

Tweede Venrayse nota lokaal gezondheidsbeleid

**“Werken aan gezondheid in
Venray 2008-2011”**

28 februari 2008

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	3
1.1	Aanleiding	3
1.2	Proces	3
1.3	Visie en doelen	3
1.4	Leeswijzer	4
2.	Evaluatie eerste nota	5
3.	Kaders	7
3.1	Landelijk	7
3.1.1	<i>Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv)</i>	7
3.1.2	<i>Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)</i>	8
3.1.3	<i>Kaders vanuit de rijkspreventie nota</i>	8
3.2	Regionaal	9
3.2.1	<i>Producten Publieke Gezondheid (PPG) GGD Noord- en Midden Limburg</i>	9
3.2.2	<i>Jeugdgezondheidszorg</i>	9
3.2.3	<i>Gezondheidsmonitor nieuwe stijl</i>	10
3.3	Lokaal	10
3.3.1	<i>Lokale kaders</i>	10
3.3.2	<i>Volksgezondheid binnen andere beleidsterreinen</i>	11
4.	Gezondheidssituatie in Venray	12
4.1	Demografische gegevens	12
4.2	Algemene gezondheidstoestand	12
4.3	Risicofactoren	13
4.4	Conclusies	15
5.	Beleidsvoornemens	16
5.1	Investeren in gezond gedrag	16
5.1.1	<i>Alcohol</i>	16
5.1.2	<i>Overgewicht (voeding en beweging)</i>	16
5.1.3	<i>Roken</i>	17
5.1.4	<i>Gebruik genotmiddelen</i>	17
5.2	Voorkomen en terugdringen ziektebelasting	18
5.2.1	<i>Diabetes</i>	18
5.2.2	<i>Depressie en eenzaamheid</i>	18
5.3	Overige speerpunten	19
5.3.1	<i>AED's</i>	19
5.3.2	<i>Consultatie Bureau voor Ouderen</i>	19
5.4	Speerpunten en doelgroepen	20
5.5	Waarom expliciet aandacht voor alle landelijke speerpunten?	20
5.6	Andere aandachtspunten voor beleid vanuit de Wcpv	20
5.6.1	<i>Afstemming curatieve zorg en collectieve preventie als aandachtspunt voor beleid</i>	20
5.6.2	<i>Bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen</i>	21
5.7	Werkconferentie Lokaal gezondheidsbeleid	21
5.8	Accenten per jaar in de periode 2008 – 2011	22
6.	Uitvoering	23

6.1	Wat gaan we doen? En hoe gaan we het doen?	23
6.2	Deelprogramma's	23
6.3	Jaarwerkplannen	24
6.4	De verschillende deelprogramma's	24
7.	Financiën en communicatie.....	34
7.1	Proces	34
7.2	Communicatie.....	35
7.3	Financiën	35
8.	Bijlagen.....	36

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

In 2002 is de eerste nota Lokaal Gezondheidsbeleid van de gemeente Venray verschenen. Deze nota heeft de contouren geschetst van het beleidskader waarbinnen gemeentelijk lokaal gezondheidsbeleid zich begeeft. Aan de hand van dat beleid is in Venray de afgelopen jaren (2002-2007) veel op het terrein van lokaal gezondheidsbeleid gebeurd. Echter in een aantal jaren verandert er natuurlijk ook het één en ander: inzichten wijzigen, wettelijke taken worden aangepast of aangescherpt, lokale prioriteiten wisselen, de aandacht van de bevolking voor bepaalde onderwerpen neemt af of juist toe. De activiteiten in het kader van Lokaal Gezondheidsbeleid hebben er tevens toe geleid dat een aantal onderwerpen nu op een goede en structurele wijze aandacht krijgen. De nota van 2002 had een looptijd van 4 jaar en is met een jaar verlengd. Inmiddels is het tijd om de balans weer eens op te maken en in een vervolgnota Lokaal Gezondheidsbeleid de beleidskaders en prioriteiten voor de komende vier jaar (met ingang van 2008) opnieuw op te maken.

1.2 Proces

Op basis van de eerste nota lokaal gezondheidsbeleid, de rijkspreventie nota, epidemiologische cijfers, gemeentelijke documentatie en diverse literatuur is een conceptnota opgesteld. Dit concept is voorgelegd aan het college van burgemeester en wethouders (december 2007), waarna het verspreid is onder de deelnemers aan de werkconferentie lokaal gezondheidsbeleid. Tijdens deze werkconferentie op 16 januari 2008 is het concept besproken met het maatschappelijk veld, politiek en burgers. Opmerkingen uit de werkconferentie zijn verwerkt in deze definitieve nota. Een verslag van de werkconferentie is bijgevoegd.

1.3 Visie en doelen

Het doel van gezondheidsbeleid is het bevorderen van gezondheid. Maar wat verstaan we dan onder gezondheid? Vroeger werd gezondheid vooral opgevat als de afwezigheid van ziekte of gebrek. Tegenwoordig hanteren we voor gezondheid een bredere visie, die voor overheden meerdere aanknopingspunten geeft om (lokaal) gezondheidsbeleid te ontwikkelen. Die bredere visie is door de World Health Organization (WHO) gedefinieerd als: *“Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekte.”*

Gezondheid wordt in deze visie bepaald door vijf determinanten (model Lalonde):

1. Biologische en erfelijke factoren (leeftijd, geslacht, aanleg);
2. Leefstijl en gedrag (voeding, beweging, genotmiddelen, roken, stress, etc);
3. Sociale omgeving (gezin, familie, vrienden en sociaal-economische status);
4. Fysieke omgeving (leef- en woonomgeving: wonen, werken, milieu, recreatie);
5. Zorgaanbod (aanwezigheid, toegankelijkheid, organisatie, bereikbaarheid en kwaliteit);

De factoren waarop de burger en de lokale overheid invloed kunnen uitoefenen zijn de fysieke omgeving, de sociale omgeving en de leefstijl. De burger richt zich daarbij natuurlijk het meest op zijn eigen individuele gezondheid. De overheid biedt openbare gezondheidszorg aan aan de burgers als collectiviteit en richt zich op de gezonde gemeenschap. De openbare gezondheidszorg vult daarmee de reguliere individugerichte zorg aan. De lokale overheid kan overigens ook een rol

spelen in het verbeteren van de toegankelijkheid van zorg, door bijvoorbeeld goede informatie over het aanbod te verstrekken.

Met bovenstaande visie op gezondheid wordt het terrein van lokaal gezondheidsbeleid al enigszins afgebakend, maar het kan nog steeds een breed terrein omvatten. Om tot een verdere afbakening te komen, wordt gekeken naar de onderdelen waarop gezondheidsbeleid betrekking kan hebben. Dit zijn in grote lijnen: preventie en het bevorderen van gezondheid; bescherming; behandeling (cure) en verzorging (care). De onderdelen behandeling en verzorging houden zich met name bezig met de behandeling van individuele gezondheidsproblemen (ziektes) en de verzorging van zieken. Deze onderdelen zijn vooral het terrein van zorginstellingen en eerstelijns hulpverleners. De gemeente heeft vrijwel geen mogelijkheden om direct invloed uit te oefenen op dit gebied. Het is ook niet de taak van de gemeente om op dit gebied beleid te voeren. Wel kan de gemeente in deze sectoren een rol spelen bij de afstemming van zorgaanbod op zorgbehoefte en het versterken van de samenhang tussen preventie, welzijn en zorg. Dit is een rol, die de gemeente op zich kan nemen, omdat de gemeente als regisseur op dient te treden op dit (en vele andere) terrein(en).

Bescherming en preventie zijn wel onderdelen waarop de gemeente inhoudelijk beleid kan en moet voeren. Bij bescherming gaat het om maatregelen die erop gericht zijn dat mensen zo min mogelijk in contact komen met stoffen, omstandigheden en situaties die schadelijk kunnen zijn voor de gezondheid. Bij preventie gaat het om maatregelen en activiteiten die erop gericht zijn om de gezondheid te bevorderen en om gezondheidsproblemen te voorkomen. Dit is het onderdeel waar het gemeentelijke gezondheidsbeleid het meeste effect kan hebben omdat hier de gemeente de meeste wettelijke en functionele mogelijkheden heeft om invloed uit te oefenen.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt teruggeblikt op de eerste Venrayse nota lokaal gezondheidsbeleid "Venray een gezonde gemeente 2002-2006". Er wordt kort ingegaan op de vastgelegde speerpunten en de behaalde resultaten in de periode 2002-2007. Hoofdstuk 3 beschrijft de wettelijke kaders, de ontwikkelingen op het gebied van de volksgezondheid en gaat in op een aantal gerelateerde beleidsterreinen. De gezondheidssituatie in Venray wordt beschreven in hoofdstuk 4. Zowel de demografische gegevens als de belangrijkste cijfers op het gebied van de volksgezondheid komen in dit hoofdstuk aan bod. In hoofdstuk 5 worden de Beleidsvoornemens geschetst. Welke lokale accenten wil Venray de komende vier jaar leggen op het gebied van de volksgezondheid. Hoofdstuk 6 geeft een beschrijving van hoe en wat we gaan doen en een uitwerking van de verschillende deelplannen. In hoofdstuk 7 wordt het proces, de communicatie en de financiën beschreven. Tenslotte treft u in hoofdstuk 8 een overzicht aan van de bijlagen.

2. Evaluatie eerste nota

De eerste Venrayse nota lokaal gezondheidsbeleid "Venray een gezonde gemeente 2002-2006" is in 2002 vastgesteld. In deze nota is een drietal hoofddoelstellingen genoemd, met daaraan gekoppeld een aantal actiepunten. Onderstaand worden deze geëvalueerd.

Hoofddoelstelling 1: Zo gelijk mogelijke kansen op gezondheid

(a) *Ouderenconsulenten actief in wijken en dorpen:*

Sinds 1999 zijn in Venray de ouderenconsulenten actief. De ouderenconsulenten geven tijdens een huisbezoek informatie over diensten op het terrein van Wonen, Inkomen, Zorg en Welzijn. De gemeente heeft dit in de periode 2002-2007 in stand gehouden via de begroting van Synthese. De pro-actieve houding dient ook in de komende jaren het centrale kenmerk van het project te blijven; ouderen worden actief benaderd met het aanbod voor een huisbezoek.

(b) *Geïntegreerde zorgintake bij de afdeling Zorg & Inkomen*

Dit Thema is opgepakt via de WMO. Per 1 januari 2007 wordt de zorgintake centraal geregeld via het WMO loket. Na een periode van opstaren en stabilisatie begin 2007 zal het Zorgloket doorgroeien.

(c) *Sluitend netwerk draaideurpatiënten en bemoeizorg zorgwekkende zorgmijders*

Bijzondere aandacht gaat uit naar zorgwekkende zorgmijders en 'draaideurpatiënten'. De bemoeizorg voor zorgmijders richt zich op mensen die in een zorgwekkende situatie verkeren en op geen enkele manier geholpen (willen) worden. Het betreft doorgaans mensen met psychiatrische en/of verslavingsproblemen. De hulpverlening is erop gericht deze mensen praktisch te ondersteunen en weer richting de reguliere zorg te bewegen. Het project bemoeizorg is een samenwerkingsverband van het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs (CAD) en de RIAGG Noord-Limburg. De gemeente Venray verleent via het gewestelijk verband een structurele subsidie aan dit project. Als aanvulling/ verdieping op het regionale project Bemoeizorg is in Venray een sluitend netwerk voor 'draaideurpatiënten'.

(d) *Bijdrage aan voorkomen sociaal isolement ouderen en gehandicapten*

In november 2006 is het eenzaamheidsproject van start gegaan. Dit project wordt uitgevoerd door Synthese en loopt nog door tot november 2008. Dit project bestaat enerzijds uit het verbeteren van de signaleringsfunctie van intermediairs rondom ouderen en anderzijds uit de methodiek Activerend huisbezoek om ouderen persoonlijk te activeren.

