

Kerkplein 2 T (0343) 56 56 00
Postbus 200 F (0343) 41 57 60
3940 AE Doorn E info@heuvelrug.nl



GEMEENTE
UTRECHTSE HEUVELRUG

Kerngezonder

Kadernota Gezondheid 2009-2012

Datum 30 januari 2009
Afdeling Maatschappelijke Ontwikkeling
Auteur A. van Lieshout
T.R.K. den Boer

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
1.1	Algemeen.....	3
1.2	Leeswijzer	3
2	Kaders	5
2.1	Algemeen.....	5
2.2	Begrip gezondheid.....	5
2.3	Landelijke kaders	6
2.3.1	Wcpv en wet PG	6
2.3.2	Wmo	7
2.3.3	Inrichting Centrum voor Jeugd en Gezin.....	7
2.3.4	Landelijke Preventienota	7
2.4	Gemeentelijke kaders	8
2.4.1	Basis voor gezondheidsbeleid.....	8
2.4.2	Gemeentelijke uitgangspunten.....	8
2.4.3	Uitvoeringstaken	9
2.5	Beleids thema's van deze nota.....	10
2.6	Klankbordgroep.....	10
3	Gezonde leefstijl	11
3.1	Inleiding	11
3.2	Thema's.....	11
3.3	Resultaten onderzoek	12
3.3.1	Gezond gewicht en bewegen	13
3.3.2	Genotmiddelen en verslaving.....	14
3.3.3	Seksueel gedrag jongeren	16
3.4	Bestaand beleid: wat doen we al.....	16
3.5	Ambities, acties en resultaten.....	17
3.5.1	Ambitie 1: Bevorderen van gezond gewicht en bewegen.....	17
3.5.2	Ambitie 2: Schadelijk alcohol- en druggebruik ontmoedigen.....	18
3.5.3	Ambitie 3: Seksueel gezond gedrag jongeren bevorderen	19
4	Psychische gezondheid	21
4.1	Inleiding	21
4.2	Thema's.....	21
4.3	Resultaten onderzoek	22
4.3.1	Psychische gezondheid.....	22

4.4	Bestaand beleid: wat doen we al	23
4.5	Ambities, acties en resultaten	25
4.5.1	Ambitie 4: Bevorderen psychische gezondheid door creëren basisaanbod	25
4.5.2	Ambitie 5: Kwetsbare personen en risicogroepen bereiken en begeleiden	27
5	Gezonde omgeving	29
5.1	Inleiding	29
5.2	Thema's	29
5.3	Stand van zaken	31
5.3.1	1 ^e lijns en 2 ^e lijns voorzieningen	31
5.3.2	Lekenhulp bij calamiteitbestrijding	33
5.3.3	Milieu	33
5.3.4	Infectieziektebestrijding en gezondheidsgegevens	34
5.4	Bestaand beleid: wat doen we al	35
5.5	Ambities, acties en resultaten	35
5.5.1	Ambitie 6: Bevorderen toegankelijkheid en overleg 1 ^e en 2 ^e lijns voorzieningen	35
5.5.2	Ambitie 7: Behouden en waar mogelijk verbeteren van huidige kwaliteit leefomgeving	36
5.5.3	Ambitie 8: Bereiken van een optimale vaccinatiegraad van 95% onder 4- en 9-jarigen	36
5.5.4	Ambitie 9: Dorpsgericht gezondheidsgegevens verzamelen	37
6	Financiële vertaling	39
6.1	Inleiding	39
6.2	Voortzetten wettelijke basistaken en keuzetaken	39
6.3	Te harmoniseren beleid	40
6.4	Beleid voortkomend uit de Wmo	40
6.5	Nieuw beleid met financiële gevolgen	41
7	Samenvatting	43

Bijlagen bevinden zich in een apart document

1 Inleiding

1.1 Algemeen

De nota “Kerngezonder” is de eerste nota gezondheidsbeleid van gemeente Utrechtse Heuvelrug. Natuurlijk is gezondheidsbeleid een thema dat ook al in de oude gemeenten bestond. Ook toen werd op gezondheidsgebied al flink aan de weg getimmerd.

Wat we met deze nota beogen is te starten met het maken van een totaalbeeld van wat er binnen onze nieuwe gemeentegrenzen gebeurt op het gebied van gezondheid. Door een meer integraal overzicht kunnen we in de komende jaren steeds beter accenten leggen op plekken waar het nodig is en beleid hierop afstemmen.

Binnen de gemeente werken we aan het vormgeven van integraal beleid waardoor ook gezondheidsbeleid tot uiting kan komen in tal van beleidsvelden die hieraan raken. Daarnaast is in het veld veel expertise om gezondheid van onze inwoners te behouden en te bevorderen. Deze nota vormt een start om de samenwerking, het integraal werken, tussen de gemeentelijke sectoren onderling en tussen de gemeente en het veld op het thema gezondheid structureel te maken om zo onze ambitie “Kerngezonder” een gezonde basis te geven.

1.2 Leeswijzer

De nota is als volgt opgebouwd: Hoofdstuk 2 geeft op gezondheidsgebied de landelijke en gemeentelijke kaders aan om tot slot te komen tot de keuze van de beleidsthema’s voor deze nota. De hoofdstukken 3 tot en met 5 behandelen vervolgens de thema’s gezonde leefstijl, psychische gezondheid en gezonde omgeving. Aandachtsgebieden uit de landelijke preventienota, de Wmo, de Wcpv (met ingang van 1 december 2008 opgenomen in de wet PG) en de lokale accenten zijn hierin naar thema samengevoegd. We geven tevens aan welke onderdelen al in andere beleidsnota’s worden opgepakt. Hoofdstuk 6 geeft de financiële vertaling van de wettelijke basistaken en keuzetaken, harmonisatie van de gemeentelijke subsidieregels op het gebied van gezondheid en de taken voortkomend uit de Wmo. Het hoofdstuk sluit af met een overzicht van nieuw beleid en de financiële gevolgen. Hoofdstuk 7 tenslotte geeft een samenvatting van deze kadernota.

2 Kaders

2.1 Algemeen

Een goede gezondheid is van groot belang in elke samenleving. In de eerste plaats voor de inwoners zelf, maar zeker zo belangrijk voor de samenleving als geheel. Een gezond leven vereist nu eenmaal minder maatschappelijke ondersteuning en intensieve zorg. Dat vraagt om goede preventieve gezondheidszorg en is daarmee een zaak van de overheid. De Wet Publieke Gezondheid (wet PG , hierin is de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Wcpv) opgenomen) draagt gemeenten op elke 4 jaar haar ambities op het gebied van gezondheidsbeleid te verwoorden en op grond daarvan uit te voeren.

Gemeenten staan nu voor de opdracht gestalte te geven aan de tweede generatie nota's lokaal gezondheidsbeleid waarbij de nadruk ligt op de keuze die het individu heeft tussen gezond en ongezond leven. In de preventienota *Kiezen voor gezond leven* zet de landelijke overheid haar lijnen uit voor de komende jaren. Naast roken, tegengaan van schadelijk alcoholgebruik en overgewicht worden nog twee speerpunten van beleid genoemd die volop aandacht zullen krijgen: diabetes en depressie. Het landelijk zwaartepunt van de preventiestructuur ligt de komende jaren bij deze thema's en lokale overheden worden uitgenodigd in hun gezondheidsbeleid hierbij aan te sluiten.

Ook vanuit een andere hoek wordt de gemeente uitgedaagd en opgedragen maatschappelijke ondersteuning via gezondheidsbeleid te vormen. Met ingang van 1 januari 2007 is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) van kracht geworden. Zoals bekend omvat de Wmo negen prestatievelden die alle te maken hebben met fysieke en sociale omgevingsfactoren en daardoor van invloed zijn op gezondheid in algemene zin. Ook de Wmo verplicht gemeenten eens in de vier jaar het beleid ten aanzien van de prestatievelden in samenhang te verwoorden.

Kader voor deze nota vormen de landelijke richtlijnen en ontwikkelingen en de gemeentelijke visie, doelstelling en uitgangspunten. Deze kaderstellende nota is de eerste gezondheidsnota van onze nieuwe gemeente. Van hieruit kunnen we in de uitwerking van de nota in jaarplannen de komende jaren het gezondheidsbeleid verder vormgeven en basisingrediënten leveren om de inwoners van onze dorpen de kans te geven in de kern gezond(er) te blijven of te worden.

2.2 Begrip gezondheid

In Nederland wordt als gangbare definitie van gezondheid die van de World Health Organization (WHO) gehanteerd, waarin gezondheid wordt opgevat als een toestand van lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden, waarbij het dus om meer gaat dan het afwezig zijn van ziekte of gebrek.

Bij een dergelijke brede definitie van gezondheid zijn een aantal determinanten te onderscheiden die de gezondheid beïnvloeden:

- Biologische en erfelijke factoren: de aanwezigheid (aanleg voor) gezondheid of ziekte;
- Omgevingsfactoren: de fysieke en sociale omgeving: wonen, milieu, veiligheid, werk etc.;
- Leefstijlfactoren: het gedrag van mensen is van invloed op hun gezondheid of het ontstaan van ziekte;
- Gezondheidszorg: de beschikbaarheid, bereikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van gezondheidszorgvoorzieningen.

Binnen deze definitie van gezondheid staan de eerste drie groepen determinanten centraal: omgeving, leefstijl en persoonsgebonden factoren. Preventie, onder te verdelen in

- gezondheidsbescherming,
- gezondheidsbevordering en
- ziektepreventie),

heeft een specifieke relatie met deze drie determinantgroepen. De laatste determinant, gezondheidszorg, omvat aspecten als kwaliteit en toegankelijkheid, die van invloed zijn op de gezondheid, maar ook zaken die het gevolg zijn van de gezondheidstoestand, zoals het gebruik van voorzieningen en de kosten. In bijlage 1 is dit schematisch weergegeven in het model van Lalonde. In onze gemeente hanteren we eveneens deze definitie in navolging van afspraken binnen de regio van de GGD Midden-Nederland.

2.3 Landelijke kaders

Het is een wettelijke taak dat elke gemeente eens in de vier jaar een beleidsnota volksgezondheid maakt. Landelijke ontwikkelingen hebben invloed op de richting ervan. Deze zijn:

- wijzigingen in de Wcpv en ontwikkeling wet PG;
- de invoering van de Wmo;
- inrichting van Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG);
- de tweede landelijke preventienota, getiteld *Kiezen voor gezond leven*, waarin het rijksbeleid voor de komende vier jaar is neergelegd;

Hieronder gaan we kort in op deze ontwikkelingen. Meer informatie is te vinden in bijlage 2.

2.3.1 Wcpv en wet PG

De Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) verplicht alle Nederlandse gemeenten actief te zijn op het gebied van de volksgezondheid: gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Bij de invoering van de Wcpv in 1989 is gekozen voor een gezondheidsdienst bij de gemeente (de GGD) en voor gemeentelijke beleidsvrijheid bij de organisatie van de werkzaamheden. De Wcpv wijst ook taken aan die onder verantwoordelijkheid van de gemeente worden uitgevoerd, zoals infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg. De gemeente is verplicht elke vier jaar een nota gezondheidsbeleid op te stellen. Zij kan anderen dan de GGD jeugdgezondheidszorgtaken laten uitvoeren. De wet verplicht het rijk elke vier jaar een rijksnota uit te brengen en verankert het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg.

In december 2008 is de wet PG(wet PG) in werking getreden. Deze wet is een samenvoeging van de Wcpv, de Infectieziektewet en de Quarantainewet. Naast de reeds bestaande taken uit deze drie wetten wordt het eenvoudiger om nieuwe internationale afspraken op het gebied van infectieziektebestrijding te verankeren. Ook opgenomen is de verplichting om dossiers in de jeugdgezondheidszorg te

digitaliseren (per 1 januari 2009). De taak van de gemeente voor de ouderengezondheidszorg is ook opgenomen maar treedt nog niet in werking. Deze taak vereist nog uitwerking in overleg met de VNG en GGD Nederland.

2.3.2 Wmo

Met de invoering van de Wmo per 1 januari 2007 zijn nieuwe verantwoordelijkheden en taken naar de gemeente gegaan. Hiervoor is in 2008 de kadernota *Meedoen in de gemeente Utrechtse Heuvelrug, meerjarig beleids- en uitvoeringsplan Wmo 2008-2011*, opgesteld.

De Wet PG heeft raakvlakken met de Wmo vooral op het preventieve vlak. De Wet PG richt zich vooral op het gebied van primaire en secundaire preventie en heeft tot doel gezondheid van (nog) gezonde inwoners te beschermen, en ziekten of afwijkingen in een vroeg stadium op te sporen. De Wmo richt zich vooral op secundaire en tertiaire preventie: het heeft tot doel het inwoners met een beperking mogelijk te maken deel te nemen aan de maatschappij. Het doel van beide wetten is bevordering van kwaliteit van leven.

2.3.3 Inrichting Centrum voor Jeugd en Gezin

In het landelijk beleidsprogramma "Alle kansen voor alle kinderen" is de ambitie van dit kabinet op het terrein van jeugd en gezin beschreven. Belangrijke aspecten uit dit programma zijn: aandacht voor preventie en beschikbaarheid van opvoed- en gezinsondersteuning voor alle kinderen en gezinnen die daar gebruik van willen maken. Daarnaast moet de omslag gemaakt worden naar het eerder opsporen van risico's en het beter en eerder aanpakken van problemen.

Het principe 'één gezin, één plan' dient overal in Nederland gerealiseerd te worden. Een belangrijke rol hierin is weggelegd voor de gemeenten en de CJG's. De inrichtingsplicht voor de CJG's is verankerd in de Wet op de jeugdzorg. Hierin zijn vijf gemeentelijke functies uit het preventief jeugdbeleid vastgelegd:

- informatie verstrekken aan ouders, kinderen en jeugdigen over opvoeden en opgroeien;
- signaleren van problemen door instellingen als jeugdgezondheidszorg en onderwijs;
- toegang tot het (gemeentelijk) hulpaanbod, beoordelen en toeleiden naar voorzieningen aan de hand van de 'sociale kaart' voor ouders, kinderen, jeugdigen en verwijzers;
- pedagogische hulp (advisering en lichte hulpverlening), zoals maatschappelijk werk en coachen van jongeren;
- coördineren van zorg in het gezin op lokaal niveau (gezinscoaching).

Deze functies moeten uiterlijk in 2011 in CJG's zijn ondergebracht.

Het hart van het CJG wordt gevormd door JGZ en algemeen Maatschappelijk Werk (AMW). Hierdoor wordt een verbinding gelegd met de taken die de gemeente al zijn opgedragen in het kader van de wet PG en de Wmo. De taken op grond van de wet PG en de Wmo blijven verder ongewijzigd.

Zo worden de verantwoordelijkheden van alle overheden op het terrein van Jeugd (rijk, provincies en gemeenten) als een logisch drieluik in één wet ondergebracht. De Wet op de jeugdzorg is nu al een integrale wet met als doelgroep de jeugd en dit wordt zo verbreed. Dit heeft als voordeel dat preventie en geïndiceerde zorg voor jeugdigen nadrukkelijker in elkaars verlengde worden gepositioneerd. Per 2011 moet er een landelijk dekkend netwerk Centra voor Jeugd en Gezin zijn.

