3. Het toezicht op de naleving van de Drank- en Horecawet gaat grotendeels over naar de gemeenten (toezicht op verstrekking in treinen, vliegtuigen, tax free gebied etc. blijft bij Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit).
4. De burgemeester wijst de ambtenaren aan die toezicht houden.
5. De burgemeester kan overtreders zelf bestuurlijke boetes opleggen (hoogte van de boete ligt vast in “boetebesluit”); opbrengsten gaan naar de gemeentekas.
6. De burgemeester wordt ook bevoegd gezag.
7. De burgemeester kan bij overtreden van de Drank- en Horecawet een horeca- en slijterijvergunning schorsen.
8. Elke gemeente moet vóór 1-1-2014 een verordening paracommercie vaststellen waarin de schenktijden, privé bijeenkomsten en bijeenkomsten van derden worden geregeld.

9. De gemeente kan bij verordening extreme prijsacties in horeca en detailhandel verbieden (o.m. happy hours en gratis drinken in horeca en stuntprijzen in supermarkt).
10. De gemeente kan bij verordening toelatingsleeftijden tot horeca-lokaliteiten/terrassen bepalen (en ook koppelen aan tijdstippen).
11. De gemeente kan een ID-check verplichten bij de vaststelling van toelatingsleeftijden voor de horeca.
12. Het vergunningstelsel van de Drank- en Horecawet wordt vereenvoudigd; de leidinggevenden worden niet meer op de vergunning vermeld, maar op een aanhangsel bij de vergunning.
13. Een nieuwe leidinggevende van een vergunningplichtige inrichting hoeft nog slechts te worden gemeld.
14. De burgemeester kan een vergunning intrekken als de ondernemer in twee jaar driemaal een criminele leidinggevende aanmeldt.
15. De termijn waarop een gemeente over een vergunningaanvraag moet hebben beslist wordt verkort (wordt conform Algemene wet bestuursrecht).
16. Aan degene die met art. 35 ontheffing alcoholhoudende drank verstrekt hoeven bepaalde eisen niet meer gesteld te worden (bijv. Verklaring Sociale Hygiëne).
17. De burgemeester kan één art. 35 ontheffing verlenen voor jaarlijks terugkerende identieke evenementen.
18. De barkeeper / slijter mag zelf tijdens het werk niet dronken zijn.
19. Slijters mogen klanten die daarom vragen, gratis drank laten proeven (daarvoor is geen eigen proeflokaal meer nodig).
20. Leidinggevenden die niet betrokken zijn bij de bedrijfsexploitatie hoeven geen Verklaring Sociale Hygiëne te hebben (schrijnende gevallen).