Hoofddoelstelling 2: Stimuleren van gezonde leefwijzen

(e) *Aandacht voor gezondheidsbevordering en preventie bij inkoop GGD 2004-2007*

Naast de door de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) verplichte producten heeft de gemeente Venray de afgelopen jaren ook producten afgenomen zoals preventieve maatregelen inzake hoofdluis, het basisscholen project "Kies voor Hart en Sport", inclusief onderdeel gezond ontbijt. Ook zijn er gastlessen in het basisonderwijs verzorgd inzake tandheelkundige zorg.

(f) *Sportstimulering door breedtesportstimulering*

Ten aanzien van de risicofactoren inactiviteit en overgewicht is in de afgelopen jaren aandacht besteed door de stimulering van breedtesport in Venray. De kern van de breedtesport stimulering richt zich op wijkgericht sporten en sportstimulering van jeugd. Met name de sportstimulering van de jeugd is vanuit het perspectief van gezondheidsbeleid belangrijk. Het zijn vooral de jeugdigen die relatief steeds minder bewegen. Ook voor ouderen is beweging van

groot belang. Een basisaanbod van bewegingsactiviteiten wordt aangeboden middels het Meer Bewegen Voor Ouderen (Senioren Sport Synthese). In het kader van Gezondheidsbeleid wordt belang gehecht aan behoud van het basisaanbod dicht bij de ouderen.

Hoofddoelstelling 3: Versterking van de samenwerking in de zorgketen

(g) Samenwerking Wonen, Welzijn en Zorg

De wens om te komen tot een integrale aanpak Wonen, Welzijn en Zorg komt voort uit de trend van toenemende vraagsturing in de zorg en de wens van ouderen, gehandicapten en psychiatrische patiënten om zo lang mogelijk zelfstandig te wonen (zie hoofdstuk 2). Om dit te kunnen realiseren wordt samenwerking en afstemming tussen zorgaanbieders, woningbouwcorporaties en de gemeentelijke overheid steeds belangrijker. Partijen hebben daarom in 2002 het initiatief genomen om gezamenlijk op te trekken in een subregionale Stuurgroep Wonen, Welzijn en Zorg in Venray – Meerlo-Wanssum. De gemeente Venray neemt in deze de regierol op zich. De eerste stap was het ontwikkelen van een gezamenlijke visie op het terrein van Wonen, Welzijn en Zorg. De integrale, strategische beleidskader is in 2002 gereed komen. Op basis van dit document zijn vervolgstappen ondernomen. Eén van de vervolgstappen is de gedeconcentreerde herbouw van het verzorgingshuis 'Het Schuttersveld'. Realisatie van deze herbouw was in 2006. DE WWZ structuur wordt nu geïncorporeerd als onderdeel van de WMO

(h) Samenwerking eerste, tweede en derdelijnszorg

Omwille van behoud van kwaliteit van zorg kiezen zorgaanbieders steeds vaker voor concentratie van hun diensten. De ontwikkelingen bij het ziekenhuis Venray (2000-2002), de komst van de Huisartsenpost (HAP) (2001) en de fusie van de zorgaanbieders in de ouderenzorg (2002) zijn hier voorbeelden van. Deze concentratie vraagt, meer dan voorheen om samenwerking tussen de partners. Immers indien één van de zorgaanbieders haar dienstverlening sterk wijzigt, heeft dit ook consequenties voor de andere partners in de keten. Doel van de samenwerking is behoud c.q. het verbeteren van de zorgketen. De gemeente Venray heeft deze samenwerking actief gestimuleerd door middel van het gaande houden van gesprekken met zorgpartners.

(i) Jeugdbeleid en jeugdzorg

Ketenvorming en samenwerking is ook binnen het jeugdbeleid een belangrijk thema. Preventief jeugdbeleid, onderwijsachterstandenbeleid en jeugdzorgbeleid worden steeds meer gezien als een continuüm van (zorg)activiteiten. Dit heeft tot gevolg dat ook binnen het jeugdbeleid en de jeugdzorg nieuwe samenwerkingsverbanden tot stand komen. Anderzijds zien we ook op dit terrein nieuwe verantwoordelijkheden van de gemeente en domeindiscussies tussen gemeente, provincie en aanbieders ontstaan. In de afgelopen periode is aan de ketenvorming van jeugdbeleid en jeugdzorg apart aandacht besteed.

3. Kaders

In dit hoofdstuk worden de wettelijke kaders, het beleid van de Rijksoverheid, de gemeentelijke uitgangspunten en aanverwante beleidsterreinen beschreven, die betrekking hebben op de openbare gezondheid.

3.1 Landelijk

3.1.1 Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv)

In het kader van de Wcpv zijn veel taken en verantwoordelijkheden op het gebied van de collectieve preventie van het Rijk naar de gemeentelijke overheden overgeheveld. In onderstaand schema zijn de taken benoemd en wordt aangegeven hoe de gemeente er invulling aan wil geven in de periode 2008 – 2011. De GGD speelt een belangrijke rol bij de uitvoering van de taken.

Taak:	Aanpak
1. Collectieve preventie:	
1.a. Verwerven van inzicht in de lokale gezondheidssituatie van de bevolking	Wordt uitgevoerd door GGD Noord- en Midden-Limburg.
1.b. Onderlinge afstemming tussen curatieve zorg en collectieve preventie	De gemeente bewaakt de instandhouding van het voorzieningenniveau en spant zich binnen de haar passende rol in voor de instandhouding en zonodig verspreiding van voorzieningen. Zo nodig treedt de gemeente actief op door in overleg te treden met verantwoordelijke organisaties.
1.c. Bewaken gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen	De gemeente vraagt de GGD advies als besluiten genomen worden die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie.
1.d. Opzetten preventieprogramma's	In deze nota
1.e. Bevorderen medisch-milieukundige zorg	Wordt uitgevoerd door GGD Noord- en Midden Limburg
1.f. Bevorderen technische hygiënezorg	Wordt uitgevoerd door GGD Noord- en Midden Limburg
2. Uitvoering infectieziektebestrijding	Wordt uitgevoerd door GGD Noord- en Midden Limburg
3. Uitvoering jeugdgezondheidszorg (JGZ)	Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de JGZ van 0 tot 19 jaar. De gemeente continueert de regisseursrol van de integrale JGZ. De GGD'en (4-19 jaar) en de thuiszorginstellingen (0-4 jaar) voeren de JGZ uit. Het JGZ aanbod is vastgelegd in een basistakenpakket (BTP), opgenomen in het PPG. Het uniforme deel van het BTP bestaat uit werkzaamheden die gestandaardiseerd en aan iedereen behorende tot de doelgroep moeten worden aangeboden. Gemeenten hebben (inhoudelijke) beleidsvrijheid om het aanbod van het maatwerkdeel van het BTP af te stemmen op zowel specifieke zorgbehoeften van mensen als op lokale of regionale en epidemiologische gegevens. Voor de uitvoering van de JGZ is een richtlijn contactmomenten (vaste tijdstippen waarop JGZ met een kind contact heeft) opgesteld. Speerpunten in de komende jaren zijn het implementeren van het Elektronisch Kinddossier (EKD) en het Centrum voor Jeugd en Gezin.
4. Elke 4 jaar nota lokaal gezondheidsbeleid	Realisatie middels traject nota gezondheidsbeleid.
5. Instandhouding van een GGD	De instandhouding van een GGD is verzekerd door deelname van de gemeente aan de GGD Noord- en Midden Limburg

Herijking Wcpv

Het eerste conceptwetsvoorstel spreekt van de Wet publieke gezondheid (Wpg). De Wpg zal drie wetten gaan omvatten: de Wet collectieve preventie volksgezondheid, de Infectieziektewet en Quarantainewet. Centrale aanleiding voor het opstellen van de nieuwe wet vormt de infectieziektebestrijding. De huidige taken en bevoegdheden zijn verspreid over de eerder genoemde drie wetten. In het wetsvoorstel wordt uitgegaan van een voortzetting van de uitvoeringsverantwoordelijkheid van de gemeenten bij de infectieziektebestrijding. Daarnaast wordt er een taak toegevoegd voor de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om een geharmoniseerde aanpak mogelijk te maken in bepaalde nader omschreven situaties. Voor wat betreft de "oude" Wcpv verandert er vooralsnog weinig.

3.1.2 Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)

In het kader van de WMO die per 1 januari 2007 in werking is getreden zijn verantwoordelijkheden gedecentraliseerd van het Rijk naar de gemeenten en zijn deze met de bestaande gemeentelijke verantwoordelijkheden samengebracht in één wettelijk kader. De gemeente heeft dus meer handlungsruimte de komende jaren, waarbij de financiële ruimte echter beperkt is. De WMO is een wet met twee gezichten. Aan de ene kant staat de wet in het teken van een terugtrekkende overheid naar meer 'eigen verantwoordelijkheid'. Aan de andere kant staat participatie, 'meedoen', centraal. Met de WMO wordt gestreefd naar samenhangend lokaal beleid op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning en op aanpalende terreinen. Eén van die aanpalende terreinen is de openbare gezondheidszorg. Hoe wij uitvoering aan deze wet willen geven, staat beschreven in het WMO beleidskader. In het vierjaarlijkse WMO-beleidsplan worden de diverse prestatievelden binnen de WMO verder uitgewerkt.

Per 1 januari is de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ), met uitzondering van 'het bieden van psychosociale hulp bij rampen' overgeheveld van de Wcpv naar de WMO. Hoewel met het overgaan naar de WMO geen directe taken meer zijn opgenomen in de Wcpv op het gebied van OGGZ, Maatschappelijke Opvang en verslavingszorg, zijn er wel duidelijke raakvlakken. Om te voorkomen dat veel inwoners een beroep doen op de WMO (en dus ook de OGGZ-) voorzieningen, is het van belang dat de gemeente blijft investeren in preventietaken die vooral ook vanuit de Wcpv worden georganiseerd. Hierbij moet gedacht worden aan o.a. het bestrijden van eenzaamheid/depressie, waardoor een beroep op GGZ instellingen wordt voorkomen. Deze onderwerpen staan ook genoemd in de rijkspreventienota, zie volgende paragraaf. Ook zijn vanuit de collectieve preventie taken die het brede OGGZ-beleid kunnen ondersteunen en/of versterken.

3.1.3 Kaders vanuit de rijkspreventie nota

Het kabinet heeft in oktober 2006 in de preventienota 'Kiezen voor gezond leven' de landelijke speerpunten voor de collectieve preventie volksgezondheid benoemd. Er zijn vijf speerpunten die richting moeten geven aan de prioriteiten van de gemeente, waarvan 3 leefstijlfactoren (roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht) en 2 ziekten (diabetes en depressie). De laatste twee speerpunten zijn gekozen omdat een gezonde leefstijl het ontstaan van deze ziekten kan voorkomen of de gevolgen ervan kan beperken. Daarnaast leveren vroegsignalering en goede ketenzorg bij beide ziekten veel gezondheidswinst op en kan een flink deel van de ziektelast worden voorkomen. In 'Kiezen voor gezond leven' biedt het ministerie oplossingsrichtingen voor de lokale overheid en meldt in het bijgevoegde actieprogramma hoe de rijksoverheid hierbij gaat ondersteunen. De Inspectie Volksgezondheid gaat nadrukkelijk toetsen of bij de uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid de landelijke prioriteiten voldoende worden gevolgd, maar ook of de uitvoering van het beleid effectief is.