2.3.4 Landelijke Preventienota

In navolging van de verplichtingen uit de Wcpv heeft de Minister van Volksgezondheid in 2006 de preventienota *Kiezen voor gezond leven* vastgesteld. Deze nota bouwt voort op de nota *Langer gezond*

leven uit 2003 en richt zich vooral op gezondheidsbevordering. Deze nota stelt tevens vast dat nieuwe strategieën nodig zijn om de gezondheidsproblemen van de 21^e eeuw het hoofd te bieden. Daarvoor is vervolgens in 2007 de ministeriële nota gelanceerd *Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie*. Deze nota's geven richting aan de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid.

De landelijke preventienota noemt vijf speerpunten:

- Drie leefstijlfactoren
 - roken,
 - schadelijk alcoholgebruik,
 - overgewicht,
- en twee ziekten:
 - diabetes en
 - depressie

met elk hun eigen doelstellingen. Het bevorderen van een gezonde leefstijl is het hoofdthema van de preventienota. De aanpak is om te stimuleren tot gezonde keuzes. Naast drie leefstijlfactoren heeft de preventienota twee ziekten tot speerpunt benoemd, omdat deze raakvlakken hebben met de leefstijl speerpunten en de aanpak ervan een voorbeeld is voor andere chronische ziekten. Het op jonge leeftijd ontwikkelen van diabetes type 2 is voor een groot deel te voorkomen door een gezonde leefstijl. Vroegsignalering en goede ketenzorg leveren hierin gezondheidswinst op. Deze aanpak ligt op het grensvlak van preventie en zorg. Vroegsignalering en tijdige interventie zijn ook middelen die goed werken bij het voorkomen van de ziektelast door depressie.

2.4 Gemeentelijke kaders

Zoals bekend is het een wettelijke taak voor de gemeente elke vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid vast te stellen. De gemeente heeft verschillende rollen te vervullen op het terrein van de volksgezondheid: uitvoerder, regisseur en beleidsmaker. Het is immers de gemeente die direct invloed heeft op de leefomgeving van haar inwoners. Daarnaast zijn op gemeenteniveau allerlei personen, instanties en verenigingen betrokken bij een gezonde en veilige leefomgeving, komt de zorg voor medeburgers hier tot uitdrukking en kan deze verder worden gestimuleerd. Tenslotte is het op gemeentelijke niveau mogelijk om allerlei (beleids)initiatieven die van invloed zijn op de gezondheid met elkaar in verband te brengen en te integreren.

2.4.1 Basis voor gezondheidsbeleid

Met deze Kadernota gezondheid 2009-2012 creëren we een basis voor de nieuwe gemeente om te bouwen aan gezondheid. Het gezondheidsbeleid gebruiken we tevens om vorm te geven aan bepaalde taken uit de Wmo (zoals OGGZ en verslavingszorg) en aan lokale accenten (als harmonisatie van subsidieregelingen en gezonde omgeving).

Deze nota volgt op de nota's Lokaal Gezondheidsbeleid 2003-2007 van de voormalige gemeenten Amerongen, Doorn, Driebergen-Rijsenburg, Leersum en Maarn, die per 1 januari 2006 samen zijn gegaan in de gemeente Utrechtse Heuvelrug.

2.4.2 Gemeentelijke uitgangspunten

Onze gemeente heeft bij haar start een missie geformuleerd:

De Utrechtse Heuvelrug is een groene, vitale, leefbare en gastvrije gemeente met kernen die een eigen identiteit en cultuurhistorische waarde hebben. De gemeente stelt de burger centraal en verleent op een kwalitatief hoog niveau haar diensten.

Vitaliteit en leefbaarheid uit deze missie zijn goed in verband te brengen met de, door de gemeenten in de regio van GGD Midden Nederland geformuleerde regionale missie voor gezondheidsbeleid: *Het ontwikkelen en (doen) uitvoeren van lokaal gezondheidsbeleid om gezondheid te bevorderen en ziekten te voorkomen. Gezondheid is meer dan afwezigheid van ziekte(n). Gezondheid betreft het lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden.* Immers vitaliteit en leefbaarheid zijn van invloed op de gezondheid en daarmee op het lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden. Omgekeerd heeft gezondheid van de inwoners van onze dorpen invloed op de vitaliteit en leefbaarheid van het dorp en van de gemeente als geheel.

Het collegeprogramma 2006-2009 spreekt over de vervaardiging van een nota lokaal gezondheidsbeleid. In het collegeprogramma zijn de volgende punten opgenomen die betrekking hebben op gezondheid:

- onderzoek haalbaarheid huisartsenpost (hoofdstuk 5 Gezonde omgeving);
- tweedelijns voorzieningen, zoals buitenpoli Doorn toegankelijk maken voor alle inwoners (hoofdstuk 5 Gezonde omgeving);
- stimuleren medische- en zorgvoorzieningen in iedere dorpskern en concentratie huisartsen onder één dak (HOED) (hoofdstuk 5 Gezonde omgeving);
- stimuleren van beter bewegingsonderwijs en meer aandacht voor verantwoorde voeding en hygiëne op de basisscholen (hoofdstukken 3 Gezonde leefstijl en 5 Gezonde omgeving).

In het collegeprogramma is tevens opgenomen dat kerngericht beleid ontwikkeld zal worden. Zij noemt behoud en versterking van de sociale cohesie in de verschillende dorpen een noodzakelijke voorwaarde voor succesvolle invoering van de Wmo. Dit raakt aan gezondheid. Hiernaast noemt het collegeprogramma ook andere terreinen voor te ontwikkelen beleid waar het gezondheidsbeleid raakvlakken mee heeft. Deze beleidsterreinen noemen we in de hoofdstukken 4 tot en met 7 (per thema) en in bijlage 3 (uitwerking gemeentelijk beleid). Het collegeprogramma geeft voorts aan voor ogen te houden dat we ons nog in een opbouw- en groeifase bevinden. Dit is natuurlijk ook van toepassing op het gezondheidsbeleid van de gemeente: we maken een start en bouwen van hieruit verder.

2.4.3 Uitvoeringstaken

De gemeente is door een gemeenschappelijke regeling aangesloten bij de GGD Midden-Nederland (GGD). De GGD voert in het kader van de Wet PG (zie bijlage 1) de meeste wettelijke basistaken voor de gemeente uit. Vitras/CMD voert voor onze gemeente de wettelijke basis- en keuzetaken uit voor de Jeugdgezondheidszorg 0-4 jarigen, de GGD doet dat voor de 4 -19 jarigen.

Naast de basistaken laat de gemeente door de GGD keuzetaken uitvoeren, zoals wettelijke verplichting tot het uitvoeren van lijkschouwing, meldpunt OGGZ (het Meldpunt Zorg en Overlast in onze regio), logopedie. In het kader van de JGZ voert de GGD daarnaast een collectief maatwerkdeel uit, dat zijn regionaal vastgestelde taken waar veel voorkomende of ingewikkelde problemen onder jeugdigen onder vallen zoals bijvoorbeeld psychotrauma's onder jeugdigen of hoofdluisbestrijding. Zorgnetwerk ondersteuning bieden zowel GGD als Vitras/CMD. Keuzetaken van Vitras/CMD zijn verder taken als pedagogisch spreekuur, videohometraining, extra ondersteuning verpleegkundige en groepsgerichte voorlichtingen (voor een volledig overzicht zie bijlage 2).

De divisie Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) van Vitras/CMD voert voor ons het basistakenpakket van het AMW uit, een pakket van hulpverlening dat deze organisatie voor 13 gemeenten uitvoert op basis van een gezamenlijke uitvoeringsovereenkomst. Daarnaast zijn er maatwerkafspraken voor de coördinatie Meldpunt Jeugd en OGGZ hulpverleningstrajecten.

2.5 Beleidsthema's van deze nota

Ons baserend op de landelijke en gemeentelijke kaders kiezen we als speerpunten bij het te ontwikkelen gezondheidsbeleid de volgende thema's:

- Gezonde leefstijl, met als aandachtsgebieden: gezond gewicht, genotmiddelen en verslaving , en seksueel gezond gedrag jongeren (hoofdstuk 3);
- Psychische gezondheid, met aandacht voor depressie, eenzaamheid en sociale uitval (hoofdstuk 4);
- Gezonde omgeving, waarin we aandacht geven aan 1^e en 2^e lijnszorgvoorzieningen, het milieu en infectieziektebestrijding (hoofdstuk 5).

Daarmee sluiten we gedeeltelijk aan bij de landelijke thema's en geven we invulling aan het collegeprogramma. Onze keuze is tot stand gekomen naar aanleiding van landelijke cijfers, uitkomsten van epidemiologische onderzoeken van de GGD voor onze regio en voor de Utrechtse Heuvelrug, monitorgegevens van Vitras/CMD en signalen uit het veld.

We hanteren de volgende uitgangspunten:

- In principe richten we ons op alle inwoners van de gemeente Utrechtse Heuvelrug, waarbij extra aandacht zal zijn voor kwetsbare groepen (jongeren, ouderen en allochtonen);
- Bij de ontwikkeling en uitvoering van beleid streven we naar integraliteit: de uitdaging is beleid zo in te richten dat ook op andere beleidsterreinen het thema gezondheid meespeelt in de ontwikkeling en uitvoering er van.

2.6 Klankbordgroep

Om de Kadernota Gezondheid op een interactieve manier vorm te geven is advies gevraagd aan een "klankbordgroep". Deze is tijdens het ontwikkeltraject een keer bij elkaar geweest. Daarnaast zijn zij per mail op de hoogte gehouden en hebben zij input voor de nota geleverd. In de uitvoeringssfeer zullen zij themagewijs bij elkaar komen. De klankbordgroep bestaat uit vertegenwoordigers van:

- GGD
- 1^e en 2^e lijns gezondheidszorg
- Welzijnsstichtingen
- Woningbouwcorporaties.

Met de huisartsen is apart gesproken.

De klankbordgroep heeft als functie: actief meedenken, becommentariëren van rapportages en bijstand leveren in de vorm van kennis, netwerk en expertise. Bij de uitwerking van de nota in jaarplannen wordt de klankbordgroep betrokken.

Betrokkenheid bevolking

De bevolking van de gemeente Utrechtse Heuvelrug is via een publiciteitscampagne en in reguliere spreekbeurten van de wethouder geïnformeerd over de voortgang van de Kadernota Gezondheid. De website heeft hierbij een centrale rol gespeeld. De conceptversie en een samenvatting waren via de website te downloaden. Op de website is inwoners de gelegenheid geboden op de nota te reageren en hun aan- of opmerkingen hierbij aan te geven.

Daarnaast is deze nota besproken in de Wmo-raad en van een advies voorzien.

3 Gezonde leefstijl

3.1 Inleiding

Gezond leven is in principe een keuze hoewel ziekte voor een deel onvermijdelijk is door aanleg of toeval. Welvaartsziekten van nu zijn grotendeels te vermijden. Ongezond gedrag verhoogt de ziektelast, waardoor er extra druk op de zorg wordt gelegd en de kansen op de arbeidsmarkt zich verkleinen.

Ongezonde leefgewoonten vormen een verhoogd risico voor allerlei ziekten. Een gezonde leefstijl is iets waar in principe ieder mens voor kan kiezen. Je kunt een keuze maken om gezond te eten, al dan niet te sporten, veilig te rijden, niet te roken, of van drugs af te blijven. Probleem is dat veel mensen wel weten wat gezond of ongezond is, maar dat ze zich vaak niet bewust zijn van hun eigen gedrag hierin. Keuzes die volwassenen maken, kunnen van invloed zijn op het gedrag van jongeren door de voorbeeldfunctie die zij vervullen. De gemeente kan door het bevorderen van een gezonde leefstijl en het positief beïnvloeden van de sociale en fysieke omgeving echter wel stimuleren dat mensen een gezondere keuze maken.

Dit hoofdstuk gaat in op een aantal speerpunten van gezonde leefstijl die wij in onze gemeente hanteren omdat uit de GGD onderzoeken en uit signalen uit het veld naar voren komt dat op deze thema's in onze gemeente gezondheidswinst te behalen is. We gaan in op de volgende drie thema's:

- gezond gewicht en bewegen,
- genotmiddelen en verslaving,
- en seksueel gezond gedrag jongeren.

Meer achtergrondinformatie over deze thema's is te vinden in bijlage 4.

3.2 Thema's

Gezond gewicht en bewegen

Ongeveer 7% van de jaarlijkse sterfte wordt veroorzaakt door overgewicht. Ernstig overgewicht hangt samen met tal van ziekten, vooral diabetes en hart en vaatziekten. Mensen met overgewicht hebben vaker bepaalde vormen van kanker. Voor artrose is ernstig overgewicht de belangrijkste risicofactor. Vooral voor kinderen met overgewicht zijn de gezondheidsgevolgen groot. Een gezond gewicht wordt behouden door een balans tussen gezond eten en voldoende beweging.

Genotmiddelen en verslaving

Het gebruik van genotmiddelen heeft grote invloed op de gezondheid. Het beïnvloedt niet alleen de lichamelijke gezondheid maar ook het geestelijk welbevinden. Het voorkomen en tegengaan van roken en schadelijk alcoholgebruik levert een grote bijdrage aan het beperken van de belangrijkste volksgezondheidsproblemen in Nederland.

Roken is nog steeds de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaak in Nederland. Jaarlijks sterven ruim 20.000 Nederlanders aan ziekten die met roken te maken hebben. Met name (long)kanker en hart- en vaatziekten zijn het gevolg van roken. Roken schaadt behalve de gezondheid van de roker zelf ook die van mensen in zijn omgeving.

Het drinken van alcohol op jonge leeftijd is schadelijk voor de gezondheid en kan bijvoorbeeld leiden tot hersenbeschadiging, kanker en verslaving op latere leeftijd. Het kan blijvende schade aan denken en gedrag veroorzaken. Ook incidenteel overmatig alcoholgebruik kan al permanente hersenschade veroorzaken. Uit onderzoek blijkt dat jongeren minder gevoelig zijn voor het verdovende effect van alcohol, een effect dat bij volwassenen eerder optreedt. Waarschijnlijk ligt hierin deels de reden dat jongeren meer geneigd zijn 'door te drinken'. Hoe jonger iemand begint met regelmatig en veel alcohol drinken, hoe jonger de leeftijd waarop de schadelijke gevolgen zich kunnen openbaren.

Drugs (we gaan uit van middelen die in de Opiumwet zijn opgenomen) prikkelen de hersenen waardoor geestelijke en lichamelijke effecten optreden. De effecten kunnen stimulerend zijn, verdovend of bewustzijnsveranderend. Het belangrijkste gezondheidsrisico van drugsgebruik is een afname van het reactie- en concentratievermogen en verslechtering van het korte termijngeheugen. Dit kan negatieve effecten hebben op school- en werkprestaties of in het verkeer. Het gebruik van drugs is extra gevaarlijk voor mensen die geestelijk kwetsbaar zijn, voor mensen met hart- en vaatziekten, mensen met geestelijke gezondheidsproblemen en voor zwangere vrouwen. Bij langdurig gebruik van drugs is vaak sprake van lichamelijke en/of geestelijke afhankelijkheid: verslaving. Daarbij is op lange termijn de kans op lichamelijke en geestelijke schade groot, zoals het minder goed functioneren van bepaalde organen. (Bron: Trimbos instituut, website)

Seksueel gedrag jongeren

Een goede seksuele gezondheid is van belang voor ieder mens. Seksualiteit en voortplanting vormen een belangrijk aspect van het leven van mensen en bepalen voor een belangrijk deel iemands welzijn. Seksuele gezondheid gaat echter niet alleen over het vrij zijn van een SOA, maar bijvoorbeeld ook over weerbaar zijn: weten wat je wilt in relaties en seksualiteit en duidelijk je wensen en grenzen kunnen aangeven.