Landelijke doelstellingen voor de 5 speerpunten zijn:

- Alcoholgebruik: het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 terugbrengen naar het niveau van 1992 (van 82,4% naar 61,3%) + minder volwassen probleemdrinkers (van 10,3% nu naar 7,5% in 2010).
- Overgewicht: stabilisatie van het percentage volwassen met overgewicht + daling van het aantal jeugdigen met overgewicht.
- Roken: in 2010 zijn er nog 20% rokers (nu: 28%).
- Diabetes: aantal patiënten met diabetes mag tussen 2005 en 2025 met niet meer dan 15% stijgen + 65% van de diabetespatiënten krijgt geen complicaties.
- Depressie: meer mensen (nu 4.000 landelijk) krijgen preventieve hulp tegen depressie en vroege interventie bij depressies.

Vanuit het perspectief van meer massa en slagkracht wil Venray in het nieuwe gezondheidsbeleid aansluiting zoeken bij het landelijk beleid. De gemeente Venray wil de landelijke speerpunten en ambities volgen. Ook wil de gemeente waar mogelijk gebruik maken van de landelijke handleidingen en richtlijnen.

3.2 Regionaal

3.2.1 Producten Publieke Gezondheid (PPG) GGD Noord- en Midden Limburg

In de periode 2004-2007 was voor de GGD Noord- en Midden Limburg het Keuzemodel Producten Aanbod (KPA) van toepassing. De doelstelling van dit keuzemodel was dat de GGD Noord- en Midden Limburg samen met de afzonderlijke gemeenten in de regio voor een periode van vier jaar afspraken maakten over de afname van lokale GGD-producten.

Voor de periode 2008-2011 wordt gewerkt met het nieuwe productenboek PPG van de GGD Noord- en Midden Limburg. In tegenstelling tot het KPA (aanbodgericht) worden de producten in het PPG aan de gemeenten in de regio resultaatgericht en flexibeler aangeboden. Bovendien worden deze producten in een drietal doelgroepen onderverdeeld, namelijk ouderen, algemene bevolking en jeugd.

Bij het opstellen van deze nota zullen uiteindelijk een aantal speerpunten met betrekking tot het gemeentelijk gezondheidsbeleid benoemd worden. Deze speerpunten kunnen voor de gemeente Venray als basis gebruikt worden voor de keuze van de Producten Publieke Gezondheid van de GGD Noord- en Midden Limburg. In jaarlijkse werkplannen met de GGD worden vervolgens deze speerpunten verder uitgewerkt.

3.2.2 Jeugdgezondheidszorg

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft ook aanzienlijke wijzigingen ondergaan, nadat via de Wcpv de verantwoordelijkheid voor het begeleiden, bewaken en beschermen van de gezondheid van de jeugd van 0 tot 19 jaar onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid is komen te vallen. Onder de regie van de gemeenten in de regio Noord- en Midden-Limburg moet afstemming plaatsvinden tussen de thuiszorgorganisaties van Noord- en Midden-Limburg en de GGD om tot een basistakenpakket en een maatwerkdeel JGZ te komen. Het Productenaanbod Publieke Gezondheid is een eerste stap richting deze gewenste integraliteit. Binnen de plannen

voor het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) vormt de jeugdgezondheidszorg de spil. Planvorming rondom CJG volgt al dan niet in regionaal verband medio 2008.

Er zijn twee belangrijke ontwikkelingen die bijdragen aan samenhang van zorg en vroegsignalering: het Elektronisch Kind Dossier (EKD) en de verwijsindex. Regionaal zijn de voorbereidingen reeds in gang gezet. Een adequate informatievoorziening is een belangrijke, noodzakelijke randvoorwaarde voor een kwalitatief sterke integrale JGZ.

Het EKD is de elektronische versie van het huidige papieren JGZ-dossier en is bij elk contactmoment voor registratie en informatie te gebruiken. Het primaire doel van het EKD is het ondersteunen van de bij de jeugdgezondheidszorg direct betrokken hulpverleners bij de uitvoering van hun taak. Een uniforme wijze van registreren door middel van een elektronisch systeem draagt bij aan een kwalitatief goede jeugdgezondheidszorg. Het maakt beter en sneller signaleren van risico's mogelijk en voorkomt dat kinderen buiten beeld raken, ook als ze niet voor onderzoek komen.

Er is een dringende maatschappelijke behoefte de samenwerking en informatie uitwisseling rondom een jeugdige te verbeteren. Het systeem van de Verwijsindex is een hulpmiddel dat samenwerking bevordert en langs elkaar heen werken voorkomt. De Verwijsindex brengt risicosignalen van hulpverleners bij elkaar en informeert hen over elkaars betrokkenheid bij de jeugdige. Het EKD is één van de bronsystemen van waaruit de Landelijke Verwijsindex haar signalen ontvangt. Dit thema wordt in regionaal verband opgepakt.

3.2.3 Gezondheidsmonitor nieuwe stijl

Eens in de vier jaren wordt een enquête uitgevoerd door de GGD onder de doelgroepen jeugd en algemene bevolking. In 2007 is er voor het eerst ook een seniorenmonitor (55+) uitgevoerd in een pilotgemeente in Noord- en Midden Limburg. Het is nog niet bekend of deze pilot opvolging krijgt in onze regio. Door gemeenten is aangegeven dat de informatie die vergaard wordt wel voldoet maar de bruikbaarheid gelet op de houdbaarheid van de gegevens slechts beperkt is. Daarom is besloten om te onderzoeken of het mogelijk is een monitor nieuwe stijl te ontwikkelen waardoor gemeenten over actuelere informatie kunnen beschikken op alle Wcpv-terreinen. Daarnaast kan een discussie plaatsvinden over de gewenste onderwerpen die gemonitord moeten worden en wanneer dit gebeurt. De gezondheidsmonitor nieuwe stijl vormt tevens de basis voor de toekomstig op te stellen regionale VTV. Volgens planning dient begin 2008 een start te worden gemaakt met de monitor nieuwe stijl.

3.3 Lokaal

3.3.1 Lokale kaders

In de "*Strategische visie Venray 2015 dorp en stad*" neemt preventie een belangrijke rol in. Preventie leidt ertoe dat de kwaliteit van leven verbetert en mensen langer zelfredzaam blijven, wat kostenbesparend is voor de toekomst. Wel moeten onze inwoners een keuzemogelijkheid hebben. Er blijven intramurale voorzieningen beschikbaar voor wie niet meer kan kiezen voor zelfstandigheid.

In het "*Ontwikkelperspectief Venray 2015*" wordt aangegeven dat Venray een sociale omgeving wil zijn waarin mensen aandacht hebben voor elkaar en voor hun omgeving. Uitgangspunt is dat de meeste mensen heel goed voor zichzelf en hun omgeving kunnen zorgen. Verder wordt ter voorkoming van uitval uit de samenleving ingezet op een goede en adequate informatievoorziening

door de inrichting van een zorgloket (actiepunt eerste nota lokaal gezondheidsbeleid en keuze vanuit de invoeringsnota WMO).

Ook in het "*Collegeprogramma 2006-2010 doorontwikkelen en meedoen*" neemt preventie een belangrijke rol in. Alle burgers moeten de kans hebben om mee te doen in de Venrayse samenleving. Daarnaast is aandacht voor een samenhangend aanbod van zorg. Dit moet vorm krijgen door allerlei vormen van zorg (de ketenzorg) nog beter op elkaar aan te laten sluiten. Hiervoor maken we, waar mogelijk en nodig, samen met onze partners zorgsteunpunten. Zo ontstaat een samenhangend geheel van wonen, welzijn en zorg, en kunnen burgers kiezen voor zorg op maat, dicht bij huis.

3.3.2 Volksgezondheid binnen andere beleidsterreinen

Sport en bewegen

In de kadernota Sport en Bewegen (november 2007) wordt sport niet alleen als doel gezien maar ook als middel. Sport en bewegen draagt bij aan een gezondere bevolking, zowel geestelijk als lichamelijk. Het belang van bewegen en sporten voor de volksgezondheid is inmiddels onomstreden. Zo is de preventieve werking van bewegen en sport vastgesteld ten aanzien van het risico op en het verloop van hart- en vaatziekten, osteoporose, diabetes mellitus, en bepaalde vormen van kanker. Een evenzeer positieve invloed is aangetoond ten aanzien van het optreden van eenzaamheid en depressies. "Bewegingsarmoede" wordt, naast bijvoorbeeld roken en slechte voeding, als één van de belangrijkste risicofactoren voor de gezondheid beschouwd. Het past dan ook in het gezondheidsbeleid van (onder andere) gemeenten om te bevorderen dat burgers bewegen.

Wat is nu 'voldoende' beweging? Bij een expertmeeting tijdens het nationale congres Nederland in Beweging! op 27 november 1998, waaraan universiteiten en onderzoeksinstituten¹ deelnamen, is – mede op basis van internationale richtlijnen – de 'Nederlandse Norm Gezond Bewegen' vastgesteld:

- Voor volwassenen en mensen vanaf 55 jaar gaat het om een half uur matig intensief bewegen op tenminste vijf, bij voorkeur alle dagen van de week.
- Voor de jeugd (tot 18 jaar) gaat het om dagelijks een uur matig intensief bewegen, waarbij tenminste twee maal per week deze activiteiten gericht zijn op het verbeteren of handhaven van de lichamelijke fitheid.

Jeugd en Veiligheid

In het publiek ondernemingsplan integrale veiligheid 2006 -2007 is excessief alcoholgebruik door jeugd als speerpunt van beleid benoemd. De reden om dit onderwerp tot speerpunt van beleid te benoemen is de zorg die uitgesproken is door met name politie, ambulant jongerenwerk en onderwijs over het drinkgedrag van jeugd.

Bij de term excessief alcoholgebruik wordt met name gedacht aan het zogenaamde indrinken al dan niet in jongerenketen op het platteland. Dit is voor gemeente Venray en Venlo aanleiding geweest om onderzoek te doen. De resultaten van het onderzoek zijn terug te vinden in het rapport "Keten in keten?" een verkennend onderzoek in de gemeenten Venlo en Venray. Een van de adviezen van het rapport is om alcohol en drugs te betrekken bij het integrale gezondheidsbeleid. Zowel alcohol, als drugs behoren tot de zes leefstijlen (de overigen zijn roken, voeding, bewegen en sexualiteit). In het vervolg van deze nota komen alle leefstijlen en dus ook alcohol en drug aan bod.

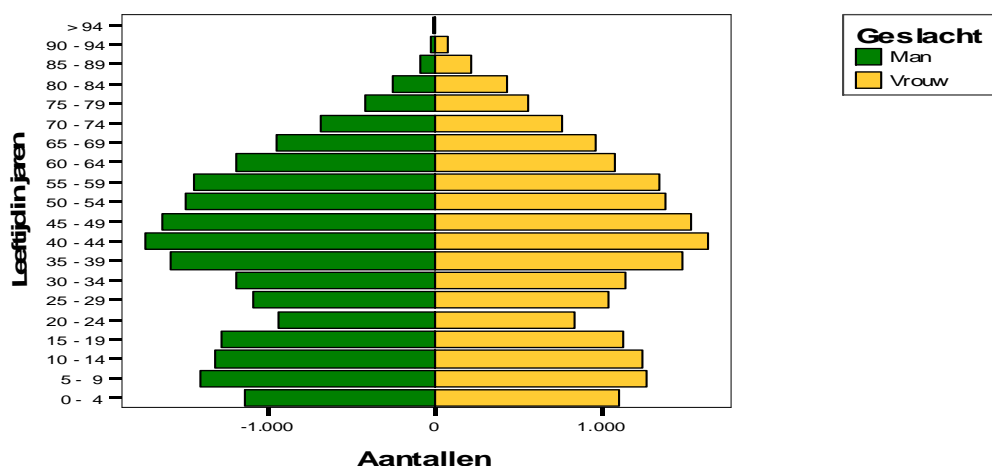
4. Gezondheidssituatie in Venray

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de gezondheidssituatie van de inwoners van Venray. Door de gegevens van Venray, voor zover deze beschikbaar zijn, af te zetten tegen die uit de regio Noord- en Midden-Limburg, de provincie Limburg en de rest van Nederland ontstaat een totaal beeld van de plaatselijke gezondheidstoestand.

Eerst wordt kort ingegaan op de demografische gegevens. Vervolgens worden de gezondheidsproblemen en de risicogedragingen besproken. In deze nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2008-2011 zijn de cijfers van de gezondheidsmonitor 2003 gebruikt. Deze zijn pas in de loop van 2004/2005 gepubliceerd. De gezondheidsmonitor wordt één keer per vier jaar uitgevoerd door de GGD (zie opmerkingen paragraaf 3.2.3). De gemeente Venray heeft bij de GGD aangedrongen om de uitvoering van de gezondheidsmonitor beter aan te sluiten op de cyclus van lokaal gezondheidsbeleid. Komende periode zal de GGD samen met de gemeenten uit de Regio Noord- en Midden Limburg gaan bekijken op welke wijze de Gezondheidsmonitor beter kan aansluiten op deze cyclus. Ook is in het verleden besloten om geen lokale cijfers af te nemen, derhalve worden regionale en provinciale cijfers gebruikt in deze nota. Dit geldt ook voor het jongerenonderzoek onder groep 2 en 4 van het voortgezet onderwijs (2005).

4.1 Demografische gegevens

Op 1 januari 2007 bestond de bevolking van Venray uit 39.070 inwoners, . In Venray was 25,3% van de inwoners jonger dan 19 jaar. In totaal telt de gemeente 5.419 (13,8%) van de inwoners in de leeftijd van 65 jaar of ouder. Het percentage ouderen zal in hier net als in de rest van de regio en het land de komende jaren fors toenemen.

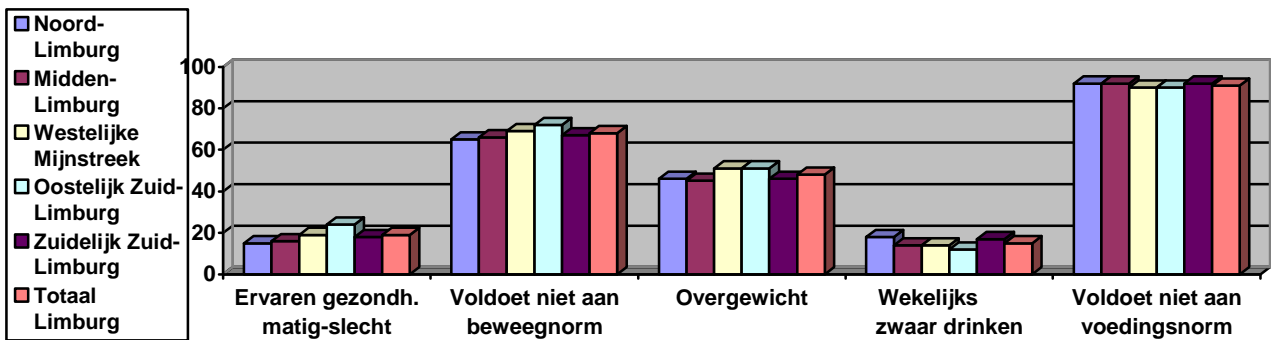


Demografische tendensen zijn vooral de afname van de bevolking, de toenemende vergrijzing en ontgroening, de toename van allochtone bevolkingsgroepen, het toenemend aantal één ouder- en eenpersoonshuishoudens en het toenemend aantal alleenstaanden.

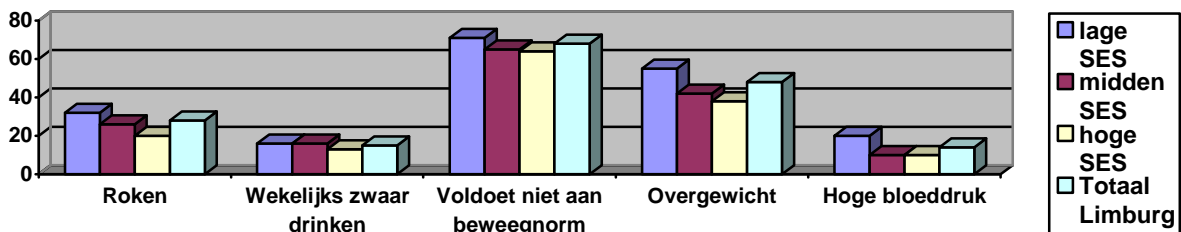
4.2 Algemene gezondheidstoestand

Uit de Gezondheidsmonitor 2003 van de GGD Noord- en Midden Limburg blijkt dat de gezondheid van de inwoners uit de regio Noord- en Midden Limburg op bepaalde gebieden positief afsteekt ten opzichte van de rest van Limburg en zelfs van Nederland. Minder dan 1 op de 6 inwoners ervaart

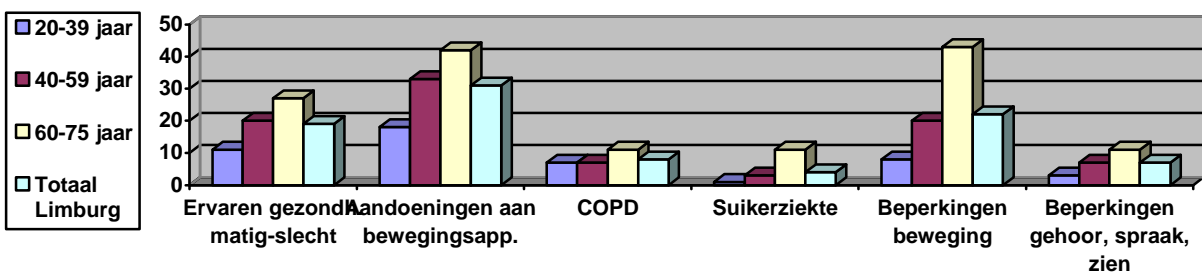
zijn/haar gezondheid als matig tot slecht tegenover bijna 1 op de 5 Limburgers en Nederlanders.
De belangrijkste verschillen tussen de Limburgse regio's:



Uit provinciale cijfers blijkt dat mensen met een lagere sociaaleconomische status (SES) en ouderen, hun gezondheid vaker als matig tot slecht beoordelen. Uit landelijke cijfers blijkt dat mensen met een lagere SES vaker een mindere gezondheid hebben dan degenen met een hogere SES. Dat men de eigen gezondheid goed noemt wil niet zeggen dat er geen gezondheidsproblemen zijn. Het voorkomen van de verschillende risicofactoren naar SES:



Ervaren gezondheid en voorkomen van de belangrijkste chronische aandoeningen en beperkingen naar leeftijd:



4.3 Risicofactoren

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

- Roken

Uit de Gezondheidsmonitor 2003 van de GGD Noord- en Midden Limburg blijkt dat 28% van de Limburgers rookt. Meer mannen dan vrouwen roken. Het percentage rokers onder de 60 tot en met 75 jarigen is met 19% het laagst onder de volwassenen. Het verschil in roken tussen de laag en hoog opgeleiden is groot; één op de drie Limburgers met een lage opleiding rookt ten opzichte van één op de vijf hoger opgeleiden. Van de jongeren rookt 16%.

- Alcohol en drugs

Van de volwassenen in Limburg is 15% een zwaar alcoholgebruiker (minstens eenmaal per week op één dag zes of meer glazen alcohol). Dit percentage is bij mannen viermaal zo hoog dan bij vrouwen (respectievelijk 24% en 6%). Ook hier spelen leeftijd en opleidingsniveau een rol. Onder 23-39 jarigen en onder de mensen met een laag en gemiddeld opleidingsniveau bevinden zich de meest zware drinkers. Volgens het jongerenonderzoek in de klassen 2 en 4 van het voortgezet onderwijs is 22% van de jongeren in vier weken voorafgaand aan het onderzoek dronken of aangeschoten geweest. Bovendien zegt 7% van de jongeren 20 of zelfs meer glazen alcohol per week te drinken.

Het percentage cannabisgebruikers onder volwassenen is in Limburg met 1,8% laag. Opvallend is dat tweemaal zoveel mannen als vrouwen gebruiken en dat de groep jong volwassenen met 4,5% gebruikers de grootste groep is. Gebruik van cannabis in de vier weken voorafgaande aan het onderzoek komt voor bij 6% van de jongeren. In dezelfde periode heeft ongeveer 1% XTC gebruikt en 1% heroïne, cocaïne of amfetaminen.

- Voeding en beweging

Groente en fruit staan slechts bij 9% van de Limburgers hoog in het vaandel; één op de tien Limburgers houdt zich aan de landelijke norm van minstens twee stuks fruit en 2 ons groente per dag. Jongvolwassenen eten gemiddeld ongezonder dan de overige volwassenen. Bijna een kwart van de jongeren ontbijt te weinig (4 keer of minder per week) en tweederde beweegt onvoldoende.

De Nederlandse Norm Gezond Bewegen stelt dat volwassenen minimaal een half uur per dag, gedurende vijf dagen per week matig tot intensief moeten bewegen. In Limburg voldoet tweederde niet aan deze norm. Opvallend is dat meer ouderen dan jongeren wel aan de beweegnorm voldoen. Mensen met een laag opleidingsniveau bewegen minder dan mensen met een hogere opleiding.

Ongezonde voeding en onvoldoende lichaamsbeweging hebben een duidelijke invloed op de mate van overgewicht en het ontstaan van hoge bloeddruk. Deze zijn belangrijke risicofactoren voor onze gezondheid. Bijna de helft van alle Limburgers heeft te kampen met overgewicht en één op de zeven Limburgers heeft last van hoge bloeddruk. Beide risicofactoren komen bij ouderen opmerkelijk meer voor dan bij andere leeftijdscategorieën. Bij tweederde van de 60-plussers is sprake van overgewicht en eenderde heeft hoge bloeddruk. Ook hier speelt weer dat het probleem groter is bij laagopgeleiden.

- Psychosociale gezondheid

Van alle volwassen Limburgers is 9% depressief en 8% is eenzaam of zelfs zeer eenzaam. Meer vrouwen dan mannen zijn depressief en eenzaam. Depressie komt het meest voor bij mensen in de leeftijdsgroep 25- 45 jaar en neemt vervolgens weer enigszins af (landelijke cijfers). Een toename is er weer bij ouderen die verblijven in een verzorgings- of verpleeghuis. Personen tussen de 40 en

60 jaar voelen zich vaker eenzaam dan overige leeftijdscategorieën. Ook hier geldt dat het probleem groter is bij lager opgeleiden.

Van de jongeren heeft 8% in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek gespijeld. Ook is 5% van de jongeren in de week voorafgaand aan het onderzoek gepest.

4.4 Conclusies

Leefstijlbenadering

Alle beschreven risicofactoren vormen aandachtspunten in het lokale gezondheidsbeleid, omdat ze op zichzelf en vaak ook in combinatie met elkaar een bedreiging vormen voor de gezondheid. Omwille van de samenhang tussen de genoemde gedragingen is het zinvol om te kiezen voor een 'leefstijlbenadering'. Dat wil zeggen: beleid dat gericht is op het geheel van gedragingen die de leefstijl van het individu bepalen. Gezien bovenstaande conclusie ligt het voor de hand het accent te leggen op roken, overgewicht, inactiviteit, groente- en fruitconsumptie en alcohol- en drugsgebruik. Ieder jaar kan hieruit een specifiek speerpunt en/of doelgroep gekozen worden.

Sociaal economische gezondheidsverschillen

Mensen met een lage sociaal economische status (SES) blijken korter te leven, minder jaren in goede gezondheid te leven en ook nog eens meer ongezond gedrag te vertonen. In navolging van het rijksbeleid dient lokaal gezondheidsbeleid in te zetten op de doelgroep met een lage SES. Gepleit wordt voor het inzetten van community-based-projecten: gezondheidsbevorderende activiteiten voor, met en door de doelgroep zelf. Dit wil zeggen dat gemeenten samen met de GGD, gezondheidszorginstellingen, scholen, bedrijven en verenigingen de inwoners zelf een actieve rol wil geven in het bevorderen van de gezondheid.