In Nederland worden elk jaar rond de 200.000 jongeren voor het eerst seksueel actief. Jongeren hebben belang bij goede en brede seksuele en relationele vorming zodat ze verantwoorde en gezonde keuzes kunnen maken. Veel ouders slagen er nog niet in seksualiteit expliciet aan de orde te stellen of hun kinderen adequaat te begeleiden bij hun seksuele ontwikkeling. Mede daarom is het van belang een voorlichtingsaanbod over seksualiteit en, bij problemen, een laagdrempelig hulpaanbod te verzorgen. Jongeren beginnen in hun puberteit seksuele ervaring op te doen. Pubers worden op heel veel verschillende manieren beïnvloed (omgeving, media als MSN, Hyves en mobieltjes). Praten over gewenste en niet gewenste seksuele contacten is belangrijk om eigen signalen of iemand iets wel of niet wil te leren herkennen.

Het verschijnsel van loverboys en jongeren die seks hebben in ruil voor geld of een beloning spreidt zich uit van steden naar dorpen en is ook actueel in onze gemeente.

3.3 Resultaten onderzoek

Door onderzoeken van de GGD hebben we over de hierboven genoemde thema's voor onze gemeente een aantal gegevens verkregen. Deze geven we hieronder weer..

3.3.1 Gezond gewicht en bewegen

Gezond gewicht en bewegen jeugd

- Overgewicht komt bij veel kinderen in de regio voor en stijgt naarmate de kinderen ouder worden. Van kinderen uit groep 2 en 6 van het basisonderwijs in de gemeente heeft resp. 14% en 17% overgewicht (resp. 13% en 17% in de regio). Voor klas 2 van het VO is dat 12% (regio 15%).
- Ongezonde voedingsgewoonten zoals het overslaan van het ontbijt en het eten van (te) energierijke tussendoortjes op school hebben invloed op het ontstaan van overgewicht bij kinderen. Met het toenemen van de leeftijd stijgt het percentage kinderen dat niet ontbijt. In groep 6 van het basisonderwijs slaat 1% van de kinderen het ontbijt over. Op het VO ontbijt 14% van de leerlingen minder dan 5 dagen per week. Dit is overeenkomstig met het regionale gemiddelde (15%). Op het VO worden vaak ongezonde tussendoortjes gegeten (koek/gebak/snoep/chips).
- De meerderheid van de jongeren voldoet niet aan de landelijke normen voor fruit en groenteconsumptie. (komt overeen met de regio)
- In de afgelopen 5 jaar is de tijd dat kinderen voor de televisie doorbrengen erg toegenomen. Vooral bij kinderen onder de 7 jaar is een stijging te zien. De mate waarin kinderen televisie kijken en computeren neemt toe met de leeftijd. In de gemeente zien we dat van de kinderen uit groepen 2 en 6 van het basisonderwijs resp. 3% en 9% twee uur of meer per dag televisie kijkt (regio resp. 6% en 10%). Van de leerlingen op het VO kijkt 25% twee uur of meer per dag televisie (regio 30%). In groep 2 en 6 computert resp. 10% en 26%, 1 uur of meer per dag (regio resp. 10% en 25%). 34% van de leerlingen op het voortgezet onderwijs computert 2 of meer uur per dag (regio 35%).
- In de gemeente is 6% van de kinderen van groep 6 en 22% van de leerlingen op het VO geen lid van een sportclub. (regio: groep 6 6%, VO 25%).
- In de groepen 2 en 6 van het basisonderwijs speelt resp. 53% en 40% tenminste een uur per dag buiten (regio resp. 55% en 52%).
- Het beweeggedrag van de jongeren is gunstiger vergeleken met de regio. De ruime meerderheid voldoet aan de beweegnorm.

Gezond gewicht en bewegen volwassenen:

- 41% van de volwassenen heeft overgewicht (regio 43%). Van deze 41% heeft 10% obesitas. We zien overgewicht bij 39% van de mannen en bij 26% van de vrouwen. Obesitas wordt geconstateerd bij 11% van de mannen en 9% van de vrouwen.
- 69% van de volwassenen eet dagelijks minder dan twee stuks fruit (regio 71%) en 61% eet niet dagelijks groenten (regio 70%).
- 20% van de volwassenen ontbijt niet dagelijks (regio 25%). Mannen ontbijten minder vaak dan vrouwen.
- Mannen hebben vaker last van overgewicht dan vrouwen. Risicogroepen voor overgewicht: mensen met een lage SES, 40+, samenwonend en mensen zonder betaalde baan.
- 64% van de volwassenen beweegt te weinig (regio 63%). Hierin zijn mannen en vrouwen nagenoeg gelijk.
- Van de volwassenen heeft 1.0% diabetes mellitus (landelijk 1,2%). Diabetes komt meer voor onder de mannen (1,7%) dan de vrouwen (0,5%) in de Heuvelruggemeente.

Gezond gewicht en bewegen senioren:

- Ruim de helft van de respondenten heeft last van overgewicht. Er is een duidelijke samenhang tussen ongezonde leefgewoonten, overgewicht en het hebben van een chronische ziekte. 46% van de 65-74 jarigen heeft matig overgewicht (regio 45%) en 36% van 75-plussers heeft matig overgewicht (regio 39%). Obesitas komt bij 17% van de 65-74 jarigen voor (regio 15%) en bij 14% van de 75-plussers (regio 13%).

- 33% van de 65-74 jarigen voldoet niet aan de beweegnorm (regio 30%) en 46% van 75-plussers (regio 48%).
- Van de 65-74 jarigen heeft 11% (regio 12%) diabetes mellitus en van de 75-plussers 10% (regio 13%).

In Gezondheidscentrum Rijsenburg is een integraal programma gestart voor mensen met overgewicht. Het gaat dan niet alleen om gezond (en minder) eten en bewegen, maar ook om gedragsverandering. Vaak zijn er psychische oorzaken die ook meegenomen moeten worden voor een blijvend gezond(er) leven. In het gezondheidscentrum is samenwerking en afstemming tussendiëtist, fysiotherapeut, eerstelijns psycholoog en orthopedagoog

Conclusies gezond gewicht en bewegen

Het percentage kinderen met overgewicht in de gemeente is overeenkomstig het regionale gemiddelde. Kijken we naar het eetgedrag van de kinderen dan valt het volgende op:

- het percentage kinderen dat niet ontbijt neemt toe naar mate de kinderen ouder worden. 14% van de leerlingen op het VO ontbijt minder dan 5 dagen per week. Op het VO worden vaak ongezonde tussendoortjes gegeten en veel frisdrank gedronken, dat minder gezond is in verband met overgewicht en cariës.

Kijken we naar het beweeggedrag dan valt op:

- kinderen van groep 2 van het BO en de kinderen op het VO kijken minder vaak televisie vergeleken met regionale cijfers;
- kinderen in groep 2 computeren vaker 1 uur of meer per dag vergeleken met het regionale gemiddelde. In groep 6 wordt minder vaak 1 uur of meer per dag gecomputerd vergeleken met het regionaal gemiddelde;
- het computergedrag van de kinderen wijkt niet af van het regionaal gemiddelde; de sportparticipatie van de kinderen is overeenkomstig vergeleken met het regionaal gemiddelde. Kinderen in groep 6 spelen wel minder vaak buiten vergeleken met regionale cijfers.

Het percentage volwassen en senioren met overgewicht komt overeen met het regionaal gemiddelde, en is hoog. Het percentage volwassenen dat dagelijks groenten eet ligt hoger vergeleken met het regionaal gemiddelde. Naast voeding is te weinig bewegen een oorzaak van overgewicht. 64% van de volwassenen beweegt onvoldoende, 33% van de 65-74 jarigen en 46% van de 75-plussers voldoen niet aan de beweegnorm. Het percentage volwassen en senioren dat onvoldoende beweegt is overeenkomstig met het regionale gemiddelde.

Het percentage volwassenen en senioren met diabetes is overeenkomstig met het regionaal gemiddelde.

Binnen het thema gezond gewicht en bewegen is gezondheidswinst te behalen bij

- beweeggedrag van basisschoolleerlingen, volwassenen en ouderen;
- voedingsgedrag van alle leeftijdsgroepen.

3.3.2 Genotmiddelen en verslaving

Genotmiddelen en verslaving jeugd

- 17% van de leerlingen op het VO rookt (regio 15%).
- 49% van de leerlingen op VO heeft tenminste 1 keer in de afgelopen 4 weken alcohol gebruikt. Dit is hoger vergeleken met de regio (43%). 31% van de jongeren heeft in de 4 weken voorafgaande aan het onderzoek aan binge drinken (= 5 glazen of meer per keer) gedaan. Deze cijfers komen overeen met het regionaal gemiddelde (28%).

- Verder valt op dat relatief veel jongeren die jonger dan 16 zijn zelf wel eens alcohol kopen en dat er veel thuis gedronken wordt. De meerderheid van de ouders keurt het goed dat hun kind alcohol drinkt of zegt er niets van. Het is wel zo dat naarmate de jongeren jonger zijn, minder ouders het goedkeuren dat ze alcohol drinken.
- 6% jongeren gebruikte afgelopen maand softdrugs, 1% harddrugs (overeenkomstig regionaal).
- Drugsgebruik vindt vooral plaats op straat of bij vrienden.

Genotmiddelen en verslaving volwassenen

- 24% van de volwassenen rookt (regio 23%). Het zijn vooral de mannen die roken. Twee op de vijf volwassenen wil binnen een maand en een half jaar stoppen met roken.
- 12% van de onderzochte volwassenen drinkt overmatig alcohol (regio 11%). Mannen drinken vaker overmatig (15%) dan vrouwen (11%). Bij de mannen zijn dit degenen die gemiddeld over een week meer dan 21 glazen alcohol drinken. Bij de vrouwen zijn dit degenen die gemiddeld over een week meer dan 14 glazen alcohol drinken. Binge-drinken (= het in korte tijd innemen van een grote hoeveelheid alcohol), doet 8% van de volwassenen. Het zijn vooral de mannen die binge-drinken (13%). Van de vrouwen doet 2% aan binge-drinken.

Genotmiddelen en verslaving senioren

- 10% van de respondenten van 65-74 jaar rookt (regio 15%) en 7% van de 75-plussers (regio 11%). Mannen roken vaker dan vrouwen. Er is een verband met alcoholgebruik.
- 12% van de 65-74 jarigen respondenten en 8% van de 75-plussers drinkt overmatig veel alcohol (=mannen meer dan 3 glazen per dag en vrouwen meer dan 2 glazen per dag) (regio resp. 13% en 7%). 4% van de 65-74 jarigen en 2% van de 75 jarigen 'binge drinkt' (regio resp. 7% en 4%).

Conclusies genotmiddelen

Het percentage jongeren en volwassenen dat rookt is overeenkomstig vergeleken met het regionaal gemiddelde. 40% van de volwassen rokers wil binnen een maand en een half jaar stoppen. Het percentage senioren dat rookt is wat lager vergeleken met regionale cijfers. Omdat voor roken landelijk veel aandacht is vanwege het nieuwe horecabeleid richten we ons in de komende periode vooral op andere schadelijke genotmiddelen. Handhaving op roken vindt plaats door de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA).

Het aantal jongeren op het voortgezet onderwijs dat in de 4 weken voorafgaande aan het onderzoek alcohol heeft gedronken is hoger vergeleken met het regionaal gemiddelde (49% versus 43%). Opvallend is ook dat een groot deel van de jongeren al onder de 16 jaar alcohol heeft gedronken. Binge drinken onder jongeren is eveneens overeenkomstig met het regionaal gemiddelde (31% versus 28%).

Overmatig alcohol gebruik bij volwassenen (12%) en senioren komt overeen met de regio. Binge-drinken komt onder senioren wat minder vaak voor vergeleken met het regionale gemiddelde. Mannen drinken vaker overmatig en binge-drinken vaker dan vrouwen.

Het soft- en harddrugsgebruik van jongeren komt overeen met de regionale cijfers.

Opvallend is het grote alcoholgebruik onder jongeren. Vooral bij deze doelgroep is de komende jaren veel gezondheidswinst te behalen.

3.3.3 Seksueel gedrag jongeren

Seksueel gedrag jongeren:

- Op de middelbare school stijgt het percentage jongeren dat wel eens geslachtsgemeenschap heeft gehad naarmate zij in een hogere klas zitten (5% in klas 1-2 tot 36% in klas 5-6)(regionaal gemiddelde: 18%)
- Het condoomgebruik vormt een aandachtspunt bij seksueel gedrag. 40% van de jongeren met seksuele ervaring heeft de laatste keer geen condoom gebruikt.
- Van jongeren met seksuele ervaring heeft 4% wel eens een SOA gehad en 6% wel eens een beloning in ruil voor seks.
- 6% van de jongeren kent meisjes op school die met een loverboy omgaan.

Conclusies seksueel gedrag jongeren

- Gezondheidswinst bij jongeren is te behalen bij veilig vrijen en weerbaarheidbevordering.

3.4 Bestaand beleid: wat doen we al

Het thema gezonde leefstijl vormt onderdeel van diverse beleidsterreinen. Beleidsnota's waarin onderdelen van gezonde leefstijl voorkomen, geven we hieronder weer. De GGD en Vitras/CMD voeren voor ons de integrale jeugdgezondheidszorg uit (IJGZ) en hebben daarmee een belangrijke signaleringsfunctie als het gaat om de Jeugdgezondheidszorg voor de doelgroep 0-23 jarigen. (De uitvoeringstaken van GGD en Vitras/CMD zijn te vinden in bijlage 2)

De beleidsnota's waarin het thema gezonde leefstijl aan de orde komt, zijn :

- Wmo beleidsplan 2008-2011, deze nota is een 'paraplunota'. Hierin genoemde thema's worden in andere beleidsnota's uitgewerkt.
- Speelruimtebeleidsplan, richt zich op sport en bewegen in de openbare ruimte (in voorbereiding);
- Kadernota Jeugd 2008-2012 heeft bevorderen van meer bewegen, gezond eten en terugdringen alcoholgebruik in haar doelen opgenomen;
- Nota Onderwijs 2008-2012, heeft het aanbod aan preventieve lesprogramma's op de Lokale Educatieve Agenda (LEA) staan; daarnaast is er een subsidieregeling voor basisscholen die ze kunnen inzetten voor lesprogramma's gericht op preventie (veiligheid, gezondheid, zorg);
- Sportbeleid met o.a. BOS-impuls, breedtesportimpuls, Jeugdsportfonds en sportproject allochtone vrouwen, werkt aan het stimuleren van bewegen en sport;
- Zilveren Schakels, Nota Ouderen 2008-2012, richt zich op sport en bewegen, bevorderen open eettafels en uniforme regeling maaltijdvoorziening;
- Nota Recreatie en Toerisme heeft zijdelings met onze thema's te maken door het arrangeren van actieve wandel- en fietstochten;
- Integraal Veiligheidsplan (IVP) pakt alcoholmatigingsproject op.
- Horecabeleid: alcoholmatiging en handhaving alcoholgebruik zal in dit beleid opgepakt worden
- Een bewuste mobiliteitskeuze, het gemeentelijk verkeers- en vervoersbeleid 2008-2015 (GVVP) richt zich op gedragsbeïnvloeding om mensen meer gebruik te laten maken van milieuvriendelijke vervoerswijzen
- Verschil mag er zijn, Kadernota Interculturalisatie 2009-2013, heeft een apart hoofdstuk opgenomen over gezondheid en gezondheidsbevordering van allochtonen.