Hierbij spelen continuïteit, het koppelen van voorlichtingsactiviteiten aan een intensieve netwerkbenadering en het verankeren van het thema gezondheid in het gemeentelijk beleid een belangrijke rol.

Psychische gezondheid en psychosociale problematiek

Bij psychische problematiek gaat het vaak om een ingewikkeld samenspel van allerlei factoren, zoals erfelijke belasting, (traumatische) levenservaringen en de steun die iemand daarbij krijgt vanuit het sociaal netwerk van familie en vrienden.

Dit samenspel maakt het moeilijk te voorspellen waarom de ene persoon wel en andere geen psychische problemen heeft. "Draaglast" en "draagkracht" zijn voor iedereen verschillend. Hierdoor zijn er nauwelijks specifieke aanknopingspunten voor maatregelen die psychische problemen kunnen voorkomen. Preventie heeft dan ook vooral het karakter van vroegsignalering en opvang van bijzondere groepen zoals verslaafden en dak- en thuislozen. Alleen door psychische problemen in een zo vroeg mogelijk stadium te onderkennen en adequaat te begeleiden, kan voorkomen worden dat psychisch leed de kwaliteit van leven onnodig aantast.

5. Beleidsvoornemens

Naar aanleiding van het landelijk beleid, de lokale gezondheidssituatie en de gemeentelijke visie op gezondheid(sbeleid) zijn voor de periode 2008-2011 een aantal ambities gekozen. Een ambitie geeft richting aan.

Vanuit het perspectief van meer massa en slagkracht wil Venray in het nieuwe gezondheidsbeleid aansluiting zoeken bij het landelijk beleid. De gemeente Venray wil de landelijke speerpunten en ambities volgen. Ook wil de gemeente waar mogelijk gebruik maken van de landelijke handleidingen en richtlijnen.

5.1 Investeren in gezond gedrag

De gemeente Venray wil investeren in gezond gedrag

Net als landelijk vindt Venray een sterke inzet op gezond leven noodzakelijk, want de gezondheid van burgers verslechtert door schadelijk alcoholgebruik, overgewicht (voeding en bewegen), en roken. Burgers profiteren zelf het meest van langer gezond leven. Zo kunnen zij zich optimaal ontwikkelen, langer zelfstandig deelnemen aan de maatschappij en hebben ze minder ondersteuning of langdurige (intensieve) zorg nodig. Ook in het kader van de nieuwe wet WMO is dit een belangrijk aandachtspunt voor de gemeente.

5.1.1 Alcohol

Steeds meer jongeren onder de 16 jaar alcohol drinken alcohol en vaak ook grote hoeveelheden alcohol op één of meerdere (weekend)dagen. Juist deze grote hoeveelheid alcohol die dan gedronken wordt is schadelijk op jonge leeftijd. Daarnaast hangt overmatig alcoholgebruik vaak samen met agressie, criminaliteit, verstoring van de openbare orde en verkeersonveiligheid. Ouders zijn echter steeds makkelijker geworden over het (toenemende) alcoholgebruik van hun kinderen. Zij kennen vaak bovengenoemde schadelijke effecten niet en weten niet goed hoe zij met alcoholgebruik van hun kinderen in de opvoeding moeten omgaan.

Ook ouderen is een groep waar overmatig alcohol voorkomt, soms gekoppeld aan eenzaamheids- en andere problematiek.

De gemeente Venray wil, in navolging van het landelijk beleid, het percentage jongeren onder de 16 jaar dat alcohol drinkt, terugdringen en het alcoholgebruik onder ouderen niet verder laten stijgen.

Bij de uitwerking is, naast het (nog meer) inzetten op het gebruik van (juridische) instrumenten, zoals lokale handhaving Drank- en Horecawet (toezicht handhaving leeftijdsgrenzen drankverkoop), vooral de houding van ouders over de norm 'geen alcohol onder de 16' een belangrijk aangrijpingspunt. De gemeente wil bij de verdere uitwerking aansluiten bij relevante adviezen en onderzoeken. Tenslotte is belangrijk dat de gemeente Venray deel zal nemen in een regionale aanpak van overmatig alcoholgebruik in de regio Noord- en Midden Limburg.

5.1.2 Overgewicht (voeding en beweging)

Overgewicht is de laatste jaren aanzienlijk toegenomen, ook in Venray. Als gevolg van overgewicht leven mensen vaak in slechtere gezondheid. Er is meer kans op o.a. diabetes, hart- en vaatziekten, sommige vormen van kanker en aandoeningen aan het bewegingsapparaat, zoals gewrichtsslijtage.

Bovendien krijgen mensen met overgewicht vaak een negatief stempel en kunnen daardoor psychische klachten krijgen of in een sociaal isolement raken. Overgewicht veroorzaakt inmiddels bijna 10% van de totale ziektelasten.

Vanuit de overheid zijn verschillende publiekscampagnes opgezet om mensen te informeren over voeding en beweging. Voorbeelden zijn 'Maak je niet dik' en de 'Balansdag' van het Voedingscentrum en de 'Flash!'-campagne van het Nederlands Instituut Sport en Bewegen (NISB). Naast landelijke campagnes zijn er ook diverse projecten en activiteiten ontwikkeld die lokaal kunnen worden ingezet ter bestrijding van overgewicht. Reden om het landelijk speerpunt overgewicht ook tot lokaal aandachtspunt te benoemen.

De gemeente Venray streeft ernaar, in navolging van de landelijke ambitie, het percentage jongeren met overgewicht te laten dalen en het percentage volwassenen en ouderen met overgewicht niet verder te laten stijgen.

Overgewicht komt vaker voor bij mensen met een lage SES. Deze doelgroep moet dan ook extra aandacht krijgen bij de aanpak van overgewicht.

5.1.3 Roken

De afgelopen jaren is in Venray aandacht besteed aan rookpreventie. Zo hebben alle scholen in de gemeente gebruik kunnen maken van een aanbod vanuit het project Gezonde School en Genotmiddelen en is er de Actie Tegengif (een klassikale niet-roken wedstrijd voor alle 1e en 2e klassen van het voortgezet onderwijs) geweest. Naast lokale en regionale activiteiten zijn er ook diverse landelijke campagnes gevoerd. Dankzij de inspanningen van de afgelopen jaren is het percentage rokers gedaald. Ook al roken er steeds minder burgers, roken veroorzaakt veel ziektelast en is nog steeds de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaak. De overheid heeft dan ook het streven het landelijke percentage rokers in de komende periode verder omlaag te brengen en wel naar 20% in 2010. Dit betekent dat zij in deze periode een daling nastreven van ca. 8%. De gemeente Venray onderstreept dit streven en wil in de komende periode dan ook niet (ongunstig) afwijken van het landelijke gemiddelde. Reden voor de gemeente Venray om ook, zij het niet intensief, aandacht te blijven besteden aan rookpreventie.

De gemeente Venray heeft als ambitie het percentage rokers in Venray in de periode 2008-2011 minimaal gelijk te houden aan het landelijk gemiddelde.

Bij de uitwerking van het activiteitenplan wordt bekeken welke concrete interventies worden ingezet om deze doelstelling in de komende periode te behalen.

5.1.4 Gebruik genotmiddelen

Softdruggebruik is bij de 12-17-jarigen in Venray vergelijkbaar met de rest van de regio. Harddruggebruik (XTC, amfetamine, cocaïne en heroïne) is ook vergelijkbaar met dat van jongeren in de regio Noord- en Midden Limburg. Vanwege het belang dat lokaal door partijen en burgers gehecht wordt aan expliciet aandacht voor genotmiddelen, is de volgende ambitie geformuleerd:

De gemeente Venray heeft de ambitie het percentage jongeren dat hard- en softdrugs gebruikt terug te dringen.

5.2 Voorkomen en terugdringen ziekte last

Aangezien een deel van de burgers in het dagelijks functioneren wordt beperkt door ziekten zoals diabetes en depressie en daardoor eerder afhankelijk is van de omgeving en zorgvoorzieningen verdienen beide ziekten ook aandacht.

5.2.1 Diabetes

Diabetes komt door toename van overgewicht steeds vaker en op steeds jongere leeftijd voor. Het veroorzaakt veel ziekte last en zal in de toekomst nog sterker toenemen door de vergrijzing. De gevolgen van diabetes kunnen ingrijpend zijn: hart- en vaatziekten, blindheid, voetafwijkingen (met eventuele amputaties als gevolg) en niercomplicaties. Dit zorgt voor grote belasting van de curatieve zorg. Diabetes is voor een deel te voorkomen door het bevorderen van een gezonde leefstijl. Preventie van diabetes gebeurt voornamelijk door de aanpak van overgewicht. Rookpreventie heeft invloed op het ontstaan van complicaties als gevolg van diabetes. De meeste winst is te behalen bij de groepen met een verhoogde kans op het krijgen van diabetes, zoals jongeren met overgewicht, mensen met een laag sociaal economische status en zwangere vrouwen. Er is ook een grote groep burgers die diabetes hebben maar dat nog niet weten. Door vroegsignalering en het bevorderen van gezond gedrag is het ontwikkelen van complicaties te voorkomen en daarmee ook een deel van de ziekte last.

Landelijk zijn er programma's ontwikkeld die een bijdrage kunnen leveren aan diabetespreventie. Zo is de landelijke campagne "Kijk op Diabetes" erop gericht mensen te attenderen op hun mogelijke risico op diabetes en mensen te stimuleren een diabetes risicotest te doen. De campagne heeft als doel preventie van diabetes bij hoogrisicogroepen en bevorderen van vroegsignalering.

De gemeente Venray wil door middel van de aanpak van overgewicht werken aan de preventie van diabetes en complicaties als gevolg daarvan. Tevens wil de gemeente Venray aandacht besteden aan de landelijke campagne "Kijk op Diabetes" ten behoeve van preventie en vroegsignalering.

5.2.2 Depressie en eenzaamheid

Veel mensen lopen risico een psychische aandoening te ontwikkelen. Jaarlijks krijgt een van de vier mensen in Nederland ook echt een psychisch probleem. Uit onderzoek blijkt dat bijna de helft van de mensen met psychische problemen helemaal niet behandeld wordt. Depressie is daarbinnen een belangrijk psychisch probleem. Per jaar leiden 737.000 volwassenen in Nederland aan een depressie waarvan 359.000 nieuwe gevallen.

De gemeente Venray heeft als ambitie in verband met depressie dat meer mensen dan nu doelmatige preventieve hulp krijgen tegen, en vroege interventie bij depressies, in navolging van de landelijke ambities. Ouderen, volwassenen en jongeren zijn aandachtsgroepen.

Vanuit het perspectief gezondheid streeft de gemeente Venray ernaar eenzaamheid bij ouderen niet verder te laten stijgen.

5.3 Overige speerpunten

Naast bovengenoemde speerpunten, die voortvloeien uit de rijkspreventie nota zijn er ook thema's die lokaal ook een rol spelen. Eigenlijk zijn onderstaande thema's geen risicofactoren en geen ziekten, maar hebben ze betrekking op preventie.

5.3.1 AED's

Een Automatische Externe Defibrillator (AED) is een draagbaar toestel dat wordt gebruikt bij een persoon met een circulatiestilstand, waardoor op een geautomatiseerde manier een elektrische schok wordt toegediend, met als doel het hart weer in een normaal ritme te brengen.

Per jaar sterven er een groot aantal mensen aan een plotselinge hartstilstand. Sterfgevallen waarvan een fiks aantal had kunnen worden voorkomen als in de nabijheid een AED aanwezig was geweest. Wanneer bij een hartstilstand binnen 6 minuten een elektroshock het hartritme herstelt, kan het slachtoffer zonder verdere schade nog vele jaren verder leven.

De gemeente Venray wil samen met bedrijven, uitgaansgelegenheden, besturen van publieke gebouwen en sportverenigingen trachten het aantal locaties met een AED en mensen met een AED training te verhogen.

5.3.2 Consultatie Bureau voor Ouderen

Het consultatiebureau voor ouderen (CBO) is in opkomst. Op verschillende plekken in Nederland hebben ouderen en zorg- en welzijnsorganisaties de handen ineengeslagen om een consultatiebureau op te richten. Het CBO is een vorm van klantgerichte, laagdrempelige, integrale en periodieke preventieve zorg voor ouderen, die er op gericht is ouderen bewust te maken van en op individuele maat te adviseren over hun mogelijkheden om gezond ouder te worden en daar zelf de verantwoordelijkheid voor te nemen. Het wil gezondheidsproblemen in sociaal, psychisch en sociaal opzicht vroegtijdig signaleren. Daarenboven biedt het inzicht in een gezonde leefstijl en informatie over mogelijke voorzieningen. Uitgangspunt is dat de oudere op maat advies krijgt over gezond en actief ouder worden. Het CBO heeft zelf geen behandelende taak, maar *signaleert* en bij gebleken risico *adviseert* het over en *verwijst* het naar bestaande en werkzame interventies. Het heeft voor de oudere een *regie- en periodieke controlefunctie*, zoals elders ook wel genoemd: een persoonlijke TomTom.

De vraag is of een fysiek CBO in gemeente Venray een toegevoegde waarde zou hebben. Voor informatievoorziening over gezondheid, mantelzorg en ouder worden beschikken wij over een WMO loket en ouderenadviseurs en voor medische keuringen zijn er sport medische adviescentra en ziekenhuizen. Daarnaast is er natuurlijk een rol weggelegd voor de eerstelijnszorgaanbieders, waaronder huisartsen. Wij zijn echter wel een voorstander van de functie van een consultatiebureau voor ouderen, waarbij een koppeling plaatsvindt van bestaande voorzieningen en loketten. Hiertoe willen wij samen met lokale partners, zoals huisartsen, de centrale ouderenverenigingen en thuiszorg een verkenning uitvoeren en daarbij gebruik maken van pilots die momenteel in het land worden uitgevoerd.

De gemeente Venray neemt het initiatief om in een coördinerende rol bestaande voorzieningen en loketten te verbinden ter bevordering van het bewust gezond leven. De gemeente betreft hierbij o.a. de centrale van ouderenverenigingen, huisartsen en de thuiszorg en heeft aandacht voor landelijke pilots. Eigen verantwoordelijkheid blijft hierbij het uitgangspunt.

5.4 Speerpunten en doelgroepen

In de volgende tabel is schematisch weergegeven welke speerpunten de gemeente Venray heeft benoemd voor de periode 2008 – 2011 en op welke einddoelgroepen de speerpunten zich zullen richten. Speerpunten/doelgroepen voor lokaal gezondheidsbeleid in de gemeente Venray, 2008 - 2011 zijn:

Uit de 5 landelijke speerpunten	Jongeren	volwassenen	Ouderen
Overmatig alcoholgebruik	X	X	X
Overgewicht	X	X	X
Depressie/eenzaamheid	X (depressie)	X (depressie)	X(eenzaamheid)(depressie)
Diabetes	X	X	X
Roken (en drugs)	X	X	X
Overige			
AED	X	X	X
CBO		X	X

5.5 Waarom expliciet aandacht voor alle landelijke speerpunten?

Het is duidelijk dat er keuzes gemaakt moeten worden in de uiteindelijke acties. Het is onmogelijk op elk speerpunt elk jaar even intensief in te zetten. Tegelijkertijd gebeurt er rondom elk landelijk speerpunt ook lokaal het een en ander door lokale organisaties en instellingen.

De gemeente wil in de periode 2008 – 2011 volgen wat er gebeurt in haar gemeente rondom elk van die speerpunten en daar jaarlijks een globaal overzicht van hebben vanuit haar regiefunctie. Het zal duidelijk zijn dat rondom bepaalde thema's in een jaarperiode lokaal juist 'vol' zal worden ingezet.

5.6 Andere aandachtspunten voor beleid vanuit de Wcpv

5.6.1 Afstemming curatieve zorg en collectieve preventie als aandachtspunt voor beleid

De gemeente is niet verantwoordelijk voor de gezondheidszorg in haar gemeente. Dat is met name de verantwoordelijkheid van de zorginstellingen, medisch specialisten en zelfstandigen als huisartsen en fysiotherapeuten.

Preventie gaat een steeds belangrijker rol spelen in de reguliere zorgverlening. Zo worden preventieve activiteiten bij chronische aandoeningen nu al steeds meer onderdeel van de zorgketen. Voor deze en andere vormen van preventie is de eerste lijn een logisch aangrijpingspunt voor de verbinding met de curatieve zorg. Er gebeurt al veel op het gebied van preventie in de eerste lijn. De gemeente voelt zich wel verantwoordelijk voor de bewaking van de instandhouding van een voldoende kwalitatief goed voorzieningenniveau en spant zich binnen de haar passende rol in voor de instandhouding en zonodig verspreiding van voorzieningen. Zo nodig treedt de gemeente actief op door in overleg te treden met verantwoordelijke partijen. Op dit moment (2007) zijn er geen problemen met het voorzieningenniveau in de gemeente Venray.

In verband met de vergrijzing in de gemeente Venray en het appèl vanuit de WMO om preventie een meer vanzelfsprekend onderdeel te maken van de reguliere zorgverlening, zal de gemeente serieus werk blijven maken van het bewaken van een voldoende en kwalitatief

voorzieningsniveau. Ook zal zij waar mogelijk en haalbaar de eerste lijn betrekken bij de uitwerking van deelprogramma's naar jaarwerkplannen.

5.6.2 Bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen

Jaarlijks worden zeer veel besluiten genomen door de gemeenteraad. De gemeente heeft als een van de Wcpv-taken het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen.

De gemeente is voornemens in de periode 2008 – 2011 vaker en meer systematisch te checken of een voorgesteld besluit in een plan dat ter besluitvorming aan de raad wordt voorgesteld, van invloed is op de volksgezondheid van de burgers.

5.7 Werkconferentie Lokaal gezondheidsbeleid

Op 16 januari 2008 is er een interactieve bijeenkomst georganiseerd met lokaal actieve instellingen, platforms, verenigingen en burgers. Tijdens deze bijeenkomst zijn de epidemiologische cijfers gepresenteerd, is op hoofdlijnen ingegaan op de conceptnota (inhoudelijke reactie konden schriftelijk worden ingediend bij de gemeente) en is er in werkgroepen gediscussieerd over de speerpunten lokaal gezondheidsbeleid voor de komende vier jaar.

Uit de discussies bleek dat de meeste deelnemers zich goed konden vinden in de door de gemeente gekozen speerpunten in de conceptnota. Onderwerpen als gezonde voeding, voldoende beweging en alcoholgebruik kwamen in alle werkgroepen terug. Zonder uitzondering lag het zwaartepunt op preventie.

Wel werd er door meerdere deelnemers aandacht gevraagd voor doelgroepen. De gemeente gaat in de nota uit van de doelgroepen jeugd, volwassenen en senioren, maar er werd ook aandacht gevraagd voor mensen met een beperking, allochtonen, inwoners met een lage SES (sociaal economische status) en voor wijkgericht werken. Bij de uitvoering van de jaarplannen wordt hiermee door de gemeente rekening gehouden.

Andere belangrijke opmerkingen die gemaakt zijn:

- De wens voor een consultatiebureau voor Ouderen (CBO)
- Inrichting openbare ruimte voor bewegingsactiviteiten (fietsen in het centrum)
- Betrokkenheid ouders bij leefstijlprojecten
- Continuïteit van projecten, niet eenmalig

In de bijlage treft u een verslag van de werkconferentie aan (onderdeel discussiegroepen).

Aanwezigen van de werkconferentie hebben tot 1 februari de kans gehad om inhoudelijk op de nota te reageren. Op 6 februari is alleen een schrijven ontvangen van de centrale van ouderenverenigingen Venray. Deze treft u aan in de bijlage. De reactie van de centrale van ouderenverenigingen heeft alleen betrekking op het thema consultatiebureau voor ouderen (CBO). Opmerkingen uit de brief zijn deels verwerkt in deze nota. De centrale van ouderenverenigingen gaat op voorhand al uit van de totstandkoming van een fysiek consultatiebureau met eenzelfde werkwijze als dat van de jeugdgezondheidszorg. De gemeente Venray wil voorsnog niet uitgaan van een fysiek bureau en eerst een verkenning uitvoeren en pilots in den lande nader bestuderen, alvorens een standpunt in te nemen.

5.8 Accenten per jaar in de periode 2008 – 2011

Speerpunten waar in 2008, in vervolg op 2007, flink en herkenbaar op zal worden ingezet zijn in ieder geval preventie overmatig alcoholgebruik, overgewicht en eenzaamheid ouderen. In onderstaand overzicht wordt aangegeven waar in elk jaar met name accenten liggen. Dat gebeurt voor de jaren 2008 en 2009 omdat accenten voor 2010 en 2011 mede op grond van resultaten en landelijke en lokale ontwikkelingen in voorgaande jaren, vastgesteld zullen worden. De accenten betreffen de speerpunten maar ook monitoractiviteiten i.v.m. de speerpunten, het beleid en de afstemming curatieve en preventieve zorg.

2008:

- Flinke en herkenbare inzet preventie overmatig alcoholgebruik (jaarwerkplan)
- Flinke en herkenbare inzet preventie eenzaamheid ouderen (jaarwerkplan)
- Flinke en herkenbare inzet preventie overgewicht (jaarwerkplan)
- Oriëntatie op en overzicht van wat er lokaal door alle partijen en organisaties gebeurt op het gebied van depressie, diabetes, drugs en roken (voorbereiding jaarwerkplannen 2009)
- Verkenning van de 'overige speerpunten' .
- Ontwikkeling van eenvoudige monitorinstrumenten voor wat er gedaan wordt in Venray op de speerpunten
- Monitoring afstemming curatieve zorg en collectieve preventie
- Monitoring voortgang en evaluatie gezondheidsbeleid

2009:

- Start verkenning Consultatie Bureaus Ouderen (CBO)
- Continuering preventie overmatig alcoholgebruik
- Continuering preventie eenzaamheid ouderen
- Continuering preventie overgewicht
- Herkenbare inzet ivm diabetes
- Herkenbare inzet ivm drugsgebruik
- Herkenbare inzet ivm depressie
- Herkenbare inzet ivm roken
- Monitoring op elk speerpunt
- Monitoring curatieve zorg en collectieve preventie
- Monitoring voortgang en evaluatie beleid
- Jaarwerkplannen voor 2010

2010 en 2011:

Afhankelijk van ontwikkelingen en resultaten in 2008 en 2009 nader aan te geven.

6. Uitvoering

6.1 Wat gaan we doen? En hoe gaan we het doen?

Het lokaal gezondheidsbeleid in Venray is voor de periode 2008-2011 in deze nota in grote lijnen beschreven. De gezondheidsproblemen zijn beschreven, de kaders en de ambities van de gemeente. De gemeente onderscheidt twee fasen bij het komen tot een concreet actieprogramma:

- beschrijving van de ambities, doelen en oplossingsrichtingen in zogenaamde deelprogramma's rondom een speerpunt (in deze nota)
- concrete activiteiten per deelprogramma in jaarwerkplannen, in 2008, 2009, 2010, 2011.