Voor uitgebreide informatie over deze beleidsvelden verwijzen we naar Bijlage 3.

3.5 Ambities, acties en resultaten

Voor het thema gezonde leefstijl formuleren we drie ambities die we hieronder beschrijven. Gezonde leefstijl vraagt een integrale aanpak. We geven nu per ambitie eerst aan welke acties al in andere beleidsvelden zijn opgenomen om vervolgens te beschrijven op welke acties vanuit het gezondheid beleid wordt ingezet.

Zoals we in paragraaf 2.5 vermelden, richten we ons vooral op kwetsbare groepen. Bij volwassenen is weliswaar gezondheidswinst te behalen, maar hieraan wordt landelijk al veel aandacht gegeven in de media met informatie over gezond gewicht, voeding, alcohol en bewegen. Binnen onze gemeente is verder veel aandacht voor sportaccommodaties waardoor ook voor volwassenen een gezonde keuze gemakkelijker is en zij eigen verantwoordelijkheid hierin kunnen oppakken.

Bij de ambities in de volgende paragrafen geven we telkens twee tabellen weer: in de 1^e tabel vermelden we de acties op dit terrein die in aanpalende beleidsvelden reeds zijn opgenomen; de 2^e tabel geeft aan op welke acties we nog vanuit het gezondheidsbeleid gaan inzetten.

3.5.1 Ambitie 1: Bevorderen van gezond gewicht en bewegen

Bestaande acties op dit terrein in andere beleidsvelden:

	Actie	2009	2010	2011	2012	Participanten	Beleidsveld
1.1	Aanbieden van preventieve projecten gezond gewicht, gezonde voeding en bewegen voor jongeren.	x	x	x	x	Afd. MO (regie), GGD, Onderwijs, Sportservice Midden Nederland (SMN)	Onderwijs en sport (Breedtesport Impuls)
1.2	Project sportstimulering kinderen van minima	x	x	x		Afd. MO (regie), SMN	Minima
1.3	Project sportstimulering senioren	x	x	x	x	Afd. MO (regie), SMN	Sport (Breedtesport Impuls)
1.4	Project sportstimulering mensen met een beperking of chronische aandoening	x	x	x	x	Afd. MO (regie), SMN, 1 ^e lijn	Sport (Breedtesport Impuls)
1.5	Project sportstimulering allochtone vrouwen	x	x	x	x	Afd. MO (regie), Fysiotherapeuten, zwembad	Interculturalisatie
1.6	Gezondheidsmarkten voor allochtonen	x	x	x	x	Afd. MO (regie), organisaties allochtonen	Interculturalisatie
1.7	Meer bewegen stimuleren door vervoers- en verkeersbeleid	x	x	x	x	Sector ruimte	Verkeer en vervoer

Vanuit het gezondheidsbeleid zetten we bij deze ambitie nog in op preventie bij de jeugd door de volgende acties:

	Actie	2009	2010	2011	2012	Participanten	Beleidsveld
1.8	Secundaire Preventie overgewicht bij kinderen 0-19 jaar met Overbruggingsplan Overgewicht	x	x	x	x	Afd. MO (regie), GGD, Vitras/CMD, Afstemmen met 1e lijn	Gezondheid
1.9	Deskundigheidsbevordering bij leerkrachten over emoten in relatie tot gezondheid;	x	x	x	x	Afd. MO (regie), Indigo	Gezondheid/Wmo

Resultaten

- Over 3 jaar is er een deelname van 140 kinderen van minima aan het project sportstimulering.
- Het aantal senioren 65-75 en 75+ met overgewicht stijgt niet (46% en 36% (2006)).
- Het aantal allochtone vrouwen dat deelneemt aan het sportproject neemt jaarlijks toe met 10%
- Meer mensen voldoen aan de beweegnorm
- Het aantal kinderen en jongeren met overgewicht stijgt niet (nu groep 2: 14%, groep 6: 17% en klas 2 v.o. 12%)

3.5.2 Ambitie 2: Schadelijk alcohol- en druggebruik ontmoedigen

Bestaande acties op dit terrein in andere beleidsvelden:

	Actie	2009	2010	2011	2012	Participanten	Beleidsveld
2.1	Alcoholmatigingsproject jeugd (politieregio)	x	x	x	x	Afd. BO (regie), Afd. MO, politie	Veiligheid
2.2	Uitbreiden handhaving op verkoop alcohol aan jongeren onder de 16 jaar.	x	x	x	x	Afd. BO (regie), Afd. MO, horeca, supermarkten/slijters	Horecabeleid

Vanuit het gezondheidsbeleid zetten we bij deze ambitie in op de volgende acties:

	Actie	2009	2010	2011	2012	Participanten	Beleidsveld
2.3	lesaanbod BO preventieve lesprogramma's alcohol- en druggebruik, met aandachtspunt betrokkenheid ouders	x	x	x	x	Afd. BO (regie), Afd. MO, onderwijs, GGD	Gezondheid, uitwerken in onderwijsbeleid
2.4	Stimuleren aanbod aan informatie over schadelijk alcohol- en druggebruik 12+ jeugd, aan jongeren en ouders	x	x	x	x	Afd. MO (regie), GGD, onderwijs, welzijnsorganisaties	Gezondheid

Resultaten

- Bewustwording onder jongeren en ouders van schadelijkheid alcoholgebruik jongeren.

3.5.3 Ambitie 3: Seksueel gezond gedrag jongeren bevorderen

Bestaande acties op dit terrein in andere beleidsvelden:

	Actie	2009	2010	2011	2012	Participanten	Beleidsveld
3.1	Stimuleren aanbieden van preventieve projecten over loverboys: bevorderen weerbaarheid		x	x		Afd. MO (regie), onderwijs, GGD, 1e lijn	Onderwijs , via budget Onderwijs-subsidies*
3.2	Stimuleren aanbod informatie anticonceptie, soa's en seksueel gezond gedrag.		x	x	x	Afd. MO (regie), onderwijs, GGD/, 1e lijn	Onderwijs , via budget Onderwijs-subsidies*

**Binnen de subsidieregels subsidiëring onderwijs is voor basisscholen de mogelijkheid om subsidie voor preventieve projecten aan te vragen. Dit budget is echter zeer beperkt. Voortgezet onderwijs ontvangt geen subsidie.*

Acties vanuit het gezondheidsbeleid:

	Actie	2009	2010	2011	2012	Participanten	Beleidsveld
3.3	Bevorderen van seksueel gezond gedrag jongeren door middel van voorlichting en toeleiding naar de cursus Stay in Love;	x	x	x	x	Afd. MO (regie), Indigo	Gezondheid/Wmo

Resultaten

- a. Een passend aanbod aan preventie kunnen bieden aan de doelgroep.
- b. Jongeren zijn zich meer bewust van het fenomeen loverboys en kunnen hier alert op reageren en hiermee voorkomen dat ze slachtoffer/dader worden.

4 Psychische gezondheid

4.1 Inleiding

Naast een gezonde leefstijl is ook psychische gezondheid een thema binnen de landelijke preventienota. Deze gaat met name in op het voorkomen van depressies. Depressie, eenzaamheid en sociale uitval zijn alle thema's op het vlak van psychische gezondheid. Het preventiebeleid is er op gericht te voorkomen dat mensen in kort- of langdurende curatieve zorg terecht komen als gevolg van deze thema's. Evenals bij de gezonde leefstijl dient preventie op het gebied van psychische gezondheid een maatschappelijk belang.

Een van de meest voorkomende psychische problemen is depressie. Mensen met een depressie zijn vaak ernstig beperkt in hun sociaal- en maatschappelijk functioneren wat leidt tot een hoog ziekteverzuim. In tegenstelling tot de andere rijksprioriteiten zijn er geen aanwijzingen dat het aantal mensen met een depressie toeneemt.

Dit hoofdstuk geeft aan welke acties we binnen onze gemeente ondernemen om psychische gezondheid te bevorderen. Meer achtergrondinformatie over dit thema is te vinden in bijlage 5.

4.2 Thema's

Depressie

Depressie behoort tot de aandoeningen met de grootste ziektelast en vormt een aanzienlijke bedreiging voor de volksgezondheid. Wanneer mensen een depressie hebben, is de kwaliteit van leven sterk gereduceerd. Lokale gezondheidsmonitors maken zichtbaar dat veel mensen last hebben van depressieve klachten. Per jaar lijden 737.000 volwassenen aan een depressie, waarvan 359.000 nieuwe gevallen.

Depressie kenmerkt zich door een sombere stemming en interesseverlies. Het lusteloze gevoel is voor het grootste deel van de dag aanwezig, gedurende meerdere dagen, minimaal gedurende twee weken; het verlamt elke motivatie. Daarnaast zijn er meerdere klachten met een verstorende invloed op iemands functioneren, zoals een onregelde slaap, energiegebrek, problemen met de concentratie, toename of verlies van eetlust, piekeren over dood en suïcide.

De WHO zet depressie bij mannen op de tweede plaats van veroorzakers van de grootste ziektelasten, bij vrouwen van 15 tot 40 jaar zelfs op de eerste plaats.

Volgens buitenlands onderzoek zou 24% van alle jongeren een depressieve episode hebben meegemaakt voor het achttiende levensjaar: dat betekent een van elke vijf leerlingen. Een depressie op jonge leeftijd heeft specifieke (ontwikkelingspsychologische) gevolgen en kan nadelig werken op iemands schoolprestaties, sociale leven en daarmee later op iemands beroepsloopbaan. Ook is een depressie op jonge leeftijd een voorspeller van terugkerende of chronische depressie op latere leeftijd.

Een 'vroeg depressie' kan op latere leeftijd voorts leiden tot problematisch drankgebruik. Deze factoren tezamen laten zien hoe belangrijk depressiepreventie bij jongeren is.

Eenzaamheid

Ieder mens heeft behoefte aan contact met andere mensen. De één meer dan de ander. Dat maakt dat eenzaamheid een moeilijk te definiëren begrip is. Algemeen kan gesteld worden dat eenzaamheid het negatieve verschil is tussen de contacten die een mens heeft en de contacten die hij zou willen hebben. Daarbij gaat het zowel om de hoeveelheid als om de kwaliteit en diepgang van de contacten. Eenzaamheid komt voor in verschillende gradaties. Langdurige eenzaamheid heeft zijn uitwerking op de gezondheid, niet alleen psychisch maar ook lichamelijk. Veel mensen die eenzaam zijn hebben ook depressieve klachten en andersom.

In de laatste vijftig jaar zijn in Nederland honderdduizend mensen ondervraagd over hun eenzaamheid. Omgerekend naar de Nederlandse volwassen bevolking is drieënhalve miljoen mensen eenzaam, waarvan ruim een miljoen sterk eenzame mensen. Hierbij valt op dat eenzaamheid toeneemt, naarmate de leeftijd hoger wordt.

Eenzaamheid vergroot de kans op sociale uitval en gaat de maatschappelijke participatie tegen. Preventie kan eenzaamheid en de gevolgen voorkomen.

Sociale uitval

Onder sociale uitval wordt verstaan dat mensen door het verlies van een baan, opleiding of psychische en lichamelijke problemen in een isolement raken. Met name bij complexe problemen is de kans hiertoe groot. De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is een deelgebied binnen de gezondheidszorg dat behandeling, begeleiding en verzorging biedt aan mensen met psychische problemen. Het biedt tevens preventie. De openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) omvat alle activiteiten op het terrein van geestelijke volksgezondheid die niet op basis van een vrijwillige, individuele hulpvraag worden uitgevoerd. Het basisaanbod van de OGGZ bestaat onder meer uit crisisopvang, bemoeizorg, preventie.

4.3 Resultaten onderzoek

Door onderzoeken van de GGD hebben we voor onze gemeente een aantal gegevens over psychische gezondheid. Deze geven we hieronder weer.

4.3.1 Psychische gezondheid

Psychische gezondheid jeugd:

- 11% van de kleuters heeft een indicatie van psychosociale problematiek¹ (regio 11%). In groep 6 is bij 7% van de kinderen sprake van een indicatie van psychosociale problematiek (regio 8%).
- Bij 8% van de jongens en 16% van de meisjes van het V.O. is er een indicatie van psychosociale problematiek (regio resp. 12% en 14%).

¹ 'Psychosociaal' geeft de samenhang aan tussen het psychisch functioneren van een persoon en diens functioneren in interactie met de sociale omgeving. Psychosociale problematiek is globaal onder te verdelen in gedragsproblemen en emotionele problemen. (Hermans et al., 2005)

Conclusies psychische gezondheid jeugd

Het percentage kinderen/jeugd in de gemeente Utrechtse Heuvelrug met een indicatie voor psychosociale problematiek komt overeen met het regionaal gemiddelde.

Gezondheidswinst is te behalen door preventie, signalering en advies, en voorlichting.

Psychische gezondheid volwassenen:

- 14% van de onderzochte volwassenen uit Utrechtse Heuvelrug heeft depressieve klachten (regio 16%). Dit percentage is voor vrouwen (17%) iets hoger dan voor mannen (10%). 11% heeft angststoornissen (regio 12%) (mannen 10% en vrouwen 13%).
- Risicogroepen: vrouwen, mensen zonder betaalde baan, allochtonen, alleenwonenden en mensen met een lage SES.

Psychische gezondheid en senioren:

- 16% van 65-74 jaar heeft depressieve klachten (regio 16%) en 19% van de 75-plussers (regio 19%). Het gaat daarbij vooral om vrouwen.
- 7% van 65-74 jaar heeft angstklachten (regio 9%) en van de 75-plussers is dat 9% (regio 10%). Vrouwen hebben iets vaker angstklachten dan mannen.
- 42% geeft aan zich eenzaam te voelen (regio 42%). 34% voelt zich matig eenzaam en 8% (zeer) ernstig eenzaam.
- In de gemeente maakt 32% zich over tenminste één probleem zeer veel zorgen (regio 35%). Men maakt zich vooral zorgen om het verlies van een dierbare (12%), vergeetachtigheid (10%) en om gezondheidsklachten (14%).
- 22% van de ouderen in de gemeente Utrechtse Heuvelrug gebruikt slaap- of kalmeringstabletten (regio een kwart), hiervan gebruikt 58% deze middelen 5 of meer keer in de week en 92% langer dan 3 maanden (regio 80%).

Conclusies psychische gezondheid volwassenen en senioren

Depressieve klachten en angststoornissen komen zowel bij de volwassenen als bij senioren voor. Gevoelens van eenzaamheid komt bij 42% van de senioren voor. Het percentage volwassenen met depressieve klachten en angstklachten komt overeen vergeleken met het regionale gemiddelde. Ook het percentage senioren met depressieve klachten en angstklachten komt overeen met het regionaal gemiddelde.

Depressieve klachten, angststoornissen en eenzaamheid hebben relatie met elkaar en zijn voor veel mensen een enorme aanslag op hun dagelijks (sociaal) functioneren. Ouderen maken zich vooral zorgen om de verwerking van het verlies van een dierbare, gezondheidsproblemen en vergeetachtigheid.

Gezondheidswinst bij volwassenen en senioren is te behalen bij preventie en terugdringen van depressie en eenzaamheid.

4.4 Bestaand beleid: wat doen we al

Psychische gezondheid is een thema dat onderdeel vormt van diverse beleidsterreinen. Onze gemeente beschikt voor de jeugd al over een basisaanbod jeugdgezondheidszorg en algemeen maatschappelijk werk (met inloopuren), een goede samenwerking tussen de zorgaanbieders (in vier dorpen zelfs onder een dak), voldoende capaciteit jeugd- en jongerenwerk, vijf zorgnetwerken 0-19,

zorgadviesteams in alle scholen in het voortgezet onderwijs en een regionaal zorgteam v.o., een meld- en coördinatiepunt jeugd (onlangs uitgebreid naar 0,5 fte), opvoedingsondersteuning 0-4 jaar (videohometraining) en een opvoedingsspreekuur 0-19 jaar. Vitras/CMD biedt daarnaast Algemeen maatschappelijk werk binnen de gemeente onder welke noemer zij individuele psychosociale hulpverlening en licht pedagogische hulpverlening leveren.

In het kader van bemoeizorg, de OGGZ, is in 2008 het regionale Meldpunt Zorg en Overlast opgezet, dat gecoördineerd wordt door de GGD. Bij aanmeldingen voor het Meldpunt gaat het om mensen die verschillende, complexe problemen hebben op het gebied van gezondheid, wonen, geld, relaties en/of juridische kwesties. Zelf vragen ze niet om hulp. Door hun gedrag of problemen roepen ze bij hun omgeving zorgen op of geven overlast. Het Meldpunt zoekt vervolgens contact met de persoon, probeert vertrouwen te winnen, zoekt uit wat er aan de hand is en welke instantie passende hulp kan bieden. Het Meldpunt werkt daarvoor onder andere samen met Altrecht, Kwintessens, Centrum Maliebaan, Vitras/CMD, MEE en de politie. Onze gemeente heeft zich in 2008 (incidenteel) bij dit Meldpunt aangesloten. De eerste 8 maanden zijn er voor 17 aangesloten gemeenten 198 meldingen binnen gekomen, waarvan 20 uit onze gemeente. Het ging daarbij vooral om de volgende problematiek:

- verslaving,
- psychiatrie en
- sociale problematiek.

Indigo (Altrecht) houdt zich bezig met het voorkomen van ernstige psychische problemen en het bevorderen van de psychische gezondheid bij risicogroepen van alle leeftijden en biedt hiervoor kortdurende hulp. Voor ernstigere, specialistische of zeer dringende problemen waarvoor langdurige of meer intensieve hulp nodig is, verwijzen zij door.

Stichting Stade/Fiom biedt directe hulpverlening via gespecialiseerd maatschappelijk werk. Het richt zich op vijf probleemvelden: Zwangerschapsproblematiek, postadoptie problematiek, verwerking van seksueel geweld, verwerking van huiselijk geweld, outreachende hulpverlening aan tienermoeders. In 2007 waren er 14 nieuwe aanmeldingen uit onze gemeente.

Stichting Slachtofferhulp biedt ondersteuning bij het verwerken van traumatische ervaringen, zoals bij misdrijven, verkeersongelukken of calamiteiten op praktisch, juridisch en psychosociaal gebied en waar mogelijk bij herstellen dan wel verlichten van de (im)materiële schade. Zelfredzaamheid en weerbaarheid zijn hierbij uitgangspunt. De stichting vervult hiermee een belangrijke preventie rol. Ondersteuning voorkomt, of verkleint de kans, dat mensen op termijn alsnog in de hulpverlening terecht komen door onverwerkte trauma's.

In 2007 werden in de gemeente 349 hulpverleningstrajecten afgesloten. Geweld (148) was het meest voorkomende onderwerp, waarvan 46 trajecten het gevolg waren van huiselijk geweld. Ook hulpverlening op het gebied van vermogen (92) en verkeer (71) zijn veel voorkomende problemen.

De Rechtswinkel Utrechtse Heuvelrug verschaft kosteloos eerstelijns rechtshulp aan een ieder die zich met juridische problemen tot de Rechtswinkel wendt. De Rechtswinkel geeft, op jaarbasis aan ongeveer 150 mensen uit de gemeente, advies, verwijst door en heeft een signalerende functie. Omdat deze juridische hulp bijdraagt aan het bevorderen van de zelfredzaamheid van inwoners, scharen wij dit onder het gezondheidsbeleid.

In het onderstaande overzicht benoemen we beleidsnota's die raken aan het thema psychische gezondheid:

- Wmo beleidsplan 2008-2011
- Kadernota Jeugd 2008-2012 waarin is opgenomen doelen voor opvoeden en beschermen;
- Nota Onderwijs 2008-2012, heeft het aanbod aan preventieve lesprogramma's op de Lokale Educatieve Agenda (LEA) staan; daarnaast is er een subsidieregeling voor basisscholen die ze kunnen inzetten voor lesprogramma's gericht op preventie (veiligheid, gezondheid, zorg);
- Integraal Veiligheidsplan, waaronder huiselijk geweld;
- Zilveren Schakels, Nota Ouderen 2008-2012, richt zich op een aanpak om vereenzaming van ouderen tegen te gaan;
- Nota Mantelzorg 2008-2012 waarin aandacht is voor psychische gezondheid van (jonge) mantelzorgers;
- Verschil mag er zijn, Kadernota Interculturalisatie 2009-2013
- Nota Gehandicapten (nog te ontwikkelen)

4.5 Ambities, acties en resultaten

De kadernota Jeugd biedt mogelijkheden om uitvoering te geven aan psychische gezondheid bij kinderen en jongeren. De nota ouderen richt zich met name op een aanpak om vereenzaming tegen te gaan. De nota mantelzorg pakt preventie op psychische gezondheid bij mantelzorgers te bevorderen. De nota Interculturalisatie richt zich op het vormen van netwerken van migranten vertrouwenspersonen om migranten met hulpvragen toe te leiden naar zorg. Het integraal Veiligheidsplan tot slot bevordert psychische gezondheid door huiselijk geweld te voorkomen en tegen te gaan.

4.5.1 Ambitie 4: Bevorderen psychische gezondheid door creëren basisaanbod

Bestaande acties op dit terrein binnen andere beleidsvelden zijn:

	Actie	2009	2010	2011	2012	Participanten	Beleidsveld
4.1	Herinrichten telefonische en digitale informatiefunctie jeugd	x				Afd. MO(regie), Vitras/CMD	Jeugd en gezin
4.2	Algemene informatiefunctie verschaffen via het Wmo-informatiesysteem De G!DS	x	x	x	x	Afd. MO(regie), bibliotheek	Wmo
4.3	In back office c/jg vormgeven: toeleiding naar hulp, zorgcoördinatie, aansluiting bureau jeugdzorg, terugmelding van 2 ^e naar 1 ^e lijn		x	x	x	Afd. MO(regie), 1 ^e en 2 ^e lijn	Jeugd en gezin
4.4	backoffice CJG ondersteunen door elektronisch kinddossier	x	x	x	x	Afd. MO(regie),	Regionale actie
4.5	Invulling prenatale zorg	x	x	x	x	Afd. MO(regie), 1 ^e lijn	Jeugd en gezin, Nieuwe regelgeving 2009
4.6	De zorgstructuur evalueren en opnieuw vormgeven	x	x	x	x	Afd. MO(regie),	Jeugd en gezin

	Actie	2009	2010	2011	2012	Participanten	Beleidsveld
4.7	implementeren lokale verwijsindex , nodig voor uitvoering van de landelijke verwijsindex	x	x			Afd. MO(regie),	Regionaal traject aangeschaft in 2008
4.8	Zorgaanbod jaarlijks monitoren met scholen, jgz en vertegenwoordigers ouders	x	x	x	x	Afd. MO(regie), GGD, Vitras/CMD, scholen	Onderwijs (LEA)
4.9	Maatwerk gelden jgz en evt. resterende gelden uit de Brede doeluitkering gericht inzetten na overleg ouders en ketenpartners.			x	x	Afd. MO(regie), GGD, Vitras/CMD,	Jeugd en gezin
4.10	Inkoop onderwijsaanbod psychische gezondheid (oa pesten) door BO bevorderen		x	x	x	Afd. MO(regie),	Onderwijs (via cafetariamodel)
4.12	Plan van aanpak om vereenzaming van ouderen tegen te gaan	x				Afd. MO(regie), GGD, 1 ^e lijn Vitras/CMD welzijnsstichtingen	Ouderen
4.13	Onderzoek naar aantal mantelzorgers en hun ondersteuningsbehoefte	x				Afd. MO(regie)	Mantelzorg
4.14	Plan van aanpak extra ondersteuning jonge mantelzorgers	x				Afd. MO(regie), Welzijnsstichting	Mantelzorg
4.15	Plan van aanpak extra ondersteuning allochtone mantelzorgers	x				Afd. MO(regie), Welzijnsstichting	Mantelzorg
4.16	Voorlichting en preventie huiselijk geweld	x	x	x	x	Afd. BO (regie), afd. MO, districtelijk coördinator	Veiligheid
4.17	Verlaging drempel voor meldingen huiselijk geweld	x	x	x		Afd. BO (regie), districtelijk coördinator	Veiligheid
4.18	Ontwikkelen beleid tijdelijk huisverbod	x				Afd. BO (regie), afd. MO	Veiligheid
4.19	Versterken gemeentelijke regie in keten (mbt huiselijk geweld)	x	x	x	x	Afd. BO (regie), afd. MO, districtcoördinator	Veiligheid
4.20	Crisisopvang vrouwen i.k.v convenant thuisgeweld	x	x	x	x	Afd. BO (regie), Vitras/CMD	Veiligheid
4.21	Uitbouwen netwerk allochtone vertrouwenspersonen	x	x	x	x	Afd. MO (regie)	Interculturalisatie

Vanuit het gezondheidsbeleid zetten we voor deze ambitie nog in op de volgende acties:

	Actie	2009	2010	2011	2012	Participanten	Beleidsveld
4.22	Voorlichting en deskundigheidsbevordering over signalering depressie en psychosociale problematiek, voor ouderen, professionals en vrijwilligers;	x	x	x	x	Afd. MO(regie), Indigo	Gezondheid/Wmo
4.23	Informatiecentrum, Helpdesk Eetstoornissen, anonieme hulp via internet,	x	x	x	x	Afd. MO(regie), Indigo	Gezondheid/Wmo

	Actie	2009	2010	2011	2012	Participanten	Beleidsveld
4.24	Ondersteuning bij het verwerken van traumatische ervaringen	x	x	x	x	Afd. MO, Stichting Slachtofferhulp	Gezondheid/Wmo
4.25	Eerstelijns rechtshulp voor mensen met juridische problemen	x	x	x	x	Afd. MO, Rechtswinkel Utrechtse Heuvelrug	Gezondheid/Wmo

Resultaten:

- a. Alle jongeren, ouders en bij de opvoeding betrokkenen weten waar ze terecht kunnen met vragen over opgroeien en opvoeden.
- b. De zorgstructuur wordt georganiseerd rond centra voor jeugd en gezin.
- c. Er is een sluitend netwerk om te signaleren waar hulp nodig is en een werkwijze voor toeleiding naar zorg, waarbij de privacy van gezinnen in acht wordt genomen.
- d. Voor 'opvoeden en beschermen' is er een passend eerstelijns aanbod, met een wachttijd van maximaal 2 maanden
- e. Het aantal mensen dat zich eenzaam voelt neemt niet verder toe en participatie van deze doelgroep neemt toe.
- f. Het aantal mensen met psychosociale problematiek neemt af.
- g. Het aantal mantelzorgers en hun ondersteuningsbehoefte is in beeld.
- h. Er is een extra ondersteuningsaanbod voor jonge mantelzorgers
- i. Er is een plan van aanpak voor ondersteuning allochtone mantelzorgers.
- j. Vergroting van bekendheid van de aanpak van huiselijk geweld bij de bevolking.
- k. Versterking van de preventie van huiselijk geweld.
- l. Verlaging van de drempel om huiselijk geweld te melden.
- m. Het aantal mensen dat depressie en psychosociale problematiek vroegtijdig kan signaleren stijgt.
- n. Er is een informatiecentrum waar mensen anoniem hulp via internet kunnen krijgen.
- o. Zelfredzaamheid en weerbaarheid van mensen wordt vergroot.

4.5.2 Ambitie 5: Kwetsbare personen en risicogroepen bereiken en begeleiden

Vanuit het gezondheidsbeleid zetten we in op het bieden van passende hulp en voorkomen van verergering van problematiek:

	Actie	2009	2010	2011	2012	Participanten	Beleidsveld
5.1	Meldpunt Zorg en Overlast na 2008 structureel voortzetten	x	x	x	x	Afd. MO (regie), GGD, Vitras/CMD, ketenpartners	Gezondheid/Wmo
5.2	Zorg en hulp op maat bij zwangerschapsproblematiek, postadoptie problematiek, verwerking seksueel geweld en huiselijk geweld, outreachende hulpverlening aan tienermoeders	x	x	x	x	Afd. MO(regie), St. Stade/Fiom	Gezondheid/Wmo

Resultaten:

- a. Het structureel bieden van één loket voor meldingen in de regio en daarmee een laagdrempelige toegang tot zorg voor deze cliënten;

- b. In beeld krijgen van cliënten uit de doelgroep in de regio Midden-Nederland;
- c. Organiseren van de toeleiding naar de reguliere zorg door middel van onder meer een cliëntregistratie en het optimaliseren van samenhang en samenwerking tussen de verschillende (zorg)partijen;
- d. Oplossen van diverse problemen waar mensen ten gevolge van zwangerschapsproblematiek, postadoptie problematiek, verwerking seksueel geweld en huiselijk geweld, tienermoederschap mee te maken hebben.

5 Gezonde omgeving

5.1 Inleiding

Zoals in voorgaande hoofdstukken is aangegeven, heeft ieder mens in principe de mogelijkheid om keuzes te maken met betrekking tot zijn of haar gezondheid. Maar het is niet altijd mogelijk om invloed te hebben op de eigen gezondheid. Vaak spelen omgevingsfactoren hierin mee. De gemeente speelt een belangrijke rol als het gaat om het creëren van voorwaarden voor een gezonde leefomgeving. In deze nota beperken we ons tot

- de toegang tot de 1^e en 2^e lijnsgezondheidszorg,
- lekenhulp bij calamiteitbestrijding,
- het milieu,
- infectieziektebestrijding en gezondheidsgegevens.

Meer achtergrondinformatie over dit thema is te vinden in bijlage 6.