De gemeente wil expliciet in de uitwerking van deelprogramma's naar jaarwerkplannen gebruik maken van de landelijke ondersteuning voor gemeenten zoals die uitgewerkt zijn in de verschillende richtlijnen en handleidingen in verband met de landelijke speerpunten:

- de richtlijn tabakspreventie in lokaal gezondheidsbeleid (Stivoro, januari 2006)
- de handleiding preventie van overgewicht in lokaal gezondheidsbeleid (Voedingscentrum, januari 2007)
- de handleiding preventie van depressie in lokaal gezondheidsbeleid (Trimbosinstituut, 2007)
- de handleiding preventie van alcohol in lokaal gezondheidsbeleid (Voedsel- en Warenautoriteit, november 2007)

Deze 'handreikingen' bevatten informatie en handreikingen om het lokale beleid rondom een speerpunt te formuleren, om het beleid om te zetten in concrete activiteiten. Tevens zijn actuele overzichten van succesvolle interventies/best practices opgenomen.

6.2 Deelprogramma's

Per deelprogramma wordt allereerst beschreven :

- Wat is het probleem? Welke zijn de problemen?
- Wat willen we bereiken (ambitie) 2008 - 2011?
- Wat doen we nu al globaal?
- Waar zoeken we de oplossing(oplossingsrichtingen) in de komende 4 jaar en met wie?

De volgende deelprogramma's worden onderscheiden:

- deelprogramma alcohol
- deelprogramma eenzaamheid
- deelprogramma overgewicht
- deelprogramma drugs
- deelprogramma roken
- deelprogramma diabetes
- deelprogramma depressie
- deelprogramma overige speerpunten

Bespreking van de nota lokaal gezondheidbeleid, van de deelprogramma's en de uitwerking vanuit een deelprogramma naar concrete activiteiten en/of projecten voor een jaarwerkplan gebeurt in overleg met relevante organisaties en instellingen, diensten, binnen en buiten de gemeente. De ambities, doelen en oplossingsrichtingen van elk deelprogramma worden besproken en uitgewerkt in concrete jaarwerkplannen.

Na vaststelling van deze nota door de gemeenteraad worden vanaf 2008 de deelprogramma's uitgewerkt in activiteiten in het eerste jaarwerkplan (jaarwerkplan 2008)

6.3 Jaarwerkplannen

Er komen voor de jaren 2008, 2009, 2010 en 2011, jaarwerkplannen, voor elk deelprogramma een (voor zover aan de orde).

In een jaarwerkplan wordt door lokaal betrokken partijen gezamenlijk uitgewerkt:

- algemeen gedeelte: visie op preventie over dit speerpunt in de gemeente Venray in 2008 – 2011, en accenten daarin voor het betreffende jaar, waaronder aandacht voor groepen met lagere sociaal-economische status, vanwege gezondheidsachterstanden;
- landelijke activiteiten/campagnes, regionale activiteiten
- prioritaire doelgroep(en) ;
- doelstellingen;
- welke interventies zijn/worden uitgevoerd door de diverse partners en betrokkenen;
- welke interventies zijn succesvol (bijvoorbeeld vanuit de landelijke handreikingen)?
- welke hiaten zijn er ?
- wat zijn de wensen/behoefte en concrete mogelijkheden van betrokkenen bij de uitvoering?
- voorstel voor effectieve interventies/aanbevolen interventies/of best-practices
- voor de periode 2008-2011 (vanuit de landelijke handreikingen)

Bij de uitwerking gelden verder de volgende aanvullende uitgangspunten:

- er is in de uitwerking expliciet aandacht voor kansen voor integraal gezondheidsbeleid en de vormgeving daarvan binnen de gemeente;
- doelstellingen voor activiteiten en projecten worden zoveel mogelijk SMART geformuleerd (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden). Alleen dan is het mogelijk de voortgang van de uitvoering van deze nota te evalueren, bij te sturen en/of te optimaliseren;
- verantwoordelijken en uitvoerings-/samenwerkingspartners voor de actiepunten worden expliciet geformuleerd;
- er zijn concrete afspraken over monitoren en evaluatie van de actiepunten;
- opmerkingen over aanpak naar aanleiding van de lokale gesprekken worden meegenomen in de uitwerking.

Een jaarwerkplan beschrijft concreet de doelstellingen voor het jaar, de activiteiten, beoogde resultaten, tijdsplanning, organisatie en budget, en evaluatie/monitoring en de communicatieplannen in verband met de activiteiten.

6.4 De verschillende deelprogramma's

Hierna volgt een uitwerking van de afzonderlijke deelprogramma's.

Deelprogramma preventie overmatig alcoholgebruik

Wat is het probleem?	Wat willen we bereiken?	Wat doen we nu al?	Waar zoeken we de mogelijke oplossing?	Samen met wie?
<p>Overmatig alcoholgebruik bij <i>jongeren</i> leidt zowel op korte als op de langere termijn tot gezondheidsproblemen zoals hart/ vaatziekten, leverziekten, hersenbeschadiging, depressie</p> <p>Ambitie We willen dat het percentage jongeren onder de 16 jaar dat geen alcohol drinkt toeneemt</p> <p>Veel (jong) <i>volwassenen</i> drinken overmatig. <i>Ouders</i> zijn zich soms onvoldoende bewust van de risico's van alcoholgebruik, van het eigen (voorbeeld)alcoholgedrag, en van de verantwoordelijkheid, het belang en hun mogelijkheden om risicovol gedrag van hun kind aan te pakken</p> <p>Ambitie Voorkomen en terugdringen</p>	<p>Afname overmatig alcoholgebruik onder <i>jongeren</i></p> <p><i>Volwassenen</i> drinken minder <i>Ouders</i> zijn beter op de hoogte van de schadelijke effecten van overmatig alcoholgebruik bij hun kinderen. Ze zijn meer bereid en toegerust om rol als ouder op zich te nemen en met hun kind over (overmatig) alcoholgebruik in gesprek te gaan</p> <p>Alcoholproblematiek bij <i>ouderen</i> wordt vaker gesignaleerd en indien nodig doorverwezen. <i>Ouderen</i> zelf zijn zich meer bewust van een alcoholprobleem</p> <p>Probleem van overmatig alcoholgebruik wordt meer herkend en erkend door de bevolking in de gemeente</p>	<p>-Preventieprojecten PO en VO, Gezonde School en Genotm., - (Regionale) aanpak preventie overmatig alcoholgebruik in voorbereiding</p>	<p>- gebruik maken van de landelijke handreiking (handreiking verschijnt november 2007) - concreet invulling geven aan regionale samenwerking en uitvoering vanuit een integrale aanpak - Succesvolle preventieve interventies als De Gezonde School en Genotmiddelen gericht op alle scholen continueren, versterken en continueren -Versterken samenwerking met politie, andere interm. -Door betere handhaving (vrijwillige) regelgeving alcohol minder gemakkelijk beschikbaar maken voor jongeren (leeftijdsgrenzen alcoholverkoop aanhouden) -Ouders (nog) meer betrekken bij preventie-activiteiten op scholen, ouders actiever verwijzen naar ouderspreekuur</p>	<p>GGD Noord- en Midden-Limburg GGZ Scholen voor PO en VO Jongerenwerk Sportclubs Horeca Politie Regionale aanpak Verschillende beleidsterreinen binnen de gemeente (bovenstaande opsomming is 'voorlopig')</p>

<p>van overmatig alcoholgebruik door (jong)volwassenen</p> <p>Bij <i>ouderen</i> komt overmatig alcoholgebruik voor, vaak in combinatie met andere psychosociale problemen (zoals eenzaamheid/depressie);ouder en zelf en hun omgeving zijn zich dat vaak niet bewust</p> <p>Ambitie Voorkomen en terugdringen van overmatig drankgebruik door <i>ouderen</i></p>	<p>Venray</p>		<ul style="list-style-type: none"> - aandacht voor activiteiten ivm ouderen (vrijwilligers en professionals informeren over het probleem overmatig alcoholgebruik bij ouderen en aanverwante problemen, verwijsmogelijkheden,ouderen zelf meer bewust maken oa middels gezondheidsdagen - Regelmatig expliciet zoeken van dialoog met burgers, instellingen en organisaties en media ivm continue aandacht, vinden van oplossingen, en draagvlak. 	
---	---------------	--	---	--

Deelprogramma preventie overgewicht

Wat is het probleem?	Wat willen we bereiken?	Wat doen we nu al?	Waar zoeken we mogelijke oplossingen?	Samen met wie?
<p>De toename van overgewicht is zorgwekkend, met name onder jongeren.</p> <p>Overgewicht leidt tot grote gezondheidsrisico's (hart- en vaatziekten, diabetes type 2, gewrichtsklachten en psychosociale problemen)</p> <p>Ambitie</p> <p>We willen de toename van overgewicht een halt toeroepen bij <i>jeugdigen, volwassenen en ouderen</i></p>	<p>Meer mensen gaan actief bewegen</p> <p>Een beter voedingspatroon bij met name <i>kinderen en (jonge) ouders, volwassenen en ouderen</i></p> <p>Inwoners van Venray zijn zich bewust van het probleem van hun overgewicht</p>	<p>Aanbieden van (sport- en bewegings) activiteiten</p> <p>Preventie-activiteiten in PO en VO</p> <p>Ondersteuning scholen bij schoolgezondheidsbeleid</p> <p>Jeugdgezondheidszorgactiviteiten</p>	<p>-gebruik maken van de landelijke handreiking van het voedingscentrum</p> <p>-Kennisvermeerdering over de gevolgen van overgewicht en vaardigheden om gewichtsstijging tegen te gaan.</p> <p>-Continueren en uitbreiden van het aanbod (sport- en bewegings) activiteiten</p> <p>-Middels inrichting van de leefomgeving mensen stimuleren om meer te bewegen</p> <p>-Continueren van succesvolle preventie-activiteiten en deze ook richten op nieuwe doelgroepen</p> <p>-Bevorderen van gezond kantinebeleid op alle scholen en sportaccomodaties</p> <p>-Stimuleren van gezond kantinebeleid in bedrijven</p>	<p>Jeugdgezondheidszorg thuiszorg</p> <p>Jeugdgezondheidszorg GGD</p> <p>jongerenwerk</p> <p>Kinderopvang/buitenschoolse opvang</p> <p>Onderwijs</p> <p>Opvoedingsondersteuning</p> <p>Sportaanbieders</p> <p>Bedrijven</p> <p>Verschillende beleidsterreinen (bovenstaande opsomming is 'voorlopig')</p>
Slechte voeding	Met name gezinnen eten	Projecten op scholen	-gebruik maken van de	Jeugdgezondheidszorg thuiszorg

<p>Een eenzijdig en onregelmatig voedingspatroon leidt vaak tot overgewicht (maar ook tot vitaminetekort, vermoeidheid, concentratieproblemen en slechte gebitten (en soms ondergewicht bij 75-plussers)</p> <p>Ambitie</p> <p>We willen een gezond voedingspatroon bevorderen bij <i>jeugdigen, volwassenen en ouderen</i></p>	<p>regelmatig en gevarieerd</p> <p>Een gezonder aanbod van voedingsmiddelen op scholen en (sport)kantines</p>	<p>Activiteiten</p> <p>Jeugdgezondheidszorg</p> <p>Advisering cursussen thuiszorg, en diëtisten, huisartsen (verder aan te vullen)</p>	<p>landelijke handreiking van het voedingscentrum</p> <ul style="list-style-type: none"> - Continueren en uitbreiden van succesvolle interventies in het PO - Stimuleren van een gezond voedingsbeleid voor peuterspeelzalen, kinderopvang en naschoolse opvang - Belang regelmatig en gevarieerd voedingspatroon benadrukken in trajecten opvoedingsondersteuning - Scholen adviseren en blijvend stimuleren tot gezond schoolkantinebeleid - Adviseren en stimuleren tot een gezond kantinebeleid in sportaccomodaties en gemeentelijke kantines, bedrijfskantines 	<p>Jeugdgezondheidszorg GGD jongerenwerk</p> <p>Kinderopvang/buitenschoolse opvang</p> <p>Onderwijs</p> <p>Opvoedingsondersteuning</p> <p>Sportaanbieders</p> <p>Bedrijven</p> <p>Verschillende beleidsterreinen (bovenstaande opsomming is 'voorlopig')</p>
---	---	--	---	--

Deelprogramma tabakspreventie

Wat is het probleem?	Wat willen we bereiken?	Wat doen we nu al?	Waar zoeken we mogelijke oplossingen?	Samen met wie?
<p>Roken, zowel actief als passief (meeroken) veroorzaakt ernstige gezondheidsproblemen en leidt tot voortijdige sterfte</p> <p>Ambitie</p> <p>We willen dat het aantal rokers minimaal gelijk blijft aan het landelijk gemiddelde</p>	<p>Steeds meer <i>volwassenen</i>-rokers stoppen met roken (met name zwangere vrouwen en ouders)</p> <p>Het aantal <i>jongeren</i> dat begint met roken neemt af</p>	<p>Preventie-activiteiten in PO en VO onder andere Actie Tegengif en De Gezonde school en genotmiddelen</p> <p>Handhaving regelgeving</p>	<p>-gebruik maken van de landelijke handreiking van STIVORO</p> <p>-Continueren van succesvolle preventie interventies</p> <p>-Afspraken maken met beheerders van sportkantines, winkelcentra en horeca</p> <p>-Zorgverleners en organisaties bij activiteiten gericht op stoppen met roken ondersteunen (bijvoorbeeld verloskundigen)</p> <p>-Mensen bewust maken van de effecten van meeroken op met name ongeborenen, kinderen en jongeren</p>	<p>Huisartsen</p> <p>Thuiszorg-instelling</p> <p>GGD Noord- en Midden-Limburg</p> <p>Scholen voor PO en VO</p> <p>Horeca</p> <p>Sportkantines</p> <p>Verloskundigen</p> <p>(bovenstaande opsomming is 'voorlopig')</p>

Deelprogramma druggebruik

Wat is het probleem?	Wat willen we bereiken?	Wat doen we nu al?	Waar zoeken we mogelijke oplossingen?	Samen met wie?
Recent softdruggebruik van 12-17-jarigen is vergelijkbaar met de regio Noord- en Midden-Limburg. Ook harddruggebruik ooit is vergelijkbaar met de regio	Vermindering van het aantal jeugdigen dat softdrugs gebruikt	Preventieactiviteiten in PO en VO onder andere vanuit De Gezonde school en genotmiddelen	- Succesvolle preventieve interventies als De Gezonde School en Genotmiddelen gericht op alle scholen continueren, versterken en monitoren	Scholen GGZ Scholen voor PO en VO (bovenstaande opsomming is 'voorlopig')

Deelprogramma diabetes

Wat is het probleem?	Wat willen we bereiken?	Wat doen we nu al?	Waar zoeken we mogelijke oplossingen?	Samen met wie?
<p>Diabetes komt door toename van overgewicht steeds vaker voor. Diabetes is deels te voorkomen door de aanpak van overgewicht en bevorderen van een gezonde leefstijl leefstijl. Rookpreventie heeft tevens invloed op het ontstaan van complicaties als gevolg van diabetes. De meeste winst is te behalen bij de groepen met een verhoogde kans op het krijgen van diabetes. Het gaat daarbij onder meer om mensen van 45 jaar en ouder en van Turkse, Marokkaanse en Hindoestaanse afkomst.</p>	<p>Door middel van de aanpak van overgewicht (en roken) werken aan de preventie van diabetes en complicaties als gevolg daarvan</p> <ul style="list-style-type: none"> - aandacht besteden aan de landelijke campagne "Kijk op Diabetes" ten behoeve van preventie en vroegsignalering. 	<p>Oriëntatie op lokale activiteiten in 2008</p>	<p>Aansluiting bij landelijke campagne diabetes daar waar lokaal meerwaarde te bereiken is.</p>	<p>Huisartsen en praktijkondersteuners specialistisch verpleegkundigen (bovenstaande opsomming is 'voorlopig')</p>

Deelprogramma eenzaamheid ouderen

Wat is het probleem?	Wat willen we bereiken?	Wat doen we nu al?	Waar zoeken we mogelijke oplossingen?	Samen met wie?
<p>Een groot deel van de 65plussers geeft aan matig of (zeer) ernstig eenzaam te zijn. Gevoelens van eenzaamheid kunnen zorgen voor ernstige problemen in het functioneren van ouderen en kunnen het welzijn ernstig belemmeren en afhankelijk maken van zorgvoorzieningen. Met name alleenstaande ouderen zijn aandachtsgroep</p>	<p>Continuering meer aandacht in Venray voor eenzaamheidsproblematiek bij ouderen</p> <p>Het percentage 65-plussers dat aangeeft matig of (zeer) ernstig eenzaam te zijn stijgt niet verder</p>	<p>Project preventie eenzaamheid ouderen in Venray 2007</p> <p>Veel activiteiten die gericht zijn op ontmoeten, culturele activiteiten, persoonlijke advisering, individuele steun, cursussen vanuit diverse aanbieders (in sociale kaart bijeengebracht), gezamenlijke visie op het probleem en oplossingsrichtingen</p>	<p>-Verder implementeren, en verbeteren en verbreden van de projectverworvenheden ivm signaleringsaanpak en agendasetting</p>	<p>Thuiszorg-instelling Maatschappelijk werk Ouderenorganisatie Synthese GGZ-instelling KBO Rode Kruis Zonnebloem Kerk</p>

Deelprogramma depressie

Wat is het probleem?	Wat willen we bereiken?	Wat doen we nu al?	Waar zoeken we mogelijke oplossingen?	Samen met wie?
<p>Depressie is een van de belangrijkste bedreigingen van de volksgezondheid en is een aandoening met zeer grote ziektelast. Depressie leidt tot sterke reductie levenskwaliteit</p> <p>Ambitie Meer mensen bereiken met preventie depressie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niet-intensief (voorlichting of kort advies, zelfhulp) - meer intensief (groepswerk, cursus) <p>Om depressie te voorkomen of opdat mensen met depressieve klachten eerder hulp zoeken</p>	<p>Versterken van (o.a. emotionele, sociale, cognitieve) vaardigheden en activiteiten die helpen om te gaan met moeilijke levensgebeurtenissen, die beschermen tegen depressie (of helpen depressieve klachten te verminderen).</p> <p>Zelfredzaamheid en gevoel van controle worden vergroot.</p>	<p>Voor veel gemeenten, ook voor Venray een nieuw thema in lokaal gezondheidsbeleid</p> <p>Oriëntatie op concretisering doelgroepen en feitelijk aanbod in 2008</p>	<ul style="list-style-type: none"> -gebruik maken van de landelijke handleiding van Trimbos Instituut - gebruik maken van aanbevelingen OGGZ-beleidsnotitie 'Leve(n) de GGZ Preventie -Integrale aanpak - lokale afstemming en samenwerking bij aanpak - bewegingsstimulering (via handleiding overgewicht) - actieprogramma naar leeftijdsfase - aandacht voor risicogroepen <p>Vier basiselementen:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Voorlichting en bewustwording - signalering en advies - Preventieve ondersteuning - omgevingsmaatregel 	<p>GGZ GGD Huisartsen en praktijkondersteuners Eerstelijnspsychologen Maatschappelijk werk Leerkrachten Thuiszorg Welzijnswerk Steunpunten mantelzorg Vrijwilligersorganisaties Sportvoorzieningen Doelgroepvertegenwoordigers LTO (bovenstaande opsomming is 'voorlopig')</p>

7. Financiën en communicatie

7.1 Proces

Om vorm te kunnen geven aan de uitvoering van het lokaal gezondheidsbeleid en de regierol van de gemeente Venray daarin, wordt als volgt gewerkt.

In de periode 2008 -2011 komen verschillende deelprogramma's/jaarwerkplannen achtereenvolgens aan de orde in Venray. De ambtenaar volksgezondheid neemt steeds contact op met die organisaties en instellingen die samen concreet invulling gaan geven aan een bepaald deelprogramma met het oog op een jaarwerkplan, uitvoering en evaluatie, verslaglegging, communicatie. Elke instelling en organisatie draagt bij overeenkomstig afspraken in het jaarwerkplan.

Het is denkbaar dat gekoppeld aan bepaalde deelprogramma's eenmalige opdrachten verstrekt worden door de gemeente (een opdracht voor nader onderzoek bijvoorbeeld).

De gemeente vindt het belangrijk per jaar een globaal overzicht te hebben van wat er door betrokken organisaties en instellingen, binnen en buiten de gemeentelijke organisatie, gedaan is in verband met het speerpunt/deelprogramma (monitoring). Deze overzichtsinformatie is vanzelfsprekend ook input voor een volgend jaarwerkplan. Voor deze monitoring moeten nog handzame instrumenten ontwikkeld worden.

De gemeente Venray zet met name in op activiteiten waar gezondheidswinst te verwachten is. Daarom worden realistische doelen gesteld.

Er zijn verschillende soorten doelen:

- *Doelen die zich niet lenen tot meten/evalueren.*

Hier zal geaccepteerd moeten worden dat er alleen informatie verstrekt kan worden over de voortgang van activiteiten. Zijn de activiteiten uitgevoerd, dan kan aangenomen worden dat de activiteiten bijgedragen hebben aan het doel. Ook deze activiteiten dienen daarom zo concreet mogelijk beschreven te worden.

- *Doelen die zodanig SMART te formuleren zijn dat vooraf duidelijk is, wanneer het doel bereikt is.*

Deze doelen kunnen gaan over bereik, kennis, houding en gedrag van een interventie/activiteit .

Primair wil de gemeente weten of de activiteiten zijn uitgevoerd zoals voorgenomen in elk jaarwerkplan en of SMART-geformuleerde doelen gehaald worden.

Onderzoeken naar de gezondheidstoestand van de GGD (GGD-monitoring), worden gezien als belangrijke informatiebron om trends in de gezondheidstoestand van de inwoners van Venray in de tijd te kunnen volgen. Ze zijn niet bedoeld en kunnen niet dienen als referentiepunt of afzonderlijke actieprogramma's effectief zijn geweest.

In 2011

Vier jaar na deze tweede lokale gezondheidsnota wil de gemeente weten hoe het proces verlopen is en welke de resultaten zijn van het gezondheidsbeleid in de periode 2008 - 2011. Resultaten en succesfactoren kunnen meegenomen worden in een volgend beleidsplan en er kan lering getrokken worden uit zaken die minder goed verlopen zijn.

7.2 Communicatie

Een belangrijke bijdrage die de gemeente zelf op uitvoerend niveau kan leveren aan haar lokaal gezondheidsbeleid, is aandacht besteden via haar communicatiekanalen aan gezondheidsbevordering en –bescherming. Organisaties en instellingen geven in de lokale media regelmatig aandacht aan hun activiteiten.

Het effect van deze voorlichting kan versterkt worden als de voorlichting ook gebundeld wordt aangeboden. Dit past ook in de regierol van de gemeente. De gemeente neemt daarom een communicatieparagraaf op in elk jaarwerkplan.

7.3 Financiën

De gemeentelijke deelprogramma's worden in principe gevuld met activiteiten die diverse organisaties in hun aanbod hebben, met name de GGD en thuiszorg zijn grote uitvoerders. Voor de uitvoering van de gemeentelijke programma's wordt er in eerste instantie van uit gegaan dat organisaties de activiteiten met hun beschikbare budgetten kunnen uitvoeren.

Indien bij het opstellen van een actieprogramma voor een bepaald deelprogramma uitbreiding van activiteiten noodzakelijk is of wenselijk, of wanneer er een subsidieverzoek komt vanuit het maatschappelijk veld op een van de actiepunten, waarvoor nog geen bestaand budget beschikbaar is, zal dit onderdeel uitmaken van de MUIP-procedure.

8. Bijlagen

- Verslag werkconferentie
- Brief Centrale ouderenverenigingen