5.2 Thema's

Aanbod 1^e en 2^e lijnsvoorzieningen

In de gemeente zijn tal van zorgvoorzieningen. Het aanbod van zorgvoorzieningen is als volgt uitgesplitst:

- eerstelijnsvoorzieningen: voor iedereen toegankelijk (huisartsen, verloskundigen, fysiotherapie, oefentherapie, logopedisten en eerstelijnspsychologen, tandartsen, mondhygiënisten));
- tweedelijnsvoorzieningen: alleen toegankelijk na doorverwijzing (ziekenhuizen, medisch specialisten, psychologen, etc.);
- derdelijnsvoorzieningen: AWBZ-gefinancierde instellingen (reguliere verpleeg- en verzorgingshuizen, instellingen voor gehandicapten, regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW's), psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen in ziekenhuizen (PAAZ'en), ziekenhuizen en instellingen voor revalidatie).

In dit hoofdstuk richten we ons voornamelijk op de 1^e lijn.

Vaak is de 1^e lijnszorg kleinschalig en versnipperd georganiseerd. Landelijk is de 1^e lijn aan het veranderen:

- de zorgvraag verandert door demografische en epidemiologische veranderingen;
- zorgvragers hebben hogere verwachtingen en zijn kritischer in hun keuzes;
- zorgverleners organiseren hun werkzaamheden anders;
- vorming zorgketens, die over de grenzen van disciplines, organisaties of sectoren heen een aansluitende dienstverlening bieden;
- het nieuwe zorgstelsel is ingevoerd, waardoor de marktwerking is bevorderd.

Ook binnen onze gemeente spelen de nodige ontwikkelingen. De gemeentelijke herindeling, wijziging van subsidieregelingen, wettelijke (nieuwe) verantwoordelijkheden etc. maken dat de gemeente haar werkwijze en organisatorische structuur wijzigt.

Ontwikkelingen aan de vraag- en aanbodzijde vragen om een georganiseerde 1^e lijn en onderlinge afstemming. Daar is de 1^e lijn ook mee bezig. De 1^e lijnszorg heeft veel relaties met thema's in de eerder genoemde hoofdstukken. Samenwerking met de 1^e lijn rond de genoemde thema's zijn belangrijk. De 1^e lijn heeft direct zicht op wat er in de dorpen gebeurt en heeft een signaleringsfunctie op tal van gebieden. Door meer afstemming van de gemeente met de 1^e lijn en tussen de 1^e lijnsvoorzieningen onderling kunnen signalen eerder opgepakt worden.

Lekenhulp bij calamiteitbestrijding

De eerste momenten na een incident wanneer nog geen professionele hulp aanwezig is, kunnen inwoners hulp verlenen aan slachtoffers. Scholing van mensen die deze hulp kunnen geven nemen de EHBO verenigingen voor hun rekening.

Bij evenementen is het verplicht om voor de veiligheid van deelnemers en publiek te zorgen. Daarom schakelen organisatoren vaak een EHBO-vereniging in. Een EHBO-vereniging heeft eerstehulpverleners die als vrijwilligers op evenementen aanwezig willen zijn. Mocht zich een ongeval voordoen dan zijn eerstehulpverleners snel ter plaatse om hulp te bieden. In onze gemeente zijn drie EHBO verenigingen actief.

Het Rode Kruis bestaat uit vrijwilligers die bij grote calamiteiten of een ramp een belangrijke taak hebben bij het opvangen en verzorgen van mensen. Daarnaast helpt en ondersteunt het Rode Kruis hulpbehoevenden.

Plotselinge hartstilstand buiten het ziekenhuis overkomt 1 op de 1000 inwoners. Zeventig tot tachtig procent van de slachtoffers krijgt thuis een hartstilstand. De overige hartstilstanden vinden plaats in openbare ruimten, op het werk, sportaccommodaties e.d. Bij ongeveer 75% van de slachtoffers is een omstander aanwezig. Door het snelle gebruik van een automatisch externe defibrillator (AED) kan het overlijdenspercentage bij een hartstilstand met 72% worden verminderd (cijfers van de Hartstichting). Voorwaarde hiervoor is dat de reanimatie met een AED binnen ca. 5 minuten plaatsvindt. Reanimatie en Defibrillatie binnen de eerste zes minuten bij een hartstilstand geeft een overlevingskans van 50-70%.

Milieu

De gezondheid van mensen wordt mede bepaald door omgevingsfactoren. Zo leiden slechte luchtkwaliteit en geluidsbelasting tot gezondheidsproblemen als luchtwegaandoeningen, stress, slaapstoornissen en hoge bloeddruk. Een onderscheid is te maken in extern en intern milieu. Extern milieu (buitenluchtkwaliteit, duurzaam bouwen, geluid, etc.): de Milieudienst voert voor de gemeente de wettelijk verplichte taken uit, zoals vergunningverlening en handhaving in het kader van de Wet Milieubeheer. Naast de bedrijfsmilieutaken, voert de Milieudienst ook specialistische taken op het gebied van bodem, geluid, luchtkwaliteit en energie uit.

Omgevingsfactoren die vallen onder het externe milieu worden opgenomen in het te ontwikkelen gemeentelijke milieubeleidsplan.

Intern milieu (ventilatie, schimmel, vocht in woningen, hygiëne op scholen, gezonde materiaalkeuze, etc.): de GGD voert in het kader van de wet PG een aantal gemeenschappelijke basistaken uit, waaronder medisch-milieukundige zorg, aanpak woonhygiënische problematiek, inspecties kinderopvang en peuterspeelzalen, hygiëne inspecties op scholen. Landelijk staat de kwaliteit van

gastouderbureaus ter discussie. Landelijk beleid wordt gemaakt om toezicht en handhaving te verscherpen. Vanuit milieu wordt ingezet op duurzaam bouwen waarin aandacht wordt besteed aan de thema's energiegebruik, afval, water, materialen, gezondheid en woonkwaliteit.

Infectieziektebestrijding en gezondheidsonderzoek

Infectieziektebestrijding is onderdeel van de wet PG. Deze wet is 1 december 2008 in werking getreden. De wet is een samenvoeging van de Wcpv, de Infectieziektewet en de Quarantainewet. Doel van deze wet is om sneller in te kunnen grijpen bij dreigingen van bijvoorbeeld Sars of Vogelgriep. De nieuwe wet maakt het eenvoudiger om nieuwe internationale afspraken op het gebied van infectieziektebestrijding te verankeren.

De afdeling Infectieziektebestrijding van de GGD houdt zich bezig met het voorkómen, bestrijden en opsporen van infectieziekten, door voorlichting en adviezen aan de bevolking en instellingen over de risico's van infectieziekten en de preventie ervan. Preventieve acties zijn bijvoorbeeld bron- en contactopsporing, adviseren van preventieve medicijnen of vaccineren. Deze taken vallen binnen het basistakenpakket van de GGD. Daarnaast doet de GGD onderzoek.

Uit gegevens van Het RIVM blijkt dat de vaccinatiegraad bij kinderen in onze gemeente laag is (onder het gewenste percentage van 95, gegevens 2005). Hieraan liggen verschillende oorzaken ten grondslag, zoals een godsdienstige of antroposofische overtuiging, of verontrusting bij ouders.

Om op gezondheidsgebied dorpsgericht te kunnen werken zijn allereerst regelmatig onderzoeksgegevens per dorp noodzakelijk. Vitras/CMD levert jaarlijks per dorp gegevens aan over 0-4 jarigen. Deze verkrijgen zij via de consultatiebureau consulten.

De GGD doet in haar regio regelmatig gezondheidsonderzoek, telkens afwisselend bij diverse doelgroepen als bijvoorbeeld basisschoolleerlingen, jongeren, volwassenen en senioren. De onderzoeken vinden op gemeenteniveau plaats en niet per dorp.

5.3 Stand van zaken

5.3.1 1^e lijns en 2^e lijns voorzieningen

Het college benoemt in haar programma de volgende onderwerpen om te realiseren:

- onderzoek haalbaarheid huisartsenpost (hoofdstuk 5 Gezonde omgeving);
- tweedelijns voorzieningen, zoals buitenpoli Doorn toegankelijk maken voor alle inwoners;
- stimuleren medische- en zorgvoorzieningen in iedere dorpskern en concentratie huisartsen onder één dak (HOED).

Vervolgens hebben al een aantal acties plaatsgevonden. Deze vermelden we hieronder.

In 2006 heeft Bureau Raedelijk de notitie 'Huisartsenzorg in de Gemeente Utrechtse Heuvelrug' gepubliceerd. Voorlopige conclusies en aanbevelingen hierin zijn:

- Gemeente en huisartsen dienen met elkaar in gesprek te blijven over opvolging van huisartsen op termijn;
- Gestructureerd overleg tussen huisartsen en gemeente noodzakelijk voor informatie-uitwisseling;
- Ad hoc afstemming nodig en duidelijk aanspreekpunt binnen de gemeente.

In het onderzoek 'Utrechtse Heuvelrug in Beeld 2007', is de aanbeveling naar aanleiding van de bereikbaarheid van de huisartsenpost Ede, te onderzoeken hoe de zorg beter bereikbaar kan worden voor inwoners van Amerongen en Leersum.

In de notitie 'Eerste-lijnszorg nader bekeken' (2007) is de conclusie dat een HAP (huisartsenpost) binnen de gemeentegrenzen van Utrechtse Heuvelrug en Wijk bij Duurstede, gezien de grote financiële investering en het relatief klein verzorgingsgebied, niet voor de hand ligt. Daarnaast heeft de zorgverzekeraar (financier) weinig behoefte te investeren in een aparte nieuwe HAP en willen de huisartsen de huidige dienstenstructuur handhaven. Aangegeven is vervolgens dat de bereikbaarheid van 1^e lijnszorg verbeterd kan worden door meer digitale dienstverlening en spreekuren in de avond. Het realiseren van gezondheidscentra maakt deze service voor onze inwoners eerder haalbaar.

Vervolgens is na een enquête van de SP in oktober 2008 door de gemeenteraden van zowel Utrechtse Heuvelrug als Wijk bij Duurstede een motie aangenomen om te komen tot een huisartsenpost (HAP) in Doorn. De raad heeft gesteld dat de gemeente, bij voorkeur samen met Wijk bij Duurstede en zo mogelijk de provincie Utrecht het initiatief neemt om in overleg met alle betrokken partijen te komen tot de vestiging van een kwalitatief hoogwaardige huisartsenpost in Doorn.

Een inventarisatie van Bureau Raedelijk brengt het aanbod 1^e lijnsvoorzieningen in de gemeente in beeld:

- Gezondheidscentra:
 - In Maarn met verschillende 1^e lijnszorgaanbieders (huisartsen, tandarts, logopedist, psychologe, fysiotherapeuten, etc.).
 - Twee in Driebergen-Rijsenburg: één met psychologen, tandartsen, een SALTRO-prikkpunt, fysiotherapeuten en een logopedisten en één met (kinder)fysiotherapie, manuele therapie, mensendieck en oedeemtherapie.
- Er zijn 17 huisartsenpraktijken en 28 huisartsen. Het aantal patiënten per huisarts bedraagt 1.743, dit is gelijk aan het regionaal gemiddelde.
- Er zijn 31 fysiotherapiepraktijken en 105 fysiotherapeuten.
- In de oefentherapie, logopedie en psychologie werkt men veelal solistisch.

Verloskundigen en kraamzorg hebben zicht op de gezondheidssituatie van jonge gezinnen. Van daaruit hebben zij een belangrijke signaleringsfunctie. Meer contact tussen gemeente en dit gremium kan bijdragen aan het actualiseren van beleid rondom JGZ.

Mondhygiënist en tandartsen hebben een preventieve taak in de mondzorg en van daaruit ook veel zicht op de gezondheidssituatie bij heel jonge kinderen maar ook bij andere leeftijdsgroepen. Hetzelfde geldt voor fysiotherapeuten en andere nog niet eerder genoemde groepen uit de eerstelijnszorg. Meer contact tussen gemeente en deze gremia en de beroepsgroepen onderling kan ook bijdragen aan het actualiseren van gezondheidsbeleid en multidisciplinair samenwerking.

Conclusies 1^e en 2^e lijnszorgvoorzieningen

- Prioriteiten 1^e lijns voorzieningen: Bereikbaarheid en toegankelijkheid bevorderen;
- Overleg huisartsen-gemeente continueren;
- Overleg met verloskundigen en kraamzorg opstarten;
- Overleg met afgevaardigden eerstelijnszorg opstarten.

5.3.2 Lekenhulp bij calamiteitbestrijding

In onze gemeente zijn drie EHBO verenigingen actief. Met hen heeft de gemeente een subsidie relatie. De werkzaamheden zijn per vereniging verschillend: de één richt zich meer op het opleiden van EHBO'ers, onder andere op scholen, en de ander meer op het aanwezig zijn tijdens evenementen. Het Rode Kruis verricht ook hulp bij rampen en calamiteiten. Zij worden gesubsidieerd door het Ministerie van Binnenlandse Zaken. Subsiëring van de huisvesting bekostigt de gemeente.

Plotselinge hartstilstand buiten het ziekenhuis overkomt 1 op de 1000 inwoners. Voor onze gemeente betekent dit ca. 20 slachtoffers op jaarbasis (informatie RAVU). Dat is 0,004 % van ons inwonersaantal. In de raad van 8 november 2007 is een motie AED project gemeente Utrechtse Heuvelrug Heart Safe aangenomen waarin is verzocht om in overleg met maatschappelijke partners te komen tot een project met als doel een sluitend AED-netwerk in de gemeente te creëren. Daarnaast moet goede voorlichting plaatsvinden en moeten er voldoende voor reanimatie opgeleide mensen zijn rond elke AED. Uit een vooronderzoek blijkt inmiddels dat er een redelijk dekkend netwerk van AED apparaten binnen onze gemeente aanwezig is. De aanschaf van een AED apparaat wordt meegenomen in de planontwikkeling van de cultuurhuizen in Amerongen en Maarsbergen. Ook krijgt het buurthuis in Overberg een AED-apparaat. Een overzicht met AED locaties zal twee keer per jaar worden geactualiseerd. Instellingen met een AED-apparaat worden opgeroepen zich te melden zodat het overzicht actueel blijft. De gemeente is niet verantwoordelijk voor de opleiding van het personeel. Dat zijn de instellingen zelf.

Conclusies lekenhulp bij calamiteitbestrijding

- EHBO is een belangrijke eerste hulp voorziening binnen de gemeente
- Rode Kruis inzet is belangrijk bij calamiteitenbestrijding
- AED project uitvoeren draagt bij aan het creëren van een gezonde omgeving

5.3.3 Milieu

Het college benoemt in haar programma het geven van meer aandacht aan hygiëne op basisscholen en geeft diverse thema's aan rondom milieubeleid, zoals verbetering luchtkwaliteit.

De gemeente, sector Ruimtelijke ordening, werkt op dit moment aan een Milieubeleidsplan. Daar in is in de module gezondheid aandacht voor onderwerpen als geluid, binnenluchtkwaliteit, thermisch comfort, licht en visueel comfort. Daarnaast is in dit beleidsplan ondermeer aandacht ander milieuaspecten als duurzaam en energiezuinig bouwen. Dit zullen we hier verder niet behandelen.

De GGD voert de Medisch milieukundige zorg en de Technisch- hygiënische zorg voor ons uit. De volgende gegevens zijn beschikbaar:

- Medisch milieukundige zorg: jaarlijks neemt het aantal klachten en adviesvragen iets toe (regionaal van 139 naar 190), in 2007 8 meldingen/klachten in onze gemeente en een toename van metingen en ventilatieadviezen.
- Technisch- hygiënische zorg waaronder
 - aanpak woonhygiënische problematiek woningen (geen cijfers bekend)
 - inspecties kinderopvang: alle inspecties zijn afgerond (2007).
 - In 2007 zijn 7 van de 10 peuterspeelzalen geïnspecteerd. De resultaten zijn voldoende.
 - In de gemeente zijn in 2007 door de GGD 9 scholen bezocht. Zes scholen kregen het totaaloordeel "goed schoon".

- o Voor technische hygiënezorg bij publieksevenementen is een pilot uitgevoerd door de GGD in samenwerking met onze gemeente. Naar aanleiding daarvan worden nu technische richtlijnen opgenomen in evenementenvergunningen.

Conclusies Milieu

- Technisch- hygiënische zorg kinderopvang, peuterspeelzalen en scholen blijven aandachtspunt.

5.3.4 Infectieziektebestrijding en gezondheidsgegevens

SOA' bestrijding hebben we meegenomen in het hoofdstuk gezonde leefstijl.

Over infectieziekten zijn de volgende gegevens bekend:

- in 2007 is 1 geval van legionella gemeld;
- in 2007 zijn 39 gevallen van infectieziekten gemeld, waarvan 15 meldingsplichtig. Opvallende meldingen zijn meningitis (nekkrimp) en MRSA (ziekenhuisbacterie);
- de vaccinatiegraad zuigelingen, kleuters en schoolkinderen is laag (onder de norm van 95);
- In 2009 wordt landelijk gestart met het vaccineren van meisjes tussen 12 en 16 jaar in verband met het Humaan Papillomavirus (HPV), een vaccin tegen baarmoederhalskanker.

Vanuit het RIVM zijn de volgende gegevens bekend voor onze gemeente (peildatum 2005)

Zuigelingen (2 jaar):	
D(K)TP basisimmuun	91,9%
Hib volledig afgesloten	92,1%
BMR basisimmuun	93,2%
Meningokokken C volledig afgesloten	93,4%
Kleuters (5 jaar):	
DTP gerevaccineerd	81,9%
Acellulair kinkhoest	81,2%
Schoolkinderen (10 jaar):	
DTP volledig afgesloten	89,5%
BMR volledig afgesloten	88,9%

In het maatwerkdeel JGZ van Vitras/CMD zijn in 2008 themabijeenkomsten over vaccineren opgenomen. Dit is voornamelijk gericht op het wel/niet vaccineren uit geloofsovertuiging. Vitras/CMD heeft een mantelovereenkomst met Widar, het antroposofisch consultatiebureau in Zeist. Protocollen en standaarden zijn op Vitras/CMD afgestemd.

Sinds de herindeling worden door de GGD alleen nog gegevens geleverd over Utrechtse Heuvelrug in haar totaal. Om per dorp een betrouwbaar beeld van de gezondheidssituatie te verkrijgen en zo de ontwikkelingen in de dorpen te kunnen volgen, is het mogelijk de steekproef van onderzoeken op te hogen voor het aantal uit te zetten vragenlijsten.

Conclusies infectieziektebestrijding en gezondheidsgegevens

- Bij infectieziektebestrijding is de lage vaccinatiegraat van kinderen een aandachtspunt.
- Soa's bij jongeren voorkomen en bestrijden is een aandachtspunt.(zie Hoofdstuk 3, ambitie 3)
- Om uitvoering te kunnen geven aan dorpsgericht gezondheidsbeleid is het verkrijgen van gezondheidsgegevens op dorpsniveau aan te bevelen.

5.4 Bestaand beleid: wat doen we al

Het thema gezonde omgeving is onderdeel van diverse beleidsterreinen. In het onderstaande overzicht zijn de beleidsnota's benoemd:

- Wmo beleidsplan 2008-2011
- Nota Ouderen 2008-2012
- Woonvisie
- Nota Gehandicapten (nog te ontwikkelen, 2009 gereed)
- Milieubeleidsplan (in ontwikkeling, 2009 gereed, Startnotitie in 2008 gemaakt)
- Gemeentelijk verkeers- en vervoersbeleid 2008-2015

5.5 Ambities, acties en resultaten

Acties voortvloeiend uit verschillende doelen op het gebied van gezonde omgeving zijn neergelegd in diverse nota's, zoals in de vorige paragraaf is aangegeven (zie ook bijlage 3).

Ambities voor de thema's geven we hieronder weer.

5.5.1 Ambitie 6: Bevorderen toegankelijkheid en overleg 1^e en 2^e lijns voorzieningen

Vanuit het gezondheidsbeleid ondernemen we de volgende acties:

	Actie	2009	2010	2011	2012	Participanten	Beleidsveld
6.1	1 ^e en 2 ^e lijnsvoorzieningen toegankelijker maken voor alle inwoners van de gemeente	x	x			Afd. MO (regie), 1e en 2 ^e lijn	Gezondheid
6.2	Stimuleren medische- en zorgvoorzieningen in iedere dorpskern en HOED	x	x	x	x	Afd. MO (regie), 1 ^e en 2 ^e lijn apotheken	Gezondheid
6.3	Bevorderen regionale afstemming en samenwerking tussen 1 ^e en 2 ^e lijnsvoorzieningen		x	x	x	Afd. MO (regie), 1 ^e en 2 ^e lijn	Gezondheid
6.4	Vervolgonderzoek mogelijkheden gezondheidscentra in alle dorpen	x	x			Afd. MO (regie), 1e lijn apotheken	Gezondheid
6.5	Vervolgonderzoek naar centrale huisartsenpost	x				Afd. MO (regie), Huisartsen, HAP's,	Gezondheid
6.6	Overleg huisartsen-gemeente continueren	x	x	x	x	Afd. MO (regie), huisartsen	Gezondheid
6.7	Aanspreekpunt voor huisartsen binnen gemeente creëren	x				Afd. MO, huisartsen	Gezondheid
6.8	Overleg met verloskundigen en kraamzorg vormgeven	x	x	x	x	Afd. MO (regie), verloskundigen, kraamzorg	Gezondheid, uitwerken in jeugdbeleid
6.9	Overleg met afgevaardigden eerste lijnszorg opstarten voor versterking multidisciplinaire samenwerking	x	x	x	x	Afd. MO (regie), 1e lijn	Gezondheid

Resultaten:

- a. Iedere inwoner heeft toegang tot het aanbod van 1^e en 2^e lijnsvoorzieningen in de gemeente.

- b. Organisaties en gemeente werken op integrale wijze samen, weten elkaar onderling te vinden, kennen hun verantwoordelijkheden, wisselen informatie uit en houden zich aan vastgelegde afspraken.
- c. Door samenwerking en afstemming tussen 1^e en 2^e lijnsvoorzieningen wordt er effectief en efficiënt gewerkt.

5.5.2 Ambitie 7: Behouden en waar mogelijk verbeteren van huidige kwaliteit leefomgeving

Bestaande acties op dit terrein binnen andere beleidsvelden zijn:

	Actie	2009	2010	2011	2012	Participanten	Beleidsveld
7.1	Acties milieubeleidsplan realiseren	x	x	x	x	Afd. RO (regie)	Milieu
7.2	Acties duurzaam bouwen	x	x	x	x	Afd. RO	Milieu
7.3	Acties opstellen op gebied van vervoer om leefbaarheid mogelijk te houden	x				Afd. RO	Verkeer en vervoer

Vanuit het gezondheidsbeleid ondernemen we de volgende acties:

	Actie	2009	2010	2011	2012	Participanten	Beleidsveld
7.4	Verantwoorde hygiëne in peuterspeelzalen, kinderopvang, scholen realiseren	x	x	x	x	Afd. MO (regie), GGD, scholen, peuterspeelzalen, kinderdagverblijven	Gezondheid
7.5	EHBO verenigingen gaan samenwerken	x	x	x	x	Afd. MO (regie), EHBO-verenigingen	Gezondheid
7.6	Uitvoeren AED project	x	x	x	x	Afd. MO (regie), EHBO-verenigingen, Rode Kruis	Gezondheid

Resultaten:

- a. Realiseren van een gezonde, veilige en duurzame leefomgeving in de gemeente.
- b. Alle scholen, peuterspeelzalen en kinderopvang voldoen aan de wettelijk gestelde eisen voor hygiëne. De GGD inspecteert dit.
- c. EHBO verenigingen vormen op termijn één organisatie.
- d. Overzicht hebben van AED locaties en opnemen aanschaf AED in planontwikkeling cultuurhuizen/dorpshuizen.

5.5.3 Ambitie 8: Bereiken van een optimale vaccinatiegraad van 95% onder 4- en 9-jarigen

Vanuit het gezondheidsbeleid ondernemen we de volgende acties:

	Actie	2009	2010	2011	2012	Participanten	Beleidsveld
8.1	Themabijeenkomst vaccineren	x	x	x	x	Afd. MO (regie), Vitras/CMD,	Jeugd en gezin Opgenomen in maatwerk JGZ 0-4
8.2	Vaccineren kinderen onder aandacht brengen bij antroposofische gezinnen	x	x	x	x	Afd. MO (regie), Vitras/CMD, Widar	Lopend proces (door Vitras/CMD)

Resultaten:

- a. Verhogen van de vaccinatiegraad (95% WHO-norm).

5.5.4 Ambitie 9: Dorpsgericht gezondheidsgegevens verzamelen

Vanuit het gezondheidsbeleid ondernemen we de volgende actie:

	Actie	2009	2010	2011	2012	Participanten	Beleidsveld
9.1	Bij gezondheidsonderzoeken ophogen steekproeven per dorp	x	x	x	x	Afd. MO (regie), GGD	Gezondheid

Resultaten:

- a. Gezondheidsgegevens per dorp zodat op maat dorpsgerichte acties ondernomen kunnen worden.

6 Financiële vertaling

6.1 Inleiding

Geldstromen binnen het gezondheidsbeleid omvatten de wettelijke basistaken, keuzetaken voor onze gemeente, bestaand beleid dat geharmoniseerd moeten worden, en nieuw beleid. Harmonisatie van het bestaande beleid moet er toe leiden dat organisaties en inwoners in de verschillende dorpen op een gelijkwaardige wijze worden behandeld. Nieuw beleid is onder te verdelen in beleid voortkomend uit de Wmo en nieuw beleid met financiële gevolgen.

Dit hoofdstuk gaat in op bovengenoemde onderdelen.

6.2 Voortzetten wettelijke basistaken en keuzetaken

De GGD voert voor onze gemeente in het kader van de wet PG (waarin per december 2008 de Wcpv is opgenomen) via een gemeenschappelijke regeling wettelijk verplichte basistaken uit. De voormalige vijf gemeenten waren bij dezelfde GGD aangesloten waardoor voor de basistaken geen wijziging plaatsvindt. Daarnaast neemt de gemeente ook keuzetaken af bij de GGD. De keuzetaak logopedie werd in de oude gemeenten door Eduniek (in Maarn) en de GGD uitgevoerd. Per augustus 2009 vervalt het contract met Eduniek en gaat de GGD logopedie voor alle dorpen uitvoeren. Tevens vindt een korting op logopedie plaats. Dit heeft te maken met de gemeentebrede bezuiniging van 5% die in 2008 gemaakt is.

In Leersum werd als keuzetaak op basisscholen voorlichting gegeven over genotmiddelen. Dit wordt overgeheveld naar het cafetariamodel in het onderwijsbeleid, waarin scholen zelf kunnen bepalen welke voorlichting e.d. ze afnemen.

De jeugdgezondheidszorg 0-4 jarigen, wettelijke basistaken (ook wet PG) en keuzetaken, werden in alle voormalige gemeenten met contracten afgenomen bij Vitras. Vitras en CMD voerden het maatschappelijk werk uit in alle gemeenten. Sinds eind 2007 zijn Vitras en CMD samengegaan in één organisatie: Vitras/CMD.

In onderstaande tabel geven we de bedragen weer die in deze contracten omgaan. Een totaaloverzicht van de uitgaven is opgenomen in bijlage 7.

Bestaande basistaken en keuzetaken

Onderwerp	Organisatie	Bedrag 2009
Basistaken	GGD	€ 595.302
Keuzetaken	GGD	€ 69.299
Algemeen maatschappelijk werk	Vitras/CMD	€ 467.994
Basistaken Jeugdgezondheidszorg 0-4 jarigen	Vitras/CMD	€ 572.809
Keuzetaken	Vitras/CMD	€ 108.437
Totaal		€ 1.813.841

6.3 Te harmoniseren beleid

Harmonisatie van subsidieregels voor gezondheidsbeleid gaat in per 2010. Deze harmonisatie vindt budgetneutraal plaats. Voor organisaties die minder subsidie gaan ontvangen dan voorheen kan een overgangsregeling van kracht zijn. Een eventuele overgangsregeling is mede afhankelijk van de hoogte van het bedrag dat zij minder ontvangen na het inwerking treden van de beleidsregels.

Binnen het gezondheidsbeleid komen de volgende organisaties in aanmerking voor harmonisatie:

Te harmoniseren beleid

Onderwerp	Organisatie	Bedrag 2009
EHBO	EHBO, afd. Maarn, Leersum, Amerongen	€ 2.410,00
Slachtofferhulp	Stichting Slachtofferhulp	€ 9.787,00
Juridische hulp	Stichting Rechtswinkel UH	€ 2.373,00
Totaal		€ 14.570,00

EHBO

Momenteel zijn binnen de gemeente Utrechtse Heuvelrug drie EHBO-verenigingen actief. De EHBO-verenigingen ontvangen naast subsidie inkomsten van lokale sponsors en leden. Voor het opleiden van EHBO'ers en inzet tijdens evenementen vragen zij een vergoeding. De subsidiebedragen zijn als volgt:

EHBO afd. Amerongen	€ 780,00
EHBO afd. Maarn-Maarsbergen	€ 1.100,00
EHBO afd. Leersum	€ 530,00
Totaal	€ 2.410,00

De hoogte van de verleende subsidies is historisch gegroeid en mede afhankelijk van de huisvestingskosten. De werkzaamheden van de verenigingen komen min of meer overeen: het opleiden van EHBO'ers, onder andere op scholen en aanwezig zijn tijdens evenementen.

We ondersteunen een eventueel samengaan van de verenigingen.

Slachtofferhulp

Voor Stichting Slachtofferhulp betaalt de gemeente een vast bedrag van € 0,20 per inwoner. Daarnaast financiert het Ministerie van Justitie hen en zijn er landelijke afspraken omtrent de uitvoering.

Juridische hulp

Omdat de juridische hulp van de Rechtswinkel Utrechtse Heuvelrug bijdraagt aan het bevorderen van de zelfredzaamheid van inwoners, scharen wij dit onder het gezondheidsbeleid.

6.4 Beleid voortkomend uit de Wmo

Met ingang van de Wmo per 1 januari 2007 zijn diverse geldstromen vanuit de AWBZ, de coördinatie van vrijwillige thuiszorg en mantelzorg (CVTM-regeling) en de provincie stopgezet. Hierdoor is ook de subsidie vanuit deze organen aan diverse instellingen stopgezet. De instellingen die eerst subsidie kregen vanuit de ABWZ, CVTM-regeling en dergelijke, hebben sinds 2007 hun aanvraag voor subsidie bij de gemeente ingediend. De gemeente Utrechtse Heuvelrug heeft 20 november 2007 besloten om, in afwachting van beleid op het gebied van gezondheid en de Wmo, deze instellingen te subsidiëren in de jaren 2007 en 2008. Voor deze subsidies bestaat dekking vanuit het Wmo budget. Doordat het

gezondheidsbeleid in 2009 wordt vastgesteld zullen ook deze organisaties waarschijnlijk voor een overgangsregeling in aanmerking komen.

Deze verleende subsidies zijn onder te verdelen in

- Vrijwillige zorg
- Preventie en zelfredzaamheid

Vrijwillige zorg is ondergebracht in het mantelzorg- en vrijwilligersbeleid en bespreken we hier verder niet.

Het doel van activiteiten rondom preventie en zelfredzaamheid is de geestelijke gezondheid van mensen te bevorderen en te voorkomen dat men in de zwaardere psychische hulpverlening, of OGGZ belandt. Preventie en zelfredzaamheid hebben wij, vanwege hun raakvlak hiermee, ondergebracht in het gezondheidsbeleid Hoofdstuk 4: Psychische gezondheid. Deze activiteiten vormen onderdeel van de Wmo prestatievelden:

Bevorderen van maatschappelijke participatie van kwetsbare groepen (prestatieveld 5);

Bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg (prestatieveld 8).

Subsidies voor activiteiten op dit gebied worden gefinancierd vanuit de Wmo.

Subsidies preventie en zelfredzaamheid:

Onderwerp	Organisatie	Bedrag 2009
Preventie GGZ	Indigo (Altrecht)	€ 12.424
Specialistische zorg en hulp	Stichting Stade/Fiom	€ 16.100
	Totaal	€ 28.524

Preventie GGZ – Indigo (Altrecht)

De gemeente subsidieert aan Indigo een bedrag van € 12.424,00, waarvoor gemeentebreed gebruik gemaakt kan worden van

- preventieve projecten (o.a. op het gebied van psychosociale problematiek, seksueel gezond gedrag jongeren, psychische kant van gezond gewicht en bewegen bij jongeren 12-18 jaar ,etc), voorlichting en deskundigheidsbevordering
- Informatiecentrum, Helpdesk Eetstoornissen, anonieme hulp via internet.

De gemeente verleent subsidie op het gebied van preventieve projecten binnen de GGZ. Deze organisatie zet zich gemeentebreed in op het gebied van geestelijke gezondheidszorg.

Specialistische zorg en hulp – Stichting Stade/Fiom

Stade/Fiom werd voorheen door de provincie en de stad Utrecht gesubsidieerd. Deze bekostiging is komen te vervallen. De gemeente subsidieert aan Stichting Stade/Fiom een bedrag van € 16.100,00 waarvoor gemeentebreed gebruik gemaakt kan worden van

- gespecialiseerd maatschappelijk werk op het gebied van zwangerschapsproblematiek, postadoptiehulpverlening, verwerking van seksueel geweld en huiselijk geweld en outreachende hulpverlening aan tienermoeders in gemeente Utrechtse Heuvelrug.

De gemeente verleent subsidie op het gebied van specialistische zorg en hulp op maat. Deze organisatie zet zich gemeentebreed in op het gebied zorg en hulp op maat.

6.5 Nieuw beleid met financiële gevolgen

Onderstaande tabel geeft de acties met financiële gevolgen uit de voorgaande hoofdstukken weer waarover nog een besluit genomen moet worden. Andere acties vallen onder het bestaand beleid, het te harmoniseren beleid, of vloeien voort uit de Wmo en worden opgenomen in de beleidsregels.

	Actie	2009	2010	2011	2012	Uitvoering	Financiën	Dekking	Beleidsveld
1.8	Secundaire Preventie overgewicht bij kinderen 0-19 jaar met Overbruggingsplan Overgewicht	x	x	x	x	GGD, Vitras/CMD	11.000	begroting	Gezondheid
2.3	lesaanbod BO preventieve les-programma's alcohol- en druggebruik, met aandachtspunt betrokkenheid ouders	x	x	x	x	Nog niet bekend	10.000	begroting	Gezondheid, uitwerken in onderwijsbeleid
5.1	Meldpunt Zorg en Overlast na 2008 structureel voortzetten	x	x	x	x	GGD, Vitras/CMD	30.000	Wmo	Gezondheid/Wmo
6.5	Vervolgonderzoek naar centrale huisartsenpost	x				Extern bureau	10.000	Aparte bijdrage	Wordt in februari 2009 apart aan de raad voorgelegd
7.6	Uitvoeren AED project	x	x	x	x	Afd. MO	2.500	Wmo	Is reeds besloten; raad geïnformeerd door raads informatie brief
9.1	Bij gezondheids-onderzoeken ophogen steekproeven per dorp	x	x	x	x	GGD	10.000	begroting	Gezondheid

7 Samenvatting

Inleiding

Dit is de eerste gezondheidsnota van onze gemeente. We sluiten in deze nota gedeeltelijk aan bij de landelijke thema's en geven invulling aan het collegeprogramma.

In de preventienota *Kiezen voor gezond leven* zet de landelijke overheid haar lijnen uit voor de komende jaren. Naast roken, tegengaan van schadelijk alcoholgebruik en overgewicht noemt de landelijke nota nog twee speerpunten van beleid: diabetes en depressie. Het zwaartepunt van de landelijke preventiestructuur ligt de komende jaren bij deze thema's en lokale overheden worden uitgenodigd in hun gezondheidsbeleid hierbij aan te sluiten.

De keuze binnen ons gezondheidsbeleid is tot stand gekomen naar aanleiding van landelijke cijfers, uitkomsten van epidemiologische onderzoeken van de GGD voor onze regio en voor de Utrechtse Heuvelrug, monitorgegevens van Vitras/CMD en signalen uit het veld.

Speerpunten in onze gemeente

We kiezen als speerpunten de thema's gezonde leefstijl, psychische gezondheid en gezonde omgeving. Uitgangspunt is om extra aandacht te geven aan kwetsbare groepen als jongeren, ouderen en allochtonen. We streven naar het ontwikkelen van integraal beleid. Deze eerste gezondheidsnota laat zien dat op tal van beleidsvelden gezondheid een thema is. De nota geeft een overzicht van beleid en acties op gezondheidsgebied door de hele organisatie heen. Daarnaast gaan we in op de subsidies binnen het gezondheidsbeleid in de nieuwe gemeente. Hieronder bespreken we de speerpunten, de subsidies en de financiële middelen.

Gezonde leefstijl

Gezond gewicht en bewegen

Een ruime meerderheid van jongeren in onze gemeente voldoen aan de beweegnorm en kijken minder vaak televisie dan leeftijdgenoten in de regio. Wel stijgt het overgewicht naarmate kinderen ouder worden. Het percentage volwassenen en senioren met overgewicht komt overeen met het regionaal gemiddelde en is hoog.

We bevorderen gezond gewicht en bewegen via projecten sportstimulering allochtone vrouwen, senioren en kinderen van minima. Daarnaast willen we met het 'overbruggingsplan overgewicht' bij kinderen 0-19 jaar met overgewicht/obesitas gezonde voeding, een gezond voedingspatroon en meer bewegen bevorderen.

Schadelijk alcohol- en druggebruik

Het meest in het oog springt het grote alcoholgebruik onder jongeren dat zelfs nog hoger ligt dan het drinkgedrag in de regio.

We stimuleren het basis- en voortgezet onderwijs om lesprogramma's te verzorgen over schadelijk alcohol- en druggebruik. De bedoeling is het basisonderwijs te stimuleren ook ouders hierover informatie te geven. Daarnaast zijn er plannen voor een alcoholmatigingsproject in onze politieregio en zal uitbreiding van handhaving op de verkoop van alcohol plaatsvinden.

Seksueel gezond gedrag jongeren

Bij jongeren is veel gezondheidswinst te behalen rond de thema's veilig vrijen en weerbaarheidbevordering. Hiertoe stimuleren we bij onderwijsinstellingen het aanbieden van preventieve projecten over loverboys, en het geven van informatie over anticonceptie, soa's en seksueel onaanvaardbaar gedrag.

Psychische gezondheid

Psychische gezondheid

Het percentage leerlingen in de gemeente Utrechtse Heuvelrug met een indicatie voor psychosociale problematiek komt overeen met het regionaal gemiddelde.

Depressieve klachten, angststoornissen en eenzaamheid komen zowel bij de volwassenen (25-55 jaar) als bij senioren (>55 jaar) voor, overeenkomstig de regionale cijfers. Ze hebben relatie met elkaar en zijn voor veel mensen een aanslag op hun dagelijks (sociaal) functioneren.

Met diverse acties willen we psychische gezondheid bevorderen en een basisaanbod realiseren van voorlichting, signalering en toeleiding naar hulp bij depressie en psychosociale problematiek.

Sociale uitval

In het kader van bemoeizorg, de OGGZ (Openbare Geestelijke Gezondheidszorg), is in 2008 het regionale Meldpunt Zorg en Overlast opgezet. Bij aanmeldingen voor het Meldpunt gaat het om mensen die verschillende, complexe problemen hebben op het gebied van gezondheid, wonen, geld, relaties en/of juridische kwesties. Zelf vragen ze niet om hulp. Het Meldpunt werkt onder andere samen met Altrecht, Kwintes, Centrum Maliebaan, Vitras/CMD, MEE en de politie. Onze gemeente heeft zich in 2008 bij dit Meldpunt aangesloten voor een proefperiode. Wij willen de samenwerking met het Meldpunt structureel in ons beleid opnemen.

Gezonde omgeving

1^e lijns voorzieningen

Ontwikkelingen aan de vraag- en aanbodzijde vragen om een georganiseerde 1e lijn en onderlinge afstemming. Daar is de 1^e lijn ook mee bezig. De 1^e lijnszorg heeft relaties met diverse speerpunten van het gezondheidsbeleid. Samenwerking met de 1e lijn rond de genoemde thema's zijn belangrijk. De 1^e lijn heeft direct zicht op wat er in de dorpen gebeurt en heeft een signaleringsfunctie op tal van gebieden. Door meer afstemming van de gemeente met de 1^e lijn en tussen de 1^e lijnsvoorzieningen onderling kunnen signalen eerder opgepakt worden. Daarnaast vragen inwoners om een beter bereikbare zorg.

Met diverse acties willen we overleg, afstemming en samenwerking bevorderen tussen de gemeente en 1^e en 2^e lijn. Daarnaast vindt nog vervolgonderzoek plaats naar de mogelijkheid van gezondheidscentra en een meer bereikbare 1^e lijns voorziening.

Lekenhulp bij calamiteitbestrijding

Binnen de gemeente zijn Rode Kruis en EHBO verenigingen actief. Zij verzorgen opleidingen en zijn aanwezig bij evenementen om in voorkomende gevallen hulp te kunnen verlenen. Daarnaast biedt het Rode Kruis hulp bij calamiteiten.

De aanschaf van een AED apparaat wordt meegenomen in de planontwikkeling van de cultuurhuizen in Amerongen en Maarsbergen. Ook krijgt het buurthuis in Overberg een AED-apparaat. Een overzicht met AED locaties zal twee keer per jaar worden geactualiseerd.

Milieu

Technisch- hygiënische zorg bij kinderopvang, peuterspeelzalen en scholen zijn een aandachtspunt.

We streven naar het behouden van huidige kwaliteit van de leefomgeving en waar mogelijk verbeteren van het binnenmilieu in peuterspeelzalen, kinderopvang, scholen en woningen.

Infectieziektebestrijding

Bij infectieziektebestrijding is de lage vaccinatiegraad van kinderen een aandachtspunt.

We streven naar het bereiken van een optimale vaccinatiegraad van 95% onder 4- en 9-jarigen.

Subsidies

Algemeen

Dorpsgericht werken is een onderdeel van het collegeprogramma. Om op gezondheidsgebied dorpsgericht te kunnen werken zijn gegevens per dorp nodig. Het is mogelijk de epidemiologische onderzoeken die de GGD regelmatig uitvoert, zo in te richten dat per dorp gegevens te genereren zijn. Hiervoor is ophogen van de steekproef noodzakelijk.

Vanaf 2009 willen we per dorp epidemiologische gegevens verzamelen zodat op maat dorpsgerichte acties te ondernemen zijn.

Harmonisatie van subsidiebeleid

Harmonisatie van subsidieregels voor gezondheidsbeleid gaat in per 2010. Deze harmonisatie vindt budgetneutraal plaats. Voor organisaties die minder subsidie gaan ontvangen dan voorheen kan een overgangsregeling van kracht zijn. Een eventuele overgangsregeling is mede afhankelijk van de hoogte van het bedrag dat zij minder ontvangen na het inwerking treden van de beleidsregels.

Binnen het gezondheidsbeleid komen de volgende organisaties in aanmerking voor harmonisatie:

EHBO-verenigingen, Stichting slachtofferhulp, de Rechtswinkel Utrechtse Heuvelrug.

Beleid voortkomend uit Wmo

Met ingang van de Wmo per 1 januari 2007 zijn diverse geldstromen vanuit de AWBZ (Algemene Wet Bijzonder ziekten) stopgezet. Instellingen die met deze geldstromen te maken hebben, doen nu beroep op de gemeente. Het gaat hier om preventie en zelfredzaamheid. Doel is de geestelijke gezondheid van mensen te bevorderen en te voorkomen dat men in de zwaardere psychische hulpverlening, of OGGZ belandt. Indigo(Altrecht) en Stichting Stade/Fiom hebben deze subsidie gekregen. Voor deze activiteiten zullen ook beleidsregels geformuleerd worden.

Financiën

In de financiële vertaling laten we zien hoeveel geld er omgaat in de wettelijke basistaken die uitgevoerd worden door de GGD en Vitras/CMD. Zij voeren voor ons taken uit voortkomend uit de wet PG (wet Publieke Gezondheid), waaronder de jeugdgezondheidszorg, en het maatschappelijk werk. Naast de wettelijke taken zijn er ook keuzetaken die we bij deze organisaties afnemen. Een keuzetaak is het Meldpunt Zorg & Overlast, maar ook onderwerpen als opvoedingsondersteuning, logopedie, pedagogisch spreekuur, videohometraining, netwerkcontacten en voorlichting vallen hieronder.

Bestaande subsidies die onder het gezondheidsbeleid vallen, worden geharmoniseerd en opgenomen in nieuwe beleidsregels. Voor preventie en zelfredzaamheid komt geld beschikbaar uit de Wmo, zo ook voor het Meldpunt Zorg & Overlast.

Over een aantal te ondernemen acties, zoals het ophogen van de epidemiologische onderzoeken, secundaire preventie bij overgewicht en het lesaanbod in het basisonderwijs voor preventieve lesprogramma's schadelijk alcohol- en druggebruik, moet nog een besluit genomen worden.